

Internacionálé első ülésén – fokozatosan olyan szervezetté fejlődött, amivel számolni kellett.

Több ezer kínai csatlakozott a forradalomhoz és a Vörös Hadsereghez – volt, aki azért, hogy kiutat találjon a kilátástalannak tűnő helyzetéből, volt, akit megfélemlítettek, és voltak olyanok is, akiket a lelkesedés ragadott magával, akiket vonzott egy új korszak, a munkásosztály korszakának ígérete. Köztük volt Zsen Fu-csen (Ren Fuchen) is, akit sokan az első kínai bolseviknak tekintenek. Az 1884-ben Liaoning tartományban született Zsen Fu-csen tizenégy évesen kezdett el dolgozni egy orosz cégnél, amely Harbin és Dalian között épített vasutat. Csatlakozott a bolsevikokhoz, és később a kínaiakból álló Vörös Sas zászlóalj parancsnoka lett. 1918 novemberében, harc közben halt meg. Az orosz polgárháború végül Kínát is beavatkozásra kényszerítette, és a kínai civileket kimenekítették Vlagyivosztkából.

A Szovjetunió és Kína közötti kapcsolatok – amelyek megértése a modern történelem megértéséhez is rendkívül fontos – gyakorlatilag ezekkel a munkásokkal kezdődtek. Nagy valószínűséggel ez az első alkalom, hogy a szélesebb olvasóközönség az Oroszországban és a Szovjetunióban dolgozó kínai munkások tízezreinek történetéről olvashat.

(The Asian Review of Books)

Marcia Angell

Van jobb kiút

Atul Gawande Being Mortal: Medicine and What Matters in the End című könyvének bemutatása

Atul Gawande sebészorvos voltaképpen igazat ad nekünk legújabb és egyben legjobb könyvében: nem számít, hogy mennyire vagyunk óvatosak vagy milyen egészségesek a szokásaink, meg fogunk halni, mint bárki más, mégpedig valószínűleg hosszú ideig tartó hanyatlás és betegeskedés után. Az átlag amerikai egy vagy több évet tölt rokkantan és gondozóotthonban lakva, mondja Gawande. Továbbá, az orvosi ellátás igen kis segítséget fog nyújtani a legvégén. Szavait idézve:

„Életünk hanyatló napjait olyan orvosi kezelések kiszolgáltatta éljük, melyek megzavarják agyunkat és kiszívják életerőnket a legcsekélyebb javulás reményében. Intézményekbe vonulunk – gondozóotthonokba és intenzív osztályokra –, ahol a szigorúan ellenőrzött, személytelen rutin elvág bennünket mindazon dolgoktól, melyek fontosak életünkben. S mivel az arra hivatottak vonakodnak kellő alapossggal megvizsgálni az öregedéssel és haldoklással járó tapasztalatokat, még több ártalmára lettek az embereknek, és megtagadták tőlük a legalapvetőbb dolgokat, melyekre leginkább szükségük van.”

Gawande célja, hogy ráébressze az olvasót arra, hogy az öregkor és a halál tragédiája nem oldható meg a modern orvostudomány által, azaz találjunk inkább valami más módot a kezelésére. Könyvét nyolc nagyszerűen megírt fejezetre osztja, mely a független ételtől a halálig befutott pályát taglalja. A *Halandók vagyunk (Being Mortal)*, mely a legszemélyesebb könyv, amit valaha írt, saját apja elhúzódo haldoklásával végződik.

Az első fejezetben megismerjük Gawande feleségének nagyanyját, Alice Hobson, aki hetvenhét éves volt, mikor Gawande először találkozott vele 1985-ben. Akkoriban teljesen független volt – önálló, egészséges és tevékeny életet élt. Gawande szülei indiai bevándorlók voltak; a szerző összeveti az Alice Hobson-féle függetlenséget saját nagyszüleinek életével Indiában, ahol „magától értetődő volt, hogy a szülők saját otthonukban éltek tovább, egy vagy több felnőtt gyermekük támogatására utalva. Ezzel szemben a modern társadalmakban az öregség és a rokkantság megosztott, több generáció által felvállalt felelősség helyett többé-kevésbé magánügygé vált – olyan dologgá, melyet főként egyedül, vagy intézményekben, orvosok körében tapasztalunk meg.”

Megvannak az okai annak, miért változott a hagyományos hozzáállás az öregkorhoz: jelenleg több az idős ember és kevesebb a fiatal; a családoknak szüksége van mind a férj, mind a feleség keresetére, ezért kevesebb a ráérő lánygyermek, illetve meny, aki otthon maradna és gondozná a szülőket és nagyszülőket; továbbá a családtagok lehet, hogy még csak nem is ugyanabban az államban élnek, nemhogy ugyanabban a városban. Ennek ellenére, mutat rá Gawande, ha valaki egészséges és

megengedheti magának, akkor „kétségtelenül a jelenlegi a legkedvezőbb korszak a történelemben az idősök számára.”

Úgy vélem, ebben igaza van. Valójában, mint a Harvard Egyetemen Grant Study⁹ néven folyó kutatás mutatja, azok az idős emberek, akik egészségesek és megvannak az anyagi eszközeik, általában sokkal elégedettebbek, mint fiatal korukban voltak. Akár, mert elérték céljaikat, akár, mert belenyugodtak abba, hogy nem, és inkább a jelenben élnek, mint a jövőben. Ráadásul többé már nem nyomja a vállukat a gyermekekért érzett felelősség, s az ezzel járó valamennyi aggodalom. „Amikor csak megengedhették anyagilag, a társadalomtudósok kifejezésével élve a »távolból szerető családtag« szerepét választották” – írja Gawande.

De előbb vagy utóbb elfogy az élet fonala. Így történt ez Alice Hobsonnal is. Mikor legközelebb találkozunk vele, 1992-t írunk és nyolcvannegyedik évében járt. Ereje megfogyatkozott és kihagyott az emlékezete, de a családban mindenkit, őt magát is beleértve, teljesen váratlanul ért hanyatlása. A legtöbb amerikaihoz hasonlóan valahogy úgy képzelték, hogy ez nem fog bekövetkezni, hanem jó egészségben fog élni, míg aztán egy napon a távoli jövőben majd hirtelen és szép csöndesen meghal. Gawande szerint „ma az az uralkodó elképzelés, hogy kortalanok lehetünk”, és „egyfajta szegénykezéssel tekintünk az élet leszálló ágára”.

A szerző a hanyatlás három sémáját írja le. Az első halálos betegség következménye, mint például gyógyíthatatlan ráké, ahol a kezelés akár hónapokkal vagy évekkel elodázhathatja a végső fázist, de a végén a test alulmarad és igen gyorsan bekövetkezik a halál. A második sémában fennáll egy krónikus betegség, mint például a tüdőtágulás, amely kezelhető, de ismételt visszaesések jellemzik, míg a test többé már nem képes elviselni a kisebb megpróbáltatásokat sem. S végül létezik az „időskori gyengeségnek” hívott séma. Itt nincs életveszélyes betegség, hanem helyette „szervezetünk fokozatos szétesése”,

9 A Grant Study a Harvard Orvostudományi Egyetem 75 (!) éve folyó kutatási programja, mely az egészséges öregedést vizsgálja. A kutatást több mint 30 éve irányító George Vaillant professzor egy mondatban így foglalta össze végkövetkeztetéseit: „Happiness is love. Full stop.” Azaz: „A boldogság szeretet. Pont.”

ahogy Gawande nevezi. „A legvégén – írja – túl sok izületünk szenved károsodást, és túl sok erünk meszesedik el. Nem marad több tartalék.”

Idősebb emberek számára komoly veszélyt jelent, hogy eleshetnek; a legtöbb esés izomgyengeség, rossz egyensúlyérzék és gyakran az egyidejűleg szedett különféle gyógyszerek miatt következik be. A következmények katasztrofálisak lehetnek. Az esést és combnyaktörést elszenvedett idősorúak körülbelül 20 százaléka hal meg egy éven belül a komplikációk következtében, s a fennmaradóak közül sokan soha nem épülnek föl teljesen.

Erőfeszítései ellenére Alice Hobson végül is képtelenné válik arra, hogy önálló életmódját folytassa, s otthonából egy „nyugdíjas lakópark” kis apartmanjába költöztetik, ami Gawande szerint „több szervezetség és felügyelet terhért róttá rá, mint amennyit addig valaha el kellett viselnie”. A rákövetkező évben elesett, eltörte a csípőjét, és az intézmény szakápolói szintjére szállították, ahol „az egyedüllét és a saját testével rendelkezés teljesen megszűnt számára”.

„Akkor ébredt fel, amikor ébresztették, akkor fürdött és öltözött fel, mikor mondták neki, akkor evett, mikor szóltak neki. Bárkivel együtt lakott, akivel kellett... Börtönben érezte magát, amibe mintha azért zárták volna be, mert öreg.”

Egy 1954-es törvény alapján¹⁰ Amerikában ápolóotthonok jöttek létre, de nem elsősorban abból a célból, hogy az időseknek jó legyen, hanem a kórházi ágyhiány megoldásaként, ahol is szükség volt azon páciensek ágyára, akiknek a szegényházak bezárása óta nem volt hova menniük. „Ez egy olyan társadalom gyümölcse, mely az emberi életciklus utolsó szakaszával úgy néz szembe, hogy próbál nem belegondolni” – írja Gawande.

„Intézményekben végezzük, melyek mindenféle társadalmi célkitűzésnek akarnak megfelelni – a kórházi ágyak felszabadításától kezdve a családok terheinek átvállalásán át az időskori szegénység leküzdéséig – de soha nem annak a célnak, mely a bentlakók számára fontos: hogyan tegyük az életet értékessé, mikor már gyengék és erőtlenek vagyunk, és nem tudunk többé gondoskodni magunkról.”

Az idősök számára, ha már nem tudnak önállóan gondoskodni magukról, általában a család az ápolási otthon alternatívája. „Eselőink az ápolási otthon

10 42 U.S. Code § 1395i-3

elkerülésére szorosan összefüggenek gyermekeink számával – írja Gawande – továbbá a témában végzett kevés kutatás szerint is létfontosságúnak tűnik, hogy legalább egy lánygyermekünk legyen a jövőben várható segítség mértékét illetően.”

Mivel azonban a lányoknak mostanság dolgozniuk kell, hogy saját családjuk fenntartásában segítsenek, kevés idejük marad az idős szülőkre. Körülbelül az idő tájt, mikor a nők nagy része munkába állt, az 1980-as évektől kezdődően gomba módra szaporodtak el az „életvitelt segítő” létesítmények, hogy könnyítsenek a szülők és nagyszülők helyzetén. „Az életvitel-segítés fogalma olyan népszerű lett – írja Gawande –, hogy a létrehozóik elkezdték nagyjából mindenre ráhúzni a nevet. Az alapötlet változatos formákat öltött az ápolási otthonok gyakorlatával szakító radikális megoldásoktól a kevés szolgáltatást nyújtó »felhígított« intézmények seregéig... mint valami köztes megoldás az önálló lakhatás és a gondozóotthon között.”

Az időskorúakat ellátó intézmények nagy színvonalbeli eltéréseket mutatnak. A legrosszabb helyeken két lakó alszik egy szobában, a napot majdnem a teljes öntudatlanságig begyógyiszerve (az ápolási otthonok nagy felvevőpiacai a gyógyszercegeknek), geriátriai székekbe szíjazva töltik, s mindehhez a televízió kínálja az állandó és egyetlen háttérzajt. Egy dolog majdnem mindegyikben közös: a biztonság elsőbbséget élvez a függetlenséggel szemben, mivel ezek az otthonok úgy lettek tervezve, hogy a lakók gyermekeinek tetszenek, nem pedig maguknak a lakóknak. Ahogy az életvitel-segítés koncepciójának egyik kiagyalója egy kollégáját idézve mondta Gawandénak: „Függetlenséget akarunk a magunk számára, és biztonságot azoknak, akiket szeretünk.” Ráadásul, ha kockázatos dolgokat engednek meg a lakóknak, ez a pereskedés örökös veszélyének teszi ki az intézményeket.

Gawande talál néhány olyan otthont, mely próbál több önállóságot és ösztönzést bevezetni, akár a kisebb biztonság árán is. Az egyikben például, ha egy lakó nem szereti a toloszéket, megengedik neki, hogy járókeretet használhasson helyette, még akkor is, ha ez növeli nála az elesés veszélyét. Egy másik otthon elindult afelé, hogy – szó szerint – életet varázsoljon nyolcvan lakója köré, ellátva őket száz törpepapagájjal, négy kutyával, két macskával, egy

nyúlkolóniával, egy nagyobb tojóttyúk-állománnyal, no meg egy kerttel (mindezekről a személyzet segítségével kell gondoskodniuk). De a Gawande által bemutatott újító jellegű programok mind részleges állami támogatással vagy jótékonyág útján jöttek létre, és nem tulajdonít nekik akkora jelentőséget, mint amekkorát megérdemelnének. Bármennyire sikeresek is, nem lehet őket széles körben alkalmazni anélkül, hogy változtatnának a hosszú távú gondozás finanszírozási rendszerén. Véleményem szerint jelentős javulást hozna a papagájokhoz és kutyákhoz képest a hosszú távú gondozást is magában foglaló állami egészségügyi rendszer, melyet a lehető legjobban lehetne alkalmazni az otthonokban, de sajnos Gawande nem szentel túl sok figyelmet ennek a gazdasági rendszernek öregedésről és halálról szóló összefoglalójában.

Könyvének leghatásosabb, „*Engedjük elmenni*” című fejezetében, melynek egy változata megjelent a *The New Yorker* magazinban 2010-ben, Gawande annak a döntésnek a szörnyű dilemmájával foglalkozik, hogy mikor lehet leállni az élet meghosszabbítására tett próbálkozásokkal, azaz a saját szavaival élve: „Mikor kell megpróbálnunk beavatkozni és mikor nem?” Sara Monopoli történetével kezdi, aki egy gyógyíthatatlan tüdőrákban szenvedő harmincnégy éves nő. Története nem tűnik helyénvalónak egy öregedésről és halálról szóló könyvben, mivel az ő betegségének lefolyását másnak gondolnám, mint egy ugyanolyan diagnózissal rendelkező idős emberét, s ténylegesen az is volt – elhúzódóbb és rosszabb. Nyolc hónapig tartott, amíg meghalt, s ez idő alatt négy sorozat kemoterápiát és egész agyat érintő sugárkezelést kapott, továbbá legalább kétszer került kórházba.

Talán azért vette be Gawande az ő történetét ebbe a fejezetbe, hogy bemutassa, milyen szörnyű lehet a modern halál. „Napjainkban kivételszámba megy a gyorsan lezajló, halálos betegség” – írja.

„Legtöbbünk számára a halál csak hosszú, orvosi segítséggel folyó küzdelem után jön el, melyet egy végeredményben feltartóztathatatlan állapot ellen vívunk – előrehaladott rák, elmebaj, Parkinson-kór, súlyosbodó szervégtelenség (leggyakrabban a szív, ezt követi gyakoriság szerint a tüdő, a vesék, a máj), vagy pusztán csak a nagyon idős kor felhal-

mozódó gyengeségei. Minden ilyen esetben biztos a halál, az időzítés viszont nem. Így mindenki küzd a bizonytalansággal – azzal, hogy hogyan és mikor fogadjuk el: elvesztettük a csatát.”

Sara Monopoli esetében a csata már a diagnózis felállításával elveszett. A kérdés az volt, mikor kell túl nagy árat fizetni szenvedésben mérve a tovább folytatott életért.

Sok oka van annak, miért folytatjuk a terheessé vált kezelést még akkor is, amikor az hatástalan és további fölösleges szenvedést okoz. Részben azért, mert a beteg és családja egyszerűen nem hajlandók feladni. Mindnyájunkban ott van az ellentmondás nem tűrő biológiai parancs a túlélésre, kerüljön az bármibe. Ráadásul, a betegek és hozzátartozóik gyakran nincsenek tisztában azzal, mik a kilátásaik, s ennek egyik oka az, mondja Gawande, hogy maguk az orvosok se látják reálisan a dolgokat. Idéz egy tanulmányt, mely ötszáz gyógyíthatatlan betegről készült, akiknek háziorvosai betegeik túlélési idejét átlagosan több mint ötször hosszabbnak jósolták, mint amennyi a valóságban lett.

Ugyanakkor még abban az esetben is, mikor az orvosok tényleg tudják, milyen zordak a kilátások, gyakran eltúlozzák azt betegeik előtt. Mint Gawande mondja: „Legtöbbször vonakodnak határozott prognózist felállítani, még nyomásra se igen teszik. Az onkológusok több mint 40 százaléka beismeri, hogy olyan kezeléseket ajánlanak, melyekről maguk sem hiszik, hogy sok sikerrel kecsegtetnek”. Gawande saját magát sem engedti kibújni a felelősség alól. Mikor Sara Monopoliról kiderült, hogy tüdőrákján kívül még pajzsmirigyrákja is van, „úgy láttam jónak, ha egyáltalán nem érintem a témát”, mintsem megmondjam neki, hogy bele fog halni a tüdőrákba, még mielőtt a pajzsmirigyrák bármilyen problémát okozhatna. „Még azt a lehetőséget is felvettem neki, hogy egy kísérleti terápia mindkét rákja ellen hatásos lenne, ami persze csak pusztán fantáziálás volt.” Sokkal könnyebb és gyorsabb egy újabb gyógymódot ajánlani, mint a halálról beszélgetni egy haldokló beteggel. Gawande nem kímél meg minket Sara Monopoli halálának iszonyatos részleteitől, s véleményem szerint jól teszi, hogy nem kerüli meg a problémát.

„A klinikai feljegyzések december folyamán légszomjról, öklendezésről, vér felköhögéséről és súlyos kimerültségről számolnak be. A mellkasából

kilógó dréncsővek mellett egy-kéthetente hasi tüccsapolósos eljárásra is szüksége volt, hogy enyhítse az erős nyomást, amit a rák termelte több liternyi folyadék okozott a hasüregben.”

„Úgy képzeljük, hogy várhatunk addig, míg az orvosok azt mondják, többet már nem tudnak tenni”, mondja, „De az az eset ritkán fordul elő, hogy tényleg nem tudnak többet tenni. Mérgező gyógyszereket adnak, melyeknek nem ismertek hatásai, operálnak, hogy megpróbálják eltávolítani a daganat egy részét, szondán át táplálnak, ha a beteg nem tud enni: mindig van valami egyéb.” Még a legvégén is, mikor Sara Monopolinak tüdőgyulladás lett, kórházba fektették és antibiotikumokkal kezelték. Régen ilyen körülmények között a tüdőgyulladást „az idős ember barátjának” hívták, mivel viszonylag gyorsan és békés módon segít át a halálba. Ma azonban egy újabb kezelhető komplikációnak tekintik, nem törődve a helyzettel, amiben előfordul.

A túlélési statisztikák haranggörbe-alakot mutatnak, mi szerint csak kisszámú ember él a vártnál jóval tovább – ez a görbe leszálló ága. Gawande úgy hiszi, hogy „nem készültünk fel a kimenetelre, mely mérhetetlenül valószínűbb... Orvosi ellátási rendszerünket és kultúránkat a kisszámú kivétel köré építettük. Létrehoztunk egy sok-milliárd dolláros építményt, hogy a lottószelvényekhez hasonlóan osszuk szét az egészségügyi juttatásokat.” Egy ponton, mikor a szenvedés felülmúlja a kezelés előnyeit, világosan a tüneti kezelés mellett teszi le a voksát, és idéz egy tanulmányt a Massachusettsi General Hospital (Kózkórház) előrehaladott stádiumban levő rákbetegeiről, mely azt mutatja, hogy „azok a betegek, akik palliatív kezelésben részesültek, hamarabb abbahagyták a kemoterápiát, jóval hamarabb kerültek hospice-ellátásba, kevesebb szenvedésen mentek keresztül életük végén – és 25 százalékkal tovább éltek.”

A hetedik fejezetben a szerző belefog apja utolsó betegségének és halálának megindító történetébe. Atmaram Gawande urológus volt az Ohio állambeli Athensben, aki hetvenhat évesen halt meg rákban, hosszú és fájdalmas szenvedés után, 2011. augusztus 10-én. Egyértelmű volt meghatározó és szeretetteljes jelenléte fia életében, és Alice Hobsonhoz hasonlóan kezdetben ő is önálló és tevékeny volt (esetében szakmailag éppúgy, mint fizikailag).

Hetvenes éveit elején azonban nyaktáji fájdalmai jelentkeztek és zsibbadni kezdtek a kezujjai, amit kezdetben ízületi gyulladásnak tudtak be. Egy MR-vizsgálat végül kiderítette, hogy egy ritka típusú, lassan terjedő rákos daganat van a gerincvelőben. Ahogy a daganat nyomta a nyaki idegeket, úgy bémultak le egyre inkább a végtagjai, és szembekerült a nehéz döntéssel, hogy egyáltalán alávesse-e magát az igen veszélyes műtétnek, mely szükséges a daganat eltávolításához vagy nyomásának csökkentéséhez. Négy évig halogatta a műtétet, s ez idő alatt sikerült hősiiesen együtt élnie elhatalmasodó betegségével.

Atmaram Gawande túlélte a műtétet, de a rákot nem tudták teljesen eltávolítani szervezetéből, és hat hét sugárkezelés után, állandó fájdalmak közepe volt kénytelen élni, miközben hányinger, kimerültség és étvágytalanság kínozza. Egy második MR-vizsgálat kiderítette, hogy a rák még mindig terjed, most felfelé, az agy irányában. Ez annak a feltartóztathatatlan és gyors leromlásnak volt a kezdete, melyet Gawande korábban első számúként írt le a három öregkori hanyatlási séma közül. Elések sora következett, egyszer még ahhoz is túl gyenge volt, hogy a padlóról felkeljen. Akkor azt mondta a fiának: „Úgy félek. Érzem, ahogy egyre inkább lebénulok. Nem bírom, és nem akarom ezt a kínlódást. Inkább meghalok, semmint keresztülmennem az egészen.” A szerző nem retten vissza apja állapotának leírásától: „Olyan gyenge volt, hogy beszéde időnként zavartá vált. Nehezeze esett, hogy ételt vegyen a szájába, ingét összekente a vacsorájával. Segítségére volt szüksége, hogy ülő helyzetből felálljon.” Válaszúthoz érkezett, írja Gawande.

Atmaram Gawande hospice-otthonba került, ahol jobban beállították gyógyszereit, és nem engedték, hogy segítség nélkül keljen fel. „Megdöbbenéssel láttam, mennyit jelentett a hospice két egyszerű utasítása” – írja Gawande. De csak rövid időre kaptak haladékat. Néhány hónapon belül apja értelme a fájdalomcsillapítóktól „lelassult, kusza és ködös lett”, időnként zavart állapotok léptek fel nála, és egyre nehezebben tudta megtalálni az egyensúlyt a fájdalom kordában tartása és a nyugtatók túladagolása között.

Egy reggel felesége, aki szintén orvos, nem tudta felébreszteni, ezért mentőt hívott, hogy kórházba vigyék – az ilyesmit határozottan elítélik a hospice-otthonokban. A kórházban ópiát-ellenszereket ka-

pott, hogy ellensúlyozzák a narkotikumok nyugtató hatását, és Sara Monopolihoz hasonlóan antibiotikumokra állították tüdőgyulladás miatt, jóllehet a kezelés valószínűleg egyetlen hatása a leggyorsabb és legbékésebb halál megakadályozása volt. Szó volt még arról is, hogy átszállítják az intenzív osztályra és lélegeztetőkészülékre teszik, de ezt felesége bölcsen visszautasította. Mikor Gawande megérkezett a kórházba, apja éber állapotban volt, de nagyon boldogtalannak érezte magát, hogy ott kellett felébrednie: „Miért hagysz szenvedni?” Mivel ragaszkodott hozzá, hazaengedték, ahol néhány nappal később meg is halt.

„A befejezés mindig lényeges”, mondja Gawande. Ez természetesen így van, s amiről nem mond véleményt, az épp apja életének befejezése. Másképp csinált volna bármit is? Ha igen, mit? Tudom, sok mindent lehet kérdezni egy fűtől, aki szeretett apja haláláról beszél, de a könyv témáját tekintve fontosnak tűnik ennek elmulasztása. Bár az idősebb Gawande halálának körülményeiről olvasni is épp elég fájdalmas, fia világosan jelzi, hogy voltak örömteli időszakok apja számára, még utolsó heteiben is; vacsorákon vett részt, filmeket nézett otthon a feleségével, folytatta e-mailes levelezését, valamint beszélt telefonon az unokáival. Elég volt ez a boldogsághoz?

Gawande csak futólag ejt szót az orvos által felügyelt halálról (néha „asszisztált öngyilkosságnak” is nevezik), azaz arról a gyakorlatról, mely jelenleg öt amerikai államban legális, s mely megengedi az orvosoknak, hogy halálos adag barbiturátot írjanak fel bevételre, amennyiben a haldoklók úgy döntenek, hogy gyorsabb és békésebb módon szeretnék előidézni a halált. Ez a könyv leggyengébb része. „Csak a szívtelenek lehetnek érzéketlenek a gyógyíthatatlan betegeket látva, akik olyan szenvedésnek néznek elébe, melyről tudjuk, hogy fokozódni fog” – írja, de aztán így folytatja: „Félelemmel tölt el annak gondolata, mi fog történni, ha kitágítjuk az orvosi gyakorlat körét, és ide számítjuk a saját haláluk meggyorsításában aktívan segédkező embereket is. Kevésbé aggódom e lehetőségekkel való visszaélés, mint a tőlük való függőség miatt.”

Burkolt célzás történik arra, hogy a palliatív gondozást és a hospice-t medikalizált (szándékos orvosi segítséggel végrehajtott) öléssel kezdjük esetleg helyettesíteni. Emlékeztet a hollandiai tapasztalatokra,

ahol – mint mondja – az a tény, hogy „harmincöt holland közül egy az asszisztált öngyilkosságot választja a meghalás módjának, nem könyvelhető el sikernek. Ez inkább a kudarc mércéje.” (A hollandok az asszisztált öngyilkosság helyett, ahol a betegnek szájon keresztül kell magához vennie a gyógyszert, rendszerint az eutanázia szót használják, mely magában foglalja az életet gyógyszeresen kioltó orvos fogalmát, de a szándék ugyanaz.) A későbbiekben viszont azt mondja Gawande:

„Ha lehetőségem lenne, támogatnám a jogalkotást, amely elősegíti, hogy ilyen szereket írjanak fel. Az emberek körülbelül fele még csak nem is használja fel a receptet. Pusztán biztosíték számukra a tudat, hogy urai a helyzetnek, ha arra kerül sor. Viszont egész társadalmakat teszünk tönkrel, ha hagyjuk, hogy e lehetőség biztosítása eltérítsen bennünket a betegek életének jobbításától.”

Ez az eszmefuttatás számos tekintetben megkérdőjelezhető túl a szerző zavarba ejtő tévovázásán. Egyáltalán nincs bizonyíték arra, hogy az orvosi segédlettel történő meghalás kizorította volna a megfelelő palliatív ellátást és a hospice-t annak az öt államnak bármelyikében, ahol ez legális (Oregon, Washington, Vermont, Montana és Új-Mexikó). Épp ellenkezőleg. A Center to Advance Palliative Care¹¹ nevű intézet 2011-ben kiadott egy országos jelentést, mely a végstádiumban lévőek integrált gondozásának minőségét értékeli ki. A, azaz kiváló minősítést kapott Oregon, ahol az orvosi segédlettel történő meghalás akkor már tizenhárom éve legális volt, míg Massachusetts (Gawande állama és a szerzőé) B-re, azaz jóra lett értékelve. S majdnem minden Oregon állambeli elhunyt hospice-ellátásban részesült halála idején.

Gawande kijelenti, hogy támogatna egy az oregonihoz hasonló törvényt, ha „lehetősége adódna”, s erre ténylegesen lehetősége is nyílt 2012-ben, mikor Massachusettsben titkos szavazásra bocsátottak egy ilyen törvényjavaslatot (és kis többséggel bár, de leszavazták). Furcsa, hogy ezt nem említi, sem azt, hogy mit tett akkor.

11 A végstádiumba jutott betegek halálba kísérésével foglalkozó központ, mely azt vizsgálta, hogy területenként és államonként hogyan változik a szolgáltatásokhoz elérhetősége. Azzal a céllal készült, hogy nyilvánosság és a döntéshozók bevonásával növelje az állami szintű palliatív szolgáltatásokhoz való hozzáférés esélyeit a rászorulóknak számára.

Továbbá, miért állítja olyan egyértelműen Gawande Hollandiáról beszélve, hogy sok a harmincöt esetből egy orvosi segítséggel történő halál? Tekintettel a rák okozta szárnyú halálesetekre, miként ő is kiválóan illusztrálja könyvében, miért nem ez a helyes szám? Oregonban az arány egy az ötszázból. Ez a helyes szám? Úgy tűnik számomra, hogy a baj a rettegett betegséggel van, nem pedig azon betegek számával, akik szeretnék egy kicsit előbbre hozni az elkerülhetetlent. Továbbá, ha megadjuk a betegeknek a választási lehetőséget, akkor tiszteletben tartjuk önrendelkezési jogukat, melyért maga a szerző is olyan határozottan száll síkra könyvében.

November 1-jén csendesen elhunyt a huszonkilenc éves Brittany Maynard, miután bevett egy halálos adag barbiturátot, melynek felírását Oregonban a „Méltóságteljes halál” nevű törvény¹² engedélyezi. Férje és édesanyja ott voltak mellette. Amint a média széles körben tudósított róla, Brittany gyógyíthatatlan agydaganatban szenvedett, és családjával együtt áttelepült Oregonba, hogy megkaphassa a gyógyszert. Ezek után végigcsinálta mindazokat a dolgokat, melyek „bakancslistáján” szerepeltek, többek között egy Grand Canyon-i utazást férjével, anyjával és nevelőapjával, mindezt tíz nappal halála előtt. Internetes üzeneteiből egyértelműen látszik, hogy szerette az életet, de nem volt hajlandó várni addig a meghalással, amíg a rák teljesen szétrombolja személyiségét. Nem tudom megállni, hogy össze ne hasonlítsam Brittany Maynardot Sara Monopolival. Melyik a kívánatosabb halál? Számomra ez nem kérdéses, a haldokló betegek pedig hadd döntsenek a saját életükről.

Férjem, Arnold Relman, aki áttételes melanómában halt meg 2014. június 17-én, szerette volna a Brittany Maynard-féle alternatívát választani, de mivel Massachusettsben élt és nem Oregonban, nem volt rá lehetősége. Biztosították arról, hogy nem fog szenvedni, de ezt az ígéretet nem lehet mindig betartani, és egyébként is, nem a szenvedéstől félt a legjobban, hanem a fájdalom.

12 1997. október 27-én Oregon állam elfogadta a Méltóságteljes halálról szóló törvényt, mely megengedi betegségük végstádiumában lévő állampolgárainak, hogy életüket önként befejezzék halálos adag gyógyszer bevezetésével, melyet kifejezetten erre a célra írt fel az orvos.

mat csillapító gyógyszerek pszichikai hatásától – Atmaram Gawande is épp ezzel küzdött a legvégén. Halála előtt egy hónappal férjem hospice-otthonba vonult. Fő problémája akkor az őrítő fájdalom volt, melyet gerinccsatorna-szűkülete okozott (s mely valószínűleg összefüggésben volt a rákkal), továbbá legyengült és egyre növekvő légszomjjal küzdött, ahogy a daganat terjedt tüdejében. A szakápoló fokozatosan emelkedő adagban kapott metadonra állította, s három héten belül a fájdalom szinte teljesen el is tűnt, viszont ahogy Atmaram Gawande esetében is történt, gondolkodása zavarttá vált és elméje időnként elhomályosult.

Életének utolsó négy napja, igen váratlanul, kimondhatatlanul nehéz volt. Semmit sem evett vagy ivott, hol magánál volt, hol elvesztette eszméjét, s egyre nehezebben vette a levegőt. Mivel nem lehetett intravénásan gyógyszerezni, és nyelni sem tudott már – a légszomj csökkentése, no meg, valljuk be, halála siettetése céljából – folyékony narkotikumokat fecskendeztek kis adagokban a nyelve alá, ahogy Gawande apjával is tették. Kétlem, hogy ez sokat segített volna.

Nem látok okot arra, miért kellett férjemnek és a szeretteinek elviselni azokat az utolsó napokat. Gawande „válaszútról” beszél, mely apját arra indította, hogy hospice-ba vonuljon. Azt hiszem, néha van még egy válaszút, mégpedig az, amihez férjem ért el utolsó napjaiban. Nincs kétségem afelől, hogy a hospice a legjobb lehetőség arra, hogy haldoklókat segítsünk át utolsó hónapjaikon, de abban már egyáltalán nem vagyok olyan biztos, hogy megfelelő hely magának a halálnak a szempontjából. Régóta támogatom már a szándékos orvosi segítséggel történő meghalást (kulcsszere-

pem volt abban, hogy titkos szavazásra bocsássák a Méltóságteljes halálról szóló törvénytervezetet Massachusettsben). Erősebben hiszem, mint valaha, hogy a haldokló betegeknek meg kell adni a választás lehetőségét.

Férjem halála után pedig, elérkeztem arra a pontra, hogy helyeseljem az eutanáziát is a hospice-otthonok betegei esetében, akik agóniájuk végső stádiumát élik, és már nem tudják szájon át bevenni a gyógyszert. Ezek az emberek rendszerint már nincsenek abban a pszichikai állapotban, hogy egyidejű belegegyezésüket adják, de ha korábban közölték ebbéli kívánságukat, úgy hiszem, egy kellő időben kijelölt meghatalmazott segít eleget tenni ennek.

Bármi is legyen Gawande álláspontja az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosságról, megható és pontos látellelet nyújt társadalmunk öregedéshez és halálhoz való viszonyáról, továbbá azokról a károkról, melyeket azáltal okozunk, hogy inkább orvosi kérdést csináltunk belőle emberi probléma helyett. Több időt szentelhetett volna annak, hogyan lehetne javítani a dolgok állásán (a törpepapagájok és kutyák nem elegendőek), ugyanakkor biztos kézzel mutatott rá a hibákra. Elviselhetetlen mértékű és szükségtelen szenvedést okozunk azáltal, hogy az idősök életét intézetekben való pusztá vegetálásra korlátozzuk, a haldoklók ellen pedig felvonultatjuk a modern orvostudomány egész fegyvertárát. Természetesen nincs mód arra, hogy az öregkort és a vele járó betegségeket megszüntessük; ezt szabta ránk az élet. Gawande arra hívja fel a figyelmet csodálatra méltó könyvében, hogy ennek ellenére sokkal jobb megoldásokat is kínálhatnánk a problémára.

(The New York Review of Books)

E SZÁMUNK SZERZŐI:

Berkes Márton okleveles nemzetközi kapcsolatok szakértő, Budapest
Botlik József történész, Budapest
Prof. dr. Csath Magdolna közgazdász, egyetemi tanár, Biatorbágy
Kapronczay Károly történész, Budapest
Dr. M. Császár Zsuzsanna habil. egyetemi docens, PTE TTK Földrajzi Intézet, Pécs

Módos Krisztinán földrajz–német szakos MA hallgató, PTE Földrajzi Intézet
Dr. Molnár Péter történész-muzeológus, numizmatikus, Budapest
Dr. Sipos Anna Magdolna címzetes egyetemi tanár, PTE FEEK Könyvtár- és Információtudományi Intézet
Dr. Tóth I. János egyetemi docens, SZTE BTK Filozófia Tanszék, Szeged