Előszó a Palliatív szedáció különszámhoz

A Kharón Thanatológiai Szemle 30. évfolyamának 1. és 2. számát a palliatív szedáció kérdésének szenteljük. A palliatív szedáció azért vált manapság az életvégi ellátás egyik fontos kérdésévé, mert az orvosi kezelések az élet végén elnyújthatják a beteg szenvedéseit és megakadályozhatják a méltóságban való meghalást is.

A szenvedés szubjektív érzet és magában foglalja a fizikai, a lelki, a szociális és az egzisztenciális/spirituális elemeket. Az elviselhetetlen szenvedés az, amely már meghaladja a személy tűrőképességét, és amely számos körülmény miatt folyamatosan változhat. A jogi és etikai kérdés ebben az esetben az, hogy az elviselhetetlen szenvedéssel küzdő beteg dönthet-e a saját sorsa felől, és ha igen, mi mindenre kiterjedően dönthet. A palliatív szedáció is egyike a modern életvégi döntési lehetőségeknek és ezzel együtt az életvégi tervezésnek. A 2023-ban megjelent, legfrissebb európai irányelv pedig lehetővé tenné azt is, hogy annak adaptálásával fejleszthessük a palliatív szedáció mint életvégi ellátás egyértelműbb magyarországi befogadását is.

A Kharón folyóirat felhívására 7 nagyon színvonalas tanulmány érkezett be a palliatív szedáció témakörében. Különös értékét adja a beérkezett írásoknak, hogy a legkülönbözőbb foglalkozási területeken dolgozó szakemberek vállalkoztak arra, hogy ezzel a nagyon fontos kérdéssel foglalkozzanak: onkológus, aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvos, gyermekorvos, jogász, szociológus, pszichológus és filozófus. Ennek megfelelően nagyon sokszínű megközelítését kaptuk a témának az általános áttekintéstől és fogalommagyarázattól kezdve a palliatív szedáció európai keretrendszerének bemutatásán át a magyarországi hozzáférhetősége, illetve ennek hiánya bemutatásáig. Mindezt kiegészíti a palliatív szedációval kapcsolatos, morális esetmegbeszélő csoport mint módszer ismertetése.

A 2026/1. számban a felnőtt betegek, a 2. számban pedig a súlyos beteg gyermekek palliatív szedációjával foglalkozó tanulmányok kerülnek bemutatásra. Fontos kérdés még a POLST, amely az előzetes döntések egyik speciális fajtája, és amely – a tanulmány címe szerint – „egy új paradigma az életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos betegpreferenciák kifejezésére”.

Tisztelt Olvasók! Fogadják szeretettel ezeket az írásokat, amelyek Magyarországon még szinte kuriózumnak tekinthetők. Jó olvasást kívánok!

Dr. Hegedűs Katalin

főszerkesztő

TANULMÁNY

PIKÓ BÉLA - BASSAM ALI

Gondolatok a palliatív szedációról

Összefoglalás ♦ *A palliatív szedáció (PS) formái közül szerzők a tartós, mély, terminális szedációval foglalkoznak, melynek célja elviselhetetlen panaszok esetén a szenvedés enyhítése a végállapotú – nem kizárólag daganatos – betegek körében. Általánosan elfogadott javallatai a nem csillapítható fájdalom, súlyos nehézlégzés, agitált delírium, görcsök, valamint sürgősségi beavatkozásként, az alábbi krízishelyzetek: masszív vérzés, terminális nehézlégzés, neurogén vagy kardiogén tüdőödéma, kezelhetetlen szorongás. Annak ellenére, hogy a nemzetközi és hazai szakirodalom régen foglalkozik a PS kérdéseivel, hazánkban a megfelelő szakmai protokollok hiányoznak, az elméleti tudás nem elterjedt és a kompetencia sem egyértelmű. Kifejtik, hogy a PS nem rövidíti meg az életet, így az élet mesterségesen megnyújtását vagy megrövidítését tiltó hospice alapelvvel nem ellentétes, s a tevékenységet a kettős hatás elvének keretein belül szükséges értékelni. Hangsúlyozzák a határozott különbséget a palliatív ellátáson belül végezhető PS és a hazánkban tiltott eutanázia között.*

Kulcsszavak: palliatív szedáció, hospice alapelvek, kettős hatás, eutanázia

Reflections on Palliative Sedation

Summary ♦ *The authors examined continuous deep sedation (CDS), a variant of palliative sedation (PS) designed to mitigate intolerable suffering in terminally ill patients, including those with malignant diseases and other end-stage conditions. Widely recognized indications for PS include refractory pain, severe dyspnea, agitated delirium, seizures, and critical conditions necessitating emergency intervention, such as massive hemorrhage, terminal dyspnea, neurogenic or cardiogenic pulmonary edema, and intractable anxiety. Despite the extensive attention given to PS in both international and Hungarian professional literature, In Hungary lacks comprehensive,*

detailed professional protocols; theoretical knowledge remains inadequately disseminated, and competencies in this area are not clearly defined. The authors contend that PS does not reduce life expectancy, thereby aligning with the hospice principle that prohibits the artificial prolongation or hastening of death. It should be assessed within the framework of the principle of double effect. They underscore a clear distinction between PS, which is conducted within the scope of palliative care, and euthanasia, which is prohibited in Hungary.

Keywords: palliative sedation, hospice principles, double effect, euthanasia

Első lépésben szükségesnek tartjuk a fogalmak tisztázását. A palliatív szedáció (továbbiakban PS) különböző szempontok szerint osztályozható: lehet intermittáló (pl. éjszakai nyugalom biztosítására, aktuálisan nem befolyásolható fájdalmas időszakokon való átsegítés végett) vagy tartós (folyamatos); enyhe (a tudati szint kisfokú csökkentésére) vagy mély (tulajdonképpen a beteg altatásának céljára, az élet végéig) (Verkerk, van Wijlick, Legemaate, de Graeff, et al. 2007); (Cherny és Radbruch, 2009); (Twycross, 2019); (Csikós, 2022a). A félreértések elkerülése végett jelezzük, hogy dolgozatunkban a tartós, mély, terminális szedációval foglalkozunk (ld. 1. lábjegyzet)

A PS a terminális állapotú betegek ellátásban nem újdonság, mivel – számos elemzést és több gyakorlati irányelvet követően – 2005-ben, Hollandiában már sor került a szabályozására (Verkerk, van Wijlick, Legemaate, de Graeff, et al. 2007). Ekkor a PS indikációjaként a beteg számára elviselhetetlen szenvedést okozó, egy vagy több refrakter (azaz racionális időtartamon belül nem, vagy csak elfogadhatatlan mellékhatás árán kezelhető) tünetet (jellegzetesen fájdalom, nehézlégzés, delírium) fogalmaztak meg, kiegészítve azzal, hogy a halál várhatóan hamarosan (egy-két hét alatt) bekövetkezik, és javasolják, hogy a táplálkozásra és ivásra képtelen betegeknél általában ne alkalmazzanak hidrálást (kivéve a két héten túl történő PS-t). Gyógyszerként elsősorban javasolt a midazolám, és csak ennek nem megfelelő effektusa esetén következik a levomepromazin, fenobarbitál vagy propofol. Már ekkor kiemelték a PS és az eutanázia közötti elvi különbséget. Azóta a kérdéssel a nemzetközi irodalomban sokan foglalkoztak, (Cherny és Radbruch, 2009); (Bhyan, Shresthra, Schoo, et al. 2005); (Surges, Brunsch, Jaspers, et al. 2024); (Barry, Brodrick, Gupta, et al, 2025), de nem tértek el lényegileg a fenti alapelvektől: specifikálták

a javallatokat, finomítottak a gyógyszeres ajánláson, hangsúlyozták a sürgősségi PS lehetőségét, s kiemelték a tájékoztatás és beleegyezés fontosságát.

A PS a hazai szakirodalomban évtizedek óta szerepel, ennek ellenére egyet kell értenünk Csikós Ágnes véleményével: „Magyarországon a palliatív szedáció fogalma, protokoll szerinti gyakorlata szinte egyáltalán nem ismert" (Csikós, 2022a: 452). Az általánosan elfogadott javallatok a következők: elsősorban nem csillapítható fájdalom, nehézlégzés, agitált delírium, görcsök, valamint sürgősségi beavatkozásként, az alábbi krízishelyzetek: masszív vérzés, terminális nehézlégzés, neurogén vagy kardiogén tüdőödéma, kezelhetetlen szorongás (Emberi Erőforrások Minisztériuma, – Egészségügyért Felelős Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium., 2017); (Hegedűs, 2019); (Csikós, 2020a). A PS korrekt végzéséhez hiányoznak a jól kidolgozott, kellően részletes protokollok, így az elméleti tudás sem feltétlenül érvényesül a gyakorlatban (Csikós, 2022a); (Pozsgai, Garralda, Busa, et al, 2024).

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2017. évi egészségügyi szakmai irányelvében („A daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról") a PS teljes részletességgel szerepel: definíció, cél, formák, leggyakoribb formák, okok, tájékoztatás., nyomon követés, etikai megfontolások, gyógyszerek (Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2017). Ezzel szemben, a jelenleg hatályos irányelvben csak utalás történik rá: „Ajánlás 13. Amennyiben nem krízishelyzetről van szó, a palliatív szedáció bevezetése a páciens által már korábban kinyilvánított előzetes rendelkezés szerint történjen. (2A)" (Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2023: 16.).

Természetesen a definíció hazánkban is azonos a nemzetközileg elfogadottal, azaz a PS célja és módszere a daganatos (és nem daganatos), gyógyíthatatlan betegségek végső stádiumában, amikor a hagyományos tüneti kezelés nem biztosít kellő tüneti enyhülést, szedatív gyógyszerek ellenőrzött alkalmazásával a tudat éberségi szintjének csökkentése a kontrollálhatatlan szenvedés enyhítésére. A teljesség igénye nélkül néhány hazai – vagy magyarul is megjelent – irodalomra utalunk (Di Panfilis, 2014; (Hegedűs, 2014); (Tóth K, 2018); (Hegedűs, 2022); (Horváth, 2022); (Kádas, 2022); (Muszbek, 2024); (Muszbek, Csikós, Gaál és mtsai, 2024); (Tóth Á, 2024).

Elemezzük egy kicsit ezt a meghatározást! A PS nemcsak daganatos megbetegedések esetében, hanem más kórképekben is javasolt, a „zsinórmérték" a tünetek súlyossága, elfogadott kezelésekkel befolyásolhatatlan voltuk, a betegek túlélési esélyének hiánya és a halál hamarosan

várható bekövetkezése, a tudati szint befolyásolásának szükségessége a szenvedés csökkentése érdekében. Hazai irodalomban is beszámoltak a nem daganatos kórképekben, mint COPD (Tóth K, 2017), demencia (Hegedűs, 2016), Alzheimer-betegség (Cseh és Komoly, 2024) esetében, de véleményünk szerint a beavatkozásnak előbb-utóbb minden olyan kórkép terminális stádiumában lehet létjogosultsága, ahol a feltételek fennállnak (és az interdiszciplináris együttműködésben a palliatív orvos is szerepet kap).

A PS és a hospice alapelvek

Felmerülhet az olvasóban a kérdés, hogy a PS által a közvélekedés szerint előidézett élettartam-csökkenés mennyiben egyeztethető össze a hospice egyik alapelvével, mely szerint az életet mesterségesen sem megnyújtani, sem megrövidíteni nem szabad és az ellátás során egyik érdekében sem cselekszünk (Lőw, 2013); (Csikós, 2022b); (Muszbek, Csikós, Gaal, és mtsaik, 2024). A közleményekben szereplő eredmények azt jelzik, hogy a PS általában nem rövidíti meg az életet (Rietjens, van Zuylen, van Veluw, et al, 2008); (EMMI, 2017); Tin, Lo és Wong 2019); (Potter, Shield és Breen, 2021); Camartin, Björkhem-Bergman, 2022); (Csikós, 2022a); (Chen, Niu és Zhang, et al, 2025), bár egyesek szerint megrövidíti (Lojo-Cruz C, Mora-Delgado J, Rivas Jiménez V, et al. 2023), míg mások nézete szerint (szerény) meghosszabbítását is eredményezheti (Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, et al, 2009). Az elemzésekben kitérnek a szelekciós problémák és a megfelelő kontrollcsoport hiánya miatti bizonytalanságra is.

A másik vizsgálandó szempont a kettős hatás elvének érvényesülése, mely szerint valamely tevékenység elsődleges, kedvező céljának elérése érdekében elfogadható káros hatás is (Potter, 2015); (Rojkovich, 2015); (EMMI, 2017); (Bonello, 2020); (Hegedűs, 2022); (Arima, 2025). Tudnunk kell azonban, hogy a kettős hatás nem valamiféle „joker”, amit minden kedvezőtlen kimenetelű esemény magyarázata (vagy emiatti magyarázkodás) esetén „előhúzhatunk”; az etikus alkalmazás feltételeit Faris és mtsai kísérelték meg összefoglalni: Egy magában jó cselekvésről van szó, amelynek legalább két előre látható hatása van, melyek legalább egyike rossz, s ezek közvetlenül a tettből következnek. A jó hatásra törekszünk és nem a káros következményre. Előre látjuk (láthatjuk) a jó és a rossz hatást, s ebben a relációban az alkalmazott eszközök arányosak a céllal (eszköz-cél arányosság), az előnyök arányosak a lehetséges károkkal (cél-cél arányosság). (Faris, Dewar, Dyason, et al, 2021). A fentieket figyelembe véve, álláspontunk a következő: a beteg szenvedésének csökkentése emberi, szakmai és jogi kötelességünk (azaz „jó” cél), és amennyiben

egyéb lehetőségeket kimerítettünk, speciális esetek kivételével megfelelő tájékoztatást követő beleegyezés („informed consent") elnyerése után, a szakma szabályainak betartása mellett (megfelelő feltételek) a PS elvégezhető, annak tudtában is, hogy a beteg elveszti kapcsolatát a külvilággal, kommunikációja lehetetlenné válik („rossz" következmény) (1997. évi CLIV. tv); (Patel, Kleinig, Bakker, et al, 2019); (van Delden, Heijltjes és Harwood, 2023).

A PS nem eutanázia

A PS során nullára redukált tudati szintű betegek látványa és (a beavatkozástól függetlenül is várhatóan bekövetkező) haláluk észlelése a hozzátartozókban vagy akár (a nem megfelelő ismeretekkel rendelkező) egészségügyi dolgozókban is azt a benyomást kelthetik, hogy eutanázia tanúi lettek, főleg akkor, ha a beteg hamarosan bekövetkező elhunytával találkoznak. PS során a kezeltek 47%-a esetén 24 órán belül halál következik be (Csikós, 2022a). A PS téves megítélésével főleg akkor találkozunk, ha a kommunikáció nem volt megfelelő, vagy nem terjedt ki valamennyi érintettre (Csikós, 2022a); (Pozsgai és Csikós, 2022); (Engel, Kars, Teunissen, et al, 2023); (Locatelli, Fasse, Lacombe, et al, 2025).

Márkus Attila 2011-ben megjelent – a minden bizonnyal aggasztó és helytelennek tartott gyakorlatra a figyelmet felhívó – cikke a szándékos morfin-túladagolás esetével foglalkozik, majd a beteg a közlemény szerint „10-20 ampullánként adagolt nyugtatók"-at is kapott a korábbi szerből való kifogyás után (Márkus, 2011, 306). A cikkhez Simkó Csaba írt a „klinikus oldaláról" farmakológiai szempontú kommentárt, elvetve a helytelen morfin-adagolást, de a szedatívumok megfelelő alkalmazásának lehetőségét (akkori – még nyitott – kérdéseket ismertetve) bemutatja (Simkó, 2011). Ezután Kovács József bioetikai elemzése következett, aki szerint „jó szándékkal, de szakszerűtlenül és etikailag-jogilag elfogadhatatlan módon kivitelezett palliatív szedáció végrehajtásáról" volt szó, ami „a szokásos orvosi tevékenység része, s nem eutanázia … a beteget nem ölik meg, hanem egyszerűen meghal a betegségében" (Kovács, 2011: 310, 311). Dósa Ágnes a tájékoztatás és beleegyezés fontosságáról, a dokumentáció jelentőségéről, a helyettes döntéshozó kérdéséről ír (Dósa, 2011), míg Filó Mihály az eset kapcsán a fájdalomcsillapítás és a büntetőjog kapcsolatát elemezte, fontos gondolatot megfogalmazva: „Elöljáróban le kell szögeznünk, hogy – a tévhitektől eltérően – nem a büntető igazságszolgáltatás feladata, hogy biztosítsa az életvégi döntéseknél is az emberi jogok érvényre jutását", és XII. Pius véleményére is hivatkozik, aki a

fájdalom csökkentését morális szempontból megengedhetőnek tartotta akkor is, ha az a szenvedő életének megrövidítésével jár. (Filó, 2011: 317) (2. lábjegyzet)

A PS és eutanázia közötti különbséget legrészletesebben Csikós mutatja be, ezen alapul saját összeállításunk is (Csikós. 2022a). (1. táblázat) A számos különbség ellenére – mint említettük – alapvető a beavatkozások céljában és eredményében való eltérés.

Véleményünk szerint a palliatív orvoslás művelőinek kettős feladata van: egyrészt szorgalmazniuk kell általánosan elfogadott protokollok kidolgozását (ebben természetesen közreműködve), másrészt a PS-t valós értékén bemutatni a szakmai és laikus közvéleménynek.

Lábjegyzetek

1. lábjegyzet

Közleményünk első szerzője a palliatív orvoslás licence vizsga előtti képzésen, Pécsett találkozott először a PS fogalmával, ráadásul a tanfolyam után, este, kellően elfáradva olvasva azt a tételek között. Először kicsit csodálkozott, mivel az onkológián kialakult gondolkodása szerint a szedálás nem lehet kuratív, hanem csak palliatív (ha nem éppen szimptomatikus), és azon is, hogy – mivel már igen sokszor kellett betegeinek szedatívumot adnia – ez miért külön téma. Másnap vált világossá számára a beavatkozás jelentősége.

2. lábjegyzet

Az adott eseményről való beszámoló és a hozzászólások értékelése közben nem feledkezhetünk meg az akkori jogi (és szakmai) környezetről. Az Egészségügyi törvény (1997. évi CLIV törvény az egészségügyről) már hatályban volt, de a bűntetőügyeket még a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény alapján bírálták el (ezt váltotta fel a jelenlegi, 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről). A jogforrások mellett a nem kiforrott hazai szakmai- és joggyakorlat, valamint – és főleg – a szabályozás és a tájékoztatás hiányosságai is fontos tényezők.

1. táblázat

Palliatív szedáció és eutanázia összehasonlítása

	palliatív szedáció (CDS)	**eutanázia**
cél	szenvedés enyhítése	szenvedés megszüntetése
eredmény	tudati szint csökkentése	élet kioltása
orvosi eljárásként	normál	tiltott (vagy más jogrendekben kivételes)
indikáció	kezelhetetlen, elviselhetetlen szenvedéssel járó (főleg testi) tünetek	elviselhetetlen szenvedés (az enyhülés bármilyen reménye nélkül)
kizárólag az élet utolsó szakaszában	igen, haldokló (1-2 héten belül várhatóan meghaló) beteg esetén	nem
beteg hozzájárulása	általában szükséges (kivéve krízis javallatok)	mindig szükséges (többnyire megalapozottsága is vizsgált)
konzultáció független orvossal	általában nem szükséges (kivéve speciális ismeretek iránti igény)	mindig kötelező
döntéshozatal	amennyiben lehetséges, beteg, család és ellátók közötti konszenzus alapján	elsődlegesen beteg és az orvos közötti megbeszélés alapján
gyógyszerek	főleg midazolám, esetleg propofol, levomepromazin, lorazepám, fenobarbitál, klórpromazin. (egyes külföldi hivatkozásokban morfinátok)	midazolám, diazepám, lidokain, propofol, fenobarbiturál, tiopentál, rokuronium, bupivakain, kálium, morfinátok
adagolás	titrálás a szenvedés enyhüléséig, szükséges minimális dózis beállítása	gyors túladagolás
gyógyszert beadja	orvos és nővér	csak orvos

egyéb gyógyszerek adása	terminálisan is alkalmazott szerek tovább adhatók	értelmetlen
folyadékpótlás	általában nem ajánlott, de hosszabb túléléskor előfordul (egyes jogrendekben kötelező)	értelmetlen
elméletben visszafordítható	igen	nem
életet lerövidíti	nem	radikálisan igen
a halál természetes okú	korrekt kezelés esetén igen	nem
törvényi szabályozás	külön szabályozása nincs	hazánkban törvényileg tiltott (más jogrendekben speciális)
bejelentés és felülvizsgálat szükséges	nem (a rendes terápia része)	ahol engedélyezett, ott is kötelező

(Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2017); (Csikós 2022a); (Stukalin, Olaiya, Naik, et al, 2022); (Worthington, Finlay és Regnard, 2022); (Lojo-Cruz C, Mora-Delgado J, Rivas Jiménez V, et al. 2023); (Pozsgai, Garralda, Busa, et al, 2024); (Barry, Brodrick, Gupta, et al, 2025)

IRODALOM

1997. ÉVI CLIV. TÖRVÉNY AZ EGÉSZSÉGÜGYRŐL. https://njt.hu/jogszabaly/1997-154-00-00 Elérés: 2025. 10. 09.

ARIMA H. Double-effect sedation: do physicians not intend a decrease in consciousness when it is caused by drugs that can also reduce specific symptoms? *J Med Ethics*. 2025 Jul 31: jme-2025-110912. doi: 10.1136/jme-2025-110912.

BARRY C, BRODRICK R, GUPTA G, et al. Palliative sedation at the end of life: Practical and ethical considerations. *Clin Med (Lond)*. 2025 Jul;25(4):100338. doi: 10.1016/j.clinme.2025.100338.

BELÜGYMINISZTÉRIUM – Egészségügyi Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív

ellátásáról. Azonosító**:** 002175, Megjelenés dátuma: 2023. március 24. Érvényesség időtartama: 2026. március 24. https://kollegium.aeek.hu Irányelvek - Egészségügyi Szakmai Kollégium Elérés: 2025. 10. 09.

BHYAN P, SHRESTHA U, SCHOO C, et al. Palliative Sedation in Patients With Terminal Illness. [Updated 2024 Jan 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470545/ Elérés: 2025. 10. 09.

BONELLO RJ. The Principle of Double Effect in Palliative Sedation. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Masters of Arts in Bioethics Faculty of Theology University of Malta, 2020. https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/72153/1/20MTHBET003%20Rebecca%20Jane%20Bonello.pdf Elérés : 2025. 10. 10.

CAMARTIN C, BJÖRKHEM-BERGMAN L. Palliative Sedation-The Last Resort in Case of Difficult Symptom Control: A Narrative Review and Experiences from Palliative Care in Switzerland. *Life (Basel)*. 2022 Feb 16;12(2):298. doi: 10.3390/life12020298.

CHEN M, LI Z, NIU J, ZHANG Z, et al. Attitudes and practices of hospice physicians regarding palliative sedation: a cross-sectional descriptive study. *BMJ Open*. 2025 Sep 11;15(9):e090907. doi: 10.1136/bmjopen-2024-090907.

CHERNY NI, RADBRUCH L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009 Oct;23(7):581-93.

CSEH T, KOMOLY S. Egyes neurodegeneratív kórképek palliatív ellátása: amyotrophiás lateralsclerosis, Parkinson-kór és Parkinson-plusz szindrómák, Creutzfeldt–Jakob-kór, progresszív sclerosis multiplex. In: CSIKÓS Á. (szerk.) Palliatív ellátás. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2022. 406-413.

CSIKÓS Á. A palliatív ellátás alapjai, jelenlegi helyzete és kihívásai. In: CSIKÓS Á. (szerk.) Palliatív ellátás. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2022. 35-53. (2022b)

CSIKÓS Á. Palliatív szedáció. In: CSIKÓS Á. (szerk.) Palliatív ellátás. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2022. 452-463 (2022a)

DI PANFILIS L. A palliatív szedáció etikai kérdései (fordította Zsák É.). *Kharón*, 2014/2: 1-10 kle

DÓSA Á. Helyzetelemzés. 3. kommentár Márkus A. Szándékos morfintúladagolás Magyarországon című közleményéhez. *LAM* 2011;21(4):314-316 (306-320).

EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTÉRIUMA – Egészségügyért Felelős Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. Azonosító: 000768, Érvényesség időtartama: 2017. 10. 04. – 2020. 10. 04. https://jogkodex.hu/doc/1496978 Elérés: 2025. 10. 09.

ENGEL M, KARS MC, TEUNISSEN SCCM, et al. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2023 Oct;21(5):890-913.

FARIS H, DEWAR B, DYASON C, et al. Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation. *BMC Med Ethics*. 2021 Oct 19;22(1):141. doi: 10.1186/s12910-021-00709-0.

FILÓ M. Fájdalomcsillapítás és büntetőjog. 4. kommentár Márkus A. Szándékos morfintúladagolás Magyarországon című közleményéhez. *LAM* 2011;21(4):316-320 (306-309),

HEGEDŰS K. A fájdalomcsillapítás etikai vonatkozásai (előadás). 2014. https://semmelweis.hu/neurologia/files/2014/11/F%C3%A1jdalomcsillap%C3%ADt%C3%A1s-etika-Dr.-Heged%C5%B1s-Katalin.pdf Elérés: 2025. 10. 10.

HEGEDŰS K. Életvégi kérdések, palliatív gondoskodás. INDA (Interprofesszionális Demencia Alapprogram). 2016. https://demencia.hu/storage/hegedus_katalin-pG2Vr.pdf Elérés: 2025. 10. 10.

HEGEDŰS K. Etikai kérdések a palliatív ellátás során. In: CSIKÓS Á. (szerk.) Palliatív ellátás. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2022. 543-541.

HEGEDŰS K. Mi nem eutanázia? Az életvégi döntések lehetőségei Magyarországon (előadás), 2019. https://hospice.hu/docu/2019_Ki-donthet-konferencia/Hegedus_Mi-nem-eutanazia.pdf Elérés: 2025. 10. 09.

HORVÁTH O, RÁCZ K, JAKUS N és mtsaik. A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba. *Orv Hetil*. 2022; 163(38): 1520–1527.

KÁDAS JR, KANJO NADA K, MUSZBEK K. Palliatív szedáció – szükséglet vagy remény? In: CSIKÓS Á (szerk.) Palliatív esetgyűjtemény. PTE Egészségtudományi Kar. 2022. https://dtk.tankonyvtar.hu/bitstream/handle/123456789/14756/PALLIAT%C3%ADV%20ESETGY%C5%B0JTEM%C3%89NY.pdf?sequence=1&isAllowed=y 163-169. Elérés: 2025. 10. 09.

KOVÁCS J. Bioetikai elemzés. 2. kommentár Márkus A. Szándékos morfintúladagolás Magyarországon című közleményéhez. *LAM* 2011;21(4):310-314 (306-320).

LOCATELLI M, FASSE L, LACOMBE C, et al. Deep Continuous Sedation Until Death and Experience of Relatives and Healthcare Providers: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2025 Jun;69(6):e773-e787. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2025.02.004.

LOJO-CRUZ C, MORA-DELGADO J, RIVAS JIMÉNEZ V, et al. Survival Outcomes in Palliative Sedation Based on Referring Versus On-Call Physician Prescription. *J Clin Med*. 2023 Aug 9;12(16):5187. doi: 10.3390/jcm12165187.

LŐW P. Bevezetés a bioetikába. 2013. file:///C:/Users/user/Downloads/low_peter_2014_0.pdf Elérés: 2025. 10. 10.

MALTONI M, PITTURERI C, SCARPI E, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol*. 2009 Jul;20(7):1163-9.

MÁRKUS A. Szándékos morfintúladagolás Magyarországon. *LAM* 2011;21(4):306-308 (306-320)

MUSZBEK K, CSIKÓS D, GAAL I, és mtsaik. Életvégi döntések a hospice ellátás gyakorlatában. *Fundamentum*. 2024: 139-143

MUSZBEK K. Hospice-palliatív ellátás. Biztos, hogy csak terminális állapotú betegek esetében? *OL*. 21. 2024. Ápr. 1-24

PATEL C, KLEINIG P, BAKKER M, et al. Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Aust J Gen Pract*. 2019 Dec;48(12):838-845.

POTTER J, SHIELDS S, BREEN R. Palliative Sedation, Compassionate Extubation, and the Principle of Double Effect: An Ethical Analysis. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Dec;38(12):1536-1540.

POTTER J. The Principle of Double Effect in End-of-Life Care. *Natl. Cathol. Bioeth. Q*.15.3 (Autumn 2015): 515-529.

POZSGAI É, CSIKÓS Á. Kommunikációs alapelvek a palliatív ellátásban. In: CSIKÓS Á. (szerk.) Palliatív ellátás. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2022. 463-474

POZSGAI É, GARRALDA E, BUSA CS, et al. Report on palliative sedation medication usage: a survey of palliative care experts in Eight European countries. *BMC Palliat Care*. 2024 Jun 20;23(1):154. doi: 10.1186/s12904-024-01484-6.

RIETJENS JA, VAN ZUYLEN L, VAN VELUW H, et al. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Sep;36(3):228-34.

ROJKOVICH B. A kettős hatás elve az orvosi gyakorlatban. In: KOVÁCS G, VARGA K, VÉRTESI L (szerk.) Kettős hatás – helyettesíthető-e az etika matematikával. Pécsi Püspöki Hittudományi Főiskola, 2015. 77-84.

SIMKÓ CS. A klinikus véleménye. 1. kommentár Márkus A. Szándékos morfintúladagolás Magyarországon című közleményéhez. *LAM* 2011;21(4):308-310 (306-320)

STUKALIN I, OLAIYA OR, NAIK V, et al. Medications and dosages used in medical assistance in dying: a cross-sectional study. *CMAJ Open*. 2022 Jan 18;10(1):E19-E26. doi: 10.9778/cmajo.20200268.

SURGES SM, BRUNSCH H, JASPERS B, et al. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliat Med*. 2024 Feb;38(2):213-228.

TIN WW, LO SH, WONG FC. A retrospective review for the use of palliative sedation in a regional hospital in Hong Kong. *Ann Palliat Med*. 2020 Nov;9(6):4502-4513.

TÓTH ÁA, LÉNÁRT A, NAGY E, és mtsaik. Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon 1. rész. *IME*. 2024/4.

TÓTH K. A palliatív ellátás helye az idült légzőszervi megbetegedésekben. *Korányi Bull*. 2017. 1. 56-58

TÓTH K. Tüdőrákos betegek korai palliatív terápiája. Pharmaonline. 2018. https://pharmaonline.hu/cikk/tudorakos-betegek-korai-palliativ-terapiaja Elérés: 2025. 10. 09.

TWYCROSS R. Reflections on palliative sedation. *Palliat Care*. 2019 Jan 27; 12:1178224218823511. doi: 10.1177/1178224218823511.

VAN DELDEN JJM, HEIJLTJES MT, HARWOOD RH. Should we all die asleep? The problem of the normalization of palliative sedation. *Age Ageing*. 2023 Aug 1;52(8): afad164. doi: 10.1093/ageing/afad164

VERKERK M, VAN WIJLICK E, LEGEMAATE, et al. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Dec;34(6):666-70.

WORTHINGTON A, FINLAY I, REGNARD C. Efficacy and safety of drugs used for 'assisted dying'. *Br Med Bull*. 2022 Jul 9;142(1):15-22.

Dr. Pikó Béla
rendvédelmi alapellátás orvosa
Békés Vármegyei Rendőr-főkapitányság, Humánigazgatási Szolgálat,
Egészségügyi és Pszichológiai Alosztály, Békéscsaba
dr.piko.bela@gmail.com

Dr. Bassam Ali
onkológus főorvos
Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház,
Megyei Onkológiai Centrum, Gyula

DR. KŐMÜVES SÁNDOR

Egzisztenciális szenvedés és palliatív szedáció

A *Palliatív Ellátás Európai Szövetségnek (EAPC)* a palliatív szedációval kapcsolatban kiadott revideált keretrendszere (2023)

TANULMÁNY

Összefoglalás ♦ *Az Európai Unió Palliatív Szedáció (PalSed) című Horizon 2020 projektje keretében sor került a Palliatív Ellátás Európai Szövetsége (EAPC) által 2009-ben kiadott, palliatív szedációra vonatkozó keretrendszer felülvizsgálatára. Az új keretrendszert az EAPC 2023-ban tette közzé, amelyben az egzisztenciális szenvedés a korábbi keretrendszerhez képest jelentősebb szerepet kapott. A jelen tanulmány első lépésben ismerteti az életvégi döntések diskurzusában a terminális szedáció párbeszédének néhány alapelemét, lehetővé téve, hogy ebben a kontextusban elhelyezhessük az EAPC új palliatív szedáció-definícióját. Második lépésként összehasonlítjuk a régi és az új keretrendszert, hogy világosan láthassuk a számunkra lényegi változtatásokat. Végezetül pedig röviden megnevezzük azokat a pontokat, melyek az egzisztenciális szenvedés értelmezésének terén továbbra is nyitott, a gyakorlat számára sürgős válaszokat váró kérdéseket jelentenek.*

Kulcsszavak: Palliatív Ellátás Európai Szövetsége (European Association for Palliative Care, EAPC), terminális szedáció, palliatív szedáció, eutanázia, egzisztenciális szenvedés, elviselhetetlen szenvedés, refrakter tünet

Existential Suffering and Palliative Sedation

Summary ♦ *Within the framework of the Palliative Sedation in the European Union (PalSed) project, part of the Horizon 2020 programme, a revision of the European Association for Palliative Care (EAPC) 2009 framework on palliative sedation was undertaken. The new framework, published by the EAPC in 2023, assigns a more prominent role to existential suffering compared to its position in the earlier document. The present study first outlines some key elements of the discourse on terminal sedation within the broader debate on end-of-life decision-making, thereby allowing the placement of the EAPC's new definition of palliative*

sedation in this context. In the second step, we compare the previous and the new frameworks in order to clearly identify the essential changes. Finally, we briefly highlight those aspects of the interpretation of existential suffering that remain open and continue to call for urgent clarification in clinical practice.

Key terms: European Association for Palliative Care (EAPC), terminal sedation, palliative sedation, euthanasia, existential suffering, intolerable suffering, refractory symptom

Bevezetés

A Palliatív Ellátás Európai Szövetsége (EAPC) szerint a 2009-ben megjelent keretrendszert elsősorban a refrakteritás[1] pontos definíciójának hiánya, a betegnek, illetve a beteg képviselőjének a refrakteritás meghatározásában betöltött elégtelenül definiált szerepköre, valamint az egzisztenciális szenvedésnek a palliatív szedáció lehetséges indikációjaként való tisztázatlan státusza miatt érte kritika. (Surges et al. 2024.) Az EAPC azonban nem csupán ezeken a pontokon végzett el lényegi módosításokat, többek között magának a palliatív szedációnak a definícióját is átfogalmazta. Több lényeges konceptuális változtatást is eszközölt, melyek teljes tartalmát leginkább úgy érthetjük meg, ha az új keretrendszer ezen pontjait a régi keretrendszert érő kritikákra és az életvégi diskurzusban az elmúlt évek során történt jelentős eseményekre adott válaszként értelmezzük. A palliatív szedációról szóló diszkusszió ugyanakkor beilleszthető egy tágabb, a terminális szedációról szóló vitába is, amely fényt vethet arra, hogy a szedáció meghatározása rendszerint etikai értékválasztásokat is tükröz, gyakran nem nyilvánvaló módon. Ezért célszerű első lépésben elhelyezni az EAPC keretrendszerek palliatív szedáció meghatározásait a terminális szedáció definíciójáról szóló diskurzusban. Ez megfelelő alapot teremthet arra, hogy röviden szemügyre vegyük – a számunkra fontos aspektusok perspektívájából – az EAPC korábbi, 2009-ben megjelent keretrendszerét, majd pedig a 2023-ban megjelent, revideált keretrendszert.[2] Minthogy már az újabb keretrendszerre is érkezett kritikai észrevétel, a tanulmány utolsó fejezete ezt ismerteti röviden.

[1] A „refrakter tünet/állapot” a palliatív medicina kontextusában olyan tünetet/állapotot jelöl, melynek kezeléséhez a palliatív ellátás hagyományos eszközei nem mutatkoznak hatékonynak, ezért a szedáció kerülhet szóba. A refrakteritás nem jelent egyszerűen kezelhetetlenséget, hiszen a szedálás is a kezelés egyik lehetséges formája.

[2] A keretrendszerekből származó, a jelen tanulmányban idézett részletek a szerző saját fordításai.

A terminális szedáció meghatározása

Az életvégi döntések diskurzusában rendszerint – de nem szükségszerű módon - a terminális szedáció kifejezése alatt tárgyaljuk az életük végén járó betegek szedálásának különböző kérdéseit. Tekintettel arra, hogy a terminális szedációnak számos meghatározása van, célszerű egy olyan definíciót adni, amely felöleli a jelentések sokféleségét, megjelenítve ezzel mindazokat a pontokat, ahol az egyes meghatározások egymástól eltérhetnek. Ilyen *többváltozós definíciót*[3] készített David Albert Jones, aki a szóhasználat gyakorlatát szemügyre véve a lehető legtöbb változót igyekezett beépíteni a terminális szedáció fogalmának meghatározásába (Jones 2013). A *terminális szedáció* e szerint az élete végén járó beteg gondozása során szedálásra alkalmas gyógyszerek alkalmazását jelenti, mely esetben a szedáció (1) folyamatos/időszakos, (2) enyhe/mérsékelt/mély,[4] (3) elsődleges/másodlagos a farmakológiai hatás, (4) arányban áll/nem áll arányban a refrakter tünettel, (5) jogos indikációja/nem jogos indikációja az egzisztenciális szenvedés, (6) csak olyan beteg esetében jöhet szóba/nem csak olyan beteg esetében jöhet szóba, aki már közvetlenül haldoklik, (7) a beteg kérésére/nem a beteg kérésére történik; (8) a hozzátartozó, a gondozó, a törvényes képviselő/nem a hozzátartozó, nem a gondozó, nem a törvényes képviselő kérésére történik, (9) alkalmazásával a betegnek az a szándéka/nem az a szándéka, hogy az öntudatlan állapot a halál beálltáig tartson, (10) alkalmazásával a hozzátartozónak, a gondozónak, a törvényes képviselőnek az a szándéka/nem az a szándéka, hogy az öntudatlan állapot a halál beálltáig tartson, (11) alkalmazásával az orvosnak az a szándéka/nem az a szándéka, hogy az öntudatlan állapot a halál beálltáig tartson, (12) kombinálva van/nincs kombinálva a mesterséges táplálás és a folyadékpótlás meg nem kezdésével vagy beszüntetésével, (13) megkezdése előtt a mesterséges táplálás és folyadékpótlás visszautasításra került/nem került visszautasításra, (14) ennek megfelelően olyan eljárást tartalmaz/nem tartalmaz olyan eljárást, amely a halál beálltát a természetesnél korábbi időpontra helyezi át,[5] (15) amely eljárással a betegnek szándékában áll/nem áll szándékában a halál beálltának a természetesnél korábbi időpontra történő előbbre hozása, (16) amely eljárással a hozzátartozónak, a gondozónak, a törvényes képviselőnek szándékában áll/nem áll szándékában a halál beálltának a természetesnél korábbi időpontra

[3] A terminális szedáció többváltozós definíciója 2001-ben kezdte meg „karrierjét", 5 változóval, később a változók számát David Albert Jones a definíciók alapos szemügyre vételezését követően 2013-ban már 17-re növelte. Vö. Morita-Tsuneto-Shima 2001.

[4] Jones enyhe és mély szedáció megkülönböztetése mellé beillesztettem a mérsékelt szedáció lehetőségét is.

[5] Ez az egyetlen jellemző, amely tulajdonképpen nem önálló változó, csak mintegy nyomatékosítani kívánja, hogy a szedációnak célja lehet az élet megrövidítése.

történő előbbre hozása, (17) amely eljárással az orvosnak szándékában áll/nem áll szándékában a halál beálltának a természetesnél korábbi időpontra való előbbre hozása.

Elméletben a változók lehetséges kombinációi jelentős számú terminális szedáció meghatározást tesznek lehetővé. A gyakorlatban egyes meghatározások értelmetlenek vagy nem állnak használatban, egyes meghatározások ritkán, más meghatározások gyakrabban fordulnak elő.

A palliatív- és az eutanázia-jellegű meghatározások

Fontos annak tisztázása, hogy a terminális szedáció egy adott megfogalmazása mennyire mutatja a hagyományos értelemben vett palliatív gyakorlat sajátosságait vagy mennyire viseli magán az eutanázia jegyeit. A terminális szedáció egy adott meghatározása tulajdonképpen elhelyezhető egy olyan spektrumon, melynek egyik oldalát *a palliatív szemléletmód jegyeit hordozó*, másik oldalát pedig *az eutanázia jegyeit mutató* szedáció alkotja. A két megközelítés lehetőségét illusztráljuk lehetséges meghatározásokkal.

Lényegét tekintve a *palliatív gondozás hagyományos szemléletét* érvényesítik a terminális szedáció azon meghatározásai, amelyek a néhány nap vagy maximum néhány hét hátralévő élettartammal rendelkező betegekre korlátozódnak, megkövetelik a refrakter tünetek súlyosságával arányban álló szedálást, és hangsúlyozzák, hogy a szedálásnak nem célja a halál beálltának a természetesnél korábbi időpontra való előbbre hozása. A hagyományos palliatív szemléletmód diskurzusában a terminális szedációnak erre a formájára rendszerint a *palliatív szedáció* kifejezéssel szoktak utalni.

A *Palliatív Ellátás Európai Szövetségének (EAPC)* 2009-ban, majd 2023-ban kiadott *palliatív szedáció* definíciói a palliatív gondozás hagyományos szemléletét képviselik. Az EAPC 2009-ben kiadott definíciója a következő volt: „A *terápiás (vagy palliatív) szedáció* a palliatív medicina kontextusában olyan, ellenőrzött módon alkalmazott gyógyszeres beavatkozást jelent, melynek célja a tudatosság csökkentése vagy megszüntetése (eszméletvesztés) azzal a céllal, hogy olyan módon lehessen enyhíteni az egyébként kezelhetetlen szenvedést (intractable suffering), amely a beteg, a család és az egészségügyi szakemberek számára etikai szempontból elfogadható.” (Cherny et al. 2009: 581.) A 2023-ban megjelent új meghatározás szerint: „A *palliatív szedáció* célja a refrakter szenvedés (refractory suffering) enyhítése olyan gyógyszerek ellenőrzött, arányos alkalmazásával, amelyek a tudatosság csökkentését szolgálják az életet korlátozó betegségben (life-limiting disease) szenvedő betegeknél.” (Surges et al. 2024: 221.)

A *Holland Királyi Orvosszövetség* meghatározása is mérvadó, amely a következőképpen definiálta a *palliatív szedációt* a 2009-ben kiadott irányelvében: „A *palliatív szedáció* a beteg tudatszintjének szándékos csökkentése az élet utolsó szakaszában." (Royal Dutch Medical Association 2009: 5) Az életvégi szakirodalomban a *palliatív szedáció* ismert[6] palliatív szemléletű meghatározása az a definíció is, amely Bert Broeckaert-től[7] ered: „Szedatív gyógyszerek szándékos alkalmazása olyan dózisokban és kombinációkban, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a végstádiumban lévő beteg tudata olyan mértékben csökkenjen, amennyire az egy vagy több refrakter tünet megfelelő enyhítéséhez szükséges."[8]

Megkülönböztethető egymástól *a palliatív medicina kontextusában értelmezett szedáció* attól, amit gyakran csak *palliatív szedációnak* neveznek. A *palliatív medicina kontextusában értelmezett szedáció* legelterjedtebb meghatározása Nathan I. Cherny-től ered: „A *szedáció* a palliatív medicina kontextusában a különböző fokú öntudatlanság előidézésére szolgáló gyógyszerek ellenőrzött alkalmazása a csökkent vagy hiányzó tudatosság (öntudatlanság) állapotának előidézésére, a más módon kezelhetetlen (intractable) szenvedés terhének enyhítése érdekében. A cél a distressz megfelelő enyhítése." (Cherny 2021: 717.)[9] A *palliatív szedáció* a palliatív medicina terében végezhető szedáció egyik formája. Cherny szerint a palliatív szedáció

[6] Például a modern hospice szellemiség kialakításában jelentős szerepet játszó Robert Twycross is ezt a definíciót idézi a 2019-ben megjelent, palliatív szedációról szóló írásában: Twycross 2019.; További példák: Claessens et al. 2008.; Claessens et al. 2011.

[7] Bert Broeckaert jelentős belga bioetikus és teológus, aki a palliatív ellátás, az orvosi etika és az eutanázia témakörének nemzetközileg elismert szakértője. A Leuveni Katolikus Egyetemen (KU Leuven) oktat és kutat, különösen az életvégi döntések, az emberi méltóság és a szenvedés etikai kérdései foglalkoztatják. Fontos szerepet játszott a palliatív ellátás filozófiai és etikai megalapozásában, és többször felszólalt az eutanázia kritikusaként, hangsúlyozva a szenvedés enyhítésének alternatív lehetőségeit.

[8] Ez a definíció először 2000-ben a *Palliatív Ellátás Európai Szövetségének* első, Berlinben megrendezett kutatói konferenciáján került ismertetésre: Broeckaert, B. 2000.; Ld. még pl. Broeckaert-Nuñez-Olarte 2002.; Broeckaert definíciójának történetéhez, illetve Broeckaert álláspontja a palliatív szedáció deskriptív meghatározásának lehetőségéről: Broeckaert, B. et al. 2009.

[9] Csikós Ágnes is ezt a megközelítést alkalmazza: „A daganatos és/vagy multimorbid krónikus betegségek végső stádiumában – amikor a tüneti terhek gyakran fokozódnak – előfordulhat, hogy a hagyományos tüneti kezelések nem biztosítanak a betegnek megfelelő tüneti enyhülést. Ilyen esetekben alkalmazható a palliatív szedáció, ami gyógyszerek ellenőrzött alkalmazásával a tudat éberségi szintjének csökkentését jelenti a más módon nem kontrollálható szenvedés enyhítése érdekében." – Csikós 2022: 452. Cherny megközelítése azzal áll elő, ha a Csikós Ágnes által adott meghatározáshoz definiáló kritériumként hozzá vesszük az idézet első mondatában szereplő végső stádiumot is. Kovács József definíciója a palliatív szedációra a következő: „A palliatív szedáció a beteg éberségi szintjének szándékos csökkentése az élet utolsó szakaszában (a halála előtt legfeljebb 1-2 héttel) abból a célból, hogy más módon csillapíthatatlan és számára elviselhetetlen szenvedéseit elviselhetővé tegyék a számára." – Kovács 2025: 774. Kovács József ismertetése a *palliatív szedáció* alapvető jellegzetességeit illetően a *Holland Királyi Orvosszövetség* 2009-ben kiadott irányelve (Royal Dutch Medical Association 2009.) mentén halad.

szűkítő, definiáló jellegzetessége a szedációnak az életvégi időszakban a refrakter tünetek kezelésére történő alkalmazása.[10]

Az *eutanázia lényegi jegyeit mutató terminális szedációnak* pedig egyik lehetséges többváltozós meghatározása szerint a terminális szedáció a beteg/orvos/gondozó/hozzátartozó kérésére a még nem közvetlenül haldokló beteg folyamatos mély szedálása a beteg/orvos/gondozó/hozzátartozó szándékának megfelelően egészen a halál beálltának a pillanatáig, ami magában foglalja a táplálás és a folyadékpótlás beszüntetését, ezzel együtt a beteg/orvos/gondozó/hozzátartozó szándékának megfelelően a halál beálltának a természetesnél korábbi időpontra történő előbbre hozását.

Az EAPC 2009-ben kiadott keretrendszere

Az EAPC 2009-ben megjelent keretrendszere szerint a palliatív szedáció meghatározása a következő: „A *terápiás (vagy palliatív) szedáció* a palliatív medicina kontextusában olyan, ellenőrzött módon alkalmazott gyógyszeres beavatkozást jelent, melynek célja a tudatosság csökkentése vagy megszüntetése (eszméletvesztés) azzal a céllal, hogy olyan módon lehessen enyhíteni az egyébként kezelhetetlen szenvedést (intractable suffering), amely a beteg, a család és az egészségügyi szakemberek számára etikai szempontból elfogadható.” (Cherny et al. 2009: 581.) A szedálás indikációiról szóló fejezetben pedig a következőt olvashatjuk: „A szedáció potenciálisan indokolt azoknál a betegeknél, akik elviselhetetlen distresszt (intolerable distress) élnek át fizikai tünetek miatt, amikor nincs más olyan módszer, amely elfogadható időkereten belül és elfogadhatatlan mellékhatások nélkül enyhülést biztosítana *(refrakteritás)*.” (Cherny et al. 2009: 584.)

Niklas Juth és munkatársai az EAPC-keretrendszerről 2010-ben megjelentetett etikai elemzésükben annak a véleményüknek adtak hangot, hogy szerintük a keretrendszer előnyére vált volna a refrakter tünet (refractory symptom) és az elviselhetetlen szenvedés (intolerable suffering) pontosabb megfogalmazása, a kettő viszonyának világosabb meghatározása, valamint az életvégi folyamatos szedálás és az eutanázia kapcsolatának világosabb kifejtése. (Juth et al. 2010)

[10] A szedációnak a palliatív ellátás során alkalmazható, Cherny által megkülönböztetett formái: 1. Átmeneti, kontrollált szedáció fájdalmas beavatkozások esetén, 2. Szedáció az élet végén a lélegeztetőgépről való levétel során, 3. Szedáció az élet végén a refrakter tünetek kezelésére (palliatív szedáció) (Cherny megjegyzi, hogy a szedációnak erre a formájára a *palliatív szedáció* kifejezése mellett használják még a *terminális szedáció* és a *palliatív szedációs terápia* kifejezéseket is.), 4. Sürgősségi szedáció, 5. Tehermentesítő („respite”) szedáció, 6. Szedáció pszichológiai vagy egzisztenciális szenvedés kezelésére. – Cherny 2021.

Az „elviselhetetlen distressz”-nek a keretrendszerben nincs meghatározása, a lehetséges definíció céljával ezért esetleg olyan háttérdokumentumokhoz lehet fordulni, melyeket az EAPC felhasznált a keretrendszer összeállítása során. Ilyen dokumentum egy 2007-ben megjelent, az élet utolsó hetei alatt alkalmazott palliatív szedációról készített szakirodalmi áttekintés, amely egyébként szakmai javaslatokat is megfogalmazott. A tanulmány szerzői szerint az elviselhetetlen szenvedés (intolerable suffering) elviselhetetlenségét[11] a betegnek, egy tünet refrakter jellegét[12] pedig a klinikusnak kell meghatároznia. (de Graeff-Dean 2007.) Niklas Juth és munkatársai azonban azt kifogásolják, hogy miközben ebben az értelmezésben a beteg állapítja meg a szenvedés elviselhetetlen jellegét, a klinikus pedig a tünet refrakteritását, nem kerül kellően alátámasztásra, hogy a klinikus miért van a betegnél előnyösebb pozícióban a refrakteritás megítélésében. Illetve, ha elfogadjuk (a háttérdokumentum alapján), hogy a beteg állapítja meg a szenvedés elviselhetetlenségét, a klinikus pedig a tünet refrakteritását, ugyanakkor az EAPC keretrendszere elismeri „a refrakteritás szubjektivitását” (Cherny et al. 2009.), akkor a klinikus számára nem egyértelmű, hogy milyen tünet mellett kezdhető meg a palliatív szedálás, és az sem, hogy ennek meghatározásában ki tekintendő döntő félnek – a beteg vagy a klinikus.

A helyzetet tovább bonyolítja, hogy az EAPC a nem-fizikai tünetek, így például a refrakter depresszió, a szorongás, a demoralizáltság, vagy az egzisztenciális distressz (existential distress) esetében sem zárta ki automatikusan a palliatív szedáció lehetőségét, ugyanakkor megjegyzi, hogy ezekben az esetekben a palliatív szedáció alkalmazhatóságát illetően nem áll fenn konszenzus. Nyitva maradtak ezzel olyan kérdések, hogy refrakter testi tünetekkel nem kombinált egzisztenciális szenvedés indikációja lehet-e a szedálásnak, vagy hogy az elviselhetetlen szenvedés önmagában elégséges vagy csupán egyik szükségszerű feltétele-e a palliatív szedálás megkezdésének. (Juth et al. 2010.)

Az EAPC 2023-ban elfogadott új keretrendszere

Ahogy azt a bevezetésben említettük, az EAPC konceptuális szinten is több módosítást vezetett be az új keretrendszerébe, részben azon kritikák fényében, melyeket helytállónak vélt. Ahhoz,

[11] „Az elviselhetetlen szenvedést a beteg határozza meg, mint olyan tünetet vagy állapotot, amelyet nem kíván elviselni.” (de Graeff-Dean 2007: 68.)

[12] „A refrakter tünetek olyan tünetek, melyek esetében minden lehetséges kezelés hatástalannak bizonyult, vagy amelyeknél a klinikai megítélés szerint nem áll rendelkezésre olyan palliatív módszer, amely a rendelkezésre álló időkereten belül és a beteg számára tolerálható kockázat–haszon arány mellett megfelelő enyhülést biztosíthatna.” (de Graeff-Dean 2007: 68-69.)

hogy az egzisztenciális szenvedés jelenlegi szerepkörét, illetve az ezzel kapcsolatos kritikai észrevételeket megfelelően értékelhessük, célszerű hosszabban idéznünk a keretrendszerből, azokat a megállapításokat (statements), melyek elemzésünk szempontjából relevánsak. Az EAPC új keretrendszere összesen 42 megállapítást (statement) tartalmaz 12 kategória alá besorolva. 3 kategóriában (Definíció, Indikáció, Döntéshozás) találhatók a számunkra lényegi megállapítások:

„[I.] DEFINÍCIÓ

1. A palliatív szedáció célja a refrakter szenvedés (refractory suffering) enyhítése olyan gyógyszerek ellenőrzött, arányos alkalmazásával, amelyek a tudatosság csökkentését szolgálják az életet korlátozó betegségben (life-limiting disease) szenvedő betegeknél. A palliatív szedációnak jelentős társadalmi és etikai vonatkozásai vannak, amelyek körültekintést igényelnek a betegek, a számukra fontos és közeli személyek és az ellátást nyújtó szakemberek részéről.

(1) A palliatív szedáció alkalmazható:

- folyamatosan vagy időszakosan. A *folyamatos* szedációt hosszabb időtartamra (48 óránál hosszabb) tervezik, és gyakran a halál pillanatáig tart. Az *időszakos* palliatív szedáció (48 óránál rövidebb) alkalmazható ideiglenes enyhítésre, amíg más terápiák kezelési hatása be nem következik (*átmeneti* szedáció), vagy azzal a céllal, hogy a betegnek szünetet lehessen biztosítani a jelenlegi megterhelő helyzetben (*pihentető* szedáció), mielőtt visszanyeri az eszméletét. Az utóbbi alkalmazható a betegnél rendszeres időközönként (pl. éjszakánként).
- az enyhétől (a beteg szomnolens, de reagál - Richmond Agitation-Sedation Scale – Palliative Version (RASS-PAL) -1 és -3 közötti érték) a mély szedációig (a beteg alszik és nem reagál - RASS-PAL -4 vagy -5 érték).

(2) A folyamatos mély szedáció általában az élet végső szakaszában javasolt.

(3) A palliatív szedációt arányosan[13] kell alkalmazni.

[13] Az arányosság követelménye az EAPC megközelítésében két helyzetben értelmezendő. Egyfelől a szedálás mélységének meghatározása során: annál mélyebb szedálást nem tekint megfelelőnek, mint ami már képes a beteg szenvedésének megfelelő enyhítésére, a lehetőségekhez képest a beteg kommunikációra való képességének megtartása mellett; tehát nem támogatja az azonnali mély szedálást minden esetben. Másfelől a szedálás időtartamára vonatkozóan a folyamatos szedáláshoz képest előnyben részesíti az időszakos (intermittáló) szedálást a betegség korábbi időszakában, amikor (a) a szedálás a beteg számára átmeneti enyhülést biztosíthat addig, míg más terápia kedvező hatása érvényesül (átmeneti [„transient”] szedáció), vagy amikor (b) a szedálás egy időszakra szünetet biztosíthat a betegnek a megterhelő helyzetből, mielőtt visszanyeri az eszméletét (tehermentesítő [„respite”] szedáció). (Surges et al. 2024.)

A szedáció szintje a szenvedés megfelelő enyhítéséhez szükséges legalacsonyabb szint legyen. A szedatív gyógyszerek adagolását, kombinációját és alkalmazásának időtartamát ezért úgy kell megtervezni, hogy azzal a szenvedés megfelelő enyhítését lehessen elérni, ne pedig a szedáció egy előre meghatározott mélységét.

Egyes betegek esetében az enyhe vagy mérsékelt szedáció - melynek során megmarad a verbális ingerekre való reagálás képessége (RASS-PAL -1 és -3 közötti érték) - megfelelő enyhülést biztosíthat anélkül, hogy a betegek teljes mértékben elveszítenék az interakció képességét.

(4) A palliatív szedáció egy szándékolt és ellenőrzött beavatkozás. Ezért nem tekinthető a gyógyszeres kezelés nem kívánt mellékhatásának, mint például az opioidok fájdalomcsillapításra történő alkalmazásának esetében.

(5) A palliatív szedáció nem csupán orvosi beavatkozás. Mélyreható etikai és társadalmi következményekkel jár, ezek különös figyelmet igényelnek a betegek, a számukra fontos és közeli személyek, valamint az ellátást nyújtó szakemberek részéről, mert például a folyamatos mély szedációban lévő betegek már nem képesek kommunikálni a számukra fontos és közeli személyekkel.

2. A tüneteket vagy az egzisztenciális distressz állapotát akkor tekintjük refrakternek, ha nincs olyan rendelkezésre álló módszer, amely elfogadható időkereten belül és elfogadhatatlan mellékhatások nélkül képes megfelelő enyhülést előidézni.

3. A refrakteritás fogalma alkalmazható egyetlen tünetre/állapotra vagy tünetek/állapotok olyan együttesére, mely kombináció a beteg számára elviselhetetlen (intolerable) állapotot eredményez. A refrakteritás megállapítása a kezelőorvos (és/vagy a több szakmát képviselő ellátó team) és a beteg vagy annak jogi képviselője/a számára fontos és közeli személyek közös döntése.

Tünetek/állapotok halmazának esetében, noha önmagában egyik tünet/állapot sem refrakter, a kombinációjuk refrakter szenvedéshez vezethet.

Az orvosnak (és/vagy a több szakmát képviselő ellátó teamnek) és a betegnek közösen kell meghatároznia, hogy egy tünet vagy egy állapot mikor válik refrakterré: az előbbi a tünet(ek)/állapot kezelhető vagy kezelhetetlen jellegét (treatable or untreatable nature) határozza meg, az utóbbi pedig azok intenzitásának elviselhetetlen jellegét (intolerable nature).

Ugyanígy az orvosnak (és/vagy a több szakmát képviselő ellátó teamnek) és a betegnek közösen kell meghatároznia, hogy a beteg számára mi jelent elfogadható időkeretet a

standard terápiás megközelítések eredményeinek kiértékeléséhez és a palliatív szedációval kapcsolatos döntés meghozatalához.

[II.] INDIKÁCIÓ

4. A palliatív szedáció alkalmazásának esetei: 1. A refrakter szenvedés kezelése; 2. Sürgősségi helyzetek, közelgő halál esetén; 3. Életvégi helyzetben az életfenntartó kezelés megszüntetése során, amikor előrelátható a refrakter szenvedés; 4. Átmeneti tehermentesítésként, amikor a kezelés nem képes megfelelő enyhülést biztosítani elfogadható időkereten belül.

A leggyakoribb indikációk közé tartozik a refrakter agitációval járó delírium, a légszomj és a fájdalom. Sürgősségi helyzet lehet a masszív vérzés, a fulladás, a súlyos terminális légzési elégtelenség, vagy az elviselhetetlen fájdalomkrízis.

A fizikai tüneteknek pszichológiai és akár egzisztenciális dimenziója is van. Ezért a refrakteritás meghatározásához elengedhetetlen azt a distresszt is megbeszélni, amit a betegek bizonyos tünetek miatt éreznek, nem csupán magukat a tüneteket.

Az élet utolsó szakaszában a súlyos pszichológiai tünetek és az egzisztenciális distressz refrakter eseteiben is mérlegelhető a palliatív szedáció. Ezekben az esetekben speciális óvintézkedések szükségesek (lásd a 6. megállapítást).

A palliatív szedáció nem javasolt

(1) invazív beavatkozás elvégzésére;

(2) a beteg halálának a meggyorsítására;

(3) refrakter szenvedés hiányában a beteg azon kívánságának teljesítésére, hogy ne kelljen tudatosan átélnie az élet végét;

(4) a beteg számára fontos személyek gyászának vagy fájdalmának, illetve a gondozók munkaterhelésének vagy szorongásának az enyhítésére.

* Már léteznek eljárási irányelvek a kellemetlen beavatkozásokhoz alkalmazott átmeneti szedációra, az égési sérülések kezelésének részeként, illetve a lélegeztetőgépről való leválasztáshoz alkalmazott palliatív szedációra, ezért ezeket a kérdéseket nem tárgyaljuk ebben a tanulmányban.

5. A palliatív szedáció célja a refrakter szenvedés enyhítése, nem pedig az élet megrövidítése.

Néhány tanulmány rámutat arra, hogy a folyamatos, mély palliatív szedáció, amennyiben megfelelő javallat mellett és helyesen alkalmazzák a refrakter szenvedés enyhítésére, nem tűnik olyannak, ami káros hatással lenne a daganatos betegség

előrehaladott állapotával élő betegek túlélésére. Ebben az összefüggésben a palliatív szedáció tehát egy olyan orvosi beavatkozás, amit a palliatív ellátási folyamat részének kell tekinteni.

Emellett a palliatív szedáció különbözik az eutanáziától a *célkitűzés* (a szenvedés enyhítése, nem pedig az élet befejezése), az alkalmazott *eszköz* (a tudatosság arányos mértékben történő csökkentése a distressz enyhítéséig, nem pedig a halál előidézése halálos mennyiségű gyógyszerrel), az *eredmény* (a szenvedés enyhítése, melynek kivételes esetben mellékhatása lehet az élet lerövidülése, nem pedig a definíciónak megfelelően az élet megrövidítése) és az *időzítés* (a folyamatos mély palliatív szedáció az élet terminális szakaszára van fenntartva) szempontjait tekintve.

Ezért egyértelmű különbség tehető a folyamatos mély palliatív szedáció és az eutanázia között.

Végül, a tünetek enyhítésének leple alatt, de a halál meggyorsításának szándékával az életük végén lévő betegeknél alkalmazott szedációt tévesen társítják a palliatív szedációval. Ez fordul elő akkor, ha szándékosan mély szedációt alkalmaznak olyan betegeknél, akiknek nincsenek refrakter tüneteik, vagy ha szándékosan olyan gyógyszeradagokat alkalmaznak, melyek messze meghaladják a megfelelő komfort biztosításához szükséges mennyiséget. A túlzott adagok veszélyeztethetik az olyan élettani funkciókat, mint például a spontán légzés vagy a hemodinamikai stabilitás.[14] Ezek az alkalmazások azonban a helyes klinikai gyakorlat visszaélésszerű használatát jelentik.

6. A palliatív szedáció alkalmazása a refrakter pszichológiai tünetek és az egzisztenciális distressz esetében több fontos szempontból is különbözik az egyéb helyzetektől:

(1) A distressz súlyossága rendkívül dinamikus és egyénileg változó lehet, előfordulhat pszichológiai alkalmazkodás és megküzdés is. Ezért a refrakteritás megállapítása sokkal nehezebb.

(2) A farmakológiai és a nem farmakológiai módszerek kevés mellékhatással járnak.

(3) Ennek a distressznek a jelenléte nem feltétlenül utal előrehaladott fiziológiai állapotromlásra.

[14] A hemodinamikai stabilitás a keringési rendszer olyan állapota, amelyben a vérnyomás, a szívfrekvencia, a keringési volumen és a szöveti perfúzió tartósan elegendő a létfontosságú szervek megfelelő vérellátásához és oxigenizációjához.

> Ennek megfelelően ilyen esetekben érdemes szakértői konzultációt kérni pszichológiai, szociális vagy spirituális gondozásban jártas szakemberektől a szenvedés refrakter jellegének meghatározása érdekében.
>
> **…**
>
> [V.] DÖNTÉSHOZÁS
>
> **12.** Amikor egy betegnél úgy tűnik, hogy refrakter tünetek állnak fenn, az értékelést a helyzet sürgősséggének megfelelően kell elvégeznie egy, a palliatív ellátásban kellő jártassággal rendelkező orvosnak. Lehetőség szerint ez az értékelés legyen interdiszciplináris és multiprofesszionális.
>
> **…**
>
> **14.** A pszichológiai tünetek és az egzisztenciális distressz refrakternek történő minősítése kizárólag a palliatív gondozásban jártas szakértők átfogó értékelését követően történhet meg, amely figyelembe veszi a szenvedés pszichológiai, szociális és spirituális összetevőit, szükség esetén konzultálva más szakemberekkel, akik jártasak ezen területek valamelyikében." (Brunsch/Surges et al. 2023: 5-7.,9-10.)

A palliatív szedáció célja egy speciális minőséggel rendelkező szenvedés, a refrakter szenvedés enyhítése. Az EAPC 2009-es keretrendszerében a refrakteritás még korlátozva volt a fizikai tünetekből eredő olyan elviselhetetlen distressz kezelésére, amikor a distressz nem enyhíthető a szedáción kívül más, palliációra alkalmazható módszerrel, elfogadható időkereten belül, elfogadhatatlan mellékhatások nélkül. Az új megközelítésben a refrakteritás már nem korlátozódik egy vagy több fizikai tünetre, kiterjed az egzisztenciális distressz azon állapotára is, amikor nincs a szedáción kívül más, palliációra alkalmazható módszer, amely a betegnek megfelelő enyhülést hozhat elfogadható időkereten belül, elfogadhatatlan mellékhatások nélkül. *A refrakteritás tehát dimenzionális bővítésen esett át*. A palliatív szedáció meghatározása továbbra is palliatív-jellegű meghatározás maradt, amit kiemel az is, hogy az EAPC a palliatív szedációt megpróbája élesen elválasztani az eutanáziától[15] (ld. 5. megállapítás és a hozzá fűzött megjegyzések). A palliatív szedációra vonatkozó döntést élesen különválasztja a mesterséges hidrálás/táplálás terápiára vonatkozó döntéstől is (35. megállapítás). Arra vonatkozóan, hogy a palliatív szedálást a beteg milyen hátralévő időtartama mellett lehet

[15] A terminális szedáció bizonyos formái és az eutanázia közötti különbségről szóló diszkusszió máig megkerülhetetlen alapműve: Billings-Block 1996.

megkezdeni, nem alkalmaz megkötést, ebben a kérdésben ugyanis továbbra sem született konszenzus a Delphi panel szakértői között. (Brunsch/Surges et al. 2023.)

A palliatív szedáció új meghatározásába lényegi elemként került be az *arányosság* követelménye. A korábbi keretrendszerben a folyamatos mély szedálás azonnal választható opció volt abban az esetben, ha a szenvedés egyértelműen refrakter (Cherny et al. 2009.). Az új megközelítésben azonban az arányosság követelménye azt követeli meg, hogy *az élet végén fellépő sürgősségi helyzetek kivételével általában először az enyhe szedálást kell megkísérelni*. (22. megállapítás) Amennyiben pszichológiai tünet vagy egzisztenciális szenvedés a palliatív szedáció fő indikációja, úgy először időszakos szedálást kell megkísérelni. (24. megállapítás) A mélyebb palliatív szedáció akkor mérlegelendő, ha az enyhe szedáció hatástalannak bizonyul vagy ha egyértelmű, hogy az enyhe szedáció nem biztosít megfelelő tünetenyhítést kellő időben, illetve sürgősségi helyzetben (pl. masszív vérzés vagy asphyxia). (25. megállapítás) A folyamatos mély szedálást akkor kell mérlegelni, ha az időszakos szedálás vagy a folyamatos enyhe szedálás elégtelennek mutatkozik a szenvedés megfelelő enyhítésére. (26. megállapítás)

Mivel a palliatív szedáció célja a refrakter szenvedés enyhítése, az egzisztenciális distressz pedig olykor olyan súlyos lehet, hogy refrakternek minősül, *a refrakter egzisztenciális distressz* – a korábbi keretrendszer álláspontjától eltérően – *a palliatív szedáció önálló indikációja lehet*. (1., 2., 24. megállapítások) Ez az álláspont annak következtében lett a keretrendszer része, hogy a refrakter egzisztenciális szenvedésnek a palliatív szedáció önálló indikációként való elfogadása a korábbi mértékűnél jelentősebb támogatást kapott. (Brunsch/Surges et al. 2023.)

Egzisztenciális distressz/szenvedés – továbbra is nyitott kérdések

Az *egzisztenciális distressznek* a korábbi EAPC-keretrendszerhez képest jelentősebb szerepköre az új keretrendszerben ugyanakkor előhívja mindazokat a kérdéseket, melyek az egzisztenciális szenvedésről folytatott diszkusszióban mindmáig nyitott kérdésnek minősülnek. Továbbra sincs az egzisztenciális szenvedésnek/distressznek általánosan elfogadott definíciója, nem világos az egzisztenciális szenvedés és az egzisztenciális distressz különbsége, nem világos az egzisztenciális szenvedés és a lelki szenvedés különbsége,[16] nincsenek az

[16] Ez a kérdés aligha elválasztható az *egzisztencializmus* és a *pszichológia* kapcsolatától, illetve az *egzisztenciális pszichológia* önértelmezésétől – ehhez bevezetésként ld. pl. Rollo May *A létezés felfedezése* című munkájának (May 2024.) 3. fejezetét: *Az egzisztenciális pszichológia eredete és jelentősége*, illetve *Az egzisztencialista pszichológia felbukkanása* című tanulmányát (May 2022.). Az *egzisztencializmus* filozófiai és művészeti irányzatához bevezetésként pedig ld. pl.: Köpeczi 1966.

egzisztenciális szenvedés/distressz mérésére és kezelésére standard eszközök, és nem mutatkozik egyértelműnek az sem, hogy kinek mi a kompetenciája az egzisztenciális szenvedés/distressz kiértékelésében, kezelésében, hol húzódnak a kompetenciahatárok, ideértve a refrakter jellemző megállapításában játszott lehetséges szerepköröket is; mindezek miatt többször elhangzik az igény átfogóbb, illetve mélyebb képzésre is (Gonçalves et al. 2025.; Thomas et al. 2024a.; Gabl-Feichtner-Weixler 2024.; Rodrigues et al 2022.; Boston-Bruce-Schreiber 2011.). Gyakorlati útmutatóra is szüksége van az egészségügyi ellátást nyújtó személy(zet)nek ahhoz, hogy megállapíthassa a tünet(ek)ről vagy egy adott állapotról, az kezelhető-e vagy sem.

Ezek a kérdések egyesek szerint komoly nehézségeket okozhatnak a palliatív szedáció klinikai alkalmazása során: „A tisztánlátás és a konszenzus hiánya ezekben a kérdésekben valószínűleg akadályozni fogja azoknak a betegeknek az optimális ellátását, akik az életük végén egzisztenciális szenvedést élnek át, továbbá félreértések és viták forrása lesz azt illetően, hogy miként kell a palliatív szedációt alkalmazni a refrakter egzisztenciális szenvedés kezelésére.” (Thomas et al. 2024b: 636.) A konszenzus hiánya egyfelől konkrét nehézségeket okozhat a gyakorlatban, ugyanakkor felhívásként is értékelhető a nehézségek orvoslására, olyan térként, ahol az érintettek közös gondolkodás révén megfogalmazott, további revízióra mindig nyitott álláspontot foglalhatnak el, gyakorlati útmutatásokat készíthetnek, és arra is ösztönzőleg hathat, hogy tovább bővítsük az egzisztenciális szenvedésről rendelkezésre álló ismereteinket.[17]

[17] Például az egzisztenciális szenvedés egy újabb, az ún. *egzisztenciaanalízis* szempontjából történő elemzése: Gabl-Feichtner-Weixler 2024.; A pszichedelikumokkal is kísérleteket folytatnak az egzisztenciális szenvedés enyhítésére: pl. Schimmers et al. 2022.

IRODALOM

Billings, J.A.-Block, S.D. (1996): Slow Euthanasia. Journal of Palliative Care 4:21-30.

Boston, P.-Bruce, A.-Schreiber, R. (2011): Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. Journal of Pain and Symptom Management 3:604-618.

Broeckaert, B. et al. (2009): Authors' Reply: A Descriptive Definition of Palliative Sedation? Journal of Pain and Symptom Management. 3:11-12.

Broeckaert, B.-Nuñez-Olarte, J.M. (2002): Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts. In. Ten Have, H.-Clarke, D. (Eds.): The Ethics of Palliative Care. European Perspectives. Buckingham: Open University Press. 166-180.

Broeckaert, B. (2000): Palliative Sedation Defined or Why and When Sedation is Not Euthanasia. Journal of Pain and Symptom Management 6:S58

Brunsch, H.-Surges, M.S. et al. (2023): Revised European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework on Palliative Sedation. Online elérhető az EAPC honlapján keresztül: https://eapcnet.eu/task-forces/palliative-sedation/, ill. https://view.pagetiger.com/dyvbykt

Cherny, N.I. (2021): Palliative Sedation. In. Bruera, E. et al. (Eds.): Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. 3rd ed. CRC Press. 717-725.

Cherny, N.I. et al. (eds.) (2015): Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. Oxford, Oxford University Press.

Cherny, N.I. et al. (2009): European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care. Palliative Medicine 7:581-593.

Ciancio, A.L. et al. (2020): The Use of Palliative Sedation to Treat Existential Suffering: A Scoping Review on Practices, Ethical Considerations, and Guidelines. Journal of Palliative Care 1:13-20.

Claessens, P. et al. (2011): Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units. Journal of Pain and Symptom Management 1:14-24.

Claessens, P. et al. (2008): Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. Journal of Pain and Symptom Management 3:310-333.

Csikós, Á. (Szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 2022.

De Graeff, A.-Dean, M. (2007): Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of Life: A Literature Review and Recommendations for Standards. Journal of Palliative Medicine 1:67–85.

GABL, CH.-FEICHTNER, A.-WEIXLER, D. (2024): Sedation Indicated? – Rethinking Existential Suffering: A Narrative Review. Annals of Palliative Medicine 2:397-414.

GONÇALVES, F. ET AL. (2025): A Review on the Management of Symptoms in Patients with Incurable Cancer. Current Oncology Vol. 32:433.

JONES, D. A (2013) Death by Equivocation: A Manifold Definition of Terminal Sedation. In. STERCKX, S.–RAUS, K.–MORTIER, F.: Continuous Sedation at the End of Life. Ethical, Clinical and Legal Perspectives. Cambridge University Press. 47-64.

JUTH, N. ET AL. (2010): European Association for Palliative Care (EAPC) Framework for Palliative Sedation: An Ethical Analysis. BMC Palliative Care 9:20.

KOVÁCS, J.: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. E-book Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 2025.

KÖPECZI, B. (Szerk.) (1966): Az egzisztencializmus. Budapest: Gondolat.

MAY, R. (2024): A létezés felfedezése. Egzisztenciális pszichológiai írások. Ford.: Balogh, D. et al. Budapest: Park Kiadó.

MAY, R. (2022): Az egzisztencialista pszichológia felbukkanása. In. Kőváry, Z. (Szerk.) (2022): Egzisztencialista pszichológia egykor és ma. Budapest: Oriold és Társai Kiadó. 15-39.

MORITA, T.-TSUNETO, S.-SHIMA, Y. (2001): Proposed Definitions for Terminal Sedation. Lancet 358(9278):335-336.

RATTNER, M.-CHERYL-ANNE, C. (2025): 'It's Hard Not to Feel Like Somehow I Fell Short': A Discourse Analysis of Palliative Care Providers' Experiences with Patients' Nonphysical Suffering. Palliative Care and Social Practice Vol. 19: 1-19.

RODRIGUES, P. ET AL. (2022): Ethics of Sedation for Existential Suffering: Palliative Medicine Physician Perceptions – Qualitative Study. BMJ Supportive and Palliative Care 2:209-217.

ROYAL DUTCH MEDICAL ASSOCIATON (Knmg): Guideline for Palliative Sedation. 2009.

SCHIMMERS, N. ET AL. (2022): Psychedelics for the Treatment of Depression, Anxiety, and Existential Distress in Patients with a Terminal Illness: A Systematic Review. Psychopharmacology (Berl) 1:15-33.

SURGES, S.M. ET AL. (2024): Revised European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework on Palliative Sedation: An International Delphi Study. Palliative Medicine 2:213-228.

THOMAS, C. ET AL. (2024b): Existential Suffering as an Indication for Palliative Sedation: Identifying and Addressing Challenges. Palliative and Supportive Care 4:633-636.

THOMAS, C. ET AL. (2024a): Addressing Challenges With Sedation in End-of-Life Care. Journal of Pain and Symptom Management 4:346-349.

Twycross, R. (2019): Reflections on Palliative Sedation. Palliative Care: Research and Treatment 2019 Jan 27:12:1178224218823511.

Dr. Kőmüves Sándor
egyetemi adjunktus
Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet;
külső tudományos munkatárs
MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport, ELTE HTK FI
komuves.sandor@med.unideb.hu

TANULMÁNY

STÁNICZ GÁBOR – KOVÁCS GÁBOR

A refrakter szenvedés kezelése: a palliatív szedáció keretei és hozzáférhetősége

Összefoglalás ♦ *A tanulmány a palliatív szedáció hazai gyakorlatát elemzi az igazságosság bioetikai elvének keretében., Rámutat arra, hogy e végső, refrakter szenvedést enyhítő beavatkozásnak nincs alternatívája, ezért alkalmazása nem csupán lehetőség, hanem etikai kötelezettség is. A szerzők bemutatják az EAPC 2023-as irányelvének legfontosabb pontosításait – a refrakteritás új meghatározását, az arányosság kettős jelentését –, majd ezek fényében értékelik a magyar jogi és szakmai szabályozási környezetet. A vizsgálat rámutat arra, hogy bár a hazai jog anyagi jogi szinten garantálja a szenvedés csillapításához való jogot, a palliatív szedációra vonatkozó speciális eljárásrend hiánya jelentős bizonytalanságot okoz az orvosi gyakorlatban. A hospice-palliatív ellátás korlátozott kapacitásai, az erős területi különbségek és a szakképzett humánerőforrás hiányosságai tovább erősítik az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit. A finanszírozási és kódolási rendszer jelenlegi állapota nem teszi lehetővé a beavatkozás előfordulásának követését, így az erőforrások tervezése sem valósulhat meg megfelelően. A következtetés az, hogy a palliatív szedáció egységes, átlátható és szakmailag megalapozott alkalmazása csak akkor garantálható, ha a szabályozás kifejezetten rendezi az eljárás indikációs, kompetencia- és dokumentációs követelményeit, valamint biztosítja az országon belüli igazságos hozzáférését.*

Kulcsszavak: palliatív szedáció, igazságosság, hozzáférés, jogi szabályozás, életvégi ellátás

The management of refractory suffering: the framework and accessibility of palliative sedation

Summary ♦ *The study examines the Hungarian practice of palliative sedation within the framework of the bioethical principle of justice, highlighting that this ultimate intervention for relieving refractory suffering has no alternative and therefore constitutes not only an option but an ethical obligation. The authors present the key clarifications of the 2023 EAPC*

guidelines—most notably the revised definition of refractoriness and the dual meaning of proportionality—and assess the Hungarian legal and professional regulatory environment in light of these developments. The analysis shows that although national legislation formally guarantees the right to pain and symptom relief, the absence of a specific procedural framework for palliative sedation creates substantial uncertainty in clinical practice. Limited hospice-palliative care capacities, significant regional disparities, and shortages in trained professionals further exacerbate inequalities in access to the intervention. The current state of the financing and coding system does not allow for tracking the use of palliative sedation, hindering effective resource planning. The study concludes that the uniform, transparent, and professionally sound application of palliative sedation can only be ensured if regulation clearly defines the indications, competencies, and documentation requirements of the procedure, and guarantees equitable access across the country.

Keywords: palliative sedation, justice, access, regulation, end-of-life care

Bevezetés

Jelen tanulmány célja a palliatív szedáció gyakorlatának és szabályozási keretrendszerének elemzése az igazságosság bioetikai elvének összefüggésében. A palliatív szedációt olyan egészségügyi szolgáltatásként vizsgáljuk, amelynek – definíciójából fakadóan – nincs reális alternatívája. A beavatkozás tehát nem pusztán egy lehetőség a refrakter szenvedés enyhítésére, hanem adott esetben etikai, szakmai kötelezettség is. Ebből következik, hogy az igazságosság elvének – vagyis az egészségügyi erőforrások, szolgáltatások és terhek méltányos elosztásának érvényesülése - különösen hangsúlyos (Beauchamp és Childress, 2019).

Az igazságosság elvének alkalmazása a palliatív szedáció esetében két alapvető pilléren nyugszik. Az első a szakmai gyakorlat megfelelő minősége és egységessége, amely biztosítja, hogy azonos egészségügyi szükséglettel rendelkező betegek összehasonlítható színvonalú ellátáshoz jussanak, függetlenül az ellátás helyszínétől vagy az ellátó személyétől. Ennek előfeltétele az eljárás átlátható, egyértelmű és következetes gyakorlati kerete. A második pillér a hozzáférés méltányossága: az ellátórendszer erőforrásainak korlátai mellett sem válhat privilégium kérdésévé, hogy ki részesülhet palliatív szedációban. Nem tehető különbség a betegek között lakóhelyük, társadalmi helyzetük vagy az intézmények adottságai alapján.

Vizsgálatunk központi kérdései a következők:

– Összhangban áll-e a palliatív szedáció hazai jogi és szakmai szabályozása a releváns nemzetközi irányelvekkel, és alkalmas egységes, megfelelő minőségű gyakorlat kialakítására? – Biztosított-e Magyarországon a palliatív szedációhoz való méltányos hozzáférés?

A tanulmány első részében bemutatjuk a palliatív szedáció mint orvosi beavatkozás alapvető jellemzőit. Ezt követően elemezzük a hazai jogi és szakmai szabályozási környezetet, összevetve a nemzetközi ajánlásokkal, majd a hozzáférés kérdését vizsgáljuk az elérhető adatok – különösen a kapacitások, finanszírozási mechanizmusok és szakemberképzés – tükrében.

Nem célunk a palliatív szedáció etikai megengedhetőségének vagy társadalmi elfogadottságának újratárgyalása[1]. A jelen elemzés abból a bioetikai alapállásból indul ki, hogy a beavatkozás legitim és szükség esetén alkalmazandó. Ha ugyanis a beteg kifejezett akarata és a megfelelő indikáció fennáll, a palliatív szedáció nem csupán megadható, hanem megadandó.

A tanulmány kiindulópontja tehát az a felismerés, hogy a palliatív szedáció olyan végső ellátási lehetőség, amelynek indikációs körében nincs alternatívája. Éppen ezért a hozzáférés igazságos biztosítása, valamint az egységes, magas színvonalú gyakorlati megvalósítás nemcsak szakmai, hanem etikai és egészségpolitikai követelmény is.

Palliatív szedáció mint orvosi beavatkozás

A palliatív szedáció célja a refrakter (más módon nem megfelelően csillapítható, részletesebben ld. alább) szenvedés enyhítése a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő betegek tudatállapotának csökkentésére szolgáló gyógyszerek ellenőrzött, arányos alkalmazásával. Palliatív szedáció alkalmazható a refrakter szenvedés enyhítésére; sürgősségi helyzetben a közvetlenül a halál bekövetkezése előtt; életfenntartó kezelés visszavonásakor, amikor a refrakter szenvedés előfordulása előre látható; illetve ideiglenes megkönnyebbülés, enyhülés, biztosítására amikor más kezelés nem képes ezt elérni elfogadható időn belül. (Cherny, N., Radbruch, L. (2009)

A palliatív szedáció egyik alapdokumentumát, az Európai Palliatív Szövetség (European Association of Palliative Care: EAPC) 2009-ben kiadott, számos európai ország szabályozását meghatározó keretrendszerét nemrég frissítették. (Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B. et al. 2024)

Az eltelt 15 év legfontosabb változásai három pontban foglalhatók össze.

[1] Bővebb ismertetésért ajánljuk: KOVÁCS, J. (2025): A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt 773-787.

Az első lényeges változás a refrakteritás pontosítása. A szenvedés abban az esetben tekinthető refrakternek, amennyiben nincs más eljárás, ami a panaszokat megfelelő mértékben tudná csökkenteni, elfogadható időn belül és elfogadhatatlan mellékhatástól mentesen. Fontos és rendkívül gyakorlatias kitétel, hogy a fogalom nem csak akkor alkalmazható, amennyiben egy tünet (pl. fulladás) okozza a szenvedést, hanem egyesével ezt a szintet el nem érő tünetek csoportjának az eredő hatására is. Az iránymutatás kitér arra is, hogy ki ítélheti meg, mikor tekinthetjük a szenvedést refrakternek. A végső döntést a beteg és kezelőorvosa együtt hozzák meg: a tüneteket okozó állapotromlás gyógyíthatatlanságát, a tünetek más módon való kezelésének lehetőségét (vagy annak a hiányát) az orvos, a szenvedés elviselhetetlenségét pedig a beteg tudja megfelelően megítélni.

A második fontos pontosítás az arányosságot érinti. Arányosság egyrészt az, hogy a gyógyszereket a kívánt hatás eléréséhez szükséges legalacsonyabb dózisban kell adni. A kívánt hatás pedig nem az eszméletvesztés, hanem a szenvedés megfelelő csillapítása mellett a kontaktusképesség (beszéd, kommunikációra való képesség) lehető legtovább történő megőrzése.

Az arányosság másik megjelenése a szedáció bevezetésének és fenntartásának időzítésében jelenik meg. A betegség lefolyásának korábbi szakaszán a folyamatos helyett az intermittáló szedáció a megfelelőbb választás, várva az egyéb beavatkozásoktól[2] remélhető enyhülésre (transient sedation), vagy átmeneti könnyebbséget biztosítani a betegnek, mielőtt visszanyeri eszméletét (respite sedation). A beteggel és családjával tehát erről is egyeztetni szükséges. Sürgősségi, illetve közvetlen halál előtti helyzetektől eltekintve a szedáció tervezett, átmeneti felfüggesztése mindenképp javasolt, lehetőséget biztosítva az újraértékelésre.

A harmadik fontos változás a várható élettartam figyelembevételét érinti. Számos korábbi irányelv a palliatív szedáció alkalmazhatóságát csak röviddel a halál előtt tartotta megengedhetőnek, akár mesterséges és meglehetősen rigid (2 hét) intervallumot szabva. Az új irányelv az alábbi három szempont figyelembevétele mellett a palliatív szedáció alkalmazhatóságát már egyáltalán nem köti időhöz. Ezek: a szenvedés refrakteritása, az arányosság és a folyadékpótlásról történő független döntéshozatal. Bár az élet legvégén általában folyamatos, mély szedáció indikált, ezt a szakaszt konkrétan definiálni nem lehet.

A fenti pontosítások megfelelően reagálnak az irányelv előző publikációja óta kikristályosodó gyakorlati kérdésekre. Az orvosilag haszontalan kezelés esetét kivéve az életvégi döntések spektrumának többi lehetősége mind a beteg autonóm döntése alapján

[2] Kemo- vagy sugárterápia, vagy akár a megfelelő palliatív tudással rendelkező szakember helyszínre érkezése.

valósulhat meg (Somody és Stánicz, 2020). Az autonóm döntés és a halál körüli aktív egészségügyi jelenlét közös tényező a palliatív szedáció, az eutanázia és orvos által segített öngyilkosság esetében. Fontos, és szakmai ajánlások alapján egyértelműen leszögezett különbség, hogy míg az eutanázia és az orvos által segített öngyilkosság[3] célja a beteg halálának siettetése, a palliatív szedáció célja a refrakter (más módon nem megfelelően enyhíthető) szenvedés enyhítése. Kétségtelenül elképzelhető olyan helyzet, melyben a szenvedő beteg haláltusájának enyhítése a közelgő halál időpontját előbbre hozza, ennek éppoly könnyen előfordulhat az ellentéte is: a szenvedés és a fájdalom által kiváltott vegetatív reakció mérséklésével a beteg hátralévő élettartama akár növekedhet is. Nemzetközi statisztikák nem mutattak ki szignifikáns különbséget a halál várható bekövetkeztének idejében azáltal, hogy részesült-e a beteg megfelelő palliatív szedációban (Maltoni és mtsai., 2009).

A palliatív szedációról célszerűbb úgy gondolkodnunk, mint minden más orvosi beavatkozásról. Megfelelő indikációval alkalmazva a kezelés potenciális előnyökkel (a refrakter szenvedés csillapítása) és hátrányokkal (kommunikációs képesség csökkenése) jár, illetve szövődményekhez vezethet (túl mély szedáció, fulladás, félrenyelés következtében a halál hamarabbi bekövetkezése).

Ha így gondolkodunk, szinte nehéz is érteni, miért különböztetnénk meg a palliatív szedációt más orvosi beavatkozástól. Tájékozott beleegyezés megadását követően bárki alávetheti magát egy rendkívül kockázatos műtétnek, mely garantált fájdalmat, legyengülést hoz és akár halálhoz is vezethet, megfelelő cél elérése érdekében (hosszabb túlélés daganatos betegségben, mozgásképesség visszanyerése revíziós protézis műtét által).

A palliatív szedáció indikációja (a beteg vagy helyettes döntéshozó akarata mellett) a más módszerrel megfelelően nem enyhíthető (refrakter) szenvedés. Ebből az is következik, hogy a módszernek nincs alternatívája, csak az, hogy szenvedni hagyjuk a beteget. Ez minden modern orvosi és etikai irányelvvel ellenkezik. Fel kell ismernünk, hogy a palliatív szedáció ugyanúgy a beteg panaszainak (refrakter szenvedés) jelen tudásunk szerint leginkább megfelelő megoldása, mint az, hogy egy műtéthez elaltatjuk a beteget (nem pedig lefogjuk). A fogalmakat így értelmezve kirajzolódhat az az álláspont is, mely szerint a palliatív szedáció lehetőségét a beteg számára felkínálni nem opcionális, hanem kötelező. Ezzel teljesen összhangban az EAPC

[3] Azonos a cél és a végeredmény, különbség csak a végrehajtás módjában van: eutanázia esetén az orvos vagy egészségügyi ellátó adja be a halált okozó szert, míg orvos által segített öngyilkosság (PAS) esetén a beteg. A fenti hasonlóságok miatt több forrás a kettő fogalmat együtt, mint Medical Aid in Dying (MAID) kezeli. Fontos megjegyezni, hogy a jogi szabályozás továbbra is élesen elkülöníti a két fogalmat.

irányelv is kiemeli: megfelelő palliatív szedációt az arra szoruló betegnek nem megadni etikai vétség (Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B. et al. 2024).

Mint azt később látni fogjuk, a hazai hatályos törvényi szabályozást a nemzetközi ajánlással együtt értelmezve a palliatív szedáció lehetőségének felajánlása nem mellőzhető. Ez nem jelent újdonságot az egyébként is elterjedt orvosi gyakorlathoz képest.

Ha a palliatív szedációt a modern orvosi kezelések elfogadott részének tekintjük, akkor annak elérhetőségét gyakorlatilag minden fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményben biztosítani kellene.

Nemzetközi szabályozás és gyakorlat

Az elmúlt évtizedben a palliatív szedáció alkalmazásának gyakorisága és módja jelentős eltéréseket mutatott még a kialakult és szabályozott gyakorlattal rendelkező európai országok között (Arantzamendi et al., 2021; Seymour et al., 2015; Abarshi et al., 2017) és az egyes országokon belül is (Swart et al., 2012). Megjegyezzük, hogy az eltérő időszakokból származó nemzetközi adatokból átfogó elemzést adni szinte lehetetlen, hiszen a palliatív szedáció meghatározása, indikációs köre és gyakorlata az elmúlt két évtizedben folyamatosan változott, fejlődött. Azokban az országokban, ahol a palliatív ellátás korábban terjedt el és ágyazódott be az ellátórendszerbe, a gyakorlat szorosabban követi az egyre inkább egységessé váló európai irányelveket (Pozsgai és mtsai., 2024).

A palliatív szedáció szabályozásának kérdéseiről 2022-ben átfogó vizsgálat készült, 8 európai ország, Belgium, Németország, Magyarország, Olaszország, Hollandia, Spanyolország, Románia és az Egyesült Királyság képviselőinek részvételével (Garralda, Busa, Pozsgai et al. 2023). Az általános gyakorlat szerint a palliatív szedáció nem különbözik más orvosi beavatkozástól, és így az ezeket szabályozó általános rendelkezések érvényesek (előzetes rendelkezés, tájékozott beleegyezés, döntéshozatal, dokumentáció - ez utolsó alól Magyarország kivétel).

Hollandia, az Egyesült Királyság és Németország területén a palliatív szedáció gyakorlatát pedig normatív erővel bíró szakmai irányelvek szabályozzák. Spanyolországban és Olaszországban pedig törvényi szinten megerősítik a betegek jogát a palliatív szedációhoz (Garralda E., et al. 2023).

Szakmai oldalról az EAPC 2023-ban frissített irányelve átfogó keretrendszert biztosít az országok saját eljárásrendjének kidolgozásához.

Hazai szabályozás

Magyarországon az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 6. §-a szerint minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalmának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez. Az Eütv. 10. § (1) bekezdése kifejezetten rögzíti, hogy az egészségügyi ellátás során az emberi méltóságot tiszteletben kell tartani, míg a 99. §-a pedig rendelkezik a gyógyíthatatlan beteg esetén az életvégi hospice és palliatív ellátásról, kiemelve az emberi méltóság megőrzését, a hozzátartozók bevonását és támogatását, valamint a szenvedés enyhítését.

Bár a palliatív szedáció fogalmát a törvény egyáltalán nem használja, annak orvosszakmai definíciójából az következik, hogy arra rászoruló betegnek, a tájékozott beleegyezés feltételeinek teljesülése esetén kötelező azt megadni. Ezzel teljesen összhangban az EAPC irányelv is kiemeli, hogy megfelelő palliatív szedációt az arra szoruló betegnek nem megadni etikai vétség.

Az Eütv. 7. § (2) bekezdése és 77. § (3) bekezdése szerint akkor megfelelő az ellátás, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik. Magyarországon palliatív szedációra vonatkozó általános szakmai irányelv nincsen, az csak a daganatos betegek ellátásával kapcsolatosan jelenik meg. (A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról 2023. március 24. Egészségügyi Közlöny, LXXIII.évf. 4.sz. 476 - 526 o.). Itt a palliatív támogató beavatkozások felsorolásában a palliatív szedáció fogalma megtalálható, de az irányelv külön nem definiálja azt. Ajánlásai között megtalálható a szedáció szükségessége haldokló beteg masszív vérzése esetén (9. ajánlás), illetve a nemzetközi elveknek megfelelően lefektetni, hogy amennyiben krízishelyzetben válik szükségessé a szedáció, az lehetőség szerint a beteg által már korábban kinyilvánított előzetes rendelkezés szerint történjen (13. ajánlás).

Az irányelv a modern multidiszciplináris ellátásnak megfelelő elveket tartalmazza, azonban sajnos a köztudatban uralkodó gyakori tévhitet is tükröz: megfelelő palliációra ugyanis nem csak daganatos betegek szorulnak. Számos más olyan betegség létezik, mely jelentős szenvedéssel jár és rövid időn belül halálhoz vezet,[4] ezeknek a betegeknek ugyanúgy szüksége van az ellátásra.

[4]Gyakorlatilag az összes modern kezelésnek hála, a lassan, de folyamatosan romló krónikus betegségek (szívkoszorúér betegség, krónikus obstruktív tüdőbetegség, májelégtelenség) végállapota ilyen. Továbbá

További probléma a szakmai feltételek, kompetenciák relatív tisztázatlansága. Hazánkban palliatív licenszvizsga[5] tehető, amely feljogosít hatékony fájdalomcsillapító farmakológiai módszerek alkalmazására, a fájdalmon kívüli testi tünetek csillapítására, illetve palliatív sürgősségi állapotok kezelésére (a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről szóló 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet). E meghatározásba a palliatív szedáció alkalmazása beleillik, azonban külön nincs nevesítve.

Még kevésbé tisztázott, hogy végezhetnek-e palliatív szedációt licenszvizsgával nem rendelkező orvosok is? Hagyományosan, és a jelenleg érvényes szakmai kompetenciák meghatározása szerint az aneszteziológia és intenzív terápia szakorvosai azok, akik az "anesztézia" (gyógyszeres altatás, érzéstelenítés) minden mélységet elvégezni hivatottak (az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet). E szakvizsgán kívül az oxyológia és sürgősségi orvostan szakképzés jogosít fel "szedáció" végzésére (az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet). A fogalom itt a fájdalomcsillapításhoz kapcsoltan helyezkedik el, ebből akár a kettő ilyen irányú kapcsolatát is lehetne feltételezni, de a hatályos rendeletek sem az anesztézia, sem a szedáció fogalmát nem határozzák meg. A gyakorlatban nem ritka, hogy kórházi körülmények között a fájdalom és a szenvedés megfelelő csillapításához e szakmák képviselőit hívják segítségül.[6] Ugyanakkor számos halálos betegség végállapotában ijesztő és refrakter szenvedést okozó tünetek jelentkezhetnek. Amennyiben ez nem már folyamatban lévő hospice-palliatív ellátás keretein belül történik, e betegek ellátását az Országos Mentő Szolgálat, a kórházak sürgősségi betegellátó (SBO) vagy más fekvőbeteg ellátó osztályainak dolgozói végzik.

Az EAPC irányelv a palliatív szedáció indikációs körének részletezésekor külön nevesíti, hogy az életfenntartó kezelések visszavonásakor[7] végzett szedáció palliatív szedációnak

gondoljunk az ALS betegségre, a sclerosis multiplexre vagy akár egy kezelésekre nem reagáló tüdőgyulladásra, szeptikus állapotra is.

[5] A licenszvizsga nem építhető rá bármely más szakvizsgára. Külön kiemelendő, hogy jelenleg az oxyológia és sürgősségi orvostan szakképzés nem felel meg a licenszképzés bemeneti feltételeinek, bár egyértelmű, hogy sürgősségi osztályokon számtalan olyan vészhelyzetet kezelnek, mely palliatív szedációt is szükségessé tehet.

[6] Számos példa hozható: akár szív-, akár tüdőbetegségből eredő fulladásérzés; fej-nyaki daganatos betegségek vagy előrehaladott májbetegség következtében kialakuló katasztrofális vérzés; kiterjedt bélelhalás következtében a műtét után lassan, fokozódó kínok között bekövetkező halál.

[7] A modern intenzív terápia hosszú ideig képes az életfontosságú szervi funkciók (pl. légzés, vérkeringés, veseműködés) fenntartására. Bár a beteg állapotát sikerül stabilizálni, sajnos számos esetben a gyógyulás mégsem lehetséges, mert az elszenvedett szervi károsodások visszafordíthatatlanok. Ilyen helyzetben a méltó halált lehetővé tenni csak a folyamatban lévő szervpótló kezelések leállításával lehetséges. Ez világszerte elterjedt gyakorlat, bár részleteiben jelentős különbségek láthatók a különböző országok között. (Avidan et ali., 2021). A hazai szabályozás e téren meglehetősen restriktív, az 1997 CLIV. törvény az egészségügyről lehetőséget biztosít

minősül, ugyanis az életfenntartó kezelés megszüntetése orvosszakmailag elképzelhetetlen megfelelő szedáció nélkül. Hazánkban ilyen kezelések döntően intenzív osztályokon érhetők el, ahol a megfelelően képzett szakemberek közreműködése adott. Kétségtelen, hogy a szakvizsgával rendelkező altatóorvosok megfelelő képesítéssel és tapasztalattal rendelkeznek bármely mélységű szedáció, illetve altatás kivitelezéséhez. Az életvégi, palliatív ellátás kereteiben nyújtott szedációhoz azonban ezen felüli, speciális szemléletet és tudás is szükséges, melyet a jelenlegi aneszteziológiai és intenzív terápiás szakképzés nem tartalmaz. Ezért célszerű lenne az aneszteziológia és intenzív terápia, illetve az oxyológia és sürgősségi orvostan szakképzésébe a szükséges palliatív orvosi ismereteket is beépíteni.

Mivel nincs általános irányelv, így a kialakuló gyakorlatot leginkább a szakirodalom határozhatja meg. A ma elérhető hazai tankönyvet szó szerint idézzük: *„Magyarországon a palliatív szedáció fogalma, protokoll szerinti gyakorlata szinte egyáltalán nem ismert. Természetesen a mindennapi klinikai gyakorlatban jelen van, de nincsenek eljárásrendek, ajánlások, hogy mikor, hogyan, hol, milyen feltételek esetén lehet, szükséges alkalmazni, melyek a lépései, folyamata*." (Csikós, 2022: 452).

Megállapíthatjuk, hogy hazánkban a palliatív szedációra vonatkozó speciális jogi szabályozás hiányában, az Eütv. általános rendelkezései érvényesek. Ez a megoldás az egészségügyi joganyag általános rendszerébe illeszkedik, így a szakmai szabályok kimunkálása szakmai irányelv, illetve protokoll szintjén történhet. Az EAPC nemzetközi irányelve a mindennapi gyakorlat számára megfelelően meghatározza a beavatkozás definícióját, célját, indikációs területét és lehetséges szövődményeit, továbbá részletes gyakorlati útmutatásokat is tartalmaz, amelyet célszerű lenne hazai szakmai irányelvben rögzíteni.

A palliatív szedációhoz mint orvosi kezeléshez való hozzáférés kérdései

Nemzetközi kitekintés

Az Amerikai Egyesült Államok és Nyugat-Európa országaira fókuszálva megállapítható, hogy a palliatív ellátás egészéhez való hozzáférés még a magas jövedelmű országokban is egyenlőtlen. (Jawed és Comer, 2024). Az egyenlőtlenségek fő okaként az ellátáshoz való hozzáférés lehetőségét (döntően nagyváros-vidék ellentétek), az egészségi, egészségügyi alapműveltség (health literacy) és az előre tervezés (advance care planning) hiányát, az egészségügyi ellátórendszerrel szembeni bizalmatlanságot, a szociális háló gyengeségeit,

a beteg, vagy helyettes döntéshozója számára e kezelések visszautasítására, azonban olyan szigorú keretek között, hogy ez a gyakorlatban alig, vagy egyáltalán nem érvényesül.

markáns vallási és kultúrális különbségeket, nyelvi és kommunikációs akadályokat, és az egészségügyi ellátórendszerben is tetten érhető rasszizmust sikerült azonosítani. A lakosság idősebb rétegére fókuszálva érdemben hasonló kép rajzolódott ki (Aker et al., 2024).

Hazai hospice-palliatív ellátási adatok

Hazánkban a hospice ellátás 2005 óta a társadalombiztosítás által finanszírozott, térítésmentesen vehető igénybe. A magyar hospice ellátás helyzetéről és hozzáféréséről több hazai kutatási eredmény (Benyó, Lukács, Busa és mtsai., 2017; Csikós, Busa, Muszbek és mtsai., 2018; Busa, Zeller és Csikós 2018; Radványi, Nagy, Balogh és mtsai., 2015) alapján az a kép rajzolódott ki, hogy az ellátás nem hozzáférhető megfelelő mértékben. Az utolsó publikáció óta eltelt évek tendenciáját elemezni a COVID-19 világjárvány hatása miatt problémás, de a legfrissebb számok legfeljebb óvatos bizakodásra adhatnak csak okot. Az elérhető legfrissebb elemzés (Hegedűs, Lukács 2024) adatai alapján azonban látható, hogy a korábbi (World Health Organization, 2002), és a frissebb (Payne et al., 2022) nemzetközi irányelvek alapján a hazai lakosság számának megfelelő ellátásához szükséges[8] hospice-palliatív ágyszám alig 50%-a volt elérhető. Ezen belül is mutatkozó területi egyenlőtlenség problémáját a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (továbbiakban: MHPE) éves jelentései mutatják be. További nehézség, hogy az ellátáshoz való hozzáférés elősegítése, az ellátás kezdeményezése (az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 35. §) és követése, az otthoni ellátás felügyelete (az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 16. § (2) bekezdés) az egészségügyi alapellátás (vagyis a háziorvos) hatáskörébe tartozik. A palliatív ellátáshoz való hozzáférést önmagában nehezíti, hogy nő a betöltetlen praxisok száma, a társadalom egyre jelentősebb részének nincs, vagy elérhetetlen a háziorvosa (Központi Statisztikai Hivatal, 2024). A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai szerint 2023 végén 92 betegellátó intézmény és otthoni szolgálat végzett hospice tevékenységet az alábbi szervezeti megoszlásban: 26 fekvőbeteg-ellátó intézmény (416 ágy, 411 felnőtt, 5 gyerek ágy), 60 otthoni ellátást végző csoport (57 felnőtt, 1 vegyes és 2 gyerek szolgáltató), 2 hospice mobil team (kórházi támogató csoport), 4 palliatív járóbeteg ellátás[9] (Hegedűs, Lukács 2024).

[8] 80-100 hospice és palliatív ágy 1 millió lakosra.

[9]Az aktuálisan elérhető hospice ellátók listája megtalálható: *https://hospice.hu/hospice-ok*. A területileg illetékes ellátót pedig a *https://hospice.hu/ellatas-kereso* segítségével lehet megtalálni.

A korábbi évek tendenciáit vizsgálva megállapítható, hogy 2020-ig az ellátók száma folyamatosan növekedett, azonban a COVID-19 világjárvány évei jelentős visszaesést hoztak, és a járvány előtti kapacitás még nem állt vissza. Az ellátók csökkenése ellenére a hospice ellátás esetszáma folyamatos növekedést mutatnak, mely elsősorban az intézeti ellátásban tapasztalt jelentős növekedésből adódik, az otthoni ellátás esetszáma sajnos enyhe visszaesést mutatnak. Az intézeti ágykihasználtság 75,5%-ra nőtt az előző évi 60,9 %-ról. A statisztikai adatok alapján az ellátók növekvő leterheltsége rajzolódik ki.

A számok a palliatív ellátás egészének nyújtására vonatkoznak. A bíztató képzési adatok (Hegedűs, Lukács 2024) és a korábban ismertetett szakmai minimumfeltételek (Magyar Közlöny, 2015. 181.sz. 22706-22710.) alapján csak valószínűsíthető, hogy ezen ellátók mind rendelkeznek palliatív szedáció elvégzésére képes szakemberrel, illetve erőforrásokkal. Azonban nem találtunk ezt egyértelműen igazoló adatot. Nem találtunk továbbá adatot arra, hogy milyen arányban végeznek palliatív szedációt hospice-palliatív ellátáson kívül (pl. sürgősségi betegellátó vagy intenzív osztályokon). A fentiekre figyelemmel az ellátókra vonatkozó adatok alapján a palliatív szedációban részesülők száma nem határozható meg. Erre is figyelemmel a palliatív szedációban részesülők hazai esetszámának a beavatkozás kódolása alapján próbáltuk megbecsülni [10].

Beavatkozás kódok, finanszírozás

Az egészségügyi ellátás során alkalmazott eljárások jelölésére, azok dokumentációban való rögzítésére, az eljárások azonosítására és csoportosítására az ún. Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (továbbiakban OENO) kód használatos. Segítségével könnyen nyomon követhető egy beavatkozás alkalmazásának a mértéke a különböző ellátóknál, és annak finanszírozása is. Jelenleg azonban a NEAK által használatos aktuális kódtörzsben nem található olyan beavatkozás kód, mely alkalmazható lenne a palliatív szedációra. A két - tartalmilag talán legközelebb álló - beavatkozás a “96003 Krízis intervenció”, mely elsősorban pszichológiai és pszichiátriai eljárásokra alkalmazandó, illetve a “8889A Narcosis iv./im. első 15 perce”. Ez utóbbi kód különböző változatai, melyek hosszabb narcosist jelölnek, már mind valamely lélegeztetéshez szükséges eszköz (arcmaszk, laryngealis maszk, endotrachealis tubus) vagy regionális érzéstelenítés együttes alkalmazását szabják meg feltételként. Jelenleg tehát nincs mód a finanszírozás oldaláról vizsgálni a palliatív szedáció elterjedtségét, elérhetőségét. A

[10] Jelenleg a Svájci-Magyar Együttműködési Program II. keretében zajlik a hazai hospice-palliatív ellátás fejlesztése (SM09-HEP projekt, 2025-2028 között), tekintélyes költségvetéssel. A cél az életvégi gondozás komplexitásának növelése, a kórházi ápolási idő csökkentése, valamint az ambuláns és otthoni ellátás bővítése.

fentiekből az is következik, hogy a beavatkozás alapját képező állami finanszírozás sincs megfelelően definiálva.

Kutatásunk szempontjából azonban a palliatív ellátás egészére vonatkozó adatokból is egyértelműen látszik, hogy a palliatív szedációhoz való hazai hozzáférés erősen limitált, és bizonyosan vannak olyan területek, melyek lakossága számára az eljárás egyáltalán nem elérhető. A bemutatott nemzetközi szakirodalmi adatok alapján pedig láthatjuk, hogy az ellátáshoz való hozzáférés biztosításán túl is számos egyenlőtlenséget okozó probléma vár megoldásra, minden valószínűség szerint hazánkban is.

Összefoglalásul megállapítható, hogy a feltárt adatok alapján a palliatív szedáció valós hazai elérhetőségére vonatkozóan jelenleg nem találtunk nyilvánosan elérhető adatot. A megoldást a beavatkozási kódok fejlesztésén túl egy későbbi kutatás során ezirányú célzott adatgyűjtés jelentheti. A pontos adatok ismerete azért is fontos lenne, mert az ellátórendszer kapacitásainak további kiépítése, a hozzáférés szélesítése csak így válik tervezhetővé.

Következtetések

A palliatív szedáció olyan beavatkozás, amelyre akkor kerül sor, amikor a végstádiumú beteg refrakter szenvedése más módon már nem enyhíthető. Az EAPC irányelvei egyértelművé teszik, hogy léteznek olyan tünetek és klinikai állapotok, amelyek csillapítása kizárólag a tudati szint csökkentésével érhető el; ilyen esetekben a beavatkozás nem helyettesíthető. Ha ezt elfogadjuk, akkor a szenvedés csillapításához való jog (Eütv. 6.§) csak úgy teljesíthető, ha a palliatív szedáció mint lehetőség minden érintett beteg számára ténylegesen és időben rendelkezésre áll.

Elemzésünk rámutatott, hogy a magyar szabályozási környezet jelenleg nem biztosít olyan eljárási kereteket, amelyek egységes és biztonságos gyakorlatot tennének lehetővé. Bár a jogszabályok deklarálják a tüneti kezelés és a szenvedéscsillapítás jogát, a palliatív szedáció indikációinak, szakmai kompetencia feltételeinek és dokumentációs követelményeinek részletes kidolgozása hiányzik. Ezzel párhuzamosan az ellátórendszer és az erőforrások területi egyenlőtlenségei, a kapacitások szűkössége és a finanszírozási keretek hiányosságai egyenlőtlen hozzáférést eredményeznek. Ennek eredményeként fennálló helyzet sérti az igazságosság bioetikai elvét: a betegek nem azonos eséllyel jutnak hozzá az egyetlen, klinikailag indokolt beavatkozáshoz.

Áttekintésünk alapján megállapítható, hogy a szabályozási háttér fejlesztése elengedhetetlen. Szükség lenne a kompetenciák egyértelmű meghatározására, az intézményi feltételek szabályozására, valamint arra, hogy a palliatív szedáció a hospice-palliatív ellátáson

kívüli környezetben is átlátható, biztonságos keretek között legyen alkalmazható. Emellett a beavatkozás önálló OENO-kóddal való ellátása lehetővé tenné a gyakorlat nyomon követését, elemzését, a minőségbiztosítást és az ellátás fejlesztési irányok megalapozott tervezését.

Összességében megállapítható, hogy a palliatív szedáció olyan ultima ratio beavatkozás, amelynek nincs alternatívája a refrakter szenvedés enyhítésében. Éppen ezért az erőforrások igazságos elosztása, a szabályozási keretek tisztázása és a gyakorlat egységesítése nemcsak klinikai, hanem etikai és egészségpolitikai szükségszerűség. Az igazságosság elvének érvényesülése csak akkor garantálható, ha a palliatív szedációhoz való hozzáférés minden beteg számára egyenlően biztosított.

IRODALOM

ABARSHI, E., RIETJENS, J., ROBIJN, L. ET AL. (2017): International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: A systematic review. BMJ Supportive & Palliative Care, 7(3): 223–229. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001159

AKER, N., GRIFFITHS, S., KUPELI, N. ET AL. (2024): Experiences and access of palliative and end of life care for older people from minority ethnic groups: A scoping review. BMC Palliative Care, 23(1): 228. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01555-8

ARANTZAMENDI, M., BELAR, A., PAYNE, S. ET AL. (2021): Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. Journal of Pain and Symptom Management, 61(4): 831-844.e10. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022

BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. (2019): Principles of Biomedical Ethics. (8th ed.). Oxford University Press.

BENYÓ, G., LUKÁCS, M., BUSA, C. ET AL. (2017): A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. Magyar Onkológia, 61: 292-299.

BUSA, C., ZELLER, J., CSIKOS, A. (2018): Prevailing opinions and knowledge about end-of-life decision making within the Hungarian population. Kharón Thanatológiai Szemle.

CHERNY, N., RADBRUCH, L. (2009): European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine, 23: 581–593.

CSIKÓS, A. (szerk.) (2022) Palliatív ellátás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.

CSIKÓS, A., BUSA, C., MUSZBEK, K. (2018): Hospice Palliative Care Development in Hungary. Journal of Pain and Symptom Management 55(2): 30-35.

GARRALDA, E., BUSA, C., POZSGAI, É. ET AL. (2023): Regulations on palliative sedation: an international survey across eight European countries. Eur J Public Health, 33(1): 35-41.

HEGEDÜS, K., LUKÁCS, M. (2024): Hospice betegellátás 2023 - a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai alapján. Kharón Thanatológiai Szemle, 2024(3): 1-13.

HORVÁTH, O., RÁCZ, K., JAKUS, N. ET AL. (2022): A hospice-palliativ ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba. Orvosi Hetilap 163(38): 1520-1527.

JAWED, A., & COMER, A. R. (2024): Disparities in end-of-life care for racial minorities: A narrative review. Annals of Palliative Medicine, 13(2): 30921–30321. https://doi.org/10.21037/apm-23-459

KOVÁCS, J. (2025): A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt.

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2024): 4.1.1.1. Az egészségügyi ellátás főbb adatai. https://www.ksh.hu

MALTONI, M., PITTURERI, C., SCARPI, E. ET AL. (2009): Palliative sedation therapy does not hasten death. Annals of Oncology, 20(7): 1163–1169.

PAYNE, S. ET AL. (2022): Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe. Palliative Medicine, 36(4): 680-697.

POZSGAI, É., GARRALDA, E., BUSA, C. ET AL. (2024): Report on palliative sedation medication usage. BMC Palliative Care, 23(1): 154.

RADVÁNYI, L., NAGY, S., BALOGH, Á. ET AL. (2015): Nem daganatos betegségek palliatív ellátása. Orvosi Hetilap, 42: 1703-1709.

SEYMOUR, J., RIETJENS, J., BRUINSMA, S. ET AL. (2015): Using continuous sedation until death. Palliative Medicine, 29(1): 48–59.

SOMODY, B., STÁNICZ, P. (2020): Életvégi döntések alapjogi dogmatikája. Fundamentum, 2020(4): 34-46.

SURGES, S. M., BRUNSCH, H., JASPERS, B. ET AL. (2024): Revised EAPC framework on palliative sedation. Palliative Medicine, 38(1): 9–25.

SWART, S. J., VAN DER HEIDE, A., VAN ZUYLEN, L. ET AL. (2012): Considerations of physicians about palliative sedation depth. CMAJ, 184(7): 360–366.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): National Cancer Control Programmes. WHO Press.

FELHASZNÁLT JOGSZABÁLYOK

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 16. § (2).

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásáról szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet.

A szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet.
A szakmai továbbképzésről szóló 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet.
A szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet.
Egyes egészségügyi tárgyú módosításokról szóló 54/2015. (XI. 24.) EMMI rendelet.

Dr. Stánicz Gábor
aneszteziológia és intenzív terápia szakorvosa, PhD hallgató
Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház
Széchenyi István Egyetem Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola
stanicz.gabor@ga.sze.hu

Prof. Dr. Kovács Gábor
orvos, jogász, igazságügyi szakértő, tanszékvezető egyetemi tanár
Széchenyi István Egyetem, Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Kar,
Kriminológiai és Kriminalisztikai Tanszék
gkovacs@sze.hu

DR. BUSA CSILLA, DR. POZSGAI ÉVA, DR. SHEILA PAYNE,
DR. DUNJA BEGOVIC, DR. ANDREW HARDING, DR. CSIKÓS ÁGNES

A palliatív szedációval kapcsolatos etikai kérdések és a morális esetmegbeszélő csoport mint módszer a palliatív ellátás kutatásában[1]

Összefoglalás (legfontosabb üzenetek)

- *A betegek autonómiájának tiszteletben tartását az egészségügyi szakemberek a palliatív szedációval kapcsolatos döntéshozatal fő elvének tartották, kutatásunk eredményei azonban arra utalnak, hogy a betegellátás gyakorlatában, egyes klinikai helyzetekben az autonómia tiszteletben tartása nem tud teljes mértékben megvalósulni.*
- *A palliatív szedációval kapcsolatos etikai kérdések eredményesebben kezelhetők, ha folyamatos, empatikus kommunikáció révén jó kapcsolat alakult ki a betegek, a családtagok és az egészségügyi ellátók között.*
- *A szakmai irányelvek és protokollok támogatást nyújthatnak az egészségügyi ellátók számára az etikai elvek alkalmazásában komplex klinikai esetekben.*
- *A kutatásban résztvevő egészségügyi szakemberek méltányolták a lehetőséget, hogy etikai kérdéseket vitathattak meg, és többségük támogatta a morális esetmegbeszélő csoport bevezetését és alkalmazását a klinikai gyakorlatban.*

Kulcsszavak: palliatív szedáció, etikai kérdések, morális esetmegbeszélő csoport, autonómia, döntéshozatal, kommunikáció

[1] A publikáció a szerzők angol nyelvű könyvfejezetének fordítása: BUSA CS., POZSGAI É., PAYNE S., BEGOVIC D., HARDING A., CSIKOS Á. (2024): Ethical issues in palliative sedation and moral case deliberation as a method in palliative care research. In: KOPER IAN, HASSELAAR JEROEN, PAYNE CATHY (szerk.). *The role of Palliative Sedation in palliative care*. E-book, 30-37. https://palliativeprojects.eu/palliativesedation/wp-content/uploads/sites/16/2024/07/palliative-sedation-in-palliative-care.pdf. Elérés: 2025.12.23.

Ethical issues in palliative sedation and moral case deliberation as a method in palliative care research

Summary (Key Messages)

- *Respect for patient autonomy was identified as the main principle by healthcare professionals when deciding on palliative sedation; however, our results suggest that it was not put into practice in some clinical situations.*
- *Ethical issues related to palliative sedation can be managed more efficiently if a good relationship is built through continuous empathic communication between patients, family members and healthcare professionals, as part of a process.*
- *Guidelines and protocols appear to help and support healthcare professionals in applying ethical principles in complex clinical cases.*
- *Healthcare professionals appreciated the opportunity to discuss ethical issues and most of them supported the introduction and application of moral case deliberation in clinical practice.*

Keywords: palliative sedation, ethical issues, moral case deliberation, autonomy, decision-making, communication

Bevezetés

A palliatív ellátási igényű betegeket gondozó egészségügyi szakemberek gyakran találkoznak komplex esetekkel, amikor nehéz döntéseket kell meghozni. *(Janssens, van Zadelhoff, van Loo, Widdershoven és Molewijk, 2015; Surges, Garralda, Jaspers et al, 2022; Potter, Shields és Breen, 2021)* A palliatív szedáció szükségességével és alkalmazásának módjával kapcsolatos döntéshozatal sok esetben vet fel etikai kérdéseket az egészségügyi ellátók, a betegek és a családtagok számára egyaránt. *(Beauchamp és Childress, 2019; Molewijk, Abma, Stolper és Widdershoven, 2008; Gómez-Vírseda, De Maeseneer és Gastmans, 2020)* A morális esetmegbeszélő csoport (Moral Case Deliberation)[2] támogatja az egészségügyi szakembereket az etikai kérdések felismerésében és megvitatásában, valamint a nehéz etikai döntések

[2] A morális esetmegbeszélő csoport a gyakorló egészségügyi ellátók számára biztosított klinikai támogató szolgáltatások körébe tartozik és elsősorban európai országokban használják.

meghozatalában. *(Molewijk, Abma, Stolper és Widdershoven, 2008; Spronk, Stolper és Widdershoven, 2017)* A csoportüléseken egészségügyi ellátók vesznek részt azért, hogy strukturált módon átgondoljanak és megvitassanak olyan eseteket, amelyek során etikai dilemmákkal szembesültek. (Molewijk, Abma, Stolper és Widdershoven, 2008) A csoportokat képzett moderátor vezeti, aki segít strukturálni a megbeszélést és támogatja a résztvevőket a reflexió folyamatában. A morális esetmegbeszélő csoportokon gyakran alkalmazzák az ún. dilemmamódszert. Az etikai dilemma azt jelenti, hogy olyan lehetőségek közül kell választani, amelyek mindegyike egy vagy több érdekelt fél számára distresszt okoz, ami sokszor előfordul a klinikai gyakorlatban. *(Tan, Ter Meulen, Molewijk és Widdershoven, 2018)* A csoportüléseken minden érdekelt fél véleményét, értékeit és normáit megjelenítik. A betegek és családtagok szempontjait vagy a családtagok maguk vagy egy egészségügyi szakember képviseli. *(Tan, Ter Meulen, Molewijk és Widdershoven, 2018; De Bree és Veening, 2016)* Az egészségügyi ellátók támogatásán túl a morális esetmegbeszélő csoport kutatási módszerként is alkalmazható, mivel betekintést nyújt a betegellátás során egy-egy adott klinikai gyakorlat – jelen esetben a palliatív szedáció – kapcsán tapasztalt etikai problémákba. *(Janssens, van Zadelhoff, van Loo, Widdershoven és Molewijk, 2015)*

A morális esetmegbeszélő csoportok és a palliatív szedáció alkalmazásával kapcsolatos etikai kérdések

Morális esetmegbeszélő csoportok

A Palliative Sedation elnevezésű, európai kutatási program keretében (https://www.palliativesedation.eu) 32 morális esetmegbeszélő csoport megtartására került sor nyolc országban: Belgiumban, Németországban, Magyarországon, Olaszországban, Hollandiában, Romániában, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban. Minden országban két-két klinikai helyszínen folyt vizsgálat, és helyszínenként két-két csoportülést tartottak. A csoportülések résztvevőinek száma összesen 231 fő volt (átlagosan 7 fő / csoport), időtartamuk 55-115 perc között változott (átlagosan 82 perc / csoport volt). A morális esetmegbeszélő csoportok résztvevői egészségügyben dolgozó szakemberek voltak: orvosok, ápolók, pszichológusok, gyógytornászok, szociális munkások, papok, lelkészek stb. A csoportüléseken olyan esetek megvitatására került sor a dilemma módszer alkalmazásával, amelyek során etikai kérdések merültek fel csillapíthatatlan tünetekkel vagy a palliatív szedációval kapcsolatban. Az első ülésen mindenhol egy fiktív esetet beszéltek meg, a másodikon pedig egy olyan korábbi vagy folyamatban lévő valós esetet, ami az adott helyszínen dolgozó egészségügyi szakemberek

számára etikai szempontból kihívást jelentett. A csoportülések azonos struktúra szerint zajlottak a moderátorok vezetésével: 1. Módszer és célok ismertetése, 2. Esetbemutatás, 3. Etikai kérdések megfogalmazása, 4. Eset elemzése az értékek és normák mentén, 5. Résztvevők személyes választása (melyik döntést támogatják), 6. A személyes döntésekben fellelhető hasonlóságok és különbségek megvitatása, 7. Összefoglalás, zárás. A csoportüléseken hangfelvételek készültek, a szó szerinti leiratok elemzése framework analízissel[3] történt. Az elemzés során minden olyan kérdést etikai kérdésként kezeltünk, amit a morális esetmegbeszélő csoportok résztvevői annak tartottak.[4]

A legfontosabb etikai kérdések az egészségügyi szakemberek szerint

A morális esetmegbeszélő csoportok résztvevői által a palliatív szedációval kapcsolatban felvetett főbb etikai kérdések minden országban két fő téma köré csoportosultak: a **beteg autonómiájának** tiszteletben tartása, különösen a döntéshozatal során, valamint az egészségügyi szakemberek, a beteg és a család közötti **kommunikáció** etikai vonatkozásai köré.

Autonómia

Az egészségügyi szakemberek minden országban a beteg autonómiájának tiszteletben tartását tartották a legfontosabb elvnek a palliatív szedációval kapcsolatos döntések meghozatalakor. Ugyanakkor arról is beszámoltak, hogy a betegellátás gyakorlatában ez nem mindig tud maradéktalanul megvalósulni. Az autonómiához kötődő főbb etikai kihívások a döntéshozatalhoz szükséges mentális kapacitással, az autonómia fogalmának különböző értelmezéseivel, valamint az egymással versengő bioetikai alapelvek okozta konfliktusokkal voltak kapcsolatosak (1. táblázat).

[3] Kutatási szempontól a morális esetmegbeszélő csoport fókuszcsoportnak tekinthető. A framework analízis egy olyan elemzési módszer, amely előre meghatározott és adatvezérelt témák mentén, mátrixos elrendezésben segíti a szöveges adatok értelmezését. Az elemzés során a kutatók a vizsgálat céljai alapján meghatározták a fő és altémákat, majd az egyes országok kutatói a témákhoz hozzárendelték a leiratokból a vonatkozó szövegrészeket. Ezt követően a kutatók összeállították a témák és országok alkotta mátrixot és elvégezték az elemzést.

[4] Módszertani megjegyzés: Kvalitatív vizsgálatként a klinikai helyszínek nem reprezentálták az egyes országokat. A csoportüléseken elhangzott információk betekintést nyújtanak a palliatív szedáció gyakorlatába, az eredmények azonban nem általánosíthatók és nem feltétlenül tükrözik más egészségügyi szolgáltatók véleményét vagy gyakorlatát az adott országokban. A szövegben az országok említése az adott helyen tartott morális esetmegbeszélő csoportokra vonatkozik, és nem az ország egészének véleményére vagy gyakorlatára, kivéve, ha ez kifejezetten meg van jelölve.

1. táblázat: Az autonómiával összefüggő etikai kérdések

Altémák	**A résztvevők által felvetett etikai kérdések (példák)**
Döntéshozatalhoz szükséges mentális kapacitás • Ingadozása • Elvesztése (cselekvőképtelen állapot)	• *Hogyan vehetők figyelembe a beteg preferenciái, ha a döntéshozatalhoz szükséges mentális kapacitása ingadozik? (BE, HU, IT)* • *Hogyan lehet tiszteletben tartani a beteg autonómiáját, ha cselekvőképtelen és a preferenciái nem ismertek? (HU, IT)*
Individuális és relációs autonómia	*Hogyan kezeljék az egészségügyi szakemberek azt az esetet, ha a cselekvőképes beteg a döntéshozatal felelősségét más személyre ruházza át? (IT, UK)*
Konfliktus az autonómia és a jótevés bioetikai alapelvei között	*Hogyan kell dönteni, ha a beteg (vagy hozzátartozói) kívánsága és a jótevés elve között konfliktus áll fenn? (IT, ES, NL, RO)*

(BE: Belgium, HU: Magyarország, IT: Olaszország, NL: Hollandia, UK: Egyesült Királyság, ES: Spanyolország, RO: Románia)

A morális esetmegbeszélő csoportok résztvevői etikai problémának tekintették azt, hogyan lehet a betegek mentális kapacitását megfelelően felmérni annak érdekében, hogy a cselekvőképességükről meggyőződhessenek. Erre azért van szükség, mert a mentális kapacitás és azzal összefüggésben a döntéshozatali képesség a betegség előrehaladásával gyakran ingadozik, hullámzik. Szóba került az üléseken az is, hogy vajon az egészségügyi szakemberek mindig helyesen értelmezik-e a betegek szándékait. Példaként említették, hogy a beteg fejbólintása lehet akaratlan mozdulat, de kifejezhet beleegyezést is. A betegek döntéshozatali képességének elvesztése szintén vezethet etikai kihívásokhoz. Az egészségügyi szakemberek beszámolói szerint nehézséget jelent számukra a beteg autonómiájának tiszteletben tartása, ha a preferenciái nem ismertek, mert már nem volt képes kifejezni az akaratát, az egészségügyi szakemberek pedig nem tudják, hogy ki és milyen elvek alapján hozzon döntést a beteg nevében. (1. táblázat)

Az autonómiával összefüggő etikai kérdések második alcsoportját az individuális és relációs autonómia kérdései jelentették. (1. táblázat) A nyugati társadalmak alapvetően individualista beállítódású társadalmak, ami befolyásolja az egészségügyi szakemberek által vallott etikai alapelveket. Azonban ezekben az országokban is különböző kulturális háttérrel

rendelkező emberek élnek, akik nem feltétlenül vallják ugyanazokat az etikai elveket. Egyes betegek kulturális, vallási vagy akár személyes okokból a döntéshozatali felelősségüket a családtagjaikra szeretnék átruházni, még akkor is, ha cselekvőképességük teljes birtokában vannak. A csoportüléseken résztvevő néhány egészségügyi szakember, aki az individuális autonómiát helyezte előtérbe, etikai kihívásnak érezte a helyettes döntéshozó iránymutatását követni akkor, amikor a beteg még cselekvőképes volt.

Az egészségügyi szakemberek számos olyan etikai kérdést is felvetettek a morális esetmegbeszélő csoportokon, amikor konfliktus alakult ki az autonómia és a jótevés bioetikai alapelvei között. Ezek olyan esetek voltak, amikor orvosi szempontból nem értettek egyet a beteg vagy a családtagok döntésével, és úgy érezték, hogy az autonómia tiszteletben tartásával sérül a jótevés elve. (1. táblázat)

A morális esetmegbeszélő csoportok résztvevői különösen fontosnak tartották, hogy a palliatív szedációval kapcsolatos döntéshozatal során figyelembe vegyék az érdekelt felek eltérő nézőpontjait, mérlegelve a döntések pozitív és negatív következményeit. A pozitív következmények közül a beteg autonómiájának tiszteletben tartását emelték ki, és azt, hogy a beteg szakmailag megfelelő orvosi ellátásban részesüljön. A negatív következmények között a konfliktusokat említették (elsősorban az egészségügyi szakemberek és a családtagok között), valamint azt, hogy a döntéshozatal jelentős érzelmi terhet róhat a családtagokra. Az egészségügyi szakemberek egyetértettek abban, hogy az optimális döntéshozatal a megosztott döntéshozatal, ami egy nyílt, őszinte kommunikációs folyamat révén születik meg a beteg, a családtagjaik és az egyészségügyi ellátók részvételével. A megosztott döntéshozatalt alkalmazott gyakorlatként említették a résztvevők néhány országban, például Belgiumban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban és Spanyolországban.

Az autonómiát kiemelten fontos etikai alapelvnek tekintették az egészségügyi szakemberek. A megbeszélt esetek között azonban voltak olyanok, amikor az autonómia elvét más szempontok felülírták. Németországban például azt tartották az ellátók megfelelő eljárásnak, hogy szakmai felelősségtudatuk alapján megóvják a családtagokat a döntéshozatal terhétől. Magyarországon az autonómia gyakorlati okokból nem valósult meg: intézményi szabályok és jógyakorlatok hiányában az egészségügyi szakemberek nem fordítottak elég figyelmet a beteg életvégi ellátással kapcsolatos preferenciáinak felmérésére és dokumentálására.

Kommunikáció

Az egészségügyi szakemberek, a beteg és a család közötti kommunikáció volt a másik téma, amely köré a morális esetmegbeszélő csoportokon megvitatott etikai kérdések összpontosultak, beleértve a tájékoztatás minőségét, a kommunikáció szerepét a döntéshozatalban, valamint a családtagok eltérő véleményeinek kezelését. (2. táblázat)

2. táblázat: A kommunikációval összefüggő etikai kérdések

Altémák	**A résztvevők által felvetett etikai kérdések (példák)**
A tájékoztatás észlelt minősége	*A kommunikáció megfelelő-e a beteg és családtagok tájékoztatásához? (HU, IT)*
A kommunikáció szerepe a döntéshozatalban	*A kommunikáció célja az, hogy a család elfogadja a palliatív szedációval kapcsolatos orvosi döntést, vagy a kommunikáció a közös döntéshozatal eszköze? (BE, DE, HU, IT, NL, UK)*
A családtagok eltérő véleményeinek kezelése	*Hogyan kell az egészségügyi szakembereknek kommunikálniuk a családtagokkal és kezelniük az eltérő kívánságaikat? (HU, ES, RO)*

(BE: Belgium, HU: Magyarország, IT: Olaszország, NL: Hollandia, UK: Egyesült Királyság, ES: Spanyolország, RO: Románia)

A korlátozott tájékoztatást, mint etikai problémát emelték ki a résztvevők több csoportülésen (pl. Magyarországon és Olaszországban), mivel a betegek és hozzátartozóik az egészségügyi szakemberek által nyújtott információk alapján hoznak fontos döntéseket. Egyetértettek abban, hogy a nem megfelelő kommunikáció miatt a betegek és hozzátartozóik bizalma megrendülhet, ami káros hatással lehet a teljes ellátási folyamatra. Az egészségügyi ellátók és a családtagok közötti kommunikációval kapcsolatos etikai kérdéseket az határozta meg, hogy az egyes országok egészségügyi szakemberei mit gondolnak a palliatív szedációról: elsősorban orvosi döntés-e (mint például Belgiumban, Németországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban), vagy – ha a beteg cselekvésképtelen – elsősorban a családtagokon múlik-e ez a döntés (mint például Magyarországon és Olaszországban). Míg az első esetben a kommunikáció céljának azt tartották, hogy a családtagok megértsék és elfogadják a palliatív szedációra vonatkozó orvosi döntést, a második esetben a kommunikációs folyamat céljaként a

palliatív szedációval kapcsolatos kölcsönös megértést és a megosztott döntéshozatalt határozták meg.

Az egészségügyi szakemberek úgy vélték, hogy a palliatív szedációval kapcsolatos kommunikáció és a folyamat végigvitele néha a családtagokkal nehezebb, mint magával a beteggel. Felvetették a kérdést: hogyan lehet megfelelően kommunikálni a különböző információs igényekkel rendelkező családtagokkal, és hogyan lehet figyelembe venni az ellentmondásos kívánságaikat, ha a beteg cselekvőképtelen. A csoportülések résztvevői hangsúlyozták, hogy a team-nek folyamatosan és egységesen kell kommunikálnia, biztosítva azt, hogy a beteg mellett az összes családtag is megfelelő tájékoztatást kapjon.

Országok közötti különbségek

Az egészségügyi szakemberek egyetértettek a főbb etikai prioritásokban (a beteg autonómiájának tiszteletben tartása, nyílt és őszinte kommunikációs folyamat, családtagok támogatása), azonban az országok klinikai gyakorlataiban különbségek mutatkoztak. A nyugat-európai országokban, ahol a hospice és a palliatív ellátás fejlettebb – mint Belgium, Németország, Hollandia és az Egyesült Királyság – a palliatív szedációval kapcsolatos döntés elsősorban, de nem kizárólagosan orvosi véleményen alapult. Az egészségügyi szakemberek azt is kiemelték, hogy a kommunikáció optimális esetben olyan folyamat, amelynek során folyamatos háromoldalú párbeszéd zajlik az egészségügyi team, a beteg és a családtagok között, és a szedációval kapcsolatos döntés végül megosztott döntéshozatallal[5] történik. Néhány országban, például Hollandiában, Magyarországon, Romániában és Spanyolországban a morális esetmegbeszélő csoportok résztvevői hangsúlyozták annak fontosságát, hogy a beteg kívánalmait előzetesen felmérjék és dokumentálják, amikor még cselekvőképes. Ilyen megbeszélésekről, mint alkalmazott gyakorlatról Hollandiában és Spanyolországban számoltak be az egészségügyi szakemberek, az ellátás előzetes tervezését pedig Olaszországban, Németországban, az Egyesült királyságban és Spanyolországban említették.[6] Egyes országokban, például Magyarországon, a csoportülések résztvevői a kommunikációt korlátozottnak minősítették: gyakran az utolsó pillanatban kerül csak rá sor, a döntéshozatal

[5] Megosztott döntéshozatal esetében minden érintett fél támogatja a választott kezelést, és osztozik a döntéssel kapcsolatos felelősségben, még akkor is, ha nincs teljesen meggyőződve arról, hogy ez a legjobb megoldás a beteg számára.

[6] Megjegyzés: A klinikai gyakorlatok országon belül is mutatnak különbségeket, ahogy a betegek is különbözőképpen viszonyulnak az előzetes tervezéshez és döntéshozatalhoz (részt kívánnak-e venni benne, és ha igen, milyen mértékig), így a döntés minden esetben a körülmények és rendelkezésre álló információk mérlegelésével történik.

gyakran egyszeri megbeszélést követően történik, és a döntésben a családtagok nagyobb szerepet kapnak, mint a beteg.[7]

Összefoglalás és konklúzió

A vizsgálatba bevont országok egészségügyi szakemberei különböző szintű etikai ismeretekkel rendelkeztek, és eltérő módon közelítették meg a palliatív szedációval kapcsolatos etikai kérdéseket. A morális esetmegbeszélő csoportüléseken elhangzottak alapján megállapítható, hogy az egészségügyi szakemberek jelentősen kevesebb etikai dilemmáról számoltak be, ha a döntéshozatal orvosi támogatást kapott, ha a döntésre úgy került sor, hogy korábban a folyamatos és egységes kommunikáció révén jó kapcsolat alakult ki a beteggel és a családdal, és ha a szakemberek orvosi véleménye egybeesett a beteg és a család kívánságaival. A palliatív szedációval kapcsolatos etikai kérdések hatékonyabban kezelhetők, ha az egészségügyi szakemberek:

- felkészültek az etikai kérdések felismerésére,
- képzésben részesültek arról, hogyan beszéljék meg azokat a betegekkel és családtagjaikkal, továbbá az intézmény biztosítja a megbeszéléshez szükséges helyet és időt,
- felkészültek az etikai kérdések team-ként történő megvitatására (pl. morális esetmegbeszélő csoportokon), és az intézmény biztosítja számukra az ehhez szükséges helyet és időt,
- támogatást kapnak az etikai elvek alkalmazásában irányelvek és protokollok formájában úgy, hogy azokat átültetik az adott intézmény betegellátási gyakorlatába (pl. az ellátás céljainak megbeszélése része a helyi protokollnak).

A morális esetmegbeszélő csoportokon résztvevő egészségügyi szakemberek valamennyi országban méltányolták a lehetőséget, hogy etikai szempontból nehéz eseteket vitathattak meg és átgondolhattak megoldási alternatívákat. A belga, német, olasz, holland és brit egészségügyi szakemberek arról számoltak be, hogy korábban már részt vettek valamilyen etikai megbeszélésen (pl. morális esetmegbeszélő csoporton) a munkahelyükön. A magyar, román és spanyol résztvevők többsége pedig egyetértett abban, hogy a morális esetmegbeszélő csoportot hasznos lenne bevezetni országukban a klinikai gyakorlatba.

[7] Magyarországon is van lehetőség előzetes egészségügyi rendelkezést tenni, amelyben a beteg dokumentálja az egészségügy ellátással kapcsolatos döntéseit későbbi cselekvőképtelensége esetére, azonban ez a lehetőség egyelőre kevéssé ismert és használatos.

IRODALOM

BEAUCHAMP T, CHILDRESS J. (2019): Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. American Journal of Bioethics 19 (11): 9–12.

DE BREE M, VEENING E. (2016): The 7stage model for facilitating moral case deliberation in health-care institution: a practical illustration of a meta-model. Journal International de Bioéthique et D'éthique des Sciences 27 (1): 161–176.

GÓMEZ-VÍRSEDA C, DE MAESENEER Y, GASTMANS C. (2020): Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualized approach to real-life complexities. BMC Medical Ethics 21 (1): 1–14.

JANSSENS RMJPA, VAN ZADELHOFF E, VAN LOO G, WIDDERSHOVEN GAM, MOLEWIJK BAC. (2015): Evaluation and perceived results of moral case deliberation: A mixed methods study. Nursing Ethics 22 (8): 870–880.

MOLEWIJK AC, ABMA T, STOLPER M, WIDDERSHOVEN G. (2008): Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. Journal of Medical Ethics 34 (2): 120–124.

POTTER J, SHIELDS S, BREEN R. (2021): Palliative Sedation, Compassionate Extubation, and the Principle of Double Effect: An Ethical Analysis. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 38 (12): 1536–1540.

SPRONK B, STOLPER M, WIDDERSHOVEN G. (2017): Tragedy in moral case deliberation. Medicine, Health Care and Philosophy 20 (3): 321–333.

SURGES SM, GARRALDA E, JASPERS B, BRUNSCH H, RIJPSTRA M, HASSELAAR J, ET AL. (2022): Review of European Guidelines on Palliative Sedation: A Foundation for the Updating of the European Association for Palliative Care Framework. Journal of Palliative Medicine 25 (11): 1721–1731.

TAN DYB, TER MEULEN BC, MOLEWIJK A, WIDDERSHOVEN G. (2018): Moral case deliberation. Practical Neurology 18 (3): 181–186.

Dr. Busa Csilla PhD

Tudományos főmunkatárs, kutató

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar

Alapellátási Intézet Hospice-Palliatív Tanszék

busa.csilla@pte.hu

Dr. Pozsgai Éva PhD
Egyetemi docens, kutató
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Alapellátási Intézet Hospice-Palliatív Tanszék
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Orvosi Népegészségtani Intézet

prof. Sheila Payne
Professzor emerita
Lancaster University, International Observatory on End of Life Care,
Faculty of Health and Medicine, Egyesült Királyság

Dr. Dunja Begovic PhD
Kutató
Lancaster University, International Observatory on End of Life Care,
Faculty of Health and Medicine, Egyesült Királyság

Dr. Andrew Harding
Kutató
Lancaster University, Division of Health Research,
Faculty of Health and Medicine, Egyesült Királyság

Dr. Csikós Ágnes PhD
Egyetemi docens, kutató
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Alapellátási Intézet Hospice-Palliatív Tanszék

KÖNYVAJÁNLÓ

Lapis József: Beszédtöredékek a halálról

Szépirodalmi Figyelő Alapítvány (Friss hajtások 6.), Budapest, 2024

Lapis József *Beszédtöredékek a halálról* című verseskötete 2024 tavaszán jelent meg a Szépirodalmi Figyelő *Friss hajtás* sorozatának 6. tagjaként. A kötetben megjelent versek egy része korábban már olvasható volt különböző platformokon, de ciklusokba rendezett, egységes, nyomtatott kiadást 2024 elején kapott. A kötet nyitó- és záróverse között 25 költemény található két ciklusban, melyek a *Változók* és *Állandók* címet viselik, a múlandóság és a megmaradás dialektikájaként a gyász és az emlékezet összefonódását tematizálva. A borító Láng Orsolya grafikai munkája, ennek fekete-fehér kontrasztossága erősíti a két versciklus dichotómiáját. A kötet gyász és emlékezés elválasztása helyett összefonódásukban rendszerezi a veszteség kettős tapasztalatát: a halált mint változó, de mégis állandó jelenséget.

A kötet témájában részint kapcsolódik a költő disszertációs kutatásaihoz (disszertációjának címe: *Az elmúlás poétikája – A haláltapasztalat esztétikai közvetítettsége a két világháború közötti magyar költészetben*), ugyanakkor a verseket nem a tudományos szempontok, hanem a személyes gyászélmény és a halállal való szembenézés tapasztalata szervezi. A kötet nyitóverse (*Három bajtárs*) a tulajdonnév beemelésével lehetőséget teremt az önéletrajzi olvasatra, ugyanakkor a versek egyetemes érvényű megszólalása megakadályozza, hogy pusztán személyes dokumentumként olvassuk a kötetet.

Érdemes-e bármi másról verset írni, mint a szerelemről vagy a halálról? A kötet címe, ahogy azt Balajthy Ágnes a fülszövegben is megjegyzi, Roland Barthes *Beszédtöredékek a szerelemről* (1977) című munkáját is diskurzusba emeli. A francia filozófus a szerelem kapcsán szembesül a nyelv zűrzavarával, de éppen így merül fel a nyelvi kifejezhetőség kérdése a halál esetében is. A kötet központi eseménye az apa halála, ehhez kapcsolódnak a családi emlékképek és az európai keresztény kultúrkör halálértelmezései.

A kortárs irodalomban érezhetően erősödik az autobiográfia és autofikció iránti érdeklődés. A magyar irodalmi térben, különösen az utóbbi három évben több, a szülők halálát középpontba állító mű jelent meg (Szilasi László: *18:48: telefon*; Babarczy Eszter: *Apám meghalt*; Bánki Éva: *Apjalánya* stb.). Lapis versei kapcsolódnak ehhez az önéletrajzi

impulzusból kiinduló, gyászfeldolgozó irodalmi irányhoz, csak épp líraként artikulálva a gyász tapasztalatát.

A prológus vers (*Három bajtárs*) megteremti a kötet önéletrajzi olvashatóságának feltételeit, ugyanakkor a versbeszélő és az apa névazonossága lehetőséget ad a tükörjátékra, ahol a szerepek felcserélésével a saját halálától való félelem is felsejlik az elveszített személy kapcsán. A vers prózaisága, a költői kérdések sora a kérdezés lehetetlenségét állítja, míg a válaszok üres tere a halál hiányalapúságára épít.

Az *Állandók* ciklus nyitóverse (*Hitbogár*) a kötet központi kérdését fogalmazza meg: „Sírban lakozom, mióta megszülettem. / De ha ott fekszem, miért kiáltok hozzád?" (40.o.). A versek ily módon a heideggeri halálhoz viszonyuló lét fogalmi keretében olvashatók, ahol az emberi élet végessége a teljesebb lét célját szolgálja. A versek halálfelfogása szorosan kapcsolódik a keresztény kultúrkörhöz és az Újszövetség feltámadás történetéhez, „Krisztus sírjába óvatosan lépünk. / Nincs ott, amit keresünk. / Vasárnap erős, nincs üzenete a halálról" (Közösség, 53. o.).

A *Változók* ciklus prózaiságát a második versciklusban a kötet címében megfogalmazott töredékesség váltja fel. Az *Állandók* ciklus verseiben a fragmentáltság formai szempontból is megjelenik. A félbeszakított gondolatok, ellipszisek, szaggatott mondatszerkezetek töredékként utalnak az elvesztett teljességre, míg a szintaktikai megszakítások a kommunikáció lehetetlenségét jelzik. Ebben a ciklusban kap helyet a továbblépés sejtelme „Nekilát a halál elengedésének, / szárítja napjai gyümölcseinek húsát. / Kacérkodik a megbocsátással, / összesepert haragját / a még élőknek tartogatja." (Maghasadás, 47.o.). Az egyesszám első személyű megszólalások távolságot teremtve váltanak át egyesszám harmadik, illetve többesszám elsőszemélyű megfigyelésekké. A halál univerzalitásának érzékeltetése a grammatikai eltávolítás révén a személyes gyászélménytől a kollektív tapasztalat felé mozdul.

Lapis József kötete fontos a kortárs magyar gyászirodalom kontextusában. A kötet erőssége, hogy a személyes gyászélményt univerzális narratívába ágyazza, ezáltal képes az egyéni veszteséget kollektív tapasztalattá és filozófiai kérdésfelvetéssé tágítani. A cikluscímek dichotómiája összjátékba kerül a gyász paradox természetével. Lapis kötete olyan költői nyelvet teremt, amely nem elsősorban a halottról, hanem az élőről beszél. A *Beszédtöredékek a halálról* így válik beszédtöredékekké az életről, amely a veszteséggel együtt is folytatódik.

Kovács Veronika

a Pécsi Tudományegyetem Irodalom- és Kultúratudományi Doktori Iskolájának hallgatója

kovacsveronika199@gmail.com