

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 kutatásában¹

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, empátikus 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. Esetbemutató, 3. Etikai kérdések megfogalmazása, 4. Eset elemzése az értékek és normák mentén, 5. Résztevők személyes választása (melyik döntést támogatják), 6. A személyes döntésekben fellelhető hasonlóságok és különbségek megvitatása, 7. Összefoglalás, zárás. A csoportüléseken hangfelvételek készültek, a szó szerinti leírások elemzése framework analízissel³ 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 szempontból 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 leíratokból 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)	• <i>Hogyan vehetők figyelembe a beteg preferenciái, ha a döntéshozatalhoz szükséges mentális kapacitása ingadozik? (BE, HU, IT)</i> • <i>Hogyan lehet tiszteletben tartani a beteg autonómiáját, ha cselekvőképtelen és a preferenciái nem ismertek? (HU, IT)</i>
Individuális és relációs autonómia	<i>Hogyan kezeljék az egészségügyi szakemberek azt az esetet, ha a cselekvőképes beteg a döntéshozatal felelősségét más személyre ruházza át? (IT, UK)</i>
Konfliktus az autonómia és a jótevés bioetikai alapelvei között	<i>Hogyan kell dönteni, ha a beteg (vagy hozzátartozói) kívánsága és a jótevés elve között konfliktus áll fenn? (IT, ES, NL, RO)</i>

(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 meggyőződhesse. 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 beszámolóit 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 egészségügyi 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 megbeszélte 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 terhetől. Magyarországon az autonómia gyakorlati okokból nem valósult meg: intézményi szabályok és joggyakorlatok 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)
<i>A tájékoztatás észlelt minősége</i>	<i>A kommunikáció megfelelő-e a beteg és családtagok tájékoztatásához? (HU, IT)</i>
<i>A kommunikáció szerepe a döntéshozatalban</i>	<i>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)</i>
<i>A családtagok eltérő véleményeinek kezelése</i>	<i>Hogyan kell az egészségügyi szakembereknek kommunikálniuk a családtagokkal és kezelniük az eltérő kívánságaikat? (HU, ES, RO)</i>

(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 döntéshozatallal⁵ 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 cselekvőképzetlensége esetére, azonban ez a lehetőség egyelőre kevésbé 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