

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: specifikáltak

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 voltak, 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 (Löw, 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 Zuylén, 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 vizsgálendő 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 „előhúzzhatunk”; 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 tetteből 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 dolgozóknak is azt a benyomást kelthetik, hogy eutanázia tanúi lettek, főleg akkor, ha a beteg hamarosan bekövetkező elhunytával találkoznak. PS során a kezelték 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 tévhiteltől 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, Pécsen 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 büntetőügyeket 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, diazepam, lidokain, propofol, fenobarbiturál, tiopental, 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.
- BELÜGYMINISZTERIUM – 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
- KLÉDÓSA Á. Helyzetelemzés. 3. kommentár Márkus A. Szándékos morfin-túladozás Magyarországon című közleményéhez. *LAM* 2011;21(4):314-316 (306-320).

- EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA – 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 morfin-túladagolás 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.
- KÁDÁS 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%20ESE TGY%C5%B0JTEM%C3%89NY.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 163-169. Elérés: 2025. 10. 09.

- KOVÁCS J. Bioetikai elemzés. 2. kommentár Márkus A. Szándékos morfintúlادagolás 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.
- LÖW 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 morfintúlادagolás 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