

DR. MIKLAI KAMILLA RÓZSA

Beszámoló „Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői” című konferenciáról (MTA, 2026. augusztus 25.)

Összefoglalás ♦ *Jelen beszámoló az MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport, valamint az SZTE SZAOK Magatartástudományi Intézet által szervezett, „Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői” című, 2026.08.25-én a Magyar Tudományos Akadémián megrendezésre került workshop legfontosabb tudományos és gyakorlati következtetéseit foglalja össze. Az életvégi döntések témaköre a modern orvostudomány, a jogtudomány és a bioetika egyik legkomplexebb területe, melynek keretei, fogalmai és gyakorlati megvalósulása a mai napig heves vitákat vált ki. A rendezvény hiánypótló jellegéről tanúskodik, hogy fő fókuszában többek közt olyan kérdések álltak, mint az eutanázia, pallatív ellátás, terminális szedáció, hospice vagy az emberek döntési autonómiája. Az összefoglaló célja, hogy bemutassa a jogtudomány, az orvostudomány, az egészségügyi szakdolgozói szakma, valamint az akadémiai és szakmai közelet képviselői között kibontakozott multidiszciplináris diskurzust, amely megvilágította a hazai szabályozási környezet hiányosságait és a gyakorlati megvalósítás kihívásait. Az érdeklődők a teljes konferenciát a Magyar Tudományos Akadémia YouTube csatornáján nézhetik meg.*

Kulcsszavak: életvégi döntések, eutanázia, pallatív ellátás, betegjogok, orvosi etika, hospice, terminális szedáció, méltóságterápia, élő végrendelet

Report on Conference "End-of-life decisions and their practical, ethical, and legal complexities" (MTA, August 25, 2026)

Summary ♦ *This summary report is based on the conference titled “End-of-life decisions and their practical, ethical, and legal complexities” held on August 25, 2026, at the Hungarian Academy of Sciences (MTA). The topic of end-of-life decisions is one of the most complex areas of modern medicine, law, and bioethics, and its framework, concepts, and practical implementation continue to spark heated debates to this day. The fact that the event addressed such sensitive issues as euthanasia, palliative care, terminal sedation, hospice care, and individuals’ decision-making autonomy attests to its role in filling a gap in the field. The purpose of this summary is to present the multidisciplinary discourse that unfolded among representatives of the legal profession, the medical profession, the healthcare workforce, and the academic and professional communities, which shed light on the shortcomings of the domestic regulatory environment and the challenges of practical implementation. Those interested can watch the entire conference on the Hungarian Academy of Sciences’ YouTube channel.*

Keywords: end-of-life decisions, euthanasia, palliative care, patient rights, medical ethics, hospice care, terminal sedation, dignity therapy, living will

Köszöntő

A rendezvény Dr. Tari Gergely köszöntő beszédével vette kezdetét, ezt követte a Karsai Dániel Alapítvány kuratóriumi elnökasszonya, Dr. Frank Evelyn ügyvédnö megnyitó beszéde, melyben elősorban kiemelte, hogy Karsai Dániel küzdelme az életvégi döntésekhez való jogért alapjaiban és visszafordíthatatlanul formálta át a magyar társadalom gondolkodását, így lehetővé téve többek közt ezt a konferenciát, melynek legfőbb feladatát a fogalmak, illetve az egyéni-orvosi-jogi felelősség és az állami kötelezettségek tisztázásában jelölte ki. Legfontosabb jövőbeli célként az emberközpontú megközelítést tűzte ki; a különböző emberi sorsok (betegek, családtagok) és a szakmai álláspontok (orvosok, jogászok, egyéb szakemberek) kölcsönös megértését, valamint a méltó és embert szolgáló döntések elősegítését. Ennek elengedhetetlen eszköze a nyílt és őszinte társadalmi, illetve szakmai párbeszéd.

Mi az eutanázia? Az életvégi döntésekkel kapcsolatos fogalmak útvesztőjében – Dr. Barcsi Tamás és Dr. Tari Gergely előadása

Az I. szekció nyitó előadásában Dr. Barcsi Tamás, a Pécsi Tudományegyetem tanszékvezető egyetemi docense és a MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport tudományos munkatársa, illetve Dr. Tari Gergely, a Szegedi Tudományegyetem egyetemi adjunktusa és a Kutatócsoport tudományos munkatársa az életvégi döntésekkel kapcsolatos fogalmak, különösen az eutanázia fogalmának tisztázására vállalkoztak. Kiemelték, hogy az eutanázia fogalma a magyar szakirodalomban, etikában, egészségügyi gyakorlatban és jogban sem egységes, ezért a kérdésről folytatott érdemi szakmai párbeszéd alapvető feltétele a fogalmak pontos meghatározása. Az előadók áttekintették az eutanázia hagyományos kategóriáit, így az aktív és passzív, valamint az önkéntes, nem önkéntes és kényszer jellegű formákat, ugyanakkor hangsúlyozták, hogy ezek a kategóriák több szempontból is vitathatók. Különösen problematikus a passzív eutanázia fogalma, hiszen az életfenntartó kezelés meg nem kezdése vagy visszavonása önmagában nem jelenti azt, hogy az orvos idézi elő a beteg halálát.

Az előadás kitért a magyar jogi szabályozásra is, amely jelenleg lehetővé teszi az életfenntartó vagy életmentő kezelések visszautasítását, illetve az előzetes egészségügyi nyilatkozat megtételét. Az Alkotmánybíróság 22/2003. (IV. 29.) határozata az emberi élethez és méltósághoz való jogból vezette le az önrendelkezési jogot, és különbséget tett az önkéntes aktív és passzív eutanázia között. A határozat szerint az aktív eutanázia az önrendelkezési jog olyan területe, melyet az állam az intézményvédelmi kötelezettségére hivatkozva nemcsak korlátozhat, de el is vonhat, mivel nem biztosítható megfelelően a beteg döntésének befolyásmentessége. Az előadók álláspontja szerint az eutanázia fogalmának lényegi eleme a beteg önrendelkezésén alapuló, kifejezetten a halál előidézésére irányuló szándék, ezért a nem önkéntes beavatkozások és a kezelés visszautasítása nem sorolhatók ide.

Az előadás végén a szerzők egy morális alapokon nyugvó munkadefiníciót is megfogalmaztak, amely szerint eutanáziáról olyan gyógyíthatatlan, súlyos szenvedéseket átélő beteg esetében beszélhetünk, aki megfelelő tájékoztatást követően, többször és átgondoltan megerősíti halál iránti kérelmét, a beavatkozás pedig kifejezetten az ő érdekében, a halál előidézésére irányuló egyértelmű szándékkal történik. Ez a szándéketikai keret kizárja a passzív eutanázia kategóriáját, és egyértelműen elhatárolja az eutanáziát a kezelés önkéntes visszautasításától, a szakmailag indokolatlan vagy hatástalan kezelés elhagyásától, a forráshiányból eredő kezelésmaradástól, valamint a palliatív ellátás előre látható, de nem szándékolt következményeként bekövetkező haláltól.

A jogi és klinikai megközelítések találkozásai az életvégi döntésekben – Dr. Busa Csilla előadása

Dr. Busa Csilla, a Pécsi Tudományegyetem Hospice-Palliatív Tanszékének tudományos főmunkatársa előadásában az életvégi döntések jogi és klinikai megközelítésének kapcsolatát vizsgálta. Kiemelte, hogy a jog és a klinikai gyakorlat eltérő fogalomrendszere és szemlélete gyakran bizonytalanságot okoz az egészségügyi szakemberek számára, ezért különösen fontos a két szemlélet közelítése. Az életvégi döntések körébe azok a kezeléssel kapcsolatos döntések tartoznak, amelyek súlyos, életkilátásokat korlátozó betegségben szenvedő, életük végéhez közeledő betegek ellátását érintik. Ebben a körben felmerülhet az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítása, a palliatív szedáció, az orvos által asszisztált öngyilkosság vagy az eutanázia, ugyanakkor az életvégi döntések jelentős részét maga az orvos hozza meg, amikor szakmailag nem indokolt, hasztalan vagy hiábavaló kezelések megkezdésének mellőzéséről, korlátozásáról vagy visszavonásáról dönt.

Az előadás egyik központi kérdése az orvos és a beteg döntési jogkörének elhatárolása volt. Az orvos szakmai kompetenciája a terápiás módszer megválasztása, illetve a szakmailag nem indokolt kezelés megtagadása. A beteg részt vesz a kezelési döntésben, a cselekvőképes beteg pedig visszautasíthat kezeléseket, vagyis szubjektív szempontok – mint élethelyzete, értékrendje, világnézeti vagy vallási meggyőződése – alapján dönthet arról, hogy vállalja-e egy adott kezelés terheit. Így az orvos a szakmai szempontok alapján kijelöli a lehetséges kezelések körét, ezen belül viszont a beteg döntési szabadsága érvényesül.

Külön figyelmet érdemel a cselekvőképesség és a döntési képesség kérdése, mivel a két fogalom nem használható teljesen azonos értelemben, ugyanakkor mindkettő alapját a belátási képesség képezi, ami azt jelenti, hogy egy egyén képes a cselekedetei következményeinek a felismerésére. Egészségügyi kontextusban alapesetben azt mondhatjuk, hogy aki cselekvőképes, vagyis nem cselekvőképtelen, az döntésképesnek tekinthető.

Busa Csilla részletesen kitért az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának jogi feltételeire is. A súlyos és gyógyíthatatlan, megfelelő kezelés mellett is rövid időn belül halálhoz vezető betegség esetén van lehetőség a kezelés visszautasítására. A „rövid időn belül” kritérium jogszabályban nem pontosított, a klinikai gyakorlat számára bizonytalanságot okoz, ennek tisztázásában a szakmai irányelveknek fontos szerepük lenne. A beteg az ellátás során, illetve előzetes egészségügyi rendelkezés formájában is meghatározhatja, hogy későbbi döntésképtelen állapotában milyen kezeléseket kíván vagy nem kíván igénybe venni. A

köznelvben elterjedt „élő végrendelet” kifejezés helyett pontosabb lehet a „cselekvőképtelenség esetére vonatkozó előzetes egészségügyi rendelkezés” használata.

Az előadás másik fontos témaköre a palliatív szedáció, az orvos által asszisztált öngyilkosság és az eutanázia fogalmi elhatárolása volt. A palliatív szedáció a beteg tudati szintjének szándékos és arányos csökkentését jelenti gyógyszerek alkalmazásával, a refrakter (csillapíthatatlan) szenvedés csökkentése érdekében, míg az orvos által asszisztált öngyilkosság esetében az orvos a beteg önkéntes és kompetens kérésére szándékosan segít a végrehajtásban; biztosítja azokat a gyógyszereket, amelyeket a beteg maga alkalmaz a halála előidézése céljából. Az eutanázia ezzel szemben kívánságra végrehajtott ölés; a beteg önkéntes és kompetens kérésére, az orvos által gyógyszerek alkalmazásával szándékosan végrehajtott halálba segítés. Ennek a meghatározásnak központi eleme a szándék: az eutanázia célja a beteg halálának szándékos előidézése, következésképp kizárólag aktív cselekvés lehet. Ez kizárja többek közt az orvosszakmai döntésnek minősülő, szakmailag nem indokolt kezelések mellőzését, visszavonását, korlátozását; a betegjognak minősülő életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítását; az úgynevezett „indirekt” eutanáziát, ahol a szenvedés enyhítésére alkalmazott gyógyszeradag növelés előrelátható, de nem szándékolt következménye lehet a beteg halálának siettetése (bioetikában a kettős hatás elve), illetve a palliatív szedációt, mivel annak célja a szenvedés enyhítése, a halál pedig természetes, nem a kezelés szándékolt következménye.

A kritikus állapotú betegek életvégi döntési folyamatának nehézségeiről – Dr. Zubek László előadása

Dr. Zubek László, a Semmelweis Egyetem Intenzív Terápiás Klinikájának általános igazgatóhelyettese az életvégi döntések egészségügyi gyakorlatban megjelenő problémás kérdéseit vizsgálta, különös tekintettel a kezeléskorlátozásra és az intenzív ellátás kihívásaira. Magyarországon az uniós országokhoz képest kiemelkedően magas a kórházban bekövetkező halálozások aránya, miközben az akut és intenzív ellátórendszer sok esetben nincs megfelelően felkészülve az életvégi döntések kezelésére. Az intenzív terápiás lehetőségek fejlődésével egyre több esetben hosszabbítható meg a beteg élete, viszont ez önmagában nem tükrözi a kezelés célját és sikerességét, mivel az életnek nemcsak az időtartama, hanem minősége is meghatározó. Az intenzív osztályokon nem eutanáziaként, hanem kezeléskorlátozásként kategorizálják a kritikus állapotú, később elhunyt betegek kezelésének meg nem kezdését, visszavonását, illetve a haldokolásuk megrövidítését. Az „End-of-life practice score” pontrendszer arra lett kidolgozva, hogy vizsgálja az intenzív osztályokon az életvégi

döntéshozatalt, amelynek fontos alkotó elemei többek közt a rendszeres családi megbeszélések, a napi tanácskozás a megfelelő ellátási színtről – a beteg esetleg túlkezelt, alulkezelt vagy megfelelően kezelt –, a nyitottabb intenzív osztályos működés, palliatív ellátási és etikai konzultációk, valamint az írásos szakmai irányelvek, protokollok és jogszabályok. Magyarországon ezek a döntési és támogatási keretek jórészt hiányoznak, ami növeli az egészségügyi dolgozók elleni támadások veszélyét, illetve a szakmai és jogi bizonytalanságot.

Dr. Zubek külön kitért az esendőség (frailty) jelentőségére is, amely az intenzív osztályos betegek túlélési esélyeinek egyik fontos prognosztikai tényezője. A Hungarian Frailty Study (HUF) eredményei alapján a súlyosabb esendőség szoros összefüggést mutat a kedvezőtlen túlélési eredményekkel, ami ismét felveti a szakmailag indokolatlan, úgynevezett hasztalan kezelések kérdését. Ez a kettősség az életvégi döntések egyik lényeges alapelve: a beteg autonómiájának tiszteletben tartása mellett a kezelések szakmai indokoltságát is folyamatosan vizsgálni kell. Ennek támogatására többek között a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott POLST-típusú dokumentáció, a társadalmi párbeszéd, valamint a szélesebb körű tájékoztatás, a palliatív konzultáció szabályozása, a jogi-etikai-orvosi szabályozó keret megteremtése, illetve a szakmai irányelvek frissítése.

Öngyilkosságban közreműködés – az életvégi döntések tipológiája büntetőjogi szempontból – Dr. Filó Mihály előadása

A szekció utolsó előadója, Dr. Filó Mihály, az ELTE Jogtudományi Karának egyetemi docense előadásában az életvégi döntések büntetőjogi megítélését vizsgálta, különös tekintettel a bioetikai és büntetőjogi fogalmak eltérésére, valamint az öngyilkosságban való közreműködés európai szabályozási modelljeire. Az előadás alapját képező tanulmány a Kharón Thanaológiai Szemlében olvasható.¹ Előadásában Filó Mihály kiemelte, hogy az öngyilkosság önmagában nem büntetendő, ugyanakkor a más személy általi közreműködés büntetőjogi megítélése országunként eltérő. A Karsai-ügy is jelzi, hogy e területen a tagállamoknak jelentős mérlegelési mozgástere van. Az utóbbi években egy eltolódás volt megfigyelhető a teljes tiltást kimondó modellektől, a viszonylagos megengedést jelző modellek irányába. Az előadás végkövetkeztetése szerint az európai térben szigorúnak számító magyar szabályozás esetleges liberalizálásakor komparatív szempontokat is figyelembe kell venni az öngyilkossághoz kapcsolódó orvosi magatartások büntetőjogi megítélésének újragondolásakor.

¹ https://kharon.hu/lapszam/XXX_2026-2

Hol a méltóság mostanában? – Dr. Hegedűs Katalin előadása

A II. szekciót Dr. Hegedűs Katalin, a Méltóságért Alapítvány kuratóriumának elnöke nyitotta meg, aki előadásában az emberséges bánásmódot, a beteg emberi méltóságának megőrzését és az orvos-beteg kommunikáció jelentőségét hangsúlyozta. Kiemelte, hogy a hospice-ellátás és a kapcsolódó szakmai eredmények ellenére a szemléletváltozás továbbra is lassú, amit a betegpanaszok magas száma jelez; különösen az emberi méltóság sérelmével és a nem megfelelő kommunikációval kapcsolatos panaszok.

Az előadás központi gondolata Harvey Max Chochinov munkásságához kapcsolódott, amely szerint a méltóság elvesztésének érzése erős indikátora a halálváagnak; így az egyik leggyakrabban említett ok az eutanáziát vagy asszisztált öngyilkosságot kérelmezők körében. Ezért a haldokló betegek ellátásában kiemelt jelentősége van annak, hogy a beteg ne tehernek, hanem továbbra is értékes, önálló és tiszteletre méltó embernek érezze magát. Ennek támogatására szolgál többek között az úgynevezett „méltóság kérdés” és a Chochinov által kidolgozott méltóságterápia, amely kommunikációs eszközök a beteg számára lehetőséget adnak arra, hogy életét összefoglalja és annak értelmet adjon. Mindez az élet lezárásához fontos erőforrássá válhat, a hozzátartozók számára segítheti a gyászfeldolgozást és kapcsolódási lehetőséget teremthet a beteghez, a beszélgetést vezető szakember számára pedig érzékenyítő szerepet tölt be, hiszen fejleszti az empátiát, a kommunikációt és az önreflexiót. A méltóság megőrzése nem feltétlenül igényel nagy beavatkozásokat: a figyelmes meghallgatás, a megfelelő kommunikáció és az emberhez való odafordulás a mindennapi betegellátásban is jelentős változást eredményezhet.

Terminális szedáció – meghatározások és kihívások – Dr. Kőműves Sándor előadása

Dr. Kőműves Sándor, a Debreceni Orvostudományi Kar adjunktusa és a Kutatócsoport munkatársa előadásával egy pillanatképet kívánt mutatni a terminális szedáció körül zajló nemzetközi vitáról és a palliatív terápiás szemléletmód értelmezéséről, mindezt filozófiai szemléletmódban. Az előadás alapját képező cikk „Egzisztenciális szenvedés és palliatív szedáció” címmel a Kharón Thanatológiai Szemlében olvasható².

A szedáció fogalma önmagában nem azonos a terminális, illetve palliatív szedációval, utóbbiak meghatározásához ugyanis további normatív kritériumok kapcsolódnak. Ezek közül az egyik legfontosabb a gyógyszerhatás jellege, vagyis a szedáció a gyógyszer kívánt

² https://kharon.hu/lapszam/XXX_2026-1/tanulmany

farmakológiai hatása legyen; további lényeges szempont a refrakteritás, amely szerint a szedáció végső lehetőségként jelenik meg, miután a rendelkezésre álló egyéb kezelési lehetőségek eredménytelennek bizonyultak. Ide kapcsolódik az arányosság követelménye is, ami egyrészt a szedáció mélységére, másrészt annak időtartamára vonatkozik; a beavatkozás ne legyen mélyebb, illetve hosszabb annál, mint ami a szenvedés vagy a kezelendő tünet megfelelő enyhítéséhez szükséges. További vitatott kérdés a beteg várható élettartama, a mesterséges táplálás és hidratálás megítélése, valamint a szándék: egyes megközelítések szerint kizárólag a szenvedés enyhítése lehet a cél, míg más értelmezések elfogadják, hogy a halál esetleges meggyorsítása előre látható, de nem szándékolt következményként megjelenjen.

Az előadás a különböző definíciókat egyfajta spektrumként mutatta be. Ennek egyik végén a palliatív ellátás filozófiájára épülő megközelítések – például az EAPC (European Association for Palliative Care) definíciója – állnak, amelyek a szedációt kizárólag a refrakter szenvedés arányos enyhítésének eszközeként értelmezik. A spektrum másik végén azok a megközelítések találhatók, amelyek a terminális szedációt, a légzésdepresszióval, valamint a mesterséges táplálás és hidratálás megvonásával kombinálva egyfajta „lassú eutanáziaként” értelmezik. A különbség ebben az esetben nem elsősorban a szándékban, hanem a halál siettetése következtében beállt halálozás gyorsaságában áll.

A normatív kritériumokkal kapcsolatban kiemelt problémaként jelent meg az egzisztenciális szenvedés szedációs indikációként való értékelése és terápiája. Bár az EAPC újabb keretrendszerében ez már megjelenik, továbbra sincs olyan egységes munkadefiníció az egzisztenciális szenvedés meghatározására, amely alapján annak fennállása a klinikai gyakorlatban azonosítható lenne.

Az előadás központi következtetése szerint a terminális szedáció szabályozásának alapja nem pusztán egy megfelelő definíció megalkotása, hanem annak előzetes meghatározása, hogy milyen normatív és etikai kritériumok szerint kívánjuk értékelni a gyakorlatot. A hagyományos, szigorú kritériumrendszer mellett egyre inkább megjelenik egy liberálisabb megközelítés igénye is, amely nagyobb szerepet biztosítana a beteg preferenciáinak és autonómiájának. Magyarországon a szedáció gyakorlata és szabályozása jelenleg nem tekinthető kellően tisztázottnak, ezért fontos cél a tipikus életvégi helyzetek, tipikus esetek szakirodalmi bemutatása és elemzése. Az előadás során Kömüves Sándor e problémakör interdiszciplináris feldolgozásához kapcsolódva mutatta be „Bevezetés az életvégi döntésekbe” című monográfiáját is, amely interdiszciplináris megközelítésben vizsgálja, hogy az egyes normatív célkitűzések miként működhetnek a gyakorlatban, külön fejezetet szentelve a magyarországi helyzet értékelésének.

Tévhit és valóság: A palliatív szedáció helye a méltó életvégi ellátásban – Dr. Stánicz Gábor előadása

Dr. Stánicz Gábor, a Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház adjunktusa, általános orvosigazgató-helyettes és a Széchenyi István Egyetem PhD-hallgatója előadásában gyakorló orvosként szerzett tapasztalatai alapján a palliatív szedáció definiálásának és gyakorlati alkalmazásának kérdéseit vizsgálta. Előadása alapját képző tanulmánya „A refrakter szenvedés kezelése: a palliatív szedáció keretei és hozzáférhetősége” címmel a Kharón Thanatológiai Szemlében olvasható³. A bevezetésben kiemelte az EAPC meghatározásának három kulcselemét: a refrakter szenvedést, az arányosságot és a várható élettartamot. A refrakter szenvedés nemcsak testi, hanem pszichés vagy egzisztenciális eredetű is lehet. A beteg képes a szenvedés elviselhetetlenségének megítélésére a saját énképe szerint, míg annak meghatározása, hogy az adott állapot más módon kezelhető-e, az ellátószemélyzet feladata; a kettő összevetéséből születik meg a döntés.

Az arányosság elve szerint a szedációhoz a legalacsonyabb szükséges dózist kell alkalmazni, amely az adott beteg számára elfogadható tüneti kontrollt biztosítja, a beteg kontaktusképességének lehető leghosszabb idejű megtartásával. Vagyis a palliatív szedáció nem szükségszerűen folyamatos és mély szedáció, hanem lehet intermittáló (váltakozó) is, amely a beavatkozás kezdeti szakaszában sok esetben előnyösebb. Amennyiben a szenvedés valóban refrakter, a szedáció a tünetekhez igazodik és arányos, a folyadékpótlásról, a táplálásról, a fájdalomcsillapításról és más terápiás részletekről pedig egy független, külön döntés születik.

A döntési autonómia megőrzésében és tiszteletben tartásában az előzetes tervezésnek kiemelt szerepe van. Ez nem mindig valósulhat meg, hiszen olyan akut, sürgősségi helyzetek is kialakulhatnak, amelyekben a gyors döntéshozatal elengedhetetlen a szenvedés enyhítése érdekében, azonban az ilyen döntést is átláthatóan, megfelelően dokumentálva kell meghozni. Stánicz Gábor szerint fontos a palliatív szedációval kapcsolatos tévhitek eloszlatása is: a palliatív szedáció nem tekinthető az eutanázia rejtett formájának, a cél, eszköz és kimenetel is eltérő. Megítélésénél ugyanazokat az alapvető szempontokat kell figyelembe venni, mint más orvosi beavatkozások esetében: meg kell határozni a reális terápiás célt és az orvosi indikációt, biztosítani kell a tájékozott beleegyezést, majd a beavatkozást megfelelő szakmai és technikai feltételek mellett kell végrehajtani. Következésképp a palliatív szedáció végső, ultima ratio

³ https://kharon.hu/lapszam/XXX_2026-1

jellegű, amennyiben a szenvedés más módon nem enyhíthető, az eljárásnak pedig nincs elfogadható, kivitelezhető alternatívája.

Végül az előadás a palliatív szedációhoz való tényleges hozzáférés problémájára is rámutatott. A beteg szenvedésének csillapításához fűződő joga csak akkor érvényesülhet, ha az eljárás megfelelő személyi, tárgyi, szakmai és finanszírozási feltételek mellett valóban elérhető. Magyarországon ugyanakkor továbbra is hiányosságok tapasztalhatók az erőforrások biztosítása, valamint a szakmai kompetenciák és felelősségi körök egyértelmű meghatározása terén.

Az Etikai Kódex szerepe, jelentősége az életvégi döntésekben – Dr. Böszörményi-Nagy Géza előadása

A harmadik szekció első előadója, Dr. Böszörményi-Nagy Géza, a Magyar Orvosi Kamara alelnöke előadásában arra kereste a választ, hogy az etikai értékrend ismerete hogyan tud hozzájárulni a döntéshozatalhoz, amikor az orvosok az életvégi döntések elé kerülnek. Előadásában felidézte, hogy a Magyar Orvosi Kamara 1997-es missziós nyilatkozata az etikai küldetés alapjaként a függetlenséget, az erkölcsi érdekvédelmet, a hivatás tisztaságának őrzését és az orvoskar tekintélyének védelmét határozta meg. Ugyanakkor az etikai eljárások hosszú időn keresztül kevésbé voltak átláthatók a szakma és a nyilvánosság számára, ami hozzájárult ahhoz a társadalmi vélekedéshez, mely szerint az orvosok etikai ügyekben összezárnak, egymást védik, az ügyeket eltussolják. Ennek ellensúlyozására 2023-ban döntés született arról, hogy az etikai eljárások adatai, tanulsága és üzenetei anonimizált formában nyilvánosságra hozhatók. Röviddel ezután a jogszabályi változás elvonta a Kamarától az etikai rendelkezések jogát, és a kötelező kamarai tagságot megszüntette.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 2012. január 1-jén lépett hatályba, és hosszú időn keresztül az etikai eljárások elsődleges normatív alapját jelentette. A kódex tartalmazza az elvárt magatartások, normák gyűjteményét, illetve az íratlan törvényeket és az ajánlásokat is. A kódex a kamara etikai testületeinek egyfajta belső igazságszolgáltatási alapidokumentuma, ezért nagyon fontos a felhasználóbarát megfogalmazás, hogy az etikai bizottságok az egyes eseteket megfelelően azonosítani tudják a kódexben meghatározott normákkal. Az orvosi etika alapvető értékei között kiemelt helyen szerepel az emberi élet és méltóság tisztelete, amely az életvégi döntések esetében különösen összetett etikai mérlegelést igényel.

Az Etikai Kódex több kirívóan súlyos etikai vétséget is nevesít, köztük a kínzást, a kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmódot, az öngyilkosságban való segítségnyújtást, az aktív eutanáziát, az élet szándékos kioltását és a hálapénz kikényszerítését.

Az Etikai Kódex egyértelmű különbséget tesz az eutanázia és a terminális palliatív medicina között, illetve rögzíti, hogy a palliatív ellátás a beteg vagy a törvényes képviselő beleegyezése mellett alkalmazható. Ugyancsak rögzíti, hogy nem minősül eutanáziának, ha a beteg a megfelelő tájékoztatást követően, a jogszabályokban meghatározott feltételek fennállása mellett visszautasítja az életfenntartó kezelést és ennek következtében a halál a betegség természetes lefolyása szerint következik be.

Az előadás fő következtetése szerint az alapvető normatív keret megvan, viszont a konkrét gyakorlati segítség és a részletes iránymutatás hiányzik. Ez azért is fontos, mivel az etikai döntéshozatalt nem kizárólag az etikai kódex, hanem az orvosi etika alapelveinek ismerete, a jogi és szakmai szabályozás, valamint az egyes orvosok személyes és kulturális háttere, a személyes morálja is befolyásolja.

Összefoglalva: az etikai értékrend és az etikai kódex passzív ismerete szükséges, de nem elégséges feltétele az etikus orvoslásnak, hiszen az szakmai kötelezettség. A gyakorlatban a passzív együttműködés mellett aktív erkölcsi érvelésre és empatikus szakmai tevékenységre is szükség van, illetve a továbbképzésben is nagyobb hangsúlyt kellene kapnia az etikai oktatásnak.

Ki dönt az élet végén? Az életvégi döntések határai és lehetőségei – Dulibán Lászlóné előadása

Dulibán Lászlóné, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara munkatársa előadásában több évtizedes hospice-gyakorlatára és tapasztalatára támaszkodva mutatta be az életvégi döntések szerepét. Az előadás központi kérdése, hogy ki dönt az élet végén. A beteg, a hozzátartozó, az orvos, vagy végső soron a jog határozza meg, hogyan döntünk? A beteg megfelelő tájékoztatásának fontossága abban áll, hogy a beteg részt vehessen a saját életét érintő döntésekben, ezzel kapcsolatban érzelmileg elkötelezett lehessen és felelősséget tudjon vállalni a betegséggel kapcsolatos események során. Egyszóval megőrizheti méltóságát, szuverenitását, egyéniségét. A döntésképes beteg megfelelő tájékoztatás birtokában dönthet arról, hogy mely beavatkozásokba egyezik bele, illetve a jogszabályokban meghatározott feltételek mellett bizonyos ellátásokat vissza is utasíthat. Az orvos szerepe ugyanakkor nem merül ki a beteg vagy a család kívánságainak végrehajtásában: szakmai, etikai és jogi felelősséggel tartozik. A hozzátartozók szintén fontos szereplői a folyamatnak; félelmeik, reményeik és kívánságaik nem feltétlenül esnek egybe a beteg akaratával.

Az önrendelkezéshez nem elegendő önmagában az, hogy a betegnek joga van dönteni. A döntési jog gyakorlásának feltétele az is, hogy a beteg képes legyen feldolgozni mindazt, amiről

döntenie kell. A betegközpontú ellátás így nem csupán az információ átadását jelenti, hanem az érzelmi megterhelés kezelését, a döntési folyamat támogatását és a biztonságot nyújtó kezelési terv kialakítását is. Az egészségügyi szakemberek feladata annak biztosítása, hogy a beteg minden szükséges információt, megfelelő időt és megfelelő szakmai segítséget megkapjon ahhoz, hogy valóban saját értékei mentén dönthessen.

Életvégi döntések közjegyzői eljárásokban Magyarországon – Dr. Tóth Gábor Márton előadása

Dr. Tóth Gábor Márton közjegyző a szekció utolsó előadásában az életvégi döntések egy sajátos, a konferencia korábbi előadásaihoz képest eltérő aspektusát mutatta be. Kiemelte, hogy az életvégi döntések meghozatalához számos olyan jognyilatkozat kapcsolódik, amelyek megtételében a közjegyzőnek is szerepe van. Ezek között megkülönböztethetők az akut, vagyis rövid időn belül felhasználható nyilatkozatok, például az egészségügyi ellátás visszautasítása, a beleegyezés és a visszautasítás jogának gyakorlására kijelölés és kizárás, meghatalmazás. Másrészt léteznek a preventív, vagyis jogmegóvó jellegű, jövőbeli helyzetekre szóló rendelkezések, így az élő végrendelet (living will), más néven speciális előzetes jognyilatkozat, a gyámnevezés, az embrióadományozás vagy letét, illetve a szerv vagy szövet eltávolítása halottból. Fontos megjegyezni, hogy az Egészségügyi Törvényben szabályozott speciális előzetes jognyilatkozatot nem szabad összekeverni a Polgári Törvénykönyv szerinti általános jellegű előzetes jognyilatkozattal, amely elsősorban arra az esetre szolgál, ha az érintett személy a jövőben elveszítené cselekvőképességét, illetve gondnokság alá kerülne.

Az életvégi jognyilatkozatok fontos, már tárgyalt kérdése a cselekvőképesség és a döntési képesség megítélése. Ezzel kapcsolatban az állapotcselekvőképtelenség megállapítása problémás, mivel sokszor csak utólag, egy esetleges jogvita során kell megállapítani, hogy a jognyilatkozat megtételekor fennállt-e olyan állapot, amely kizárta az érintett személy döntési képességét.

Az Alkotmánybíróság 24/2014. határozata nyomán megszűnt az a korábbi követelmény, amely a speciális előzetes jognyilatkozat érvényességét időben korlátozta, illetve pszichiáter szakorvosi szakvéleményhez kötötte. Ez azért is jelentős, mivel a cselekvőképesség fennállásának jogi megállapítása alapvetően bírósági hatáskör, míg az orvos kompetenciája a személy mentális állapotának, belátási képességének szakmai megítélésére. Ma már csak annyi áll a törvényben, hogy a nyilatkozatot a beteg bármikor, cselekvőképességre és alaki kötöttségre tekintet nélkül visszavonhatja.

Az Alkotmánybíróság többségi határozatában arra az álláspontra jutott, hogy a közjegyzői eljárás alkalmas arra, hogy a beteg belátási képességét felmérje és a döntéseinek következményeit is átláthassa. Az előadó szerint - habár a közjegyző megfelelően fel tudja mérni a jogi szempontból releváns körülményeket, például a cselekvőképességet, a gondnokság fennállását, valamint jognyilatkozattételi képességet -, mindazonáltal az orvosi következményekről való tájékoztatás már nem tartozik a jogász szakember kompetenciájába. A közjegyző nem tudja szakmailag megmagyarázni, hogy valamely kezelés visszautasítása milyen fájdalommal, tünetekkel, időtartammal vagy egyéb egészségügyi következményekkel járhat. A gyakorlatban további problémát jelenthet az adatvédelem kérdése: ha a közjegyzőnek olyan beteggel kell jognyilatkozatot felvennie, aki egészségi állapota miatt nem tudja elhagyni a kórtermet, így biztosítani kell az adatok bizalmas kezelésének feltételeit és a személyiségi jogai védelmét.

Az önmagában nem elegendő, hogy egy személy jogszerűen és megfelelő formában előzetes rendelkezést tett: annak a megfelelő időben el is kell jutnia ahhoz az egészségügyi szolgáltatóhoz. Ezért olyan, az egészségügyi informatikai rendszerhez integrált regiszterre, vagyis nyilvántartásra lenne szükség, amely a nyilatkozatok hozzáférhetőségét biztosítja. Hiszen egy regiszterhez nem kötött jognyilatkozat sorsát az dönti el, aki először megtalálja a fiókban.

Záró gondolatok

Az egyes szekciók kérdéseit és válaszait, valamint a keretasztal-beszélgetéseket az összefoglaló a terjedelmi kötöttségre tekintettel nem tartalmazza, az érdeklődők a fent említett YouTube-csatornán tudják azt elérni. Meglehetősen nehéz feladat ennyi különböző diszciplínából származó gondolatot, megállapítást és definíciót egy fonalra felfűzni és összefoglalni azok eredményét. Annyi bizonyos, hogy az életvégi döntések kérdése nem szűkíthető le az eutanázia jogi megítélésére, mivel érinti a beteg önrendelkezését, emberi méltóságát, szakmai felelősséget, etikai megfontolásokat és mindezek gyakorlati megvalósulását. Azért a jogi szabályozás nem elég, szükség van a megfelelő oktatásra, az ellátórendszer szakmai és intézményi feltételeinek megteremtésére, a betegek megfelelő tájékoztatására és a döntéseik tiszteletben tartására. A konferencia egyik fontos tanulsága, hogy az életvégi döntések rendezése csak multidiszciplináris megközelítésben lehet teljeskörű.

Forráslista:

- 1) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (1. rész)
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3DmK7Oe4ZZGec&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIFRAB&usg=AOvVaw1Sd-ZI4McyB40sktTvK60a>
- 2) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (2. rész)
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3Drssff_kjls8&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIGBAB&usg=AOvVaw2RtVww_C3XYUrmt63g32WU
- 3) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (3. rész)
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3Du0ckaIHJUXg&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIFxAB&usg=AOvVaw0McRU4XuxSvi2M4i4GkeY9>
- 4) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (4. rész)
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3DLncq1dVrfgM&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIFhAB&usg=AOvVaw0r8JSUGzxREOIouJiU5YTC>

Dr. Miklai Kamilla Rózsa

PhD hallgató

Pécsi Tudományegyetem, Állam-és Jogtudományi Kar

email: dr.miklaikamilla20@gmail.com