

Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon 2. rész

Options of End-of-Life Decisions in Hungary Part 2.

Tóth Ágnes Anita^{2*}, Lénárt Anett^{1,2 *} ✉, Nagy Edit^{2,3}, Sinkó Eszter²

¹Medlén Kft., Budapest

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Köszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

³Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai részleg, Budapest

* megosztott első szerzők

✉ anettlenart@yahoo.com

A cikk első részében a Magyarországon érvényben lévő joggyakorlatot ismertettük az életvégi döntések szabályozásáról. Láttuk, hogy már a szóhasználat sem egyértelmű. A köznyelv és a közvélekedés szerint a passzív eutanázia engedélyezett Magyarországon, de a passzív eutanázia és a kezelés visszautasítása a gyakorlatban nem ugyanaz. Mindkét esetben a kezelés felfüggesztése történik, de a passzív eutanázia esetén ennek célja a beteg halála, míg a kezelés visszautasítása esetén a beteg önrendelkezési jogát tartja tiszteletben kezelőorvosa a korábban részletezett szabályozás szerint [30].

AZ AKTÍV EUTANÁZIA ENGEDÉLYEZÉSÉNEK ELMÉLETI LEHETŐSÉGE MAGYARORSZÁGON

Ahogy a fogalmat használni fogjuk: halál tevőleges előidézése a beteg kérésére. Formái: aktív eutanázia vagy asszisztált öngyilkosság. 2003-ban már történt kísérlet az aktív eutanázia bevezetésére, azt is kérték, hogy a törvényileg engedélyezett „passzív eutanázia” (már tudjuk, hogy amit nálunk engedélyeznek, az a kezelés visszautasításának lehetősége) procedúrája ne legyen ilyen bonyolult és hosszadalmas. Az Alkotmánybíróság mindkét indítványt elutasította. Az egyházak egyetértettek a döntéssel, ugyanakkor a közvélemény-kutatások szerint az emberek többsége eutanáziapárti. Egy 2013-as felmérés szerint a megkérdezettek 55%-a támogatta a kegyes halál lehetőségét, és a támogatók több mint fele az aktív eutanáziát is. 2017-ben, egy újabb felmérés szerint a magyarok 71%-a támogatta és csak 23%-a utasította el a „kegyes halált”.

Az orvosok körében is készült felmérés. Dr. Vadász Gábor – sebész, aneszteziológus főorvos – 2013-ban a MOK etikai elvekre és az orvosi esküre hivatkozva történő akadályoztatása mellett végzett felmérésében 227 orvost tudott megkérdezni a témában. 56,8%-uk elutasította az aktív eutanáziát. Akik támogatták, személyes tapasztalatok, az értelmetlen szenvedés elítélése alapján támogatták. Az elutasításnak többségében két indoka volt: vallás, Hippokratészi eskü [31].

AZ EGYHÁZAK ÁLLÁSPONTJA

A világvallások (kereszténység, hinduizmus, iszlám, judaizmus) nagyrészt egyetértenek ebben a kérdésben, elutasít-

ják az eutanázia minden formáját. A buddhizmus sem támogatja az élet kioltását, de úgy vélik, egyedi esetekben lehetséges, hogy éppen az eutanázia enyhíti az adott élethelyzetben levők szenvedését.

2019-ben a keresztény, zsidó és muszlim vallási vezetők a Vatikánban írták alá nyilatkozatukat. „Az eutanázia és a külső segítséggel lehetővé tett öngyilkosság gyökeresen rossz mind erkölcsi, mind vallási szempontból, és semmilyen körülmények között sem megengedhető” – áll a szövegben [32].

A katolikus egyház álláspontja szerint a társadalmakat egyre inkább meghatározó hatékonysági gondolkodás elviselhetetlen tehernek érzi az egyre növekvő számú beteget és öreget, ezért terjedhet a jóléti társadalmakban a „halál kultúrája”. Elutasítja az eutanáziát mint cselekvést vagy mulasztást, mely halált okoz, de elítéli a túlbuzgó gyógyítást is, mely csak elnyújtja a szenvedést. „A rendkívüli vagy aránytalan beavatkozásokról való lemondás nem azonos az öngyilkossággal vagy az eutanáziával; sokkal inkább az emberi állapot elfogadása a halál színe előtt” [33].

A református egyház véleménye szintén egyértelmű: „senkinek sincs hatalmában megszabni halálának idejét” (Préd 8,8). Az ember az életét Istentől kapta ajándékba, felelősséggel tartozik érte. A szenvedés és a megpróbáltatás nem véletlenszerű, hanem Isten tervének része. Füst-Molnár Szilveszter, a Sárospataki Református Teológiai Akadémia rektorhelyettese Megközelítési szempontok az eutanázia teológiai kérdésköréhez című tanulmányában hozzátette: ez nem jelenti azt, hogy a fájdalmat ne kellene csillapítani, a betegséget gyógyítani [34].

A zsidó jog egyértelműen gyilkossággként kezeli az aktív eutanáziát. A kezelés visszautasításában azonban megoszlának a rabbinikus vélemények. Van olyan álláspont, mely szerint mindent meg kell tenni az élet meghosszabbítása érdekében; mások már hajlanak arra, hogy ha a beteg nem kéri a kezelést és nincs esély a gyógyulásra, akkor a gyógyítás felfüggeszthető [35].

Az evangélikus egyház megengedőbb: „A jó halál, az eutanázia nagyon hasonlít a jó élethez: szeretetközösségben, tapintattal és méltósággal menni el. Az élet viszont nem ilyen ideális, van nem jó élet és nem jó halál. Van olyan szenvedésekkel teli élet, amiből a halál jelenthet vigaszt és kiutat. De én hiszem, hogy ilyenkor nem igazán meghalni vágyunk, hanem enyhülésre.” Románné Bolba Márta evangélikus lelkész [35]. „... Az ember kerülhet ugyanis olyan élethelyzetbe,

amikor a szenvedéseit csak csillapítani lehet. A mindenáron életben tartás szenvedéssel jár, az pedig kérdés, ki mondhatja meg, meddig szenvedjen az ember.” Dr. Orosz Gábor evangélikus lelkész [36].

Az iszlám tanítások szerint az öngyilkosság az isteni elrendelésbe bele nem törődést, Isten akaratával történő szembeszegülést jelent. Aki eutanáziát kér, öngyilkosságot követ el, aki végrehajtja, az gyilkosságot [35].

A hinduizmus szerint a legmagasabb rendű megvalósulás, ha emberként élünk, ezt az állapotot a lehető legtovább fent kell tartani. A halál módja meghatározó a következő újjászületésben. Ők is elutasítják az eutanáziát [35].

A buddhizmusnak nincs hivatalos álláspontja, ők az egyéni helyzeteket ítélik meg. Egyik alapelvük, hogy ne ártunk és kerüljük az erőszakot, de nem támogatják a szenvedést. „Ácsán Szumédhó, az egyik kiemelkedő kortárs terávia tanító így fogalmaz: az orvostudomány és a technológia fejlődése mellett nagy szükségünk van a reflektív bölcses- ségre, amellyel az éppen felmerülő konkrét problémákat kezeljük – ahelyett, hogy általános, doktrinális álláspontot alakítanánk ki (amire egyébként sok nyugati ember hajla- mos)”. – Tóth Zsuzsanna, buddhista tanító [35].

ETIKAI NORMÁK

Orvosi eskü:

A Hippokratészi esküre alapozott fogadalom, melyet az orvosképzés végén tesznek a leendő orvosok. Szövege a debreceni és a budapesti orvosi egyetemen megegyezik, így három formája létezik.

A Semmelweis Egyetem orvosi esküje:

Én, (...) esküszöm, hogy orvosi hivatásomhoz mindenkor méltó magatartást tanúsítok. Orvosi tudásomat a betegségek megelőzésére, a betegek testi-lelki javára, betegségük gyógyí- tására fordítom. A hozzám fordulók bizalmával, kiszolgáltatott helyzetével visszaélni nem fogok, titkaikat fel nem fedem. Egyenlő figyelemmel és gondossággal gyógyítok minden embert. Tudásomat és gyakorlati ismereteimet állandó képzés- sel magas szinten tartom, de ismereteim és képességeim kor- látaikat is tudomásul veszem. Az orvosi működéssel kapcsola- tos etikai követelményeket tiszteletben tartom. Arra törek- szem, hogy az orvostudomány, valamint a Semmelweis Egye- tem jó hírnevét öregbítsem és megbecsülését előmozdítsam.

Etikai kódexek:

Magyar Orvosi Kamara etikai kódexe:

A beteg ellátásbeli önrendelkezési jogát az orvosoknak tiszteletben kell tartaniuk, mind annak személyes értelmében, mind pedig az egészségügyi ellátás során. Az orvosok sze- mélyes véleményüket, így különösen világnézetüket, vallási, filozófiai, politikai nézeteiket nem kényszeríthetik a betegre, annak ellátását nem tehetik semmilyen értelemben sem ezektől függővé.

- A különleges kezelési helyzetekkel – így különösen az elsősegélynyújtással, a terminális állapotú betegek keze-

lésével, a szerv- és szövetátültetéssel, az abortusszal és az asszisztált reprodukciós eljárásokkal – kapcsolatos jogszabályi rendelkezések vétkes megszegése egyben etikai vétségnek is minősül.

- Az eutanázia az orvosnak foglalkozás körében megvaló- sított szándékos ténykedése, amely a gyógyíthatatlan, szenvedő beteg kérésére a természetes végnél korábbi halálára irányul.
- Az eutanázia a halál bekövetkeztének idejét a természe- tes végnél korábbra helyezi át. Az orvos gyógyításra és a beteg szenvedésének enyhítésére tett esküt és kapott felhatalmazást, és nem arra, hogy más ember életét kioltsa.
- Az ember életének kioltását célzó tevékenység mind az orvosi hivatással, mind az orvosi etikával összeegyeztet- hetetlen, egyben kirívóan súlyos etikai vétség.
- A gyógyíthatatlan, terminális állapotú beteg ellátására indokolt a palliatív terminális medicina bevezetése. Lényege a végső állapotba jutott, a tudomány mindenkori állása szerint gyógyíthatatlan beteg testi és lelki szenvedéseinek csökkentése.
- A terminális palliatív medicina nem azonos az eutanáziá- val. Az orvos alapos mérlegelés után javasolja az ered- ménytelennek ítélt gyógymód mellőzését, és alkalmazza azt a kezelést, ami biztosítja a szükséges ápolást, a kom- fortot, a tüneti kezelést és a lelki segítséget. A terminális palliatív medicina csak a beteg vagy törvényes képviselője lehetőség szerint írásbeli beleegyezésével alkalmaz- ható.
- Nem eutanázia, ha a beteg kellő felvilágosítás után – a jogszabályokban rögzített feltételek mellett – életfenntartó kezelést utasít vissza, mert így a halál a betegség termé- szetes lefolyása következtében jön létre.
- Nem eutanázia, ha a betegség végstadiumába jutott szenvedő betegnek a legkisebb, de hatékony dózisú kábítószer adjuk, és a szenvedés fokozódása esetén a dózist fokozatosan, akár olyan mértékben növeljük, ami a halál bekövetkezésének idejét vélhetőleg előbbre hoz- za, mert kötelességünk a szenvedés enyhítése és célunk nem a beteg halálának előidézése [37].

Orvosetikai kódex:

A kötelező orvosi kamarai tagság eltörlésével az orvosi etikai problémák megoldása átkerült az Egészségügyi Tu- dományos Tanácshoz (ETT). A 2023. július 11-én megjelent, az ETT által elfogadott, a belügyminiszter által jóváhagyott Orvosetikai Kódex 7. fejezete foglalkozik az életvégi állapotok etikai vonatkozásaival

- „7.1. Az etikus orvos tudomásul veszi, hogy az emberi élet véges, és tevékenységével az életük végéhez elérkező emberek helyzetének megkönnyítésére is törekszik.
- 7.2. Az orvos gyógyításra és a beteg szenvedésének enyhí- tésére tett esküt és kapott felhatalmazást, és nem arra, hogy más ember életét kioltsa. Az orvos nem segédkez- het öngyilkosságban és nem segíthet beteget a halálba, még a beteg kérése vagy felhatalmazása esetén sem.

- 7.3. Az orvostudomány mindenkor állása szerint gyógyíthatatlan, terminális állapotú beteg ellátására indokolt a palliatív terminális medicina eszközrendszerének alkalmazása, a végső állapotba jutott beteg testi és lelki szenvedéseinek csökkentése.
- 7.4. A terminális palliatív medicina csak a beteg vagy törvényes képviselője – lehetőség szerint írásbeli – beleegyezésével alkalmazható, melynek során az etikai követelmények szerint tevékenykedő orvos alapos mérlegelés után javasolja az eredménytelennek ítélt gyógymód mellőzését, és alkalmazza azt az ellátást, amely biztosítja a szükséges ápolást, a komfortot, a tüneti kezelést és a lelki segítséget.
- 7.5. Nem etikátlan, ha olyan életfenntartó kezelés marad el, amelyet a beteg kellő felvilágosítás után – a jogszabályokban rögzített feltételek mellett – visszautasított, mert így a halál a betegség természetes lefolyása következtében jön létre.
- 7.6. Nem etikátlan, ha a betegség végstadiumába jutott szenvedő betegnek az orvos a legkisebb, de hatékony dózisu kábítószer adja, és a szenvedés fokozódása esetén a dózist fokozatosan növeli, mert az orvos kötelessége a szenvedés enyhítése” [38].

Az etikai szabályok nem jogszabályok, de jogszabály mondja ki, hogy minden beteget az etikai szabályok betartásával kell ellátni [Eütv.77.§ (3)], így az etikai szabályok megszegése áttételesen jogszabálysértés [39].

ÉLETVÉGI KEZELÉSEK JELENLEGI LEHETŐSÉGEI

Dr. Tallódi Zoltán 2023. október 17-én „Magyarország Kormányának észrevételei a 32312/23. számú, Karsai Dániel András által előterjesztett kérelem elfogadhatóságáról és érdeméről” című dokumentumban ismertette a Magyarországon rendelkezésre álló, a társadalombiztosítás által finanszírozott, rendelkezésre álló szolgáltatásokat:

- Gyógyszeres terápia – mely a betegség kezelését szolgálja
- Légzéztámogatás – felírható, otthon is igénybe vehető
- Fizioerápia és a beteg környezetének funkcionális módosítása
- Foglalkozásterápia
- Beszéd- és nyelvterápia
- Táplálkozás: megfelelő tápértékű, a beteg által lenyelhető állagú étel
- Pszichológiai, pszichiátriai és szociális támogatás

„Az élet utolsó szakaszában jól kiépített hospice-szolgáltatás áll rendelkezésre, amely az arra rászorulóknak számára ingyenes (a társadalombiztosítás keretében). E szolgáltatások célja az élet végének kényelmesebbé tétele és az emberi méltóság megőrzésének elősegítése” [40].

Mindezek mellett, mint korábban írtuk, a betegnek jogában áll közokiratban visszautasítani az életfenntartó kezeléseket.

ÉLETVÉGI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK A GYAKORLATBAN

Vizsgáljuk meg, mindez hogyan működik a gyakorlatban.

Hol?

Az életvégi kezelések szempontjából mindegy, hogy a beteg milyen betegség következtében jut végállapotba. Lehet ez a kezelés mellett, annak ellenére romló általános állapot, a betegség előrehaladása, esetleg már a diagnózis felállításakor kezelhetetlen betegség (előrehaladott állapotban felismert kórkép, melynek kezelésére a tudomány jelen állása szerint nincs lehetőség). Lehet akutan kialakuló kórkép, súlyos baleset, égési sérülés, agyi történés, akut szívbetegség, egyéb akut belgyógyászati betegség. Az állapot kialakulásának az oka ritkán befolyásolja a kezelés helyszínének lehetőségeit.

1. A beteg állapota, családi környezete megengedi az otthoni ápolást.

Háziorvosa biztosít segítséget házi betegápolás keretében. Gyógytornából 2x14 alkalom, házi betegápolásból 50 óra rendelkezhető el, mely alkalmanként nem haladhatja meg a 3 órát. Az otthoni szakápolás vizitdíjalapú, 2960 és 3700 forint közötti díjjal, NEAK által finanszírozott. Léteznek még otthoni hospice-ellátók (65 kft., bt. illetve alapítvány nyújt ilyen szolgáltatást), valamint mobil csapatok (jelenleg 3 cég működik). Szintén a háziorvos, vagy a beteg kezelőorvosa rendelheti el a szolgáltatást. Ezeket a szolgáltatásokat 4400 forintos napidíjjal finanszírozza az állam.

A jelenlegi finanszírozási díjak sok éve változatlanok, sokan nem képesek a működésükhöz szükséges költségeket (dolgozók fizetése, kiszálláshoz szükséges benzin-költség stb.) kigazdálkodni; jelentős a rendszerben a szakemberhiány, így egyre kevesebb a szolgáltatók száma.

2. Nem megoldható az otthoni ápolás, aktív kórházi osztályról a beteg krónikus ápolási osztályra kerül.

A krónikus osztályok túlterheltek, egyes helyeken várólisták vannak. Sok esetben a személyi állomány és a rendelkezésre álló feltételek nem tudják biztosítani a megfelelő ellátást. A krónikus ellátás NEAK által finanszírozott napi alapdíja 6600 forint.

3. A beteg hospice-osztályra vagy térítéses időszotthonba kerül.

Mindkét esetben a bekerülés 1-3 hónapot vehet igénybe. Az államilag finanszírozott hospice-ellátás a krónikus (és szinte minden) osztályt érintő személyi és tárgyi feltételek problémájával küzd. A hospice-ellátás napidíja 6600 forint x1.9.

Hogyan?

Nézzük milyen kezelési lehetőségek állnak rendelkezésre, ki és hogyan dönt a terápiáról.

- a. Minden kezelés folytatása a korábbi módon, mintha a betegnek esélye lenne a gyógyulásra. Ilyenkor felléphet a korábban részletezett „terápiás túlbuzgóság” kérdése.

- b. Figyelembe véve a beteg önrendelkezését, megtörténik az életmentő kezelések felfüggesztése.
- c. Palliatív szedáció / komfortterápia megkezdése.

A második lehetőség ritkán történik előre tervezett módon. A betegek nem rögzítik közokiratban, hogy lemondanak bizonyos típusú kezelésről. Ez a lehetőség kevesek által ismert. A gyakorlatban minden kezelés megkezdéséhez (ha a beteg tudatállapota ezt lehetővé teszi) a beteg tájékozott beleegyezése szükséges, melyet visszautasíthat. Amennyiben a beteg zavart, kezelőorvosa pszichiáter véleményét kéri a beteg belátási képességével kapcsolatban. Ha a szakvélemény alapján a beteg döntésképes, figyelembe veszi az elutasítást, ha nem, az orvos dönt. Ha a beteg kiskorú, gondnokság alatt áll, a szülő vagy gondnok beleegyezését kell kérni.

Az 1. ábra azt mutatja, hogy az 1997. évi CLIV. Egészségügyi törvény alapján melyek a cselekvőképes beteg egészségügyi önrendelkezési lehetőségei.

A szabályozás értelmezése kérdéseket vet fel:

Mit tekintünk életet veszélyeztető állapotnak? Minden életkorban, minden élethelyzetben másképpen értelmezhető az életveszélyes állapot. Ez jelenleg az orvosok sokszor egyéni döntése. Fontos lenne guideline bevezetése, mely paraméterek pontosításával segíthetné az orvosokat.

Mit tekintünk rövid időnek? Élethelyezettől és életminőségtől is függő definíció, melyet sajnos nem lehet standardizálni, egyedi mérlegelést igényel.

A palliatív kezelés bevezetése szintén érzékeny része az életvégi kezeléseknak. Ki és mikor rendelheti el?

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt beteg teljes körű hospice és palliatív ellátásáról:

„Amennyiben nem kritikus helyzetről van szó, a palliatív szedáció bevezetése a páciens által már korábban kinyilvánított előzetes rendelkezés szerint történjen” [41].

Dr. Zubek László az intenzív terápiában alkalmazott életvégi döntéseket vizsgálva arra jutott, hogy az intenzív osztályokon ez az orvos egyszemélyi döntése, a hozzátartozók tájékoztatása nélkül. Vizsgálatában a kezeléskorlátozásban a legnyomósabb indok a szabad ágyak hiánya volt. A Covid ellátás alatt az ilyen típusú kezelések száma (főként az intenzív terápiás ágyak fokozottabban korlátozott száma miatt) jelentősen megnőtt [42].

A hospice szakmai irányelvek alapján ez a kezelés a hospice osztályokon szorosabban meghatározott. A palliatív szedáció leggyakoribb okai:

- terminális nyugtalanság
- kontrollálhatatlan delírium
- súlyos légszomj
- masszív vérzés
- neurogén vagy kardiogén tüdőödéma
- kezelhetetlen szorongás [43]

PROBLÉMÁK ÉS LEHETSÉGES MEGOLDÁSOK AZ ÉLETVÉGI KEZELÉSEKKEL ÉS DÖNTÉSEKKEL KAPCSOLATBAN

1. A betegek és az orvosok is tájékozatlanok a döntési lehetőségekről, a pontos szabályozásról. A fogalomzavar sokakat megijeszt, a beteg egyedül marad (családi támogatás hiánya). Edukációs anyagok készítése szükséges mind az egészségügyi dolgozók, mind a betegek és hozzátartozók részére.
2. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos közokiratok nincsenek hozzáférhető nyilvántartásban rögzítve. Az EESZT-felület lehetőséget jelenthetne az ilyen dokumentumok meglétének jelzésére.
3. A tájékozott beleegyezés visszautasítása nehézkes, egyszerűsítésre lenne igény.
4. Az életet veszélyeztető állapot sokszor nem egyértelmű. Ezekre a helyzetekre pontrendszer, guideline kidolgozása lenne célszerű, amely megkönnyítené az orvosok tudatos



1. ábra
Ellátást visszautasító és életvégi döntések [44] (saját szerkesztés)

döntését, és csökkentené az ezzel kapcsolatos lelki terheket.

5. Palliatív szedáció / komfortterápia elrendelése jelenleg orvosfüggő. Az agyhalál megállapításának mintájára bizottság döntése lehetne, mely szintén segítené az orvosok egyszemélyi döntési kényszerének lebontását.
6. A kezelések alulfinanszírozottak. Újrakalibrálásra van szükség a költségek figyelembevételével. Kódkarbantartásra fokozott igény mutatkozik.

Látható, hogy az életvégi döntésekkel kapcsolatban sok kérdés, dilemma vetődik fel. Szükség lenne egyrészt szakmai egyeztetésekre, fórumokra, amit a Magyar Orvosi Kamara koordinálhatna, ahol a különböző szakmák orvosai őszintén tudnának beszélni, vitatkozni ezekről a lelkileg is megterhelő témákról. Ezeket követően pedig kidolgozásra kerülhetnének azon irányelvek, amelyek az orvosok mindennapi munkáját, döntését segítenék az életvégi döntések szakmai kérdéseiben.

ÖSSZEFOGLALÁS

Láthattuk, Magyarországon már több alkalommal felmerült az igény az aktív eutanázia bevezetésére. Az Alkotmány az élet védelmét mindenek elé helyezi, így eddig mindig elutasítás lett a kezdeményezés vége. A társadalmi igény viszont fennáll. Az állampolgárok önrendelkezési jogokat szeretnének, az egészségügyi dolgozók tiszta, átlátható jogi körülményeket. Az aktív eutanáziával kapcsolatos társadalmi vita időszerűvé vált. Az életvégi döntések dokumentációjával és a kezelésekkal kapcsolatban fontos lenne rendet tenni.

Jelenlegi helyzetünket leginkább ez a mondat jellemzi:

„... a szenvedés fokozódása esetén a dózist fokozatosan, akár olyan mértékben növeljük, ami a halál bekövetkezésének idejét vélhetőleg előbbre hozza, mert kötelességünk a szenvedés enyhítése és célunk nem a beteg halálának előidézése.”

Az örök kérdés: mi a fontosabb, az élet védelme vagy az emberi méltóság?

Szerzői munkamegosztás:

Publikációnk alapja: Egészségügyi rendszerek működése tantárgy vizsgaanyaga

Témavezető: Dr. Sinkó Eszter

A téma felvetése, engedélyeztetés, a csoport megszervezése: Dr. Lénárt Anett

Irodalmi adatok gyűjtése, elemzése és a kéziratok elkészítése:

- Életvégi döntések kapcsán használt fogalmak. Nemzetközi kitekintés. Az életvégi döntésekkel kapcsolatos jogi környezet Magyarországon – Dr. Tóth Ágnes Anita
- Életvégi döntésekkel kapcsolatos vallási és etikai dilemmák. Jelenlegi Magyarországi gyakorlat. Összefoglalás – Dr. Lénárt Anett
- Problémák és megoldási javaslatok – Dr. Lénárt Anett, Dr. Tóth Ágnes Anita
- Életvégi kezelések a gyermekellátásban Magyarországon. Történelmi visszatekintés és nemzetközi gyakorlat – Nagy Edit

Publikációnkat Dr. Karsai Dániel emlékének ajánljuk.

A cikk első része és a szerzők bemutatása az IME 2024/4. számában jelent meg.

IRODALOMJEGYZÉK

- [30] Kovács J: Neurológiai praxis 2018. Nov.
- [31] Vadász G: Felmérés – <https://rakgyogyitas.hu/mit-gondolnak-a-magyar-orvosok-az-eutanaziarol/>
- [32] <https://mazsihisz.hu/hirek-a-zsido-vilagbol/kozelet/kozos-zsido-keresztény-moslim-allasfoglalas-az-eutanazia-minden-formaja-ellen>
- [33] Evangélium Vitae: <https://regi.katolikus.hu/konyvtar.php?h=78#EV64>
- [34] <https://reformatus.hu/nemzetkozi-kapcsolatok/hirek/terjedő-europai-halalmod-visszaszoruló-eletkedv/>
- [35] https://divany.hu/vilagom/2020/10/30/bun-e-az-eutanazia-toth-zsuzsanna/?utm_source=cikklink
- [36] <https://www.evangelikus.hu/hireink/riport/szabad-e-eletre-kotelezni>
- [37] MOK Etikai kódex – <https://mok.hu/a-kamararol/etikai-kodex>
- [38] https://ett.aEEK.hu/wp-content/uploads/2023/07/Orvosetikai_Kodex_PS_jovahagyott_20230711.pdf
- [39] Kovács Zs: Egészségügyi jog – jegyzet 2024.
- [40] Karsai for Hungary – Kormány észrevételei – Google Drive drive.google.com – Dr. Tallódi Zoltán 2023.10.17-én kelt „Magyarország Kormányának észrevételei a 32312/23. számú, Karsai Dániel András által előterjesztett kérelem elfogadhatóságáról és érdeméről” 2023. 10.14.
- [41] Egészségügyi Közlöny 2017. 15. szám
- [42] Zubek L: Életvégi döntések az intenzív terápiában – az önrendelkezés és a kezeléskorlátozás etikai és jogi vonatkozásai. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola Doktori Tézisek <https://semmelweis.hu/phd/zubeklaszlo.m.pdf>
- [43] Hegedűs K: Mi nem eutanázia? Az életvégi döntések lehetőségei Magyarországon – Magyar Hospice-Palliatív Egyesület https://hospice.hu/Hegedus_Mi-nem-eutanazia
- [44] Hodász, Lőrinc E, Tóth K.: Gondolatok az életvégi döntésekről konkrét esetek kapcsán: Kharón Thanatológiai Szemle <https://kharon.hu/> 2016-4_hodasz-gondolatok