

BOGNA WACH*

TERMINALNA SEDACJA – MIĘDZY EUTANAZJĄ A OPIEKĄ PALIATYWNĄ

Słowa kluczowe: terminalna sedacja, opieka paliatywna, koniec życia, skrócenie cierpienia, medycznie wspomagana śmierć, eutanazja

Keywords: terminal sedation, palliative care, end of life, end of suffering, medical assisted death, euthanasia

Wprowadzenie

Postęp medycyny, przyczyniając się do wydłużenia okresu życia, nie znajduje jednocześnie skutecznych sposobów leczenia wielu chorób, zwłaszcza nowotworów. Choroby nieuleczalne i terminalne niosą za sobą ból fizyczny i cierpienie psychiczne. Mimo postępu medycyny bywa, że śmierć widziana jest jako wybawienie od cierpienia. Trudno jest znaleźć usprawiedliwienie dla powolnego i pełnego udręki procesu umierania. Pojawia się pytanie, czy mamy prawo wyboru między spokojną a przerażającą śmiercią. Przeciwnicy

* Bogna Wach – absolwentka studiów prawniczych i filozoficznych, doktor nauk prawnych, obecnie adiunkt na Wydziale Administracji i Bezpieczeństwa Narodowego Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Zainteresowania naukowe: filozofia i teoria prawa, etyka stosowana, bioetyka, prawo międzynarodowe, ochrona praw człowieka.

Address for correspondence: Bogna Wach, ul. Zielone Wzgórze 13/7, 70-781 Szczecin.
E-mail: bognowach@wp.pl.

skracania życia w formie eutanazji i wspomaganego medycznie samobójstwa twierdzą, że choroba i cierpienie z nią związane nie dostarczają wystarczających przesłanek do usprawiedliwienia działań zmierzających do aktywnego i bezpośredniego zakończenia życia. Z kolei zwolennicy eutanazji i wspomaganego samobójstwa postrzegają te procedury jako wynik racjonalnej decyzji pacjenta, który dochodzi do wniosku, że nie chce cierpieć i wyraża w związku z tym wolę, by umrzeć wcześniej (Aszyk, 2006, s. 97, 143).

Odpowiedzią na ból i cierpienie związane z nieuleczalną i terminalną chorobą jest rozwój medycyny paliatywnej i opieki hospicyjnej widzianej jako alternatywa dla eutanazji i wspomaganego samobójstwa. W przypadku gdy medycyna wyczerpała możliwości leczenia choroby, należy zapewnić pacjentom terminalnie chorym godne warunki umierania, usuwanie bólu i pomoc w cierpieniu oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego oraz komfortu. Obowiązkiem moralnym w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest wykorzystanie wszelkich możliwych działań niosących ulgę w cierpieniu (w tym także sedacji) (Łuczak, 2009, s. 53). Należy zaznaczyć, że w opiece nad umierającym pacjentem bardzo ważne jest poszanowanie zasady nienaruszalności życia. Dlatego w ruchu hospicyjnym podkreśla się zakaz stosowania eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa, których celem jest skrócenie życia terminalnie chorego pacjenta. Nie przedłuża się również życia na siłę za pomocą uporczywej terapii, która w schyłkowym okresie życia może być nieprzydatna albo wręcz szkodliwa dla pacjenta (Łuczak, 2009, s. 52; Tännjö, 2004, s. 23).

Terminalna sedacja – istota

Stosowanie niektórych metod leczenia w opiece nad pacjentami chorymi terminalnie uważane jest za ryzykowne, gdyż mogą one nieść za sobą możliwość przyspieszenia śmierci. Ryzyko to jest szczególnie związane z podawaniem środków usmierzających ból oraz terminalną sedacją, która budzi najwięcej kontrowersji w praktyce medycznej, etyce i prawie (Jansen, 2010, s. 19). Sedacja stosowana jest w celu zmniejszenia uciążliwych symptomów występujących u schyłku życia, takich jak: trudny do opanowania ból, duszności, obrzęk płuc, niezdolność do odksztuszania wydzieliny zalegającej w płucach, niepokój (Sykes, 2009, s. 47–50). Polega na wprowadzeniu chorego w stan śpiączki za pomocą środków farmakologicznych; zamierzonym

skutkiem jest tutaj ograniczenie świadomości pacjenta lub jej całkowite zniesienie. W większości przypadków nie stosuje się również nawadniania i odżywiania pacjenta w sposób sztuczny (Williams, 2001, s. 42; Quill i in., 2009, s. 421; Orentlicher, 2009, s. 211). Sedację stosuje się w przypadkach, gdy w inny sposób nie można zmniejszyć objawów związanych z chorobą terminalną (Raus, Sterckx, Mortimer, 2012, s. 1). Uznaje się, że procedura ta jest zgodna z celami medycyny, jednocześnie postrzega się ją jako ostatni bastion walki z cierpieniem (Geyers, 2003, s. 360). Najczęściej po wprowadzeniu w śpiączkę pacjent utrzymywany jest w niej aż do samej śmierci (Tännsjö, 2004, s. 15).

Można wyróżnić następujące formy sedacji:

1. Sedację głęboką, tj. ze zniesieniem świadomości, stosowaną u pacjentów w fazie umierania, w ostatnich godzinach lub dniach życia.
2. Sedację u pacjentów w stanach terminalnych, którzy nie są umierający. Jest ona najczęściej płytka i nie zawsze powoduje zniesienie świadomości. Stosuje się ją głównie w ostatnich tygodniach życia.
3. Sedację głęboką u pacjentów terminalnie chorych, ale połączoną z zaprzestaniem nawadniania i odżywiania (Quill i in., 2009, s. 421; Szewczyk, 2009, s. 314; Cellarius, 2011, s. 52–53).

Powstaje zatem pytanie, czym jest terminalna sedacja? Jej zwolennicy twierdzą, że jest ona częścią opieki paliatywnej zgodnej z zasadą ochrony życia pacjenta, natomiast przeciwnicy jej stosowania widzą w niej ukrytą formę eutanazji¹. Czy sedacja jest jedną z dozwolonych form walki z cierpieniem w stanach terminalnych, czy w istocie jest formą wolnej eutanazji (*slow euthanasia*) przeprowadzanej w celu skrócenia życia chorego? (Geyers, 2003, s. 361, 363; McStay, 2003, s. 64; Aszyk, 2006, s. 162; Hauser, Walsh, 2009, s. 27; Cherny, Radbruch, 2009, s. 582). W jakich przypadkach sedacja jest moralnie akceptowalna jako praktyka medyczna i w jaki sposób odróżnić ją od eutanazji (van Delden, 2007, s. 187)?

¹ Dyskusji nad tym zagadnieniem została poświęcona książka pod redakcją T. Tännsjö pt. *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht 2004. Dwa przeciwne poglądy zawarte są np. w artykułach T. Tännsjö, *Terminal Sedation: A Substitute for Euthanasia?* i H. Kuhse, *Why Terminal Sedation is No Solution to the Voluntary Euthanasia*.

Zasada podwójnego skutku

Podobieństwo między eutanazją i terminalną sedacją spowodowane jest także tym, że obydwie procedury przeprowadzane są przez lekarza. Jako różnicę podaje się cel ich przeprowadzania. W przypadku eutanazji jest to celowe przyspieszenie śmierci, a zatem decyzja nie ma charakteru terapeutycznego. Natomiast celem sedacji jest opanowanie symptomów szczególnie uciążliwych dla pacjenta i stresu związanego z umieraniem; śmierć następuje w wyniku choroby (Warnock, Macdonald, 2008, s. 108; Cellarius, 2011, s. 52–53; Callahan, 2004, s. 100). Dopuszczalnym ryzykiem przy stosowaniu sedacji jest przyspieszenie śmierci pacjenta.

Moralne usprawiedliwienie takiego ryzyka oparte jest na zasadzie podwójnego skutku², która wywodzi się z teologii katolickiej. Zasada ta oznacza, że działanie, które powoduje jednocześnie dobre i złe skutki, a w tym przypadku złym skutkiem jest przyspieszenie śmierci osoby chorej, jest moralnie usprawiedliwione, jeśli podjęto je z zamiarem osiągnięcia dobrego skutku, jakim jest niesienie ulgi w cierpieniu przez zastosowanie sedacji. Zły skutek nie może być zamierzony, lecz jedynie przewidywany (Sykes, 2009, s. 49). Prowadzone działanie musi być proporcjonalne do stanu pacjenta i podejmowane tylko w ostateczności (Williams, 2001, s. 45; Carr, Mohr, 2008, s. 77; Gevers, 2003, s. 366). Zasada podwójnego skutku pozwala prowadzić terapię paliatywną w sposób zgodny z prawem, usprawiedliwiając ryzyko przyspieszenia śmierci pacjenta związane z dawkowaniem leków przeciwbólowych i sedatywnych. Rezygnacja z tej zasady musiałaby prowadzić do uznania celowego przyspieszania śmierci za czyn usprawiedliwiony moralnie albo skutkować zakazem prowadzenia opieki przeciwbólowej i stosowania sedacji (McStay, 2003, s. 54; Jansen, 2010, s. 20–21; Sykes, 2009, s. 49).

Takie stanowisko podzielił Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych w sprawach *Vacco v. Quill* oraz *Washington v. Glucksberg* przyjmując, że pacjent chory terminalnie i doznający bólu ma prawo do terapii przeciwbólowej, także w przypadku gdy może ona spowodować utratę świadomości i przyspieszenie śmierci. Warunkiem dopuszczalności stosowania takiej terapii jest jej cel, którym jest zniesienie bólu u chorego, nie zaś skrócenie jego życia (Battin, 2008, s. 27; Quill i in., 2009, s. 422; Brock, 2004, s. 48).

² Zasada ta ma swoje źródło w filozofii moralności św. Tomasza z Akwinu.

W ten sposób Sąd Najwyższy zarysował różnicę między dozwoloną opieką paliatywną, także w postaci sedacji, a eutanazją i wspomaganym samobójstwem (Quill i in., 1997, s. 2100; McStay, 2003, s. 51). Takie stanowisko przyjmują w swoich wytycznych stowarzyszenia medyczne, jak np. American Medical Association, Norwegian Medical Association, stowarzyszenia pielęgniarskie czy hospicja podkreślając, że jedynym celem sedacji jest przyniesienie ulgi w cierpieniu (Quill i in., 2009, s. 422; Materstvedt, Bossard, 2009, s. 622). Francuski Kodeks Etyki Medycznej wyklucza zamiar skrócenia życia jako cel opieki paliatywnej (Baumann i in., 2011, s. 5). American Medical Association podkreśla w swoim stanowisku, że zabicie pacjenta poprzez pomoc w samobójstwie i eutanazję jest sprzeczne z rolą lekarza (Jansen, 2010, s. 29).

Jednocześnie zasada podwójnego skutku jest bardzo mocno krytykowana. Głównym zarzutem jest niejasność zamiaru – w jaki sposób ustalić bowiem, który skutek podjętego działania był zamierzony, a który tylko przewidywany. Bardzo duże trudności sprawia określenie związku między działaniami, skutkami a zamiarami (intencjami). Może to spowodować uzasadnione wątpliwości u lekarzy i personelu medycznego w zakresie ich odpowiedzialności za skutki stosowanego leczenia. W konsekwencji mogą oni nie chcieć stosować sedacji czy letalnej analgezji (Sykes, 2009, s. 49; Jansen, 2010, s. 21–22). Pionier ruchu hospicyjnego w Australii, R. Hunt, twierdzi, że nie jest możliwe znalezienie satysfakcjonującej różnicy i wytyczenie granicy między tym co dozwolone, a tym co zakazane w praktyce klinicznej (Kuhse, 2004, s. 65). Bardzo często personel medyczny opiekujący się terminalnie chorymi osobami nie dostrzega różnicy pomiędzy kontrolą bólu a eutanazją lub boi się podawania dużych dawek leków przeciwbólowych i sedatywnych, aby nie być oskarżonym o nadużycia czy postępowanie niezgodne z etyką medyczną (Williams, 2001, s. 47; Warnock, Macdonald, 2008, s. 111). Zasada podwójnego skutku jest w istocie fikcją, może powodować anomalie w prawie (Williams, 2001, s. 53) i może okazać się niewystarczająca w podejmowaniu decyzji w opiece nad pacjentem terminalnie chorym.

Z kolei obrońcy stosowania zasady podwójnego skutku twierdzą, że mimo wątpliwości powinna mieć ona swoje miejsce w decyzjach związanych z praktyką kliniczną. Podejmowane przez lekarza czynności mogą dobrze określać jego zamiar, np. poprzez plan podawania leków i monitorowanie podawanych dawek. Bardzo ważna jest dokumentacja stosowanych środków

farmakologicznych (Sykes, 2009, s. 49; Hauser, Walsh, 2009, s. 578; Quill i in., 1997, s. 2103). Sedacja powinna być stosowana adekwatnie do sytuacji pacjenta zgodnie z zasadą proporcjonalności. Bardzo ważna jest ocena zysków i strat, gdy inne mniej radykalne środki zwalczania cierpienia nie działają. Sedacja winna być stosowana bardzo ostrożnie (Gevers, 2003, s. 364, 366; Hauser, Walsh, 2009, s. 577; van Delden, 2007, s. 187; Quill i in., 1997, s. 2012). Mimo wszystko zasada podwójnego skutku jest stosowana, niemniej ryzyko związane z możliwością skrócenia życia musi być bardzo dobrze usprawiedliwione (McStay, 2003, s. 76), a sama zasada podwójnego skutku nie może być jedyną przesłanką w ocenie stosowania sedacji. Zawsze jednak przeprowadzający ją lekarz powinien kierować się niesieniem ulgi terminalnie choremu pacjentowi. Określenie zamiaru lekarza jest bardzo istotne w praktyce klinicznej, nawet jeśli zakwestionujemy przydatność zasady podwójnego skutku (Peppin, 2003, s. 344; Jansen, 2010, s. 30).

Nawadnianie i odżywianie w sedacji

Przeprowadzając procedurę sedacji w większości przypadków zaprzestaje się także podawania płynów i pokarmu (Quill i in., 2009, s. 422; Battin, 2009, s. 28; Orentlicher, 1997, s. 1236). Według niektórych opinii należy w takim przypadku mówić w istocie o eutanazji. Wywołując u pacjenta w sposób zamierzony śpiączkę, która powoduje niezdolność do przyjmowania pokarmów i napojów, jednocześnie nie podaje się ich w sposób sztuczny. W tym przypadku śmierć jest pewna, a nie jedynie przewidywana, jak w przypadku zastosowania tylko leków sedatywnych. Stosując zasadę podwójnego skutku można usprawiedliwić przyspieszenie śmierci w wyniku podawania leków powodujących śpiączkę. W przypadku zaprzestania nawadniania i odżywiania śmierć jest pewna, nikt bowiem nie jest w stanie przeżyć bez wody i pożywienia, należy zatem założyć, że lekarz stosując sedację, musi obejmować swoim zamiarem spowodowanie śmierci chorego (Orentlicher, 1997, s. 1237, 2009, s. 218–219; Raus, Sterckx, Mortimer, 2012, s. 5). Pacjent umiera w wyniku odwodnienia i braku pokarmu, nie można zatem powiedzieć, że przyczyną śmierci jest choroba, na którą cierpi (Orentlicher, 1997, s. 1238). Według D. Orentlichera jest to rodzaj powolnej eutanazji, gdyż pacjent umiera po kilku dniach, a nie natychmiast, jak w przypadku podania śmiertelnej dawki leków (Orentlicher, 2009, s. 216). Ten sam autor

zauważa, że Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych uznał terminalną sedację z zaprzestaniem nawadniania i odżywiania za dozwoloną, jako formę rezygnacji z terapii podtrzymującej życie, odrzucając jednocześnie prawo jednostki do żądania wspomaganego samobójstwa. W istocie jednak Sąd Najwyższy zaakceptował gorszą opcję niż wspomagane samobójstwo i eutanazja. W przypadku zastosowania sedacji godzimy się na postępowanie śmiertelne w skutkach, chory jednak nie ma wpływu na to, co się z nim dzieje, nie ma poczucia kontroli nad czasem i sposobem umierania, co jest sprzeczne z zasadą autonomii. W przypadku sedacji proces umierania przedłuża się, w przeciwieństwie do eutanazji, kiedy śmierć następuje wkrótce po podaniu śmiertelnej dawki środków farmakologicznych (Orentlicher, 2009, s. 214–216).

Zwolennicy stosowania sedacji w opiece paliatywnej odpowiadają na ten zarzut, że pacjent może odmówić stosowania nawadniania i odżywiania w sposób sztuczny, powinien być jednak poinformowany o konsekwencjach swojej decyzji (McStay, 2003, s. 60; Tännsjö, 2004, s. 22). Należy zauważyć, że pacjenci bardzo często odmawiają spożywania pokarmów i napojów i wówczas szanuje się ich decyzję (McStay, 2003, s. 62). Dlaczego zatem nie zastosować się do prośby pacjenta w trakcie stosowania sedacji? Rezygnacja pacjenta z nawadniania i odżywiania nie musi oznaczać chęci popełnienia samobójstwa.

Zaprzestanie nawadniania i odżywiania budzi duży dyskomfort u lekarzy i pielęgniarek (nie każde hospicjum przeprowadza procedurę sedacji). Część z nich jest przekonana, że jest to po prostu zagłodzenie chorego. Należy jednak wziąć pod uwagę, że w ostatniej fazie choroby nowotworowej mogą wystąpić obrzęki płuc, obrzęki obwodowe czy wydzielina w drogach oddechowych, a stosowana kroplówka nie gasi pragnienia u pacjenta. Stan odwodnienia może przynieść ulgę w postaci zmniejszenia nudności, bólu w narządach wewnętrznych, ułatwienia oddychania czy zmniejszenia wydzieliny w drogach oddechowych. Dlatego trzeba dobrze oszacować, czy istnieje potrzeba podawania płynów i pokarmów pacjentowi, u którego zastosowano sedację, gdyż nie zawsze jest to wskazane (Sykes, 2009, s. 51; Aszyk, 2006, s. 156–157, 159; Warnock, Macdonald, 2008, s. 106; Brock, 2004, s. 75), zwłaszcza wtedy, gdy pacjent jest już bardzo bliski śmierci.

Jak długo zatem stosować nawadnianie i odżywianie pacjenta poddanego sedacji? Należy rozważyć korzyści i obciążenia pacjenta w konkretnej sytuacji. Jeśli chory umiera i nie może już przyjmować płynów i pokarmów,

to należy przyjąć, że śmierć jest w tym przypadku konsekwencją terminalnej choroby, nie zaś braku pożywienia i płynów (Callahan, 2004, s. 100).

Według niektórych poglądów przerwanie nawadniania i odżywiania postrzegane jest jako przyspieszenie śmierci, nie należy więc go stosować, szczególnie wtedy, gdy chory nie jest w fazie umierania. Nie należy też traktować podawania wody i pokarmów w trakcie sedacji jako terapii lecz jako element zwykłej opieki nad chorym. Trzeba bowiem pamiętać, że pacjent poddany sedacji pozostaje w całkowitej zależności od opiekujących się nim osób, a to nakłada na nie szczególną odpowiedzialność (Gromally, 2004, s. 88–89). Według innego stanowiska pacjenci w stanach terminalnych, którzy nie odczuwają głodu czy pragnienia, nie powinni być karmieni ani nawadniani (Szewczyk, 2009, s. 210). Pośrednim rozwiązaniem wydaje się stanowisko, że w przypadku gdy proces umierania jeszcze się nie rozpoczął, można ograniczyć przyjmowanie płynów i pokarmów w taki sposób, aby bezpośrednią przyczyną śmierci była choroba, nie zaś decyzja człowieka (Aszyk, 2006, s. 159). Rezygnacja z nawadniania i odżywiania nie jest konieczna w przypadku sedacji, dlatego podejmując taką decyzję trzeba ją bardzo dobrze uzasadnić. Jej podstawą powinno być zawsze dobro pacjenta (Gevers, 2003, s. 364–366).

Według European Association for Palliative Care decyzję o zaprzestaniu nawadniania i odżywiania zawsze należy podejmować oddzielnie od zastosowania sedacji, uwzględniając wolę pacjenta oraz korzyści i straty, które ona za sobą niesie. Możliwa jest bowiem sytuacja, że podawanie płynów i napojów nie tylko nie będzie przynosiło korzyści choremu, ale będzie stanowiło dla niego obciążenie; w takiej sytuacji dopuszczalna jest rezygnacja z nawadniania i odżywiania w sposób sztuczny podejmowana na podstawie wnikliwej oceny stanu pacjenta (Cherny, Radbruch, 2009, s. 587; Gevers, 2003, s. 365–366).

Trudności w podejmowaniu decyzji związanych z przerwaniem nawadniania i odżywiania spowodowane są problemem określenia przyczyny śmierci. Jeśli bezpośrednią przyczyną śmierci byłoby odwodnienie i zażłodzenie, to czy mielibyśmy do czynienia z eutanazją bierną? Natomiast jeśli kontynuacja nawadniania i odżywiania stanowiłaby agresywną terapię i przyczyniałaby się do pogłębienia cierpień pacjenta, to czy można z niego zrezygnować?

Jest to jedna z najbardziej spornych kwestii związanych z opieką nad pacjentami w stanach terminalnych. Wydaje się, że decyzja o zaprzestaniu

nawadniania i odżywiania u pacjentów poddawanych sedacji nie powinna być podejmowana automatycznie, ale po oszacowaniu obciążeń i korzyści dla pacjenta oraz z uszanowaniem jego woli. Ważne jest bowiem rozpoznanie rzeczywistych potrzeb chorego i zapewnienie mu komfortu odchodzenia, co jest celem opieki paliatywnej.

Autonomia pacjenta przy sedacji terminalnej

Sedacja jest procedurą bardzo radykalną, a zatem powinna być przeprowadzana tylko za zgodą pacjenta poinformowanego o wszystkich jej konsekwencjach (Quill i in., 1997, s. 2101; Cherny, Radbruch, 2009, s. 584). To pacjent musi podjąć decyzję, czy chce poddać się sedacji czy też będzie chciał być świadomy w ostatnim okresie życia (Łuczak, 2009, s. 54). Wraz z autonomią jest wybór czasu i sposobu śmierci przez pacjenta (Brock, 2004, s. 74), jednakże przy procedurze sedacji chory wprowadzany jest w stan głębokiej śpiączki, traci zatem możliwość podejmowania decyzji (Materstvedt, Bossahrd, 2009, s. 623).

Na gruncie etycznym i prawnym decyzja ta jest traktowana jako rezygnacja z terapii oraz uszanowanie prośby pacjenta o umieranie bez cierpienia (Quill i in., 2009, s. 422). Przyjęto założenie, że przy zaprzestaniu terapii pacjent umiera w wyniku choroby, a nie w wyniku decyzji lekarza (Orentlicher, 2009, s. 213; Carr, Mohr, 2008, s. 77). To pozwala lekarzowi na przeprowadzenie sedacji, pacjentowi natomiast nie wolno prosić o eutanazję oraz pomoc w samobójstwie (Quill i in., 2009, s. 422). Zgoda wyrażona przez pacjenta powinna dotyczyć także przerwania nawadniania i odżywiania w trakcie sedacji. Rezygnacja z nawadniania i odżywiania traktowana jest w taki sam sposób jak rezygnacja z leczenia (Quill i in., 1997, s. 2102–2103, 2009, s. 422; McStay 2003, s. 57, 60).

Pacjent ma też prawo sprzeciwić się zastosowaniu tak radykalnej metody, jak sedacja i mieć pewność, że nie zostanie poddany tej procedurze wbrew swojej woli (Tännsjö, 2004, s. 29; Quill i in., 2009, s. 424). Sedacja, traktowana jako część opieki paliatywnej, powinna być metodą kontroli bólu i umożliwiać pacjentowi umieranie w komforcie, dlatego powinna być stosowana w atmosferze zaufania do lekarzy i poszanowaniu autonomii pacjenta (Carr, Mohr, 2008, s. 78, 80; Sykes, 2009, s. 51).

W odpowiedzi na pytanie, czy sedacja ma być stosowana w przypadku cierpienia psychicznego i egzystencjalnego związanego z chorobą terminalną, należy stwierdzić, że powinna być procedurą stosowaną w wyjątkowych przypadkach w celu zniesienia uciążliwych dla pacjenta objawów, których nie można opanować w inny sposób – jednak samo cierpienie psychiczne nie jest wystarczającą przesłanką do zastosowania tak radykalnej procedury. Jeśli nauczyliśmy się leczyć ból, a po sedację sięga się w celu eliminacji cierpienia natury psychologicznej, może to oznaczać, że nie radzimy sobie z takim cierpieniem, czyli jeden z podstawowych celów opieki paliatywnej nie został osiągnięty (Tännsjö, 200, s. 25; Cherny, Radbruch, 2009, s. 584). Ponadto sięgnięcie po sedację w przypadku cierpienia natury psychicznej może otworzyć drogę do nadużyć, po procedurę tę zatem nie należy zbyt łatwo sięgać (Quill i in., 2009, s. 422; Battin, 2008, s. 28).

Jeszcze innym problemem budzącym wątpliwości jest sytuacja pacjentów, którzy nie są zdolni do podejmowania decyzji. Według wytycznych European Association for Palliative Care, w takich przypadkach ważne jest odtworzenie woli pacjenta na podstawie złożonego wcześniej oświadczenia lub konsultacji z rodziną, zaś gdy jest to niemożliwe, decyzję powinien podjąć opiekujący się chorym zespół, kierując się dobrem pacjenta i intencją zniesienia cierpienia (Cherny, Radbruch, 2009, s. 585–586; Battin, 2008, s. 27).

Według zwolenników poglądu, że sedacja jest w istocie formą „wolnej” eutanazji, autonomia pacjenta rozumiana jako możliwość rezygnacji z prawa do życia powinna być wystarczającą przesłanką służącą usprawiedliwieniu przeprowadzenia tej procedury (Kuhse, 2004, s. 58). W tym przypadku dopuszczalne jest żądanie pacjenta skrócenia życia także w formie eutanazji i wspomaganego samobójstwa (Brock, 2004, s. 74–75).

Sedacja – śmierć naturalna czy spowodowana (zabić czy pozwolić umrzeć?)

Kolejny problem stanowi odpowiedź na pytanie, czym jest w istocie sedacja. Czy mamy do czynienia z eutanazją, czy też jest to dozwolona rezygnacja z terapii. Rozróżnienie to jest konieczne, aby ustalić granicę zaprzestania leczenia (Callahan, 2004, s. 99). Sąd Najwyższy USA odróżnił wspomaganie samobójstwa i eutanazję od rezygnacji z terapii. Natomiast American

Medical Association, a wraz z nim inne stowarzyszenia medyczne, przyjęły założenie, że przy rezygnacji z terapii pacjent umiera w wyniku choroby, natomiast przy eutanazji i wspomaganym samobójstwie przyczyną śmierci są podane leki. Rozróżnienie to jest podstawą usprawiedliwienia procedury terminalnej sedacji (McStay, 2003, s. 51; Brock, 2004, s. 73). Istnieje różnica moralna pomiędzy przyzwoleniem na śmierć a jej spowodowaniem.

Sedacja w tym ujęciu przedstawiana jest jako dozwolona praktyka medyczna pozwalająca pacjentowi umrzeć w sposób naturalny. Ostateczną przyczyną śmierci jest terminalna choroba, na którą cierpi pacjent, nie zaś działanie człowieka. Szczególnie dotyczy to tej fazy umierania, gdy nie można powstrzymać już biologicznej śmierci, a jedynie łagodzić cierpienie pacjenta (Callahan, 2004, s. 100). To rozróżnienie jest jednak kwestionowane: skoro pacjent wprowadzany jest sztucznie w stan śpiączki, a następnie rezygnuje się z nawadniania i odżywiania, to nie można mówić o śmierci naturalnej, w stan sedacji wprowadza bowiem lekarz (Battin, 2008, s. 28). Tym bardziej, że w naszym zmedykalizowanym społeczeństwie epoka śmierci naturalnej dobiegła końca, każdy etap umierania jest kontrolowany przez lekarzy (Raus, Sterckx, Mortimer, 2012, s. 3). Dlatego tak ważna jest świadoma decyzja pacjenta o poddaniu się procedurze sedacji (Quill i in., 1997, s. 2101).

Sedacja ukazywana jest jako część naturalnego procesu umierania, aby wzbudzić skojarzenia, że jest to dozwolona praktyka medyczna, podczas której następuje spokojna śmierć pacjenta. Zdejmuje to odpowiedzialność z personelu medycznego, czyniąc tę procedurę akceptowalną. Sedacja jest w tym ujęciu przeprowadzana stopniowo, wybierana przez pacjenta w akcie dobrowolnie podejmowanej decyzji. Służy to lepszemu postrzeganiu sedacji przez pacjentów, ich rodziny oraz lekarzy (Battin, 2008, s. 29; Raus, Sterckx, Mortimer, 2012, s. 5–6).

Według najbardziej radykalnego poglądu sedacja jest tak naprawdę formą eutanazji w przebraniu. Nie można odrzucać eutanazji i wspomaganego samobójstwa akceptując jednocześnie praktykę sedacji. Wprowadzenie pacjenta w śpiączkę bez podawania mu pokarmów i napojów jest w istocie wstrzymaniem terapii koniecznej do przeżycia, a zatem spowodowaniem śmierci przez zaniechanie. Jeśli przyjmiemy natomiast, że nawadnianie i odżywianie jest elementem zwyczajnej opieki nad chorym, sedacja musi być odrzucona jako złamanie zasady nienaruszalności życia. Rozróżnienie między spowodowaniem śmierci a tym, by pozwolić umrzeć, jest w istocie

hipokryzją. Wszystkie decyzje związane ze skróceniem życia w przypadku terminalnej choroby powinny być uzasadnione autonomią pacjenta, który powinien mieć prawo wyboru, w jaki sposób umrze (Kuhse, 2004, s. 58, 60–64, 67). Ponadto w trakcie sedacji nie tylko zostaje wydłużony proces śmierci, ale chory pozbawiony jest możliwości kontroli tego, co się z nim dzieje. Dlatego sedacja może być paradoksalnie gorszym rozwiązaniem niż eutanazja czy wspomagane samobójstwo (Orentlicher, 1997, 2009, s. 213, 217; Aszyk, 2006, s. 164).

Część autorów podziela powyższe wątpliwości twierdząc, że terminalną sedacją od eutanazji dzieli bardzo cienka granica, którą łatwo przekroczyć (Gevers, 2003, s. 366; Williams, 2001, s. 49). Jako przykład można przytoczyć stosowanie sedacji w Holandii, która zalegalizowała eutanazję. Według A. Baumann'a wielu lekarzy stosuje sedację z zamiarem skrócenia życia, czyli jest to forma eutanazji. Ponieważ procedura sedacji nie wymaga spełnienia takich rygorów formalnych, jak w przypadku eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa (np. wyraźnej i dobrowolnej prośby dorosłego pacjenta czy konsultacji z niezależnym specjalistą), w dokumentacji można wykazać zastosowanie tej procedury zamiast skrócenia życia pacjenta na jego życzenie (Baumann i in., 2011, s. 4; van Delden, 2007, s. 187; Raus, Sterckx, Mortimer, 2012, s. 7). W związku z brakiem wymogów przewidzianych przez prawo przy zastosowaniu sedacji procedura ta stwarza możliwość nadużyć. Pacjenci nie zawsze są pytani o zgodę oraz informowani o konsekwencjach sedacji, mamy zatem do czynienia z eutanazją niedobrowolną. Sedacja stanowi zatem zasłonę dymną dla skracania życia pacjentów bez ich wiedzy (McStay, 2003, s. 63, 70; Cherny, Radbruch, 2009, s. 582) i tym samym stanowi większe zagrożenie dla chorych niż wspomagane samobójstwo i eutanazja, nie ma bowiem w tym przypadku mowy o wyborze pacjenta dotyczącym czasu i sposobu własnej śmierci.

Sedacja jako dozwolony element opieki paliatywnej

Zwolennicy stosowania sedacji w opiece nad umierającymi pacjentami twierdzą, że jest ona medyczną odpowiedzią na trudne do zniesienia przez pacjenta objawy związane z umieraniem (van Delden, 2007, s. 188; Sykes, 2009, s. 50).

Sedacja jest zgodna z celami medycyny, która – jeśli nie może zaferować pacjentowi przywrócenia zdrowia – może zapewnić pomoc w cierpieniu, redukcję bólu, komfort, opiekę oraz wsparcie tak ważne w chorobach terminalnych (Peppin, 2003, s. 344; Warnock, Macdonald, 2008, s. 108). Jeśli procedura ta jest stosowana w ostatniej fazie choroby terminalnej, istnieje bardzo niewielkie ryzyko przyspieszenia śmierci np. na skutek depresji oddechowej (Cherny, Radbruch, 2009, s. 582). Według dostępnych danych stosowanie sedacji nie ma związku z przeżywalnością; nie ma różnicy między tymi pacjentami, którzy byli poddawani sedacji a tymi, którzy nie byli jej poddawani. Po wprowadzeniu w stan śpiączki śmierć następuje po około 72 godzinach. Sedację stosuje się kilka dni, nie zaś tygodni (Peppin, 2003, s. 346; Warnock, Macdonald, 2008, s. 111). Wnioskować można o braku związku między stosowaniem sedacji a długością życia pacjentów (Peppin, 2003, s. 342).

Nie ma zatem mowy o tym, że sedacja jest zawoalowaną formą eutanazji. Jest ona jednym z właściwych działań prowadzonych w związku z opieką paliatywną i stanowi przeciwieństwo eutanazji (Łuczak, 2009, s. 53; Warnock, Macdonald, 2008, s. 116). Ważne jest, aby nie nazywać sedacji terminalną, ponieważ takie określenie zawiera sugestię, że przyspiesza ona śmierć, ale raczej paliatywną, gdyż jest ona czymś różnym od eutanazji (Sykes, 2009, s. 50; Warnock, Macdonald, 2008, s. 108).

Aby prawidłowo stosować sedację, potrzebna jest, jak podkreśla profesor Jacek Łuczak, intensywne edukacja lekarzy. Brak takiego wykształcenia sprawia, że nie stosuje się odpowiedniej terapii przeciwbólowej czy sedacji w obawie, aby nie być posądzonym o spowodowanie śmierci pacjenta. Przedłuża się w ten sposób agonię chorego, często długą i bolesną (Łuczak, 2009, s. 54; Quill i in., 2009, s. 422; Cherny, Radbruch, 2009, s. 582).

Jednakże sama procedura sedacji nie jest codziennie stosowaną praktyką medyczną, ma charakter wyjątkowy, powinna być stosowana tylko wtedy, gdy nie ma innej możliwości złagodzenia cierpień terminalnie chorego pacjenta (Quill i in., 1997, s. 2102; Materstvedt, Bosshard, 2009, s. 626). Dlatego ważne jest stworzenie bardzo restrykcyjnych warunków jej dopuszczalności, aby służyła dobru chorego i była najlepszą drogą opieki nad pacjentami u schyłku ich życia (Carr, Mohr, 2008, s. 79). Pozwoli to na uniknięcie konfliktu obowiązków pracowników medycznych, którzy z jednej strony są zobowiązani do ratowania życia osoby chorej, a z drugiej strony do zaprzestania leczenia, które jest daremne, a jednocześnie przyczyniające

się do pogłębiania cierpień pacjenta. Może to stanowić istotną pomoc dla lekarzy i pielęgniarek, by zachować etos ich zawodu (Quill i in., 1997, s. 2103; Carr, Mohr, 2008, s. 79).

European Association for Palliative Care proponuje następujące wytyczne stosowania sedacji: na wyraźne życzenie pacjenta, który jest terminalnie chory i jego śmierć spodziewana jest w ciągu godzin lub dni, ponadto potrzebna jest kompleksowa ocena stanu chorego przez zespół opiekujący się chorym oraz w razie potrzeby dodatkowa konsultacja. Decyzja o zaprzestaniu nawadniania i odżywiania powinna być podjęta oddzielnie na prośbę pacjenta, a także w sytuacji, gdy kontynuacja tych procedur jest zbyteczna lub obciążająca. Ważna jest także dyskusja z rodziną chorego i zachęcenie jej do towarzyszenia umierającemu. Celem prowadzenia sedacji jest zredukowanie symptomów niemożliwych do opanowania innymi metodami, nie zaś przyspieszenie śmierci (Cherny, Radbruch, 2009, s. 584–586; Quill i in., 1997, s. 2103). Dlatego bardzo ważne jest rozważne i stopniowe zwiększanie dawki leków (Łuczak, 2009, s. 54).

Sedacja nie może być postrzegana jako jedyna możliwość w opiece nad chorym terminalnie i powinna być rozpatrywana jako procedura stosowana po wyczerpaniu innych metod. Bardzo ważna jest odpowiednia opieka nad pacjentem (Battin, 2008, s. 30; McStay, 2003, s. 76).

Podsumowanie

W dyskusji nad dopuszczalnością stosowania sedacji w opiece nad terminalnie chorym pacjentem należy pamiętać, że celem opieki paliatywnej jest podjęcie wszelkich możliwych działań niosących choremu ulgę w cierpieniu. Każdy ma prawo umierać bez bólu i cierpienia, dlatego tak ważna jest powszechna dostępność opieki paliatywnej także w formie sedacji. Metoda ta, jako bardzo radykalna, powinna być stosowana tylko w ostateczności, przy zachowaniu należytej staranności ze strony lekarzy i pielęgniarek. Potrzebna jest kompleksowa opieka nad osobami chorymi terminalnie, uwzględniająca wszystkie potrzeby takich pacjentów. Cierpienie bowiem ma nie tylko wymiar fizyczny, ale także psychiczny oraz egzystencjalny. Wielopłaszczyznowa opieka nad chorymi powinna być prowadzona w atmosferze zaufania i dialogu między pacjentem, jego rodziną oraz personelem

medycznym. Pozwoli to uniknąć „pójścia na skrót”, polegającego na zbyt pochopnym stosowaniu tak radykalnej metody, jaką jest sedacja, która powinna być ostateczną dostępną opcją łagodzenia cierpienia.

Bibliografia

- Aszyk, P. (2006). *Granice leczenia*. Kraków: Rethos.
- Battin, M.P. (2008). Terminal Sedation Pulling the Sheet over our Eyes. *Hastings Center Report*, 38 (5), 27–30.
- Baumann, A., Claudot, F., Audibert, G., Mertes, P.-M., Puybasset, L. (2011). The Ethical and Legal Aspects in Grevelly Brain – Injured Patient: A French Perspective. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 6 (4), 1–6. Pobrano z: <http://peh-med.biomedcentral.com/articles> (30.11.2016).
- Brock, D.W. (2004). Terminal Sedation from Moral Right's Perspective. W: T. Tännsjö (red.), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* (s. 71–79). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Callahan, D. (2004). Terminal Sedation and the Artefactual Fallacy. W: T. Tännsjö (red.), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* (s. 93–102). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Carr, M.F.G., Mohr, J. (2008). Palliative Sedation as Part Continuum of Palliative Sedation. *Journal of Palliative Medicine*, 11 (1), 76–80.
- Cellarius, V. (2011). Early Terminal Sedation. *Bioethics*, 25 (1), 46–54.
- Cherny, N., Radbruch, L. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Case of Sedation in Palliative Care. *Palliative Medicine*, 23 (7), 581–593.
- Gevers, S. (2003). Terminal Sedation: A Legal Approach. *European Journal of Health Law*, 10, 359–367.
- Gromally, L. (2004). Terminal Sedation and the Doctrine of the Sanctity of Life. W: T. Tännsjö (red.), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* (s. 81–91). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Hauser, K., Walsh, D. (2009). Palliative Sedation: Welcome Guidance Issue. *Palliative Medicine*, 27, 577–579.
- Jansen, L.A. (2010). Disambiguating Clinical Intentions: The Ethics of Palliative Sedation. *Journal of Medicine and Philosophy*, 35, 19–31.

- Kuhse, H. (2004). Why Terminal Sedation Is No Solution to the Voluntary Euthanasia. W: T. Tännsjö (red.), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* (s. 57–70). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Łuczak, J. (2009). Komentarz do artykułu N. Syksa „Zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia”. *Medycyna Praktyczna. Onkologia*, 3, 52–54.
- Materstvedt, L.J., Bosshard, G. (2009). Deep and Continuous Palliative Sedation (Terminal Sedation): Clinical-ethical and Philosophical Aspects. *Lancet Oncology*, 10, 622–627.
- McStay, R. (2003). Terminal Sedation: Palliative Care for Intractable Pain, Post Glucksberg and Quill. *American Journal of Law and Medicine*, 29, 45–76.
- Orentlicher, D. (2009). Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie. Tłum. J. Malczewski. W: J. Galewicz, (red.), *Wokół śmierci i umierania* (s. 211–224). Kraków: Universitas.
- Orentlicher, D. (1997). The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide – Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia. *New England Journal of Medicine*, 337 (7), 1236–1239.
- Peppin, J.F. (2003). Intractable Symptoms and Palliative Sedation at the End of Life. *Christian Bioethics*, 9 (2–3), 343–355.
- Quill, T.E., Lo, B., Brock, D.W. (1997). Palliative Option of Last Resort. A Comparison of Voluntarily Stop Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician Assisted Suicide. *JAMA*, 278 (23), 2099–2104.
- Quill, T.E., Lo, B., Brock, D.W., Meisel, A. (2009). Last-Resort Option for Palliative sedation. *Annals of Internal Medicine*, 151 (5), 421–424.
- Raus, K.S., Sterckx, S., Mortimer, F. (2012). Continuous Deep Sedation at the End of Life the “Natural Death” Hypothesis. *Bioethics*, 26 (6), 45–52.
- Sykes, N. (2009). Zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia. *Medycyna Praktyczna. Onkologia*, 3, 46–52.
- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tännsjö, T. (2004). Terminal Sedation: A Substitute for Euthanasia? W: T. Tännsjö (red.), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* (s. 15–30). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Van Delden, J.M. (2007). Terminal Sedation: Source of Restless Ethical Debate, *Journal of Medical Ethics*, 33, 187–188.

Warnock, M., Macdonald, E. (2008). *Easeful Death. Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press.

Williams, G. (2001). The Principle of Double Effect and Terminal Sedation. *Medical Law Review*, 9, 41–53.

TERMINAL SEDATION – BETWEEN PALLIATIVE CARE AND MEDICAL ASSISTED DYING

Summary

The aim of this article is a presentation of the problem of terminal sedation as a special medical procedure, an alternative to euthanasia and physician assisted death. Terminal sedation is consist in narcotizing the patient in the last stage of terminal disease, sometimes with discontinued nutrition and hydration until death. The goal of this procedure is to eliminate pain and suffering without causing death of the patient. The opponents of this method claim that terminal sedation is a form of euthanasia. The supporters see the difference because the intention of physician must relieve unbearable suffering when the other procedures are useless. The terminal sedation has to be last resort in palliative care and the decision making process must be very careful. In case of applying this radical method the basis should be always the informed consent of the patient and the respect for the dying person.