

Sedacja paliatywna i kontrowersje związane z jej stosowaniem



Katarzyna Doroszevska

Doktorantka w Katedrze Prawa Karnego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, laureatka VI edycji konkursu „Diamantowy Grant”.

✉ katarzyna.doroszevska@uj.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0002-3214-2535>

Palliative Sedation and Controversy Over Its Use

Sedation in palliative medicine is used to limit a patient's consciousness, to ease his suffering. This paper discusses basic problems of criminal law related to the procedure of sedation, such as measuring the level of suffering, and methods of treating patients, both in hospital and in-home care. The paper presents similarities and differences between sedation and euthanasia, particularly in countries where both procedures are legal. It also considers possible legal consequences of the limitation of the patient's consciousness, which affects the patient's ability both to make everyday decisions and to take part in family life, as some theories consider that active participation in social life is important to fulfil one's needs.

Słowa kluczowe: sedacja, medycyna paliatywna, prawo karne, pozbawienie świadomości

Key words: sedation, palliative medicine, criminal law, depriving consciousness

<https://doi.org/10.32082/fp.v6i56.239>

1. Wprowadzenie

Medycyna paliatywna, w odróżnieniu od pozostałych gałęzi medycyny, zajmuje się przypadkami, w których niemożliwa jest poprawa stanu zdrowia pacjenta ani całkowite jego wyleczenie. Opiece paliatywnej poddawani są nieuleczalnie chorzy lub oporni na leczenie. Stosuje się ją zazwyczaj w przypadkach przewlekłych, postępujących, ograniczających życie chorób¹. Zada-

niem lekarzy w takiej sytuacji jest nie tyle przywracanie pacjenta do zdrowia, co minimalizowanie wyniszczających skutków choroby, umniejszanie cierpienia, zazwyczaj aż do śmierci pacjenta². Zaprze-

cyna paliatywna, „Nowiny Lekarskie” 2011, t. 80, nr 1, s. 3.

2 T. Dangel i in., *Kryteria stosowania intensywnej terapii oraz opieki paliatywnej u dzieci w wybranych jednostkach chorobowych*, „Standardy Medyczne/Pediatria” 2011, t. 8, nr specjalny 1, s. 104.

1 J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medy-*

staje się wówczas stosowania terapii przyczynowej, która może wywoływać szkody dla chorego. Zmniejszenie cierpienia próbuje się osiągnąć przy pomocy różnych środków, przede wszystkim poprzez podawanie leków przeciwbólowych. Zastosowana może być również sedacja, czyli celowe wprowadzenie pacjenta w stan nieświadomości. Z tym zagadnieniem wiąże się kilka problemów, nie tylko natury medycznej, lecz także

bywa w szpitalu pod opieką zespołu medycznego, jak i w opiece domowej.

W stanach terminalnych zazwyczaj stosowana jest głęboka sedacja, najczęściej trwająca aż do śmierci pacjenta, następującej zwykle po krótkim czasie⁶. W przypadku tej formy sedacji już sama nazwa wywołuje kontrowersje⁷. Wśród terminów można wyróżnić sedację terminalną, paliatywną lub też głęboką sedację



Sedacja to doprowadzenie do stanu ograniczenia świadomości pacjenta.

prawnej i etycznej. W niniejszym opracowaniu zostanie podjęta próba przybliżenia procedury sedacji oraz jej oceny z etycznego i prawnego punktu widzenia.

2. Pojęcie sedacji paliatywnej

Przede wszystkim należy uściślić, czym jest sedacja i jak stosuje się ją w medycynie paliatywnej. Sedacja w ogólnym sensie jest to doprowadzenie do stanu ograniczenia świadomości pacjenta, co jest wykorzystywane podczas różnych zabiegów³. Ze względu na stopień ograniczenia świadomości zazwyczaj wyróżnia się sedację lekką, średnią i głęboką, choć istnieją również skale pięciostopniowe⁴. Innym kryterium podziału sedacji jest okres jej stosowania⁵.

Pewnym wykorzystaniem tej procedury jest sedacja w medycynie paliatywnej, służąca wyłącznie ograniczeniu cierpienia pacjenta, często w związku ze stanami terminalnymi. W takich przypadkach stosuje się różne rodzaje sedacji, w tym lekką, średnią i głęboką. Sedację stosuje się zarówno, gdy pacjent prze-

aż do śmierci⁸. Różnice w nomenklaturze nie są bez znaczenia, bowiem zmieniają odbiór całej procedury.

Początkowo nie wprowadzano osobnego określenia dla tej procedury, natomiast stopniowo pojawiały się koncepcje zmiany nazewnictwa, by zaznaczyć różnice znaczeniowe pomiędzy procedurami. Wprowadzenie terminu „sedacja terminalna” było związane ze stosowaniem tego rodzaju terapii w stanach terminalnych⁹. Jednakże takie sformułowanie wywołało wrażenie, że celem procedury nie jest ulżenie pacjentowi, ale doprowadzenie do jego śmierci¹⁰. Nie było to jednak zgodne z prawdą – zdarzały się przypadki, w których zastosowanie tej procedury znacząco poprawiło stan zdrowia pacjenta¹¹. Głównie ze względu na nieporozumienie i łączenie procedury sedacji z eutanazją obecnie

6 Tamże.

7 E. Papavasiliou i in., *From Sedation to Continuous Sedation Until Death. How Has the Conceptual Basis of Sedation in End-of-Life Care Changed Over Time?*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2013, t. 46, nr 5, s. 692. (Wszystkie teksty anglojęzyczne – tłum. własne).

8 E. Papavasiliou i in., *From Sedation to Continuous Sedation Until Death...*, dz. cyt., s. 695.

9 Tamże, s. 693.

10 W. Clay Jackson, *Palliative Sedation vs. Terminal Sedation. What's in a Name?*, „American Journal of Hospice & Palliative Care” 2002, t. 19, nr 2, s. 81.

11 M. Koh Yong Hwang, A.L. Onn Kei, W. Huei Yaw, „Palliative” and Not „Terminal” Sedation, „Journal of Pain and Symptom Management” 2009, t. 37, nr 4, s. e6–e7.

3 D. Skaba, *Sedacja i krótkotrwałe dożylnie znieczulenie ogólne*, <https://www.mp.pl/pacjent/ortopedia/badania-zabieg/165458,sedacja-i-krótkotrwałe-dożylnie-znieczulenie-ogólne>, 26.02.2019.

4 L. Graf, M. Sleziona, *Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2016, nr 2, s. 47.

5 A. Stachowiak, E. Mrówczyńska, *Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia*, „Medycyna Paliatywna” 2011, nr 1, s. 3.

ten termin jest rzadko używany, a jako przymiotnika określającego rodzaj sedacji używa się sformułowania „sedacja totalna” lub „sedacja paliatywna”, zwracając uwagę na pierwotny cel terapii, jakim jest ulżenie pacjentowi w jego cierpieniach¹². Jak wynika z analizy prac anglojęzycznych, najczęściej używanymi terminami są „sedacja”, „sedacja terminalna” oraz „sedacja paliatywna”¹³.

Przegląd definicji procedury sedacji¹⁴ ukazuje, jak różnie badacze podchodzą do tego samego zjawiska, próbując uchwycić w słowach jego naturę. Niekiedy podkreśla się tylko podstawowe elementy stosowania sedacji, czasem opisuje się dokładnie procedurę, a niekiedy ujawnia się element mający służyć odróżnieniu jej od eutanazji czy wspomaganego samobójstwa¹⁵.

Jako że termin „sedacja” służy określeniu większej liczby zabiegów, w tym niesłużących medycynie paliatywnej, i zakres znaczeniowy tego określenia jest zbyt szeroki, używanie go mogłoby powodować problemy semantyczne. Z kolei „sedacja terminalna” wywołuje wrażenie związku tej procedury z przyspieszaniem końca życia, a taki związek nie został udowodniony w sposób wiarygodny. Używanie przymiotnika „terminalna” mogłoby zniweczyć obiektywność oceny zjawiska. Natomiast „sedacja paliatywna” obejmuje nie tylko sedację głęboką aż do śmierci, ale również inne odmiany tej procedury, w tym sedację w stopniu średnim i lekkim.

Ostatni termin wydaje się najwłaściwszy dla nazwania tej procedury, ponieważ nie zawsze istnieje potrzeba zastosowania głębokiej sedacji trwającej do śmierci. Wręcz przeciwnie, wskazuje się na potrzebę sedacji proporcjonalnej i adekwatnej, czyli takiej, która zmniejsza świadomość pacjenta jedynie w niezbędnym stopniu¹⁶. W celu uzyskania jasności wywodu w niniejszej pracy zostanie użyte określe-

nie „sedacja paliatywna”, które jest najpopularniejsze i budzi najmniej kontrowersji.

3. Okoliczności stosowania sedacji paliatywnej

Już na początku należy zarysować dwa sposoby stosowania sedacji paliatywnej. Pierwszym z nich jest włączenie sedacji w kompleks procedur medycyny paliatywnej w hospicjach czy szpitalach. Taki zabieg jest dokonywany przez zespół specjalistów, osób doświadczonych w dziedzinie medycyny. Taki interdyscyplinarny zespół (zazwyczaj są to lekarz, pielęgniarka, duchowny oraz wolontariusze) może sprawować kompleksową opiekę¹⁷.

Sposób opieki zależy od typu zastosowanej terapii. W przypadku sedacji głębokiej często zaprzestaje się odżywiania i nawadniania pacjenta, co budzi wiele kontrowersji. Z jednej strony jest to zaprzestanie działań warunkujących życie, co może doprowadzić do śmierci pacjenta. Z drugiej strony dalsze nawadnianie i odżywianie pacjenta mogłoby doprowadzić do powiększenia jego cierpienia¹⁸.

Problem polega również na tym, że trudno jest zbadać skutki zaprzestania odżywiania, ponieważ głęboką sedację paliatywną stosuje się w stanach terminalnych. W większości przypadków śmierć następuje krótko po wprowadzeniu w stan głębokiej sedacji paliatywnej (mniej więcej po jednym dniu), zatem nie do końca wiadomo, jak to wpływa na czas życia chorego¹⁹.

Istnieje też możliwość prowadzenia opieki paliatywnej w formie opieki domowej, łącznie z procedurą sedacji²⁰. Opiekę nad pacjentem sprawują wówczas domownicy oraz częściowo personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, wyszkoleni wolontariusze). Opieku-

12 E. Papavasiliou i in., *From Sedation to Continuous Sedation Until Death...*, dz. cyt., s. 693.

13 Tamże, s. 695–696.

14 Tamże, s. 697–701.

15 Tamże, s. 702.

16 B.M. Grabowska, *Sedacja paliatywna w terapii bólu u pacjentów będących w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób leczonych w stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej w Polsce – analiza własna na podstawie danych uzyskanych w 2010 r.*, „Medycyna Paliatywna” 2013, t. 5, nr 1, s. 21.

17 J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, dz. cyt., s. 3.

18 L. Graf, M. Sleziona, *Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia*, dz. cyt., s. 50.

19 J. Rietjens i in., *Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices*, „Journal of the American Medical Association” 2006, t. 166, s. 752.

20 Jak zwracano uwagę w piśmiennictwie, możliwości opieki domowej są ograniczone ze względu na wymóg stałego monitorowania stanu osoby poddanej sedacji; M. Orzoł, *Zasady opieki terminalnej nad pacjentami z chorobą nowotworową*, „Medycyna po Dyplomie” 2012, nr 7–8.

nowie chorego powinni być odpowiednio przeszkoleni, by poprawnie wykonywać podstawowe czynności (jak stosowanie zastrzyków). W zależności od potrzeb i indywidualnego stanu zdrowia chorego opiekunowie powinni być również poinformowani, jakie środki należy przedsięwziąć w przypadkach nagłego pogorszenia zdrowia. W skrajnych sytuacjach niece-

nie słów *unbearable suffering* i *refractive symptoms*, czyli cierpienie pacjenta ma być „nie do zniesienia”, a objawy niemożliwe do załagodzenia w inny sposób²³. Wskazuje się tu przede wszystkim na odczuwanie duszności, trudności w przełykaniu, ból²⁴. Zatem pierwszą czynnością w postępowaniu dotyczącym zastosowania sedacji paliatywnej jest ocena stanu



Najwięcej kontrowersji budzi procedura głębokiej sedacji w ostatnich dniach życia, gdyż bywa porównywana do eutanazji.

lowe jest wzywianie pomocy pogotowia ratunkowego, jeśli pacjent jest w stanie terminalnych i sanitariusze nie mogą nic zdziałać²¹. Trudno mówić tu jednak o zaniechaniu wykonania obowiązku opieki, skoro skutek następuje niezależnie od podjętych działań.

4. Warunki do zastosowania sedacji paliatywnej

Pierwszą kwestią problemową w procedurze sedacji paliatywnej jest określenie sytuacji, w jakiej może być ona zastosowana, przy czym chodzi tu przede wszystkim o stan chorego. Odnalezienie jednego sposobu postępowania jest niezwykle trudne ze względu na zróżnicowanie poszczególnych przypadków pod względem medycznym, ale również ze względu na otoczenie prawne. Regulacje różnią się w zależności od państwa, powszechnie jednak uznaje się, że z powodu zróżnicowania przyczyn cierpienia niewskazane jest tworzenie zamkniętych katalogów chorób warunkujących rozpoczęcie opieki paliatywnej²². Wskazaniem do zastosowania tej formy terapii powinno być raczej odczuwane przez pacjenta cierpienie, któremu nie można ulżyć w inny sposób. Znaczące jest tu uży-

pacjenta i jego cierpienia. Z oceną cierpienia wiąże się kolejne kwestie – nie tylko osoby mającej dokonać oceny, lecz również tego, co należy oceniać i jakie znaczenie nadawać dokonanej ocenie²⁵.

Według pewnych badaczy cierpienie należy oceniać obiektywnie ze względu na kryteria możliwe do zbadania, przykładowo występowanie duszności²⁶. W opracowaniach wskazuje się jednak, że ocena dokonana przez personel często nie jest wystarczająca ze względu na braki w wyszkoleniu z rozpoznawania objawów cierpienia. Zaleca się konsultacje z rodziną, a przede wszystkim zachowanie szacunku wobec wartości innych osób i indywidualnych odczuć pacjenta²⁷.

Innym sposobem jest ocena subiektywna, dokonywana przez samego pacjenta²⁸. Wydawać by się mogło, że nikt nie jest w stanie lepiej ocenić cierpie-

21 K. de Walden-Gałuszko, *Komentarz (do): A. Thoms, Problemy etyczne i prawne w opiece terminalnej*, „Medycyna po Dyplomie” 2011, t. 20, nr 1, s. 41.

22 J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, dz. cyt., s. 6.

23 C. Bozzaro, J. Schildmann, „Suffering” in Palliative Sedation. *Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2018, t. 56, nr 2, s. 288.

24 B. Wach, *Terminalna sedacja – między eutanazją a opieką paliatywną*, „Analiza i Egzystencja” 2017, nr 37, s. 26.

25 C. Bozzaro, J. Schildmann, „Suffering” in Palliative Sedation..., dz. cyt., s. 488.

26 Tamże, s. 289.

27 T. Dangel i in., *Kryteria stosowania intensywnej terapii oraz opieki paliatywnej...*, dz. cyt., s. 104.

28 C. Bozzaro, J. Schildmann, „Suffering” in Palliative Sedation..., dz. cyt., s. 290.

nia niż sam cierpiący, jednak jest to wątpliwe przy tak subiektywnych odczuciach jak ból czy dyskomfort. Możliwe jest, że przy dokładnej ocenie samych objawów różni pacjenci oceniają swój ból jako znośny lub niemożliwy do zniesienia. Możliwe są również sytuacje, w których do różnych przyczyn sam cierpiący nie do końca uświadamia sobie swój stan, i wówczas to lekarz prowadzący może ocenić cierpienie pacjenta²⁹.

Kolejną kwestią jest to, jakie objawy powinny być decydujące przy ocenie cierpienia pacjenta. Innymi słowy, można zadać pytanie, czym jest cierpienie, a na dodatek jakiego rodzaju cierpienie kwalifikuje do zastosowania głębokiej sedacji paliatywnej. W pierwszej kolejności pojawia się problem związany z poprzednim zagadnieniem, mianowicie – czy decydujące powinno być odczucie fizyczne, czy psychiczne³⁰. Warto tu zwrócić uwagę na definicję medycyny paliatywnej formułowaną przez Światową Organizację Zdrowia. Zgodnie z tą definicją celem wspomnianej dziedziny medycyny jest łagodzenie cierpienia nie tylko fizycznego, ale i psychicznego oraz psychosocjalnego³¹. Z kolei American Medical Association odrzuca czynniki psychiczne jako podstawę do zastosowania sedacji, a European Association of Palliative Care podkreśla, że muszą istnieć inne podstawy poza psychicznymi³².

Ocena poziomu psychicznego dyskomfortu nastrocza wielu trudności – można łatwo wyobrazić sobie, że osoby nieuleczalnie chore są grupą narażoną na psychiczne cierpienie w stopniu większym niż osoby zdrowe, zatem poziom ich samopoczucia będzie zawsze niższy niż osób zdrowych.

Należy też pamiętać o tym, że w medycynie paliatywnej często stosuje się leki przeciwbólowe, które mogą wpływać na psychikę – zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym. Wystarczy wspomnieć o niejednoznacznym wpływie opioidów na psychikę człowieka. Często lekom przeciwbólowym mogą towarzyszyć leki przeciwłękowe/antydepresyjne. Dlatego ocena dokonywana przez pacjenta może być zaburzona

przez wpływ leków na jego świadomość, zwłaszcza gdy stosowane są leki mające usmierzając lęk.

Wydaje się również oczywiste, że sedacja nie jest uniwersalną metodą zwalczania jakiegokolwiek cierpienia, lecz powinna być stosowana jedynie w pewnych przypadkach. Jak jednak ocenić, czy cierpienie osiągnęło „wymagany stopień”? Czy w ogóle możliwe jest ustalenie „minimalnego cierpienia”³³?

Warto wskazać na to, że wymienione wyżej elementy oceny pacjenta powinny być traktowane rozłącznie. Ocena dokonywana obiektywnie, przez lekarza bądź zespół medyczny, nie musi oznaczać oceny wyłącznie cierpienia fizycznego. Natomiast ocena subiektywna dokonana przez pacjenta hipotetycznie może skupiać się na jego stanie fizycznym, jeśli pacjent źle zrozumie prośbę personelu o ocenę swojego stanu lub nie chce zostać uznany za słabego psychicznie.

Wydaje się, że większe zalety ma ocena holistyczna, która bierze pod uwagę ogólny stan pacjenta, zarówno fizyczny, jak i psychiczny, nie unikając pytania o jego potrzeby duchowe³⁴. Mimo zasadniczych trudności w ocenie stanu psychicznego, zwłaszcza jako argumentu za zastosowaniem sedacji paliatywnej, uważam, że nie można ignorować cierpienia wewnętrznego. Taka ocena powinna zostać dokonana przez zespół specjalistów, którzy posiadają wiedzę na temat odczuć pacjenta i ich nie ignorują³⁵. Choć nie jest to nowe stwierdzenie, można powiedzieć, że optymalna ocena powinna brać pod uwagę wszystkie czynniki, zarówno oceniane obiektywnie, jak i subiektywnie.

O ile można wypracować procedurę oceny cierpienia pacjenta, stwierdzić kto i co powinien brać pod uwagę, o tyle nie wydaje się możliwe określenie „minimalnej granicy cierpienia”, przy której dałoby się zastosować sedację paliatywną³⁶. Tak samo nie sposób określić, czy przy pewnym stopniu cierpienia można zalecać pacjentowi taką formę terapii. Należy jednak stwierdzić, że lekarz powinien chorego informować o najistotniejszych formach postępowania. Zgodnie

29 Tamże, s. 291.

30 Tamże, s. 289.

31 <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>, 20.02.2019.

32 C. Bozzaro, J. Schildmann, „Suffering” in Palliative Sedation..., dz. cyt., s. 489.

33 Tamże.

34 J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, dz. cyt., s. 11–12.

35 Tamże, s. 4.

36 C. Bozzaro, J. Schildmann, „Suffering” in Palliative Sedation..., dz. cyt., s. 293.

z art. 32 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty sedacja paliatywna jest procedurą stosowaną po konsultacji z chorym lub jego przedstawicielem ustawowym (w przypadku gdy chory nie może wyrazić zgody na postępowanie) i za ich zgodą³⁷. Ostateczna decyzja należy do chorego, natomiast personel medyczny powinien dbać o to, by sedacja nie była traktowana jako zwykła forma terapii, lecz jedynie po wykorzystaniu innych możliwości³⁸.

5. Zastosowane środki sedatywne

Sedacja paliatywna jako procedura jest dokonywana poprzez podawanie odpowiednich substancji o działaniu sedatywnym. Najczęściej są to benzodiazepiny bądź opioidy³⁹, przy czym zaleca się stosowanie benzodiazepinów ze względu na niepewny efekt działania opioidów i możliwe skutki uboczne⁴⁰. Autorzy badań przeprowadzonych kilka lat temu w Belgii wskazują na potrzebę wprowadzenia jednolitej procedury sedacji, co może zwiększyć kompetencje lekarzy oraz ich czujność, by stosować procedurę sedacji w określonych przypadkach i we właściwy sposób⁴¹.

Substancje sedatywne mogły wywoływać zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki, zatem do oceny ich podawania stosowano tzw. zasadę podwójnego skutku. Podający leki musiał brać pod uwagę wszystkie konsekwencje podania leków, ale ostateczna ocena jego działania zależała od intencji. Lekarz w przypadku eutanazji lub wspomaganego samobójstwa dąży do śmierci pacjenta, w przypadku sedacji jedynie bierze jej możliwość pod uwagę⁴². Obecnie odchodzi się od stosowania tej zasady, w zamian stosując zasadę stopniowania podawania leków. Pacjentowi, który ma zostać poddany sedacji, nie podaje się całej

dawki leków od razu, lecz stopniowo, minimalizując w ten sposób ryzyko podania zbyt dużej dawki, która mogłaby spowodować śmierć pacjenta⁴³.

W zasadzie lekarze nie są w stanie z góry określić dawki, która zadziała w określony sposób na konkretnego chorego. Sposób podawania leków powinien być dostosowany do indywidualnych warunków zdrowotnych danej osoby⁴⁴. Istnieją jednak spisy zaleceń bądź też tzw. protokoły sedacji zatwierdzone przez organizacje medyczne, które stanowią podstawę do planowania działań wobec pacjenta⁴⁵. Zalecenia te obejmują podawanie początkowo małych dawek leków wraz z ich zwiększaniem w miarę potrzeb⁴⁶.

Oceniając procedurę sedacji paliatywnej pod kątem prawnym, można zauważyć, że w każdej sytuacji lekarz ma świadomość możliwości wywołania negatywnych skutków dla zdrowia pacjenta, w tym przyspieszenia jego śmierci. W tym kontekście kluczowa jest intencja lekarza przy podawaniu leków, ze względu na ryzyko dokonania „ukrytej eutanazji”, jeśli lekarz celowo poda środki w sposób niedostosowany do stanu pacjenta. Natomiast postępowanie zgodnie z ustalonymi procedurami działania spełnia warunek zgodności z regulami postępowania z dobrem prawnym.

6. Społeczny odbiór sedacji paliatywnej

Sedacja paliatywna jest dokonywana w celu pozbawienia pacjenta świadomości⁴⁷. Pozbawienie świadomości w niniejszej pracy jest rozumiane jako uniemożliwienie odbierania bodźców zewnętrznych, zatem i utrudnienie komunikacji z otoczeniem. Osoba poddana sedacji nie tylko nie odczuwa już bólu i cierpienia, ale ma także trudności z wykonywaniem jakiegokolwiek czynności czy z podjęciem decyzji lub wręcz zupełnie nie jest w stanie tego zrobić.

37 J. Łuczak, *Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna-hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?*, „Przegląd Terapeutyczny” 2007, nr 3, s. 7.

38 M. Orzoł, *Zasady opieki terminalnej nad pacjentami z chorobą nowotworową*, dz. cyt.

39 K. Chamberaere i in., *Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium. A Nationwide Survey*, „Journal of the American Medical Association” 2010, t. 170, nr 5, s. 491.

40 Tamże.

41 Tamże, s. 492.

42 T. Dangel i in., *Kryteria stosowania intensywnej terapii oraz opieki paliatywnej...*, dz. cyt., s. 106.

43 K. de Walden-Gałuszko, *Komentarz*, dz. cyt., s. 41.

44 T. Dangel i in., *Kryteria stosowania intensywnej terapii oraz opieki paliatywnej...*, dz. cyt., s. 105.

45 T. Morita i in., *Continuous Deep Sedation. A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2017, t. 53, nr 1, s. 149.

46 Zgodnie z metodą miareczkowania J. Woroń i in., *Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną WHO*, „Medycyna po Dyplomie” 2011, t. 20, nr 8, s. 60.

47 C. Bozzaro, J. Schildmann, *„Suffering” in Palliative Sedation...*, dz. cyt., s. 288.

Istotne dla oceny terapii sedacji paliatywnej są również odczucia osób bliskich pacjentowi. Po podaniu leków tracą oni kontakt z tą osobą, nie mogą już nawiązać relacji we wcześniejszym kształcie. Chory nie cierpi, lecz ceną za to jest utrata możliwości satysfakcjonującego kontaktu z otoczeniem. Również w przypadku lekkiej formy sedacji ogranicza się świadomość pacjenta, co jednocześnie ogranicza jego możliwości intelektualne – nie jest on zdolny do podejmowania decyzji ani również do budowania relacji międzyludzkich w dostatecznym stopniu. Szczególne ograniczenia istnieją w przypadku terapii głębokiej sedacji paliatywnej w stanach terminalnych. Pacjent wówczas nie zdaje sobie nawet sprawy z faktu istnienia

w społeczeństwie i to uwikłanie społeczne jest immanentną częścią życia⁵⁰. Również polski Sąd Najwyższy uznał, że więzi rodzinne mogą zostać uznane za dobra osobiste⁵¹. Powstaje zatem pytanie, czy sedacja paliatywna, ograniczając lub uniemożliwiając kontakt z innymi, ogranicza również możliwość istnienia w społeczeństwie. Jak można to zinterpretować, skoro skutkiem sedacji jest nie tylko ograniczenie cierpienia, lecz również ograniczenie możliwości nawiązania relacji społecznych?

Tutaj pojawia się problematyczna kwestia definicji śmierci w prawie karnym. Uznaje się, że śmierć to koniec życia, lecz zagadnienie to wbrew pozorom nie jest tak proste i oczywiste. Pojęcia życia i śmierci



Najwięcej wątpliwości budzi możliwość wyrażenia zgody na podanie środków ograniczających świadomość chorego.

kierowanych do niego komunikatów, ponieważ jest nieprzychylny. Choć podtrzymywane są jego funkcje życiowe, pacjent nie odczuwa już nic. Dla bliskich chorego jest to szczególnie trudne, ponieważ nie mogą nawiązać z nim kontaktu. Nie jest to eutanazja, lecz trudno oprzeć się wrażeniu, że z perspektywy osób z rodziny procedura sedacji wygląda bardzo podobnie – po podaniu leków pacjentowi tracą możliwość kontaktu z nim, podobnie jakby już nie żył⁴⁸. Oczywiście taka osoba żyje, jednakże niemożliwe staje się nawiązanie z nią relacji.

Istotne jest to zwłaszcza w kontekście stwierdzenia, że w życiu człowieka najważniejsze są jego relacje społeczne⁴⁹. W analizach dotyczących natury człowieka podkreśla się, że człowiek nie istnieje w próżni, lecz

są pojęciami podstawowymi nie tylko w prawie, ale i w naukach biologicznych i filozoficznych. W każdej z tych dziedzin inaczej odczytuje się kwestie życia i śmierci, zależy to również od kontekstu, w jakim rozpatruje się dane pojęcie. W rozumieniu potocznym życie ludzkie istnieje, dopóki organizm wykonuje funkcje życiowe – takie jak krążenie krwi i oddychanie⁵².

W rozumieniu medycznym w XX w. zaczęła dominować koncepcja śmierci mózgowej, według której śmierć człowieka następuje wraz z nieodwracalnym zaprzestaniem pełnienia funkcji mózgowych, które są stwierdzane w przypadku braku reakcji odruchowych na bodźce zewnętrzne⁵³. Przyjęcie tej koncepcji pozwala

48 H. ten Have, J. Welie, *Palliative Sedation Versus Euthanasia. An Ethical Assessment*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2014, t. 47, nr 1, s. 125.

49 Z. Zalewski, *Jak długo mamy obowiązek żyć?* (w:) B. Chyrowicz (red.), *Przedłużanie życia jako problem moralny*, Lublin 2008, s. 57.

50 Tamże, s. 46.

51 Uchwała SN z dnia 22 października 2010 r., III CZP 76/10; Uchwała SN z dnia 13 lipca 2011 r., III CZP 32/11; Uchwała z dnia 12 grudnia 2013 r., III CZP 74/13.

52 A. Gałęska-Śliwka, *Śmierć jako problem medyczno-kryminalistyczny*, Warszawa 2009, s. 17.

53 T. Kalita, *Śmierć mózgu jako granica prawnokarnej ochrony życia człowieka*, „Prokuratura i Prawo” 2016, nr 7–8, s. 40.

uniknąć problemów związanych z opieką nad chorym w ostatnim okresie życia, jednakże wywołuje również pewnego rodzaju wątpliwości, zwłaszcza wśród osób niemających wykształcenia medycznego⁵⁴. Pewni autorzy podnoszą, że decydujące o uznaniu człowieka za zmarłego nie powinny być kryteria medyczne, empiryczne, lecz fenomenologiczne, związane z postrzeganiem człowieka przez otoczenie⁵⁵.

W kwestii uznania śmierci człowieka prawo polskie również uznaje za decydujące dla stwierdzenia zgonu trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) lub nieodwracalne zatrzymanie krążenia⁵⁶. Od śmierci mózgowej należy odróżnić stan wegetatywny, polegający na pozbawieniu chorego świadomości. W tym stanie zachowane są odruchy nerwowe, nie można też stwierdzić śmierci mózgowej. Chory wymaga specjalistycznej opieki, tak jak osoba poddana sedacji paliatywnej⁵⁷.

Pozbawienie świadomości w wyniku zastosowania sedacji paliatywnej można porównać do stanów ograniczenia bądź pozbawienia świadomości w wyniku uszkodzenia tkanki mózgowej – stanu wegetatywnego, śpiączki czy stanu minimalnej świadomości⁵⁸. Z przypadkami ograniczenia i braku świadomości wiąże się problematyka postępowania z osobą w takim stanie i kwestia sensowności podtrzymywania życia osoby w stanie wegetatywnym⁵⁹. Czasem podnosi się, że pozostawanie w stanie wegetatywnym jest traktowane analogicznie do śmierci mózgowej i stanowi powód do zaprzestania opieki nad chorym dla jego dobra⁶⁰. Skoro tak traktuje

się stan powstały na skutek uszkodzenia tkanki mózgowej, jak prawnie ocenić wprowadzenie kogoś w stan podobny do wegetatywnego, zwłaszcza gdy odwrócenie tego stanu jest niemożliwe lub bardzo utrudnione?

W kontekście filozoficznego rozumienia życia należałoby się zastanowić, jakie elementy życia ludzkiego są decydujące dla uznania życia i śmierci. Jeżeli decydującą cechą życia ludzkiego byłoby dążenie do rozwijania relacji z innymi ludźmi, społeczny kontekst życia człowieka, procedura głębokiej sedacji powodowałaby śmierć człowieka. Istotne jest, jaka koncepcja życia, a co za tym idzie – śmierci, jest prawnie relewantna. Jeżeli prymat zyskałaby koncepcja uznająca życie społeczne za decydujące, lekarz podający leki przy głębokiej sedacji dokonywałby tym samym zabójstwa eutanatycznego, ponieważ pozbawiałby człowieka możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. Natomiast uznanie koncepcji biologicznej jednoznacznie oddzielałoby procedurę głębokiej sedacji od eutanazji. W obecnym stanie prawnym pod uwagę brane są medyczne objawy śmierci – zaprzestanie funkcji życiowych oraz tzw. śmierć mózgową⁶¹.

7. Legalność sedacji paliatywnej

Jak już wspomniano, procedura sedacji paliatywnej budzi wiele wątpliwości natury etycznej, ale również prawnej. Zagadnienia, które mogą mieć wpływ na ocenę procedury z punktu widzenia prawa karnego, obejmują między innymi rozstrzygnięcie, jakie dobra prawne mogą zostać naruszone poprzez zastosowanie sedacji wobec chorego, jaki sposób opieki jest sprawowany nad pozbawionym przytomności (w tym także możliwe zaprzestanie dożywiania), a także to, kto wykonuje sedację (podaje środki sedatywne). Kwestie te mają wpływ na ocenę karnoprawną zachowania, które może naruszać pewne normy sankcjonowane.

7.1. Sedacja jako zabieg leczniczy

Przede wszystkim należy ustalić, czy samo zastosowanie procedury sedacji może naruszać normy prawa karnego. Pod uwagę należy wziąć zachowanie

54 A. Gałęska-Słiwka, Śmierć jako problem medyczno-kryminalistyczny, dz. cyt., s. 22.

55 T. Kalita, Śmierć mózgu jako granica prawnokarnej ochrony życia człowieka, dz. cyt., s. 44.

56 Art. 43a ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty t.j. z dnia 21 marca 2019 r., Dz.U. 2019 poz. 537.

57 A. Gałęska-Słiwka, M. Śliwka, *Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 11, s. 18.

58 U. Górski i in., *Zaburzenia świadomości – perspektywa kliniczna i etyczna*, „Aktualności Neurologiczne” 2014, t. 14(3), s. 192.

59 Tamże, s. 197.

60 Tak było w przypadku Terri Schiavo, https://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case, 26.02.2019; <https://www.aclu.org/news/us-supreme-court-protects-liberty-upholding-terri-schiavo-decision-discontinue-medical>, 26.02.2019.

61 Art. 43a Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 2018 poz. 617 z późn. zm.

polegające na pozbawieniu bądź ograniczeniu świadomości chorego oraz możliwość zaprzestania dożywania chorego po zastosowaniu leków sedatywnych. W przypadku zastosowania sedacji paliatywnej może dojść do naruszenia dóbr prawnych zdrowia i życia poprzez ograniczenie lub pozbawienie chorego świadomości. Podobnie jak w przypadku innych zabiegów medycznych naruszenie takie może nie być uznane za dokonanie czynu zabronionego, jeżeli spełniono przesłanki legalności zabiegu.

Wszystkie czynności medyczne, by można było je

powinni natomiast stosować się do zaleceń organizacji medycyny paliatywnej.

Rzecz jasna reguły postępowania obejmują także dopuszczalność zabiegu *in abstracto*. Wskazuje się, że sam zabieg powinien być dopuszczalny z punktu widzenia systemu prawnego, zgodny z zasadami współżycia społecznego, co do zasady powinien też być uzasadniony stanem zdrowia pacjenta⁶⁴. Lekarzy obowiązuje także Kodeks etyki lekarskiej, dookreślający zasady wykonywania zawodu lekarza. Istotny dla omówienia procedury sedacji jest fakt, że według

Jeżeli decydującą cechą życia ludzkiego byłoby dążenie do rozwijania relacji z innymi ludźmi, społeczny kontekst życia człowieka, procedura głębokiej sedacji powodowałaby śmierć człowieka.

uznać za legalne, powinny spełniać kilka warunków – muszą zostać przeprowadzone w celu leczniczym, za zgodą pacjenta, a także przeprowadzone *lege artis*⁶². Dwie pierwsze przesłanki zostaną omówione w dalszej części opracowania. Reguły sztuki lekarskiej w przypadku przeprowadzenia zabiegu leczniczego mogą zostać uznane za reguły postępowania z dobrem prawnym w rozumieniu prawa karnego⁶³. Jeżeli lekarz zastosuje się do tych reguł, nie można mu przypisać spowodowania skutku w postaci pogorszenia zdrowia pacjenta. W przypadku sedacji paliatywnej pojawia się problem prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych skutków, a częściowo także dookreśloności wspomnianych zasad. Trudno wskazać jednoznaczne reguły postępowania, jako że podawane leki i ich dawki różnią się w zależności od przypadku. Lekarze

art. 31 KEL lekarz nie może stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa. Warto na marginesie zauważyć, że zakaz obejmuje nie tylko zabójstwo eutanatyczne według Kodeksu karnego, ale i ogólnie działania powodujące śmierć innej osoby, podjęte z powodu litości i którym ta osoba się nie sprzeciwia⁶⁵.

Przesłanki legalności zabiegu określa art. 192 Kodeksu karnego. Przepis ten penalizuje dokonanie zabiegu leczniczego bez odpowiedniej zgody, a jak wskazuje się w doktrynie, dobrem chronionym jest w tym przypadku możliwość samostanowienia⁶⁶. Zabieg leczniczy dokonany zgodnie z regułami sztuki

62 A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016, s. 43.

63 J. Giezek, *Naruszenie reguł postępowania z dobrem prawnym a przypisanie skutku* (w:) R. Dębski (red.), *Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności. System Prawa Karnego*, t. 3, Warszawa 2017, s. 287 i n.

64 A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, dz. cyt., s. 112; M. Mozgawa i in., *Komentarz do art. 192 (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 629.

65 D. Kuć, *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 35: lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 7–8.

66 P. Daniluk, *Przestępstwo wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (dwa problemy interpretacyjne)*, „Państwo i Prawo” 2013, nr 2, s. 52; A. Zoll, *Stan wyższej konieczności*

lekarskiej i na który wyrażono odpowiednią zgodę, jest legalny.

Kluczową kwestią w kontekście art. 192 Kodeksu karnego jest dokonanie „zabiegu leczniczego”. W doktrynie różnie interpretuje się to pojęcie, wskazując między innymi, że zabiegiem leczniczym jest czynność dokonana w celu leczniczym⁶⁷. To jednakże nie rozwiązuje problemu interpretacyjnego, lecz przenosi go na inną płaszczyznę, jako że również „cel leczniczy” bywa różnie rozumiany.

Do oceny, czy za „zabieg” może zostać uznana procedura sedacji, istotne jest stwierdzenie, czy cel leczniczy dotyczy jedynie celu poprawy stanu zdrowia chorego, czy też w zakres tego pojęcia włączony jest cel niwelowania skutków choroby, jak uśmierzanie bólu. Wąskie ujęcie „celu leczniczego” ogranicza się do profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób, a zatem określa cel jako zapobieganie, rozpoznanie i wyleczenie choroby⁶⁸. Takie ujęcie było rozpowszechnione zwłaszcza w nieco starszych publikacjach. Natomiast nowsze wypowiedzi doktryny skłaniają się raczej ku przyjęciu szerszego rozumienia „celu leczniczego”, obejmującego również leczenie zachowawcze⁶⁹, a zabieg leczniczy może mieć na celu nie tylko walkę z chorobą pacjenta, ale też uśmierzanie bólu⁷⁰.

W przypadku sedacji paliatywnej powstaje wątpliwość co do jej leczniczego celu. Podobnie jak inne zabiegi medycyny paliatywnej sedacja nie służy poprawie zdrowia chorego ani ochronie zdrowia. Celem podawania leków jest zmniejszenie cierpienia osoby chorej poprzez zmniejszenie odczuwania bólu. Zmniejszenie skutków i objawów choroby jest różnie oceniane przez doktrynę – jeśli przyjmie się szeroką interpretację „celu leczniczego”⁷¹, w odniesieniu do sedacji

jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej, „Prawo i Medycyna” 2005, t. 7, nr 2, s. 8–9.

67 A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, dz. cyt., s. 47.

68 P. Daniluk, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa, „Prawo i Medycyna” 2005, t. 7, nr 5, s. 37–38.*

69 A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, dz. cyt., s. 47.

70 Tamże, s. 51; M. Mozgawa i in., *Komentarz do art. 192*, dz. cyt., s. 629.

71 P. Daniluk, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, dz. cyt., s. 46–47; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za*

można zastosować te same reguły dopuszczalności jak do innych zabiegów leczniczych. Za takim rozumieniem przemawia także art. 2 KEL, który określa powołanie lekarza jako między innymi niesienie ulgi w cierpieniu, i art. 30 KEL traktujący o powinności lekarza co do zmniejszania cierpienia osób w stanach terminalnych⁷². W związku z tym sedacja paliatywna powinna zostać uznana za „zabieg leczniczy”.

7.2. Zgoda na zabieg

Artykuł 192 Kodeksu karnego jako drugie znamię czynu zabronionego określa brak zgody pacjenta na dokonanie zabiegu. Jak podkreśla się w doktrynie, zgoda legalizująca zabieg musi być udzielona świadomie, po poinformowaniu przez personel medyczny o najważniejszych skutkach zabiegu, przez osobę zdolną do oceny rzeczywistości⁷³. Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji określa art. 31 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Udzielenie informacji na temat sposobu dokonania sedacji i na temat ewentualnych skutków stosowania leków sedatywnych powinno obejmować, tak jak w przypadku innych zabiegów medycznych, „proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, informacje o alternatywnych procedurach medycznych oraz wiadomość o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących”⁷⁴. Jak wskazuje się w doktrynie, zakres informacji, jakie należy przekazać pacjentowi, jest zależny od charakteru zabiegu. W odniesieniu do zabiegów niekoniecznych należy przekazać jak najwięcej informacji o przebiegu i skutkach zabiegu, natomiast w przypadku zabiegów koniecznych dla ratowania zdrowia i życia można ograniczyć się do wskazania najczęstszych ich skutków⁷⁵.

wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, dz. cyt., s. 47.

72 Art. 2 i art. 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

73 A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, dz. cyt., s. 109; M. Mozgawa i in., *Komentarz do art. 192*, dz. cyt., s. 629.

74 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, sygn. akt. V ACa 119/18, LEX nr 2631472.

75 M. Kopeć, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 13.

Natomiast sedację paliatywną trudno uznać za zabieg niezbędny dla ratowania zdrowia i życia. Choć jest niewątpliwie przydatna w zakresie łagodzenia cierpienia pacjenta, nie można jej uznać za niezbędną do ochrony życia. Z drugiej strony sedacja nie należy do zabiegów zbędnych z medycznego punktu widzenia, podobnie jak zabiegi medycyny estetycznej. W związku

Zdecydowanie trudniejsza jest ocena zdolności chorego do podjęcia decyzji w przypadku głębokiej sedacji, która jest stosowana w sytuacjach wręcz ekstremalnych. Jak już wcześniej wspomniano, w literaturze odnoszącej się do głębokiej sedacji paliatywnej warunkiem podania leków jest cierpienie wręcz „nie możliwe do zniesienia”. Wydaje się, że chory będący



Wobec stosowania sedacji paliatywnej potrzeba ujednolicenia postępowania w zakresie oceny: cierpienia pacjenta, podawanych mu leków i sposobu opieki.

z tym zakres informacji przekazywanych pacjentowi powinien obejmować przebieg procedury sedacji, zwyczajne skutki zastosowania leków sedatywnych, ryzyko związane z procedurą. Wskazane jest również poinformowanie o możliwych innych rozwiązaniach sytuacji⁷⁶.

Kwestią wątpliwą jest również fakt udzielenia zgody na zabieg przez pacjenta. Choć do skutecznego wyrażenia zgody nie wymaga się pełnej zdolności do czynności prawnych, a istotniejsze jest działanie z dostatecznym rozeznaniem⁷⁷, w przypadku osób decydujących się na zastosowanie sedacji paliatywnej może to stanowić problem. Jak już wcześniej wspomniano, ból i cierpienie mogą zaburzyć proces decyzyjny, a stosowane zazwyczaj środki przeciwbólowe mogą to utrudnić. Dlatego też można sugerować konsultację psychologiczną w zakresie zdolności pacjenta do skutecznego wyrażenia zgody na zabieg.

w takim stanie nie będzie mógł racjonalnie ocenić swojej sytuacji, a odczuwany przez niego ból wpłynie na udzielenie zgody. W przypadku decydowania przez samego pacjenta o sedacji paliatywnej, zwłaszcza o zastosowaniu głębokiej sedacji, ponownie należy zalecić konsultacje z psychologiem w zakresie udzielenia zgody na podanie leków.

W takim przypadku możliwe jest też odwołanie się do instytucji zgody zastępczej, przewidzianej przez ustawę. Zgodnie z art. 32 oraz art. 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry zgoda może być również udzielona przez pełnomocnika ustawowego, a gdy brak przedstawiciela ustawowego prawo do wyrażenia zgody na zabieg przysługuje opiekunowi faktycznemu zgodnie z art. 17 ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta. Jest to szczególnie istotne w przypadku osób w stanie terminalnym, które mogą nie być zdolne do samodzielnego wyrażenia zgody, a jednocześnie mogą nie mieć ustanowionego przedstawiciela ustawowego. W przypadku sedacji paliatywnej dotyczy to w szczególności przypadków, gdy chory jest nieprzytomny lub ze względu na ból lub podawane leki nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody.

7.3. Odwoływalność zgody

W większości publikacji podkreśla się, że zgoda powinna być możliwa do odwołania na każdym etapie

76 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, sygn. akt. V ACa 119/18, LEX nr 2631472.

77 A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, dz. cyt., s. 112, według art. 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry pacjent małoletni poniżej lat 16, ubezwłasnowolniony lub niezdolny do wyrażenia świadomej zgody, może wyrazić sprzeciw wobec zabiegu.

poprzedzającym wykonanie zabiegu leczniczego⁷⁸. To kryterium jest wątpliwe w przypadku długotrwałego leczenia, a zwłaszcza podawania leków wpływających na świadomość pacjenta. Zastosowanie niektórych środków przeciwbólowych ma na celu sprawienie, by pacjent nie odczuwał bólu, lecz powoduje to różne skutki uboczne, przede wszystkim ograniczenie świadomości. Wprowadza się w ten sposób pacjenta w stan lekkiej sedacji, w trakcie której w zasadzie nie jest on już zdolny do samodzielnego podejmowania racjonalnych decyzji. O ile bowiem w przypadku klasycznej terapii polegającej na podawaniu leków pacjent zachowuje zdolność oceny sytuacji, w jakiej się znajduje, w przypadku sedacji leki wpływające na świadomość pacjenta mogą ograniczyć jego zdolności poznawcze. Pacjent przyjmujący leki sedatywne nie zawsze jest w stanie racjonalnie ocenić swój stan. Może się okazać, że udzielenie zgody na stosowanie sedacji paliatywnej jest nieodwoływalne przez pacjenta.

Problematyka ta dotyczy zresztą nie tylko procedury sedacji, ale również podawania innych środków wpływających na postrzeganie otoczenia, w tym leków opioidowych. Powoduje to wątpliwości z dwóch powodów. O ile na początku terapii chory zgadza się na podanie mu odpowiednich środków, o tyle później często jego świadomość jest przez te leki zaburzona i chory nie może samodzielnie zdecydować o zaprzestaniu terapii. Co więcej, zaprzestanie podawania leków nie powoduje jedynie przywrócenia pełnej świadomości choremu, lecz skutkuje również powrotem bólu i cierpienia. Istnieje zatem realny problem interpretowania pragnień chorego, którego możliwości oceny sytuacji mogą być zaburzone przez objawy choroby bądź przez podawane środki.

Pojawia się wówczas uzasadnione pytanie – czy w ogóle możliwe jest zaprzestanie podawania środków sedatywnych lub opioidowych? Jeżeli pacjent skutecznie wyrazi zgodę na podjęcie określonej terapii i ograniczenie świadomości, czy możliwe jest wycofanie takiej zgody? Zapewne zależy to od podawanych leków

i stopnia ograniczenia świadomości – jeżeli świadomość jest ograniczona w znacznym stopniu, dana osoba może już nie zdawać sobie sprawy z tego, co jest przyczyną jej stanu. W konsekwencji nie zażąda zaprzestania podawania leków, ponieważ ani nie odczuwa takiej potrzeby, ani nie dostrzega związku pomiędzy podawanymi lekami a swoim stanem. Wyrażenie woli zaprzestania podawania leków mogłoby pozostać bez odpowiedzi ze względu na ograniczenie możliwości prawidłowego postrzegania świata przez chorego.

Co więcej, gdyby osoby sprawujące opiekę rzeczywiście zastosowały się do prośby pacjenta, brak leków skutkowałby powrotem silnego bólu i cierpienia. W konsekwencji w przypadku rozpoczęcia terapii skutkującej ograniczeniem świadomości chorego może być to droga w jedną stronę, ponieważ chory nie odzyska już pierwotnej sprawności umysłu ani zdolności oceny sytuacji, które będą zaburzone przez podawane środki bądź przez objawy choroby – ból, duszności.

W wielu przypadkach sedacji paliatywnej pacjent zgadza się na to, że już nie będzie w stanie cofnąć prawnie relewantnej zgody ze względu na specyfikę działania leków. Człowiek pozbawiony świadomości w zasadzie zostaje pozbawiony również możliwości decydowania i podejmowania czynności. W przypadku głębokiej sedacji człowiek ten nie może wykonać najmniejszej czynności fizycznej, w przypadkach lżejszej sedacji ograniczona jest swoboda decydowania o sobie. Dopuszczalność skutecznego wyrażenia zgody na ograniczenie świadomości będzie zatem zależna od tego, czy możliwe jest skuteczne dysponowanie dobrem prawnym w postaci świadomości jednostki⁷⁹.

Wypełnienie opisanych wyżej przesłanek wskazanych w art. 192 Kodeksu karnego jest warunkiem legalności zabiegu sedacji paliatywnej, przy przyjęciu szerokiego rozumienia terminu „cel leczniczy” oraz możliwości decydowania o ograniczeniu świadomości. Jednak dopuszczalność na gruncie art. 192 k.k. dotyczy działania zgodnie z wolą pacjenta, nie zaś

78 Tamże, s. 166–168; E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2014, komentarz do art. 32; art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie.

79 Jak wskazuje się w doktrynie za M. Filarem, skuteczna zgoda powinna być wyrażona przez osobę będącą jedynym dysponentem dobra; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, dz. cyt., s. 109.

dopuszczalności *sensu largo*⁸⁰. Z tego względu należy przeanalizować podobieństwo procedury sedacji do innych naruszeń dóbr prawnych pacjenta.

8. Podobieństwa głębokiej sedacji paliatywnej do eutanazji

Jak już wspomniano wcześniej, procedura głębokiej sedacji paliatywnej bywa porównywana do eutanazji⁸¹, czyli celowego powodowania śmierci pacjenta na jego życzenie. *Prima facie* dla wielu osób sedacja wydaje się być procedurą skracającą życie. Jest to logiczna konsekwencja obserwacji dokonywania tego zabiegu – pacjent zostaje pozbawiony świadomości, często również zaprzestaje się jego odżywiania i nawadniania, a po krótkim czasie umiera. Jest to również przyczyna tak częstego porównywania sedacji paliatywnej do eutanazji – pozornie wywołuje się śmierć pacjenta lub przynajmniej skracają się jego życie pod pozorem uniknięcia cierpienia. Bardzo trudno jest udowodnić jednoznacznie, czy głęboka sedacja paliatywna skracają życie, ze względu na trudności w oszacowaniu pozostałego czasu życia.

Dodatkowo zależne to jest od jednostkowej intencji lekarza podającego leki, a to należy ocenić w każdym przypadku osobno. Zatem *prima facie* przypisanie odpowiedzialności za zabójstwo eutanatyczne osobie wykonującej procedurę sedacji jest wykluczone. Wskazana jest jednak analiza porównawcza procedury sedacji oraz eutanazji rozumianej szerzej niż w Kodeksie karnym.

Jako że istnieją wątpliwości dotyczące spowodowania śmierci przez zastosowanie sedacji paliatywnej, prowadzone były badania mające na celu przybliżenie odpowiedzi na to pytanie⁸². Badania przeprowadzono poprzez obserwację dwóch grup pacjentów – pacjenci z jednej grupy zostali poddani sedacji paliatywnej, druga stanowiła „grupę kontrolną”. Pacjentów dobrano w taki sposób, by różniło ich jedynie zastosowanie sedacji, zatem dobrano „pary” o podobnym stanie zdrowia⁸³. Według wyników badań zastosowanie sedacji nie miało znaczącego wpływu na skrócenie czasu życia pacjentów⁸⁴. Choć trudno uznać te badania za ostateczne, stanowią one dowód na twierdzenie, że sedacja nie ma wpływu na długość życia pacjenta,



Jeżeli pacjent skutecznie wyrazi zgodę na podjęcie określonej terapii i ograniczenie świadomości, czy możliwe jest wycofanie takiej zgody?

W kontekście prawnym należałoby przeanalizować kwestię odpowiedzialności za zabójstwo eutanatyczne. Przypisanie odpowiedzialności na podstawie art. 150 k.k. jest uzasadnione w przypadku spowodowania śmierci na żądanie danej osoby i pod wpływem współczucia wobec niej. Wydaje się, że w przypadku sedacji paliatywnej pacjent co do zasady nie wyraża żądania spowodowania śmierci, jako że celem sedacji jest ograniczenie odczuwania, a nie pozbawienie życia.

a przyczyną jego śmierci jest choroba. Warto jednak zauważyć, że w przedmiotowym badaniu nie brano pod uwagę wpływu wstrzymania sztucznego odżywiania i nawadniania pacjenta, co może oddziaływać na długość życia pacjenta, choć – jak podkreślają autorzy – gdyby istniała taka korelacja, powinna ona mieć wpływ na wyniki badań⁸⁵.

80 Tamże, s. 112–113.

81 Przyjęto rozróżnienie rozumienia eutanazji (jako potocznego spowodowania śmierci) od zabójstwa eutanatycznego (wobec którego Kodeks karny przewiduje inne przesłanki).

82 M. Maltoni i in., *Palliative Sedation Therapy Does Not Hasten Death. Results from a Prospective Multicenter Study*, „Annals of Oncology” 2009, nr 20.

83 Tamże, s. 1164.

84 Tamże, s. 1167–1168.

85 Tamże, s. 1168.

Warto zwrócić uwagę również na badania porównujące eutanazję i głęboką sedację paliatywną prowadzone w krajach, w których eutanazja jest legalną procedurą. Według nich różnice między tymi procedurami są widoczne na pierwszy rzut oka. Inne są przyczyny, zamierzenia oraz wykonanie obu procedur⁸⁶. Eutanazja ma na celu przyspieszenie śmierci pacjenta, natomiast sedacja paliatywna służy wprowadzeniu pacjenta w stan, w którym nie odczuwa on już cierpienia, a spowodowanie jego śmierci nie jest celem procedury⁸⁷. Decyzja o eutanazji bądź o zastosowaniu sedacji paliatywnej powinna być podjęta przez pacjenta. Tu również uwidaczniają się pewne różnice, ponieważ o ile sedację paliatywną może zastosować zespół bez konsultacji z pacjentem⁸⁸, o tyle decyzja o eutanazji musi być autonomiczną decyzją pacjenta. Każdy z wyborów jest w pewien sposób uwarunkowany. Według badań dotyczących pacjentów w Holandii na eutanazję decydowały się osoby skarżące się na brak poczucia godności w obecnym położeniu, na cierpienie bez poprawy stanu czy ogólne poczucie słabości i zmęczenia⁸⁹. Z kolei pacjenci decydujący się na sedację czynią to, by uniknąć odczuwania konkretnych objawów choroby – bólu, duszności czy ogólnego cierpienia bez poprawy⁹⁰.

Istotnym argumentem w dyskusji na temat podobieństwa eutanazji i sedacji mogą być dane porównawcze dotyczące czasu pomiędzy podaniem leków i zgonem pacjenta. W procedurze eutanazji w niemal wszystkich przypadkach zgon następuje w trakcie godziny po podaniu środków, natomiast w procedurze sedacji paliatywnej czas ten wynosi od jednego dnia do tygodnia⁹¹.

Rzecz jasna nie można całkowicie wykluczyć zamiaru skrócenia życia pacjenta w przypadku sedacji paliatywnej. Szacuje się, że w pewnych sytuacjach

występuje rzeczywisty zamiar dokonania eutanazji⁹². W krajach, w których eutanazja jest nielegalna, nie budzi to zdziwienia, choć wydaje się niemożliwością zbadanie skali tego zjawiska. Natomiast przywołane badania zostały wykonane w Holandii, gdzie eutanazja jest procedurą legalną. Jak się wskazuje, wykorzystywanie sedacji do ukrycia eutanazji może być spowodowane chęcią uniknięcia formalności związanych z wykonywaniem eutanazji⁹³.

Nie można uznać za równoważne sedacji paliatywnej i eutanazji. Obie te procedury zasadniczo się od siebie różnią. Jednakże, tak jak już zostało wspomniane, istnieje możliwość nadużycia procedury i w zasadzie popełnienie zabójstwa eutanatycznego pod pozorem stosowania sedacji paliatywnej. Jako że w Polsce procedura eutanazji jest niedopuszczalna, możliwa jest sytuacja, w której choremu, który wyraził żądanie skrócenia życia, zaproponowano, by zastosowanie sedacji paliatywnej. Ryzyka tego nie da się całkowicie wyeliminować, lecz zminimalizować powinno je stosowanie zaleceń medycznych dotyczących zarówno przesłanek do stosowania sedacji, jak i sposobu jej wykonywania.

9. Sedacja paliatywna a uszczerbek na zdrowiu

Z perspektywy prawa karnego należy ocenić jeszcze odcięcie pacjenta od bodźców, które następuje w różnym stopniu w każdym przypadku sedacji paliatywnej. W innych okolicznościach spowodowanie braku lub ograniczenia świadomości jest karnoprawnie relewantne. Zachowanie o takim skutku może spełniać znamiona typu czynu zabronionego z art. 157 k.k., jako że spowodowanie stanu braku świadomości w wyniku uderzenia, zależnie od stopnia zadanych obrażeń i odwracalności stanu braku świadomości może zostać uznane za lekki lub średni uszczerbek na zdrowiu. Warta rozpatrzenia wydaje się również kwestia spowodowania trwałego stanu braku świa-

86 K. Chamberaere i in., *Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium. A Nationwide Survey*, dz. cyt.

87 Tamże, s. 490–491.

88 K. Chamberaere i in., *Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium. A Nationwide Survey*, dz. cyt.

89 J. Rietjens i in., *Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices*, dz. cyt., s. 751.

90 Tamże.

91 Tamże, s. 752.

92 K. Chamberaere i in., *Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium. A Nationwide Survey*, dz. cyt., s. 491; J. Rietjens i in., *Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices*, dz. cyt., s. 752.

93 K. Chamberaere i in., *Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium. A Nationwide Survey*, dz. cyt., s. 491.

domości – na przykład gdy pokrzywdzony zapadnie w śpiączkę, której odwrócenie nie będzie możliwe. Osoba w takim stanie wymaga opieki medycznej przez cały czas. Można zatem uznać, że zachowanie takie spełnia znamiona ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jako spowodowanie ciężkiego kalectwa.

Do naruszonych dóbr prawnych w procedurze sedacji można zaliczyć zatem wolność osobistą choro- (pozbawienie możliwości podejmowania decyzji), a potencjalnie można również uznać tę procedurę za naruszającą zdrowie chorego, jako odbierającą lub ograniczającą możliwość odbierania bodźców zewnętrznych.

Podobne ujęcie problematyki sedacji paliatywnej wymaga rozpatrzenia kilku innych kwestii. Przede wszystkim należy określić, czy świadomość i możliwość niezakłóconego odbierania bodźców z otoczenia jest dobrem prawnym, a w dalszej perspektywie – czy może być uznana za składową dobra prawnego, jakim jest zdrowie. Następnie należałoby dookreślić znaczenie zgody dysponenta dobrem prawnym na jego naruszenie w przypadku tak określonego dobra. Dopiero wówczas należy zadać pytanie, czy można wyrazić prawnie relewantną zgodę na zabieg naruszający tak określone dobro.

10. Zgoda dysponenta a ograniczenie świadomości

Wśród przedstawicieli doktryny istnieje spór zarówno co do natury zgody dysponenta dobrem prawnym, jak i katalogu dóbr, co do których można skutecznie wyrazić zgodę na spowodowanie ich naruszenia. Najbardziej rozpowszechnioną koncepcją jest jednak stwierdzenie, że zgoda dysponenta wyklucza przyjęcie bezprawności czynu⁹⁴. W kwestii dóbr moż-

94 W doktrynie wyróżnia się zazwyczaj legalność pierwotną i wtórną. Legalność pierwotna w tym ujęciu miałyby dotyczyć m.in. zabiegów leczniczych, na które wyrażono zgodę (A. Zoll, *Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej*, dz. cyt., s. 7), a bezprawność wtórna m.in. sytuacji kontratypowych (do których zalicza się niekiedy wyrażenie zgody na naruszenie dobra). Przedmiotem niniejszego artykułu nie jest rozstrzygnięcie sporów o zasadność wyróżniania legalności pierwotnej i wtórnej, niemniej warto zaznaczyć, że nie jest to kwestia rozwiązana w doktrynie (T. Kaczmarek, *O tzw. okolicznościach wyłączających bezprawność czynu*, „Państwo

liwych do dysponowania również nie ma wypracowanego jednolitego podejścia doktryny, choć przyjmuje się, że w zakresie uszczerbku na zdrowiu można ją wyrazić swobodnie do lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu. Co do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu ustawodawca nie wykluczył takiej możliwości⁹⁵.

Jeżeli przyjmie się założenie o dopuszczalności wyrażenia prawnokarnie relewantnej zgody na spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, sedacja paliatywna będzie dopuszczalna, w granicach wyznaczonych przez warunki ważności zgody. Jeśli zaś przyjmie się dopuszczalność sedacji paliatywnej (być może dodając warunek terminalnego stanu pacjenta), powstaje pytanie o zasadność niedopuszczalności eutanazji, przynajmniej w stanach bliskich śmierci.

11. Postępowanie z osobą pozbawioną świadomości

Jak już wspomniano, w przypadku osób poddanych głębokiej sedacji paliatywnej czasem rezygnuje się ze sztucznego dożywiania i nawadniania. Co do zasady zachowanie takie mogłoby być ocenione jako powodowanie śmierci danej osoby. Jednakże w przypadku sedacji paliatywnej zaprzestanie odżywiania nie jest uznawane za bezpośrednią przyczynę śmierci pacjenta⁹⁶, zatem nie można lekarzowi przypisać odpowiedzialności za zgon. Co więcej, takie działanie jest zgodne z Kodeksem etyki lekarskiej, jako że służy umniejszeniu cierpienia pacjenta⁹⁷.

W razie, gdyby to zaprzestanie podawania pokarmu było przyczyną śmierci pacjenta, można by się zasta-

i Prawo” 2008, nr 10, s. 25–29; J. Majewski [red.], *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu: materiały IV Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego*, Toruń 2008, s. 96–101). W kontekście rozważań będących przedmiotem niniejszej pracy można zauważyć, że skutkiem przyjęcia zarówno koncepcji podziału legalności na pierwotną i wtórną, jak i koncepcji jednolitej legalności czynu jest brak bezprawności czynu.

95 J. Długosz, *Zgoda dysponenta dobrem prawnym w świetle regulacji konstytucyjnych. Rozważania na pograniczu dogmatyki konstytucyjnego prawa jednostki do samostanowienia o sobie i dogmatyki prawa karnego* (w:) R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego*, Warszawa 2012, s. 1.

96 L. Graf, M. Ślezionea, *Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia*, dz. cyt., s. 50.

97 Art. 30 KEL.

nawiać, czy lekarz ponosiłby odpowiedzialność za spowodowanie śmierci, przy świadomej nieumyślności (lekarz musi zdawać sobie sprawę ze zwyczajnych konsekwencji niepodawania pokarmów). Jednakże w procedurze sedacji paliatywnej zaprzestanie odżywiania i nawadniania pacjenta jest zgodne z regułami stosowania procedury. Co więcej, w tym przypadku zgon spowodowany zaprzestaniem dożywiania może zostać uznany za atypowy skutek zachowania, co skutkowało by brakiem odpowiedzialności lekarza.

9. Zakończenie

Zagadnienie sedacji paliatywnej budzi wiele kontrowersji nie tylko medycznych, ale również etycznych i prawnych. Wśród problemów, jakie można wyróżnić w związku ze stosowaniem sedacji paliatywnej, należy wskazać na potrzebę ujednoczenia postępowania – oceny cierpienia pacjenta, podawanych mu leków i sposobu opieki. Ważne jest też, by brać pod uwagę szczególne okoliczności zastosowania procedury – w innych okolicznościach zaprzestanie podawania jedzenia i napojów uznane by było za karygodne, natomiast w przypadkach stanów terminalnych nawet rezygnacja z udzielenia pomocy jest nie tyle akceptowalna, co wręcz pożądana.

Najwięcej kontrowersji budzi jednak procedura głębokiej sedacji w ostatnich dniach życia. Ta odmiana procedury bywa porównywana do eutanazji. Z punktu widzenia osób bliskich pacjentowi może to wyglądać podobnie – pacjent zostaje pozbawiony świadomości i nie można już z nim nawiązać kontaktu. Pod względem prawnym ten człowiek jest traktowany tak samo jak inne osoby, w praktyce nie może skorzystać z żadnego z praw mu przysługujących ani wykonywać obowiązków obywatelskich. Również w przypadkach lżejszej sedacji, czyli samego ograniczenia świadomości, a nie pozbawienia jej, chory nie jest w stanie w pełni uczestniczyć w życiu społecznym i rodzinnym.

Istotna jest także kwestia zgody pacjenta na taką terapię – czy świadomość oraz możliwość życia społecznego może być przedmiotem dyspozycji pacjenta? Czy ograniczenie świadomości chorego ogranicza jego godność, czy może się on na to zgodzić?

Możliwe, że ten problem długo pozostanie nierozwiązany. Trzeba mieć jednak zawsze na uwadze cel

stosowania procedur medycyny paliatywnej – ulżenie pacjentowi w cierpieniu, a nie zwiększanie cierpienia. Jeżeli procedura sedacji paliatywnej może przyczynić się do obniżenia poziomu dyskomfortu chorego, należy ją dopuścić, zwłaszcza w lżejszym stopniu. Pytanie tylko, czy pacjent pozbawiony świadomości rzeczywiście odczuwa ulgę.

Biorąc pod uwagę dzisiejszy stan wiedzy medycznej, nie ulega wątpliwości, że zastosowanie procedury sedacji paliatywnej nie powinno powodować odpowiedzialności karnej lekarza. Jej zastosowanie jest często ratunkiem dla osób cierpiących, a działanie na rzecz umniejszenia cierpienia należy uznać za pozytywne. Najwięcej wątpliwości budzi możliwość wyrażenia zgody na podanie środków ograniczających świadomość chorego. Jak już wspomniano, zgoda taka powinna być racjonalna, po uświadomieniu możliwych konsekwencji podania leków, wyrażona przez osobę zdolną do oceny sytuacji. W przypadku głębokiej sedacji paliatywnej, na którą zgodę ma wyrazić osoba chora, powinna zostać zapewniona konsultacja psychologiczna w celu oceny zdolności postrzegania przez osobę cierpiącą, jak również powinny zostać dookreślone przesłanki zastosowania głębokiej sedacji paliatywnej.

Odrębną kwestią jest ocena, w stosunku do jakich dóbr prawnych można skutecznie wyrazić zgodę na ich naruszenie. W przypadku świadomości, która jest ograniczana w procedurze głębokiej sedacji paliatywnej, można stwierdzić, że naruszenie jest znaczące, a decyzja podmiotu nieodwracalna (jako że po zastosowaniu leków chory nie jest w stanie podjąć innych czynności). Jednakże zgoda na tak daleko idące skutki jest uzasadniona szczególnymi względami natury medycznej (podobnie jak zgoda na procedurę zmiany płci). Zatem zgoda taka powinna być dopuszczona ze względu na wyjątkowość ogólnej sytuacji chorego.

Bibliografia

- Bozzaro C., Schildmann J., „Suffering” in Palliative Sedation. *Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2018, t. 56, nr 2.
- Chambaere K. i in., *Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium. A Nationwide Survey*, „Journal of the American Medical Association” 2010, t. 170, nr 5.

- Clay Jackson W., *Palliative Sedation vs. Terminal Sedation. What's in a Name?*, „American Journal of Hospice & Palliative Care” 2002, t. 19, nr 2.
- Dangel T. i in., *Kryteria stosowania intensywnej terapii oraz opieki paliatywnej u dzieci w wybranych jednostkach chorobowych*, „Standardy Medyczne/Pediatría” 2011, t. 8, nr numer specjalny 1.
- Daniluk P., *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, „Prawo i Medycyna” 2005, t. 7, nr 5.
- Daniluk P., *Przestępstwo wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (dwa problemy interpretacyjne)*, „Państwo i Prawo” 2013, nr 2.
- Długosz J., *Zgoda dysponenta dobrem prawnym w świetle regulacji konstytucyjnych. Rozważania na pograniczu dogmatyki konstytucyjnego prawa jednostki do samostanowienia o sobie i dogmatyki prawa karnego* (w:) R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego*, R. Zawłocki (red.), Warszawa 2012.
- Fiutak A., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016.
- Gałęska-Sliwka A., *Śmierć jako problem medyczno-kryminalistyczny*, Warszawa 2009.
- Gałęska-Sliwka A., Sliwka M., *Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 11.
- Giezek J., *Naruszenie reguł postępowania z dobrem prawnym a przypisanie skutku* (w:) R. Dębski (red.), *Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności. System Prawa Karnego*, t. 3, R. Dębski (red.), Warszawa 2017.
- Górska U. i in., *Zaburzenia świadomości – perspektywa kliniczna i etyczna*, „Aktualności Neurologiczne” 2014, t. 14(3).
- Grabowska B.M., *Sedacja paliatywna w terapii bólu u pacjentów będących w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób leczonych w stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej w Polsce – analiza własna na podstawie danych uzyskanych w 2010 r.*, „Medycyna Paliatywna” 2013, t. 5, nr 1.
- Graf L., Śleziona M., *Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2016, nr 2.
- Have H., Welie J., *Palliative Sedation Versus Euthanasia. An Ethical Assessment*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2014, t. 47, nr 1.
- Kaczmarek T., *O tzw. okolicznościach wyłączających bezprawność czynu*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 10.
- Kalita T., *Śmierć mózgu jako granica prawnokarnej ochrony życia człowieka*, „Prokuratura i Prawo” 2016, nr 7–8.
- Koh Yong Hwang M., Onn Kei A.L., Huei Yaw W., „*Palliative and Not „Terminal” Sedation*”, „Journal of Pain and Symptom Management” 2009, t. 37, nr 4.
- Kopec M. (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2016.
- Kuć D., *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 35: lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 7–8.
- Luczak J., *Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna-hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?*, „Przegląd Terapeutyczny” 2007, nr 3.
- Luczak J., Kotlińska-Lemieszek A., *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie” 2011, t. 80, nr 1.
- Majewski J. (red.), *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu. Materiały IV Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego*, Toruń 2008.
- Maltoni M. i in., *Palliative Sedation Therapy Does Not Hasten Death. Results from a Prospective Multicenter Study*, „Annals of Oncology” 2009, nr 20.
- Morita T. i in., *Continuous Deep Sedation. A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2017, t. 53, nr 1.
- Mozgawa M. i in., *Komentarz do art. 192 (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Orzoł M., *Zasady opieki terminalnej nad pacjentami z chorobą nowotworową*, „Medycyna po Dyplomie” 2012, nr 7–8.
- Papavasilou E. i in., *From Sedation to Continuous Sedation Until Death. How Has the Conceptual Basis of Sedation in End-of-Life Care Changed Over Time?*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2013, t. 46, nr 5.
- Rietjens J. i in., *Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices*, „Journal of the American Medical Association” 2006, t. 166.
- Stachowiak A., Mróczyńska E., *Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia*, „Medycyna Paliatywna” 2011, nr 1.
- K. de Walden-Gałuszko K. de, *Komentarz (do:) A. Thoms, Problemy etyczne i prawne w opiece terminalnej*, „Medycyna po Dyplomie” 2011, t. 20, nr 1.
- Wach B., *Terminalna sedacja – między eutanazją a opieką paliatywną*, „Analiza i Egzystencja” 2017, nr 37.
- Woroń J. i in., *Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną WHO*, „Medycyna po Dyplomie” 2011, t. 20, nr 8.
- Zalewski Z., *Jak długo mamy obowiązek żyć? (w:) B. Chyrowicz (red.), Przedłużanie życia jako problem moralny*, Lublin 2008.
- Zoll A., *Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2005, t. 7, nr 2.
- Zielińska E. (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2014.

Akty prawne

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2019 poz. 1405, t.j. z dnia 29 lipca 2019.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 2018 poz. 617 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2019 poz. 1127 z późn. zm.

Orzecznictwo

Uchwała SN z dnia 22 października 2010 r., III CZP 76/10, LEX nr 604152.

Uchwała SN z dnia 13 lipca 2011 r., III CZP 32/11, OSNC 2013/4 poz. 45.

Uchwała z dnia 12 grudnia 2013 r., III CZP 74/13, OSNC 2014/9 poz. 88.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, V ACa 119/18, LEX nr 2631472

Inne

Skaba D., *Sedacja i krótkotrwałe dożylnie znieczulenie ogólne*, <https://www.mp.pl/pacjent/ortopedia/badania-zabiegi/165458,sedacja-i-krotkotrwale-dozylnie-znieczulenie-ogolne>, 26.02.2019.

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>, 20.02.2019.

https://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case, 26.02.2019.

<https://www.aclu.org/news/us-supreme-court-protects-liberty-upholding-terri-schiavos-decision-discontinue-medical>, 26.02.2019.