*Ružica Palić Kramarić**
*Suzana Vuletić***
*Mato Palić****
*Tatjana Bačun*****

*Prethodno priopćenje*
*UDK 174:61]:34*
*DOI: https://doi.org/10.25234/pv/33163*
*Rad primljen: 6. listopada 2025.*
*Rad prihvaćen: 24. ožujka 2026.*

# BIOETIČKE KONTROVERZE, PRAVNE SMJERNICE I MORALNE DISTINKCIJE PALIJATIVNE SEDACIJE

*Sažetak:* *Stavljanje pod kontrolu teške kronične boli terminalnih bolesnika, radi ostvarenja što veće „palijativne udobnosti", često zahtijeva primjenu, titraciju i rotaciju jakih opioida. Njihova uporaba povlači određene bioetičke, pravne i moralne dvojbe palijativne sedacije koja u kliničkim (re)interpretacijama može poprimiti kontroverzan prizvuk „zamagljene eutanazije".*

*Stoga nam je namjera prikazati čvrsto biopravno uporište medicinske deontologije, kojima tretman jakih opioida za nepodnošljivu patnju u neminovnom umiranju, spada u primjenu redovnih terapeutskih sredstava te se bioetički toleriraju pojedine potencijalne kontraindikacije.*

*Etički prihvatljive kriterije i smjernice za donošenje odluka u vezi s primjenom rizične doze analgezije i palijativne sedacije potrebno je uzeti s posebnim obzirom vezano uz prirodu nepodnošljivih refraktornih simptoma, pri čemu bolesnici i/li njihovi surogat odlučitelji moraju biti dobro informirani i dati svoj pristanak.*

*Legalna primjena palijativne sedacije ravna se prema općim etičkim načelima te moralnim načelom „dvostrukoga učinka", kojima se namjera kliničara opravdava željom za olakšanjem simptoma, koji nisu intencionalno provođeni namjernim pospješivanjem ubrzane smrti terminalnog bolesnika.*

*Ako korištenje jakih sedativa može ublažiti nepodnošljivu bol uzrokovanu teškim simptomima koji nisu odgovorili na uobičajene terapijske intervencije, klinički*

* Dr. sc. Ružica Palić Kramarić, dr. med., docentica Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek. E-adresa: rpkramaric@mefos.hr. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7616-6732.

** Dr. sc. Suzana Vuletić, redovita profesorica Katoličkog bogoslovnog fakulteta u Đakovu, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Petra Preradovića 17, 31400 Đakovo. E-adresa: suzanavuletic007@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5629-6635.

*** Dr. sc. Mato Palić, docent Pravnog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, S. Radića 13, 31000 Osijek. E-adresa: palic.mato@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-1885-0903.

**** Dr. sc. Tatjana Bačun, dr. med., izvanredna profesorica na Katedri za internu medicinu i povijest medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek. Zavod za kliničku medicinu na Fakultetu dentalne medicine i zdravstva Osijek, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Crkvena 21, 31000 Osijek. Zavod za endokrinologiju, Klinika za unutarnje bolesti, KBC-a Osijek, Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek. E-adresa: tbacun@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7012-5325.

*je razumno i bioetički korektno poslužiti se palijativnom sedacijom. Moralnu ispravnost i određenu uvjetovanost te tvrdnje afirmiraju i određeni legislativni, pravni, bioetički i dokumenti Katoličke Crkve.*

*Ključne riječi:* *palijativna skrb, refraktorni simptomi, palijativna sedacija, „zamagljena eutanazija", bioetika, biopravo, moral, načelo dvostrukog učinka*

## 1. UVODNA INICIJACIJA U PROBLEMATIKU

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao „pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemima povezanim s neizlječivom bolešću, kroz prevenciju i olakšavanje patnje s pomoću ranog prepoznavanja, pravilne procjene i liječenja boli i drugih problema – fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih".[1]

Zdravstveni djelatnici u palijativnoj skrbi imaju temeljnu odgovornost ublažiti nepodnošljivu bol i patnju, posebno kod onih osoba, koji su u terminalnim stadijima. Međutim, u palijativnoj skrbi, vodi se rasprava o tome koje su kliničke strategije kraja života legitimne, a koje nisu. Tako da se u terminalnom stadiju *skrbi na kraju života*, susrećemo sa značajnim kliničkim dilemama koje je vrlo važno rasvijetliti s medicinske, pravne, bioetičke i moralne strane. Jedna od tih kontroverznih tema je i *palijativna sedacija*.

Europska udruga za palijativnu skrb (EAPC) definirala je palijativnu sedaciju kao „nadziranu upotrebu lijekova namijenjenih izazivanju stanja smanjene ili odsutne svijesti kako bi se ublažio teret inače nesavladive patnje, na način koji je etički prihvatljiv za pacijenta, obitelj i pružatelje zdravstvenih usluga".[2]

Kontrolirana sedacija može u pojedinim slučajevima biti jedino učinkovito sredstvo za ublažavanje totalne boli i refraktornih simptoma.[3] To je iznimna, krajnja mjera[4] s obzirom na to da primjena jakih opioidnih sredstava (analgosedacije) može odražavati i neželjene kliničke kontraindikacije. Rizici sedacije, uključuju respiratornu depresiju, hipoksiju, otežanu cirkulaciju, halucinacije, gubitak autonomnih funkcija odgovornih za održavanje života koje mogu

1 World Health Organization, 'Palliative Care' <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> pristupljeno 5. rujna 2025. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), 'Definition of Hospice/Palliative Care' <https://iahpc.org/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> pristupljeno 22 ožujka 2025.

2 European Association for Palliative Care (EAPC), 'Recommended framework for the use of sedation in palliative care' (2009) 23 *Palliative Medicine* 581.

3 Termin „totalna bol" označava objedinjenost bioloških, psiholoških i duhovnih odraza boli. Refraktorni simptomi su oni koji se ne mogu adekvatno kontrolirati (tj. ne postoji odgovarajući tretman koji bi bio učinkovit s prihvatljivim omjerom rizika i koristi za pacijenta). Nathan I Cherny, 'Sedation in response to refractory existential distress: Walking the fine line' (2014) 47 *Journal of Pain and Symptom Management* 887.

4 Daniel P Sulmasy, 'Sedation and care at the end of life' (2018) 39 Theoretical Medicine and Bioethics 171; Johannes HM van Delden, 'The ethical evaluation of continuous sedation at the end of life' in Sigrid Sterckx, Kasper Raus and Freddy Mortier (eds), *Continuous Sedation at the End of Life* (Cambridge University Press 2013) 218.

ubrzati proces umiranja,[5] što se u pojedinim slučajevima može naći na „skliskoj nizbrdici" liječnički potpomognutog samoubojstva spore eutanazijske provedbe.[6]

Upravo ove činjenice pokreću određene medicinske, pravne, bioetičke i moralne dileme pa posljedično primjena palijativne sedacije često obeshrabruje pojedince involvirane u zahtjevnom procesu pružanja palijativne skrbi.

Razlozi većinom proistječu iz nedovoljne biopravne upućenosti u stručne kliničke smjernice palijativne sedacije; ali i zbog mogućeg izlaganja nepovoljnim profesionalnim disciplinskim sankcijama od strane regulatornog nadzora za preagresivno liječenje boli te potencijalnih eutanazijskih manipulacija (terminalne sedacije), koje bi se pod njezinim okriljem mogle nekažnjeno provoditi. Stoga je temeljna namjera članka ukazati na jasne kliničke, pravne i moralne distinkcije ovih izazovnih intervencija.

## 2. REFRAKTORNI SIMPTOMI U PALIJATIVNOJ SKRBI

Brojna istraživanja potvrđuju da je palijativna sedacija u određenim kliničkim situacijama nužna te etički opravdana,[7] što proizlazi iz općeg imperativa kojim liječnici trebaju adekvatno odgovoriti svim dostupnom farmakološkim sredstvima na neizdrživu bol i ekstremnu patnju neizlječivo bolesnih.

Prvi opisi uporabe jakih lijekova za sedaciju i simptomatsku kontrolu u naprednim stadijima neizlječivih bolesti bili su obuhvaćeni izrazom „terminalna sedacija",[8] ali je s vremenom taj koncept promijenjen zbog svojevrsne dvosmislenosti te se počinje sve više profilirati izraz „palijativna sedacija", koja se postupno prihvaća kao redovno terapeutsko sredstvo u skrbi za umiruće bolesnike.[9]

5 Kontinuirana duboka sedacija (RASS –4 do –5) pokreće negativne neurološke, kardiovaskularne, respiratorne i metaboličke učinke zbog svog depresivnog učinka na moždano deblo. Usp. Ruth Branford, Emily Wighton and Joy Ross, 'Principles of drug therapy: focus on opioids' in Nathan Cherny, Marie Fallon, Stein Kaasa and others (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Oxford University Press 2015) 500.

6 Mohamed Y Rady and Joseph L Verheijde, 'Palliative sedation: A critical review of ethical perspectives' (2023) 66 *Journal of Pain and Symptom Management* 312; Mohamed Y Rady and Joseph L Verheijde, 'Continuous deep sedation until death: Palliation or physician-assisted death?' (2010) 27 *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 205.; Bert Broeckaert, 'Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia' (2000) 20 *Journal of Pain and Symptom Management* SP-58.; Samuel H Lipuma, 'Continuous sedation until death as physician-assisted suicide/euthanasia: A conceptual analysis' (2013) 38 *Journal of Medicine and Philosophy* 190

7 Usp. Blair Henry, 'A systematic literature review on the ethics of palliative sedation: an update' (2016) 10 *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 201; Alexander de Graeff and Mervyn Dean, 'Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards' (2007) 10 *Journal of Palliative Medicine* 67; Patricia Claessens, Johan Menten, Paul Schotsmans and Bert Broeckaert, 'Palliative sedation: a review of the research literature' (2008) 36 *Journal of Pain and Symptom Management* 310.

8 Usp. Ana Borovečki and Marijan Klarica, *Medicinska etika* (Hrvatska sveučilišna naklada 2023) 329.

9 Usp. Evangelia S Papavasiliou, Sarah G Brearley, Jane E Seymour and others, 'From sedation to continuous sedation until death: How has the conceptual basis of sedation in end-of-life care changed over time?' (2014) 46 *Journal of Pain and Symptom Management* 706; Eric L Krakauer, 'Sedation in palliative medicine' in Geoffrey Hanks, Nathan Cherny, Nicholas Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa and Russell Portenoy (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (4th edn, Oxford University Press 2007); Nathan Cherny, 'Palliative sedation' in Eduardo Bruera, Irene Higginson, Carla Ripamonti and Charles von Gunten (eds), *Textbook of Palliative Medicine* (Hodder Arnold 2006) 976.

Često se u znanstvenim okvirima nailazi na mnogo istoznačnica, kao što su *sedacija za nepodnošljivu patnju u neminovnom umiranju*,[10] *sedacija na kraju života*,[11] *potpuna sedacija*,[12] *palijativna terapeutska sedacija*,[13] *kontinuirana sedacija do smrti*[14] ili *pak polagana eutanazija*.[15] Složeniji pojmovi korišteni za vrste palijativne sedacije bili su: blaga – intermitentna, blaga – kontinuirana, duboka – intermitentna u neakutnom okruženju, duboka – intermitentna u akutnoj situaciji, duboka-kontinuirana u neakutnoj situaciji, duboka – kontinuirana u akutnoj situaciji.[16]

Neovisno o nominaciji, palijativna sedacija proklamira se kao redovno sredstvo tretmana nepodnošljivih, kroničnih boli u terminalnoj primjeni palijativne skrbi, gdje se prevalencija refraktornih simptoma kreće od 10 % do 50 %, s prosječnom procjenom od 25 % do 33 %,[17] dok se procjenjuje da palijativna sedacija prethodi od 10 do 18 % svih smrtnih slučajeva u europskim zemljama.[18]

Unatoč stručnoj palijativnoj skrbi, u nekim slučajevima refraktorni simptomi ne reagiraju na standardne intervencije, s obzirom na to da mogu izazvati uznemirujuće simptome poput jake(kronične) boli, mentalne zbunjenosti, nekontrolirane agitacije, konvulzija, osjećaja gušenja, apneje, delirija. Stoga bolesnicima, kod kojih je skori smrtni ishod izgledan i neizbježan, treba ograničiti uporabu svih nesvrsishodnih/distanazijskih tretmana, osobito invazivnih terapijskih postupaka, a napore medicinskog tima preusmjeriti na personaliziranu palijativnu skrb koja ima za cilj skratiti i ublažiti patnju pacijenta te omogućiti mu mirno i dostojanstveno umiranje.[19]

U namjeri te realizacije, nakon što su svi drugi načini pružanja palijativne udobnosti i olakšanja umirućem pacijentu isprobani i nisu bili uspješni, klinički njegovatelji uz dogovor s terminalnim bolesnikom i njegovim surogat odlučiteljima, mogu razmotriti palijativnu sedaciju,

10 Usp. Eric L Krakauer, Richard T Penson, Robert D Truog, Linda A King, Bruce A Chabner and Thomas J Lynch, 'Sedation for intractable distress of a dying patient' (2000) 5 *The Oncologist* 53.

11 Usp. Carl J Furst and Kerstin Hagenfeldt, 'End-of-life sedation – definition and clinical guidelines needed' (2002) 99 *Läkartidningen* 3830.

12 Usp. Jamie Goldstein-Shirley and Perry G Fine, 'Ethics of total sedation' (2001) *Total Sedation Educational Resources Draft, Task Force of the NHPCO Ethics Committee, Session 8A*.

13 Usp. Tatsuya Morita, Kei Hirai and Yumi Okazaki, 'Preferences for palliative sedation therapy in the Japanese general population' (2002) 5 *Journal of Palliative Medicine* 375.

14 K Raus, J Brown, C Seale and others, 'Continuous sedation until death: The everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, the Netherlands and Belgium' (2014) 15 BMC *Medical Ethics* 14 <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-14> pristupljeno 3. siječnja 2025.

15 Usp. Elisabeth Lucchi, M Milder, A Dardenne and others, 'Could palliative sedation be seen as unnamed euthanasia? A survey among healthcare professionals in oncology' (2023) 22 *BMC Palliative Care* 97 <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01219-z> pristupljeno 16. rujna 2025.

16 Séverine M. Surges, Holger Brunsch, Birgit Jaspers i dr., „Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study", *Palliative Medicine* 38 (2024) 2, 213–228 <https://doi.org/10.1177/02692163231220225> pristupljeno 7. kolovoza 2025.

17 Linda Heino, Minna Stolt and Elina Haavisto, 'The practices of nurses about palliative sedation on palliative care wards: A qualitative study' (2022) 78(11) *Journal of Advanced Nursing* 3733.

18 Guido Miccinesi, Judith A Rietjens, Luc Deliens and others, 'Continuous deep sedation: physicians' experiences in six European countries' (2006) 31 *Journal of Pain and Symptom Management* 122.

19 Usp. Hrvatska liječnička komora, *Kodeks medicinske etike i deontologije* (Narodne novine, broj 55/2008, 139/2015).

oslanjajući se na *Rezoluciju Svjetskog liječničkog udruženja o načelima skrbi za neizlječive i umiruće pacijente s jakom kroničnom boli* (1990), u kojoj se ističe da:

> „Skrb o terminalno bolesnim pacijentima s teškom kroničnom boli mora uključivati takvu njegu i liječenje koje će im omogućiti da završe svoj život dostojanstveno i sa smislom. Pritom se upotrebljavaju analgetici iz skupine opijata i ne-opijata, koji uz adekvatnu primjenu mogu ublažiti bol kod većine pacijenata. Dužnost je liječnika, kao i svih drugih koji skrbe o umirućem pacijentu s teškom kroničnom boli, da potpuno shvate dinamiku podnošenja boli i kliničku farmakologiju analgetika."[20]

Međutim, stavljanje pod kontrolu teške kronične boli terminalnih bolesnika, radi ostvarenja što veće „palijativne udobnosti" preostale kliničke kvalitete živote, često zahtijeva primjenu, titraciju i rotaciju jakih farmakoloških sedativa i opioida[21] s nizom pripuštajućih popratnih komplikacija, što u palijativnoj medicini podrazumijevamo pod izrazom palijativne i/li terminalne sedacije. Provodi se davanjem visokosedativnih lijekova s namjerom olakšanja nepodnošljivosti tzv. „totalnog bola" palijativnih bolesnika, sve dok je to razmjerno pacijentovu stanju. Ona predstavlja krajnju opciju i posljednju mjeru skrbi na kraju života, za ublažavanje teških i refraktornih simptoma (poput delirija, paradoksalne agitacije, dispneje, otežanog disanja i nepodnošljive boli);[22] dok se psihološke, socijalne, duhovne i egzistencijalne nevolje smatraju kontroverznim indikacijama za korištenje palijativne sedacije.

U cilju što jasnijeg prezentiranja, nastojat ćemo klasificirati palijativnu sedaciju, preuzimajući kompilaciju niza stručnih izvora:

*Palijativna analgosedacija* podrazumijeva primjenu odgovarajućih lijekova u dozama i kombinacijama koje učinkovito dovode do planiranog smanjenja svijesti kod bolesnika u uznapredovaloj ili završnoj fazi bolesti. Takva sedacija ne mora uvijek biti terminalna (nepovratna).

*Terminalna analgosedacija* primjenjuje se kod pacijenta u agoniji, čija se smrt očekuje vrlo brzo, a podrazumijeva primjenu odgovarajućih lijekova radi ublažavanja (fizičke i/ili psihološke) patnje koju je nemoguće ublažiti drugim mjerama. Ima za cilj uvođenje pacijenta koji je u završnoj fazi bolesti, u stanje dubokog i planiranog nepovratnog smanjenja svijesti, s pomoću lijekova koji ublažuju bol, tako da ga pacijent više ne osjeća, u kombinaciji s povlačenjem ili uskraćivanjem tretmana održavanja u životu (umjetne hidratacije i ishrane).[23]

Palijativna se sedacija može razlikovati u isprekidanom nizu sedacije s privremenim učinkom olakšanja od patnje, do kontinuirane terminalne tzv. dublje sedacije. Na temelju toga, sedacija može biti kategorizirana kao:[24]

---

20 World Medical Association, 'Resolution on the principles of care for incurable and dying patients with severe chronic pain' – dostupno u: Niko Zurak, *Medicinska etika* (Merkur A. B. D. 2007) 292.

21 Opijat je specifičan pojam koji se koristi za opisivanje derivata dobivenih od soka opijumskog maka. Glavni sastojak, alkaloid nazvan morfin, izolirao je Sertürner 1803. godine, koji predstavlja „zlatni standard" analgetskog učinka. Usp. Per Sjøgren and Jørgen Eriksen, 'Opioid analgesics' in Eduardo Bruera, Irene J Higginson, Carla Ripamonti and Charles von Gunten (eds), *Textbook of Palliative Medicine* (Hodder Arnold 2006) 380.

22 Usp. Chirag Patel, Paul Kleinig, Michael Bakker and Paul Tait, 'Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life' (2019) 48 *Australian Journal of General Practice* 838.

23 Usp. Ministarstvo zdravstva, *Smjernice za unaprjeđenje kvalitete palijativne skrbi u intenzivnoj medicini* (2021) 24.

24 Usp. Nathan Cherny, 'Palliative sedation' in Eduardo Bruera, Irene J Higginson, Carla Ripamonti and Charles von Gunten (eds), *Textbook of Palliative Medicine* (Hodder Arnold 2006) 976.; Luciano Orsi, 'What Is Palliative Sedation, and How Is It Administered?' *Medscape Medical News* <https://www.medscape. com/viewarticle/983097?form=fpf> pristupljeno 22. listopada

- *Hitna sedacija* – primjenjuje se u neposredno preterminalnim stanjima.
- *Blaga sedacija* – bolesnik je somnolentan, ali ostaje sposoban za (ne)verbalnu komunikaciju.
- *Srednja sedacija* – pacijent je pretežito bez svijesti, ali se povremeno može kratko probuditi radi komunikacije.
- *Sedacija s predahom (prolazna sedacija)* – privremena sedacija radi olakšanja simptoma ili psiho-egzistencijalne patnje, osobito kada se očekuje dulje preživljenje.
- *Povremena/intermitentna sedacija* – sedacija u cikličkim intervalima radi prekidanja epizoda intenzivnog distresa.
- *Duboka kontinuirana sedacija* – progresivno povećanje sedacije kod refraktornih simptoma, sve do potpune nesvijesti i gubitka mogućnosti komunikacije; indicirana uglavnom kada se smrt očekuje unutar nekoliko sati ili dana.
- *Komforna njega* – palijativne intervencije usmjerene na ublažavanje simptoma i osiguravanje udobnosti bolesnika pri kraju života.

Klinički protokoli sugeriraju da palijativnu sedaciju treba primjenjivati proporcionalno, što znači da se razina svijesti snižava samo do mjere potrebne za ublažavanje simptoma. U pravilu se najprije pokušava s intermitentnom ili blagom sedacijom, dok se dublja sedacija primjenjuje tek kada blaži oblici sedacije ne osiguravaju odgovarajuće olakšanje simptoma. Kontinuirana duboka sedacija može se klinički opravdano primijeniti kada je patnja intenzivna i definitivno refraktorna, kada se smrt očekuje unutar nekoliko sati ili dana, kada postoji izričita želja pacijenta te u slučaju naglog terminalnog pogoršanja bolesti.[25]

Dakle, govorimo o legalnoj medicinskoj primjeni potencijalno smrtonosnih lijekova, dostupnih osobama u terminalnom stanju, koje ispunjavaju posebne kriterije palijativne udobnosti. Time na vidjelo izranja potencijalni strah pružatelja palijativne skrbi od prekomjernog korištenja opijatnih analgetika do nenamjeravane provedbe aktivne eutanazije. Na taj način može se konstatirati da uporaba opioida predstavlja dosta kontroverzno pitanje s obzirom na to da je dokazano da pretjerana sedacija može uzrokovati povećan rizik od aspiracijske pneumonije, respiratorne supresije te terminalnom bolesniku umanjiti svijest. Unatoč navedenom, farmakološka indukcija nesvjestice do trenutka smrti gotovo je univerzalno prihvaćena u liječenju terminalnih pacijenata kod kojih je prekinuto liječenje za održavanje života. Zbog tih su razloga razvijene pravno važeće protokolarne smjernice odgovarajuće analgezije.

## 3. BIOPRAVNA DIMENZIJA KLINIČKIH PROTOKOLA PALIJATIVNE SEDACIJE

Inicijativu o zaštiti dostojanstva i prava neizlječivo bolesnih i umirućih terminalnih bolesnika podupiru brojni pravni dokumenti, koji jamče zaštitu bolesnika.

2022.; Lars J Materstvedt and Georg Bosshard, 'Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): Clinical-ethical and philosophical aspects' (2009) 10 *Lancet Oncology* 622.

25 Usp. Séverine M Surges, Eduardo Garralda, Birgit Jaspers and others, 'Review of European guidelines on palliative sedation: A foundation for the updating of the European Association for Palliative Care framework' (2022) 25 *Journal of Palliative Medicine* 1727.; Guido Miccinesi, Augusto Caraceni and Marco Maltoni, 'Palliative sedation: Ethical aspects' (2017) 83 *Minerva Anestesiologica* 1317.

Pravo na palijativnu skrb jedno je od osnovnih ljudskih prava na zdravstvenu zaštitu. Potvrdila ga je Svjetska zdravstvena organizacija i pozvala sve države da ju integriraju u zdravstvenu zaštitu na svim razinama[26] prema *Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi*.[27]

I *Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u odnosu na primjenu biologije i medicine – Konvencija o ljudskim pravima i biomedicina*[28] utvrdila je obvezu poštovanja i zaštite dostojanstva neizlječivog i terminalnog bolesnika.

Vijeće Europe u *Preporuci 1418 (1999.) 1 – O zaštiti ljudskih prava i dostojanstva neizlječivo bolesnih i umirućih* poziva države članice da osiguraju potrebnu pravnu i društvenu zaštitu dostojanstva smrtno bolesnih ili umirućih osoba u svakom pogledu.[29]

Odbor ministara Vijeća Europe donio je *Preporuku br. REC (2003.) 24* Odbora ministara državama članicama *O organizaciji palijativne skrbi*. Naglašavaju da je palijativna skrb aktivna, potpuna skrb za pacijente s uznapredovalim, progresivnim bolestima, usmjerena na nadzor boli i drugih simptoma te pružanje psihološke, socijalne i duhovne podrške.[30]

U *Globalnoj rezoluciji o palijativnoj skrbi*, Svjetska zdravstvena skupština (2014) pozvala je sve države članice da poboljšano integriraju pristup u zdravstvenu zaštitu za palijativnu skrb na svim razinama, kroz kontinuitet skrbi kao ključnu komponentu zdravstvenih sustava.[31]

Parlamentarna skupština Vijeća Europe posvetila se etičkoj domeni palijativne skrbi i u *Rezoluciji 1649 (2009.) 1 – Palijativna skrb: model za inovativnu zdravstvenu i socijalnu politiku*. Skupština vjeruje da etika ima temeljnu ulogu kao praktična filozofija u oblikovanju rasprava o zdravstvenim ciljevima i prioritetima skrbi u društvu. Stoga, preporučuje državama članicama: usredotočiti se na etiku radi postizanje stabilnog konsenzusa u društvu o kontroverznim etičkim pitanjima.[32]

---

26 World Health Assembly, *WHA67.19 Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care throughout the Life Course* (Sixty-seventh World Health Assembly 2014) <http://apps.who.int/medicinedocs/ documents/s21454en/s21454en.pdf> pristupljeno 10. ožujka 2025.

27 'White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care' (2009) 16 *European Journal of Palliative Care* 278; 'White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care' (2010) 17 *European Journal of Palliative Care* 122.

28 *Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini* (Narodne novine – Međunarodni ugovori, broj 13/2003).

29 Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 'Recommendation 1418 (1999) on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying' in *Texts of the Council of Europe on bioethical matters, Volume II* (Human Rights Policy and Development Department, Bioethics Unit 2014) 45.

30 Council of Europe Committee of Ministers, 'Recommendation No REC (2003) 24 to member States on the organisation of palliative care' in *Texts of the Council of Europe on bioethical matters, Volume I* (Human Rights Policy and Development Department, Bioethics Unit 2014) 118.

31 World Health Assembly, *WHA67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course* (Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva 2014) <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf> pristupljeno 10. ožujka 2025.

32 Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 'Resolution 1649 (2009) on palliative care: a model for innovative health and social policy' in *Texts of the Council of Europe on bioethical matters, Volume II* (Human Rights Policy and Development Department, Bioethics Unit 2014) 68.

I Vlada Republike Hrvatske usvojila je niz strateških planova palijativne skrbi Republike Hrvatske kao i nacionalne strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatske[33] koje zagovaraju pristup svim uslugama palijativne skrbi, među kojima je prioritet ublažavanje boli, na svim njezinim razinama.

U kontekstu navedenih legislativnih preporuka, potrebne su i pomno razvijene proceduralne kliničke smjernice za palijativnu sedaciju[34] da bi ju se moglo pravno opravdati i pojmiti kao biopravnu regulativu medicinske deontologije.

S tom namjerom, Društvo za kritičnu medicinsku skrb objavilo je prve parametre za primjenu analgezije i sedacije u kritično bolesnih pacijenata (1996).[35] Njih su potom slijedile i brojne druge svjetske i nacionalne liječničke udruge te Međunarodna organizacija za hospicij i palijativnu skrb (2010.).[36] Slijedeći njihov primjer, Europska udruga za palijativnu skrb (EAPC), razvila je klinički okvir za palijativnu sedaciju (2009),[37] priznajući ovu praksu kao važnu i bioetički prihvatljivu intervenciju posljednjeg utočišta za neizlječivo bolesne pacijente koji imaju refraktorne simptome. Sastoji se od deset ključnih smjernica koje pokrivaju etičke, kliničke i organizacijske aspekte palijativne sedacije. Ove smjernice uključuju, među ostalim, jasnu definiciju pojmova, indikacije za primjenu sedacije, procjenu kapaciteta pacijenta za donošenje odluka, informirani pristanak, dokumentaciju, komunikaciju s obitelji i multidisciplinarni pristup.

Potom je Vijeće američkog medicinskog udruženja za etička i pravosudna pitanja (AMA), među prvima, odobrilo odgovornu primjenu palijativne sedacije i propisivanje opioida (2014).[38] Učinkovita klinička uporaba opioidnih lijekova zahtijeva poznavanje različitih dostupnih lijekova, putova primjene, smjernica za doziranje i mogućih nuspojava. Navodi se da palijativnu sedaciju treba primijeniti samo nakon sveobuhvatne procjene simptoma pacijenta i njegovih psihosocijalnih i duhovnih potreba te razine (ne)izdržljive boli.

U procjeni boli odraslih bolesnika preporučuje se korištenje validiranih instrumenta za procjenu boli: *RASS-PAL ljestvica* – sustav bodovanja sedacije, *Rudkinova ljestvica* i *Ramsayeva ljestvica*. Kod kritično oboljelih (intubiranih i/ili sediranih) koji nisu u mogućnosti izvijestiti o jačini svoje boli, predlaže se koristiti ljestvicu *Critical Care Pain Observation Tool* (CCPOT)

33 Svi dokumenti dostupni si na stranici Ministarstva zdravstva: <www.zdravstvo.gov.hr>.

34 Usp. Eduardo Garralda, Csilla Busa, Eva Pozsgai and others, 'Regulations on palliative sedation: an international survey across eight European countries' (2022) 33 *European Journal of Public Health* 39; Ebun Abarshi, Judith Rietjens, Lenzo Robijn and others, 'International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: A systematic review' (2017) 7 *BMJ Supportive & Palliative Care* 223; Sigrid Sterckx, Kasper Raus and Freddy Mortier, *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives* (Cambridge University Press 2016).

35 Usp. Barry A Shapiro and others, 'Practice parameters for intravenous analgesia and sedation for adult patients in the ICU: An executive summary' (1996) 24 *Critical Care Medicine* 368.

36 Timothy W Kirk and Margareth Mahon, 'National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients' (2010) 39 *Journal of Pain and Symptom Management* 914.

37 European Association for Palliative Care (EAPC.), 'Clinical practice guidelines for the use of sedation in palliative care' in Nathan I Cherny, Lucas Radbruch and Board of the European Association for Palliative Care, 'Palliative Medicine' (2009) 23 *Palliative Medicine* 581.

38 Usp. American Medical Association, 'Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs: Sedation to unconsciousness in end-of-life care' in *Federation of State Medical Boards, Responsible Opioid Prescribing: A Clinician's Guide* (2nd edn, Washington, DC 2014).

uzimajući u obzir izraze lica, pokrete tijela i napetost mišića te podnošljivost udisaja od strane respiratora za intubirane, odnosno vokalizaciju za pacijente na spontanoj respiraciji.[39]

Prije primanja palijativne sedacije, osobe bi trebale biti podvrgnute pozornom razmatranju zajedno sa svojim zdravstvenim timom kako bi se osiguralo da su iscrpljeni svi drugi resursi i strategije liječenja. Način promicanja sigurne i etičke primjene palijativne sedacije je kroz sveobuhvatnu međuprofesionalnu procjenu i zajedničko donošenje odluka. Tako da u raspravu o *skrbi na kraju života* treba uključiti čitav liječnički tim koji se skrbi o terminalnom bolesniku, samog bolesnika i članove njegove obitelji (ili surogate).

Palijativnu sedaciju treba nadzirati specijalist palijativne medicine. Osnovni koraci u procesu planiranja i primjene palijativne sedacije uključuju temeljitu procjenu pacijenta, preciznu utvrđenost refraktornih simptoma koji se nisu ublažili primjenom standardne terapije, odluku za ukidanjem daljnje nesvrsishodne distanazijske/primjene[40] (ne)redovitih sredstava te uspostavljanje dobro informiranog pristanka.

Nakon temeljite rasprave o ciljevima skrbi, mora se dokumentirati pisani ili usmeni pristanak pacijenta u vezi s njegovom voljom da se započne s palijativnom sedacijom. Za pacijente koji ne mogu priopćiti svoje želje zbog smanjene razine svijesti, trebale bi se slijediti prethodne upute bioloških oporuka pacijenta ili pristanak dobiti od zakonski priznatog opunomoćenika.[41] Pacijenti koji pristanu na kontinuiranu palijativnu sedaciju uvijek se mogu predomisliti i svoj pristanak mogu povući u bilo kojem trenutku.

Klinički kriteriji, indikacije i preduvjeti za palijativnu sedaciju zahtijevaju sljedeće:[42]

- pacijenta s teškom terminalnom bolešću kod kojeg se smrt očekuje unutar nekoliko sati ili dana
- refraktorne simptome koji se ne mogu ublažiti standardnim palijativnim terapijama[43]
- prethodno razmatranje ili uskraćivanje mjera održavanja života
- jasno dokumentiran razgovor s pacijentom ili zamjenskim donositeljem odluka o ciljevima skrbi i rizicima sedacije
- svijest da cilj palijativne sedacije nije prouzročiti smrt, premda postoji mogućnost nenamjernog skraćenja života.

Slijedom toga, etički je imperativ da se dogovore i pridržavaju jasni kriteriji: ako pacijentu ne prijeti neposredna smrt, kontinuirana duboka sedacija nije dopuštena.[44] Određivanje re-

39 Usp. Jean-François Payen, Olivier Bru, Jean-Luc Bosson and others, 'Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale' (2001) 29 *Critical Care Medicine* 2258; Virginia L Ghafoor and Lauren S Silus, 'Developing policy, standard orders, and quality-assurance monitoring for palliative sedation therapy' (2011) 68 *American Journal of Health-System Pharmacy* 523.

40 Za opširniji pristup upućujemo na: Suzana Vuletić, Brankica Juranić, Štefica Mikšić and Željko Rakošec, 'Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanazije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću' (2014) 22 *Diacovensia* 163.

41 Za podrobniji pristup, vidi: Suzana Vuletić, Silvana Karačić and Gordana Pelčić, 'Hetero/autonomija u kontekstu samo/determinizma bioloških oporuka' (2018) 34 *Pravni vjesnik* 73.

42 Usp. Ted C Braun, Neil A Hagen and Trish Clark, 'Development of a clinical practice guideline for palliative sedation' (2003) 6 *Journal of Palliative Medicine* 345; Erik L Krakauer, 'Sedation at the end of life' in Nathan Cherny, Marie Fallon, Stein Kaasa and others (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th edn, Oxford University Press 2015) 1136.

43 Kao što su blagi opioidi, neuroleptici, antikonvulzivi, anksiolitici i antidepresivi; neuromodulatorne postupke za bol kao što su blokada živaca i intratekalna analgezija; palijativna terapija zračenjem; endoskopske ili kirurške procedure.

44 Robert Twycross, 'Reflections on palliative sedation' (2019) 12 *Palliative Care* 27 <https://doi.org/10.1177/1178224218823511> pristupljeno 4. siječnja 2025.

fraktornosti treba se donijeti tek nakon što stručna psihijatrijska/psihološka procjena isključi depresiju, delirij i anksiozni poremećaj, a odgovarajuće mjere nisu uspjele pomoći pacijentu da prijeđe na pozitivniji pogled na svijet.

Sveobuhvatni plan skrbi za palijativnu sedaciju trebao bi uključivati: potvrdu pružatelja koji podržava 24/7 pristup planu palijativne sedacije; datum i vrijeme početka primjene sedacije; naziv i doza(e) lijeka(ova) koji će se primijeniti; potvrdu ciljeva sedacije (lagana, umjerena, duboka…), ovisno o kliničkoj situaciji, korištenjem Richmondove skale sedacije agitacije (RASS-PAL); plan titracije te narudžbe opreme i zaliha.[45]

Za ublažavanje boli i patnje koristi se trostupanjska ljestvica tretmana kronične boli Svjetske zdravstvene organizacije.[46] Na osnovi te procjene, kod nekih bolesnika, olakšanje simptoma može se postići laganom razinom sedacije s malim dozama lijekova, dok se kod drugih palijativna udobnost može postići samo na dubljoj razini sedacije, s višim dozama. Zbog tih je razloga nužna titracija doze opioda za postizanje cilja. Postupni pristup (*step-lader method*) kontroli boli, počinje uobičajenim analgeticima i nastavlja se preko opioida za blagu do umjerenu bol (kodein, dihidrokodein DF 118, dekstropropoksifen, tramadol, tapentadol) do jačih opioida (morfin, metadon, diamorfin/heroin, petidin/meperidin, oksikodon, dekstromoramid, fenazocin, pentazocin, buprenorfin…).[47] Za palijativnu sedirajuću intervenciju dodatno se primjenjuju i lijekovi kao što su benzodiazepini i antipsihotici.[48] Benzodiazepini su lijekovi izbora za umirivanje (diazepam, lorazepam, klonazepam, flunitrazepam, midazolam, metotrimeprazin propofol, ketamin, barbiturat fenobarbital). Uz umirujući (sedativni) posjeduju hipnotički, anksiolitički i amnestički učinak; dok antipsihotici smanjuju tjeskobu. Ipak, nekako načelno, kliničke smjernice prepoznaju midazolam kao lijek prvog izbora za palijativnu sedaciju. U slučaju neuspjeha midazolama, dodaje se neuroleptik (po mogućnosti levomepromazin, klorpromazin, klotiapin i prometazin). Treći korak s propofolom smije se provoditi samo u bolničkom okruženju i pod nadzorom osobe s iskustvom u njegovoj uporabi.

Opioide treba primijeniti najmanje invazivnim i najsigurnijim putem koji može pružiti odgovarajuću analgeziju. Iako mnogi lijekovi koji se koriste za palijativnu sedaciju dolaze u oralnoj formulaciji, najbolje je koristiti se njima intravenski ili potkožno kako bi se doza dosljedno primjenjivala, neovisno o razini pacijentove mogućnosti agitacije ili sposobnosti gutanja. Intravenoznim načinom uvelike se koriste u bolnicama, dok je subkutana primjena često primjenjivana u kućnom okružju i ako je intravenozno teško pristupiti. Intramuskularno se ne preporučuje jer to zahtijeva česte bolne injekcije. Lijekovi se mogu primijeniti i transdermalno, sublingvalno ili transrektalno. Preporučuje se primjena s pomoću kontinuirane intravenske ili supkutane infuzije lijeka za smirenje ili s pomoću specijaliziranog katetera dizajniranog za udobno i diskretno davanje lijekova. Opioidi se mogu davati i rektalno, epiduralno, intratekalno, intraventrikularno, sublingvalno i kroz kontinuiranu infuziju.

45 Usp. Division of Palliative Care, Department of Family Medicine, *Continuous Palliative Sedation Therapy (CPST) Guidelines* (McMaster University 2020).

46 World Health Organization (WHO), 'Algorithm for the treatment of chronic pain – World Health Organization pain scale' <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/> pristupljeno 10. ožujka 2025.

47 Usp. Robert Dunlop, 'Šira primjena palijativne skrbi' in Cicely Saunders and Nigel Sykes, *Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti* (Zagreb 1996) 293.

48 John A Bodnar, 'Review of agents for palliative sedation/continuous deep sedation: pharmacology and practical applications' (2017) 31 *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 16.

Doza i učestalost primjene ovih lijekova trebaju se titrirati i uvijek biti proporcionalne željenoj kliničkoj koristi. Stoga, *Smjernice kliničke prakse za kvalitetnu palijativnu skrb* preporučuju sveobuhvatnu procjenu simptoma prije započinjanja farmakološke terapije; stalno praćenje kako bi se utvrdila učinkovitost i eventualni štetni učinci te edukacija bolesnika i obitelji. Budući da svaki lijek ima nuspojave, cilj opioidne terapije jest titrirati do analgezije i umanjivanje njihovih štetnih učinaka, koliko je god moguće. Ti učinci mogu se riješiti trima pristupima:[49] smanjena doza propisanoga opioida/titracija, rotacija na ekvianalgezičnu dozu različitoga opioida te liječenje nuspojava. Oni se kreću od benignih do ozbiljnih i fatalnih posljedica, a rijetko izazivaju nuspojave kao što su respiratorna depresija i smrt.

U bolesnika kod kojih postoji trajna sedacija pri dozama opioida potrebnim za postizanje kontrole boli, potrebno je razmotriti adjuvantne analgetske mjere kako bi se omogućilo smanjenje doze opioida. Takve mjere uključuju farmakološke i nefarmakološke intervencije. Farmakološke intervencije uključuju korištenje NSAID-a, bisfosfonata, kortikosteroida, tricikličkih antidepresiva ili antikonvulziva. Nefarmakološke mjere uključuju radioterapiju i blokade živaca. Alternativni načini primjene analgetika kao što su intratekalna i epiduralna primjena također mogu biti korisni u omogućavanju značajnog smanjenja doza opioida.[50]

Bolesnika treba često procjenjivati dok se ne postigne odgovarajuća sedacija, a zatim najmanje dva puta na dan nakon što je sedacija postignuta. Doze lijekova treba postupno povećavati ili smanjivati do razine na kojoj je patnja ublažena uz minimalno potiskivanje razine svijesti i neželjenih učinaka, uz dokumentiranje razloga promjena i naknadnih reakcija.

Odluka da se ponudi sedacija za ublažavanje nepodnošljive patnje neizlječivo bolesnim pacijentima ne predstavlja etički problem i podupire je pravni presedan.[51]

U Engleskoj je zabilježen prvi takav sudski presedan u slučaju „R v Adams" (1957).[52] Poznat je i slučaj „Baby D" u sudskoj praksi u Australiji (2011), gdje je sud dopustio primjenu palijativne sedacije (morfijem) kod novorođenčeta koje je imalo katastrofalnu ozljedu mozga.[53]

Nekoliko važnih sudskih slučajeva u Sjedinjenim Državama istaknulo je pitanje palijativne sedacije i razjasnilo njezinu zakonitost u kontekstu prava na palijativnu skrb na kraju života.[54] Vrhovni sud SAD-a podržao je pravo informiranih pacijenata da traže olakšanje od patnje, čak i ako liječenje može nenamjerno skratiti život. U Nizozemskoj su dvije liječnice dobile službe-

49 Usp. Kriss C Vissers, Kees Besse, Guy Hans and others, 'Opioid rotation in the management of chronic pain: Where is the evidence?' (2010) 10 *Pain Practice* 85.

50 Usp. Catherine Sweeney and Cathryn Bogan, 'Assessment and management of opioid side effects' in Eduardo Bruera, Irene J Higginson, Carla Ripamonti and Charles von Gunten (eds), *Textbook of Palliative Medicine* (Hodder Arnold 2006) 391; David Oliver and Tricia Wilcocks, 'Skrb na kraju života' in Zoran Lončar, Milica Katić, Vesna Jureša and others (eds), *Palijativna skrb u zajednici* (Zagreb 2018) 290.

51 Sjef Gevers, 'Terminal sedation: a legal approach' (2003) 10 *European Journal of Health Law* 359.

52 *R v Adams* [1957] Crim LR 365 <https://vlex.co.uk/vid/r-v-adams-794001337> pristupljeno 10. ožujka 2025.

53 *Re Baby D (No 2)* (2011) 45 Fam LR 13 <https://end-of-life.qut.edu.au/pain-relief> pristupljeno 10. ožujka 2025.

54 *Vacco v Quill* 521 US 793 (1997) <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court= US&vol=521&invol=793> pristupljeno 7 svibnja 2025; *Washington v Glucksberg* 521 US 702 (1997) <http://www.law.cornell.edu/supct/html/96-110.ZS.html> pristupljeno 7. svibnja 2025.

nu opomenu zato što nisu postupile prema pritisku pacijentice i njezine obitelji da se uvede palijativna sedacija.[55]

U Francuskoj je Vlada donijela tzv. Leonettijev zakon, koji liječnicima omogućuje donošenje odluke o prekidu ili ograničenju liječenja kod pacijenata koji nisu u stanju izraziti svoju volju (članci L. 1111–4 i L. 1111–13). Takva odluka mora biti prethodno usuglašena kroz konzultacije s cijelim medicinskim timom te uz uvažavanje svih ranije izraženih pacijentovih uputa, kao i mišljenja njegovih bliskih srodnika.

Na temelju tek nekoliko istaknutijih sudskih prosudbi, postoji biopravni konsenzus da je, na kraju života, pružanje odgovarajućeg olakšanja simptoma najvažniji cilj. „Čak i ako takva mjera može imati kao nuspojavu da pacijent umre ranije, to se općenito smatra prihvatljivom posljedicom, sve dok liječnik nije imao za cilj ubrzati pacijentovu smrt, nuspojava nije pretjerana i poduzete mjere su opravdane ciljem smanjenja boli i patnje."[56] S takvim ozbiljnim nuspojavama smije se riskirati samo zbog proporcionalno ozbiljnog razloga, kao što je olakšanje teške refraktorne patnje neizlječivo bolesnog pacijenta koji ne želi patiti. Potvrđuje se to i u hrvatskim *smjernicama za unaprjeđenje kvalitete palijativne skrbi u intenzivnoj medicini,* Ministarstva zdravstva.

> „Cilj palijativne skrbi je ublažavanje i skraćenje patnje umirućeg bolesnika učinkovitim nadzorom simptoma koji narušavaju kvalitetu života. Stoga su mjere ublažavanja patnje usmjerene otklanjanju boli, uznemirenosti, anksioznosti i/ili otežanog disanja, unatoč tome što mogu ubrzati smrt bolesnika u terminalnoj fazi, u skladu s etičkim kodeksom i trenutnim zakonodavnim okvirom te se smatraju dobrom kliničkom praksom". [57]

Biopravni aspekt kojem se treba težiti jest preporučivati postupno planiranje *anticipirane skrbi na kraju života*, pravovremeno unaprijed, kako bi se odluka podijelila s pacijentom, uskladila s njegovim moralnim i duhovnim vrijednostima te uključila obitelj u proces donošenja odluke da bi se svim tim znatno olakšala klinička primjena i pravna valjanost, kada postane nužna u ostvarivanju palijativne udobnosti.

Iako palijativna sedacija može ostvariti kvalitativnu udobnost palijativnog pacijenta, ona se može naći na vrlo „skliskoj nizbrdici" aktivne eutanazijske primjene u nedostatku preciznijih protokolarnih smjernica jasnijih dijagnostičkih parametara. Zbog tih je razloga palijativna sedacija u završnoj fazi života i (bio)etički kontroverzna tema.

## 4. BIOETIČKA DIMENZIJA PALIJATIVNE SEDACIJE

Planiranje i pružanje skrbi na kraju života često zahtijeva donošenje medicinski vrlo zahtjevnih odluka. „Kliničari, a poglavito liječnici – članovi interdisciplinarnog tima palijativne

55 Aart C Hendriks, 'Palliative sedation – because it's what the patient wants? Pronouncement of Disciplinary Court cause of great confusion' (2017) 161 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* D1502.

56 Sjef Gevers, 'Terminal sedation: a legal approach' (2003) 10 *European Journal of Health Law* 359.

57 Ministarstvo zdravstva, *Smjernice za unaprjeđenje kvalitete palijativne skrbi u intenzivnoj medicini* (2021) 19.

skrbi, moraju biti sposobni baviti se moralnim konfliktima koji nastaju u kontekstu moderne kliničke prakse. Pri tom, etika ima važnu ulogu."[58]

Iako postoji široki etički konsenzus da je, na kraju života, pružanje odgovarajućeg olakšanja simptoma najvažniji cilj[59] i dalje se palijativna sedacija mnogima predstavlja spornom i povlači niz moralnih nedoumica i pravnog opreza. Stoga nam je namjera, ukazati na biopravne uvjete njezine prihvatljivosti u bioetičkom kontekstu.

U ostvarenju palijativne udobnosti terminalnih bolesnika, primjena jakih opijata u suzbijanju nepodnošljive jačine bola terminalnih bolesnika može povlačiti ozbiljne bioetičke prigovore, poput: tolerancije, ovisnosti, smanjene razine svijesti i/ili nesvjestice, otežanog disanja, respiratorne depresije, hipoksije i skraćivanja života,[60] Iako, prekomjerna palijativna sedacija može biti povezana sa svim tim kontraindikacijama, ovi štetni ishodi neželjeni su učinci terapije, a ne primarni željeni ishod u palijativnoj sedaciji.

Neki idu dalje u sumnjičenjima i smatraju da primjena jakih opioida može predstavljati oblik neizravne, spore, zamaskirane, zamagljene eutanazije.[61] Zlouporaba sedacije događa se kada kliničari sediraju pacijente koji se približavaju kraju života s primarnim ciljem ubrzavanja pacijentove smrti. To se može dogoditi i s namjernom uporabom duboke sedacije kod pacijenata koji nemaju refraktorne simptome ili namjernom uporabom doza koje daleko premašuju one koje su potrebne za pružanje odgovarajuće ugode. Stoga je iznimno važno da liječnici, pacijenti i skrbnici razumiju nuspojave teške palijativne sedacije.

Treba povući oštru bioetičku granicu između eutanazije i primjene terminalne sedacije, koje se kategorički razlikuju u samoj namjeri. Primarni je cilj palijativne sedacije ublažavanje nepodnošljivih simptoma, a smrt dolazi kao (ne)predvidljiv i nenamjeran ishod. U eutanaziji je namjera skratiti život primjenom smrtonosne doze sedacije, čiji je ishod trenutačna smrt. Možemo sumirati da se korištenje sedacije razlikuje od eutanazije u tri temeljna razloga: namjera je intervencije pružiti olakšanje simptoma, intervencija je proporcionalna težini terminalne situacije i konačno, iako ishod PS-a može uključivati smrt kao posljedicu bolesti, smrt nije

58 Morana Brkljačić, 'Medicinska etika u palijativnoj skrbi', u: Morana Brkljačić, Mirko Šamija, Borislav Belev, Marija Strnad and Tomislav Čengić (eds), *Palijativna medicina: Temeljna načela i organizacija. Klinički pristup terminalnom bolesniku. Medicinska etika* (Rijeka 2013) 302.

59 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medical and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment: Ethical and Legal Issues in Treatment Decisions* (Government Printing Office 1983); American Medical Association, 'Good care of the dying patient' (1996) 275 *Journal of the American Medical Association* 474.

60 Oko jedne trećine liječnika palijativne skrbi vjeruje da kontinuirana duboka sedacija može skratiti život za ≤24 sata za 40 % ljudi i > 1 tjedan za 27 % ljudi. Usp. Sheila Payne and Jeroen Hasselaar, 'European palliative sedation project' (2020) 23 *Journal of Palliative Medicine* 154; Maria Arantzamendi, Alazne Belar, Sheila Payne and others, 'Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies: A systematic review' (2021) 61 *Journal of Pain and Symptom Management* 831.
Neki drugi autori, ne pronalaze dokaze da pravilno primijenjena palijativna sedacija skraćuje život. Nigel Sykes and Andrew Thorns, 'The use of opioids and sedatives at the end of life' (2003) 4 *Lancet Oncology* 312; Marco Maltoni, Emanuela Scarpi, Marta Rosati and others, 'Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review' (2012) 30 *Journal of Clinical Oncology* 1378.

61 Usp. Henk ten Have and Jos V Welie, 'Palliative sedation versus euthanasia: An ethical assessment' (2014) 47 *Journal of Pain and Symptom Management* 123; Patrick Daly, 'Palliative sedation, foregoing life-sustaining treatment, and aid-in-dying: What is the difference?' (2015) 36 *Theoretical Medicine and Bioethics* 197; Niklas Juth, Anna Lindblad, Niels Lynöe and others, 'Moral differences in deep continuous palliative sedation and euthanasia' (2013) 3 *BMJ Supportive & Palliative Care* 203.

kriterij za uspješan PS, dok je kod liječnički potpomognutog samoubojstva i eutanazije smrt željeni kriterij za uspjeh.[62]

Postoje određene dvojbe i u svezi s paralelnim prekidom svih redovitih i neredovitih tretmana tijekom sedacije. Vijeće Europe u svom, *Vodiču o procesu donošenja odluka u vezi s medicinskim liječenjem u situacijama na kraju života*, ističe da je odluka prihvatljiva pod uvjetom da „glavna namjera nije ubrzati početak kraja života, već olakšati patnju".[63]

Bioetički kontroverzan problem predstavlja i nedoumica nedefinirane mogućnosti korištenja terminalne sedacije i u slučajevima egzistencijalne patnje. Neki stručnjaci tvrde da je psihosocijalna patnja jednako teška kao i fizička patnja i da zaslužuje jednako agresivan tretman kada se ne može kontrolirati uobičajenim intervencijama. Drugi su manje uvjereni da je sedacija koristan tretman za psihosocijalnu patnju i stoga dovode u pitanje valjanost njezine primjene za ove simptome,[64] posebice što prisutnost ovih simptoma ne mora biti povezana s blizinom fiziološke smrti. Unatoč razilaženjima u mišljenjima, egzistencijalnu patnju, kao znak za palijativnu sedaciju, prihvatila su mnoga upravna tijela, kao što su Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC), Nacionalna organizacija hospicija i palijativne skrbi (NHPCO) i ostala relevantna međunarodna udruženja.[65]

Stavovi WHO-a, UNESCO-a, udruženja palijativne skrbi i smjernice brojnih nacionalnih zdravstvenih zakonodavstava, pretežno naglašavaju zahtjeve uvažavanja dostojanstva bolesnika, načela dobročinstva i neškodljivosti te nužnost umanjenja patnje. Budući da svi medicinski tretmani uključuju rizike i koristi, svaka opcija mora se procijeniti s obzirom na njezin potencijal za postizanje ciljeva skrbi. Rizici liječenja moraju biti proporcionalni težini kliničke indikacije.

Pri donošenju odluka o vrsti i obimu medicinskih postupaka palijativne skrbi na samom kraju života,[66] Vijeće Europe podsjeća na potrebu poštovanja četiriju osnovnih etičkih načela[67]: autonomije – dobrobiti – neškodljivosti i pravednosti.

*Poštovanje autonomije* odnosi se na pravo svake osobe da donosi odluke o zdravstvenoj skrbi na temelju svojih osobnih vrijednosti, uvjerenja i ciljeva. Autonomna osoba ili njezin surogat odlučitelj, trebala bi moći odabrati mogućnosti zdravstvene skrbi kako bi ublažila svoju bol i patnju. Za donošenje odluke potrebno je biti dovoljno informiran o svom stanju bolesti, specifičnostima i implikacijama liječenja te mogućim rizicima s kojima se može suočiti tijekom

62 Caroline Barry, Robert Brodrick, Gurpreet Gupta and Imranali Panjwani, 'Palliative sedation at the end of life: Practical and ethical considerations' (2025) 25 *Clinical Medicine* <https://doi.org/10.1016/j.clinme. 2025.100338> pristupljeno 1. listopada 2025. Molly L Olsen, Keith M Swetz and Paul S Mueller, 'Ethical decision making with end-of-life care: Palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments' (2010) 85 *Mayo Clinic Proceedings* 949.

63 Council of Europe, *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations* (2014) 28 <https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations> pristupljeno 7. svibnja 2025.

64 Usp. Gail A Cooney, 'Palliative Sedation: The Ethical Controversy' <https://www.medscape.org/ viewarticle/499472> pristupljeno 7. svibnja 2025.

65 Usp. Alexander de Graeff and Mervyn Dean, 'Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards' (2007) 10 *Journal of Palliative Medicine* 67.

66 Council of Europe, Bioethics Committee, *Guide on the decision-making process regarding medical care in end-of-life situations* (2016) 10.

67 Tom L Beauchamp and James F Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford University Press 1989).

liječenja. U trenutku pristanka, osoba bi trebala biti u potpunosti svjesna i razumjeti sve potrebne pravne i medicinske posljedice palijativne sedacije.

*Načelo dobročinstva* podrazumijeva da kliničari pružaju skrb koja će biti od koristi pacijentima i promicati njihovu dobrobit. U kontekstu palijativne sedacije, to konkretno zahtijeva ublažavanje neizdrživljive boli i patnje koju on trpi.

*Načelo neškodljivosti* zahtijeva obvezu minimalne štete za pacijenta. Prema tomu, palijativni liječnik treba odbiti distanazijske zahvate[68] koji ne pridonose dobrobiti terminalnih bolesnika i smanjiti na minimum refraktorne simptome koje mu stvaraju tešku biopsihosocijalnu štetu.

*Načelo pravednosti* zahtijeva jednaku dostupnost svim uslugama palijativne skrbi, medicinskim tretmanima za olakšavanje totalne boli.

Osim ovih, općih, univerzalnih bioetičkih načela, pravni kriteriji palijativne sedacije ravnaju se i uvažavanjem pravila *dvostrukog učinka*. To je učenje preuzeto iz katoličke moralne teologije u kojoj se izrazom *dvostrukoga učinka* prvi koristio Toma Akvinski.[69] To pravilo zahtijeva odmjeravanje sljedećeg:

1. Sam čin mora biti dobar ili barem moralno neutralan (na primjer, davanje morfija za ublažavanje bolova).
2. Samo je dobar učinak namjeravan (ublažavanje bolova), ali nije namjeravan i loš učinak (koji pospješuje nesvjesnost ili otežano disanje pacijenta).
3. Dobar učinak ne postiže se preko lošega učinka (davanje sredstva protiv bolova ne treba ubrzavati smrt).
4. Ne postoji alternativan način da se postigne dobar učinak (ublažavanje bolova).

Neki bioetičari smatraju da se navedeni uvjeti mogu sažeti u dva: da štetni učinci nisu dobrovoljno namijenjeni (ali nastaju kao neželjeni kolateralni efekti) te da postoje ozbiljni moralni razlozi da bi se omogućile te štete.[70]

To načelo smatra da je namjera kliničara pružiti olakšanje simptoma korištenjem odgovarajućim opioidima kojima se koriste na kraju života i nije moguće to postići ničim drugim te namjera liječnika njihovim korištenjem nije nenamjerno pospješivanje smrti pacijenta.[71] Konkretno, ako uporaba opioida za kontrolu boli pacijenta nenamjerno skraćuje život, doktrina dvostrukog učinka kaže da dobra namjera (kontrola boli) uravnotežuje manje dobar učinak (ubrzane smrti). Doktrina pretpostavlja da se namjera kliničara može definirati i da je dobar učinak nadmašen manje dobrim ili štetnim učinkom. Ti uvjeti uključuju da je djelovanje (se-

68 Za podrobniji pristup ovoj temi, vidi: Suzana Vuletić, Brankica Juranić, Štefica Mikšić and Željko Rakošec, 'Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanazije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću' (2014) 22 *Diacovensia* 163.

69 Usp. Thomas Aquinas, Summa Theologiae, 2–2, q. 64, a. 7.; 1–2, q. 6, a. 3. Kako bi opravdao ubojstvo napadača, poslužio se sintagmom ubijanja napadača u samoobrani, razlikovanjem između predviđanja da će drugi umrijeti zbog „čina samoobrane", što je smatrao dopustivim, i namjernog ubijanja drugog, što je smatrao nedopustivim. Naime, on je zapazio da „ništa ne sprječava jedan čin da ima dva efekta, od kojih je samo jedan namjeravan, a drugi je izvan namjere. Prema njegovu stavu ubijanje napadača opravdano je ako onaj koji ubija nije imao tu namjeru; iako je njegovu smrt predvidio. Usp. Miljana Đerić, 'Doktrina dvostrukog efekta i terminalna sedacija' (2014) 5(2) *JAHR* 256.

70 Usp. Joseph Boyle, 'Medical ethics and double effect: the case of terminal sedation' (2004) 25 *Theoretical Medicine and Bioethics* 52.

71 Usp. Daniel P Sulmasy and Edmund D Pellegrino, 'The rule of double effect: clearing up the double talk' (1999) 159 *Archives of Internal Medicine* 545; Susan D Bruce, Cristina C Hendrix and Jennifer H Gentry, 'Palliative sedation in end-of-life care: The doctrine of double effect and principle of proportionality' (2006) 8 *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 320.

dacija) moralno dobro ili neutralno, da neželjeni ishod (gubitak interakcijske funkcije i potencijalno ubrzana smrt) nije izravno namjeravan, da željeni učinak nije nužno izravna posljedica nenamjernog negativnog rezultata (drugim riječima, da se ublažavanje simptoma može postići bez smrti pacijenta) i da je dobar učinak proporcionalan negativnom učinku. Za izvršenje toga čina mora postojati dovoljno ozbiljan razlog, to jest mora se poštovati *načelo proporcionalnosti*. Ako smo suočeni s dvama (ili više) neizbježnim zlima, prihvaćanje manjega zla da bi se umanjilo veće i neizbježno zlo, moralno je ispravan čin.

Na temelju prethodno analiziranog, možemo zaključiti da je primjena odgovarajućih lijekova (sedativa i analgetika) u stanjima samog kraja života, etički opravdana i preporučuje se radi učinkovitog smanjenja boli, unatoč činjenici da može ubrzati smrt.[72]

Kontrolirana primjena palijativne sedacije, osim biopravne i bioetičke odobrivosti, moralno je podržana i s religijskog aspekta.

## 5. TERMINALNA SEDACIJA IZ MORALNE PERSPEKTIVE CRKVENOG UČITELJSTVA

Crkveno se učiteljstvo u moralno-bioetičkom prosvjetljivanju svojih vjernika u mnogim evangelizacijskim aspektima dotiče i ljudske patnje, a napose one s kojima se susrećemo u pastoralnoj skrbi palijativnih bolesnika.

U sklopu pružanja smjernica medicinske etike, još se davno, papa Pio XII., osvrnuo na pitanje terminalne sedacije (iako pod aspektom analgezije). Izjasnio se da „bolesnik koji želi izbjeći ili ublažiti bol može bez grižnje savjesti koristiti sredstva koja je otkrila znanost i koja sama po sebi nisu nemoralna." „Ako između narkoze i skraćivanja života ne postoji nikakva izravna uzročna veza uspostavljena voljom zainteresiranih, i ako davanje lijekova samo po sebi proizvodi dva različita učinka, ublažavanje boli i skraćivanje života, dopušteno je koristiti anesteziju, ako između ta dva učinka postoji razložan razmjer."[73]

Dokument Papinskoga vijeća „Cor Unum", *O etičkim pitanjima u odnosu na kritično bolesne i umiruće,* navodi da nema razloga odbacivati lijekove za ublažavanje bola i njihove sekundarne učinke nastojeći održati, koliko je to moguće, svijest bolesnika o njihovoj upotrebi.[74]

Papa Ivan Pavao II. u enciklici *Evangelium vitae* jasno dopušta uklanjanje bola raznim opojnim sredstvima „makar s posljedicom da se ograniči svijest i skrati život, ako ne postoje druga sredstva, u određenim okolnostima".[75]

72 Diana Špoljar, Marko Ćurković, Chris Gastmans, Bert Gordijn, Dina Vrkić, Ana Jozepović, Suzana Vuletić, Dinko Tonković and Ana Borovečki, 'Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: A systematic review' (2020) 58 *Journal of Critical Care* 10.

73 Pius XII, 'Tres questiones religiosae et morales concerning analgesia' (24. veljače 1957.) 39 *Acta Apostolicae Sedis* 129.

74 Pontificio Consiglio *Cor Unum*, 'Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti' (27 June 1981) in *Enchiridion Vaticanum VII* (Bologna 1982) 1133 (para 4).

75 John Paul II, *Evangelium vitae: Encyclical Letter on the Value and Inviolability of Human Life* (Kršćanska sadašnjost 2003) n. 65.

Kanadski katolički zdravstveni savez u svom *zdravstvenom vodiču* proširuje prethodnu tvrdnju: međutim, mogu se pojaviti situacije kada se bol, otežano disanje ili drugi simptomi ne mogu ublažiti bez ometanja svijesti. Lijekovi koji mogu ublažiti ili suzbiti simptome u takvim situacijama mogu se dati umirućoj osobi. Bolničko osoblje mora pokušati osigurati da je pacijent imao prigodu pripremiti se za smrt i nositi se s duhovnim, obiteljskim, društvenim i drugim problemima prije nego što gubitak svijesti postane medicinski nužan.[76]

I u *Katekizmu Katoličke Crkve* navodi se da „Upotreba analgetika, sredstava za ublaženje patnji umirućemu, makar uz opasnost da mu se skrate dani, može biti moralno u skladu s ljudskim dostojanstvom, ako se smrt ne želi ni kao cilj ni kao sredstvo, nego se samo predviđa i prihvaća kao neizbježna."[77]

I *Nova karta zdravstvenih djelatnika*, Papinskog vijeća za pastoral zdravlja, potvrđuje legitimnost PS-a u terminalnom stadiju. „Uporaba analgetika za ublažavanje patnje umirućeg, čak i uz rizik skraćivanja njegovih dana, može biti moralno u skladu s ljudskim dostojanstvom, ako se smrt ne želi ni kao cilj ni kao sredstvo, već se samo predviđa i tolerira kao neizbježna. U ovom slučaju „smrt se ne želi niti traži ni na koji način, čak i ako se riskira zbog opravdanog razloga: jednostavno se namjerava učinkovito ublažiti bol, koristeći u tu svrhu one analgetike kojima lijek raspolaže".[78]

Recentno se i Kongregacija za nauk vjere izjasnila u vezi s tim pitanjem u kontekstu *Pisma Dobri Samarijanac – O skrbi osoba u kritičnom stanju terminalne etape života*, istaknuvši: „Korištenje analgetika je dio njege bolesnika. Sedacija mora kao izravnu svrhu isključiti namjeru ubojstva, iako može ubrzati neizbježni nastup smrti."[79]

Unatoč religioznoj afirmativnosti, mnogi nisu svjesni bioetičkog, pravnog, ni vjerskog pogleda na ove kliničke dileme skrbi na kraju života. Jedno je nacionalno istraživanje nastojalo procijeniti udio liječnika koji se trenutačno protive terminalnoj sedaciji, povlačenju umjetnog održavanja života i samoubojstvu uz pomoć liječnika te ispitati povezanost između takvih prigovora i etničke pripadnosti liječnika, vjerskih karakteristika i iskustva u brizi za umiruće pacijente. Sveukupno 18 % liječnika protivilo se TS-u; 5 % WLS-u; a 69 % PAS-u; visokoreligiozni liječnici više su se protivili, nego oni s niskom religioznošću (84 % vs 55 %, P < .001) i TS (25 % vs 12 %, P < .001).[80] Nažalost, ova činjenica postaje zabrinjavajućom, ako se ne osvijeste bioetičke, moralne, pravne i vjerske doktrinarne smjernice.

Nastojat ćemo ukratko prikazati i podržavajući stav drugih vodećih vjeroispovijesti: protestantske zajednice, Pravoslavna Crkva i islam, općenito prihvaćaju palijativnu sedaciju, ako je svrha umanjiti patnju, a ne ubrzati smrt, uz preporuku ako je moguće da se ne prekida osnovna skrb (hrana, voda). Neke istočnjačke religije, poput budizma i hinduizma, naglaša-

76 Usp. Catholic Health Alliance of Canada, *Health Ethics Guide* (Ottawa 2012) 59–60.

77 Hrvatska biskupska konferencija, *Katekizam Katoličke Crkve* (Glas Koncila 1994) n. 2279.

78 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (Per la Pastorale della Salute), *Nuova carta degli operatori sanitari* (Città del Vaticano 2016) nn. 153–154, 209.

79 Congregation for the Doctrine of the Faith, *Samaritanus Bonus: On the care of persons in the critical and terminal phases of life* (14 July 2020) <https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_en.html> pristupljeno 20. srpnja 2025. Poglavlje 7. 7. Analgetska terapija i gubitak svijesti.

80 Farr A Curlin, Chinyere Nwodim, Jennifer Vance and others, 'To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support' (2008) 25 *American Journal of Hospice and Palliative Care* 112.

vaju karmičku prirodu boli i važnost podnošenja patnje. Stoga se sedacija može prihvatiti ako se ne smatra nasiljem prema tijelu i ako se ne ubrzava smrt namjerno. Za njih je svjesnost pri umiranju vrlo važna, pa se preporučuje umjerenost u sedaciji. Zbog tog razloga, upotreba umjetnog preživljavanja, održavanja života i opsežna sedacija katkad obeshrabruju kao neprirodni i štetni za mirnu smrt i poželjnu reinkarnaciju. Na tragu toga, i neke tradicije u judaizmu naglašavaju obvezu održavanja života iznad svega, čak i uz veliku cijenu i u kontekstu patnje.[81]

S obzirom na pretežno slaganje velikih religioznih postavki, ove smjernice mogu u znatnoj mjeri olakšati skrb na kraju života i terminalnim bolesnicima, ali i zdravstvenim djelatnicima, koji nastoje ublažiti patnju bez proturječnosti svojoj profesiji.[82]

## 6. ZAKLJUČAK

U biopravnom kontekstu, palijativna sedacija spada pod zdravstvenu skrb i razmatra se u okviru primarnih prava pacijenta na ublažavanje boli, informirani pristanak te u nekim jurisdikcijama i prava na dostojanstvenu smrt, pod uvjetom da se primjenjuje u skladu s važećim medicinskim standardima i uz jasno utvrđenu indikaciju terminalne faze bolesti.

Osobe u terminalnoj agoniji nepodnošljivih refraktornih simptoma, trebale bi u kontekstu palijativne skrbi na kraju života biti pogodovane palijativnom analgosedacijom da bi se smanjila njihova sveobuhvatna bol i patnja. S obzirom na to da je svrha kontinuirane sedacije osigurati udobnost umirućeg pacijenta, jedini klinički parametri koji se procjenjuju bili bi oni koji se odnose na njihovu udobnost, što je i temeljna intencija palijativne skrbi. Pri tom je izrazito važno da sve involvirane osobe budu dobro upućene u pravne, moralne i bioetičke norme te proceduralne smjernice kliničkih protokola.

Budući da svi medicinski tretmani uključuju rizike i koristi, rizici moraju biti razmjerni težini kliničke indikacije te se svaka opcija mora procijeniti s obzirom na potencijal za postizanje ciljeva skrbi na kraju života.

Nepažnja prema potencijalnim rizicima i problematičnim misprimjenama, može dovesti do štetne i neetične prakse koja može potkopati vjerodostojnost i ugled odgovornih kliničara i institucija, kao i odgovornost palijativne medicine općenito. Ako se palijativna sedacija primijeni bez odgovarajuće indikacije, dokumentacije ili bez pristanka, tada može predstavljati medicinski protupravnu radnju, pa čak i biti pogrešno protumačena kao prikrivena eutanazija.

Iz perspektive bioprava, bioetike i moralnih smjernica Crkvenog učiteljstva, ako korištenje jakih sedativa može ublažiti nepodnošljivu bol, uzrokovanu teškim refraktornim simptomima koji nisu odgovorili na uobičajene terapijske intervencije, klinički je razumno i bioetički korektno poslužiti se palijativnom sedacijom.

81 Usp. AM Clarfield, M Gordon, H Markwell and SMH Alibhai, 'Ethical issues in end-of-life geriatric care: the approach of three monotheistic religions—Judaism, Catholicism, and Islam' (2003) 51 *Journal of the American Geriatrics Society* 1149.

82 Usp. Farr A Curlin, 'Palliative sedation: clinical context and ethical questions' (2018) 39 *Theoretical Medicine and Bioethics* 197.

## BIBLIOGRAFIJA

1. Abarshi E, Rietjens J, Robijn L and others, 'International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: A systematic review' (2017) 7 *BMJ Supportive & Palliative Care* 223
2. American Medical Association, 'Good care of the dying patient' (1996) 275 *Journal of the American Medical Association* 474
3. American Medical Association, 'Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs: Sedation to unconsciousness in end-of-life care' in Federation of State Medical Boards, *Responsible Opioid Prescribing: A Clinician's Guide* (2nd edn, Washington DC 2014)
4. Aquinas T, *Summa Theologiae* (2–2, q 64, a 7; 1–2, q 6, a 3)
5. Arantzamendi M, Belar A, Payne S and others, 'Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies: A systematic review' (2021) 61 *Journal of Pain and Symptom Management* 831
6. Barry C, Brodrick R, Gupta G and Panjwani I, 'Palliative sedation at the end of life: Practical and ethical considerations' (2025) 25 *Clinical Medicine*
7. Beauchamp T L and Childress JF, *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford University Press 1989)
8. Bodnar JA, 'Review of agents for palliative sedation/continuous deep sedation: pharmacology and practical applications' (2017) 31 *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 16
9. Borovečki A and Klarica M, *Medicinska etika* (Hrvatska sveučilišna naklada 2023)
10. Boyle J, 'Medical ethics and double effect: the case of terminal sedation' (2004) 25 *Theoretical Medicine and Bioethics* 51
11. Braun T C, Hagen N A and Clark T, 'Development of a clinical practice guideline for palliative sedation' (2003) 6 *Journal of Palliative Medicine* 345
12. Branford R, Wighton E and Ross J, 'Principles of drug therapy: focus on opioids' in Cherny N, Fallon M, Kaasa S and others (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th edn, Oxford University Press 2015)
13. Broeckaert B, 'Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia' (2000) 20 *Journal of Pain and Symptom Management* SP-58
14. Brkljačić M, 'Medicinska etika u palijativnoj skrbi' in Brkljačić M and others (eds), *Palijativna medicina* (Rijeka 2013)
15. Bruce S D, Hendrix C C and Gentry JH, 'Palliative sedation in end-of-life care: The doctrine of double effect and principle of proportionality' (2006) 8 *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 320
16. Catholic Health Alliance of Canada, *Health Ethics Guide* (Ottawa 2012)
17. Cherny NI, 'Palliative sedation' in Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C and von Gunten C (eds), *Textbook of Palliative Medicine* (Hodder Arnold 2006)
18. Cherny N I, 'Sedation in response to refractory existential distress: Walking the fine line' (2014) 47 *Journal of Pain and Symptom Management* 887
19. Clarfield A M, Gordon M, Markwell H and Alibhai S M H, 'Ethical issues in end-of-life geriatric care: the approach of three monotheistic religions—Judaism, Catholicism, and Islam' (2003) 51 *Journal of the American Geriatrics Society* 1149
20. Claessens P, Menten J, Schotsmans P and Broeckaert B, 'Palliative sedation: a review of the research literature' (2008) 36 *Journal of Pain and Symptom Management* 310
21. Congregation for the Doctrine of the Faith, *Samaritanus Bonus: On the care of persons in the critical and terminal phases of life* (14 July 2020)

22. Curlin FA, 'Palliative sedation: clinical context and ethical questions' (2018) 39 *Theoretical Medicine and Bioethics* 197
23. Curlin FA, Nwodim C, Vance J and others, 'To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support' (2008) 25 *American Journal of Hospice and Palliative Care* 112
24. Daly P, 'Palliative sedation, foregoing life-sustaining treatment, and aid-in-dying: What is the difference?' (2015) 36 *Theoretical Medicine and Bioethics* 197
25. Delden van J H M, 'The ethical evaluation of continuous sedation at the end of life' in Sterckx S, Raus K and Mortier F (eds), *Continuous Sedation at the End of Life* (Cambridge University Press 2013)
26. Division of Palliative Care, Department of Family Medicine, *Continuous Palliative Sedation Therapy Guidelines* (McMaster University 2020)
27. Dunlop R, 'Šira primjena palijativne skrbi' in Saunders C and Sykes N, *Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti* (Zagreb 1996)
28. Đerić M, 'Doktrina dvostrukog efekta i terminalna sedacija' (2014) 5 *JAHR* 255
29. European Association for Palliative Care, 'Clinical practice guidelines for the use of sedation in palliative care' (2009) 23 *Palliative Medicine* 581
30. Furst C J and Hagenfeldt K, 'End-of-life sedation – definition and clinical guidelines needed' (2002) 99 *Läkartidningen* 3830
31. Garralda E, Busa C, Pozsgai E and others, 'Regulations on palliative sedation: an international survey across eight European countries' (2022) 33 *European Journal of Public Health* 35
32. Gevers S J, 'Terminal sedation: a legal approach' (2003) 10 *European Journal of Health Law* 359
33. Ghafoor V L and Silus L S, 'Developing policy, standard orders, and quality-assurance monitoring for palliative sedation therapy' (2011) 68 *American Journal of Health-System Pharmacy* 523
34. Goldstein-Shirley J and Fine P G, 'Ethics of total sedation' (2001)
35. Graeff de A and Dean M, 'Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards' (2007) 10 *Journal of Palliative Medicine* 67
36. Have ten H and Welie J V, 'Palliative sedation versus euthanasia: An ethical assessment' (2014) 47 *Journal of Pain and Symptom Management* 123
37. Heino L, Stolt M and Haavisto E, 'The practices of nurses about palliative sedation on palliative care wards: A qualitative study' (2022) 78 *Journal of Advanced Nursing* 3733
38. Hendriks A C, 'Palliative sedation – because it's what the patient wants?' (2017) 161 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* D1502
39. Hrvatska biskupska konferencija, *Katekizam Katoličke Crkve* (Glas Koncila 1994)
40. John Paul II, *Evangelium vitae* (Kršćanska sadašnjost 2003)
41. Juth N, Lindblad A, Lynöe N and others, 'Moral differences in deep continuous palliative sedation and euthanasia' (2013) 3 *BMJ Supportive & Palliative Care* 203
42. Kirk T W and Mahon M, 'National Hospice and Palliative Care Organization position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients' (2010) 39 *Journal of Pain and Symptom Management* 914
43. Krakauer E L, 'Sedation at the end of life' in Cherny N, Fallon M, Kaasa S and others (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th edn, Oxford University Press 2015)
44. Krakauer E L, Penson R T, Truog R D and others, 'Sedation for intractable distress of a dying patient' (2000) 5 *The Oncologist* 53

45. Lipuma S H, 'Continuous sedation until death as physician-assisted suicide/euthanasia: A conceptual analysis' (2013) 38 *Journal of Medicine and Philosophy* 190

46. Lucchi E, Milder M, Dardenne A and others, 'Could palliative sedation be seen as unnamed euthanasia?' (2023) 22 *BMC Palliative Care* 97

47. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M and others, 'Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review' (2012) 30 *Journal of Clinical Oncology* 1378

48. Materstvedt L J and Bosshard G, 'Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): Clinical-ethical and philosophical aspects' (2009) 10 *Lancet Oncology* 622

49. Miccinesi G, Caraceni A and Maltoni M, 'Palliative sedation: ethical aspects' (2017) 83 *Minerva Anestesiologica* 1317

50. Miccinesi G, Rietjens J A, Deliens L and others, 'Continuous deep sedation: physicians' experiences in six European countries' (2006) 31 *Journal of Pain and Symptom Management* 122

51. Ministarstvo zdravstva, *Smjernice za unaprjeđenje kvalitete palijativne skrbi u intenzivnoj medicini* (2021)

52. Morita T, Hirai K and Okazaki Y, 'Preferences for palliative sedation therapy in the Japanese general population' (2002) 5 *Journal of Palliative Medicine* 375

53. Olsen M L, Swetz K M and Mueller P S, 'Ethical decision making with end-of-life care: Palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments' (2010) 85 *Mayo Clinic Proceedings* 949

54. Orsi L, 'What Is Palliative Sedation, and How Is It Administered?' *Medscape Medical News* (27 October 2022)

55. Papavasiliou E S, Brearley SG, Seymour JE and others, 'From sedation to continuous sedation until death' (2014) 46 *Journal of Pain and Symptom Management* 706

56. Patel C, Kleinig P, Bakker M and Tait P, 'Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life' (2019) 48 *Australian Journal of General Practice* 838

57. Payen J F, Bru O, Bosson J L and others, 'Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale' (2001) 29 *Critical Care Medicine* 2258

58. Pius XII, 'Tres questiones religiosae et morales concerning analgesia' (1957) 39 *Acta Apostolicae Sedis* 129

59. Pontificio Consiglio Cor Unum, 'Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti' in *Enchiridion Vaticanum VII* (Bologna 1982)

60. Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, *Nuova carta degli operatori sanitari* (Città del Vaticano 2016)

61. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medical and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment* (Government Printing Office 1983)

62. Quill T E, Dresser R and Brock D W, 'The rule of double effect: a critique of its role in end-of-life decision making' (1997) 337 *New England Journal of Medicine* 1768

63. Rady M Y and Verheijde J L, 'Continuous deep sedation until death: Palliation or physician-assisted death?' (2010) 27 *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 205

64. Rady M Y and Verheijde J L, 'Palliative sedation: A critical review of ethical perspectives' (2023) 66 *Journal of Pain and Symptom Management* 312

65. Raus K, Brown J, Seale C and others, 'Continuous sedation until death' (2014) 15 *BMC Medical Ethics* 14

66. Shapiro B A and others, 'Practice parameters for intravenous analgesia and sedation for adult patients in the ICU' (1996) 24 *Critical Care Medicine* 368

67. Sjøgren P and Eriksen J, 'Opioid analgesics' in Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C and von Gunten C (eds), *Textbook of Palliative Medicine* (Hodder Arnold 2006)

68. Sterckx S, Raus K and Mortier F, *Continuous Sedation at the End of Life* (Cambridge University Press 2016)

69. Sulmasy D P, 'Sedation and care at the end of life' (2018) 39 *Theoretical Medicine and Bioethics* 171

70. Sulmasy D P and Pellegrino ED, 'The rule of double effect: clearing up the double talk' (1999) 159 *Archives of Internal Medicine* 545

71. Surges S M, Garralda E, Jaspers B and others, 'Review of European guidelines on palliative sedation' (2022) 25 *Journal of Palliative Medicine* 1721

72. Sweeney C and Bogan C, 'Assessment and management of opioid side effects' in Bruera E, Higginson I J, Ripamonti C and von Gunten C (eds), *Textbook of Palliative Medicine* (Hodder Arnold 2006)

73. Sykes N and Thorns A, 'The use of opioids and sedatives at the end of life' (2003) 4 *Lancet Oncology* 312

74. Twycross R, 'Reflections on palliative sedation' (2019) 12 *Palliative Care* 27

75. Vissers K C, Besse K, Hans G and others, 'Opioid rotation in the management of chronic pain' (2010) 10 *Pain Practice* 85

76. Vuletić S, Juranić B, Mikšić Š and Rakošec Ž, 'Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanazije' (2014) 22 *Diacovensia* 163

77. Vuletić S, Karačić S and Pelčić G, 'Hetero/autonomija u kontekstu samo/determinizma bioloških oporuka' (2018) 34 *Pravni vjesnik* 73

78. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1 (2009) 16 *European Journal of Palliative Care* 278

79. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2 (2010) 17 *European Journal of Palliative Care* 122

## PROPISI I DOKUMENTI

1. Council of Europe, *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations* (2014)

2. Council of Europe Committee of Ministers, 'Recommendation REC (2003) 24 on the organisation of palliative care'

3. Hrvatska liječnička komora, *Kodeks medicinske etike i deontologije* (Narodne novine, broj 55/2008, 139/2015)

4. Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 'Recommendation 1418 (1999) on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying'

5. Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 'Resolution 1649 (2009) on palliative care: a model for innovative health and social policy'

6. World Health Assembly, *WHA67.19 Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care throughout the Life Course* (2014)

7. World Health Organization, 'Palliative Care'

8. World Medical Association, 'Resolution on the principles of care for incurable and dying patients with severe chronic pain' in Zurak N, *Medicinska etika* (Merkur ABD 2007)

## PRESUDE I DRUGE ODLUKE

1. *R v Adams* [1957] Crim LR 365 <https://vlex.co.uk/vid/r-v-adams-794001337> pristupljeno 10. ožujka 2025.
2. *Re Baby D (No 2)* (2011) 45 Fam LR 13 <https://end-of-life.qut.edu.au/pain-relief> pristupljeno 10. ožujka 2025.
3. Vacco v Quill 521 US 793 (1997) <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court=US&vol=521&invol=793> pristupljeno 7. svibnja 2025.
4. *Washington v Glucksberg* 521 US 702 (1997) <http://www.law.cornell.edu/supct/html/96-110.ZS.html> pristupljeno 7. svibnja 2025.

## MREŽNI IZVORI

1. Cooney G A, 'Palliative Sedation: The Ethical Controversy') <https://www.medscape. org/viewarticle/499472> pristupljeno 7. svibnja 2025.
2. International Association for Hospice and Palliative Care, 'Definition of Hospice/Palliative Care' –<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> pristupljeno 5. rujna 2025.
3. World Health Organization (WHO), 'Algorithm for the treatment of chronic pain – World Health Organization pain scale' <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/> pristupljeno 10. ožujka 2025.

*Ružica Palić Kramarić**
*Suzana Vuletić***
*Mato Palić****
*Tatjana Bačun*****

# BIOETHICAL CONTROVERSIES, LEGAL GUIDELINES AND MORAL DISTINCTIONS CONCERNING PALLIATIVE SEDATION

**Summary**

Bringing terminal patients' severe chronic pain under control with a view to achieving the greatest possible degree of comfort in palliative care, often requires the use, opioid rotation, dose titration of strong opioids. Their use raises certain bioethical concerns regarding possible recourse to palliative sedation, which, in clinical re/interpretations, may acquire the connotation of "disguised euthanasia".

Our intention is to present a solid biolegal basis for the view that the administration of strong opioids in cases of unbearable suffering during the final stage of life constitutes the use of ordinary means of treatment, and that certain foreseeable adverse effects may be bioethically tolerated (hypoxia, a state of reduced consciousness, addiction, tolerance, and respiratory depression etc.).

Ethically acceptable criteria and guidelines for decision-making regarding the administration of potentially risky analgesic doses and palliative sedation must be applied with particular regard to the nature of intolerable symptoms, whereby patients and/or their surrogate decision-makers must be adequately informed and must give their consent. The use of strong opioids is governed by the principle of double effect, respect for patient autonomy, including the autonomy exercised through surrogate decision-makers, and the principle of beneficence. Under these principles, the clinician's intention is justified by the aim of relieving symptoms, rather than by any intention to hasten the death of a terminally ill patient.

If the use of strong sedatives can relieve unbearable pain caused by severe symptoms that have not responded to usual therapeutic interventions, it is clinically reasonable and bioethically correct to use palliative sedation. The moral correctness and certain conditionality of these claims are also affirmed by certain legislative, legal, bioethical and Church documents.

*Keywords:* *palliative care, refractory symptoms, palliative sedation, "disguised euthanasia", bioethics, biolaw, morality, principle of double effect*



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

* Ružica Palić Kramarić, PhD, MD, dr. med., Assistant Professor, Faculty of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Josipa Huttlera 4, Osijek. E-mail address: rpkramaric@mefos.hr. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7616-6732.

** Suzana Vuletić, PhD, Full Professor, Catholic Faculty of Theology in Đakovo, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Petra Preradovića 17, 31400 Đakovo. E-mail address: suzanavuletic007@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5629-6635.

*** Mato Palić, PhD, Assistant Professor, Faculty of Law, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, S. Radića 13, 31000 Osijek. E-mail address: palic.mato@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-1885-0903.

**** Tatjana Bačun, PhD, MD, Associate Professor, Department of Internal Medicine and History of Medicine, Faculty of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek. Department of Clinical Medicine, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Crkvena 21, 31000 Osijek. Division of Endocrinology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Osijek, Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek. E-mail address: tbacun@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7012-5325.