

Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia

Sedation – hopes and dangers

Andrzej Stachowiak, Ewa Mrówczyńska

NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy

Streszczenie

Opieka paliatywna ma na celu zapewnienie pacjentom właściwego komfortu życia i umierania. Wraz z postępowaniem nieuleczalnej choroby u pacjentów często może zwiększać się cierpienie związane z trudnymi do opanowania lub opornymi na intensywne leczenie objawami. Jeśli pomimo zastosowania wszelkich dostępnych metod leczenia objawowego nie udaje się uśmierzyć objawów, w porozumieniu z pacjentem i jego rodziną podejmowana jest decyzja o zastosowaniu sedacji paliatywnej. Polega ona na wprowadzeniu leków sedatywnych traktowanych jako uzupełnienie wcześniej stosowanych leków objawowych. Sedacja paliatywna określana jest jako leczenie ostatecznego rzutu, którego celem jest kontrolowane ograniczenie świadomości, proporcjonalnie do potrzeby łagodzenia cierpienia, które trudno opanować w inny sposób. Ta forma ostatecznej terapii nie powinna przyspieszać śmierci i musi być przy tym akceptowalna etycznie. Z moralnego punktu widzenia sedacja nie może być stawiana na równi z eutanazją, której opieka paliatywna się bezwzględnie przeciwstawia. Sedacja w opiece paliatywnej jest elementem terapii, a jej celem jest uśmierzanie cierpienia, a nie przyspieszenie śmierci pacjenta. Niewątpliwym zagrożeniem dla sedacji paliatywnej jest jej nieetyczne i niezgodne z prawem wykorzystanie w celu dokonania eutanazji, o czym informują doniesienia z niektórych krajów europejskich. Kwestią kontrowersyjną pozostaje zastosowanie sedacji paliatywnej w łagodzeniu uciążliwego cierpienia psychicznego i duchowego. Obecne doświadczenia wskazują na potrzebę opracowania przez specjalistów w Polsce właściwych wytycznych dotyczących praktycznego stosowania sedacji terapeutycznej w opiece paliatywnej, zarówno u pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi, jak i nienowotworowymi.

Słowa kluczowe: sedacja paliatywna, objawy trudne do leczenia, sztuczne nawodnienie i żywienie, cierpienie psychiczne i duchowe.

Abstract

The aim of palliative care is to provide the patients with appropriate comfort of life and comfort of dying. As the terminal disease advances, the suffering connected with refractory and unresponsive to intensive treatment symptoms may often escalate in patients. If, despite using all the available methods of symptomatic treatment, the symptoms are not relieved, decision on applying palliative sedation is made in agreement with the patient and his or her family. It lies in the administration of sedatives, as an addition to symptomatic medication previously used in the patient. It is referred to as the last-line treatment, whose aim is the controlled limitation of consciousness, proportionally to the need of alleviation of suffering which is difficult to control otherwise. This form of a last resort treatment should not hasten death and should be ethically accepted. From a moral point of view, sedation should not be treated equally with euthanasia, which palliative care strongly opposes. Sedation in palliative care is a part of treatment and its aim is to relieve suffering and not hasten death in the patient. The undeniable risk of palliative sedation is, which is reported in some European countries, its unethical and illegal use for administering euthanasia. A controversial issue is still the use of palliative sedation for relieving burdensome psycho-existential suffering. The current studies show that specialists in Poland should create proper guidelines concerning practical use of therapeutic sedation in palliative care of both cancer patients and non-cancer ones.

Key words: palliative sedation, refractory symptoms, artificial hydration and nutrition, psycho-existential suffering.

Adres do korespondencji:

Ewa Mrówczyńska, Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz

WPROWADZENIE

Pomimo postępu w zakresie leczenia objawowego, u części pacjentów z postępującymi i nieuleczalnymi chorobami nadal nie udaje się dostatecznie kontrolować niektórych objawów, powodujących wiele cierpienia zarówno w okresie znacznego zaawansowania choroby, jak i w ostatnich tygodniach i miesiącach życia. Gdy standardowe metody leczenia objawowego zawodzą, zespół sprawujący opiekę nad chorym rozważa zastosowanie sedacji paliatywnej [1, 2].

Sedacja paliatywna, często różnie rozumiana przez lekarzy specjalistów, stosowana jest, zależnie od miejsca sprawowania opieki, w zakresie od 4% do 40% [3–5]. Jak podkreślają badacze, wynika to m.in. z różnego sposobu definiowania sedacji paliatywnej, różnorodności jej odmian, miejsca sprawowania opieki czy kraju, z którego otrzymane zostały dane [6, 7]. Wyniki niektórych badań potwierdzają, że lekarze traktują różne formy sedacji paliatywnej, zarówno te łagodne, jak i głębokie, jako część procedur medycznych, ogół społeczeństwa natomiast sytuuje głęboką sedację bliżej eutanazji i wspomaganego samobójstwa [8]. W opinii Mority i wsp. personel medyczny w większym stopniu zwraca uwagę na intencje i wskazania do zastosowania sedacji paliatywnej, a społeczność odnosi się do skutków zastosowania, które w przypadku ciągłej i głębokiej sedacji często łączą się ze śmiercią [8]. Pomimo tego, również w środowisku medycznym niektórzy eksperci sedację paliatywną w okresie terminalnym określają mianem „powolnej eutanazji” (*slow euthanasia*), w której cel, jakim jest zniesienie objawów, łączy się z przyspieszoną śmiercią w wyniku zaprzestania nawodnienia i odżywienia [9, 10].

Pomimo tego, że istnieje potencjalne ryzyko nieetycznego wykorzystania tej metody do przyspieszenia śmierci i nieformalnego zastosowania eutanazji lub wspomaganego samobójstwa, to troszcząc się o właściwą jakość życia pacjentów i godną śmierć, staniemy przed koniecznością zastosowania tej ostatecznej terapii u wybranych pacjentów z trudnymi do opanowania objawami [9, 11–14]. Wielu badaczy podkreśla, że w celu uniknięcia dwuznaczności i dylematów w stosowaniu tej metody, zwłaszcza w ostatnich dniach życia, konieczne jest opracowanie szczegółowych wytycznych do jej wdrażania. Taką próbę podjęło Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (*European Association for Palliative Care* – EAPC) oraz eksperci innych organizacji. Przedstawiają oni zalecenia i wskazówki, które mogą stanowić podstawę do opracowania krajowych lub lokalnych standardów stosowania sedacji paliatywnej [11].

TERMINOLOGIA

Ogólnie sedacja oznacza uspokojenie, zmniejszenie napięcia nerwowego i łagodzenie stresu. Można osiągnąć ją przez stosowanie technik relaksacyjnych, hipnozy oraz farmakoterapii. Sedacja jest powszechną procedurą medyczną wykorzystywaną przed zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi, które zwykle wywołują lęk lub ból.

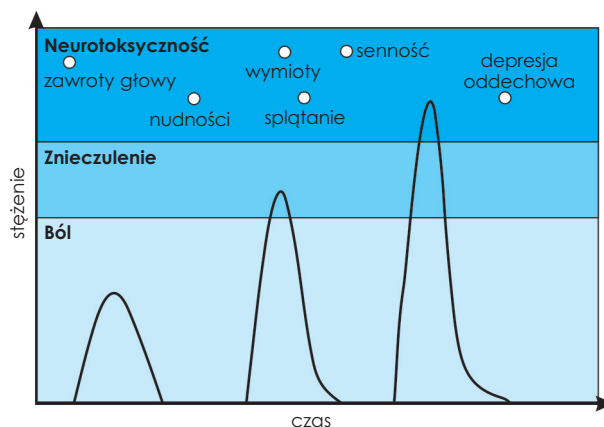
Z leków najczęściej stosuje się leki sedatywne (*sedativa*), anksjolityczne (bezodwuazepiny), rzadziej leki wziewne, np. podtlenek azotu. Podawanie leków sedatywnych, takich jak barbiturany lub benzodwuazepiny, powoduje najczęściej depresję ośrodkowego układu nerwowego z ograniczeniem świadomości, do utraty przytomności włącznie, i osłabieniem odruchów fizjologicznych.

W zależności od stopnia zachowanej świadomości rozróżnia się trzy rodzaje sedacji: płytką (lekką/łagodną), umiarkowaną i głęboką. Płytką sedacją (*conscious sedation*) wywoływana jest lekiem powodującym łagodną depresję ośrodkowego układu nerwowego, w następstwie której pacjent jest rozluźniony, ma zachowaną lub nieco obniżoną świadomość i jest zdolny do utrzymania kontaktu słownego z otoczeniem, a po jej zakończeniu najczęściej występuje niepamięć wsteczna. W sedacji umiarkowanej pacjent śpi, ale można go w każdej chwili obudzić i nawiązać logiczny kontakt. Podczas głębokiej sedacji pacjent zasypia i nie reaguje na bodźce z otoczenia, ale ma zachowane odruchy obronne (połykanie, kaszel) [15]. Dalsze pogłębianie sedacji prowadzi do śpiączki i zaniku odruchów, co określane jest jako znieczulenie lub anestezja. Do najczęstszych powikłań związanych z głęboką sedacją zalicza się: zanik odruchów obronnych z górnych dróg oddechowych, zamknięcie górnych dróg oddechowych, niewydolność oddychania i zatrzymanie krążenia [16]. Przeprowadzone przez Morita i wsp. wielośrodkowe, prospektywne i obserwacyjne badania na japońskich oddziałach medycyny paliatywnej u 102 pacjentów wykazały, że u 83% badanych ciągła i głęboka sedacja była skuteczną metodą leczenia ciężkich do opanowania objawów. U pozostałych pacjentów (17%) nie stwierdzono dostatecznej skuteczności sedacji w łagodzeniu objawów i 4 godz. po zastosowaniu sedacji pacjenci nadal doświadczali takich objawów, jak: zmęczenie (3,1%), duszność (9,2%) oraz ból (2%). Delirium natomiast pozostało objawem uporczywym u 4,1% pacjentów. U 20% pacjentów wystąpiły objawy niepożądane w postaci ciężkiej niewydolności układu oddechowego i krążeniowego, a 4 pacjentów (3,9%) zmarło z powodu zatrzymania krążenia. Występowały również poważne powikłania związane z zachłystowym zapaleniem płuc oraz reakcjami paradoksalnymi, takimi jak pobudzenie [17].

Eksperti EAPC uważają sedację za specjalną i konieczną terapię u wybranych pacjentów z powodu obecności objawów trudnych do opanowania dostępnymi metodami. Procedura ta polega na kontrolowanym użyciu leków sedatywnych w celu obniżenia świadomości, aż do jej utraty włącznie, w sposób etycznie akceptowalny przez pacjenta, rodzinę i personel medyczny [11]. Według *American Academy of Hospice and Palliative Medicine* (AAHPM) sedacja paliatywna polega na stosowaniu leków sedatywnych, które zmniejszają poziom świadomości pacjenta i przynoszą ulgę w cierpieniu. Według AAHPM warunkiem koniecznym prawidłowo przeprowadzonej sedacji paliatywnej jest nieprzyspieszanie śmierci. Z kolei *National Hospice and Palliative Care Organization* (NHPCO) określa sedację paliatywną jako „celowe stosowanie farmakoterapii do uzyskania częściowej lub całkowitej nieświadomości, aby uśmierzyć cierpienie trudne do opanowania w inny sposób” [18]. W piśmiennictwie medycznym można znaleźć wiele odmian sedacji zależnych m.in. od: okresu choroby („sedacja terapeutyczna”, „sedacja terminalna”), stopnia utraty świadomości („sedacja z zachowaną świadomością”, „sedacja łagodna”, „sedacja nocna”, „sedacja głęboka”) oraz długości jej stosowania („sedacja czasowa”, „sedacja ciągła”) [6]. Połączenie sedacji ciągłej i głębokiej stosowanej w okresie terminalnym choroby nazywane jest często sedacją totalną lub terminalną. Morita i wsp. zaproponowali podział sedacji na pierwotną i wtórną [19]. Ta pierwsza forma jest wprowadzana w sposób zamierzony za pomocą leku sedatywnego, druga zaś może być niezamierzona jako niepożądane następstwo wzrostu dawki leku objawowego [20, 21]. Przykładem sedacji wtórnej może być senność wywołana podwyższaniem dawki opioidu z powodu trudnego do uśmierzania bólu. Niektórzy lekarze w sposób celowy wykorzystują opioidy zarówno do opanowywania bólu lub duszności, jak i wywoływania sedacji.

Stosowanie morfiny w dawkach, które wywołują sedację, może być niebezpieczne z uwagi na możliwość wystąpienia także innych objawów, np. depresji oddechowej. Chociaż z klinicznego punktu widzenia pozornie może wydawać się to pożądane, gdyż stosuje się leki sedatywne, aby uzyskać senność, to jednak prowadzenie sedacji za pomocą typowych leków sedatywnych jest bezpieczniejsze. Co więcej, opioidy stosowane są zgodnie ze swoim głównym przeznaczeniem przeciwbólowym, a nie sedatywnym. W związku z tym u pacjenta z bólem trudnym do opanowania tylko za pomocą opioidów należy dołączyć typowy lek sedatywny, np. midazolam, w celu zastosowania sedacji paliatywnej (sedoanalgezji).

Chociaż w piśmiennictwie medycznym powszechnie używa się terminu „sedacja terminalna”



Ryc. 1. Działanie progowych i nadprogowych dawek leków opioidowych

na określenie stosowania leków powodujących obniżenie świadomości u pacjentów w okresie ostatnich dni życia, to jednak obecnie wielu ekspertów zaleca stosowanie terminów „sedacja paliatywna” lub „sedacja lecznicza” [11, 19, 22]. Podkreślenie medycznego charakteru tej specjalnej formy terapii objawowej w opiece paliatywnej pozwala uniknąć utożsamiania sedacji z przyspieszaniem śmierci.

Zasadniczo w opiece paliatywnej stosuje się dwa rodzaje sedacji, tj. zwykłą i paliatywną. Ta pierwsza wykorzystywana jest szeroko m.in. w celu opanowania lęku, niepokoju, depresji oraz trudności w zasypianiu. Drugi rodzaj sedacji stosowany jest w celu łagodzenia trudnych do leczenia objawów, takich jak: duszność, pobudzenie psychoruchowe, ból, nudności i wymioty, czy też w stanach nagłych: ostrego ucisku na tchawicę, krwawienia do drzewa oskrzelowego itp. (tab. 1.). Sedację paliatywną bardzo często określa się też jako leczenie ostatniego rzutu w opiece paliatywnej lub ostateczność. Może być zastosowana wyłącznie, gdy wszystkie inne dostępne metody zmniejszenia cierpienia pacjenta zawiodły.

Wskazania do sedacji w opiece paliatywnej:

- w procedurach zabiegowych i pielęgnacyjnych – sedacja czasowa,
- w opiece nad osobami poparzonymi,
- przy odstawianiu wentylacji mechanicznej u pacjentów wentylowanych mechanicznie w okresie terminalnym,
- sedacja w uśmierzaniu objawów opornych na leczenie w okresie umierania,
- sedacja w stanach nagłych (*emergency sedation*),
- sedacja w celu zapewnienia pacjentowi czasowego wytchnienia od trudnych do zniesienia objawów (*respite sedation*),
- sedacja z powodów cierpienia psychicznego i duchowego [11].

Tabela 1. Podstawowe różnice między sedacją zwykłą a sedacją paliatywną

Charakterystyka	Sedacja zwykła	Sedacja paliatywna
wskazania	typowe: lęk, bezsenność, depresja, wstęp do znieczulenia przed zabiegiem	wspomaganie kontroli objawów, np. bólu, duszności, pobudzenia, i postępowanie w stanach nagłych
leki	benzodwuzepiny: - długo działające, - średnio działające	- benzodwuzepiny: krótko, średnio i długo działające (rzadko) - anestetyki - neuroleptyki, barbiturany
droga podania	doustnie	dożylnie, podskórnice, doodbytniczo
schemat dawkowania	ustalone dawki	miareczkowanie i dopasowanie dawki do wymaganego stopnia sedacji
cel	zniesienie dolegliwości bez ograniczenia świadomości	umiarkowane lub głębokie ograniczenie świadomości proporcjonalnie do potrzeb
czas sedacji	okresowa, na żądanie, przewlekła	czasowa, okresowa na żądanie, ciągła
zgoda pacjenta	niewymagana	wymagana
kto może przeprowadzić sedację?	lekarz bez konsultacji z innym lekarzem	lekarz po konsultacji ze specjalistą medycyny paliatywnej (wskazana opinia co najmniej 2 lekarzy)

WSKAZANIA I ZASADY STOSOWANIA SEDACJI W OPIECE PALIATYWNEJ

Wiele przytoczonych definicji sedacji paliatywnej zawiera sformułowanie „w celu zmniejszenia trudnego do opanowania cierpienia”, „trudnych do zniesienia objawów” lub „opornych na leczenie objawów”. Jednym z kluczowych zagadnień jest zatem postawienie właściwej diagnozy i ustalenie wskazań medycznych do zastosowania sedacji paliatywnej. Według Cherny’ego i Portenoya objawy odporne na leczenie lub trudne do zniesienia postrzegane są jako „objawy, dla których wszystkie możliwe formy leczenia zawiodły lub stwierdzono, że żadne z metod uśmierzających cierpienia, które są tolerowane przez pacjenta i bezpieczne dla niego w danym czasie, nie są dostępne” [23]. Niektórzy badacze proponują, aby przedwcześnie nie określać objawów jako opornych lub trudnych do leczenia, ponieważ wiele z nich jest obecnie z powodzeniem leczonych przez specjalistów w hospicjach [24]. W wyniku niewłaściwej diagnozy i leczenia objawowego pacjenci mogą mieć niepotrzebnie włączoną sedację paliatywną [3]. Zwykle w okresie preterminalnym przejściowo stosuje się kontrolowaną sedację w czasie opanowywania silnych dolegliwości bólowych lub duszności innymi metodami lub z powodu nietolerowanych przez pacjentów sposobów opanowywania tych dolegliwości. Niektórzy pacjenci tego typu sedację prowadzą samodzielnie za pomocą ustalonego ciągłego wlewu i dawek ratowniczych midazolamu podawanych za pośrednictwem programowanych pomp typu PCA (*Patient Controlled Analgesia*) [25]. Z kolei w okresie terminalnym niektóre odporne na leczenie objawy nie mogą być leczone innymi

sposobami i w tych przypadkach sedacja paliatywna jest prowadzona przez długi czas lub do końca życia. Mówi się wówczas o sedacji paliatywnej (terminalnej/lecniczej). Należy zaznaczyć, że dla wielu objawów, zwłaszcza występujących w okresie terminalnym, nie ma specyficznego leczenia paliatywnego. Należą do nich m.in.: pobudzenie (21–78,7%), duszność (10–63%), niepokój (40–62%), ból (5–28%), wymioty (4,5–25%) [12, 26–28]. Wyniki badań przeprowadzonych w latach 1995–2002 przez Muller-Busch i wsp. wskazały, że najczęstszymi powodami zastosowania sedacji paliatywnej w okresie umiarkowania były niepokój i stres psychiczny (40%), a następnie duszność (35%) oraz delirium lub pobudzenie (13,8%) [29].

Cierpienie fizyczne często łączy się z cierpieniem psychicznym i wyczerpaniem długotrwałą chorobą [6]. Niektórzy badacze uważają, że cierpienie psychiczne i duchowe może być tak samo szkodliwe jak objawy somatyczne, dlatego wielu specjalistów uznaje je za wskazanie do sedacji paliatywnej [23, 29, 30]. Warunkiem jej zastosowania jest m.in. zły stan ogólny pacjenta, uporczywy charakter cierpienia i jasno wyrażona wola pacjenta zastosowania sedacji. Wielu ekspertów uważa jednak, że intensywna opieka psychiatryczna, psychologiczna i duchowa może w dużym stopniu zmniejszyć konieczność jej stosowania [31]. Badania przeprowadzone przez Porta Salesa i wsp. wykazały, że spośród badanych pacjentów aż 35% doświadczało wyczerpania psychicznego jako objawu opornego i trudnego do zniesienia [13]. Zdaniem wielu specjalistów zastosowanie sedacji paliatywnej w łagodzeniu cierpienia egzystencjalnego pozostaje jednak nadal kontrowersyjne, ponieważ trudno ustalić, kiedy objawy są

trudne do leczenia. Co więcej, nie ma odpowiednich narzędzi do pomiaru tego rodzaju objawów [2, 32]. Konieczne byłoby również szczegółowe określenie motywu decyzji o sedacji, który może wykluczać rzeczywiste cierpienie egzystencjonalne. Pacjent może bowiem decydować się na sedację z takich powodów, jak np. depresja, lęk, nierozwiązane konflikty czy splątanie [3, 30].

Cierpienie psychiczne i duchowe jest, podobnie jak wiele innych objawów, zjawiskiem subiektywnym, dlatego pacjent powinien określać, czy dany objaw jest akceptowany czy też nie [15]. Osoba cierpiąca ma zatem w obowiązku uczestniczenie w podejmowaniu decyzji o włączeniu sedacji paliatywnej. Jeśli pacjent nie jest w stanie wyrazić stopnia dyskomfortu z powodu zaburzeń poznawczych lub stanu nagłego (masywny krwotok do drzewa oskrzelowego, silna duszność), ocena należy do pełnomocnika lub członka rodziny i zespołu terapeutycznego [6, 23, 33]. Zdaniem niektórych specjalistów pozostaje jednak pytanie: co zrobić, jeśli rozpoznamy u naszego pacjenta cierpienie egzystencjonalne, wykluczając jednocześnie ból i inne objawy somatyczne? [32]. Wielu specjalistów przed podjęciem decyzji o sedacji zaleca konsultację psychiatryczną lub zasięgnięcie opinii etyka, chociaż w praktyce może to być bardzo trudne do przeprowadzenia [3]. Wskazuje się również na potrzebę zwiększenia opieki duchowej przez kapłanów ze specjalistycznym przygotowaniem do rozmowy o śmierci z umierającym [34]. Komitet etyczny NHPCO zaleca daleko idącą powściągliwość w podejmowaniu decyzji o zastosowaniu sedacji paliatywnej w przypadku pacjentów z trudnym do opanowania cierpieniem psychicznym i duchowym, uznając, że należy poczekać na wyniki dalszych badań w tym obszarze [35]. Ostrożność jest wskazana tym bardziej, że istnieje bardzo mało raportów empirycznych w zakresie sedacji w cierpieniu psychicznym i duchowym [36].

W podejmowaniu decyzji o zastosowaniu sedacji paliatywnej Rousseau zaleca przyjąć następujące kryteria:

- ostatnie dni życia,
- wyczerpanie się dostępnych metod leczenia, włącznie z leczeniem depresji, delirium i lęku,
- brak wskazań do resuscytacji,
- rozważenie oceny psychologicznej przez doświadczoną klinicystę oraz oceny duchowej – przez doświadczoną klinicystę lub kapłana,
- udokumentowana świadoma zgoda pacjenta,
- ustalone potrzeby nawodnienia i żywienia przed zastosowaniem sedacji,
- rozważenie w niektórych przypadkach sedacji czasowej (*respite sedation*) [3].

Niektórzy badacze podkreślają wagę wprowadzenia czasowej sedacji przez ok. 24–48 godz.,

szczególnie z powodów cierpienia psychicznego i duchowego w celu umożliwienia pacjentowi odpoczynku. Po zakończeniu sedacji czasowej pacjent powtórnie może ocenić, czy dalsza sedacja jest potrzebna [3, 30].

Informowanie pacjentów umierających i ich opiekunów o możliwych skutkach zastosowania sedacji paliatywnej jest trudnym zagadnieniem również w opiece paliatywnej. Wyniki badań Mority i wsp. wskazują, że tylko niewielka część pacjentów i ich opiekunów była informowana o możliwości wystąpienia senności i skrócenia życia (7%). Zwykle to członkowie rodzin pacjenta byli w pełni o nich informowani. Tylko część pacjentów informowano jedynie o senności (48%) [5]. Morita i wsp. zwracają uwagę na wpływ odrębności kulturowych w społeczności japońskiej na uzyskiwanie akceptacji leczenia. Wyniki tego badania wskazują, że pacjenci i rodziny rozumieją sedację podobnie. Niewielka grupa badanych wyrażała wolę zachowania świadomości do końca życia bez względu na nasilenie objawów (2–4%). Inni pacjenci chcieli być świadomi tak długo, jak tylko będą w stanie wytrzymać objawy (38–50%). Badani z trzeciej grupy wyrażali życzenie uniknięcia cierpienia w chwili, gdy będą senni (46–61%) [5]. Z osobistych kontaktów z lekarzami pracującymi w opiece paliatywnej wynika, że wielu z nich woli w rozmowie z pacjentem i opiekunami zwracać uwagę na senność w wyniku stosowania terminalnej sedacji i unikać rozmowy o możliwości wystąpienia fatalnego skutku. Część lekarzy unika również stosowania terminu „sedacja” z obawy, że może to być niezrozumiałe dla pacjenta i dlatego woli opisywać sedację paliatywną jako podawanie leku, który wywoła sen.

DYLEMATY ETYCZNE

Wiele zagadnień etycznych związanych ze stosowaniem sedacji paliatywnej wiąże się z pytaniem, czy w ten sposób nie skracamy życia pacjentom i co odróżnia to postępowanie od eutanazji. Niektórzy lekarze błędnie uważają sedację paliatywną za „powolną eutanazję” lub „procedurę tożsamą z eutanazją” [9, 10]. Środki do osiągnięcia sedacji paliatywnej i eutanazji są zupełnie różne i wzajemnie się wykluczające. W przypadku sedacji paliatywnej w łagodzeniu cierpienia lekarz specjalista kieruje się wskazaniem medycznym, tj. trudnymi do opanowania dolegliwościami, wykorzystaniem wszelkich metod ich intensywnego leczenia i okresem choroby. Osoby przeprowadzające eutanazję kierują się natomiast przekonaniem, że jest to jedyny środek, który skutecznie przerwie cierpienie. Zdarza się, że działanie prowadzące do skrócenia życia spowodowane jest emocjami [2, 37]. Etyczne

podejście do opieki i leczenia wyklucza jednak podejmowanie decyzji, które mają wpływ na ludzkie życie, pod wpływem emocji. Drugim ważnym wyróżnikiem sedacji paliatywnej są używane leki, głównie benzodiazepiny (np. mizadolam), których stosowaniu towarzyszy monitorowanie czynności życiowych [6, 38]. W przypadku eutanazji są to środki zwiotczające mięśnie (pankuronium) czy zatrzymujące czynność serca (chlorek potasu) [39]. Kolejny element różnicujący to sposób dawkowania. Podczas sedacji paliatywnej stosuje się metodę miareczkowania, tak aby optymalnie dopasować dawkę leku w celu zmniejszenia dolegliwości i cierpienia, nie powodując przy tym dodatkowych objawów ubocznych [14, 40, 41]. W przypadku eutanazji oblicza się dawki śmiertelne. Właśnie proporcjonalność stosowanych środków i sposób dawkowania dla wielu badaczy wydaje się kluczowym elementem różnicującym sedację paliatywną od eutanazji [41]. W dostrzeżeniu różnicy między eutanazją a sedacją paliatywną pomocne jest odniesienie się do śmierci naturalnej. Eutanazja jest bowiem śmiercią narzuconą, która wyklucza śmierć naturalną [42]. Istotne różnice między sedacją paliatywną a eutanazją przedstawiono w tabeli 2.

W opinii specjalistów sedacja paliatywna służy łagodzeniu trudnych do kontroli objawów, przy czym wiele definicji sedacji paliatywnej wskazuje również na potrzebę łagodzenia cierpienia. Cierpienie jest subiektywnym i nieprzewidywanym doświadczeniem trudnym do opisanie. Tylko pacjent może ostatecznie stwierdzić, czy odczuwa cierpienie [43]. Można je podzielić na: psychiczne (z powodu: braku odpowiedniego leku, niekorzystnych zmian w wyglądzie, poczucia beznadziejności), socjalne (troska o los bliskich, utrata pozycji społecznej) oraz

duchowe (dlaczego Bóg skazuje ludzi na takie cierpienie?) [44]. Cierpienie może występować bez objawów somatycznych.

Stosowanie leków w ciągłej i głębokiej sedacji wymaga szczegółowego monitorowania klinicznego, ponieważ mogą mieć fatalny wpływ na życie pacjenta, zwłaszcza w dużych dawkach [17]. Przy podejmowaniu decyzji o sposobie prowadzenia sedacji należy bardzo rozważnie interpretować zasadę „podwójnego efektu”, która brzmi: „Jeśli robiąc coś moralnie dobrego, spowodujemy negatywne skutki, czyn jest etycznie akceptowalny, pod warunkiem, że negatywne skutki nie były planowane. Etyczna ocena nie zmienia się nawet wtedy, kiedy można w jakiś sposób przewidzieć pojawienie się efektu ubocznego” [3]. Zasada ta ma zastosowanie wtedy, gdy nie można uniknąć ryzyka działania niepożądanego w czasie terapii, której celem jest dobro pacjenta. W żadnej mierze przyspieszenie śmierci pacjenta nie może być środkiem do osiągnięcia celu, jakim jest godne umieranie, rozumiane jako umieranie bez odczuwania cierpienia [3]. Wyniki badań wskazują na to, że zastosowanie sedacji paliatywnej nie przyspiesza śmierci, chociaż nie można wykluczyć takiego skutku w niektórych przypadkach [27, 29, 35]. Należy też podkreślić, że choć dane statystyczne dotyczące dużych grup wskazują, że sedacja nie przyspiesza śmierci, to trudno je odnosić do indywidualnych obaw pacjentów. W przedstawianiu informacji dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa sedacji obowiązuje bezwzględna szczerść wobec pacjenta i jego bliskich. Należy wyraźnie przedstawić sytuację, kiedy rozważa się sedację do końca życia pacjenta, oraz ryzyko nieprzewidywanego wpływu na funkcje życiowe i możliwość przedwczesnego zakończenia życia.

Tabela 2. Podstawowe różnice między sedacją paliatywną a eutanazją

	Sedacja paliatywna	Eutanazja
cel lub intencja	ulga w cierpieniu bez zamiaru skracania życia	skrócenie życia w celu przerwania cierpienia
wskazania	kontrola trudnych do uśmierzania objawów, np. duszności, bólu, delirium, postępowanie w stanach nagłych	- w Polsce: procedura nielegalna - w krajach, w których jest legalna: w chorobach nieuleczalnych i zaawansowanym okresie choroby przewlekłej postępującej, zagrażającej życiu, przy krótkim rokowaniu
procedura medyczna	stosowanie leków sedatywnych – miareczkowanie w zależności od natężenia dolegliwości	śmiertelna dawka leku
wpływ na długość życia	zasadniczo nie wpływa (może w sposób niezamierzony nieznacznie przedłużyć życie lub je skrócić)	skraca je w sposób zamierzony
kto przeprowadza	lekarz specjalista medycyny paliatywnej lub lekarz prowadzący po konsultacji lekarza specjalisty medycyny paliatywnej	w krajach, w których jest to legalne: lekarz zgodnie z procedurą ustaloną przepisami
rezultat	metoda uśmierzania cierpienia o wysokiej skuteczności	natychmiastowa śmierć

Jedną z bardziej kontrowersyjnych kwestii związanych z sedacją jest problem sztucznego nawodnienia i żywienia, które mają związek z długością życia. Obawa przed skróceniem życia w czasie prowadzenia sedacji paliatywnej może prowadzić do utrzymywania sztucznego nawodnienia i żywienia u pacjentów umierających bez względu na to, czy istnieją ku temu rzeczywiste wskazania czy nie.

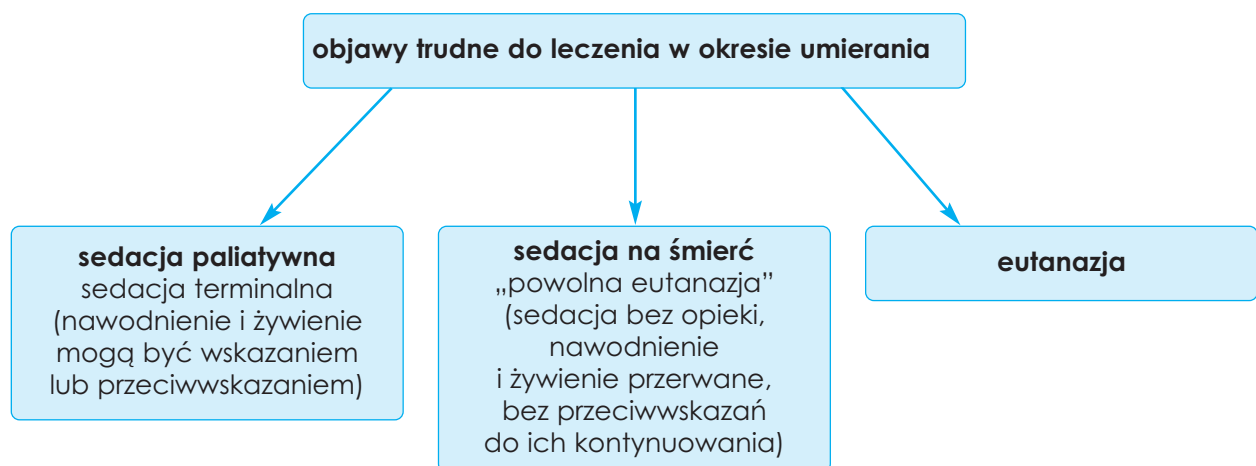
W opiece paliatywnej, zwłaszcza nad pacjentami umierającymi, którzy tracą zdolność do jedzenia i picia, powszechnie uznaje się, że takie środki, jak sztuczne nawodnienie i żywienie, są przeciwwskazane w dalszym postępowaniu medycznym, ponieważ wywołują wiele objawów niepożądanych i pogarszają jakość życia.

Niektórzy podkreślają znaczenie wstrzymania nawodnienia i żywienia jako zasadniczego elementu prowadzenia sedacji paliatywnej [25]. Zwolennicy „powolnej eutanazji” odstawiają nawodnienie i żywienie, aby przyspieszyć śmierć.

Nawodnienie i żywienie są obecnie powszechnie dostępne i refundowane, można je więc zaliczyć do zwykłych środków medycznych, które się pacjentowi należą. Zwykle środki to takie, z których zarówno pacjent, jak i lekarz nie mogą zrezygnować bez obarczania się moralną winą. Są one proste w użyciu, nie powodują stanu niewygodny lub cierpienia [42, 45]. Z kolei środki nadzwyczajne to środki inwazyjne, trudno dostępne, kosztowne, wyskospecjalistyczne i skomplikowane w zastosowaniu, które mogą być uciążliwe dla pacjenta. Bardzo często są one „nieproporcjonalne” w opiece paliatywnej, tzn. nie zapewniają dostatecznych korzyści, a mogą przynieść dodatkowy dyskomfort [46]. Według *Katechizmu Kościoła katolickiego*: „Nawet, jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane. Stosowanie środków

przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona. Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędą postać bezinteresownej miłości. Z tego tytułu powinna być popierana” (KKK 2279) [45]. W kwestii stosowania środków nadzwyczajnych stanowisko Kościoła jest także jednoznaczne: „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa «uporczywej terapii». Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusnych interesów pacjenta” (KKK 2278) [45]. Z pewnością środki zwykle mogą być stosowane w okresie poprzedzającym proces umierania lub w czasie prowadzenia czasowej sedacji w celu zapewnienia odpoczynku od dokuczliwego objawu (*respite sedation*) [2].

Obecnie dominuje podział na środki „proporcjonalne” i „nieproporcjonalne” [42]. W okresie umierania występują sytuacje, w których dotychczas stosowane środki „zwykle” mogą w dalszej opiece zaliczać się do „nieproporcjonalnych” i szkodliwych, jak np. sztuczne nawodnienie i żywienie, profilaktyka przeciwoleżynowa, rutynowe badania i zabiegi [12]. Istnieje jednak obawa, że zastosowanie sedacji paliatywnej z odstawieniem nawodnienia i żywienia może być określone jako „powolna eutanazja”, która budzi poważne wątpliwości etyczne [6, 47, 48]. Żywienie i nawadnianie jako środki



Ryc. 2. Przeciwstawne sposoby rozwiązywania problemu objawów trudnych do leczenia u pacjentów umierających

podtrzymujące życie należy rozważyć niezależnie od decyzji o wprowadzeniu sedacji paliatywnej [41]. Decyzja w tym względzie powinna być zatem indywidualna dla każdego pacjenta i niezależna od procedur sedacyjnych, ponieważ stanowisko dotyczące wyłączenia nawodnienia i żywienia w przypadku sedacji paliatywnej nie jest jednoznacznie określone [6, 41, 49]. W praktyce klinicznej u pacjentów umierających wykorzystuje się często opcję minimalnego nawodnienia, które jest tak długo stosowane, jak długo nie ma dowodów na to, że przynosi szkodę pacjentowi. Niekiedy utrzymanie funkcji wydalniczej i metabolicznej nerek może zapobiec wystąpieniu objawów niepożądanych związanych z prowadzoną polifarmakoterapią [15]. Niewątpliwie jednak ani lekarz, ani sam pacjent nie mają moralnego obowiązku poddawania się uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Zgoda na nieuchronną śmierć nie jest bowiem jednoznaczna z jej wspomaganiami [42].

PODSUMOWANIE

Pacjenci w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej doświadczają wielu trudnych do opamiętania objawów. W sytuacjach, gdy wszystkie możliwe metody leczenia zostają wyczerpane, rozważa się sedację paliatywną, będącą terapią ostateczną i wysoce skuteczną. Eksperci medycyny paliatywnej rekomendują włączenie głębokiej i ciągłej sedacji do opieki paliatywnej w fazie terminalnej choroby głównie za pomocą benzodwuzepin. W wielu rekomendacjach podkreśla się wagę uzyskania opinii specjalisty medycyny paliatywnej w procesie podejmowania przez lekarza prowadzącego decyzji o sedacji. Zastosowanie sedacji w opiece paliatywnej nie powinno się ograniczać do ustalenia wskazań medycznych i problemów organizacyjnych, ale powinno być również poparte refleksją nad kwestiami etycznymi i prawnymi. Należy jednoznacznie odróżniać sedację od eutanazji. Nie ma dowodów na to, że u pacjentów z zaawansowaną chorobą, u których szacowany czas przeżycia jest krótki, włączenie głębokiej i ciągłej sedacji miało wpływ na skrócenie życia. Z moralnego punktu widzenia sedacja nie powinna być zatem stawiana na równi z eutanazją, ponieważ jest elementem terapii i opieki chroniącym pacjenta przed trudnymi do zniesienia dolegliwościami. Istnieje jednak obawa co do nadużywania sedacji u pacjentów nieuleczalnie chorych żądających skrócenia życia, jako procedury zastępczej, prostszej w realizacji od pełnej wymogów formalnych eutanazji. Wyniki ostatnich badań, prowadzonych m.in. w Holandii, wykazały znaczny wzrost liczby przypadków stosowania sedacji, z jednoczesnym

obniżeniem wskaźnika wykonywanej eutanazji. Doświadczenia te wskazują na potrzebę opracowania przez specjalistów szczegółowych wytycznych dotyczących praktycznego stosowania sedacji terapeutycznej w opiece paliatywnej zarówno u pacjentów z chorobą nowotworową, jak i niemających nowotworu.

W praktyce klinicznej należy pamiętać, że celem nie jest ani walka z cierpieniem, ani walka ze śmiercią, ale przywrócenie zdrowia, a jeśli to jest niemożliwe – taka opieka, aby osoba chora jak najlepiej znosiła brzemień swojej choroby oraz kres życia [35].

PIŚMIENNICTWO

1. Statement on palliative sedation. American Academy of Hospice and Palliative Medicine 2006. www.aahpm.org, 13.12.2010.
2. The ethics of palliative sedation. A report by the National Ethics Committee of the Veterans Health Administration. National Center for Ethics in Health Care 2006; www.ethics.va.gov/docs/necrpts/NEC_Report_20060301_The_Ethics_of_Palliative_Sedation.pdf, 9.12.2010.
3. Rousseau P. Palliative sedation in the management of refractory symptoms. *J Support Oncol* 2004; 2: 181-186.
4. Fainsinger R.L., De Moissac D., Mancini I., Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care* 2000; 16: 5-10.
5. Morita T., Inoue S., Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12: 32-38.
6. Claessens P., Menten J., Schotsmans P., Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 310-333.
7. Miccinesi G., Rietjens J.A.C., Deliens L. i wsp. Continuous deep sedation: physicians' experiences in six European countries. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 122-129.
8. Morita T., Hirai K., Akechi T., Uchitomi Y. Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: a multidimensional scaling analysis on physicians' and the general population's opinions. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 357-362.
9. Billings J.A., Block S.D. Slow euthanasia. *Palliat Care* 1996; 12: 21-30.
10. Orentlicher D. The Supreme Court and physician-assisted suicide: rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. *N Engl J Med* 1997; 337: 1236-1239.
11. Cherny N.I., Radbruch L. The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Pall Med* 2009; 23: 581-593.
12. Sinclair C.T., Stephenson R.C. Palliative sedation: assessment, management and ethics. *Hosp Physician* 2006; 33-38.
13. Irwin M.H. Euthanasia: figures for "slow euthanasia" should be included in data on physician assisted suicide. *Brit Med J* 2001; 323: 809.
14. Rietjens J.A., van der Heide A., Vrakking A.M. i wsp. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 2004; 141: 178-185.
15. De Graeff A., Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67-85.

16. Windle M.L. Procedural sedation. www.emedicine.medscape.com, 3.12.2010.
17. Morita T., Chinone Y., Ikenaga M. i wsp. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 320-328.
18. Ducharme H.M., Kingsbury R.J. Two perspectives on total/terminal/palliative sedation. The Center for Bioethics & Human Dignity. www.cbhd.org, 10.12.2010.
19. Morita T., Tsuneto S., Shima Y. Proposed definitions for terminal sedation. *Lancet* 2001; 358: 465-473.
20. Pasero C., McCaffery M. Monitoring sedation: It's the key to preventing opioid-induced respiratory depression. *Am J Nurs* 2002; 102: 67-69.
21. Szalados J.E., Boysen P.G. Sedation in the critically ill patient. *Curr Opin Anesthesiol* 1998; 11: 147-155.
22. Morita T., Tsuneto S., Sima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 447-453.
23. Cherny N.I., Portenoy R.K. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31-38.
24. Ten Have H., Clark D., Broeckaert B., Orlarte J.M.N. Sedation in palliative care: facts and concepts. W: *The Ethics of Palliative Care: European Perspectives*. Ten Have H., Clark D. (red.). Open University Press, Buckingham 2002; 166-180.
25. Quill T.E., Byock I. R. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000; 132: 408-414.
26. Rietjens J.A.C., van Zuylem L., van Veluw H. i wsp. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 228-234.
27. Maltoni M., Pittereri C., Scarpi E. i wsp. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol* 2009; 20: 1163-1169.
28. Cameron D., Bridge D., Blitz-Lindeque J. Use of sedation to relieve refractory symptoms in dying patients. *S Afr Med J* 2004; 94: 445-449.
29. Muller-Busch, H., Andres I., Jehser T. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003; 2: 2.
30. Rousseau P. Existential suffering and palliative sedation: a brief commentary with a proposal for clinical guidelines. *Am J Hospice Palliat Care* 2001; 18: 151-153.
31. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminal ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 445-450.
32. Berlinger N. Taking "existential" suffering seriously. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 108-110.
33. Quill T.E., Byock I.R. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med* 2000; 132: 402-414.
34. Ferrell B. Meeting spiritual needs: what is an oncologist to do? *J Clin Oncol* 2007; 25: 467- 468.
35. Chiu T.Y., Hu W.Y., Lue B.H. i wsp. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 467-472.
36. Morita T., Tsunoda J., Inoue S., Chihara S. Terminal sedation for existential distress. *Am J Hospice Palliat Care* 2000; 17: 189-195.
37. Bryan C.W.L. Palliative Medical Unit, Grantham Hospital. Palliative sedation. *Newsletter of Hong Kong Society of Palliative Medicine* 2009; 1: 27-28.
38. Rietjens J., van Delden J., Onwuteaka-Philipsen B. i wsp. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *Brit Med J* 2008; 336: 810. doi: 10.1136/bmj.39504.531505.25.
39. Materstvedt L.J., Clark D., Ellershaw J. i wsp. Euthanasia and physician-assisted suicide: a review from an EAPC Ethics Task Force. *Pall Med* 2003; 17: 97-101.
40. De Graeff A., Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Pall Med* 2007; 10: 67-85.
41. Broeckaert B. Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20: 58.
42. Biesaga T. Wobec uporczywej terapii. *Medycyna Praktyczna* 2005; 11: 26-29.
43. Dantz B. Commentary: Who defines suffering? *Ethics Rounds* 1999; 17(4): 302.
44. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Bączyk E. Cierpienia chorych u kresu życia. *Opieka paliatywna/hospicyjna. Rozwój opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce*. Nowa Medycyna 1999;
45. Słownik zagadnień omawianych w „Katechizmie Kościoła Katolickiego”. http://www.teologia.pl/m_k/kkk1p02.htm, 14.12.2010.
46. Galewicz W. Rezygnacja z podtrzymywania życia. <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=32&i=3&m=22&z=0&n=2&k=7>, 13.12.2010.
47. Valeo T. On palliative sedation, what would neurologists do? *Neurol Today* 2010; 10 (4): 8-9. doi: 10.1097/01.NT.0000368758.29196.4c.
48. Billings J.A., Block S.D. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996; 12: 21-3.
49. Kirk T.W., Mahon M.M. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 914-923.

Komentarz

Artykuł poglądowy z wyborem tematu o tak istotnej i trudnej wiedzy klinicznej i bioetycznej w przekazie naszego czasopisma jest bardzo cenny. Porusza bardzo ważny i aktualnie „gorący” problem kliniczny i etyczny w medycynie, a szczególnie w medycynie paliatywnej. Mimo że możemy w nim zauważyć kontrowersyjne kwestie etyczne, treści są zgodne z aktualnymi dylematami klinicznymi w medycynie paliatywnej. Jeśli coś pozostaje w pozornej sprzeczności z naszą wiedzą i doświadczeniem w praktyce opieki paliatywnej, to nie można zakwestionować dobrze cytowanych źródeł z wyboru autorów. Na pewno kontrolowana sedacja w opiece paliatywnej może poruszyć moralną wrażliwość Czytelnika, ale równocześnie też wymaga wiedzy uporządkowanej, szczególnie w sprawach farmakoterapii. Równie istotnym problemem w medycynie paliatywnej jest posługiwanie się terminologią dotyczącą kliniki chorych u kresu życia i procedur sedatywnych.

Chciałabym zaproponować czytelnikom „Medycyny Paliatywnej” włączenie się do dyskusji nad

podjętym tematem przez przysłanie na łamy czasopisma uwag, komentarzy, opinii, opisów przypadków klinicznych itp. Będą one cennym załącznikiem do opracowania przez Zespół Ekspertów zaleceń Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej w problemach bioetycznych w opiece paliatywnej. Dziełenie się doświadczeniem w stosowaniu sedacji i w pokonywaniu dylematów moralnych w opiece medycznej nad chorymi u kresu życia powinno być cenną bazą wiedzy i wsparcia etycznego dla uwarunkowań w polskim systemie ochrony zdrowia. To nasze środowisko lekarskie, zaangażowane w opiekę paliatywną i bogate w doświadczenia autorytetów i własne, powinno kształtować formację zawodową i etyczne postawy, które nie zakłócą nikomu sumienia, a dadzą osobistą satysfakcję z odpowiedzialności.

Jeszcze raz gorąco zachęcam do aktywności na łamach „Medycyny Paliatywnej”.

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska
prezes Polskiego Towarzystwa
Medycyny Paliatywnej

Komentarz

Artykuł A. Stachowiaka i E. Mrówczyńskiej obszernie i rzetelnie przedstawia ocenę sedacji paliatywnej z punktu widzenia specjalisty medycyny paliatywnej. Bardzo słuszne jest podkreślenie, że musi być ona traktowana jako procedura medyczna służąca zniesieniu cierpienia niemożliwego do opanowania innymi metodami, a nie jako forma „powolnej eutanazji”. Autorzy bardzo klarownie przedstawiają różnice pomiędzy sedacją paliatywną a eutanazją. Zwracają jednocześnie uwagę, że sedacja może być wykorzystana nieetycznie i niezgodnie z prawem (należałoby dodać – i medycznym opisem procedury) w celu dokonania eutanazji.

Omówienie form sedacji pokazuje, że procedura ta jest stosowana w różnych sytuacjach klinicznych i tylko wyjątkowo jest to „sedacja terminalna” – właściwsze byłoby tu użycie określenia „sedacja u schyłku życia”.

Autorzy podkreślają konieczność uzyskania, po wyczerpującym wytłumaczeniu zasad prowadzenia sedacji, zgody pacjenta i jego rodziny oraz prowadzenia starannej dokumentacji medycznej. Podkreślają kontrowersje związane ze stosowaniem sedacji do opanowania cierpienia psychicznego i duchowego, a także z zaprzestaniem żywienia i nawadniania. Moim zdaniem bardzo cenne jest stwierdzenie, że decyzje o sedacji i niestosowaniu nawadniania

i żywienia są dwoma odrębnymi decyzjami medycznymi. Chory, u którego nie stosuje się nawadniania i żywienia w czasie sedacji, nie miałby włączanego sztucznego nawadniania i żywienia w okresie umierania, nawet gdyby nie był sedowany. Dobrym rozwiązaniem jest też proponowane przez autorów „minimalne nawadnianie”, zwykle prowadzone mało uciążliwą dla pacjenta drogą podskórną.

Chory poddany sedacji u schyłku życia musi pozostawać pod ścisłym profesjonalnym nadzorem. Ogranicza to znacznie możliwość jej stosowania w warunkach domowych. Autorzy nie poruszają tego problemu. Z moich doświadczeń wynika, że u pacjentów umierających w domu sedacja jest stosowana bardzo rzadko, wtedy konieczna jest stała obecność lekarza lub pielęgniarki. Natomiast po uzyskaniu zgody pacjenta i rodziny nie budziła u rodziny żadnych negatywnych emocji ani zastrzeżeń etycznych.

Warto też podkreślić, że w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej sedacja nie może stać się substytutem towarzyszenia choremu i udzielania mu wsparcia psychicznego i duchowego.

Anna Orońska
Hospicjum Domowe przy DCO
we Wrocławiu