

# Sedacja paliatywna w terapii bólu u pacjentów będących w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób leczonych w stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej w Polsce – analiza własna na podstawie danych uzyskanych w 2010 r.

*Palliative sedation as a way of treatment of pain in terminally ill patients treated in Polish hospices – own observations*

Barbara Marta Grabowska

Oddział Hematologii, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

## Streszczenie

W pracy przedstawiono zagadnienia związane z prowadzeniem sedacji paliatywnej w leczeniu bólu u chorych w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób, znajdujących się pod opieką oddziałów medycyny paliatywnej i hospicjów stacjonarnych w Polsce – stan na rok 2010. Termin sedacji paliatywnej odnosi się do postępowania, które pozwala celowo w sposób kontrolowany farmakologicznie wyłączyć świadomość chorego umierającego, u którego w żaden inny sposób nie udaje się opanować dręczącego go cierpienia. W polskiej literaturze medycznej brakuje doniesień na temat stosowania sedacji paliatywnej w leczeniu bólu do roku 2010. W dokonanym przeglądzie polskiej literatury w dziedzinie medycyny paliatywnej nie znaleziono też danych o inwentaryzacji i statystyce stosowania sedacji paliatywnej w terapii pacjentów w stanie terminalnym. W niniejszej pracy podjęto próbę oceny stosowania sedacji w leczeniu paliatywnym bólu w hospicjach i oddziałach medycyny paliatywnej w Polsce na podstawie przeprowadzonej ankiety. Ankieta w formie pytań została skierowana do ośrodków stacjonarnych zajmujących się opieką paliatywną. Dokonane studia literaturowe i przeprowadzone badanie wykazały, że sedacja paliatywna w Polsce jest metodą znaną, ale stosunkowo mało rozpowszechnioną, stosowaną głównie w większych miastach, a jej ocena pozostaje niejednorodna zarówno wśród specjalistów medycyny paliatywnej, jak i wśród pacjentów i ich rodzin. Nie zawsze pozyskiwana jest świadoma zgoda pacjenta i/lub rodziny na taką formę terapii. Istnieje potrzeba opracowania, dla warunków Polski, zunifikowanych standardów wdrażania sedacji paliatywnej.

**Słowa kluczowe:** sedacja paliatywna, terapia bólu, chorzy terminalni.

## Abstract

An issue of palliative sedation as a method of treating crushing pain in terminally ill patients in hospices in Poland was raised on in this paper. Palliative sedation is that way of treatment that enables to switch off consciousness of dying patient in a pharmacologically controlled way, when there is no other way to control overwhelming pain. There have been no medical reports in Polish medical literature about palliative sedation until 2010. There has been no statistics about using this procedure in Polish hospices either. In attempt to make an evaluation of using palliative sedation as a method of pain treatment in terminally ill patients in Poland a questionnaire was done. The four questions were sent to 45 hospices in Poland. The acknowledgement of definition of palliative sedation among palliative specialists, the number of patients treated, whether the patient's consent is obtained, and if there were any positive or negative impacts on such a treatment were checked. The results revealed that although the definition is well known, palliative sedation is not a common way of treatment in Poland. It is used in some big agglomerations, besides univocal positive ethical attitude it remains controversial among physicians, patients and their guardians. Standardized procedures of using palliative sedation in Poland need to be prepared.

**Key words:** palliative sedation, pain, terminally ill patients.

Adres do korespondencji:

dr Barbara Marta Grabowska, Oddział Hematologii, Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie, os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków, e-mail: bgrab@mixbox.pl

## WSTĘP I CEL PRACY

W kontekście toczących się na salach sejmowych Europy, w tym również Polski, dysput na temat legalizacji eutanazji pojawia się potrzeba spojrzenia na sedację paliatywną jako formę leczenia bólu akceptowalną zarówno z punktu widzenia etyki lekarskiej, jak i filozofii współczesnej. Termin ten został wprowadzony w 2000 r. przez Materstvedt i Kaas [1]. Sedacja paliatywna odnosi się do postępowania, które pozwala celowo w sposób kontrolowany farmakologicznie wyłączyć świadomość chorego umierającego, u którego w żaden inny sposób nie udaje się opanować dręczącego go cierpienia fizycznego (gdy boli ciało) i duchowego (gdy występuje ból duszy) [2]. W praktyce klinicznej sedację paliatywną stosuje się najczęściej w terapii, gdy nie można w inny sposób opanować duszności, delirium i bólu [3]. Wyłączenie świadomości pacjenta jest środkiem służącym do uzyskania celu, jakim jest uwolnienie go od cierpienia. Niezmiernie ważne jest więc stosowanie tego rodzaju terapii wg właściwych wskazań w sposób proporcjonalny i adekwatny. Proporcjonalnie oznacza, że świadomość chorego zostaje zmniejszona do poziomu niezbędnego do uzyskania pożądanej redukcji objawów. Adekwatny oznacza poziom sedacji od powierzchownego do głębokiego. U pacjentów wymagane jest indywidualne miareczkowanie dawki leków sedatywnych oraz indywidualne sposoby jej prowadzenia, tj. od krótkiej, przerywanej, do ciągłej utrzymywanej do śmierci.

Najwcześniejsze doniesienia w europejskiej prasie medycznej o stosowaniu sedacji paliatywnej pochodzą z początku lat 60. ubiegłego wieku [4]. Najczęściej uznawanymi przez lekarzy wskazaniami do włączenia tej formy terapii są delirium, pobudzenie lub ekstremalna duszność występujące u pacjentów z krótkim przewidywanym czasem przeżycia. Znacznie rzadziej praktyka ta jest stosowana z powodu bólu [5]. W krajach Europy Zachodniej i Skandynawii sedacja paliatywna postrzegana jest jako kontynuacja opieki paliatywnej, zabezpieczająca przed ewentualnym niepowodzeniem terapii. W 2005 r. w Holandii opracowano i wprowadzono jako obowiązujące zalecenia odnośnie do stosowania sedacji paliatywnej [6]. Lekarze holenderscy zostali prawnie zobligowani do postępowania zgodnie ze standardami [7]. Od tego czasu obserwuje się zdecydowany spadek liczby przypadków eutanazji w tym kraju o ok. 1/3 przy stałym wzroście liczby przypadków sedacji terminalnej [8]. Podobne standardy zostały opracowane i wdrożone w innych krajach europejskich [9, 10]. Standardy te obejmują przede wszystkim ściśle zalecenia przeprowadzania procedury sedacji w celu opanowania objawów opornych u pacjentów umierających.

W Polsce leczeniem paliatywnym zajmują się głównie hospicja i oddziały medycyny paliatywnej.

W ośrodkach opieki paliatywnej w całej Polsce stosowane jest leczenie objawowe zgodnie z obowiązującymi standardami [11–13]. W polskiej literaturze medycznej brakuje doniesień na temat stosowania sedacji paliatywnej w terapii bólu do roku 2010.

W niniejszej pracy, na podstawie przeprowadzonej ankiety, podjęto próbę oceny, czy w Polsce wśród lekarzy pracujących na stacjonarnych oddziałach medycyny paliatywnej znana jest definicja sedacji paliatywnej, czy taki rodzaj terapii jest stosowany w leczeniu paliatywnym u pacjentów umierających w hospicjach stacjonarnych i na oddziałach medycyny paliatywnej oraz jaki procent pacjentów poddawanych procedurze sedacji paliatywnej stanowią pacjenci leczeni tak z powodu bólu, czy zastosowanie sedacji paliatywnej poprzedzone jest uzyskaniem świadomej zgody na taki sposób leczenia od pacjenta i/lub jego opiekuna, a także jakie czynniki wywierają wpływ na decyzję lekarza o zastosowaniu tej formy terapii.

## MATERIAŁ I METODY

Obecnie w Polsce działa 416 podmiotów opieki paliatywnej, w tym 145 ośrodków stacjonarnych. Najmniej oddziałów stacjonarnych jest w województwach zachodniopomorskim (2), świętokrzyskim (4) i łódzkim (4), najwięcej zaś w województwach wielkopolskim (20), mazowieckim (15) oraz małopolskim (14). W większości województw dostęp do specjalistycznej opieki z zakresu usług medycyny paliatywnej jest zdecydowanie ograniczony z powodu braku takich jednostek [14].

Do badania wytypowano 45 ośrodków stacjonarnej opieki paliatywnej. Ocenie poddano obszar całej Polski, uwzględniając podział administracyjny na województwa. Taki sposób typowania ośrodków pozwala na założenie, że uzyskane informacje dają podstawę do oceny sytuacji całego obszaru Polski. Wybór został przeprowadzony dwustopniowo. Pierwszym krokiem był kontakt z wojewódzkimi specjalistami medycyny paliatywnej jako doradcą w wyborze odpowiedniego ośrodka. W kolejnym kroku wytypowane ośrodki zostały poddane ankietyzacji.

Ankietyzacja została przeprowadzona z lekarzami, specjalistami medycyny paliatywnej z zastosowaniem jednego z trzech sposobów kontaktów, tj. rozmowa telefoniczna, poczta elektroniczna, bezpośredni kontakt. Spis ośrodków wraz ze sposobem przeprowadzenia ankietyzacji zamieszczono w tabeli 1.

W ankiecie pytano o:

- znajomość definicji sedacji paliatywnej wśród pracowników oddziałów stacjonarnej opieki paliatywnej;
- liczbę pacjentów dotychczas poddanych procedurze sedacji paliatywnej w danym ośrodku w ciągu 12 mie-

**Tabela 1.** Spis ośrodków poddanych ankietyzacji

Nazwa ośrodka	Miejscowość	Województwo	Sposób kontaktu	Odpowiedź na kontakt
Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej	Trzebnica	dolnośląskie	telefon, e-mail	+
NZOZ Hospicjum Bonifratrów im. Świętego Jana Bożego	Wrocław	dolnośląskie	telefon, e-mail	+
Zakład Opieki Paliatywno-Hospicyjnej oraz Poradnia Medycyny Paliatywnej przy SP ZZOZ w Nowogrodźcu	Nowogrodziec	dolnośląskie	e-mail	+
Specjalistyczny ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy, Oddział Medycyny Paliatywnej	Pieszycy	dolnośląskie	e-mail	–
Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy przy parafii Św. Polskich Braci Męczenników	Bydgoszcz	kujawsko-pomorskie	telefon, e-mail	+
Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder w Bydgoszczy	Bydgoszcz	kujawsko-pomorskie	e-mail	–
Zespół Opieki Paliatywnej Hospicjum „Światło”	Toruń	kujawsko-pomorskie	e-mail	+
Lubelskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Dobrego Samarytanina	Lublin	lubelskie	telefon, e-mail	+
Spółeczny Zakład Opieki Hospicyjnej „Hospicjum”	Włodawa	lubelskie	telefon, e-mail	+
Lubartowskie Stowarzyszenie Hospicjum Św. Anny	Lubartów	lubelskie	telefon, e-mail	+
Stowarzyszenie Hospicjum Św. Kamila	Gorzów Wlkp.	lubuskie	telefon, e-mail	+
Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw	Zielona Góra	lubuskie	telefon, e-mail	+
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (Hospicjum)	Wschowa	lubuskie	e-mail	–
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przy Stowarzyszeniu „Hospicjum”	Łódź	łódzkie	e-mail	–
Oddział Opieki i Radioterapii Paliatywnej WSZS im. M. Kopernika	Łódź	łódzkie	telefon	+
Caritas Diecezji Tarnowskiej Hospicjum Św. Br. Alberta w Dąbrowie Tarnowskiej	Dąbrowa Tarnowska	małopolskie	telefon, e-mail	–
Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza”	Kraków	małopolskie	telefon, e-mail	+
Oddział Leczenia Bólu, Opieki Paliatywnej i Farmakologii Klinicznej	Kraków	małopolskie	telefon	+
Hospicjum Opatrzności Bożej – Księża Orioniści	Wołomin	mazowieckie	telefon, e-mail	+
Oddział Opieki Paliatywno-Hospicyjnej z Zespołem Opieki Domowej	Ciechanów	mazowieckie	e-mail	–
Hospicjum Stacjonarne im św. Patryka – Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy (MCLCHPiG)	Otwock	mazowieckie	telefon, e-mail	+
Centrum Onkologii – Instytut M. Skłodowskiej-Curie, Zakład Medycyny Paliatywnej	Warszawa	mazowieckie	telefon, e-mail	+
Zakład Opieki Paliatywno-Hospicyjnej, Oddział Medycyny Paliatywnej	Namysłów	opolskie	telefon	+
Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywnej w Nysie – Hospicjum im. św. Arnolda Janssena	Nysa	opolskie	telefon	+
Hospicjum w Przemyślu	Przemyśl	podkarpackie	telefon, e-mail	+
Towarzystwo Przyjaciół Chorych w Białymstoku, Hospicjum Stacjonarne Dom Opatrzności Bożej (Hospicjum)	Białystok	podlaskie	e-mail	+

Tabela 1. Cd.

Nazwa ośrodka	Miejscowość	Województwo	Sposób kontaktu	Odpowiedź na kontakt
Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” pw. Świętego Ducha	Łomża	podlaskie	telefon, e-mail	–
NZOZ „Hospicjum MEDICOR” Hospicjum Zwiastowania NMP	Chojnice	pomorskie	telefon, e-mail	+
Stowarzyszenie Hospicjum św. Wawrzyńca w Gdyni	Gdynia	pomorskie	e-mail	+
Dom Hospicyjny Caritas im. św. Józefa	Sopot	pomorskie	telefon, e-mail	+
Hospicjum przy Szpitalu Specjalistycznym	Kościerzyna	pomorskie	telefon, e-mail	+
Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Słupsku	Słupsk	pomorskie	telefon, e-mail	–
Hospicjum im. Ks. Dufkiewicza	Gdańsk	pomorskie	telefon	+
NZOZ Hospicjum Miłosierdzia Bożego	Gliwice	śląskie	e-mail	+
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej „Hospicjum im. św. Antoniego”	Chorzów	śląskie	telefon	+
Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Oddział Paliatywny	Kielce	świętokrzyskie	telefon, e-mail	+
Hospicjum św. Jerzego im. dr Aleksandry Gabrysiak	Elbląg	warmińsko-mazurskie	e-mail	+
Oddział Paliatywny SPZOZ Działdowo i Hospicjum Domowe	Działdowo	warmińsko-mazurskie	e-mail	+
Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II (NZOP-H)	Olsztyn	warmińsko-mazurskie	e-mail	+
Oddział Medycyny Paliatywnej im. Jana Pawła II, Poradnia Medycyny Paliatywnej	Ostrów Wlkp.	wielkopolskie	telefon, e-mail	+
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Licheń z Oddziałem Hospicjum im. bł. Stanisława Papczyńskiego	Licheń Stary	wielkopolskie	telefon, e-mail	+
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Palium	Poznań	wielkopolskie	telefon, e-mail	+
Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci	Szczecin	zachodnio-pomorskie	e-mail	+
Hospicjum św. Jana Ewangelisty	Szczecin	zachodnio-pomorskie	telefon, e-mail	–
Hospicjum im. św. Maksymiliana Kolbego	Koszalin	zachodnio-pomorskie	telefon, e-mail	+

sięcy, a w przypadku stosowania tej formy terapii – o liczbę pacjentów sedowanych z powodu bólu;

- czy została wyrażona świadoma zgoda pacjenta i/lub jego opiekuna na taki sposób leczenia;
- czy były jakieś czynniki, które wpływały na decyzję lekarza o stosowaniu sedacji paliatywnej; czynniki wpływające na stosowanie sedacji zostały podzielone na cztery grupy:
  - pozamedyczne czynniki ograniczające – brak zgody pacjenta/rodziny, obawa lekarza o oskarżenie o zabójstwo,
  - brak wskazań medycznych: objawy opanowane innymi metodami,
  - wskazania medyczne – objawy odporne na leczenie zachowawcze,
  - pozamedyczne czynniki – prośba pacjenta/rodziny o sedację pomimo możliwości opanowania objawów innymi metodami (załącznik 1.).

## WYNIKI

Z 45 wytypowanych do ankietyzacji ośrodków odpowiedź uzyskano z 36. Liczba ta stanowi obecnie 24% wszystkich oddziałów stacjonarnej opieki paliatywnej w Polsce. Istotnym ograniczeniem w pracy była jakość uzyskanych odpowiedzi, co w głównej mierze wynikało z braku danych statystycznych w ankietowanych jednostkach: 14% – brak danych o stosowaniu sedacji paliatywnej ze względu na brak prowadzonej statystyki (tab. 2.).

We wszystkich ankietowanych ośrodkach znana jest definicja sedacji paliatywnej, jednak w większości nie ma opracowanych procedur i standardów jej prowadzenia.

Liczbę ośrodków, spośród tych, które wytypowano do badania i które udzieliły odpowiedzi, gdzie stosowano sedację paliatywną przez 12 miesięcy przedsta-

**Tabela 2.** Zestawienie informacji uzyskanych z ankiety

Województwo	Ośrodki	Liczba pacjentów poddanych sedacji w ciągu 12 miesięcy	Liczba pacjentów poddanych sedacji z powodu bólu w ciągu 12 miesięcy	Uwagi
dolnośląskie	Nowogrodziec	1	0	brak potrzeby
dolnośląskie	Rościszów	0	0	brak kontaktu
dolnośląskie	Trzebnica	0	0	brak statystyki
dolnośląskie	Wrocław	10	0	objawy oporne
kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz „Popiełuszko”	0	0	brak statystyki
kujawsko-pomorskie	Toruń	0	0	brak potrzeby, brak procedur
kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz „Sue Ryder”	0	0	brak odpowiedzi
lubelskie	Włodawa	15	8	brak procedur, zgoda rodziny, objawy oporne
lubelskie	Lubartów	0	0	brak procedur
lubelskie	Lublin	60	2	brak zgody rodziny
lubuskie	Gorzów Wlkp.	0	0	brak procedur
lubuskie	Zielona Góra	2	0	brak zgody rodziny, objawy oporne
lubuskie	Wschowa	0	0	brak kontaktu
łódzkie	Łódź Oddział	0	0	brak statystyki
łódzkie	Łódź Hospicjum	0	0	brak kontaktu
małopolskie	Kraków Oddział	76	5	objawy oporne
małopolskie	Dąbrowa Tarnowska	0	0	brak kontaktu
małopolskie	Kraków Hospicjum	2	0	objawy oporne
mazowieckie	Warszawa	17	17	objawy oporne, brak zgody rodziny
mazowieckie	Wołomin	0	0	brak potrzeby
mazowieckie	Otwock	0	0	brak potrzeby, brak procedur
mazowieckie	Ciechanów	0	0	brak kontaktu
opolskie	Namysłów	10	6	opracowane procedury
opolskie	Nysa	0	0	brak potrzeby
podkarpackie	Przemyśl	0	0	brak potrzeby
podlaskie	Białystok	200	20	objawy oporne
podlaskie	Łomża	0	0	brak kontaktu
pomorskie	Sopot	0	0	brak potrzeby, brak procedur
pomorskie	Kościerzyna	1	1	objawy oporne
pomorskie	Słupsk	0	0	brak kontaktu
pomorskie	Gdynia	0	0	brak procedur
pomorskie	Gdańsk	0	0	brak potrzeby
śląskie	Gliwice	30	15	objawy oporne
śląskie	Chorzów	2	0	brak potrzeby
świętokrzyskie	Kielce	0	0	brak potrzeby, brak procedur
warmińsko-mazurskie	Elbląg	0	0	brak potrzeby
warmińsko-mazurskie	Działdowo	0	0	brak potrzeby

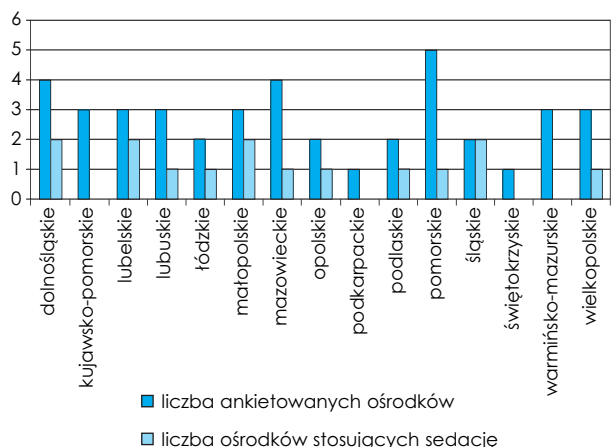
Tabela 2. Cd.

Województwo	Ośrodki	Liczba pacjentów poddanych sedacji w ciągu 12 miesięcy	Liczba pacjentów poddanych sedacji z powodu bólu w ciągu 12 miesięcy	Uwagi
warmińsko-mazurskie	Olsztyn	0	0	brak zaplecza, brak procedur
wielkopolskie	Ostrów Wielkopolski	12	0	nie wszyscy świadoma zgoda
wielkopolskie	Poznań	0	0	brak statystyki
wielkopolskie	Licheń Stary	0	0	brak potrzeby
zachodniopomorskie	Szczecin	0	0	brak kontaktu
zachodniopomorskie	Szczecin	0	0	brak potrzeby
zachodniopomorskie	Koszalin	0	0	brak statystyki bez zgody indywidualnej

wiono na rycinie 1. Odpowiedzi uzyskane z ankiet pokazują, że sedację paliatywną stosuje się w 15 ośrodkach spośród 36 ankietowanych, tj. 41%. W badanej grupie najwięcej ośrodków stosujących sedację paliatywną było w województwie dolnośląskim – na 4 ośrodki 3 stosują procedury sedacji. W objętych badaniem oddziałach stacjonarnej opieki paliatywnej w województwach podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie praktykuje się tej formy terapii. Z 15 ośrodków stosujących sedację zgodnie z procedurami w 8 ośrodkach (53%), zlokalizowanych w dużych miastach, w danym okresie obserwacji prowadzona była sedacja paliatywna jako sposób leczenia bólu w 74 przypadkach.

W 19 przypadkach (25%) nie uzyskiwano świadomej zgody pacjenta i jego rodziny.

Pozyskane dane liczbowe są niepełne, ponieważ z 5 ośrodków stosujących sedację nie uzyskano odpowiedzi na zadane w ankiecie pytania o liczbę pacjentów poddawanych tej procedurze. Ośrodki te nie prowadzą statystyki.

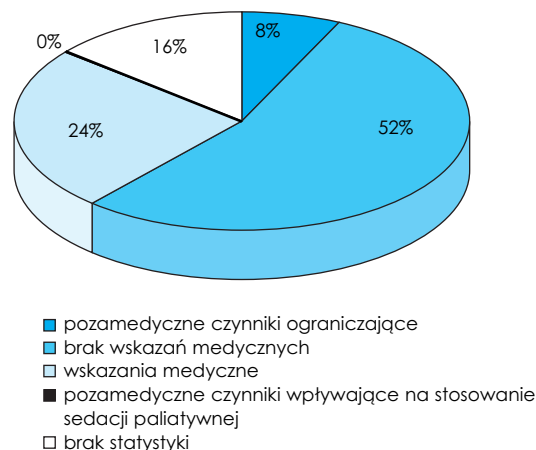


Ryc. 1. Liczba ośrodków, w których prowadzi się sedację paliatywną, na tle ogólnej liczby ankietowanych ośrodków w poszczególnych województwach

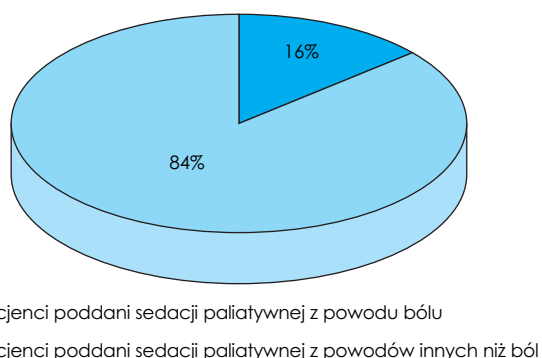
Czynniki wpływające na stosowanie sedacji przedstawiono na rycinie 2.

## OMÓWIENIE

Przez wiele wieków medycyna zajmowała się bólem marginalnie, zostawiając ból filozofom, którzy szukali jego przyczyn w sercu lub mózgu. Dopiero lata 70. XX wieku przyniosły odkrycie mechanizmu percepcji bólu i przeciwbólowego działania morfiny [15, 16]. Dzięki rozwojowi badań nad zastosowaniem całego szeregu nowych leków analgetycznych dokonał się gwałtowny postęp w łagodzeniu cierpienia fizycznego. Mimo to europejskie dane pokazują, że nadal ok. 50% dorosłej populacji cierpi z powodu różnego rodzaju bólu [17]. Z końcem XX wieku w literaturze medycznej pojawił się imperatyw moralny i medyczny, aby umierający człowiek był uwolniony od bólu i innych trudnych do wytrzymania objawów, bo wolna od bólu śmierć jest warunkiem współcześnie



Ryc. 2. Procentowy udział czynników wpływających na zastosowanie sedacji paliatywnej



**Ryc. 3.** Odsetek pacjentów poddanych sedacji paliatywnej z powodu bólu w stosunku do leczonych sedacją paliatywną z powodów innych niż ból

rozumianego określenia „dobrej śmierci” [18, 19]. Wraz z rozwojem medycyny paliatywnej i przyznaniem prawa do ulgi w bólu lekarze zostali zobligowani do wykorzystania wszystkich dostępnych metod w sytuacji, gdy najlepsze leki przeciwbólowe nie wystarczają, by uśmierzyć ból. Sedacja paliatywna stała się bardzo trafną odpowiedzią medycyny na społeczne oczekiwania zarówno pacjentów, jak i leczących ich lekarzy [20]. Przeprowadzona w niniejszej pracy ankieta pozwala na wstępną ocenę stosowania sedacji paliatywnej w leczeniu bólu u pacjentów w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób. Zawarte w ankiecie pytanie o znajomość definicji sedacji paliatywnej wśród personelu medycznego oddziałów stacjonarnej opieki paliatywnej wykazało dobrą znajomość definicji wśród wszystkich respondentów (100%). Przeprowadzone badanie pokazuje, że omawiana metoda leczenia jako jedna z form terapii bólu jest stosowana rzadko: 74 przypadki na 438 poddawanych sedacji paliatywnej ogółem z różnych przyczyn, co stanowi 16% (ryc. 3.). Odsetek ten koresponduje z danymi z innych krajów europejskich. W literaturze medycznej Wielkiej Brytanii, Holandii, Belgii [21], a także krajów skandynawskich i Niemiec szacuje się, że ok. 15% do ponad 60% pacjentów objętych opieką paliatywną wymaga włączenia sedacji paliatywnej [22–25]. Jedenaście ośrodków z 36 (30%), które odpowiedziały na ankietę, nie ma opracowanych stosownych procedur prowadzenia sedacji paliatywnej, dlatego też taka forma terapii nie jest wdrażana.

W 2 ośrodkach, w których stosowano sedację paliatywną w terapii bólu, wbrew definicji, nie zawsze pytano o świadomą zgodę pacjenta i/lub jego rodziny.

Pytanie o istnienie czynników wpływających na decyzję lekarza o zastosowaniu sedacji paliatywnej w terapii bólu u pacjentów u schyłku życia wykazało, że 52% respondentów nie obserwowało medycznych wskazań do wdrożenia takiej procedury, we wszystkich pozostałych przypadkach, tj. w 24%, gdzie została zastosowana omawiana forma terapii,

przyczyną jej wprowadzenia było występowanie objawów opornych po wyczerpaniu wszystkich innych linii leczenia, w 8% obawa o oskarżenie o spowodowanie przedwczesnej śmierci była powodem, dla którego nie wdrażano sedacji paliatywnej, w żadnym z ośrodków nie stosowano sedacji wyłącznie na życzenie pacjenta i jego rodziny.

W rozmowach nieformalnych także pojawiła się informacja, że w niektórych ośrodkach pomimo medycznych wskazań nie stosuje się takiej metody terapii z obawy przed oskarżeniem o spowodowanie przedwczesnej śmierci. Wynika to najpewniej z braku świadomości społecznej o tym, że sedacja w opiece paliatywnej jest elementem terapii, a jej celem jest uśmierzenie cierpienia, a nie przyspieszenie śmierci pacjenta [26, 27].

## WNIOSKI

Pomimo długiej historii leczenia bólu problem adekwatnej terapii jest wciąż aktualny. Przeprowadzona w pracy ankieta o stosowaniu sedacji paliatywnej jako metody leczenia bólu u pacjentów w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. Sedacja paliatywna jest procedurą, której definicja jest znana.
2. Sedacja paliatywna jest procedurą stosowaną w ośrodkach stacjonarnej opieki paliatywnej w Polsce.
3. Sedacja paliatywna jako forma terapii bólu jest stosowana rzadko.
4. Stosowanie sedacji paliatywnej w Polsce nie zawsze poprzedzone jest uzyskaniem świadomej zgody chorego i/lub jego opiekuna.
5. Stosowanie sedacji paliatywnej jest oceniane niejednorodnie zarówno wśród specjalistów medycyny paliatywnej, jak i wśród pacjentów i ich rodzin.

Dokonany przegląd literatury oraz uzyskane wyniki ankietyzacji skłaniają do sformułowania dalszych kierunków badań nad zagadnieniem sedacji paliatywnej u pacjentów w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób:

- opracowanie zunifikowanych standardów sedacji paliatywnej w kontekście dyskusji o legalizacji eutanazji w Polsce,
- prowadzenie systematycznej statystyki stosowania sedacji paliatywnej,
- prowadzenie szkoleń i seminariów na temat zastosowania sedacji w leczeniu bólu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Materstvedt L.J., Bosshard G. Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. *Lancet Oncol* 2009; 10: 622-627.

2. Jan Paweł II: *Salvifici Doloris* – List apostołski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. Watykan 1984.
3. Braun T.C., Hagen N.A., Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med* 2003; 6: 345-350.
4. Neder G.A., Derbes V.J., Carpenter C.L., Ziskind M. Death from status asthmaticus: Role of sedation. *Dis Chest* 1963; 44: 263-267.
5. Sykes N., Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol* 2003; 4: 312-318.
6. 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.
7. Verkerk M., van Wijlick E., Legemaate J., de Graeff A. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 666-670.
8. Carr M.F., Mohr G.J. Palliative sedation as part of a continuum of palliative care. *J Palliat Med* 2008; 11: 76-81.
9. Chambaere K., Bilsen J., Cohen J. i wsp. Continuous deep sedation until death in Belgium: a nationwide survey. *Arch Intern Med* 2010; 170: 490-493.
10. Seale C. End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners. *Palliat Med* 2009; 23: 198-204
11. Podstawy opieki paliatywnej. De Walden-Gałuszko K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
12. Watson M.S., Lucas C.F., Hoy A.M., Back I.N. *Opieka paliatywna*. Urban & Partner Wrocław 2007.
13. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2011 roku. *Med Paliat* 2011; 4: 214-220.
14. Twycross R., Lack S. *Leczenie objawowe w terminalnej fazie choroby nowotworowej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991; 21-49.
15. Gumułka W.S., Rewerski W. *Terapia bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989; 11-12.
16. Krajnik M., Żylicz Z. Mechanizmy działania przeciwbólowego opioidów. *Pol Med Paliat* 2003; 2: 111-118.
17. Dobrogowski J. Ulga w bólu. *Gazeta Lekarska* 2009; 1: 6-9.
18. Cherny N., Portenoy R.K. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31-38.
19. Pool R. "You're not going to dehydrate mom, are you?": Euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands. *Soc Sci Med* 2004; 58: 955-966.
20. Pautex S., Zulian G. To sedate or not to sedate? *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 105-107.
21. Seymour J., Janssens R., Broeckaert B. Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1679-1691.
22. Fainsinger R., Waller L., Bercovici, A. i wsp. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000; 14: 257-265.
23. 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; 14: 178-185.
24. Engström J., Bruno E., Holm B., Hellzén O. Palliative sedation at end of life – a systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs* 2007; 11: 26-35.
25. Lundström S., Zachrisson U., Fürst C.J. When nothing helps: propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 570-577.
26. Stachowiak A., Mrówczyńska E. Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia. *Med Paliat* 2011; 1: 1-10.
27. Tomczyk M. Sedacja paliatywna to nie eutanazja. *Służba Zdrowia* 2011; 77-84. Dostępne na: <http://www.esculap.pl/publikacja/>.

#### Załącznik 1.

##### Ankieta

1. Czy znana jest Pani/Panu definicja sedacji paliatywnej?
2. Czy procedura sedacji paliatywnej jest stosowana w Pani/Pana Ośrodku? Ilu pacjentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy zostało poddanych procedurze sedacji paliatywnej, w tym ilu z powodu bólu?
3. Czy była pozyskiwana świadoma zgoda chorego i/lub jego rodziny na taki sposób leczenia?
4. Czy były jakieś czynniki, które wpływały na Pani/Pana decyzję o zastosowaniu sedacji paliatywnej w terapii bólu?
  - sprzyjające, np. potrzeba medyczna z powodu występowania objawów opornych, prośba rodziny lub chorego;
  - ograniczające, np. obawa przed stosowaniem takiego leczenia, brak procedur, brak wskazań medycznych (objawy opanowane innymi metodami).