

Sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci chorego – czym jest i dlaczego wzbudza kontrowersje?

Continuous deep sedation until death – what is it and why its built controversy?

Martyna Tomczyk¹, Maciej Jarostaw Sopata², Marcel-Louis Viillard^{1,3}, Sadek Beloucif⁴, Christian Hervé¹

¹EA 4569, Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paryż, Francja

²Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³Equipe mobile médecine palliative périnatale – pédiatriques – adultes, Necker Enfants Malades, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paryż, Francja

⁴Université Paris XIII Nord, Sorbonne Paris Cité, EA 4569, Centre Hospitalier Universitaire Avicenne, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paryż, Francja

Streszczenie

W artykule omówiono szczególny rodzaj sedacji – sedację głęboką ciągłą utrzymywaną do śmierci chorego. Autorzy wskazali na problemy terminologiczno-semantyczne i tym samym trudności związane z określeniem częstości wykonywanych tego typu sedacji. Warunki, w których sedacja głęboka ciągła może być wdrożona i utrzymywana do śmierci chorego, zostały ujęte z punktu widzenia medycznego i etycznego. Autorzy omówili także obawy, jakie budzi ta praktyka, i ich ewentualne przyczyny. Okazuje się, że wpływ kontekstu społeczno-kulturowego danego kraju nie jest bez znaczenia. Sytuacja w Polsce została przeanalizowana z perspektywy medycznej, prawnej oraz społecznej.

Słowa kluczowe: sedacja, dylematy, kontekst społeczno-kulturowy, Polska.

Abstract

In this article authors described a special kind of sedation – continuous deep sedation until death of the patient. They present terminological semantic problems that are present with this procedure, its frequency of use, medical indications and ethical dilemmas. Authors also describe the potential determinants of its controversial use. The main factor explaining these results is the social-cultural influence of the studied country. Medical, social and juridical situation in Poland has been described and discussed.

Key words: sedation, dilemmas, social-cultural aspects, Poland.

Adres do korespondencji:

Martyna Tomczyk, EA 4569, Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paryż, Francja, e-mail: martyna.tomczyk5891@gmail.com

WSTĘP

W 1990 r. w „Journal of Palliative Care” ukazał się artykuł [1], w którym przedstawiono wyniki prospektywnego badania oceniającego częstość występowania objawów i sposoby ich łagodzenia w ostatnich dniach lub godzinach życia chorych onkologicznych. Autorzy badania (Ventafridda i wsp.) zauważyli, że ponad 50% pacjentów bardzo cierpiało przed śmiercią i owo cierpienie można było

uśmierzyć tylko za pomocą sedacji (*sedation-inducing sleep*). Termin ten nie został wówczas zdefiniowany. Można jednak wnioskować, że chodziło o sedację głęboką (*sen*) i utrzymywaną aż do naturalnej śmierci. Kilka lat później w tym samym czasopiśmie ukazał się artykuł autorstwa Bilingsa i Blocka [2]. Sedacja głęboka i utrzymywana do śmierci chorego bez sztucznego odżywiania i nawadniania została uznana przez autorów za powolną eutanazję (*slow euthanasia*). Od tego czasu pojawiają się różne terminy

i definicje sedacji [3, 4], a tym samym liczne kontrowersje oraz różnorodne praktyki. Morita i wsp. [5, 6] zaproponowali termin „terapia sedacją paliatywną” (*palliative sedation therapy*). Zdefiniowano ją jako obniżenie świadomości poprzez zastosowanie leków sedatywnych w celu złagodzenia uporczywych objawów. Leki sedatywne, dawka, a także sposób podania powinny być starannie dobrane (celem sedacji jest złagodzenie objawów). Ponadto lekarz powinien dokładnie ocenić stan chorego oraz upewnić się, czy objawy są nie do zniesienia i czy wszystkie inne dostępne w danym czasie metody rzeczywiście nie przyniosły ulgi (jeżeli nie przyniosły ulgi, to oznacza, że objawy są uporczywe i sedacja jest wówczas wskazana). Według autorów zarówno termin, jak i definicja były bardzo ogólne i wymagały doprecyzowania. Dlatego też zaproponowali podział na podgrupy, przyjmując m.in. następujące kryteria:

- 1) czas trwania sedacji: sedacja przerywana (*intermittent sedation*; stosowana tylko przez określony czas) i sedacja ciągła (*continuous sedation*; sedacja utrzymywana do śmierci chorego),
- 2) głębokość sedacji: sedacja płytka (*mild sedation*; chory jest w stanie komunikować się z otoczeniem) i sedacja głęboka (*deep sedation*; częściowa lub całkowita nieświadomość).

Terminy „sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci” (*continuous deep sedation until death*), „sedacja ciągła utrzymywana do śmierci” (*continuous sedation until death*), „sedacja paliatywna głęboka ciągła u schyłku życia” (*continuous deep palliative sedation at the end of life*) pojawiły się w piśmiennictwie angielskim w 2010 r. [3, 7–9]. Często sedacja ciągła utrzymywana do śmierci jest nazywana sedacją terminalną [3, 10]. Przymiotnik „terminalny” jest jednak kontrowersyjny: czy wskazuje on, że sedacja powinna być stosowana w terminalnym okresie choroby, czy też że celem sedacji jest terminacja życia chorego? [3, 11].

Istnieje także inny, bardziej szczegółowy podział sedacji ze względu na głębokość: sedacja płytka (pacjent ma nieznacznie obniżoną świadomość, ale ma kontakt z otoczeniem), sedacja umiarkowana (chory śpi, ale można go w każdej chwili wybudzić i nawiązać kontakt), sedacja głęboka (chory śpi i nie reaguje na bodźce z otoczenia, ale ma zachowane odruchy obronne – połykanie, kaszel) [12]. Choć przegląd piśmiennictwa wskazuje, że sedacja ciągła utrzymywana do śmierci chorego jest zazwyczaj sedacją głęboką, to należy jednak podkreślić, że nie zawsze tak jest. Sedacja płytka także może być utrzymywana do śmierci chorego [13].

Brak ujednoliconej terminologii i uniwersalnej definicji sprawia, że wszelkie analizy mają ograniczenia i zazwyczaj dostarczają więcej nieścisłości niż precyzji.

JAK CZĘSTO SEDACJA GŁĘBOKA CIĄGLĄ UTRZYMYWANA DO ŚMIERCI CHOREGO JEST WDRAŻANA?

Ze względu na brak ujednoliconej terminologii i definicji, a także na różnice między krajami, opublikowane wyniki badań należy traktować z dużą ostrożnością. Analiza piśmiennictwa pokazuje bowiem, że częstość wykonywania sedacji waha się od 1% [14] do aż 88% [15].

W Wielkiej Brytanii w latach 2007–2008 sedacja ciągła utrzymywana do śmierci chorego stanowiła 16,5% wszystkich zgonów [16]. Jak podkreśla autor badania, wskaźnik ten, w porównaniu z innymi krajami, jest stosunkowo wysoki i powinien być obiektem dalszych badań i dyskusji. Z kolei w Holandii w latach 2001–2005 wskaźnik ten wzrósł z 5,6% do 7,1% [17], a w Belgii wynosił 8,2% w 2002 r. i wzrósł do 14,5% w 2007 r. [18]. Ten Have i Welie [19] twierdzą, że jeśli przestrzega się ścisłych kryteriów, to sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci chorego jest stosowana rzadko. Częste stosowanie tej terapii oznacza, że nie jest uznawana ona za ostateczność, ale alternatywę dla innych dostępnych terapii paliatywnych.

KIEDY NALEŻY WDROŻYĆ SEDACJĘ GŁĘBOKĄ CIĄGLĄ I UTRZYMYWAĆ JĄ DO ŚMIERCI?

Jedną z etycznych zasad dopuszczalności sedacji jest zasada proporcjonalności – stopień głębokości sedacji i czas jej trwania powinny być proporcjonalne do objawów. Dawka leku sedatywnego powinna być ustalona w taki sposób, żeby złagodziła objawy i jednocześnie możliwie najmniej obniżała świadomość. Celem sedacji nie jest bowiem wprowadzenie chorego w głęboki sen, ale skuteczne złagodzenie objawów. U niektórych chorych wystarczy tylko obniżyć świadomość do pewnego stopnia i w przypadku skuteczności utrzymać ten stan aż do naturalnej śmierci. Z kolei u innych pacjentów obniżenie świadomości do pewnego stopnia może się okazać nieskuteczne. Wskazane jest wówczas zwiększenie dawek leków aż do wywoływania snu. U wielu chorych konieczne jest jednak od razu wdrożenie sedacji głębokiej ciągłej utrzymywanej do śmierci [20–23].

Badanie Claessens i wsp. [24] pokazuje, że u prawie połowy pacjentów ze wskazaniami do zastosowania sedacji zaczęto od sedacji płytkiej i dopiero później wdrożono sedację głęboką i ciągłą. Z kolei badanie Mercadante i wsp. [25] pokazuje, że spośród 42 chorych, u których wdrożono sedację, u 28 była to od razu sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci (nazywana sedacją całkowitą, *definitive sedation*).

Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (*The European Association for Palliative Care*) podkreśla, że sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci może być wdrożona jedynie wtedy, gdy chory jest w terminalnym okresie choroby i bliski śmierci (kilka godzin lub maks. kilka dni), objawy są dla niego nie do zniesienia i są one uporczywe (wszystkie zastosowane dotąd metody nie przyniosły ulgi) oraz chory wyraził własną wolę. Sedacja głęboka ciągła jest także wskazana w sytuacjach katastroficznych, jak np. masywny krwotok lub duszność [26]. Warunek bliskiej śmierci jest jednak dość dyskusyjny, a nawet niebezpieczny. Niemożliwe jest bowiem dokładne określenie momentu śmierci. A to oznacza, że lekarze starający się ściśle przestrzegać tego warunku, nie mając całkowitej pewności, czy chory jest w terminalnym okresie, mogą nie podjąć decyzji o wdrożeniu sedacji, podczas gdy chory bardzo cierpi [19]. Rodzi się więc pytanie: dlaczego sedacja jako odpowiedź na objawy nie do zniesienia i niedające się złagodzić żadnymi innymi metodami powinna być zarezerwowana jedynie dla chorych w terminalnym okresie choroby? Najczęściej przytaczanym argumentem jest ryzyko skrócenia życia [19]. „To ryzyko szybszej śmierci nie ma większego znaczenia dla kogoś, kto ma przed sobą najwyżej kilka lub kilkanaście dni życia: nawet jeśli umrze prędeej, nie straci zbyt wiele. Strata wydaje się jednak większa, gdy pacjent ma przed sobą dłuższy okres życia” [27]. Niemniej jednak, nie ma żadnych obiektywnych dowodów potwierdzających negatywny wpływ sedacji na długość życia. Badania usiłujące pokazać wpływ sedacji na długość życia (negatywny [28] lub pozytywny [29]) mają liczne ograniczenia metodologiczne. Jedyną obiektywną metodą jest przeprowadzenie badania z randomizacją z zastosowaniem metody podwójnie ślepej próby. Tego typu badania są jednak etycznie niedopuszczalne [30].

Sedacja ciągła głęboka utrzymywana do śmierci chorego jest zazwyczaj związana z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania [31–33]. Badanie Mority i wsp. [34] pokazuje jednak, że wbrew tej powszechnej opinii wdrożenie sedacji nie zawsze było równoznaczne z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania. Należy podkreślić, że o ile sama sedacja może nie mieć negatywnego wpływu na długość życia, o tyle zaprzestanie sztucznego odżywiania i nawadniania już tak. Niemniej decyzja o wdrożeniu sedacji głębokiej i ciągłej utrzymywanej do śmierci oraz o zaprzestaniu odżywiania i nawadniania powinny być dwiema odrębnymi decyzjami [35].

Innym argumentem jest fakt, że sedacja głęboka pozbawia chorego możliwości komunikowania się z bliskimi. Przedłużający się brak kontaktu z chorym jest dla bliskich źródłem cierpienia [19, 35, 36].

Drugim warunkiem pozwalającym zastosować sedację głęboką ciągłą utrzymywaną do śmierci są objawy uporczywe i nie do zniesienia dla chorego. Cherny i Portenoy [37] definiują uporczywe objawy jako objawy, których nie udało się opanować za pomocą dostępnych metod, lub takie, dla których żadna metoda mogąca je złagodzić jest niedostępna w danym czasie. Należy zaznaczyć, że termin „uporczywe objawy” może sugerować, że wskazaniem do wdrożenia sedacji jest objaw fizyczny (objawy fizyczne), którego uporczywość jest obiektywnie oceniana przez lekarza [34]. Rodzi się pytanie: czy warunek obecności „uporczywych objawów” jest aktualny także w sytuacji „gdy inne środki pozwalające złagodzić oporne objawy są zasadniczo dostępne, ale nie w danej placówce medycznej. Albo gdy są one dostępne, ale są zbyt drogie. Czy paliatywną sedację można stosować „dla oszczędności”? [27]. Ponadto objawy muszą być nie tylko uporczywe, lecz także nieznośne dla chorego – wyłącznie dla chorego (sedacja nie powinna być odpowiedzią na cierpienie personelu medycznego lub/i rodziny). Jest to związane z trzecim warunkiem – chory musi wyrazić własną wolę. Ten warunek także wydaje się dyskusyjny. Po pierwsze, w wielu przypadkach chorzy w ostatnich dniach lub godzinach życia nie są w stanie tego zrobić. Po drugie, nawet jeśli chory jest w stanie wyrazić własną wolę, to czy „wola” wyrażona pod wpływem ogromnego cierpienia jest rzeczywiście „wola”? [38]. Ponadto, aby chory mógł wyrazić własną wolę musi uprzednio zostać poinformowany o tym sposobie leczenia: jego skuteczności, ryzyku i konsekwencjach. Okazuje się, że niektórzy chorzy wolą pozostać świadomi, nawet za cenę, jakby mogło się wydawać, ogromnego cierpienia.

Rodzi się jeszcze inne pytanie: co w przypadku, gdy wszelkie objawy fizyczne zostały skutecznie złagodzone, a pozostaje uporczywe cierpienie egzystencjalne? Czy sedacja głęboka ciągła może być wtedy zastosowana? I co w przypadku, gdy chory prosi o eutanazję? Czy ten rodzaj sedacji może być odpowiedzią na prośbę o eutanazję?

SKĄD TE DYLEMATY?

Choć sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci pacjenta jest ważnym i składowym elementem opieki paliatywnej [26], a przez niektórych uznawana nawet za standardowe leczenie objawowe [39, 40], to nierzadko jest utożsamiana z eutanazją [2, 41, 42].

Różnice między sedacją głęboką ciągłą utrzymywaną do śmierci chorego a eutanazją są jednak znaczące. Często cytowanym elementem różniącym te dwie praktyki jest intencja lekarza – sedacja jest stosowana w celu złagodzenia cierpienia, a eu-

tanazja w celu zakończenia życia chorego. Niemniej jednak intencje osób trzecich, a niekiedy i lekarza, są trudne do zobiektywizowania. Ponadto każda osoba może mieć więcej niż jedną intencję [43, 44]. Dlatego ważne są nie tylko intencje, lecz także okoliczności, w których sedacja jest wdrażana, oraz sposób jej wdrażania. W przypadku sedacji odpowiednie leki podawane są za pomocą miareczkowania, aż – w przypadku sedacji głębokiej – do momentu pozbawienia świadomości. Natomiast w przypadku eutanazji leki nie są wstrzykiwane do momentu pozbawienia świadomości, ale do momentu zatrzymania akcji serca [19]. Z pewnością publikacje dotyczące sytuacji w Holandii i Belgii, gdzie eutanazja jest dopuszczalna, przyczyniają się do zacierania granicy pomiędzy tymi dwoma odrębnymi praktykami.

Prawo zezwalające na stosowanie eutanazji w Holandii zostało uchwalone 12 kwietnia 2001 r., a weszło w życie 1 kwietnia 2002 r. Rekomendacje krajowe dotyczące sedacji paliatywnej opublikowane po raz pierwszy w 2005 r. i zaktualizowane w 2009 r. wyraźnie odróżniają sedację od eutanazji. Autorzy Rekomendacji podkreślają, że sedacja jest odpowiedzią na uporczywe objawy w końcowym okresie życia (maks. tydzień, dwa tygodnie przed śmiercią) i w przeciwieństwie do eutanazji, która jest praktyką nadzwyczajną, sedacja jest normalną praktyką medyczną, tzn. jej zastosowanie nie wymaga spełnienia sześciu kryteriów dokładności (zwłaszcza zasięgnięcia opinii niezależnego lekarza) wymaganych w przypadku zastosowania eutanazji [45]. Ponadto sedacja ciągła utrzymywana do śmierci nie może być traktowana jako odpowiedź na prośbę chorego o eutanazję [45, 46].

Badanie przeprowadzone przez Hasselaara i wsp. [47] mające na celu ewaluację wpływu tych rekomendacji na praktykę sedacji pomimo trzech poważnych ograniczeń metodologicznych pokazuje, że lekarze holenderscy stosują wyższy stopień sedacji, niż wymaga tego stan chorego. Z kolei inne badania pokazują, że przy jednoczesnym spadku liczby wykonywanych eutanazji wzrosła liczba wykonywanych sedacji głębokich ciągłych utrzymywanych do śmierci chorego [48–50]. Należy zaznaczyć, że w tym samym okresie nastąpił znaczny rozwój opieki paliatywnej w tym kraju. Mattelaer i Aubry [51], opierając się na danych z piśmiennictwa, przeanalizowali związek pomiędzy rozwojem opieki paliatywnej w Holandii a zwiększoną liczbą sedacji głębokich ciągłych utrzymywanych do śmierci chorego z jednoczesnym zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania. Autorzy tej pracy wyciągnęli wniosek, że wzrost liczby sedacji nie jest oznaką rozwoju opieki paliatywnej w tym kraju, gdyż celem opieki paliatywnej jest łagodzenie objawów w taki sposób, aby wskazań do stosowania tej formy sedacji było jak najmniej.

Badanie przeprowadzone przez Rietjens i wsp. [52] pokazuje, że niekiedy lekarze traktują sedację

ciągłą głęboką jako odpowiedź na prośbę o eutanazję. Mówią, że sedacja ciągła zapewnia pacjentowi komfort i jest właściwszym leczeniem niż eutanazja. Z kolei badanie jakościowe oparte na wywiadach z lekarzami konsultantami i mające na celu ocenę ich postaw wobec sedacji głębokiej ciągłej utrzymywanej do śmierci w kontekście konsultacji dotyczących eutanazji [53] pokazuje, że konsultanci wyraźnie odróżniają sedację głęboką ciągłą utrzymywaną do śmierci od eutanazji. Większość z nich podkreśla, że sedacja nigdy nie jest alternatywą dla eutanazji. Utożsamiają oni „alternatywę” z „ukrytą eutanazją” i uważają, że jest ona nielegalna. Niemniej jednak, jak podkreślają uczestnicy badania, w niektórych sytuacjach sedacja ciągła głęboka może być „rozsądną alternatywą” dla eutanazji. Zależy to jednak od jasno wyrażonej opinii chorego na temat eutanazji.

Morita i wsp. [54] przeprowadzili badanie mające na celu sprawdzenie, w jaki sposób standardowa opieka medyczna, terapia sedacją paliatywną i eutanazja są rozumiane zarówno przez lekarzy, jak i populację ogólną. Zamiast używać terminów specjalistycznych, takich jak „sedacja” i „eutanazja”, które są nieprecyzyjne i mogą zostać nieodpowiednio zinterpretowane, autorzy zaproponowali definicje. Sedacja płytka (*mild sedation*) w badaniu dla lekarzy została określona jako „podanie leków sedatywnych w takich dawkach, aby chory był jedynie senny. Jej celem jest ulga w cierpieniu”. Natomiast w badaniu dla populacji ogólnej została ona zdefiniowana jako „podanie leków nasennych w takich dawkach, że chory jest cały czas senny, ale możliwa jest z nim komunikacja. Nie odczuwa on cierpienia fizycznego”. Z kolei sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci (*continuous deep sedation*) w badaniu dla lekarzy została określona jako „ciągłe podawanie leków sedatywnych do tego stopnia, że pozbawia się chorego świadomości. Jej celem jest ulga w cierpieniu”. W badaniu dla populacji ogólnej została zdefiniowana jako „podanie leków nasennych w taki sposób, że chory będzie głęboko spał cały czas i nie będzie czuł cierpienia fizycznego, ale nie będzie mógł się również komunikować z otoczeniem”. W badaniu dla lekarzy eutanazja została zdefiniowana jako „podanie leków w celu przyspieszenia śmierci”, a w badaniu dla populacji ogólnej jako „metoda mająca na celu intencjonalne skrócenie życia”. Lekarze wyodrębnili trzy grupy: 1) standardową opiekę medyczną, 2) terapię paliatywną sedacją obejmującą sedację płytką, sedację przerywaną głęboką i sedację głęboką ciągłą utrzymywaną do śmierci, 3) eutanazję. Populacja ogólna także wyodrębniła trzy grupy, ale inne niż lekarze: 1) standardowa opieka medyczna, 2) sedacja lekka i sedacja głęboka przerywana, 3) sedacja ciągła głęboka utrzymywana do śmierci i eutanazja. Badanie to pokazuje, że zarówno lekarze, jak i osoby z populacji ogólnej wyraźnie odróżniły sedację ciągłą głęboką od stan-

dardowej opieki medycznej. O ile lekarze wyraźnie ją też odróżnili od eutanazji, o tyle w populacji ogólnej utożsamiano ją raczej z eutanazją.

WPŁYW KONTEKSTU SPOŁECZNO-KULTUROWEGO NA POSTRZEGANIE SEDACJI GŁĘBOKIEJ CIĄGŁEJ UTRZYMYWANEJ DO ŚMIERCI

Międzynarodowe badanie [55] przeprowadzone w sześciu krajach europejskich [Belgia (Flandria), Dania, Włochy, Holandia, Szwecja i Szwajcaria] oraz w Australii mające na celu poznanie postaw (postaw, a nie praktyk) lekarzy różnych specjalności wobec podejmowania decyzji dla chorych u schyłku życia pokazało, że „kraj” ma bardzo ważne znaczenie. Indywidualne charakterystyki lekarzy również odegrały ważną rolę, głównie religia. Potwierdzają to także inne badania [56–59]. Należy jednak zaznaczyć, że w obrębie tego samego, ale zróżnicowanego kulturowo kraju (np. Belgia) postawy lekarzy również mogą być odmienne. Belgia jest państwem, w którego skład wchodzi dwa odmienne kulturowo regiony: Flandria – niemieckojęzyczny region w północnej części Belgii (blisko Holandii), oraz Walonia – francuskojęzyczny region w południowej części Belgii. Oprócz różnic kulturowych te dwa regiony mają odmienną organizację systemu zdrowotnego, w tym organizację opieki paliatywnej. Te różnice i ich wpływ na opiekę u chorych u schyłku życia, głównie na postrzeganie eutanazji, były obiektem spekulacji [60]. Badanie Cohena i wsp. [61] pokazuje, że istnieją różnice w postawach lekarzy z tych dwóch regionów. Lekarze z Walonii znacznie częściej wolą stosować sedację, niż podać leki w dawkach letalnych. Znacznie częściej uważają też, że lekarz powinien chronić życie i że w przypadku zapewnienia odpowiedniej opieki paliatywnej chorzy rzadziej proszą o eutanazję. Zarówno lekarze z Walonii, jak i z Flandrii akceptują stosowanie eutanazji, jednak lekarze z Walonii znacznie częściej podkreślają, że woleliby jej nie stosować. W zamian woleliby stosować sedację głęboką ciąglą utrzymywaną do śmierci chorego. Jak tłumaczą autorzy tego badania, kulturowo Flandria jest bliżej Holandii. Być może właśnie dlatego lekarze z tego regionu są bardziej przychylni eutanazji niż lekarze z Walonii.

SYTUACJA W POLSCE – CO NA TO POLSCY EKSPERCI?

W wielu krajach europejskich, m.in. we Włoszech [62], Francji [63], Holandii [45], zostały opracowane rekomendacje krajowe dotyczące sedacji paliatyw-

nej. Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej także opracowało wytyczne dotyczące sedacji paliatywnej [26] i zachęcało w nich do opracowywania rekomendacji krajowych.

W 2011 r. w czasopiśmie „Medycyna Paliatywna” ukazał się pierwszy w polskiej literaturze medycznej artykuł poglądowy na temat sedacji w opiece paliatywnej [64]. W tym samym numerze czasopisma prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dr n. med. Jadwiga Pyszkowska dodała swój komentarz do artykułu. Podkreślała ona nie tylko ważność uporządkowanej wiedzy, szczególnie w zakresie farmakoterapii, lecz także zwróciła uwagę na precyzję terminów używanych w kontekście sedacji w opiece paliatywnej. Zachęcała czytelników czasopisma do włączenia się „do dyskusji nad podjętym tematem przez przysyłanie na łamy czasopisma uwag, komentarzy, opinii, opisów przypadków klinicznych itp.”. Miały być one „cennym załącznikiem do opracowania przez Zespół Ekspertów zaleceń Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej w problemach bioetycznych w opiece paliatywnej” [65]. Dotąd polskie rekomendacje nie zostały opublikowane.

W polskiej literaturze medycznej opublikowano jedno badanie dotyczące sedacji paliatywnej w kontekście Polski [66]. Dotyczyło ono stosowania sedacji paliatywnej w terapii bólu u pacjentów będących w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób leczonych na stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej w Polsce i opierało się na analizie własnej autorki danych uzyskanych w 2010 r. Badanie to pokazało, że sedacja paliatywna jest procedurą, której definicja jest znana, i że jest to procedura stosowana w stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej w Polsce, ale jako forma terapii bólu jest stosowana rzadko. Jej wdrożenie nie zawsze jest poprzedzone uzyskaniem świadomej zgody chorego i/lub jego opiekuna. Co więcej, stosowanie sedacji paliatywnej jest oceniane niejednorodnie zarówno przez specjalistów medycyny paliatywnej, jak i przez pacjentów i ich rodziny. Choć autorka podkreśla, że definicja sedacji jest znana wśród uczestników badania i że sedacja jest stosowana w Polsce, to jednak do końca nie jest jasne, o jakim typie sedacji jest dokładnie mowa – o sedacji głębokiej ciąglą utrzymywanej do śmierci? Autorka także podkreśliła potrzebę opracowania dla warunków Polski zunifikowanych standardów wdrażania sedacji paliatywnej.

W maju 2014 r. Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ we współpracy z Polskim Towarzystwem Bioetycznym zorganizowało internetową dyskusję. Udział w niej wzięli: Zbigniew Żylicz, Włodzimirz Galewicz, Krystyna de Walden-Gałuszko oraz Krzysztof Marczewski [67].

Podczas IV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, który odbył się 18–20 września

2014 r. we Wrocławiu, dr n. med. Jadwiga Pyszkowska wygłosiła wykład na temat sedacji w medycynie paliatywnej. Profesor Jacek Łuczak także podjął tę tematykę w ramach swojego wykładu specjalnego. Można było zaobserwować pewną rozbieżność w poglądach oratorów [68]. W rozmowach nieformalnych pojawiają się informacje, że pomimo wskazań nie stosuje się sedacji z obawy przed oskarżeniem o skrócenie życia, a to oznacza, że ci chorzy umierają w wielkich męczarniach [66, 69].

Opracowanie polskich rekomendacji dotyczących stosowania sedacji w opiece paliatywnej przez interdyscyplinarną grupę ekspertów jest niezbędne.

CO NA TO POLSKIE PRAWO?

Zagadnienia prawne dotyczące sedacji zostały omówiony w artykule „Wybrane prawne aspekty sedacji” prof. Rafała Kubiaka.

CO NA TO KOŚCIÓŁ KATOLICKI?

Badania pokazują, że religia może mieć wpływ na podejście do sedacji [70, 72, 73]. Polska jest krajem, w którym katolicyzm jest religią większości i gdzie występuje bardzo wysoki wskaźnik religijności [74]. Wartości katolickie będące u podstaw rozwoju opieki paliatywnej w Polsce [75] mają nadal wpływ na jej postrzeganie [76]. Dokumenty Kościoła katolickiego [77, 78] wyraźnie rozróżniają eutanazję rozumianą jako „czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia” [77] od przyniesienia ulgi w cierpieniu poprzez pozbawienie świadomości, nawet jeśli wiąże się to z ryzykiem skrócenia życia [77, 78]. Należy jednak podkreślić, że w tych tekstach słowo „sedacja” nie jest użyte. Jest mowa o „środkach przeciwbólowych i uspokajających”, „narkotykach”, „środkach znieczulających”, „środkach narkotycznych”, „lekarstwach, które mogą złagodzić lub wyeliminować cierpienie”, „anestezji”. Czy sedacja ciągła utrzymywana do śmierci chorego może być interpretowana w kontekście tych dokumentów?

PODSUMOWANIE

Sedacja głęboka ciągła utrzymywana do śmierci chorego, przez jednych uznawana za standardowe leczenie objawowe, przez innych za formę radykalną sedacji, a jeszcze przez innych za eutanazję, wdrażana ostrożnie i w ściśle określonych sytuacjach przynosi ulgę bardzo cierpiącym chorym, u których wszystkie inne metody niepozbawiające świadomo-

ści okazały się nieskuteczne. Z jednej strony ważne jest, aby decyzje o jej wdrożeniu były podejmowane z dużą starannością i ostrożnością. Z drugiej jednak strony istotne jest też, aby osobiste obawy lekarzy nie stanowiły przeszkody do podjęcia tych decyzji. Jak mawiał bowiem Arystoteles, istnieją dwie wady, których należy unikać: „wady z nadmiaru” i „wady z braku”.

PIŚMIENNICTWO

1. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F i wsp. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990; 6: 7-11.
2. Billings JA, Block SD. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996; 12: 21-30.
3. Papavasiliou ES, Brearley SG, Seymour JE i wsp. From sedation to continuous sedation until death: how has the conceptual basis of sedation in end-of-life care changed over time? *J Pain Symptom Manage* 2013; 46: 691-706.
4. Papavasiliou E, Payne S, Brearley S i wsp. Continuous sedation (CS) until death: mapping the literature by bibliometric analysis. *J Pain Symptom Manage* 2013; 45: 1073-1082.
5. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Proposed definitions for terminal sedation. *Lancet* 2001; 358: 335-336.
6. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Proposed definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 447-453.
7. Rady MY, Verheijde JL. Continuous deep sedation until death: palliation or physician-assisted death? *Am J Hosp Palliat Care* 2010; 27: 205-214.
8. Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical decision making with end-of-life care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clin Proc* 2010; 85: 949-954.
9. Juth N, Lindblad A, Lynøe N i wsp. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliat Care* 2010; 9: 20.
10. Materstvedt LJ, Bosshard G. Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. *Lancet Oncol* 2009; 10: 622-627.
11. Jackson WC. Palliative sedation vs. terminal sedation: what's in a name? *Am J Hosp Palliat Care* 2002; 19: 81-82.
12. 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.
13. Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S i wsp. Using continuous sedation until death for cancer patients: A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Palliat Med* 2015; 29: 48-59.
14. Fainsinger RL. Use of sedation by a hospital palliative care support team. *J Palliat Care* 1998; 14: 51-54.
15. Turner K, Chye R, Aggarwal G i wsp. Dignity in dying: a preliminary study of patients in the last three days of life. *J Palliat Care* 1996; 12: 7-13.
16. Seale C. End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners. *Palliat Med* 2009; 23: 198-204.
17. Rietjens J, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B i wsp. Continuous deep sedation for patients nearing death in The Netherlands: descriptive study. *BMJ* 2008; 336: 810-813.
18. Bilsen J, Cohen J, Chambaere K i wsp. Medical end-of-life practices under euthanasia law in Belgium. *N Engl J Med* 2009; 361: 1119-1121.

19. ten Have H, Welie JV. Palliative sedation versus euthanasia: an ethical assessment. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47: 123-136.
20. Hallenbeck JL. Terminal sedation: ethical implications in different situations. *J Palliat Med* 2000; 3: 313-319.
21. Rousseau P. The ethical validity and clinical experience of palliative sedation. *Mayo Clin Proc* 2000; 75: 1064-1069.
22. Morita T, Tei Y, Inoue S. Ethical validity of palliative sedation therapy. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 103-105.
23. Salacz ME, Weissman DE. Controlled sedation for refractory suffering. *J Palliat Med* 2005; 8: 137-138.
24. Claessens P, Menten J, Schotsmans P. Palliative sedation, not slow euthanasia: a prospective, longitudinal study of sedation in Flemish palliative care units. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41: 14-24.
25. Mercadante S, Intravaia G, Villari P i wsp. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37: 771-779.
26. Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23: 581-593.
27. Galewicz W. Paliatywna sedacja – pytania etyczne. Internetowa dyskusja zorganizowana przez Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ we współpracy z Polskim Towarzystwem Bioetycznym w ramach projektu „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” (maj 2014). Dostępne: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=39>.
28. Rietjens JA, van Zuylen 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.
29. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of life decision making. *Arch Intern Med* 2003; 163: 341-344.
30. Leheup BE, Piot E, Ducrocq X, Wary B. Théorie du double effet et sédation pour détresse en phase terminale: réflexion autour de la survie des patients sédatisés. *Presse Med* 2012; 41: 927-932.
31. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort. *JAMA* 1997; 278: 2099-2104.
32. Craig G. Is sedation without hydration or nourishment in terminal care lawful? *Med Leg J* 1994; 62: 198-201.
33. Craig GM. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? *J Med Eth* 1994; 20: 139-143.
34. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M i wsp. Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 308-319.
35. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 310-333.
36. Morita T, Ikenaga M, Adachi I i wsp. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer* 2004; 12: 885-889.
37. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31-38.
38. Tomczyk M, Viillard ML, Beloucif S i wsp. Sédation continue maintenue jusqu'au décès: comment en informer le malade et recueillir son consentement? *Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Éthique* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2015.01.003>.
39. Hardy J. Sedation in terminally ill patients. *Lancet* 2000; 356: 1866-1867.
40. Wein S. Sedation in the imminently dying patient. *Oncology* 2000; 14: 585-601.
41. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med* 2000; 132: 402-414.
42. Orentlicher D. The Supreme Court and physician-assisted suicide. Rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. *N Engl J Med* 1997; 337: 1236-1239.
43. Quill TE. The ambiguity of clinical intentions. *N Engl J Med* 1993; 329: 1039-1040.
44. Jansen LA. Disambiguating clinical intentions: the ethics of palliative sedation. *J Med Philos* 2010; 35: 19-31.
45. 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.
46. Regional Euthanasia Review Committee. 2007 annual report. The Hague, The Netherlands, 2008. Dostępne na: <http://www.euthanasiecommissie.nl/Toetsingscommissie/jaarverslag/>.
47. Hasselaar JG, Verhagen SC, Wolff AP i wsp. Changed patterns in Dutch palliative sedation practices after the introduction of a national guideline. *Arch Intern Med* 2009; 169: 430-437.
48. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML i wsp. End-of-life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356: 1957-1965.
49. Rietjens J, Van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, Van Der Maas P, Van De Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ* 2008; 336: 410-413.
50. Rietjens J, Van Der Maas P, Onwuteaka-Philipsen B, Van Delden J, Van Der Heide A. Two decades of research on euthanasia from Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *Bioethical Inquiry* 2009; 6: 271-286.
51. Mattelaer X, Aubry R. Pratique de la sédation aux Pays-Bas: preuve du développement des soins palliatifs ou dérive euthanasique? *Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Éthique* 2012; 11 : 133-141.
52. Rietjens JA, Buiting HM, Pasman HR i wsp. Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives: a focus group study. *Palliat Med* 2009; 23: 410-417.
53. Buiting HM, Willems DL, Pasman HR i wsp. Palliative treatment alternatives and euthanasia consultations: a qualitative interview study. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42: 32-43.
54. 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.
55. Miccinesi G, Fischer S, Paci E i wsp. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1961-1974.
56. Anderson JG, Caddell DP. Attitudes of medical professionals toward euthanasia. *Soc Sci Med* 1993; 37: 105-114.
57. Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ i wsp. (1994). Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. *N Engl J Med* 1994; 331: 89-94.
58. Ward BJ, Tate PA. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ* 1994; 308: 1332-1334.
59. Van Der Maas PJ, Van Delden JJ, Pijnenborg L, Looman CW. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991; 338: 669-674.
60. Smets T, Cohen J, Bilsen J i wsp. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *J Pain Symptom Manage* 2001; 41: 580-593.
61. Cohen J, Van Wesemael Y, Smets T i wsp. Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Soc Sci Med* 2012; 75: 845-853.
62. Raccomandazioni della Società Italiana Di Cure Paliative sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. Ottobre 2007. Dostępne na: <http://www.sicp.it>.

63. Blanchet V, Viallard ML, Aubry R. Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique* 2010; 9: 59-70.
64. Stachowiak A, Mrówczyńska E. Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia. *Medycyna Paliatywna* 2011; 1: 1-10.
65. Pyszkowska J. Komentarz do artykułu Stachowiak A, Mrówczyńska E. Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia. *Medycyna Paliatywna* 2011; 1: 1-10.
66. Grabowska BM. Sedacja paliatywna w terapii bólu u pacjentów będących w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób leczonych w stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej w Polsce – analiza własna na podstawie danych uzyskanych w 2010 r. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5: 20-27.
67. Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ. <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=39>
68. Tomczyk M. Sprawozdanie z IV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Wrocław, 18–20 września 2014 r. *Medycyna Paliatywna* 2014; 6: 1-2.
69. Tomczyk M. Sedacja paliatywna to nie eutanazja. *Służba Zdrowia*, 17 października 2011; 50-53.
70. Cohen J, van Delden J, Mortier F i wsp. Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decision-making in six countries. *J Med Ethics* 2008; 34: 247-253.
71. Pomerantz SC, Bhatt H, Brodsky NL i wsp. Physicians' practices related to the use of terminal sedation: moral and ethical concerns. *Palliat Support Care* 2004; 2: 15-21.
72. Curlin FA, Nwodim C, Vance JL. To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 112-120.
73. Seale C. Hastening death in end-of-life care: a survey of doctors. *Soc Sci Med* 2009; 69: 1659-1666.
74. Atlas des Européens. Valeurs communes et différences nationales. de P. Bréchon, E. Gonthier (red.). Armand Colin, Paris 2013.
75. Stokłosa J. Początki ruchu hospicyjnego w Polsce. *Medycyna Paliatywna* 2012; 3: 185-187.
76. Leppert W, Łuczak J. A holistic approach to palliative care in Poland. *Eur J Palliat Care* 2007; 14: 80-83.
77. Jan-Paweł II. *Evangelium vitae*. Rzym 1995.
78. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995.