

Sedacja paliatywna u dorosłych – wybrane aspekty etyczne

Palliative sedation in adult patients – ethical aspects

Martyna Tomczyk^{1,2}, Maciej Jarosław Sopata², Marcel-Louis Viillard^{1,3}, Sadek Beloucif⁴, Marie-France Mamzer^{1,5}, Christian Hervé¹

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

²Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

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

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

⁵Unité d'éthique et de droit de la santé, Necker Enfants Malades, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Francja

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych aspektów etycznych związanych z sedacją paliatywną. Ze względu na brak ujednoczonej terminologii i uniwersalnej definicji sedacji paliatywnej porównywanie wyników badań lub analiza refleksji etycznych są niezwykle trudne, nierzadko powierzchowne, a często niemożliwe. W artykule podjęto próbę omówienia trzech kluczowych problemów: wpływ sedacji paliatywnej na długość życia, sedacja paliatywna w kontekście „zasady podwójnego skutku”, różnice między sedacją paliatywną a eutanazją. Wskazano, że dokładne określenie wpływu sedacji paliatywnej na długość życia jest niemożliwe, a analiza tej praktyki przez pryzmat „zasady podwójnego skutku” z wielu względów wydaje się dyskusyjna. Wyraźnie odróżniono sedację paliatywną, będącą integralną częścią opieki paliatywnej, od eutanazji, której opieka paliatywna bezwzględnie się przeciwstawia.

Słowa kluczowe: sedacja paliatywna, opieka paliatywna, aspekty etyczne.

Abstract

The aim of this article is to present selected ethical aspects concerning palliative sedation. Because there is a lack of a comprehensive terminology and universal definition of palliative sedation, it is difficult to compare the results of trials and observations and analysis of ethical aspects are often superficial, difficult or even impossible. Three main key problems are addressed: a) what impact palliative sedation might have on patients life and understanding, b) what is the relevance of the “double effect” theory in this context, and c) what are the perceived differences between palliative sedation and euthanasia. In conclusion, we found difficult to assess the influence of palliative sedation on patients' understanding and life and we confirmed that the assessment of the “double effect” theory is controversial. finally, we were able to distinguish palliative sedation, an integral part of palliative medicine, which remains very different to euthanasia.

Key words: palliative sedation, palliative care, ethical aspects.

Adres do korespondencji:

Martyna Tomczyk, Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Centre Universitaire des Saints-Pères, 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France, e-mail: martyna.tomczyk5891@gmail.com

WSTĘP

Opieka paliatywna, afirmująca wartość życia i postrzegająca proces umierania oraz śmierć jako

naturalne elementy ludzkiej egzystencji, ma na celu „otulenie płaszczem” wszystkich, u których medycyna nastawiona na wyleczenie okazała się nieskuteczna. Niekiedy zdarza się jednak, że również leczenie

objawowe nie przynosi ulgi w cierpieniu. Pozostaje wówczas leczenie ostatniego rzutu – sedacja paliatywna. Procedura ta, choć stanowi integralną część opieki paliatywnej i jest przez nią w pełni akceptowana, budzi jednak pewne kontrowersje etyczne.

CZYM JEST SEDACJA PALIATYWNA?

Kontrowersje pojawiają się już na poziomie terminologiczno-semantycznym. W międzynarodowym piśmiennictwie brakuje bowiem nie tylko ujednoliconej terminologii, lecz także uniwersalnej definicji sedacji paliatywnej [1–5]. Autorzy anglojęzycznych artykułów używają m.in. takich terminów, jak: sedacja (*sedation*) [6], sedacja kontrolowana (*controlled sedation*) [7], sedacja paliatywna (*palliative sedation*) [8], sedacja terminalna (*terminal sedation*) [9], sedacja farmakologiczna całkowita (*total pharmacological sedation*) [10], sedacja ciągła głęboka aż do śmierci (*continuous deep sedation until death*) [11], powolna eutanazja (*slow euthanasia*) [12], sedacja w agonii (*sedation in the agony*) [13].

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa z lat 1945–2011 Papavasiliou i wsp. [4] wyszczególnili i przeanalizowali co najmniej 37 różnych terminów używanych na określenie sedacji w kontekście opieki paliatywnej. Zauważyli jednak, że tylko niektóre z nich były użyte w znaczeniu synonimicznym.

Według spisu przeprowadzonego na podstawie wyszukiwania słów kluczowych pojawiających się w tytułach i w streszczeniach anglojęzycznych artykułów z lat 2002–2008, najczęściej używanymi terminami były: *terminal sedation*, *palliative sedation* i *sedation at the end of life* [5]. Pomimo że „sedacja terminalna” jest jednym z najczęściej używanych terminów, to jednocześnie jest to termin najbardziej kontrowersyjny [4]. Interpretacja przymiotnika „terminalny” w kontekście sedacji nie jest bowiem jednoznaczna i prowadzi do konfuzji [4, 14]. Chodzi o sedację mającą na celu opanowanie uporczywych objawów u osób w terminalnym okresie choroby czy o zastosowanie sedacji mającej na celu przyspieszenie śmierci?

Nie tylko brak ujednoliconej terminologii jest problematyczny. Autorzy anglojęzycznych artykułów różnie definiują sedację, m.in. w zależności od sytuacji, w jakiej została zastosowana, wskazań czy farmakodynamiki użytych leków.

Brak ujednoliconej terminologii i definicji sprawia, że interpretacja i porównywanie wyników badań czy analiza refleksji etycznych są niezwykle trudne, nie-rzadko powierzone, a często niemożliwe.

Międzynarodowe grupy ekspertów są jednak zgodne. Proponują definiować sedację jako leczenie mające na celu złagodzenie cierpienia spowodowanego uporczywymi objawami poprzez zastosowa-

nie leków sedatywnych, które obniżają świadomość pacjenta [5, 8, 15–19].

W piśmiennictwie medycznym najczęściej cytowanym wskazaniem do wdrożenia sedacji są uporczywe objawy. Cherny i Portenoy [20] definiują je jako objawy, których nie udało się opanować za pomocą dostępnych leków lub takie, dla których żadna z metod uśmierzających cierpienie nie jest dostępna w danym czasie.

CZY SEDACJA PALIATYWNA SKRACA ŻYCIE?

Główną przyczyną kontrowersji etycznych związanych ze stosowaniem sedacji paliatywnej jest jej ewentualny negatywny wpływ na długość życia. Niektóre badania sugerują, że sedacja paliatywna może rzeczywiście skrócić życie [21], z kolei inne – że może ona je nieznacznie przedłużyć [22]. Istnieją także badania, które potwierdzają, że nie ma ona żadnego wpływu na długość życia [23, 24]. Pomimo licznych publikacji podejmujących ten problem nie można jednoznacznie stwierdzić, jaki jest wpływ sedacji paliatywnej na długość życia. Opublikowane badania mają bowiem nie tylko ograniczenia metodologiczne, lecz także interpretacyjne (np. często brakuje informacji na temat głębokości sedacji). Co więcej, porównywanie wyników badań jest niemożliwe z powodu braku jednoznacznej definicji sedacji paliatywnej (autorzy odnoszą się do różnych definicji), różnych leków użytych do wdrożenia sedacji, odmiennych wskazań i różnego stopnia nasilenia objawów [25]. Aby móc jednoznacznie określić wpływ sedacji paliatywnej na długość życia, należałoby przeprowadzić badania z randomizacją metodą podwójnie ślepej próby i porównać przeżycia pacjentów z uporczywymi objawami, u których wdrożono sedację paliatywną lub placebo. Tego typu badania są etycznie niedopuszczalne. Brak dokładnych wyników badań nie stanowi jednak podstaw, aby twierdzić, że sedacja paliatywna nie ma wpływu na długość życia [25].

Aby złagodzić kontrowersje etyczne w tej kwestii, przyjęło się analizować praktykę sedacji paliatywnej i jej ewentualny negatywny wpływ na długość życia przez pryzmat założenia moralnego nazywanego „zasadą podwójnego skutku” [26]. Jednak i ona budzi pewne zastrzeżenia.

„PODWÓJNY SKUTEK” SEDACJI PALIATYWNEJ?

Podstawą „zasady podwójnego skutku” był kasus zabójstwa w samoobronie dyskutowany przez św. Tomasza z Akwinu (1225–1274) [27]. Tomasz, wyróżniając dwa cele działania (zamierzony – sa-

moobrona, i niezamierzony, ale dopuszczalny – zabójstwo agresora), stwierdził, że działanie, które ma dwa przewidywalne skutki (jeden korzystny i drugi niekorzystny), jest moralnie akceptowane pod warunkiem, że nie ma innych możliwości osiągnięcia korzystnego skutku, a intencją działania nie jest wywołanie niekorzystnego skutku. Późniejsi katolicy teologowie moralni nadali tym rozważaniom pewien kształt: wyróżnili cztery kryteria i nazwali tę zasadę „zasadą podwójnego skutku”. Uznali, że czynność mająca jednocześnie dwa skutki (korzystny i niekorzystny) jest moralnie akceptowana, przy spełnieniu wszystkich czterech warunków: 1) czynność sama w sobie jest moralnie dobra lub przynajmniej obojętna; 2) skutek dobry nie wynika ze złego skutku, ale jest równoczesny lub wcześniejszy od niego; 3) skutek zły, chociaż przewidywalny, nie jest przez sprawcę zamierzony, lecz akceptowany; 4) musi zaistnieć proporcjonalnie ważna racja dla tej czynności [28, 29]. Za „dobry skutek” sedacji paliatywnej przyjęło się uważać ulgę w cierpieniu, a za „zły skutek” ewentualne przyspieszenie śmierci [26]. Aby sedacja paliatywna była etycznie akceptowana, wymienione powyżej cztery kryteria muszą zostać spełnione [26, 30–32]. Zatem: 1) sedacja paliatywna jest czynnością moralnie dobrą – ulga w cierpieniu jest nie tyle etycznie i prawnie dopuszczalna, ile nawet wskazana; 2) „dobry skutek” sedacji paliatywnej (ulgę w cierpieniu) nie jest osiągnięty poprzez „zły skutek” (przyspieszenie śmierci); 3) „zły skutek” sedacji paliatywnej (przyspieszenie śmierci) nie jest przez lekarza zamierzony, ale jest akceptowany; 4) złagodzenie cierpienia jest proporcjonalnie ważną racją, aby wdrożyć sedację paliatywną.

Tego typu rozważania wydają się jednak dość dyskusyjne. Nie ma przecież pewności, że sedacja paliatywna wywiera negatywny wpływ na jakość życia. Ponadto nawet jeśli rzeczywiście przyspiesza moment śmierci za cenę złagodzenia cierpienia, to czy śmierć w tych okolicznościach jest „zła” [26, 33, 34]?

Warto podkreślić, że oprócz potencjalnego ryzyka skrócenia życia, sedacja paliatywna zaburza świadomość, a w niektórych przypadkach powoduje nawet sen. Pozbawia tym samym chorego nie tylko relacji z innymi, lecz także autonomii – staje się on wówczas całkowicie zależny od innych [5]. Ów „zły skutek” sedacji paliatywnej (rzadko dyskutowany w piśmiennictwie) nie tylko jest zamierzony (warunek 3. „zasady podwójnego skutku” nie jest więc spełniony), lecz także jest sposobem osiągnięcia „dobrego skutku” – zmniejszenie świadomości przynosi ulgę w cierpieniu (warunek 2. „zasady podwójnego skutku” również nie jest spełniony) [35].

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez grupy ekspertów, celem sedacji jest złagodzenie cierpienia [5, 8, 15–19]. Ale czy sedacja paliatywna na pewno łagodzi każde cierpienie? Chory, u którego wdro-

żono sedację paliatywną, jest spokojny, odprężony i śpi, ale czy to pozwala jednoznacznie stwierdzić, że nie cierpi? Jakie są jego przeżycia psychiczne? Salamagne i Pourchet [36] zauważają, że aktywność mózgową u pacjentów, u których wdrożono sedację paliatywną, jest zachowana, a wraz z nią przeżycia psychiczne. Niestety, zważywszy na właściwości amnestyczne leków sedatywnych, relacje pacjentów są szczątkowe i trudne do zinterpretowania [36, 37]. Wdrożenie sedacji paliatywnej nie jest więc równoznaczne z całkowitym wyeliminowaniem każdego cierpienia [36].

„Zasada podwójnego skutku” jest kontrowersyjna jeszcze z innego powodu. Centralnym jej elementem jest bowiem intencja działania. Niemożliwe jest jednak zobiektywizowanie intencji osób trzecich, a często nawet naszych własnych. Co więcej, działanie, choć przewidywalne, może być jednocześnie zamierzone [38].

Rodzi się więc pytanie, czy należy odwoływać się do „zasady podwójnego skutku” podczas podejmowania decyzji o wdrożeniu sedacji paliatywnej? Z jednej strony zasada ta jako założenie moralne wydaje się korzystna – choć nie pozwala zobiektywizować intencji, to może skłonić lekarza do przemyśleń [26, 39] i przyczynić się do zminimalizowania jego obaw (i w rezultacie przyczynić się do właściwego opanowania uporczywych objawów u chorych) [40]. Z drugiej strony może ona zwiększyć wątpliwości odnośnie do skrócenia życia i w konsekwencji skłonić lekarza do niewdrożenia sedacji paliatywnej, a tym samym doprowadzić do niezłagodzenia uporczywych objawów u cierpiących chorych [41].

SEDACJA PALIATYWNA TO NIE EUTANAZJA

Podstawowym elementem leżącym u podstaw podjęcia decyzji, a następnie działania i pozwalającym odróżnić praktykę sedacji paliatywnej od eutanazji jest intencja. Celem sedacji paliatywnej jest bowiem przyniesienie ulgi w cierpieniu poprzez zmniejszenie świadomości, a nawet jej całkowite wyłączenie, a nie, jak w przypadku eutanazji, poprzez skrócenie życia. Z tego powodu przed podjęciem decyzji o wdrożeniu sedacji intencje wszystkich członków zespołu powinny być jasno wyrażone [42]. Niestety, intencje mogą być jedynie domniemane, ale nigdy nie będą zmierzone w sposób obiektywny [38, 39, 43]. Co więcej, jedna osoba może mieć więcej niż jedną intencję, np. intencją może być przede wszystkim przyniesienie ulgi w cierpieniu, ale jednocześnie skrócenie życia. Pomimo trudności związanych z obiektywizacją, dwa elementy pozwalają retrospektywnie ocenić intencje lekarza [25, 26, 43].

Pierwszym z nich jest sposób, w jaki została wdrożona sedacja (dawka leku, sposób podania, zapewnienie opieki choremu). Jeżeli na przykład dawki leków sedatywnych były zwiększane aż do śmierci, pomimo że cierpienie zostało złagodzone, to intencja lekarza wydaje się wątpliwa, nawet jeśli twierdzi, że było nią tylko i wyłącznie złagodzenie cierpienia [25, 26, 29, 32]. Analiza przyczyn wdrożenia sedacji także pozwala ocenić intencje lekarza. Jeżeli sedacja paliatywna została wdrożona na życzenie pacjenta proszącego o śmierć i wobec braku uporczywych objawów, to intencja lekarza także wydaje się wątpliwa [44]. Warto zaznaczyć, że sama intencja jest niewystarczająca. Zawsze jest ona związana z konkretnym działaniem, które powinno ją odzwierciedlać. Dobre intencje są nieużyteczne i bezwartościowe, jeżeli działanie jest z natury złe [21]. Według Jansena [39], lekarz musi jasno wyrazić swoje intencje, odpowiadając sobie na pytanie: „Czy jeżeli pacjent nie umrze podczas sedacji paliatywnej, to zmodyfikuję moje działania tak, aby spowodować jego śmierć?”. Zastosowanie pewnych procedur podczas podejmowania decyzji o wdrożeniu sedacji paliatywnej pozwala sprecyzować intencje lekarza i choć nie gwarantuje to, że działanie będzie moralne, to zwiększa takie prawdopodobieństwo [43]. Należą do nich: dyskusja w zespole, poinformowanie pacjenta i jego bliskich, wzięcie pod uwagę opinii pacjenta i jego bliskich, odnotowanie decyzji oraz opisanie sposobu wdrażania sedacji w dokumentacji medycznej [43]. Przedyskutowanie decyzji w zespole jest bardzo ważne, istnieją bowiem przesłanki, że niedoświadczeni lekarze lub z cechami wypalenia zawodowego częściej stosują sedację w niewłaściwy sposób [45]. Choć praktyka sedacji paliatywnej pod żadnym względem nie jest działaniem eutanastycznym, ale tylko i wyłącznie terapią łagodzącą uporczywe objawy u chorych u schyłku życia, to istnieją uzasadnione obawy, że może być ona wykorzystana w celu dokonania eutanazji. Podawanie środków sedatywnych w dużych dawkach w intencji uśmiercenia chorego jest ukrytą formą aktywnej eutanazji (jest to tzw. kryptoeutanzja) [46]. Na przykład w Holandii, gdzie eutanazja została zdepenalizowana w 2001 r. [47], a jej wykonanie wymaga spełnienia wielu formalności, zaobserwowano spadek liczby wykonywanych eutanazji przy jednoczesnym wzroście liczby zgonów w następstwie sedacji paliatywnej [48, 49].

Nie tylko stosowanie sedacji paliatywnej w niewłaściwy sposób jest nieetyczne. Niepodanie leku sedatywnego lub podanie go w zbyt niskiej, nieefektywnej dawce jest również nieetyczne [43, 46, 50]. Niedopuszczalne jest pozwalanie duszającym się chorym umierać z „zaciskającą się wolno pętlą na szyi” [46, 50].

ZAKOŃCZENIE

Umieranie i śmierć są ostatnimi chwilami życia i „nigdzie jak w bliskości śmierci i w samej śmierci należy celebrować i wywyższać życie” [51]. Powinny być one wolne od uporczywych objawów i cierpienia, ale nie poprzez spowodowanie śmierci w sposób zamierzony, czemu opieka paliatywna bezwzględnie się przeciwstawia, lecz poprzez staranne ustalenie wskazań do sedacji paliatywnej, a następnie rozważne i ostrożne jej wdrożenie.

PIŚMIENNICTWO

1. Rousseau P. Palliative sedation in the management of refractory symptoms. *J Support Oncol* 2004; 2: 181-186.
2. de Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last week of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67-85.
3. Beel A, McClement SE, Harlos M. Palliative sedation therapy: a review of definitions and usage. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8: 190-199.
4. Papavasiliou ES, Brearley SG, Seymour JE, et al. 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.
5. Blanchet V, Viillard M-L, Aubry R. Sedation en medecine palliative: recommandations chez l'adulte et specificites au domicile et en geriatric. *Medecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique* 2010; 9: 59-70.
6. Fainsinger RL. Use of sedation by a hospital support team. *J Palliat Care* 1998; 14: 51-54.
7. Taylor BR, McCann RM. Controlled sedation for physical and existential suffering? *J Palliat Med* 2005; 8: 144-147.
8. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23: 581-593.
9. Rietjens JA, van der Heide A, Vrakking AM, et al. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 2004; 141: 178-185.
10. Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F, et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliat Med* 1999; 13: 233-241.
11. Rady MY, Verheijde JL. Continuous deep sedation until death: palliation or physician-assisted death? *Am J Hosp Palliat Care* 2010; 27: 205-214.
12. Billings JA1, Block SD. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996; 12: 21-30.
13. González Barón M, Gómez Raposo C, Pinto Marín A. Sedation in clinical oncology. *Clin Transl Oncol* 2005; 7: 295-301.
14. Jackson WC. Palliative sedation vs. terminal sedation: what's in a name? *Am J Hosp Palliat Care* 2002; 19: 81-82.
15. de Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last week of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67-85.
16. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 310-333.
17. Task Force España 2005. Sedacion en cuidados paliativos. Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos. Dostępne na: <http://www.secpal.com>.
18. Raccomandazioni della Societa Italiana di Cure Palliative sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. A cura del gruppo di studio su etica e cultura al termine della vita. Ottobre 2007.

- Dostępne na: http://www.ioveneto.it/uploads/file/terapia_analgica/sanitari/Diagnosi%20e%20trattamento/Indicazioni/Raccomandazioni_Sedazione-Terminale.pdf.
19. Morita T, Tsuneto S, Shima 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.
 20. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31-38.
 21. Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, et al. 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.
 22. 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.
 23. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, et al. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991; 7: 5-11.
 24. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003; 2: 2.
 25. Leheup BF, 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.
 26. Leheup BF. Le principe du double effet: un outil aidant à la réflexion éthique dans le cadre de la sédation pour détresse en phase terminale. *Medecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique* 2006; 5: 82-86.
 27. St. Thomas Aquinas, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 7.
 28. Ślipko T. *Zarys etyki ogólnej*. WAM, Kraków 2004.
 29. Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med* 1999; 159: 545-550.
 30. Morita T, Tei Y, Inoue S. Ethical validity of palliative sedation therapy. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 103-105.
 31. Thorns A. Sedation, the doctrine of double effect and the end of life. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8: 341-343.
 32. Boyle J. Medical ethics and double effect: the case of terminal sedation. *Theor Med Bioeth* 2004; 25: 51-60.
 33. Cherny NI. Commentary: sedation in response to refractory existential distress: walking the fine line. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16: 404-405.
 34. Fondras JC. La règle du double effet en soins terminaux: critiques, justification et limites. *Medecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique* 2002; 1: 89-94.
 35. Caenappel D. *Sédation continue en fin de vie – enjeux éthiques*. Médiaspaul, Montréal 2005.
 36. Salamagne MH, Pourchet S. Euthanasie, sédation – aux limites du soin: les situations extrêmes en fin de vie. In: *Face aux fins de vie et à la mort. Ethique, société, pratiques professionnelles*. 3ième édition augmentée sous la direction de Hirsch E. Vuibert. Paris 2009: 264-275.
 37. Blanchet (coord.). *La sédation pour détresse en phase terminale*. Version Longue. Recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs. Dostępne na: <http://www.sfap.org/pdf/III-O3-pdf.pdf>.
 38. Quill TE. The ambiguity of clinical intentions. *N Engl J Med* 1993; 329: 1039-1040.
 39. Jansen LA. Disambiguating clinical intentions: the ethics of palliative sedation. *J Med Philos* 2010; 35: 19-31.
 40. Chan JD, Treece PD, Engelberg RA, et al. Narcotic and benzodiazepine use after withdrawal of life support: association with time to death? *Chest* 2004; 126: 286-293.
 41. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol* 2003; 4: 312-318.
 42. 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.
 43. Fondras JC, Rameix S. Questions éthiques associées à la pratique de la sédation en phase terminale. *Medecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique* 2010; 9: 120-125.
 44. McIntyre A. The double life of double effect. *Theor Med Bioeth* 2004; 25: 61-74.
 45. Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002; 20: 758-764.
 46. Tomczyk M. Sedacja paliatywna to nie eutanazja. *Służba Zdrowia*, 17 października 2011; 50-53.
 47. Gordijn B, Janssens R. Euthanasia and palliative care in the Netherlands: an analysis of the latest development. *Health Care Anal* 2004; 12: 195-207.
 48. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, et al. 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, et al. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ* 2008; 336: 410-413.
 50. Komentarz prof. J. Łuczaka do artykułu „Zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia” (Sykes N. End of life issues. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1157-1162). *Medycyna Praktyczna – Onkologia* 2009; 3: 45-54.
 51. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995. Dostępne na: http://www.kdsz.pl/e107_files/doko/KPSZ.html.