

# Problemy etyczne i prawne w opiece terminalnej

Lekarze zajmujący się opieką terminalną stają często przed dylematami etycznymi i prawnymi budzącymi duże zainteresowanie społeczeństwa. Wymaga się od nich, aby (tab. 1):

- śledzili zmiany przepisów prawnych
- niezależnie od retoryki politycznej postępowali zgodnie z zasadami moralnymi
- nabyli umiejętności niezbędne do skutecznego postępowania.

W artykule przeanalizowane zostaną najczęstsze dylematy związane z opieką terminalną, jednak jego tematyka nie obejmuje wspomaganie umierania.

## Podejście do podejmowania decyzji w opiece terminalnej

### Zasady i ramy podejmowania decyzji

Punktem wyjścia w rozwiązywaniu wielu dylematów etycznych jest prawo pacjenta do decydowania o sobie. Poszanowanie jego autonomii ma pewne ograniczenia, na które zwrócono uwagę m.in. w brytyjskiej Ustawie o zdolności do czynności prawnych, czyli Mental Capacity Act.<sup>1</sup> Lekarz musi znać te ograniczenia, pamiętając jednocześnie o obowiązku odpowiedniego wykorzystywania dostępnych środków oraz działania na korzyść, a nie na szkodę pacjenta.

### Mówienie prawdy

Mówienie pacjentowi prawdy jest podstawą poszanowania jego autonomii. Większość pacjentów chce otrzymywać pełne informacje, jednak wobec zbliżającego się końca życia ta potrzeba może się zmniejszać.<sup>2,3</sup> Lekarz powinien umieć określić

preferencje pacjenta i przekazywać mu informacje uczciwie, ale stosownie do jego wrażliwości.

Ukrywanie przed pacjentem rozpoznania zagrażającej życiu choroby stanowi przykład postawy paternalistycznej, która nie jest akceptowana, chyba że wynika z decyzji pacjenta lub z jego niezdolności do zrozumienia i wykorzystania informacji. Często trudno jest przewidzieć rokowanie, powikłania czy progresję choroby. W takiej sytuacji ważna jest rozmowa z pacjentem i jego rodziną, która może pomóc im poradzić sobie z niepewnością.

### Poszanowanie autonomii pacjenta i prawo wyboru

Umożliwienie pacjentowi podjęcia decyzji nie jest równoznaczne z poszanowaniem jego autonomii. Pytanie: „Czy chciałby Pan umrzeć w domu?” daje pacjentowi wybór, ale dopiero wyjaśnienie mu konsekwencji tego wyboru, upewnienie się, że je rozumie oraz jest zdolny do podjęcia decyzji, dowodzi szacunku dla jego niezależności i samodzielności w decydowaniu o sobie.<sup>4</sup> Rolą lekarza jest zapewnienie pacjentowi możliwości podjęcia autonomicznej decyzji, w oparciu o wyczerpujące informacje, bez wywierania nacisków oraz z zachowaniem wymogu zdolności decyzyjnej. Rozróżnienie pomiędzy prawem wyboru a poszanowaniem autonomii ma zasadnicze znaczenie w kwestii podejmowania decyzji przez pacjenta w końcowym okresie życia.

### Szczególne wyzwania w opiece terminalnej Odmowa podjęcia lub przerwanie leczenia

Dylematy etyczne związane z opieką nad pacjentem w końcowym okresie życia często dotyczą

Andrew Thorns

Consultant and honorary senior lecturer in palliative medicine, Pilgrims Hospices, East Kent NHS Foundation University Trust, University of Kent, Margate, Wielka Brytania

Ethical and legal issues in end-of-life care  
Clinical Medicine 2010; 3(10):282-5

Tłum. dr n. med. Piotr Jędrusik



**Tabela 1. Umiejętności wymagane od lekarza podejmującego decyzje dotyczące opieki terminalnej**

- Doświadczenie dotyczące danego stanu, jego progresji i powikłań, a także zdolność określenia rokowania
- Rozumienie sytuacji społecznej pacjenta
- Zdolność do uwzględniania nie tylko uwarunkowań fizycznych, ale również aspektów psychologicznych, społecznych i duchowych
- Aktualna wiedza na temat dowodów naukowych, które powinny być wykorzystywane w danych okolicznościach
- Podstawy etyczne ułatwiające podejmowanie złożonych decyzji
- Umiejętność podejmowania decyzji dostosowanych do stadium zaawansowania choroby (np. pacjent w ostatnich dniach życia wymaga innych decyzji niż pacjent, który przeżyje jeszcze kilka miesięcy)
- Korzystanie z konsultacji innych lekarzy

**Tabela 2. Złożone podejście do decyzji dotyczących odmowy podjęcia lub przerwania leczenia i interwencji**

Poziom	Obszar rozważań	Problemy wymagające rozważenia
1	Co nas ogranicza?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prawo</li> <li>• Wytyczne</li> <li>• Dowody z badań naukowych</li> <li>• Dostępność środków</li> </ul>
2	Pacjent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jego zdolność decyzyjna</li> <li>• Jego poglądy i preferencje</li> <li>• Rokowanie/perspektywy/prawdopodobne zmiany stanu</li> <li>• Inne osoby wyznaczone do podejmowania decyzji</li> </ul>
3	Sformułowanie problemu etycznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upewnienie się, że zadaje się właściwe pytania</li> <li>• Czy nasz światopogląd nie wpływa na podejmowane decyzje?</li> </ul>
4	Ustalenie możliwości postępowania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy decyzja jest uzasadniona moralnie?</li> <li>• Jakie praktyczne rozwiązania zostaną zastosowane?</li> <li>• Czy jakieś kwestie wymagają rozmowy/negocjacji/wyjaśnienia?</li> </ul>
5	Porozumiewanie się i koordynacja działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poinformowanie zainteresowanych osób o możliwościach postępowania</li> <li>• Skoordynowanie działań i realizacja</li> </ul>

decyzji o odmowie podjęcia lub przerwaniu interwencji bądź leczenia.<sup>5</sup> Jeśli pacjent i lekarz zgadzają się, że nie ma korzyści z prowadzenia leczenia lub podejmowania nowej interwencji, to dalsze działanie jest oczywiste, jednak nawet wtedy lekarz powinien poprowadzić rozmowę w delikatny sposób.

Prawo pacjenta do autonomicznego podejmowania decyzji powinno zostać zakwestionowane, jeśli żąda on kontynuacji lub rozpoczęcia leczenia, a wiadomo, że takie działania przyniosłyby więcej szkód niż korzyści, wiązałyby się z niepotrzebną i nierówną dystrybucją środków bądź też wymagałyby od lekarza podjęcia działań niezgodnych z kodeksem etyki zawodowej lub prawem. Zgodnie z prawem pacjent nie może żądać leczenia, które nie jest w jego najlepszym interesie, a lekarz nie musi dążyć do przedłużania życia pacjenta za wszelką cenę. Jeżeli jednak istnieją wątpliwości, należy je rozstrzygać na korzyść zachowania życia.<sup>6,7</sup>

Powstrzymanie się od podjęcia leczenia lub przerwania interwencji w sytuacji, gdy w rezultacie może dojść do śmierci pacjenta, jest usprawiedliwione, jeśli:

- pacjent podejmuje autonomiczną decyzję o wycofaniu zgody na interwencję ratującą życie;

- szkody wynikające z leczenia przeważają nad potencjalnym wydłużeniem życia;
- potencjalne leczenie jest „daremne” – nie spowoduje osiągnięcia zamierzonego celu (mimo iż, ściśle rzecz biorąc, naprawdę daremne leczenie z definicji w ogóle nie wpłynie na rokowanie).

*Etyczne podstawy decyzji.* Lekarz musi umieć przedstawić etyczne podstawy decyzji o odmowie podjęcia lub przerwaniu leczenia, uwzględniając kwestie prawne, obowiązujące wytyczne, dowody naukowe oraz dostępność środków. Powinien wziąć pod uwagę nie tylko stan kliniczny pacjenta i rokowanie, ale także jego zdolność decyzyjną, przekonania i preferencje. Następnie konieczne jest jednoznaczne sformułowanie problemu etycznego. Ważne, aby punkt widzenia lekarza nie wpłynął na sposób ujęcia problemu. Należy określić możliwości postępowania, uzasadnienie moralne oraz praktyczne rozwiązania (tab. 2). Realizacja tych zadań wymaga umiejętności osiągnięcia porozumienia i koordynacji działań. Poniżej przedstawiono przykłady takiego podejścia w odniesieniu do częstych decyzji w końcowym okresie życia.

**Tabela 3. Stanowisko Stowarzyszenia Medycyny Paliatywnej (APM – Association for Palliative Medicine) w kwestii stosowania zasady podwójnego skutku w opiece nad pacjentem w końcowym okresie życia**

1. APM jest organizacją zrzeszającą ponad 1000 specjalistów w zakresie medycyny paliatywnej pracujących w hospicjach, szpitalach i domach pacjentów
2. Zasada podwójnego skutku mówi, że:  
Ryzyko potencjalnej znanej (przewidywanej), ale niezamierzonej konsekwencji lub ubocznego efektu leczenia jest usprawiedliwione tylko wtedy, kiedy spełnione są wszystkie następujące kryteria:
  - zamierzony efekt jest sam w sobie dobry
  - zamiarem lekarza jest uzyskanie wyłącznie dobrego efektu
  - interwencja jest stosowna do sytuacji
  - dobry efekt nie jest uzyskiwany poprzez czyn uznawany za zły
3. Rozpowszechniony jest błędny pogląd, że opioidowe leki przeciwbólowe i leki sedatywne przyspieszają śmierć, a lekarze wiedzą o tym i tolerują stosowanie tych leków w celu uzyskania podwójnego skutku
4. APM odpira te zarzuty. Nie ma żadnych wiarygodnych dowodów z badań naukowych, które wskazywałyby na to, że leki przeciwbólowe lub leki sedatywne stosowane w sposób zgodny z akceptowaną praktyką opieki paliatywnej skracają życie pacjentów
5. APM uważa, że odwoływanie się do zasady podwójnego skutku w celu uzasadnienia stosowania tych leków lub ich dawkowania w sposób wymagany w leczeniu bólu lub dystresu jest nieuzasadnione, z wyjątkiem wyjątkowych sytuacji
6. Lekarze obawiający się, że podając pacjentowi te leki, mogą skrócić jego życie, powinni skontaktować się ze specjalistą medycyny paliatywnej w celu zasięgnięcia porady

### Sztuczne żywienie i nawadnianie

Zapewnienie odżywienia i nawodnienia jest niezbędne do życia. Rodziny i lekarze aż do ostatnich dni lub godzin życia pacjenta opóźniają decyzję o przerwaniu sztucznego żywienia i nawadniania. Tymczasem w Wielkiej Brytanii procedury te klasyfikuje się jako leczenie, a nie podstawową pielęgnację, dlatego gdy związane z nią szkody przeważają nad korzyściami, można ją przerwać.<sup>6,7</sup>

W niedawnych przeglądach systematycznych podkreślono brak jednoznacznych dowodów, na których można się opierać, podejmując decyzje dotyczące tych kwestii.<sup>8,9</sup> Przyjęło się uważać, że szkody związane z prowadzeniem sztucznego nawadniania i odżywiania w ostatnich dniach lub godzinach życia przeważają nad korzyściami. Pacjent nie umiera z powodu braku nawodnienia, tylko po prostu umiera, a więc nie wymaga sztucznego nawodnienia.<sup>10,11</sup>

### Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

U umierającego pacjenta w terminalnej fazie choroby resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO) raczej nie spowoduje wznowienia czynności serca, a nawet jeżeli takie działania się powiodą, to tylko nieznacznie przedłużą życie, a jego jakość będzie istotnie upośledzona.<sup>12,13</sup>

Niepodejmowanie RKO jest możliwe, gdy zgodzą się na to wszyscy członkowie multidyscyplinarnego zespołu i udokumentują tę decyzję.<sup>14</sup>

Biorąc pod uwagę kwestie moralne, nie ma zbyt wielu argumentów na rzecz podejmowania RKO w ostatnich dniach lub tygodniach życia pacjenta. Z zagadnieniem tym wiążą się natomiast liczne problemy praktyczne, zwłaszcza w związku z nierealistycznymi oczekiwaniami społeczeństwa i lekarzy.

Mogłoby się wydawać, że jeżeli RKO uznaje się za bezcelową, nie ma konieczności omawiania tej kwestii z pacjentem. Konieczna

jest jednak rozmowa na temat tego, jak pacjent widzi swoją sytuację i rokowanie. Wyjaśnienie mu, że umiera, może sprawić, że poruszanie tematu RKO nie będzie konieczne. Bardziej potrzebne może okazać się stworzenie mu szansy wyartykułowania obaw dotyczących śmierci oraz umożliwienie przygotowania się do niej, ale trzeba również zaspokoić potrzeby pacjentów, którzy chcą poznać więcej szczegółów. W przypadku osób umierających w domu przedyskutowanie kwestii RKO z pacjentem i jego bliskimi może zapobiec niepotrzebnym wezwaniom pogotowia ratunkowego.

Ustalenia dotyczące RKO nie powinny wpływać na podejmowanie innych decyzji. Każdą potencjalną interwencję należy rozważyć w ramach planowania opieki terminalnej.

### Zasada podwójnego skutku a stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych i leków sedatywnych

Opioidowe leki przeciwbólowe i leki sedatywne ograniczają ból, duszność i pobudzenie pogarszające stan pacjenta w końcowym okresie życia. Wśród lekarzy, a także pacjentów i ich rodzin, częsty jest jednak błędny pogląd, że podawanie dużych dawek tych leków, zgodnie z akceptowaną praktyką kliniczną, może skrócić życie pacjenta. Jako usprawiedliwienie dla takiego postępowania przywoływana jest zasada podwójnego skutku (*doctrine of double effect*), co wywołuje obawy, że może ona stanowić przyzwolenie dla niebezpiecznych praktyk.

Zgodnie z zasadą podwójnego skutku działanie (np. zwiększanie dawki leku), które według przewidywań lekarza może skrócić życie pacjenta, jest uzasadnione, gdy ma na celu przyniesienie pacjentowi korzyści, a nie skrócenie jego życia. Zasadę tę interpretuje się tak, że gdy pomimo przyjmowania leku przeciwbólowego pacjent odczuwa ból, dawkę leku zwiększa się, mając jednocześnie świadomość, że może to skrócić życie pacjenta.

**Tabela 4. Stanowisko Stowarzyszenia Medycyny Paliatywnej (APM – Association for Palliative Medicine) w kwestii stosowania sedacji w końcowym okresie życia**

1. APM jest organizacją zrzeszającą ponad 1000 specjalistów medycyny paliatywnej pracujących w hospicjach, szpitalach i domach pacjentów
2. W opiece paliatywnej celem stosowania wszystkich leków, w tym leków sedatywnych, jest zmniejszanie określonych objawów
3. Leki wywierające działanie sedatywne powinny być stosowane tylko wtedy, gdy nie można zmniejszyć objawów przez bardziej swoiste interwencje
4. W rzadkich przypadkach, pomimo zastosowania dostępnych swoistych interwencji, pacjenci mogą nadal doświadczać dystresu i wymagać podania leku sedatywnego w celu zmniejszenia świadomości cierpienia
5. Podając lek sedatywny, należy monitorować jego dawkowanie, aby uzyskać pewność, że stosuje się najmniejszą skuteczną dawkę. Leki stosowane w taki sposób nie skracają życia
6. Stosowanie leków sedatywnych w opiece paliatywnej ma na celu sedację pacjenta, który umiera, a nie spowodowanie śmierci
7. Opioidowe leki przeciwbólowe są niezbędne w zwalczaniu bólu, ale są całkowicie nieprzydatne w sedacji

### Kluczowe zagadnienia

Od lekarzy wymaga się umiejętności umożliwiających podejmowanie decyzji dotyczących opieki nad pacjentem u schyłku życia.

Należy zaznaczyć, że możliwość wyboru to nie to samo, co możliwość podjęcia autonomicznej decyzji.

Mówienie prawdy oraz umiejętność nawiązania porozumienia z pacjentem mają zasadnicze znaczenie dla poszanowania jego autonomii.

Każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie. Lekarz powinien podejmować decyzje w zależności od sytuacji klinicznej konkretnego pacjenta, nie opierając się na schematach postępowania przygotowanych dla wszystkich ani nie kierując się kiedyś przyjętymi schematami.

Stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych i leków sedatywnych w opiece nad pacjentem u schyłku życia nie powinno zazwyczaj wymagać odwoływania się do zasady podwójnego skutku. Każdy lekarz, który odczuwa potrzebę wykorzystywania tej doktryny do uzasadnienia swoich działań, powinien skontaktować się ze specjalistą medycyny paliatywnej w celu zasięgnięcia rady.

Argumentacja ta jest coraz częściej podważana (tab. 3 i 4).<sup>15-17</sup> Jeżeli opioidowe leki przeciwbólowe i leki sedatywne są stosowane zgodnie z najlepszą praktyką, to rzadko konieczne jest podawanie tak dużych dawek, aby wiązało się to z ryzykiem skrócenia życia pacjenta.

Warto rozważyć, czy zasada podwójnego skutku może odnosić się też do stosowania innych leków. Paliatywna chemioterapia lub podawanie insuliny również mogą spowodować śmierć, zwłaszcza w przypadku stosowania dawek większych niż zalecane. Gdyby

pacjent zmarł w takich okolicznościach, zasada podwójnego skutku nie stanowiłaby usprawiedliwienia.

Każdy lekarz, który obawia się, że stosując opioidowe leki przeciwbólowe lub leki sedatywne mógłby skrócić życie pacjenta, powinien skontaktować się ze specjalistą medycyny paliatywnej w celu zasięgnięcia porady.

### Dokumentacja w końcowym okresie życia Schematy postępowania w opiece terminalnej

Narzędziem, które ułatwia dokumentowanie opieki nad pacjentem w ostatnich dniach lub godzinach życia, mogą być schematy postępowania, takie jak Liverpool Care Pathway. Wyrażano obawy, że ich stosowanie może wpływać na wyniki leczenia. Posługiwanie się nimi nie zwalnia jednak z oceny klinicznej, czy podejmowane działania są w najlepszym interesie pacjenta. Schematy nie wpływają więc na wyniki leczenia, pod warunkiem że są wykorzystywane we właściwy sposób. Stwarzają natomiast pewne ramy najlepszej opieki terminalnej i w związku z tym ich stosowanie jest wskazane.

### Podsumowanie

Lekarze odpowiadają za skuteczne rozwiązywanie problemów, u których źródła leżą dylematy etyczne. Powinni także dążyć do realizacji działań właściwych z moralnego punktu widzenia.

Niezbędne do osiągnięcia tych celów są doświadczenie, wiedza na temat poszczególnych stanów i związanego z nimi rokowania, komunikatywność i umiejętność współpracy z innymi lekarzami.

### Dalsze informacje

W maju 2010 r. General Medical Council [brytyjska Naczelna Izba Lekarska – przyp. red.] opublikowała wskazówki dotyczące leczenia i opieki w końcowym okresie życia. Obejmują one kwestie omówione w artykule.

Adres do korespondencji: Dr A. Thorns, Pilgrims Hospice, University of Kent, Ramsgate Road, Margate, Kent CT9 4AD, UK. E-mail: Andrew\_thorns@pilgrimshospice.org.

© Copyright 2010 Royal College of Physicians i Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

#### Piśmiennictwo:

1. Department for Constitutional Affairs. Code of Practice Mental Capacity Act. London: DCA, 2005.
2. Murtagh FE, Thorns A. Evaluation and ethical review of a tool to explore patient preferences for information and involvement in decision making. *J Med Ethics* 2006;32:311-5.
3. Hancock K, Clayton JM, Parker SM et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliat Med* 2007;21:507-17.
4. Downie R, Randall F. Choice and responsibility in the NHS. *Clin Med* 2008;8:182-5.
5. Seale C. End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners. *Palliat Med* 2009;23:198-204.
6. British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, 3rd edn. London: BMA, 2007.
7. General Medical Council. Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: good practice in decision-making. London: GMC, 2002.
8. Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD006273.
9. Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD006274.
10. Campbell C, Partridge R. Artificial nutrition and hydration – guidance in end of life care for adults. London: National Council for Palliative Care and Association for Palliative Medicine, May 2007.
11. Lennard-Jones JE. Giving or withholding fluid and nutrients: ethical and legal aspects. *J R Coll Physicians Lond* 1999;33:39-45.
12. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007;33:237-45.
13. Nolan JP, Laver SR, Welch CA et al. Outcome following admission to UK intensive care units after cardiac arrest: a secondary analysis of the ICNARC Case Mix Programme Database. *Anaesthesia* 2007;62:1207-16.
14. British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. A joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. London: BMA, 2007.
15. Estfan B, Mahmoud F, Shaheen P et al. Respiratory function during parenteral opioid titration for cancer pain. *Palliat Med* 2007;21:81-6.
16. George R, Regnard C. Lethal opioids or dangerous prescribers. *Palliat Med* 2007;21:77-80.
17. Sykes NP, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life in palliative care. *Lancet Oncol* 2003;4:312-8.



**Komentarz:**  
**prof. dr hab. med. Krystyna de Walden-Gałuszek**  
**Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej**

**O**pieka nad chorym u kresu życia stanowi dla personelu medycznego, w tym szczególnie dla lekarzy, duże obciążenie psychiczne. Dotyczy to zwłaszcza przekazywania informacji o złym rokowaniu. W artykule słusznie powołano się na zasadę poszanowania autonomii pacjenta, z której wynika prawo do prawdy o stanie zdrowia. Należy tu dodać, że w Karcie Praw Pacjenta znajduje się zapis dotyczący tzw. przywileju terapeutycznego, który określa, kiedy przekazanie prawdy należy ograniczyć lub odroczyć w czasie. W każdym przypadku powinno decydować o tym dobro pacjenta.

Nie mniej ważne jest poszanowanie autonomii pacjenta w zakresie samodzielnego i świadomego podejmowania decyzji. Dotyczy to m.in. decyzji o zaprzestaniu leczenia. Omawiając ten problem, należałoby podkreślić, że w niektórych sytuacjach decyzja pacjenta, pozornie autonomiczna, może w rzeczywistości wynikać ze złego stanu emocjonalnego, np. depresji. Wówczas pacjenta nie można uznać za osobę w pełni kompetentną.

Uwagi na temat nawadniania lub stosowania RKO w końcowym okresie życia są zasadne. W praktyce niektóre postulaty bywają trudne do zrealizowania, szczególnie w przypadku pacjentów umierających w domu. Zdarza się dość często, że

gdy pacjent jest w agonii, rodziny wzywają lekarza z pogotowia ratunkowego (mimo że chory jest np. pod opieką hospicjum domowego), który w obawie przed ewentualnymi konsekwencjami prawnymi podejmuje resuscytację, przewozi umierającego pacjenta do szpitala itp. Sytuacja ta wymaga dodatkowych uregulowań prawnych.

W opiece paliatywnej nie kierujemy się obecnie zasadą podwójnego skutku. Powołujemy się natomiast na zasadę stopniowości postępowania. W zakresie leczenia przeciwbólowego wyraża się ona umiejętnym, stopniowym podnoszeniem dawki analgetyku zgodnie z tzw. drabiną analgetyczną, czyli schematem stosowania leków opracowanym przez WHO. Możliwości terapeutyczne w tym zakresie (zmiany leków, różne ich kombinacje wykorzystujące działanie synergistyczne itp.) sprawiają jednak, że opisywana zasada przechodzi do historii.

Omówienia wymaga natomiast procedura sedacji kontrolowanej. Należy ją odróżnić od stosowania leków sedatywnych, które powinno się podawać, w razie potrzeby, w celu zlikwidowania lub zmniejszenia lęku, bezsenności czy ograniczenia objawów depresji. Sedację kontrolowaną (paliatywną) proponujemy chorym bardzo cierpiącym, gdy żadne dostępne środki nie są w stanie przynieść im ulgi (przykładem może być tu bardzo nasilona duszność). Polega na wyłączeniu świadomości pacjenta, tj. farmakologicznym wprowadzeniu go w sen, z którego co jakiś czas może zostać wybudzony. Pacjent musi wyrazić zgodę na pozbawienie go świadomości. Procedurę tę powinno się stosować tylko wówczas, gdy inne możliwości pomocy w tym zakresie zostały wyczerpane.

Słuszna jest przedstawiona w artykule koncepcja dotycząca prowadzenia w miarę jednolitej dokumentacji medycznej w opiece paliatywnej. Jest ona realizowana w większości polskich jednostek opieki paliatywnej i hospicyjnej. Sugestia wprowadzenia algorytmów postępowania wobec chorych u kresu życia jest interesująca i może okazać się w przyszłości przydatna w praktyce klinicznej.