

Oskrba bolnika ob koncu življenja

Jernej Benedik

Povzetek

Oskrba bolnika ob koncu življenja skuša doseči dva cilja: bolniku omogočiti najboljšo kakovost življenja (umiranja) in poskrbeti za svojce. Za pravilno in pravočasno izvajanje je ključna prava ocena bolnikovega preživetja. Nepaliativni pristop pri oskrbi ob koncu življenja vodi v medicinsko neučinkovito zdravljenje in povečuje bolnikovo trpljenje. Obravnava simptomov je podobna kot v zgodnejših obdobjih paliativne oskrbe. Poseben izziv predstavlja zdravljenje z zdravili. Oskrba se nadaljuje tudi po bolnikovi smrti.

Uvod

Ena od temeljnih resnic je, da vsi ljudje umremo. Človeku ni dano, da bi dajal ali jemal življenje, lahko ga do neke mere podaljšuje ali skrajšuje. Ozaveščenost lastne minljivosti se razlikuje od človeka do človeka. Današnja potrošniška družba, ki temelji na kopičenju materialnih dobrin, je to temo potisnila ob rob in s tem marsikoga oropala za pomemben del razmišljanja in lastne duhovnosti. Obdobje, ko se življenje izteka, je lahko zelo težko ali pa je posebna izkušnja, ki še zadnjič poveže ljudi med seboj. Pravilna odločitev o prenehanju agresivnih postopkov vzdrževanja življenja, ko ne koristijo več, in omogočanju zdravljenja, ki lajša težave in izboljšuje bolnikovo udobje, predstavlja večino, ki je največkrat ne obvladamo (1). Pogosto se ne zavedamo, da imajo tudi umirajoči svoje neodtujljive pravice. Oskrba bolnika v tem obdobju ima določene posebnosti, predvsem pa se moramo zavedati, da tu ni popravnih izpitov.

Razlaga nekaterih pojmov

Umiranje je proces neustavljivega in nepopravljivega rušenja notranjega ravnotežja v telesu, ki privede do stanja, ko

življenjski procesi niso več možni. Delovanje vitalnih organov se zmanjšuje, nato povsem odpovedo.

Smrt je nepopravljiv in dokončen konec vseh življenjskih procesov. Telo umre.

Podporna oskrba je oskrba, ki omogoča optimalno aktivnost, počutje in socialno podporo bolniku in njegovi družini v vseh stadijih bolezni. Z njo lajšamo simptome bolezni, neželene učinke zdravljenja in morebitne zaplete. Bolniku dajemo podporo v celotnem spektru človekovih potreb.

Paliativna oskrba je oskrba, ki zagotavlja optimalno aktivnost, počutje in socialno podporo bolniku in njegovi družini, ko ozdravitev ni več možna. Z njo lajšamo težave zaradi napredovale bolezni in posledice zdravljenja. Skrb za družino je še bolj poudarjena. Bolniku dajemo podporo v celotnem spektru človekovih potreb.

Oskrba ob koncu življenja (manj ustrezen izraz: v terminalni fazi) je paliativna oskrba, ko je smrt blizu (nekaj dni do dveh tednov). V telesu potekajo fiziološki procesi umiranja. To pomeni, da odpovedujejo notranji organi, kar se navzven kaže kot znaki umiranja. Če so ne prepoznani, je oskrba neustrezna. Življenja NE SKRAJŠUJEMO in NE PODALJŠUJEMO! Cilj je spokojna, neboleča in človeka dostojna smrt brez neupravičenega, agresivnega in mučnega podaljševanja življenja.

Medicinska neučinkovitost (angl. *medical futility*) pomeni, da naj bo »končni cilj vsakega zdravljenja izboljšanje prognoze, udobja, bolnikovega počutja ali splošnega stanja njegovega zdravlja. Zdravljenje, ki ne dosega takšnega izboljšanja, naj se obravnava kot nekoristno, nepotrebno.« (7).

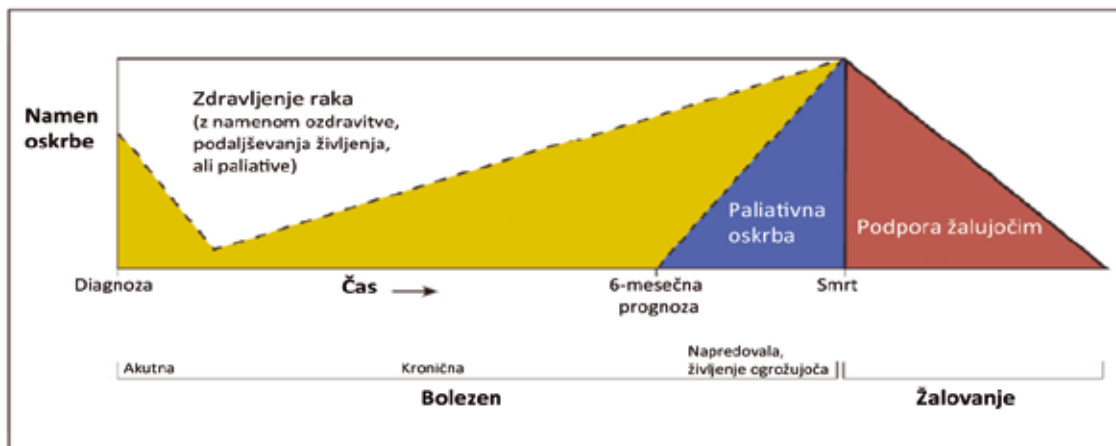


Diagram 1. Grafični prikaz poteka maligne bolezni (model ASCO).

Duhovna podpora je tisti del oskrbe, ki skuša upoštevati vse duhovne potrebe bolnika in družine. Človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine, skupnosti ... Pomaga pri razrešitvi neskladij v teh odnosih. Velikokrat je treba odpustiti sebi in drugim.

Družina so vsi pomembni, tisti bližnji, ki jih bolnik jemlje za svoje.

Časovni potek neobvladljive bolezni

Medicinski model bolezni je znanstvena, racionalna in empirična metoda, ki je usmerjena v diagnosticiranje in zdravljenje. Rak v napredovali fazi predstavlja model za zdravljenje neobvladljive bolezni (diagram 1).

Zdravljenje maligne bolezni že od nekdaj predstavlja velik izziv. V zadnjih letih smo pričali eksponentni rasti novih spoznanj temeljnih znanosti, ki so omogočila razvoj novih diagnostičnih preiskav, zdravil, načinov zdravljenja in drugega. Večmodalno, bolniku prirojeno zdravljenje omogoča ozdravitev raka pri številnih bolnikih, pri katerih prej to ne bi bilo mogoče. Če je le možno, skušamo z zdravljenjem doseči ozdravitev. Na poti do tega cilja so pogosto potrebni agresivni, invazivni postopki.

Žal pa pri polovici bolnikov še vedno ne moremo doseči ozdravitve. Dosežemo pa lahko, da bolezen poteka počasneje, bolj kronično. Kako dolg bo tak potek, je odvisno od vrste raka, možnosti specifičnega (protitumorskega) zdravljenja

in spremljajočih bolezni. S podporno in paliativno oskrbo vzdržujemo optimalno kakovost življenja.

Za pravilno načrtovanje oskrbe in izbiro najprimernejših načinov zdravljenja je ključna pravilna ocena preživetja. Zdravniki, ki so večiči agresivnih, intenzivnih načinov zdravljenja, navadno pri tem niso dobri, saj ne poznajo napovednih dejavnikov kratkega preživetja.

Ocena preživetja

Pravilna ocena bolnikovega preživetja je ključna za ustrezno vodenje njegove paliativne oskrbe. Je multiprofesionalna. Oskrbovalci zdravstvene nege, ki so največ časa ob bolniku, prenesejo zdravniku svoja kritična opažanja in ga obveščajo o spremembah.

Pri oceni preživetja si pomagamo z orodji za ocenjevanje zmogljivosti (ECOG, lestvica Karnofsky, paliativna lestvica zmogljivosti – PPS, tabela 1). PPS zelo dobro korelira s pričakovanim preživetjem, saj vključuje tudi ocenjevanje vnosa hrane, prisotnosti bolezenskih znakov in motenj v delovanju osrednjega živčevja. Nekateri sindromi maligne bolezni so prav tako povezani s krajšim preživetjem (tabela 2). Uporaba več dejavnikov omogoča zanesljivejšo oceno preživetja (prognostični indeks) (3, 11).

Neustrezna ocena preživetja pogosto privede do skoraj nerešljivih zapletov. Zdravniki sprejemajo neustrezne odločitve o preiskavah, zdravljenju, predpisana so neustrezna zdravila

Tabela 1. Paliativna lestvica zmogljivosti (PPS).

PPS	Pokretnost	Vsakodnevne aktivnosti in znaki bolezni	Samostojnost	Vnos hrane	Zavest
100 %	popolna	opravlja vsakodnevne aktivnosti in dela brez znakov bolezni	popolna	normalen	polna
90 %	popolna	opravlja vsakodnevne aktivnosti in dela minimalni znaki bolezni	popolna	normalen	polna
80 %	popolna	vsakodnevne aktivnosti opravlja z naporom minimalni znaki bolezni	popolna	normalen ali zmanjšan	polna
70 %	zmanjšana	nesposoben za delo/službo izraziti znaki bolezni	popolna	normalen ali zmanjšan	polna
60 %	zmanjšana	nesposoben opravljati hišna opravila izraziti znaki bolezni	občasno potrebuje pomoč	normalen ali zmanjšan	polna ali zmedenost
50 %	večinoma sedi/leži	nesposoben opravljati katero koli delo znaki napredovale bolezni	pogosto potrebuje pomoč	normalen ali zmanjšan	polna ali zmedenost
40 %	večinoma v postelji	nesposoben opravljati vsakodnevne aktivnosti znaki napredovale bolezni	večinoma potrebuje pomoč	normalen ali zmanjšan	polna zavest ali zaspanost +/- zmedenost
30 %	vezan na posteljo	nesposoben opravljati vsakodnevne aktivnosti znaki napredovale bolezni	potrebuje popolno oskrbo	normalen ali zmanjšan	polna zavest ali zaspanost +/- zmedenost
20 %	vezan na posteljo	nesposoben opravljati vsakodnevne aktivnosti znaki napredovale bolezni	potrebuje popolno oskrbo	po žličkah	polna zavest ali zaspanost +/- zmedenost
10 %	vezan na posteljo	nesposoben opravljati vsakodnevne aktivnosti znaki napredovale bolezni	potrebuje popolno oskrbo	le ustna nega	zaspanost ali koma +/- zmedenost
0 %	smrt	-	-	-	-

Tabela 2. Pričakovano preživetje pri nekaterih sindromih raka.

Sindrom	Pričakovano preživetje
anoreksija, kaheksija	90 dni
maligni izliv	8 tednov
zasevki v možganih	3 mesece
terminalni delirij	nekaj ur do nekaj dni
PPS	
50 %	90 dni
40 %	50 dni
30 %	30 dni
20 %	20 dni
10 %	10 dni

(zdravljenje izvidov, ne bolnika). Svojci niso pripravljeni na neizogibni konec. Nimajo časa, da bi šli skozi vse faze sprejemanja bolezni svojega ljubljenega. Bolnikove želje niso niti znane ali pa celo niso spoštovane. Bolnik ne ve, kaj ga čaka, ne more se pripraviti na neizogibno slovo.

Cilji oskrbe ob koncu življenja

Oskrba ob koncu življenja ima dva cilja:

- bolniku omogočiti najboljšo možno kakovost življenja (umiranja),
- ponuditi podporo družini med boleznijo in po smrti.

V sklepnih fazi življenja postajajo odločitve o zdravljenju vse zahtevnejše, posebno zaradi pomanjkanja ustreznih, na dokazih temelječih priporočil. Izvajanje raziskav v tej fazi bolezni je etično občutljivo. Nepoznavanje načel paliativne oskrbe ali nestrinjanje z njo vodi v medicinsko neučinkovito oskrbo bolnika. V paliativni oskrbi težimo k uporabi metod, ki življenje izboljšujejo. Podaljševanje življenja ni cilj, čeprav se bolnikovo življenje s pravilno paliativno oskrbo podaljša (4).

Bolnikova oskrba (zdravljenje) mora biti nepretrgana. Bolnik ne sme ostati prepuščen samemu sebi. Bolniki navadno želijo zaščititi svoje ljubljene pred tem, kar se jim dogaja. Iz raziskav vemo, je njihov največji strah, da bodo v nadlego svojcem. Po drugi strani pa večina želi skleniti svoje življenje doma (diagram 2).

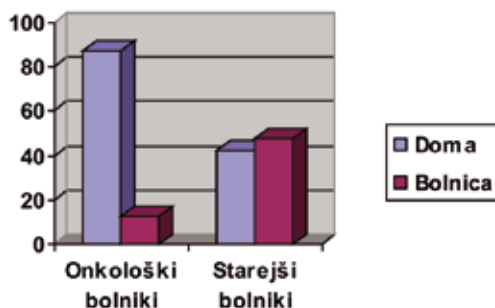


Diagram 2. Želje bolnikov po mestu umiranja.

Družina ima zato v tej fazi bolnikove bolezni še poseben pomen. Ocena družine je nujna za ustrezno strokovno, čustveno, fizično in intelektualno podporo. Če je le možno, naj bodo svojci vključeni v odločanje. Dobra komunikacija je zato nujna. Svojce je treba vnaprej pripraviti na pričakovane zaplete. Določiti je treba mesto oskrbe (domače okolje, dom starejših občanov, bolnišnica, hospic). Posebno težavo pred-

stavlja nezmožnost družine, da bi prevzela breme odločanja in oskrbe. V tem primeru skušamo breme navidezno preložiti nazaj na bolnika (Kaj bi storili, če bi se o tem pogovarjali pred mesecem dni?). Poseben izziv predstavlja komunikacija ob nezavestnem bolniku.

Oskrba ob koncu življenja v ustanovah ni optimalna.

Raziskave v bolnišnicah v zadnjih letih kažejo na izrazit trend k uporabi agresivnih načinov zdravljenja v zadnjih 14 dneh življenja. Po drugi strani pa je v povprečju bolnik v bolnišnici kar 18 ur na dan prepuščen samemu sebi. Ta čas se skrajša z navodilom zdravnika, naj bolnika ne oživljajo, saj potem pogosteje preverjajo bolnikovo stanje. Tudi za svojce ni ustrezno poskrbljeno. Glavne pomanjkljivosti, ki so jih izpostavili svojci, so (6):

- dom starejših občanov: 32 % neurejena bolečina, 56 % slaba čustvena podpora;
- bolnišnica: 50 % slaba komunikacija, 51 % nedosegljivost zdravnika, 80 % premalo spoštovanja.

Načela obravnave bolnikov med umiranjem

Klinične poti omogočajo optimalno obravnavo bolnikov, zato imajo bistvene prednosti.

- So vodilo (načrt) za zagotovitev bolj kakovostne, celostne oskrbe bolnika.
- Temeljijo na smernicah in dokazih.
- Predvidevajo možne probleme in rešitve.
- Zagotavljajo ustrezno, natančno dokumentacijo in koordinacijo.
- Pozitivno vplivajo na odnose med člani tima ter na kolektivno izobraževanje udeležencev pri oskrbi.
- Ugotavljajo doslednost spremljanja bolnikovega stanja in opravljenih postopkov.
- Omogočijo razbremenitev oskrbovalcev.

V Sloveniji za oskrbo bolnika ob koncu življenja uporabljamo klinično pot oskrbe umirajočega bolnika po liverpoolskem modelu. Pri načrtovanju in izvajanju oskrbe vedno sledimo bolnikovim potrebam in željam. Ohranjamo njegovo dostojanstvo. Ocenimo stanje bolnika, družine, njihove potrebe. Vsi bolniki imajo predpisana ključna zdravila (glej uporabo zdravil pri oskrbi ob koncu življenja), druga zdravila dodajamo le glede na simptome. Nepotrebna zdravila ukinemo. Preiskave opravimo le izjemoma – samo če bi s tem spremenili način zdravljenja ali lažje blažili določen simptom (npr. pri bolniku s terminalnim delirijem izmerimo krvni sladkor, ker je delirij zaradi hipoglikemije reverzibilen). Redno spremljamo in zapisujemo stopnjo bolnikovih simptomov. Ukrepe zdravstvene nege prilagodimo bolnikovim potrebam. Njegovo stanje spremljamo vedno, ko gremo mimo sobe, ukrepe zdravstvene nege pa v rednih presledkih. Skrbno beleženje in komentar odklonov omogoča vedno nove izboljšave in prilagajanje klinične poti razmeram v posameznih ustanovah in okoljih. Duhovna podpora bolniku in svojcem je nujna. Pri izvajanju oskrbe na domu mora biti svojcem in bolniku vedno na voljo možnost dodatnih nasvetov. Sprejemljiv odzivni čas na izraženo potrebo po dodatnih informacijah je do 24 ur. Učinkovita koordinacija je neprecenljiva, mobilne enote dodatno izboljšajo oskrbo na domu.

Simptomi in znaki umiranja

Hitrost pojavljanja simptomov in znakov umiranja je pri bolnikih z rakom povezana z:

- napredovanjem osnovne bolezni,
- splošnim stanjem,
- pridruženimi boleznimi.

Na napredovanje osnovne bolezni vpliva hitrost podvajanja tumorskih celic, zasevki v visceralnih organih, pljučih in možganih ter posledice specifičnega zdravljenja (npr. okvara imunskega sistema, organov). Bolnikovo splošno stanje je odvisno od napredovalosti osnovne bolezni, pridruženih sindromov raka (npr. sindrom tumorske kaheksije), sekvel po zdravljenju, pridruženih boleznih, psihičnih, socialnih in ekonomskih dejavnikov. Pridružene bolezni navadno pospešijo umiranje, saj je zmanjšana funkcionalna rezerva prizadetih organov, pojavijo se lahko tudi zapleti kronične bolezni.

Pri bolnikih z napredovalo rakavo boleznijo vedno najdemo veliko simptomov. Podatki iz različnih raziskav temu vedno znova pritrjujejo. V povprečju ima vsak bolnik od 9 do 12 simptomov. V zgodnejših obdobjih so najpogostejši simptomi bolečina, zaprtje, dispnea, prestrašenost, anoreksija, depresija, kašelj, slabost, vrtoglavica. V obdobju, ko se življenje izteka, pa se najpogosteje pojavljajo utrujenost (80 %), dispnea (50 %), bolečine (40 %), suha usta, inkontinenca, preležanine, nespečnost, anoreksija. Med umiranjem imajo skoraj vsi bolniki (prek 90 %) do neke mere izražene simptome delirija (tabela 5), pojavijo se znaki ugašajočih refleksov (oteženo požiranje, hropenje, nezmožnost zapiranja oči).

Ob začetku umiranja se pojavijo številni znaki in simptomi, ki so posledica postopnega odpovedovanja življenjskih organov (tabela 3). Takrat je optimalni čas za začetek oskrbe ob koncu življenja že zamujen!

Tabela 3. Simptomi in znaki umiranja.

Sprememba	Simptom, znak
utrujenost, oslabelost	zmanjšana zmogljivost, osebna higiena, nezmožnost hoje, nezmožnost dvigovanja glave z blazine
kožna ishemija	pordelost kože (eritem) nad kostnimi prominencami, propadanje kože, rane
zmanjšanje apetita, vnosa hrane, hujšanje	anoreksija, nezadostno hranjenje, aspiracija hrane, dušenje, zaletavanje med hranjenjem, izguba teže, mišične mase in maščevja
zmanjšani vnos tekočin, dehidracija	nezadostno pitje, aspiracija, edemi zaradi znižanih albuminov, izsušene sluznice, dehidracija
motnje v delovanju obtočil, ledvična odpoved	tahikardija, hipertenzija, ki ji sledi hipotenzija, hladni udi, periferna in centralna cianoza (pomodrenje), lisasta koža (livedo reticularis), zastajanje krvi v venah, temen urin, oligurija, anurija
motnje v delovanju dihal	sprememba v hitrosti dihanja (hitro – počasi), zmanjšan dihalni volumen, nenormalni dihalni vzorci (Cheyne-Stokes), dispneja, hropenje
motnje v delovanju živčevja	zmanjšana stopnja zavesti, zaspanost, neodzivnost na dražljaje, nezmožnost govora, vznemirjenje, ječanje, delirij, nezmožnost zapiranja oči, izguba refleksov – inkontinenca

Znaki začetka umiranja so:

- vezanost na posteljo,

- neredno dihanje,
- pitje po požirkih,
- motnje zavesti,
- nezmožnost zaužitja tablet.

Če se še izvajajo laboratorijske preiskave, so prisotni nekateri značilni laboratorijski izvidi (tabela 4).

Tabela 4. Laboratorijski znaki kratkega preživetja.

Laboratorijski znaki kratkega preživetja
anemija
levkocitoza
limfopenija
zvišan CRP
hipoalbuminemija
hiponatriemija
proteinurija

Pozneje se pojavijo znaki bližajoče se (neizogibne) smrti:

- dihalni gibi čeljustnice (8 ur pred smrtjo),
- akrocianoza (5 ur pred smrtjo),
- odsotnost radialnih pulzov (3 ure pred smrtjo),
- hropenje (48 ur pred smrtjo, pri manj kot polovici bolnikov),
- motena zavest (24 ur pred smrtjo pri 84 % umirajočih, 6 ur pred smrtjo pri 92 % umirajočih).

Dve poti umiranja

Umiranje poteka po dveh poteh.

1. Mirna pot: stanje normalne zavesti se prevesi v zaspanost, bolnik čedalje težje opravlja opravila (letargija), težko se osredotoča na dogajanje, ne zanima se za okolico, postopno se razvijejo somnolenca, stupor, koma in smrt.
2. Težka pot: stanje normalne zavesti se prevesi v nemir, zmedenost, pojavljajo se vedno novi znaki motenega, čezmernega delovanja živčevja, npr. tremor, halucinacije, stokajoči bledež, mioklonični zgbki, delirij, epileptični napadi, stupor, koma, smrt.

Težka pot umiranja je neprijetna za bolnika, še bolj pa za svojce. Ves čas umiranja moramo biti pozorni na morebitne simptome težke poti in pravočasno ukrepati. Zdravilo izbora za umiritev umirajočega bolnika je midazolam (Dormicum®; npr. 2,5 mg s.c. na 15 do 20 minut do umiritve). V obdobju oskrbe ob koncu življenja ali tik pred njo je pojav delirija pogosto napoved težke poti umiranja.

Tabela 5. Pogosti simptomi v zadnjih 48 urah.

Simptom	Pogostost (v %)
terminalno hropenje	56
bolečina	51–56
obsmrtni nemir	30–42
težko dihanje	22–26
slabost in bruhanje	12–14
motnje zavesti*	9–12

* s krajšanjem časa do smrti pogostost narašča

Obnavna najpogostejših simptomov v času umiranja

Osnovna načela lajšanja posameznih simptomov so enaka kot v zgodnejšem obdobju paliativne oskrbe. Vedno skušamo

uporabiti tudi nefarmakološke ukrepe, kar pa je navadno zaradi bolnikovega slabega stanja manj primerno. Duhovna podpora bolniku in svojcem, usklajenost med bolnikom, družino, paliativnim timom in drugimi izvajalci oskrbe (ključna vloga koordinatorja za paliativno oskrbo!) blagodejno vpliva tudi na nekatere povsem telesne simptome.

Obravnava dispneje je enaka kot pri drugih bolnikih v paliativni oskrbi. Merjenje saturacije je nepotrebno, saj je dispneja subjektivni simptom. Dodajanje kisika naj bo vedno prek nosnega katetra, ker lahko uporaba maske dispnejo še poslabša. Pred tem je treba vedno narediti terapevtski poskus s kisikom. Bolniku ponudimo nosni kateter s pretokom kisika 5 litrov na minuto. Če se občutek dispneje ne popravi, dodajanje kisika ni primerno. Zdravilo izbora je morfij, po potrebi dodamo benzodiazepin.

Bolečina je pri umirajočem bolniku navadno manj izražena. Za lajšanje bolečine izberemo primeren dolgodelujoč preparat in ustrezno pot vnosa; uporabljamo elastomerske črpalke za trajno podkožno infuzijo ali protibolečinske obliže. Teh obličev ne odstranjujemo! Strah pred čezmernim kopičenjem zdravila je odveč. Nobena dokaza ni, da bolniki živijo manj časa, če jim ne odstranimo protibolečinskega obliža. Kvečjemu je bolje. Če bolečino urejamo le s kratkotrajno delujočimi zdravili, jih moramo predpisati na ustrezno kratke časovne intervale glede na razpolovni čas (na 4 do 6 ur!). Poskrbimo za redno odvajanje blata, dokler je to primerno (skrb za bolnikovo ugodje).

Vnos hrane in pijače je v tej fazi bolezni močno okrnjen, ker odpovedujejo centri za žejo, lakoto in sitost. Svojci pogosto prav prek hranjenja izražajo svoja čustva naklonjenosti. Komunikacijo med bolnikom in njimi je treba spodbujati, če je možna, vendar je treba svojcem povedati, naj bolnika ne hranijo na silo. Raje naj ga povprašajo, ali potrebuje hrano ali pijačo in naj ustrezajo njegovi želji. Nedvoumnih podatkov o ustreznosti nadomeščanja hrane in tekočin žal ni, saj so raziskave v tej fazi bolezni etično problematične. Pa vendar obstaja dovolj podatkov, ki nedvoumno kažejo, da nadomeščanje tekočin in hrane umirajočemu bolniku ne koristi. Če bolniku prepustimo, da sam odloča o hranjenju, bo omejil vnos hrane. Kar 97 % bolnikov ne čuti lakote. Izkušnje o odtegnitvi tekočin pri dializnih bolnikih pa ne opravičujejo stihijskega nadomeščanja tekočin. Dehidracija, uremija, hiperosmolarni sindrom in presnovne spremembe ob stradanju povzročijo povečano nastajanje endorfinov v možganih, ki na bolnika delujejo blagodejno.

Umetno hranjenje in hidracija imata lahko hude in neprijetne zaplete (tabela 6). Pri umirajočem umetno hranjenje nima nobenega pomena (2). Stališče paliativne oskrbe je, da je nadomeščanje hrane in tekočine pri umirajočem, ki tega ni zahteval, neetično.

Poseben problem pri oskrbi umirajočega predstavlja obravnava delirija, saj je to stanje eno od največkrat spregledanih. Delirij je nevropsihiatrični sindrom, za katerega so značilni:

- zmanjšana stopnja zavesti, nesposobnost usmerjanja, vzdrževanja ali spremembe pozornosti,
- motnje v zaznavanju in mišljenju.

Značilno je spreminjanje klinične slike. Ločimo tri tipe delirija: hiperaktivni, hipoaktivni in mešani tip.

Tabela 6. Zapleti umetnega hranjenja.

Zapleti parenteralnega hranjenja	Zapleti enteralnega hranjenja	Oboje
hidrotoraks pnevmotoraks sepsa vnetje vbdnega mesta venska tromboza	vznemirjenost epistaksa, nekroza nosnega hrustanca aspiracijska pljučnica zapora dihalnih poti vnetje nazofarinksa in/ ali požiralnika striktura požiralnika zapora črevesja napihjenost želodca slabost, bruhanje, driska	hiperglikemija, hiperkalcemija hipofosfatemija, hipomagnesemija aketotični hiperosmolarni sindrom steatoza jeter, steatohepatitis intrahepatična holestaza, holelitiaza akalkulozni holecistitis, žolčni drobir

Navadno prepoznamo le najredkejšega, tj. hiperaktivni tip. Vedno se vprašajmo, kaj se je spremenilo v zadnjih 48 do 72 urah pred spremembo. So bila uvedena kakšna nova zdravila? Večina zdravil, ki jih uporabljamo pri paliativnem zdravljenju, lahko sproži delirij. Včasih je razlog zelo preprost, npr. zastoj urina ali hipoglikemija (tabela 7). Pogosto ga zamenjamo za bolečino (stokanje). Vedno skušamo najti in odpraviti reverzibilne vzroke. Preiskave prilagodimo bolnikovemu stanju. Zdravimo ga z zdravili, v pomoč so nam tudi nefarmakološki ukrepi (tabela 8) (8). Nikoli ne uporabimo ovirnic!

Tabela 7. Vzroki delirija.

KATEGORIJA	GLAVNI VZROK
odpoved organa zdravila – psihoaktivna – druga	srce, ledvice, jetra, pljuča benzodiazepini, antiholinergiki kortikosteroidi, opiodi, citostatiki, H2- antagonisti, nekateri antibiotiki
intrakranialni procesi okužbe presnovne motnje	zasevki, krvavitve sečila, dihala, drugo dehidracija, hipoksija, hiperkalcemija, hipoglikemija
odtegnitev drugo	alkohol, benzodiazepini, nikotin hipovitaminoze (B12, tiamin, niacin), pireksija, zastoj urina

Izjemno pomembna je tudi komunikacija s svojci, saj bolnika najbolje poznajo in bodo prvi opazili majhne spremembe v zavesti in obnašanju (hipoaktivni delirij). Olajšajo nam oceno hitrosti nastanka simptomov (hitro, v zadnjih 24 urah). Svojce moramo pravočasno pripraviti na veliko verjetnost za nastanek delirija. Poučimo jih o posebnosti komunikacije z nezavestnim (kot da vse sliši).

Uporaba zdravil pri oskrbi ob koncu življenja

Izbira ustreznih zdravil je sestavni del oskrbe ob koncu življenja. Podatki iz literature kažejo, da 78 % ljudi, starejših od 65 let, jemlje zdravila, kar 90 % pa jih uporablja pripravke, ki se izdajajo brez recepta. 31 % ljudi, starejših od 65 let, jemlje več kot 1 zdravilo, kar 39 % pa jih jemlje 5 ali več zdravil (5). Približno 60 % bolnikov z rakom je starejših od 65 let.

Tabela 8. Zdravljenje delirija.

NEFARMAKOLOŠKI UKREPI	PRIMER
orientacija	ure, koledarji, namen sprejema v bolnico, seznanitev z osebjem in ukrepi
hidracija	spodbujanje pitja
mobilizacija	protokoli za zgodnjo mobilizacijo
informacija	seznanitev bolnika in svojcev z naravo in zdravljenjem delirija
spanje	spalna higiena (topli napitki pred spanjem, masaža, sprostitvene tehnike)
okolje	stabilno okolje (soba, osebje), domačnost bolniške sobe
zaznava	slušni aparat, očala

FARMAKOLOŠKI UKREPI	
antipsihotiki	1. linija: haloperidol (Haldol®) 0,5–2 mg 2- do 3-krat na dan
	2. linija: olanzepin (Zyprexa Velotab®) 2,5–5 mg 1-krat na dan risperidon (Risperdal®, Torendo Q Tab®) 0,5 mg 2-krat na dan
kombinirano zdravljenje	haloperidol in lorazepam (Lorsilan®) 0,5–2 mg 3-krat na dan

Rezultati metaanalize kažejo, da bolniki z rakom, ki so starejši od 70 let, povprečno jemljejo po 9 zdravil. Ne pozabimo, da je praktično nemogoče napovedati interakcije med zdravili, če se jemljejo več kot tri hkrati. Če vse to prenesemo še v organizem, kjer sta močno okvarjena razgradnja in izločanje zdravil, postane zdravljenje z zdravili zelo zapleteno in nevarno.

Brez škode za bolnika lahko opustimo zdravila, ki prinašajo izboljšanje šele po dolgotrajnem zdravljenju ali pri katerih bi se zapleti zaradi odtegnitve pojavili šele čez dalj časa in jih bolnik ne bo doživel. Pri pričakovanem preživetju 30 dni zato običajno ukinemo:

- bifosfonate,
- zdravila za osteoporozo,
- hipolipemike,
- antiaritmike,
- antihipertenzive,
- antibiotike,
- antidepressive,
- vitamine,
- heparin,
- hormone (eritropoetin).

Pri tem vedno opazujemo bolnika. Če se pojavijo zapleti zaradi ukinitve zdravil, jih znova uvedemo, če je to smiselno (npr. glavobol zaradi zvišanega krvnega tlaka, pekoče mikcije zaradi vnetja mehurja).

Vsak bolnik mora imeti vnaprej predpisana obvezna (ključna) zdravila:

- analgetike (zdravljenje bolečine in dispneje),
- antiemetike (zdravljenje slabosti, bruhanja),
- sedative, anksiolitike (zdravljenje prestrašenosti, delirija),
- antiholinergike (preprečevanje hropenja),
- antipiretike (proti zvišani telesni temperaturi).

Druga zdravila predpišemo glede na simptome. Pri bolnikih z neobvladljivimi simptomi je primerna paliativna sedacija.

Oskrba po bolnikovi smrti

Oskrba ob koncu življenja se ne konča z bolnikovo smrtjo. V oskrbo po bolnikovi smrti spadajo ugotovitev smrti, oskrba umrlega, obveščanje o smrti, urejanje potrebne dokumentacije, podpora žalujočim, ravnanje z osebnimi predmeti. Sledenje svojcem in potrebo po duhovni podpori prilagodimo vsakemu primeru.

Preverimo, ali je prišlo do odklonov od klinične poti. Pretehtamo morebitne spremembe. Ocenimo potrebo po dodatnem izobraževanju osebja. Pozorni smo na znake izgorevanja, osebju nudimo supervizijo.

Sklep

Helsniška deklaracija človekovih pravic nas opozarja na naslednje pravice umirajočih:

- pravica, da mi razložijo proces umiranja,
- pravica, da umrem,
- pravica, da umrem mirno in dostojanstveno,
- pravica, da ne umrem prestrašen in osamljen.

Oskrba ob koncu življenja predstavlja eno od najtežjih področij v medicini. Spoštuje življenje, ga ne skrajšuje in ne podaljšuje. Upoštevatni skuša vse potrebe umirajočega bolnika in njegovih svojcev. Pri tem uporablja drugačna načela kot druge veje medicine. Pravilna ocena preživetja, prepoznavanje umiranja in pravočasen začetek oskrbe so ključnega pomena za uspešno oskrbo ob koncu življenja. Obravnava simptomov je podobna kot v zgodnejšem obdobju paliativne oskrbe.

Največji del oskrbe predstavlja zdravstvena nega, zdravljenje z zdravili zajema le manjši del. Zagotoviti želimo občutek varnosti, bližine, topline. Večina bolnikov želi končati svojo življenjsko pot doma, med ljubljenimi osebami. Izdatna strokovna podpora zdravnika in patronažne sestre, ustrezna duhovna podpora bolniku in svojcem ter učinkovita koordinacija so predpogoj za uspešno izpolnitev te želje. Oskrbo na domu izboljšujejo tudi mobilne enote.

Klinična pot umirajočega je seštevek vseh teh načel, zato ima njena uporaba številne prednosti.

Izgorevanje osebja pa preprečujeta stalno izobraževanje in supervizija.

Literatura

1. Kao S. et al. Use of chemotherapy at end of life in oncology patients. *Ann Oncol.* 2009 Sep; 20 (9): 1555–9.
2. Bozzetti F. Total parenteral nutrition in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2007 Dec; 1 (4): 281–6.
3. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Fourth Edition. Oxford university press, 2010.
4. Temel JS et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J med.* 2010 Aug 19; 363 (8): 733–42.
5. Tam-McDevitt J. Polypharmacy, Aging and Cancer. *Oncology (Williston Park).* 2008 Aug; 22 (9): 1052–5.

6. Plonk M. W. Terminal Care: The Last Weeks of Life. *J Palliat Med.* 2005 Oct; 8 (5): 1042–54.
7. Winter SM. Terminal Nutrition: Framing the Debate for the Withdrawal of Nutritional Support in Terminally Ill Patients. *Am J Med.* 2000 Dec 15; 109 (9): 723–6.
8. Michaud L. et al. Taking care of the terminally ill cancer patient: delirium as a symptom of terminal disease. *Ann Oncol.* 2004; 15 Suppl 4: iv199–203.
9. Červek J., Zakotnik B. Paliativna (blažilna) oskrba in obvladovanje najpogostejših simptomov. Srdjan Novaković et al. *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka: 202–209.* Mladinska knjiga 2009.
10. Červek J. Bolnik ob koncu življenja V: 22. onkološki vikend: Zbornik Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja. Str. 5–14. Portorož, 12. in 13. junij 2009.
11. Stone P. C., Lund S. Predicting prognosis in patients with advanced cancer. *Ann Oncol.* 2007 Jun; 18 (6): 971–6.