

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**URGENTNA STANJA V PALIATIVNI OSKRBI  
DIPLOMSKA NALOGA**

Študentka: KATARINA BUH

Mentorica: DOROTEJA REBEC, viš. pred.

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

**Izola, 2019**

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Doroteji Rebec, viš. pred., za vse nasvete, usmerjanje in pomoč pri pisanju diplomske naloge.

Največja zahvala pa gre mojemu možu za vso spodbudo in vero vame, da mi uspe, najinemu sinu, ki je bil zelo priden in potrpežljiv, in otroku, ki je še na poti.

Zahvala gre tudi tašči, njeni mami in celotni moževi družini, da so me spodbujali, potrpežljivo stali ob strani in pazili na sinčka. Še posebej se zahvaljujem moževi in svoji sestri za vso pomoč.

Prav tako pa se zahvaljujem tudi moji družini, mami in očetu, stari mami, sestri in bratu, da so me spodbujali in mi pomagali pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi najboljšima prijateljicama za vso podporo.

## IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana *Katarina Buh* izjavljam, da:

- je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah, Uradni list RS št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

Soglašam z objavo diplomske naloge v Repozitoriju UP.

V Izoli, dne 27.8.2019

Podpis študentke:

*Katarina Buh*

## KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

<b>Naslov</b>	Urgentna stanja v paliativni oskrbi
<b>Tip dela</b>	diplomska naloga
<b>Avtor</b>	BUH, Katarina
<b>Sekundarni avtorji</b>	REBEC, Doroteja (mentorica) / KARNJUŠ, Igor (recenzent)
<b>Institucija</b>	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
<b>Naslov inst.</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Leto</b>	2019
<b>Strani</b>	VI, 27 str., 2 pregl., 1 sl., 0 pril., 77 vir
<b>Ključne besede</b>	paliativna oskrba, urgentna stanja, odrasli, paliativna zdravstvena nega
<b>UDK</b>	616-036.8-083
<b>Jezik besedila</b>	slv
<b>Jezik povzetkov</b>	slv/eng
<b>Izvleček</b>	Namen diplomske naloge je bil s pomočjo pregleda literature spoznati področje urgentnih stanj v paliativni oskrbi z vidika zdravljenja in zdravstvene nege. Članki, analizirani v pregledu literature, so pokazali, da se v paliativni oskrbi obravnava predvsem sledeča urgentna stanja: bolečina, dihalna stiska, delirij, hiperkalcemija, patološki zlom kosti, epileptični status, kompresija hrbtenjače, sindrom zgornje vene cave in masivna krvavitev. Pri vseh urgentnih stanjih je pomembno zgodnje prepoznavanje, pravilno ukrepanje, saj s tem lahko preprečimo hudo poslabšanje stanja in s tem nepotrebno dodatno trpljenje pacienta zaradi slabo obvladanih simptomov. Zdravstveni delavci velikokrat izpostavljajo neznanje, negotovost ter stisko ob srečevanju s pacienti, ki trpijo zaradi razvoja urgentnega stanja v povezavi s paliativno oskrbo.

## KEY WORDS DOCUMENTATION

<b>Title</b>	Emergency Conditions in Palliative care
<b>Type</b>	Diploma work
<b>Author</b>	BUH, Katarina
<b>Secondary authors</b>	REBEC, Doroteja (supervisor) / KARNJUŠ, Igor (reviewer)
<b>Institution</b>	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
<b>address</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Year</b>	2019
<b>Pages</b>	VI, 27 p., 2 tab., 1 fig., 0 ann., 77 ref.
<b>Keywords</b>	palliative care, emergency conditions, adults, palliative nursing care
<b>UDC</b>	616-036.8-083
<b>Language</b>	slv
<b>Abstract language</b>	slv/eng
<b>Abstract</b>	The main objective of the thesis is to use literature to identify the issues of emergency situations of palliative care from the treatment and nursing point of view. The articles analyzed in the literature review showed that palliative care deals primarily with the following emergency conditions like pain, respiratory distress, delirium, hypercalcemia, pathological bone fracture, epileptic status, spinal compression, upper vein cavity syndrome, and massive bleeding. Early recognition and proper action are crucial in emergency situations as it can prevent severe worsening of the condition and thus unnecessary additional suffering for the patient due to poorly controlled symptoms. Healthcare workers often highlight a lack of knowledge, uncertainty, and distress when meeting with patients who suffer from the development of an emergency condition, which relates to palliative care.

## KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU .....	I
KEY WORDS DOCUMENTATION .....	II
KAZALO VSEBINE.....	III
KAZALO SLIK.....	IV
KAZALO PREGLEDNIC.....	V
SEZNAM KRATIC.....	VI
1 UVOD.....	1
1.1 Paliativna oskrba.....	1
1.2 Najpogostejša urgentna stanja v paliativni oskrbi .....	1
1.2.1 Bolečina.....	2
1.2.2 Dihalna stiska .....	2
1.2.3 Delirij .....	2
1.2.4 Hiperkalcemija .....	3
1.2.5 Patološki zlomi kosti .....	3
1.2.6 Epileptični status .....	4
1.2.7 Kompresija hrbtenjače.....	4
1.2.8 Sindrom zgornje vene cave .....	4
1.2.9 Masivna krvavitev .....	5
1.3 Vloga zdravstvene nege in drugih zdravstvenih delavcev.....	5
2 NAMEN, HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	7
3 METODE DELA IN MATERIALI .....	8
3.1 Metode pregleda .....	8
3.2 Rezultati pregleda .....	9
3.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov.....	9
4 REZULTATI.....	11
5 RAZPRAVA .....	16
6 ZAKLJUČEK .....	21
7 VIRI .....	22

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA.....	9
--	---

## **KAZALO PREGLEDNIC**

Preglednica 1: Seznam v končno analizo vključenih raziskav.....	11
Preglednica 2: Sinteza znanstvene in strokovne literature po kategorijah.....	13



## SEZNAM KRATIC

ARDS	<i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i> , sindrom dihalne stiske
COBISS	<i>Co-operative Online Bibliographic System and Services</i> , bibliografsko-kataložna baza podatkov
NMP	Nujna medicinska pomoč
PO	Paliativna oskrba
SVCO	<i>Superior Vena Cava Obstruction</i> , sindrom zgornje vene cave

## **1 UVOD**

Paliativna oskrba (v nadaljevanju PO) izboljšuje kakovost življenja pacientov in njihovih družin s preprečevanjem in zdravljenjem težavnih simptomov ob obravnavi psiholoških, socialnih in duhovnih vidikov oskrbe pacientov (Radwany in Gruenigen, 2012).

### **1.1 Paliativna oskrba**

Postajamo družba, ki ima čedalje več starih ljudi in posledično se soočamo z naraščanjem kroničnih bolezni. Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so prav gotovo ena od ranljivih skupin, ki jim moramo nameniti posebno celostno skrb, hkrati z njimi pa morajo biti te skrbi deležni tudi njihovi bližnji. (Peternelj, 2010a)

Izraz 'paliativen' izhaja iz latinske besede 'palliativus', kar dobesedno pomeni s plaščem ogrnjen, v prenesenem pomenu pa blažilo oz. mirilo. V medicini s tem izrazom označujemo zdravilo oz. zdravljenje, ki začasno olajša bolezen, a ne odstrani njenih vzrokov. (Pastrana, Jünger, Ostgathe, Elsner in Radbruch, 2008)

Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč pacientom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja. Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem, starostjo pacienta, njegovim prepričanjem in podobnim, temveč temelji na oceni stanja pacienta s katero koli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb pacienta in njegovih bližnjih. (Ministrstvo za zdravje, 2010)

Glavni namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih s pravočasnimi oziroma preventivnimi ukrepi za lajšanje težav: telesnih, duševnih, duhovnih in socialnih. Paliativna oskrba zagovarja življenje in spoštuje umiranje kot naravni proces; smrti ne pospešuje, vendar hkrati tudi ne zavlačuje. (Ebert Moltara, 2014)

Paliativna oskrba naj bi se začela zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se neprekinjeno izvajala skozi vsa obdobja neozdravljive bolezni (tudi med specifičnim zdravljenjem), vse do zadnje, terminalne faze bolezni, smrti in žalovanja. Obdobje umiranja mnogi razumejo kot sinonim za paliativno oskrbo, vendar paliativna oskrba zajema mnogo širše časovno obdobje. Če želimo doseči najpomembnejše cilje paliativne oskrbe, je potrebna pravočasna oziroma dovolj zgodnja priključitev paliativnih pristopov v celostno obravnavo pacienta z neozdravljivo boleznijo. (Temel idr., 2010)

### **1.2 Najpogostejša urgentna stanja v paliativni oskrbi**

Urgentna stanja v paliativni oskrbi so razmere, ki nastanejo pri pacientih s smrtno nevarnimi boleznimi in lahko povzročijo smrt ali hudo poslabšanje kakovosti življenja, če se ne zdravijo (Rosser in Walsh, 2014).

Najpogostejša urgentna stanja so neurejena bolečina, akutna dihalna stiska in delirij. Sledijo hiperkalcemija, zlom, epileptični status, kompresija hrbtenjače, sindrom zgornje vene cave in akutna krvavitev. Ukrepi in zdravljenje so odvisni od splošnega stanja pacienta, prognoze osnovne bolezni in spremljajočih obolenj, trenutnih simptomov, učinkovitosti oziroma toksičnosti zdravljenja ter od želja pacienta in svojcev. (Grad, 2001)

### 1.2.1 Bolečina

Bolečina je subjektivno občutenje, na katerega vplivajo fizični in nefizični dejavniki. Za večino pacientov je fizična bolečina le eden od številnih simptomov raka. Simptome pri občutenju bolečine se zdravi glede na fizično poškodbo, bolečinskih poti in naše čustvene obdelave teh podatkov. (Lahajnar Čavlovič, 2012)

Pri pacientih z rakom se bolečino zdravi farmakološko, s kirurškim, radioterapevtskim ali sistemskim protirakavim zdravljenjem ter z nefarmakološkimi ukrepi za lajšanje bolečine. Pri večini pacientov močno bolečino zdravimo z opioidi. Učinkovit dnevni odmerek opioida titriramo in ga predpišemo v obliki dolgo delujočega opioida, ki ga pacient zaužije ali si nalepi obliž. Prebijajočo bolečino zdravimo z odmerki kratko delujočega opioida. Za nevropatsko bolečino pacient jemlje še dodatna zdravila. (Lahajnar Čavlovič, 2012)

### 1.2.2 Dihalna stiska

Dihalna stiska oz. dispneja je simptom, ki močno vpliva na kakovost pacientov s kroničnimi boleznimi (Guirimand idr., 2015). Je kompleksen subjektivni simptom, ki poslabša kakovost življenja pacienta s kronično boleznijo (Gupta, Lis in Grutsch, 2006; Kamal, Maguire, Wheeler, Currow in Abernethy, 2011 in 2012). Dihalna stiska je pogosto povezana z drugimi simptomi, kot so anksioznost, nespečnost, utrujenost, zato jo je težje oceniti in zdraviti kot druge simptome (npr. bolečina) (Parshall idr., 2012). Je eden izmed najpogostejših vzrokov za sprejem na paliativni oddelek (Ebert Moltara, 2012). Huda dihalna stiska je lahko končni dogodek. Negovalni postopki so skrajno pomembni pri tem izjemno mučnem stanju. (Benedik idr., 2008)

Reverzibilne vzroke dihalne stiske lahko zdravimo z invazivnimi metodami (vstavitev trajne drenaže ob ponavljajočih plevralnih izlivih, bronhoskopska vstavitev stentov ob zožitvi velikih dihalnih poti), ireverzibilne vzroke ali v primeru zelo napredovale bolezni pa se ukrepa farmakološko z ustrezno simptomatsko terapijo. (Ebert Moltara, 2012) V primeru okužbe (pljučnica) pacientu predpišemo antibiotik, bronhodilatatorji zmanjšajo zaporo dihalnih poti, uporabimo tudi blažilce kašlja oz. zdravila za lažje izkašljevanje, diuretike, opioide (morfij, ki ga dajemo *per os* oz. *sub-cutano*) (Benedik idr., 2008).

### 1.2.3 Delirij

Delirij je nespecifična globalna disfunkcija centralnega živčnega sistema, povezana z zmanjšano stopnjo zavesti, pozornosti, zmožnostjo razmišljanja, zaznavanja, čustvovanja, motenim spominom in ciklusom dan–noč. Po nekaterih podatkih naj bi bilo kar 20–44 % pacientov delirantnih že ob premestitvi na paliativni oddelek, v zadnjih dneh pred smrtjo pa naj

bi bilo delirantnih več kot 85 % pacientov. (Schrijvers, 2011) Delirij delimo na hiper- in hipoaktivnega, slednjega večkrat tudi spregledamo (Ebert Moltara, 2012). Delirij je reverzibilno stanje pri večini pacientov. Kognitivne okvare se lahko pojavijo pri starejših pacientih, ki so imeli neprepoznano predhodno demenco. Pacienti, ki so v zadnjih 24–48 urah življenja, morda nikoli ne okrevaajo. (Brescia, 2007)

V fazi aktivnega delirija so običajno prisotni simptomi hipoaktivnega (somnia) delirija, pri katerem se zagotavlja le udobje, če so vzroki ireverzibilni (Benedik idr., 2008). Hiperaktivni (agitiran) delirij pa se zdravi farmakološko ali nefarmakološko. Med farmakološkimi ukrepi je na prvem mestu uporaba haloperidola, kot druga se lahko uporabljajo tudi benzodiazepini ali atipični nevroleptiki. Zdravljenje delirija je uspešno v kar 40 %, kar pomeni da lahko velikemu številu pacientov s farmakološkimi in/ali ne-farmakološkimi ukrepi bistveno izboljšamo kakovost življenja. (Ebert Moltara, 2012) Za zdravljenje težkega delirija ali stanja hiperaktivnosti aktivno umirajočega pacienta se lahko zahteva sedacija (Brescia, 2007).

#### **1.2.4 Hiperkalcemija**

Hiperkalcemija je najpogostejša življenjsko ogrožajoča metabolna motnja pri pacientih z rakom (Falk in Reid, 2006). V času bolezni ima približno 10–30 % pacientov z rakom zaplete hiperkalcemije (Stewart, 2005). Odgovorna je za povečano število hospitalizacij in je tudi pokazatelj slabe prognoze (Kuriya in Dev, 2016). Pojavijo se simptomi, kot so slabost, anoreksija, bruhanje, zaprtje, žeja, poliurija, dehidracija, zaspanost, zmedenost, koma, nevrološke motnje in srčne aritmije (Ebert Moltara, 2012).

Pri zdravljenju je bistvenega pomena hidracija z apliciranjem fiziološke raztopine zaradi ohranjanja glomerularne filtracije skozi ledvice. Intravensko se aplicirajo bisfosfonati za preprečevanje izločanja kalcija iz kosti. (Saunders, Ross, Broadley, Edmonds in Patel, 2004) Uporabljajo se tudi glukokortikoidi za hitro prehodno zmanjšanje ravni kalcija v krvi (Kuriya in Dev, 2016).

#### **1.2.5 Patološki zlomi kosti**

Patološki zlomi kosti se pri pacientih v paliativni oskrbi lahko pojavijo zaradi metastaz v kosteh, osteoporoze ali poškodbe (padci). Skoraj vsak maligni rak lahko metastazira do kosti in je lahko povezan s patološkim zlomom. Najpogostejše mesto zloma je stegnenica, vendar je ogrožena katera koli dolga kost. Pojavijo se nenadna bolečina, popolnoma spontano ali po minimalni poškodbi, oteklina, deformacija, spremenjena mobilnost oz. izguba določene funkcije in šok. (Falk in Reid, 2006) Ti dogodki močno ogrožajo kakovost življenja pacientov (Selvaggi in Scagliotti, 2005).

Paciente s patološkim zlomom kosti se lahko zdravi z zunanjo/notranjo fiksacijo, bisfosfonati ali denosumab (vendar se rezultati pokažejo šele čez nekaj mesecev) (Glare idr., 2015). Občasno se uporablja tudi obsevanje za krepitev zdravljenja in preprečevanja nadaljnega napredovanja kostnih metastaz (Falk in Reid, 2006).

### 1.2.6 Epileptični status

Epileptični status se razvije pri 10–15 % paliativnih pacientov (Ebert Moltara, 2012). Največkrat ga opazimo pri pacientih s primarnim rakom na možganih, metastatskimi lezijami v možganih, metabolnimi nepravilnostmi, okužbo centralno-živčnega sistema, sepsa in odtegnitvijo zdravil. Epileptični napadi so lahko osredotočeni ali posplošeni, vsi niso prisotni zaradi tremorja, lahko pa se pojavijo tudi pri spremenjenem duševnem stanju. Osredotočeni epileptični napadi se lahko razvijejo v splošen napad. Epileptični status je opredeljen kot samostojen napad, ki traja več kot pet minut, ali ponavljajoči se epileptični napadi v obdobju, daljšem od 30 minut, brez vmesnega okrevanja nevrološke funkcije. (Kuriya in Dev, 2016)

Simptomi epileptičnega statusa se zdravijo farmakološko, po posebnem algoritmu (Glare idr., 2015). Zdravljenje epileptičnih napadov v paliativni oskrbi je podobno kot pri ostalih pacientih. Najpogosteje se uporabljajo benzodiazepini (lorazepam, midazolam), sledi jim fenitoin, kot alternativa pa se uporablja valprojska kislina. (Knaake, Hamer in Rosenow, 2009)

### 1.2.7 Kompresija hrbtenjače

Kompresija hrbtenjače se pojavi pri 5 % pacientov z napredovano rakavo boleznijo (Falk in Reid, 2006). Neposreden etiološki vzrok za kompresijo hrbtenjače v 90 % predstavljajo metastaze v hrbtenici, v 10 % pa je vzrok vraščanje tumorske mase v hrbtenični kanal (Roš, 2009). Glavna težava v klinični praksi je neuspeh prepoznavanja (Falk in Reid, 2006). Pri kompresiji hrbtenjače se lahko pojavijo bolečina, težke noge, inkontinenca urina ali blata, parapareza ali paraliza (Kuriya in Dev, 2016). Zgodnja diagnoza je ključna, saj lahko izvajanje zdravljenja pred nevrološko poškodbo večini pacientov omogoči vzdrževanje nevroloških funkcij (Glare idr., 2015). Če se zdravljenje začne 24–48 ur po pojavu simptomov, je lahko nevrološka poškodba reverzibilna (Falk in Reid, 2006). Kadar so nevrološki simptomi prisotni več kot 48 ur, so že nastopile ireverzibilne okvare živčevja in tudi z vsemi možnimi ukrepi ni več mogoče izboljšati nevrološke simptomatike (Ebert Moltara, 2012).

Kompresijo hrbtenjače zdravimo s kirurškim posegom (operacijska dekompresija), obsevanjem, kemoterapijo ali pa farmakološko – steroidi se dajejo za zmanjšanje edema okoli hrbtenjače (Benedik idr., 2008; Falk in Reid, 2006). Učinki obsevanja na bolečino zaradi kompresije se bodo morda pokazali šele približno 10 dni po obsevanju (Benedik idr., 2008).

### 1.2.8 Sindrom zgornje vene cave

Sindrom zgornje vene cave (v nadaljevanju SVCO) je življenjsko nevarno stanje, ki ga povzroči kompresija zgornje vene cave, večje žile, ki odvaja venozno kri iz glave, vratu, rok in zgornjega dela prsnega koša (Benedik idr., 2008). Sindrom zgornje vene cave se lahko razvije zaradi pritiska iz okolice, intraluminalne tromboze ali intravaskularnega vraščanja raka. 75 % sindromov zgornje vene cave vidimo pri pacientih s pljučnim rakom, v 10 % je vzrok limfom. (Ebert Moltara, 2012) Resnost zdravljenja je odvisna od hitrosti nastopa, lokacije obstrukcije in ali je ovira delna/popolna. Omejitev obstrukcije se lahko pojavi akutno ali postopoma, simptomi pa so lahko hudi in izčrpavajoči. (Walji, Chan in Peake, 2008; Wilson, Detterbeck,

Yahalom, 2007) Prisotni so simptomi, kot so dihalna stiska, dušenje, vrtoglavica, glavobol in/ali občutek polnosti v glavi, edem vratu in obraza, motnje vida in periorbitalni edem, otekanje trupa in rok, dilatirane vene vratu, prsnega koša in rok ter cianoza (Buckley, 2008).

Zdravljenje je odvisno od vzroka, resnosti simptomov in pacientovih želja. Začne se farmakološko (steroidi – deksamethason), lahko tudi s traheotomijo, kemoterapijo, obsevanjem ali pa s perkutano vstavitvijo vaskularnega stenta. (Kuriya in Dev, 2016)

### **1.2.9 Masivna krvavitev**

Pacienti imajo lahko akutne ali neakutne težave s krvavitvami, nekateri možni vzroki so lahko peptična razjeda, okužba, ki lahko povzroči ali poslabša krvavitev, invazija raka, ki lahko povzroči arterijsko krvavitev. Krvavitev se lahko še poslabša z antikoagulacijsko terapijo, nesteroidnimi protivnetnimi zdravili ali splošnimi težavami strjevanja krvi. (Buckley, 2008) Čeprav so pogoji, ki lahko privedejo do krvavitve relativno pogosti, je masivna krvavitev kot terminalni dogodek sorazmerno redka (Prommer, 2005). Akutna krvavitev je lahko zelo travmatična za paciente, svojce in zdravstvene delavce (Kuriya in Dev, 2016).

Zdravljenje temelji na hemodinamski stabilizaciji pacienta s transfuzijami koncentriranih eritrocitov in nadomeščanjem izgubljenega volumna. V primeru motenj strjevanja krvi damo pacientu svežo zmrznjeno plazmo in ob trombocitopeniji trombocite. Glede na vzrok in izvor krvavitve se odločamo za endoskopsko hemostatično terapijo, hemostipično obsevanje, angiografsko embolizacijo ali pa samo lokalno kompresijo. (Ebert Moltara, 2012)

Pri pojavu urgentnih stanj največkrat uporabljamo farmakološke ukrepe, vendar si lahko skoraj pri vseh že prej pomagamo z nefarmakološkimi ukrepi. Najpogostejši nefarmakološki ukrepi, ki se jih poslužujemo pri zdravljenju urgentnih stanj v paliativni zdravstveni negi, so: pitje veliko tekočine, uživanje vlaknin, čim več gibanja (Thomas, 2008), omejitev kalcija, povečanje fosforja s hrano, ter povečanje oz. vzdrževanje telesne mase (Glare idr., 2015). Treba je tudi vzdrževati dejavnost za boljšo orientacijo v času in prostoru, reden ritem spanja in budnosti ter stabilno okolje (Benedik idr., 2008). Pacientom z občutkom dihalne stiske dvignemo vzglavje (Kuriya in Dev, 2016), uporabljamo sprostivne tehnike, obvladujemo bolečino s pomočjo barv, meditacije, masaže, aromaterapije, ogrevanja in hlajenja (Pogačar, 2014).

## **1.3 Vloga zdravstvene nege in drugih zdravstvenih delavcev**

Urgentna stanja nastanejo večinoma z napredovanjem bolezni, zato ima malo pacientov upanje za izboljšanje in ozdravitev. Pacientu je treba jasno razložiti možnosti in cilje zdravljenja, da razume posledice njegovega trenutnega stanja in kakršnega koli predlaganega zdravljenja. (Rosser in Walsh, 2014)

Pomembno je, da se o paliativi, načrtu paliativne oskrbe in morebitnih urgentnih stanjih in obravnavi s pacientom, njegovimi bližnjimi pogovorimo že takrat, ko je pacient še zmožen izraziti svoje mnenje, želje. Naredimo paliativni načrt in se ravnamo po njem, ko pride do stanja, ko je to potrebno. (Fisher in Fay, 2014)

Paliativna oskrba zahteva delovanje različnih strokovnjakov in je izrazito timsko delo. Ves poklicni interdisciplinarni tim lahko zagotavlja kontinuirano in koordinirano obravnavo, ki je temelj kakovostne paliativne oskrbe. Člani interdisciplinarnega tima morajo delovati povezano, imeti morajo vzpostavljeno učinkovito medsebojno komunikacijo in tudi komunikacijo s pacientom in svojci ter biti vključeni v obravnavo ves čas poteka bolezni, kolikor jih pacienti in svojci potrebujejo. (Peternelj, 2010b)

K celostni oskrbi pacientovih potreb in potreb njegovih bližnjih paliativna oskrba pristopa timsko. Sestava tima in obseg pomoči sta odvisna od potreb posameznega pacienta ter njegovih bližnjih in od stanja, ki se spreminja v času bolezni. Jedro paliativnega tima sestavljata zdravnik specialist in medicinska sestra z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe, dodatno pa se glede na potrebe vključujejo še patronažna medicinska sestra, magister farmacije, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci. Za ustrezno medsebojno sodelovanje skrbi koordinator paliativne oskrbe. Le skupno delo strokovnjakov različnih strok v paliativni oskrbi lahko zagotavlja učinkovito in celostno obravnavo potreb pacienta in njegovih bližnjih. (Corner, 2003)

V timu je najpomembnejši pacient. Izrednega pomena je dobra komunikacija med pacientom, osebjem ter svojci. Z dobro komunikacijo se ustvari okolje zaupanja, kjer pacient lahko izraža svoje težave, pričakovanja in želje. Izpostaviti velja pomembnost pacientovega dejavnega sodelovanja pri načrtovanju postopkov za čas, ko sam ne bo mogel več odločati (naredi se paliativni načrt). V okviru paliativne oskrbe imajo medicinske sestre delo s posebno občutljivimi in ranljivimi pacienti, zato lahko zdravstveno nego v tem obdobju opredelimo kot funkcijo oskrbe, ki vsebuje nekatere posebne moralne pristope, združuje dostojanstvo s posebnimi življenjskimi potrebami. (Stabell in Naden, 2006)

Zgodnje posredovanje je ključnega pomena za čim daljše ohranjanje kakovosti življenja pacienta. Zato je pomembno, da medicinske sestre prepoznajo zgodnje znake teh stanj in se povežejo s člani tima, in tako zagotovijo takojšnje zdravljenje. (Rosser in Walsh, 2014)

V zadnjih letih je opazen trend, da pacienti v paliativni oskrbi ostajajo na domu, dokler je izvedljiva ustrezna oskrba. To je povezano tudi z organizacijo in delovanjem paliativne oskrbe na terenu, družinske medicine in patronažne službe. V sistemih, kjer je svojcem in pacientom omogočen 24-urni stik s paliativnim timom, prihaja zelo redko do klicanja dežurne službe. (Wiese idr., 2008) Zdravstvene ekipe nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NMP) se s paliativno oskrbo na terenu srečujejo pogosto, vendar zaradi neusposobljenosti na tem področju se pogosto počutijo negotovo. Posledično navajajo več hospitalizacij (Malačič in Ebert Moltara, 2014), čeprav si marsikateri pacient želi ostati v domačem okolju tudi v tistih zadnjih dneh/tednih.

## **2 NAMEN, HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Diplomsko delo temelji na pregledu slovenske in tuje (angleške) literature na temo urgentnih stanj v paliativni oskrbi.

Osnovni namen diplomske naloge je bil s pomočjo pregleda literature spoznati problem urgentnih stanj v paliativni oskrbi z vidika zdravljenja in zdravstvene nege. Cilj je bil preučiti in analizirati literaturo s področja urgentnih stanj v paliativni oskrbi ter ugotoviti, na kakšen način se posamezna urgentna stanja prepoznajo, obravnavajo in kakšna je pri tem vloga medicinske sestre.

V diplomski nalogi smo si zastavili sledeča raziskovalna vprašanja:

1. Katera urgentna stanja se pojavljajo v paliativni oskrbi?
2. Na kakšen način so simptomi in znaki pri posameznih urgentnih stanjih obravnavani?
3. Kateri so najpogostejše uporabljeni farmakološki in nefarmakološki ukrepi pri obravnavi urgentnih stanj?
4. Kakšna je vloga zdravstvene nege in drugih zdravstvenih delavcev pri obravnavi paliativnih pacientov?



### 3 METODE DELA IN MATERIALI

V diplomski nalogi je uporabljen integrativni pregled znanstvene in strokovne literature s področja urgentnih stanj v paliativni oskrbi in vsebinska analiza podatkov. Za integrativni pregled literature je značilno, da v analizo vključuje tako članke o eksperimentalnih in neeksperimentalnih raziskavah kot tudi preglede literature oz. teoretične članke (Conner, 2014).

#### 3.1 Metode pregleda

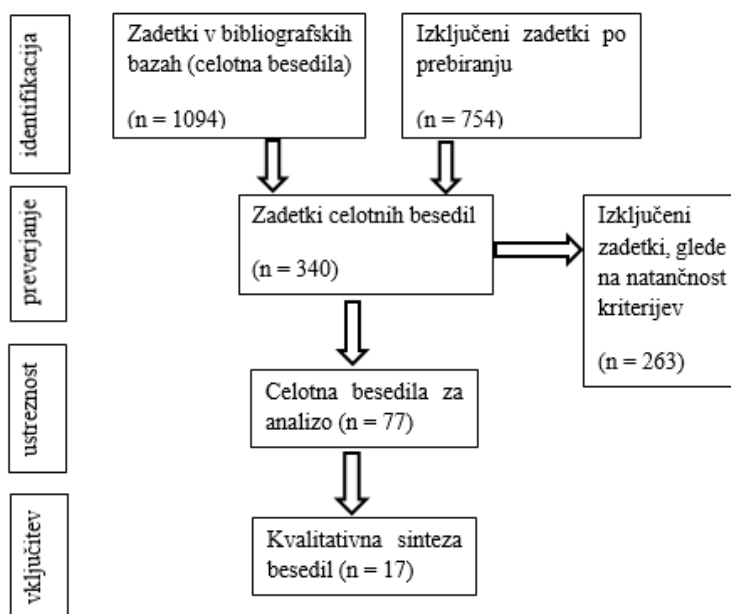
Pri iskanju literature je bilo uporabljenih več kriterijev. Prvi je bil jezikovni kriterij, pri katerem smo se omejili na vire, objavljene v slovenščini in angleščini. Drugi se je nanašal na vključevanje le tistih člankov, do katerih smo lahko dostopali v obsegu celotnih besedil. Tretji kriterij se je nanašal na časovno obdobje objav, ki smo ga v vseh primerih iskanja omejili na obdobje med letoma 2000 in 2018.

Uporabljene ključne besede, povezane z Boolovimi operaterji (AND, OR, NOT), v angleščini so bile: palliative care, medical care palliative emergencies, emergency situations, symptoms of hypercalcaemia, symptoms of spinal cord compression, symptoms of ARDS (angl. 'Acute Respiratory Distress syndrome' – v nadaljevanju ARDS), dealing with pain, delirium characteristics, treatment of emergency palliative conditions, treatment of hypercalcaemia, treatment of ARDS, treatment of pain, the role of a nurse of fracture, health care of epileptic status, the role of a nurse in acute bleeding, health care in SVCO (angl. 'Superior Vena Cava Obstruction' – v nadaljevanju SVCO). V slovenski literaturi je bilo iskanje izvedeno z naslednjimi ključnimi besedami: paliativna oskrba, zdravstvena nega urgentnih stanj, nujna stanja, simptomi hiperkalcemije, simptomi kompresije hrbtenjače, simptomi akutne dihalne stiske, zdravljenje bolečine, značilnosti delirija, zdravljenje nujnih stanj v paliativi, zdravljenje hiperkalcemije, zdravljenje akutne dihalne stiske, zdravljenje bolečine, vloga medicinske sestre pri zlomu, vloga medicinske sestre pri epileptičnemu statusu, vloga medicinske sestre pri akutni krvavitvi, vloga medicinske sestre pri sindromu zgornje vene cave.

Iskanje literature je bilo opravljeno s pomočjo slovenske vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBISS (angl. 'Co-operative Online Bibliographic System & Services' – v nadaljevanju COBISS), Google učenjak in tujih podatkovnih baz EBSCOhost (PubMed in Cinahl), Wiley online library, Cochrane library in tujih revij *British Journal of Cancer*, *Journal of Palliative Care* ter drugih elektronskih in tiskanih virov na to temo. Iskanje literature je potekalo od marca 2018 do decembra 2018. Potek iskanja in vključevanja/izključevanja člankov je opisan v diagramu PRISMA na Sliki 1 (Sak-Dankosky, Adruszkiewicz, Sherwood in Kvist, 2014). V analizo vključene vire smo razvrstili glede na hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Skela-Savič, 2009).

## 3.2 Rezultati pregleda

Specifikacija iskalnih pojmov in različne kombinacije ključnih besed z Boolovimi operaterji so podali širši nabor relevantne literature, prosto dostopne v celotnih besedilih, in sicer 1094 zadetkov v slovenščini in angleščini (Slika 1). Po naslovu in pregledu izvlečkov smo izločili članke, ki se niso skladali z namenom, cilji in izbranimi raziskovalnimi vprašanji. S tem prvim omejevanjem smo število virov zmanjšali na 340 enot.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

Izločitveni kriterij drugega koraka, tj. nizka vsebinska povezanost z raziskavo, je število zadetkov omejila na 77, katerih besedila smo nameravali uporabiti za namen pisanja diplomskega dela. Vendar smo po natančnem branju število iz 77 enot zmanjšali na 17 enot. V tem tretjem koraku so bili izključeni še vsi zadetki, ki izbranim kriterijem niso ustrezali v celoti – izključili smo vse zadetke, ki niso obravnavali odraslih nad 18 let; izključili smo tiste, ki se niso nanašali na obravnavo v bolnišnici ali preko ambulantnega zdravljenja. Na koncu je bilo v vsebinsko analizo in sintezo vključenih 17 člankov. Natančen pregled izbire in vključevanja virov v vsebinsko analizo in sintezo na temo urgentnih stanj v paliativni oskrbi je prikazan na Sliki 1.

## 3.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Uporabljeni pristop je ponudil strokovne, izvirne in pregledne znanstvene članke. Kriterije za izbor smo uporabili glede na dostopnost, znanstvenost, vsebinsko ustreznost in aktualnost članka. V sintezo so bili uvrščeni izvirni in pregledni znanstveni članki, v katerih poročajo o raziskavah s področja urgentnih stanj v paliativni oskrbi, kot tudi strokovni članki, v katerih avtorji obravnavajo urgentna stanja v deskriptivnem smislu. V končni izbor za analizo vključenih člankov so bili obdelani po kvalitativnem principu, pri čemer smo najprej vse članke

še enkrat pregledali po naslovih, nato natančno prebrali izvlečke, rezultate in diskusijo. Pri vsakem članku nas je zanimal namen (kaj so hoteli ugotoviti), vzorec oz. enote proučevanja (kdo je sodeloval v raziskavi) in raziskovalna metoda (kako, kje je potekala raziskava) ter glavne ugotovitve raziskave (kaj so v članku ugotovili). Pri strokovnih člankih smo se osredotočili na glavne vsebinske poudarke iz strokovne vsebine članka.

## 4 REZULTATI

V Preglednici 1 je prikazan natančen končni seznam člankov, vključenih v kvalitativno vsebinsko analizo. Vsebuje 17 člankov, ki smo jih po hierarhiji iskanja dokazov razvrstili v sledeče skupine: kvantitativne raziskave (n = 1), kvantitativne (klinične) raziskave (n = 2), kvantitativne (klinične) retrospektivne ter kohortno/deskriptivne raziskave (n = 2), kvantitativne (klinične) randomizirane raziskave (n = 1), kvalitativne raziskave (n = 1), kvalitativne raziskave s sistematičnim pregledom literature (n = 1), strokovni članki (n = 7) in pregledni članki (n = 2).

**Preglednica 1: Seznam v končno analizo vključenih raziskav**

Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Bobb (2016)	Strokovni članek	Predstaviti dihalno stisko in delirij in ukrepanje ob pojavu na primeru pacienta	Študija primera (prikaz enega primera)	Dihalna stiska in delirij sta pogosti urgentni stanji, ki jih zdravimo predvsem farmakološko.
Body, Louviaux in Dumon (2000)	Kvantitativna (klinična) raziskava	Proučiti vpliv bisfosfonatov pri večkratni hiperkalcemiji pri pacientih z rakom	29 opazovanih pacientov z rakom, zdravljeni z bisfosfonati zaradi hiperkalcemije, hospitalizirani v bolnišnici; Bruselj, Belgija	Učinkovitost bisfosfonatov se pri vsakem naslednjem pojavu hiperkalcemije zmanjša, zato je prognoza preživetja ob vsakem naslednjem pojavu hiperkalcemije slabša.
Breitbart in Alici (2012)	Pregledni članek	Primerjati raziskave o obravnavi delirija	Metasinteza člankov	Pri obravnavi pacienta z delirijem imajo prednost farmakološki ukrepi pred nefarmakološkimi, zato ker je potrebno pacientu najprej nuditi stabilno osnovno zdravstveno stanje (orientiran, miren ...).
Bruckenthal (2010)	Pregledni članek	Ugotoviti prisotnost bolečine pri starejših in ali je ustrezno zdravljena	Metasinteza člankov	Bolečina je pogosto prisotna. Pri starejših pacientih se jo težje obvladuje zaradi prisotnosti polifarmacije in kognitivnih motenj.
Bruera idr. (2009)	Kvantitativna (klinična) raziskava	Ugotoviti odstotek pacientov, ki doživljajo stisko med pojavnostjo delirija	99 opazovanih in anketiranih pacientov, starih nad 18 let z napredovalim rakom; Teksas, ZDA	Stiska ob pojavu delirija je bila prisotna pri 59 pacientih (81 %). Pacienti so poročali o epizodi delirija, kot da so bili v blatu.
Cervantes in Chirivella (2004)	Strokovni članek	Opisati urgentna stanja v PO in zdravljenje	Metasinteza člankov	Pri vseh urgentnih stanjih je potrebno hitro prepoznavanje in ukrepanje, da lajšamo simptome pred smrtjo ali preprečimo hudo poslabšanje stanja.
Diniz Pereira, Barbosa in Anjos Dixe (v tisku)	Kvantitativna (klinična) retrospektivna deskriptivna raziskava	Opisati vsebino skrbi zdravstvenega osebja, zaposlenega na oddelku za PO	83 pacientov, starih nad 18 let, hospitaliziranih na oddelku za paliativno nego in so tam umrli v manj kot 1 tednu po sprejemu, analiza zdravstvene dokumentacije pacienta; Portugalska	Intervencije zdravstvene nege so vključevale predvsem celostno obravnavo (osnovna zdravstvena nega, lajšanje bolečin ...) in čim manj nujnih invazivnih medicinsko-tehničnih posegov (odvzemov krvi, dodajanje tekočine ...).

*Se nadaljuje*

Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Drudge-Coates in Rajbabu (2008)	Strokovni članek	Opisati diagnosticiranje in obravnavo kompresije hrbtenjače	Metasinteza člankov	Ugotavljamo, da ima kompresija hrbtenjače, ki je posledica stiskanja hrbtenjače oz. vraščanja raka v vretenca, posledice, kot so bolečina, nevrološki izpadi in <i>cauda equina</i> .
Ebert Moltara (2012)	Strokovni članek	Predstaviti najpogostejša urgentna stanja ter ukrepanje ob njihovem pojavu	Metasinteza člankov	Pomembna je kakovost življenja pacienta in šele nato podaljševanje življenja.
Fisher in Fay (2014)	Strokovni članek	Predstaviti najpogostejša urgentna stanja in njihovo obravnavo z namenom preprečiti nenadno katastrofalno poslabšanje stanja pacienta ter potencialno neprijeten potek umiranja	Metasinteza člankov	Pomembno je, da znamo prepoznati urgentna stanja ter kako ob njihovem pojavu reagirati.
Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch in Booth (2010)	Kvantitativna (klinična) randomizirana raziskava	Ugotoviti, ali ročni ventilator zmanjša občutek dihalne stiske pri pacientih in s tem izboljša pristope v PO	50 naključno izbranih pacientov, ki so 5 minut uporabljali ventilator, nato pa so s pomočjo VAS analogne skale ocenili dihalno stisko; Velika Britanija	Pacienti imajo manjši občutek dihalne stiske z uporabo ventilatorja.
Grad (2001)	Strokovni članek	Predstaviti ukrepanje ob pojavu epileptičnega statusa	Metasinteza člankov	Ob pojavu epileptičnega statusa se pojavijo tonično-klonični krči, ki trajajo približno 30 minut, najučinkovitejša terapija je uporaba benzodiazepinov.
Malačič in Ebert Moltara (2014)	Strokovni članek	Opisati srečevanje nujne medicinske pomoči NMP s PO na terenu	Metasinteza člankov	3–10% intervencij ekip NMP ima paliativno medicinsko ozadje. Na terenu se največkrat srečujejo z dihalno stisko in bolečino.
Mallik, Mallik, Macabulos in Dorigo (2015)	Kvantitativna (klinična) retrospektivna kohortna raziskava	Ugotoviti reverzibilnost hiperkalcemije (simptomov in serumskega Ca <sup>++</sup> med pacienti, katerih osnovna maligna bolezen se ne zdravi z uporabo bisfosfonatov	63 odraslih pacientov z rakom in hiperkalcemijo, sprejetih v enoti za PO, analiza elektronske dokumentacije pacientov; Auburn, Avstralija	Zdravljenje hiperkalcemije z bisfosfonati priporočajo kot paliativni ukrep izbranim pacientom, saj je pri več kot polovici pacientov dosežena normokalcemija in izboljšanje simptomov hiperkalcemije.
Rowell in Gleeson (2002)	Kvalitativna raziskava	Določitev relativne učinkovitosti zdravljenja, ki se trenutno uporablja pri obvladovanju SVCO	Pregled literature (sistematični)	Ugotavljajo, da je vstavev opornice v zgornjo veno cavo v 90 % izboljšalo simptome pri SVCO, medtem ko kemoterapija in radioterapija blažita simptome v 60–70%. Učinkovitost steroidov ni znana.
Ruggieri idr. (2010)	Kvantitativna raziskava	Proučiti paciente, ki so primarno zboleli za benigno/maligno boleznijo kostnih rakov oz. kostnih metastaz	122 pacientov s patološkimi zlomi dolgih kosti, hospitaliziranih na ortopedskem oddelku onkologije, analiza pacientove dokumentacije; Bolonija, Italija	Začetno zdravljenje zlomov mora vključevati imobilizacijo, zunanjo/notranjo fiksacijo.

Se nadaljuje

Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Wiese idr. (2009)	Kvalitativna raziskava	Opisati srečevanje NMP s PO na terenu	104 intervjuvanih prehospitarnih zdravstvenih delavcev z vprašalniki iz 3 mestnih reševalnih služb; Nemčija	50 % anketiranih zdravstvenih delavcev je bilo soočenih s PO v nujnih primerih in izrazilo negotovost zaradi neznanja in neizkušenosti (zlasti na psihosocialnem področju) pri obravnavanju v teh težkih razmerah.

Legenda: \* Natančen končni seznam člankov, vključenih v kvalitativno vsebinsko analizo, namen, vzorec in glavna ugotovitve

V Preglednici 2 je opisana sinteza znanstvene in strokovne literature po kategorijah. Vsebina kategorij se nanaša na: najpogosteje omenjena urgentna stanja pri pacientih v paliativni oskrbi (i), na simptome in znake pri posameznih urgentnih stanjih (ii), na obravnavo urgentnih stanj v paliativni oskrbi (iii) in na vlogo zdravstvene nege in drugih zdravstvenih delavcev v obravnavi urgentnih stanj v paliativni oskrbi (iv).

### Preglednica 2: Sinteza znanstvene in strokovne literature po kategorijah

Kategorija	Opis	Avtorji
<b>Najpogosteje omenjena urgentna stanja v paliativni oskrbi (pojavnost, vzroki)</b>	V PO je razmeroma malo resnih urgentnih stanj (bolečina, obvladovanje večje krvavitve, obstrukcija zgornje vene cave, kompresija hrbtenjače, hiperkalcemija, zlomi kosti, delirij in dihalna stiska), vendar je poznavanje teh ključnega pomena, saj preprečuje nenadno in katastrofalno poslabšanje stanja in simptomov pacienta ter preprečuje neprijeten potek umiranja.	Fisher in Fay (2014)
	Delirij je eden najpogostejših nevropsihiatričnih zapletov pri pacientih z napredovalim rakom. Glavni vzroki za pojav delirija so zdravila (opioidi, antiholinergiki, steroidi, antidepressivi), okužba (pljučnica, okužba sečil), možganske metastaze, elektrolitsko neravnovesje (hiperkalcemija) in neravnovesje tekočin (dehidracija, preobremenitev). Izkušnje delirija so doživljali kot stisko.	Bruera idr. (2009)
	Znižanje ravni kalcija pri hiperkalcemiji je povezano z bistveno izboljšanimi simptomi in podaljšanim preživetjem, ne glede na to, ali je bila dosežena normokalcemija.	Mallik idr. (2015)
	Klinično se epileptični status praviloma kaže z generaliziranimi tonično-kloničnimi krči, parcialnimi kloničnimi krči, redkeje pa s podaljšano nezavestjo, ko moramo pomisliti na nekonvulzivni epileptični status.	Grad (2001)
	Maligna kompresija hrbtenjače je definirana kot stiskanje hrbtenjače ali cauda equina z metastatskim ali neposrednim širjenjem na vretenca, kar lahko povzroči nevrološke motnje.	Drudge-Coates in Rajbabu (2008)
	SVCO se lahko razvije zaradi pritiska iz okolice, intraluminalne tromboze ali intravaskularnega vraščanja raka. 75 % SVCO lahko vidimo pri pacientih s pljučnim rakom.	Ebert Moltara (2012)
	Masivna krvavitev se pojavi predvsem pri pacientih z rakom glave in vratu, rakom trebušne slinavke, pljučnim rakom (pri pacientih s pogostimi hemoptizami) in pacienti z glivičnimi raki.	Fisher in Fay (2014)
	Zdravstveni delavci, zaradi negotovosti v PO na terenu navajajo posledično več hospitalizacij.	Malačič in Ebert Moltara (2014)
	Dihalna stiska se kaže kot neprijeten občutek težkega dihanja. Prisotna je pri 60–70 % pacientov z napredovalim rakom.	Ebert Moltara (2012)
	Delirij se kaže kot motnja zavesti z zmanjšano sposobnostjo osredotočanja, vzdrževanja ali premikanja pozornosti, s spremembami v spoznavanju ali zaznavanju motnje, ki se pojavijo v kratkem času in nihajo tekom dneva.	Bruera idr. (2009)
Klinične simptome hiperkalcemije lahko razdelimo na kognitivne, gastrointestinalne, ledvične in skeletne. Kalcij ima neposreden toksični učinek na ledvice, kar povzroči nefrogeni diabetes, ta pa posledično vodi v dehidracijo in poškodbo ledvic. To se kaže kot poliurija, polidipsija in zaprtje, kar povzroči bolečine v trebuhu in slabost.	Mallik idr. (2015)	

*Se nadaljuje*

Kategorija	Opis	Avtorji
<b>Obravnava urgentnih stanj v paliativni oskrbi</b>	Patološki zlomi kosti so glavni klinični problem, saj povzročajo hude bolečine, zmanjšajo mobilnost in znatno poslabšajo kakovost življenja. 10–30 % pacientov z metastazami v dolgih kosteh ima lahko patološki zlom.	Ruggieri idr. (2010)
	Tonična faza epileptičnega napada traja 30–45 sekund, sledi ji klonična faza, ki traja najpogosteje do dve minuti. Pri epileptičnem statusu ni povrnitve zavesti. Pojavijo se lahko motnje dihanja zaradi zapore dihalnih poti, motnje srčnega ritma, krvavitve zaradi ugriza v jezik ali ustnice.	Grad (2001)
	Kompresija hrbtenjače se kaže v zgodnji fazi z nemočjo v nogah in nejasnimi senzoričnimi simptomi v spodnjih okončinah. Zaprtje, obotavljanje ali inkontinenca urina in blata, nevrološki znaki pa so pozni simptomi, ki imajo slabši izid bolezni.	Fisher in Fay (2014)
	SVCO se kaže z dihalno stisko, občutkom utapljanja, otekline vratu in obraza, edem rok, vrtoglavico, sinkopo, možganskim edemom, glavobolom, cianozo, nabrekli vratnimi venami in podkožnimi venskimi kolateralami na prsnem košu. Simptomi se poslabšajo z upogibanjem naprej in ležanjem.	Ebert Moltara (2012); Cervantes in Chirivella (2004)
	Akutna krvavitev se lahko pojavi na področju vratu iz velikih vratnih žil, v področju mediastinuma, področje male medenice. Do krvavitve lahko pride kadar koli in kjer koli.	Ebert Moltara (2012)
	V urgentnih stanjih je potrebno takojšnje ukrepanje, zato je cilj običajno preprečiti nenadno poslabšanje stanja pacienta, simptomov in obvladati potencialno neprijeten potek umiranja.	Fisher in Fay (2014)
	V 3–10 % intervencij ekip NMP ima paliativno medicinsko ozadje. Na terenu se največkrat srečujejo z dihalno stisko in bolečino.	Malačič in Ebert Moltara (2014)
	Nefarmakološko se bolečina obravnava z različnimi terapijami, kot so biološke terapije, vključno s prehranskimi dopolnili (glukozamin, hondroitin in vitamini); odvrnitev pozornosti od bolečine (molitev, sprostitve, meditacija, kreativne terapije, hipnoza, kognitivno-vedenjske terapije); manipulativna in telesna praksa (fizioterapija, delovna terapija, osteopatija, kiropraktične tehnike, masaža in akupunktura); energetska zdravila (terapevtski dotik, reiki in zdravilni dotik).	Bruckenthal (2010)
	Dihalna stiska se farmakološko zdravi najpogosteje s sistemskimi opioidi, nefarmakološka intervencija pa je neinvazivna mehanska ventilacija.	Galbraith idr. (2010)
	Pri obravnavi delirija imajo prednost farmakološki ukrepi pred nefarmakološkimi.	Breitbart in Alici (2012)
	Haloperidol (Haldol) in klorpromazin (Thorazine) sta najpogosteje uporabljena pri farmakološkem zdravljenju hiperaktivnega delirija. Benzodiazepini se uporabljajo kot paliativna sedacija za refraktorni delirij pri pacientih ob koncu življenja.	Bobb (2016)
	81 % pacientov je izražalo spomin na delirij kot stisko (kot bi bili v blatu). Pogostost delirija ob sprejemu v bolnišnico za akutno oskrbo ali hospic je med 28 in 48 %, poveča se v dneh/urah pred smrtjo na 85–90 %.	Bruera idr. (2009)
	Agitirani delirij je pri pacientih povezan s povečano pogostostjo konfliktov med pacienti v PO in svojci pacienta.	Bruera idr. (2009)
	36 pacientov je doseglo normokalcemijo po zdravljenju z intravenskim bisfosfonatom. S tem so se simptomi hiperkalcemije izboljšali in preživetje pacientov se je podaljšalo.	Mallik idr. (2015)
	Čeprav bisfosfonati normalizirajo serumski kalcij pri večini pacientov v prvem pojavu hiperkalcemije, se učinkovitost pri vsaki epizodi zmanjša (do 85% primerov ne prinaša nobene koristi v tretji epizodi) in čas do ponovitve se skrajša.	Body idr. (2000)
	Večina pacientov s patološkimi zlomi ima slabo prognozo preživetja, zato je cilj zdravljenja stabilizacija zloma, lajšanje bolečin, zgodnja mobilizacija in vzdrževanje funkcije okončine.	Ruggieri idr. (2010)
Pri epileptičnem statusu se priporoča uvedba benzodiazepinov (midazolam), propofola in fenitoina.	Grad (2001)	
Radioterapija in visoki odmerki kortikosteroidov so splošno zdravljenje kompresije hrbtenjače. Indikacije za kirurško obravnavo pa so naslednje: kompresija hrbtenjače je prva manifestacija malignosti, rak ni radiosenzibilen, nestabilna hrbtenica, stiskanje kot posledica ene same metastaze.	Cervantes in Chirivella (2004)	

*Se nadaljuje*

Kategorija	Opis	Avtorji
<b>Vloga zdravstvene nege in drugih zdravstvenih delavcev v obravnavi urgentnih stanj v paliativni oskrbi</b>	SVCO se največkrat zdravi z vstavljanjem stentov, saj ima višjo stopnjo lajšanja simptomov kot pa radio-/kemoterapija.	Rowell in Gleeson (2002);
	Farmakološko zdravljenje predstavljajo steroidi, kemoterapija ali obsevanje.	Ebert Moltara (2012)
	Paliativna obravnava pri masivni krvavitvi v gastrointestinalnem predelu se lahko zdravi pri slabotnih pacientih z laserskim zdravljenjem in arterijsko embolizacijo. Pri večji krvavitvi v terminalnem obdobju pacienta pa ostanemo pri pacientu, uporabimo temno obarvane brisače (za zmanjšanje vizualnega učinka krvavitve), apliciramo pomirjevalo in podpremo pacienta ter svojece.	Fisher in Fay (2014)
	Medicinske sestre, pacient in svojci naj se vnaprej odločajo o stvareh, o katerih bi težko odločali, ko se stanje pacienta poslabša. Priporočljivo je načrtovanje PO.	Fisher in Fay (2014)
	Zdravstveni delavci bi morali uporabljati protokole, ki temeljijo na merilih ali instrumentih, namenjenih ugotavljanju bližine smrti in pripraviti individualen načrt PO za vsakega pacienta. Potrebno bi bilo tudi usposabljanje o PO in posebnostih na oddelku za nujno pomoč.	Diniz Pereira idr. (v tisku)
	Medicinske sestre so pacienta obravnavale celostno (opazovale so stanje zavesti, vitalne funkcije, nudile pomoč pri osebni higieni in pri nujnih medicinsko-tehničnih posegih).	Diniz Pereira idr. (v tisku)
	40–50 % zdravnikov in reševalcev se ne počuti dovolj pripravljene zaradi pomanjkljivega izobraževanja za delo s pacienti v PO, posebej na področju psihosocialnih tem.	Malačič in Ebert Moltara (2014); Wiese idr. (2009)
50 % zdravstvenih delavcev je izrazilo negotovost zaradi neznanja in neizkušenosti pri obravnavanju teh težkih situacij v PO.	Wiese idr. (2009)	
Pri zdravstvenem osebju na terenu so potrebna izobraževanja o PO, da bo pacientom in svojcem, ki se s tem srečujejo, zagotovljena kakovostna oskrba, usmerjena v pacienta. 75 % anketiranega zdravstvenega osebja na terenu je poročalo o zanimanju za nadaljnje usposabljanje na področju PO, zlasti na področju psihosocialnih vprašanj.	Wiese idr. (2009)	

Legenda: \* Opis sinteze znanstvene in strokovne literature po kategorijah

Iz pregleda literature je razvidno, da je v paliativni oskrbi relativno malo urgentnih stanj, tista, ki se pojavijo, pa so za pacienta zelo neprijetna in mučna. V literaturi najpogosteje zasledimo sledeča urgentna stanja: bolečina, dihalna stiska, delirij, hiperkalcemija, patološki zlomi kosti, epileptični status, kompresija hrbtenjače, sindrom zgornje vene cave in masivna krvavitev. Pri vsakem urgentnem stanju se pojavijo določeni simptomi in znaki, kot so poliurija, zaprtje, močna bolečina, krvavitev, dispneja ... Urgentna stanja obravnavamo s pomočjo zdravil, obsevanja, kemoterapije, operacije, pomagamo pa si tudi z nefarmakološkimi ukrepi. Kot zdravstveni delavci smo dolžni prepoznati urgentna stanja in pravilno ukrepati ob njihovem pojavu. Zavedati se moramo, da neukrepanje lahko zelo poslabša stanje pacienta, ki je že tako bolan oz. lahko pride do trajnega poslabšanja zdravstvenega stanja oz. smrti. Naloga zdravstvenih delavcev je ozaveščati paciente in svojece o paliativni oskrbi in tudi nas samih.



## 5 RAZPRAVA

S pomočjo pregleda literature smo proučili problem urgentnih stanj v paliativni oskrbi z vidika zdravljenja in zdravstvene nege. Ugotavljamo, da je veliko tuje literature s področja urgentnih stanj, vendar v slovenskem prostoru je o paliativni oskrbi napisanega zelo malo. S pomočjo analize izbrane literature s področja urgentnih stanj v paliativni oskrbi smo posamezna stanja predstavili, predstavili smo način obravnave ter kakšne posledice imajo lahko urgentna stanja za pacienta, če jih ne obravnavamo pravilno.

Zdravljenje urgentnih stanj v paliativni medicini je pomembno, ker predstavlja sestavni del dobre celostne paliativne oskrbe pacienta, katere glavni cilj je izboljšanje kakovosti življenja. V prvi vrsti je pomembno prepoznavanje urgentnih stanj v paliativni medicini, ki mu sledi odločanje s pomočjo osnovnega algoritma odločanja ter v dogovoru s pacientom in svoji pravočasno in pravilno ukrepanje (Ebert Moltara, 2012).

Quest, Marco in Derse (2009) uvrščajo paliativna urgentna stanja v štiri kategorije. Prvo kategorijo predstavljajo urgentna stanja, neodvisna od osnovne bolezni pri že znanem pacientu v paliativni oskrbi (npr. akutni koronarni sindrom, cerebrovaskularni dogodek, politravma ...). Drugo kategorijo predstavljajo urgentna stanja zaradi novo nastalih simptomov in znakov, ki so povezani z osnovno boleznijo (npr. pljučna embolija, parapareza, epileptični napad ...). Tretjo kategorijo predstavljajo urgentna stanja, nastala kot posledica terapije (npr. srčno popuščanje zaradi kemoterapije, povečana nagnjenost k okužbam zaradi nevtropenije po kemoterapiji ...). Četrto kategorijo predstavljajo urgentna stanja, povezana s poslabšanjem že od prej znanih simptomov, ki so vzročno povezani z osnovnim obolenjem (npr. akutna dihalna stiska, prebijajoča bolečina ...).

Rak se pogosto diagnosticira v pozni fazi, bolezen pa se je lahko nadaljevala z zdravljenjem proti raku. Pacienti se lahko odločijo za začetek ali nadaljevanje zdravljenja proti raku pri možnih neželenih učinkih. Običajna oskrba pomeni, da se vsem pacientom ponudi paliativna oskrba do konca življenja. Vendar pa lahko pacienti prejmejo paliativno oskrbo prej. Ta pristop imenujemo zgodnja paliativna oskrba, začne se ob diagnozi napredovalega raka, ki znatno izboljša kakovost življenja v primerjavi z običajno obravnavo raka (Haun idr., 2017).

Urgentna stanja v paliativni medicini so stanja, ki pacientu z neozdravljivo, napredovano boleznijo zmanjšajo kakovost življenja ali izrazito skrajšujejo predvideno preživetje. Najpogostejša urgentna stanja v paliativni medicini, ki jih navaja Ebert Moltara (2012), so neurejena bolečina, sledijo akutna dihalna stiska, delirij, hiperkalcemija, zlomi, epileptični napadi, kompresija hrbtenjače, sindrom zgornje vene cave in akutna krvavitev.

Rosser in Walsh (2014) ugotavljata, da pacienti, ki so vključeni v paliativno oskrbo, največkrat doživljajo kronično bolečino. Kronična bolečina se največkrat pojavi zaradi pritiska raka, zaradi invazivnega zdravljenja bolezni. V študiji Mercadante idr. (2014) ugotavljajo, da intenzivnost bolečine, zabeležena v času sprejema, vpliva na učinkovitost analgetične terapije, ki jo pacient prejme. Akutna dihalna stiska je osebna izkušnja, ki zahteva objektivno oceno respiracije

(Benedik idr., 2008). Guirimand idr. (2015) navajajo, da je dihalna stiska simptom, ki močno vpliva na kakovost življenja pacientov s kroničnimi boleznimi. Dihalno stisko so pogosteje opazili pri pacientih z rakom kakor pri ostalih pacientih. Pljučne metastaze so povečale tveganje za dihalno stisko. Delirij je pogosta motnja pri pacientih v paliativni oskrbi, za katerega je značilna motnja zavesti, spremembe v zaznavanju ali razvoj zaznavne motnje, ki se pojavi v kratkem času in se nagiba k nihanju tekom dneva. Ustrezno ravnanje z delirijem je ključnega pomena, ker ima delirij negativne učinke na kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev (Breitbart, Gibson in Tremblay, 2002; Milisen, Steeman in Foreman, 2004). Breitbart in Alici (2012) ugotavljata, da je delirij pogost simptom ob koncu življenja, saj se pojavi pri kar 85 % umirajočih pacientov. Znan je tudi kot terminalni delirij, ki se pojavi kot ireverzibilno stanje, zaradi sepse ali odpovedi organov v zadnjih urah življenja. Pettifer in Grant (2013) ugotavljata, da se hiperkalcemija najpogosteje pojavlja pri multiplemu mielomu in raku dojke, pogosta pa je tudi pri skvamoznih celicah glave in vratu, pljuč, ledvic in maternice. Veliko manj pogosta je pri raku prostate, drobnoceličnem pljučnem raku ter rakah želodca in črevesja. Patološki zlom kosti je najpogostejši pri raku dojke, pljuč, prostate in mielomu. Simptomi pri patološkem zlomu kosti vključujejo nenadno povečanje bolečine, oteklino ali deformacijo, spremenjeno mobilnost ali neko drugo izgubo funkcije, šok, spremenjen duševni status (Falk in Reid, 2006). Zlom dolgih kosti pri starejših se lahko pojavi tudi samo z zmedenostjo (Fisher in Fay, 2014). Patološki zlom vretenc lahko privede tudi do kompresije hrbtenjače (Glare idr., 2015). Glare s sodelavci (2015) je epileptični status opredelil kot neprekinjeni generalizirani tonično-klonični napadi, ki trajajo več kot pet minut in so brez popolnega okrevanja med napadi. Nekonzvulzivni epileptični status je težje diagnosticirati, zaznamuje ga stupor, zmedenost in spremenjena zavest. Nezdravljen povzroča več metabolnih motenj, ki lahko povzročijo trajno poškodbo možganov. Ostali zdravstveni zapleti, ki se lahko pojavijo poleg epileptičnega statusa, vključujejo aspiracijo, hipotenzijo, srčno aritmijo, rabdomiolizo, ledvično/jetrno odpoved in intrakranialno hipertenzijo. Takojšnje zdravljenje z ustreznimi odmerki zdravil je ključno, saj nenadzorovan epileptični status postane odporen in zelo težko nadzorovan. Kompresija hrbtenjače prizadene 5 % pacientov z rakom, pri čemer se 70 % kompresij pojavi v prsni regiji (Simon, Everitt, Dorp in Burkes, 2014). Najpogosteje se pojavi pri pacientih z rakom pljuč, dojke, prostate, ščitnice, ledvic in pri pacientih s plazmocitomom (Roš, 2009). Na spletni strani Acute Med (2013) navajajo vzroke kompresije hrbtenjače, kot so malignost (metastatsko širjenje), poškodba, podaljšan disk, osteoartritis, revmatoidni artritis in ortopedske bolezni (spondiloza, kifoza). Večina obstrukcij zgornje vene cave (SVCO) je posledica pljučnega raka (3 % pacientov s pljučnim rakom ima sindrom zgornje vene cave) (Simon idr., 2014). Benigni vzroki sindroma zgornje vene cave pa so centralni venski katetri in srčne naprave (Warner in Uberoi, 2013). Masivna krvavitev v terminalni fazi se pojavi pri približno 6–10 % pacientov. Jasno je, da lahko postane zelo stresen dogodek (Yennurajalingam in Bruera, 2006). Krvavitev je pogosta pri raku glave in vratu (40-odstotna smrtnost), pljučni rak (hemoptiza 20 %, smrtnost 3 %), vaskularni raki (melanom), gastrointestinalni (želodčni, rektalni) raki s kronično krvavitvijo, ki so lahko občasno obsežne, hematološke malignosti (povezane s trombocitopenijo). Pri pacientih, pri katerih obstaja tveganje za hemoragične dogodke, je treba razmisliti o zaustavitvi antikoagulantov (Glare idr. 2015).

Vse prepogosto imajo pacienti bolečine, ki niso pravilno zdravljene. Bolečina, ki se ne zdravi, lahko povzroči poslabšanje pacientovega zdravstvenega stanja, zmanjša kakovost življenja, zmanjša se tudi zadovoljstvo pacienta, zvišajo pa se tudi stroški zdravstvenega varstva. Pacienti z nezdravljeno bolečino imajo daljše in večkratne hospitalizacije ter pogostejše ambulantne obiske (Comley in DeMeyer, 2001; de Rond, de Wit in van Dam, 2001; Lynch, 2001). V študiji Steindal, Schou-Bredal, Wergeland-Sorbye in Lerdal (2011) ugotavljajo, da se pojavnost bolečine v zadnjih treh dneh življenja bistveno poveča. Morfij je najpogosteje uporabljen analgetik za vse paciente v paliativni oskrbi. Opiate se najpogosteje uporablja *trans-dermalno* ali *per os*. Haywood s sodelavci (2015) v pregledu literature ugotavlja, da je bilo v nekaterih raziskavah pri pacientih z rakom znatno zmanjšanje bolečin ob uporabi kortikosteroidov, čeprav le za kratek čas. To bi bilo lahko pomembno za paciente, ki imajo predvideno kratko prognozo preživetja. Dihhalno stisko je treba ustrezno obravnavati. Pacienti morajo nadaljevati z uživanjem predpisanih zdravil. Zdravljenje vključuje bronhodilatatorje, diuretike in opioide (morfij) (Rosser in Walsh, 2014). Delirij se zdravi s haloperidolom in benzodiazepini (midazolam, lorazepam) (Brescia, 2007). Pri hiperkalciemiji osnovni ukrep, ki ga navaja Ebert Moltara (2012), predstavlja hidracija s fiziološko raztopino (vsaj 2000 ml). Ko je pacient dobro hidriran, zdravljenje nadaljujemo z bisfosfonati. Odgovor na zdravljenje z bisfosfonati lahko pričakujemo v dveh do štirih dneh, 60–90 % pacientom se kalcij normalizira med četrtem in sedmim dnevom. Normokalciemija traja en do tri tedne, zato je zdravljenje z bisfosfonati treba ponavljati. Omejiti je treba tudi vnos kalcija s hrano in pijačo ter spremljati vrednosti fosforja. Glare s sodelavci (2015) navaja, da se lahko paciente s patološkim zlomom kosti zdravi z zunanjo/notranjo fiksacijo, bisfosfonati ali denosumab (vendar se rezultati pokažejo šele čez nekaj mesecev). Pri pacientih z zelo slabo prognozo preživetja (nekaj dni) lahko apliciramo regionalno anestezijo z neprekinjenim blokom vključenih živcev. Na terenu pacienta z epileptičnim napadom položimo v položaj za nezavestnega in ga ustrezno zavarujemo. Napadi so praviloma kratki. V primeru razvoja epileptičnega statusa tak pacient sodi v bolnišnico (Ebert Moltara, 2012). Za zdravljenje epileptičnega statusa se uporabljajo benzodiazepini (lorazepam, midazolam), fentoini in valprojska kislina (Kuriya in Dev, 2016). Ebert Moltara (2012) v članku navaja, kako pomembna je zgodnja pravilna diagnostika, saj se le 2–6 % pacientov, paraplegičnih pred pričetkom zdravljenja, to tudi popravi, 80–100 % tistih, ki pa so bili pred zdravljenjem pokretni, taki tudi ostanejo. V študiji George, Jeba, Ramkumar, Chacko in Tharyan (2015) ugotavljajo, da ima dekompresivna operacija z radioterapijo pri pacientih z metastatsko kompresijo hrbtenjače boljše rezultate kot laminektomija z radioterapijo. Prognoza preživetja se je podaljšala pri osebah, mlajših od 65 let za več kot šest mesecev. Pri pacientih s pljučnim rakom z obsevanjem v 60 % dosežemo izboljšanje simptomov. Pri kemosenzitivnih rakih (npr. limfomih, drobnoceličnem raku pljuč, germinalnih rakih) glavni del zdravljenja predstavlja ustrezna kemoterapija (Ebert Moltara, 2012). Falk in Reid (2006) navajata, da v primeru, kadar imajo pacienti močno napredovalo bolezen in kadar so možnosti specifičnega zdravljenja izčrpane, pride v ospredje simptomatsko zdravljenje. Kortikosteroidi zmanjšujejo edem pri raku, blažijo pa tudi občutek dihalne stiske. Opiate običajno doziramo v majhnih odmerkih večkrat dnevno (npr. morfij). Občutek tesnobe in utapljanja, ki je lahko prisoten pri pacientih s sindromom zgornje vene cave, se lahko dodatno blaži z benzodiazepini (npr. lorazepam). Če sindroma zgornje vene cave ne zdravimo, bo napredovalo, tako da bo

povzročilo spremenjeno duševno stanje, vključno s stuporjem, komo, epileptičnimi napadi in na koncu s smrtjo (Watson, 2006). Možnosti zdravljenja masivne krvavitve vključujejo endoskopijo za hemoptizo in hematemezo, radioterapijo, interventne radiološke tromboembolitične tehnike. Farmakološko lahko pacientu apliciramo opioide in benzodiazepine (Glare idr., 2015). Pri obravnavi urgentnih stanj si pomagamo tudi z nefarmakološkimi ukrepi. Pacientu dvignemo vzglavje, spodbujamo telesno dejavnost, skrbimo za ustno higieno ter redno odvajanje, prezračimo prostor večkrat dnevno, poskrbimo za mirno okolje, uporabljamo tehnike sproščanja (dihalne vaje) ali masažo (Benedik idr., 2008). Pomembna je varnost pacienta (preprečevanje padcev, samomora, impulzivnega vedenja (Brescia, 2007). Poškodbo in padeč pacienta preprečimo z umikom pacienta v varno okolje (Glare idr., 2015). Priporočljiva je uporaba temno obarvanih brisač in temne posteljnine (Buckley, 2008). Zelo pomembna je komunikacija z okolico in svojci ter soodločanje pri vsakodnevnih dejavnostih (Ebert Moltara, 2012). Paliativna oskrba se osredotoča na spodbujanje udobja, razbremenitev bolečin in zagotavljanje družinske podpore (Bobb, 2010).

Namen vsakega medicinskega ukrepanja ni le uspešno spopadanje z življenjem in smrtjo, temveč tudi spoštovanje želja ljudi in človeškega življenja (Wiese idr., 2009). Paliativna oskrba pacientom omogoča, da zadnji del svojega življenja preživijo doma (Ensink, Bautz in Hanekop, 2001). Želja pacienta, da ostane do smrti v bolnišnici običajno izhaja iz strahu, neznanja in slabih izkušenj. Marsikdaj pa so ravno ti pacienti najbolj srečni, ko jim z dodatnimi oblikami pomoči in podpore omogočimo bivanje v domačem okolju (Ebert Moltara, 2014). Z napredovanjem bolezni se akutni simptomi povečajo tako po pojavnosti kot po resnosti. Zdravstveni delavci opozarjajo, da poslabšanje zdravstvenega stanja vodi v večkratne hospitalizacije, kljub temu da si pacient tega ne želi (Evans, Cutson, Steinhauser in Tulskey, 2006; Wiese idr., 2007). Pomembna je dobra komunikacija med pacientom, zdravniki, zdravstvenim osebjem, da se zagotovi ustrezna obravnava nujnih primerov (Glare idr., 2015). Preiskave in zdravljenje je treba usmeriti na posameznega pacienta. Obstajajo razmere, ko agresivno obvladovanje bolezenskega stanja ni več v interesu pacienta. Ko se to zgodi, postane udobje glavni cilj zdravljenja (Agarwala, Singer in Kunnumpurath, 2013). Upoštevati bi bilo treba multidisciplinarni pristop k obravnavi zdravljenja (Kuriya in Dev, 2016). Vidiki paliativne zdravstvene nege so vedno najpomembnejši. Ključno je zgodnje prepoznavanje in obvladovanje simptomov, vzgajanje pacienta in svojcev o teh simptomih in o tem, kaj poročati, ter zagotovitev, da bodo simptomi, če se pojavijo, nadzorovani (Bobb, 2010). Medicinske sestre morajo prepoznati simptome in znake urgentnih stanj, sposobne morajo biti hitrega in pravilnega ukrepanja ter hitre komunikacije z zdravnikom, da pacientu ohranijo kakovost življenja in dobro počutje (Rosser in Walsh, 2014). Paliativna urgentna stanja so z veliko verjetnostjo povezana z napredovanjem bolezni, ki nam omogoča predvidevanje nastanka določenih urgentnih stanj vnaprej in priprava nanje. V tem je bistvena razlika med urgentnimi stanji v paliativni oskrbi in ostalimi urgentnimi stanji (Wiese, Ittner in Graf, 2011). Fisher in Fay (2014) navajata, da se je o paliativi, oskrbi in morebitnih urgentnih stanjih s pacientom in njegovimi svojci potrebno pogovoriti in v zvezi s tem narediti paliativni načrt. Najboljša možna oskrba pacientov v paliativni oskrbi bo možna le z dobrim sodelovanjem med vsemi vpletenimi

na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva, zdravstvenimi sodelavci in usposobljenimi nepoklicnimi izvajalci (Malačič in Ebert Moltara, 2014).

Ugotavljam, da je pomembno poznavanje urgentnih stanj v paliativni oskrbi, saj če različna stanja dobro poznamo, lahko pacientu izboljšamo kakovost življenja tudi v fazi umiranja. Opažam, da je v Sloveniji o paliativni oskrbi zelo malo napisano, večina literature je v tujem jeziku, saj je v tujini paliativna oskrba drugače obravnavana.

## 6 ZAKLJUČEK

Po pregledu literature ugotavljamo, da je paliativna oskrba pomembna pri obravnavi neozdravljivo bolnega pacienta. Naša naloga je, da znamo opazovati pacienta in prepoznati najpogostejša urgentna stanja, ki lahko pacientu zelo poslabšajo samo zdravstveno stanje oz. povzročijo celo smrt. Vedeti moramo, kako ukrepati, ob tem pa upoštevati avtonomijo pacienta. Pomembno je, da poznamo zdravila, ki jih najpogosteje uporabljamo za lajšanje simptomov ob koncu življenja, ter kako lahko najhitreje pomagamo, če zdravil nimamo pri sebi. Mislim, da so zdravstveni delavci pogosto postavljeni v vlogo, ko ne vejo, kaj narediti, saj pacienta ne poznajo dovolj dobro, niti ne vedo, kakšne želje ima.

Zelo je pomembno, da naredimo načrt paliativne oskrbe skupaj z zdravstvenim osebjem, svojci in pacientom. Najbolje je, da pripravimo načrt še v času, ko je pacient v takšnem zdravstvenem stanju, da razume nas in svoje zdravstveno stanje ter lahko izrazi svoje mnenje in želje ob koncu življenja. Načrt paliativne oskrbe zelo olajša delo zdravstvenim delavcem ter svojcem.

Mislim, da se kot medicinska sestra s takimi pacienti dokaj pogosto srečujem. Pri delu bi mi pomagala izobraževanja na področju paliativne oskrbe. Mislim, da bi že v času šolanja morali imeti več izobraževanj o paliativni oskrbi ter obvezno praktično usposabljanje na enem od oddelkov, kjer se vsakodnevno srečujemo s paliativno oskrbo.

## 7 VIRI

- Acute med (2013). *Spinal cord compression*. Pridobljeno 20.11.2018 s <http://www.acutemed.co.uk/diseases/Spinal+Cord+Compression>
- Agarwala, R., Singer, B. in Kunnumpurath, S. (2013). Palliative care in critical care unit. V N. Vadivelu, A. D. Kaye in J. M. Berger (ur.), *Essentials of palliative care* (str. 417–436). New York: Springer.
- Benedik, J., Červek, J., Červ, B., Gugič Kevo, J., Mavrič, Z., Serša, G. in Zakotnik, B. (2008). *Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi*. Ljubljana: Onkološki inštitut.
- Bobb, B. (2016). Dyspnea and delirium at the end of life. *Clinical journal of oncology nursing*, 20(3), 244–246. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.244-246>
- Bobb, B. T. (2010). Urgent syndromes at the end of life. V B. R. Ferrel in N. Coyle (ur.), *Oxford textbook of palliative nursing* (str. 501–523). Oxford: University Press.
- Body, J. J., Louviaux, I. in Dumon, J. C. (2000). Decreased efficacy of bisphosphonates for recurrences of tumour-induced hypercalcaemia. *Support care cancer*, 8(5), 398–404.
- Breitbart, W. in Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 30(11), 1206–1214. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.8784>
- Breitbart, W., Gibson, C. in Tremblay, A. (2002). The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43(3), 183–194.
- Brescia, J. F. (2007). Depression, anxiety and delirium. V L. L. Emanuel in S. L. Librach (ur.), *Palliative care: core skills and clinical competencies* (str. 133–147). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Bruckenthal, P. (2010). Integrating nonpharmacologic and alternative strategies into a comprehensive management approach for older adults with pain. *Pain management nursing*, 11(2), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.03.004>
- Bruera, E., Bush, S. H., Willey, J., Paraskevopoulos, T., Li, Z., Palmer, L., ... Elsayem, A. (2009). Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115, 2004–2012. <https://doi.org/10.1002/cncr.24215>
- Buckley, J. (2008). Palliative emergencies. V J. Buckley (ur.), *Palliative care: An integrated approach* (str. 282–287). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Cervantes, A. in Chirivella, I. (2004). Oncological emergencies. *Annals of oncology*, 15(4), 299–306. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdh943>
- Comley, A. L. in DeMeyer, E. (2001). Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *Journal of pain and symptom management*, 21(1), 27–40.

- Conner, B. T. (2014). Demystifying literature reviews. *American nurse today*, 9(1), 13–14.
- Corner, J. (2003). The multidisciplinary team-fact or fiction. *European journal of palliative care*, 10(2), 10–13.
- de Rond, M., de Wit, R. in van Dam, F. (2001). The implementation of a pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice: results of a follow-up study in five hospitals. *Journal of advanced nursing*, 35(4), 590–598.
- Diniz Pereira, M. E., Barbosa, A. in Anjos Dixe, M. (v tisku). Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service. *Scandinavian journal of caring sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12551>
- Drudge-Coates, L. in Rajbabu, K. (2008). Diagnosis and management of malignant spinal cord compression: part 1. *International journal of palliative nursing*, 14(3), 110–116.
- Ebert Moltara, M. (2014). Paliativna oskrba. *Onkologija*, 18(1), 53–55.
- Ebert Moltara, M. (2012). Urgentna stanja v paliativni medicini. V B. Jezeršek Novakovič (ur.), 2. Šola za paliativno oskrbo, *ABC paliativne oskrbe pri bolnikih z rakom: zbornik prispevkov, Maribor, 23.-24. marec 2012* (str. 53–61). Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo.
- Ensink, F. B., Bautz, M. T. in Hanekop, G. G. (2001). Improvement of palliative outpatient treatment of terminally ill cancer patients – Support as example – The ethically preferable alternative to euthanasia. *Anaesthesiol intensivmed notfallmed schmerzther*, 36, 530–537.
- Evans, W. G., Cutson, T. M., Steinhauser, K. E. in Tulsky, J. A. (2006). Is there no place like home? Caregivers recall reasons for and experience upon transfer from home hospice into inpatient facilities. *Palliative medicine*, 9, 100–110.
- Falk, S. in Reid, C. (2006). Emergencies. V M. Fallon in G. Hanks (ur.), *ABC of palliative care*, (2nd ed.) (str. 40–43). Malden: Blackwell Publishing.
- Fisher, R. in Fay, J. (2014). Primary care management of palliative care emergencies. V B. R. Ferrell in N. Coyle (ur.), *Oxford textbook of palliative nursing*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1177/1755738014545898>
- Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A. in Booth, S. (2010). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *Journal of pain and symptom management*, 39(5), 831–838. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.024>
- George, R., Jeba, J., Ramkumar, G., Chacko, A. G. in Tharyan, P. (2015). Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults. *Cochrane library*, 9, 1–69. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006716.pub3>
- Glare, P., Griffo, Y., Alickaj A. in Egan, B. (2015). Palliative care emergencies in hospitalized patients. V S. Pantilat, W. Anderson, M. Gonzales in E. Widera (ur.), *Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach* (str. 171–194). New Jersey: Wiley Blackwell.



- Grad, A. (2001). Zdravljenje epileptičnega statusa pri odraslih. *Onkologija*, 5(1), 19–20.
- Guirimand, F., Sahut d'izarn, M., Laporte, L., Francillard, M., Richard, J. F. in Aegerter, P. (2015). Sequential occurrence of dyspnea at the end of life in palliative care, according to the underlying cancer. *Cancer medicine*, 4(4), 532–539. <https://doi.org/10.1002/cam4.419>
- Gupta, D., Lis, C. G. in Grutsch, J. F. (2006). The relationship between dyspnea and patient satisfaction with quality of life in advanced cancer. *Support care cancer*, 15, 533–538. <https://doi.org/10.1007/s00520-006-0178-7>
- Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M. in Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane library*, 6, 1–105. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>
- Haywood, A., Good, P., Khan, S., Leupp, A., Jenkins-Marsh, S., Rickett, K. in Hardy, J. R. (2015). Corticosteroids for the management of cancer-related pain in adults. *Cochrane library*, 4, 1–41. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010756.pub2>
- Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C. in Abernethy, A. P. (2012). Dyspnea review for the palliative care professional: Treatment goals and therapeutic options. *Journal of palliative medicine*, 15(1), 106–114. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0110>
- Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C. in Abernethy, A. P. (2011). Dyspnea review for the palliative care professional: assessment, burdens and etiologies. *Journal of palliative medicine*, 14(10), 1167–1172. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0109>
- Knake, S., Hamer, H. in Rosenow, F. (2009). Status epilepticus: A critical review. *Epilepsy and behaviour*, 15, 10–14.
- Kuriya, M. in Dev, R. (2016). Emergencies in palliative care. V E. Bruera in S. Yennurajalingam (ur.), *Oxford American handbook of hospice and palliative medicine* (str. 181–191). New York: Oxford University Press.
- Lahajnar Čavlovič, S. (2012). Težko obvladljiva bolečina. V B. Jezeršek Novakovič (ur.), 2. *Šola za paliativno oskrbo, ABC paliativne oskrbe pri bolnikih z rakom: zbornik prispevkov, Maribor, 23.-24. marec 2012* (str. 9–15). Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo.
- Lynch, M. (2001). Pain as the fifth vital sign. *Journal of intravenous nursing*, 24(2), 85–94.
- Malačič, S. in Ebert Moltara, M. (2014). Nujna stanja pri pacientih v paliativni oskrbi. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), 21. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 19-21. junij 2014* (str. 134–137). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Mallik, S., Mallik, G., Macabulos, S. T. in Dorigo, A. (2015). Malignancy associated hypercalcaemia-responsiveness to IV bisphosphonates and prognosis in a palliative population. *Support care cancer*, 24(4), 1771–1777. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2962-8>

- Mercadante, S., Porzio, G., Adile, C., Aielli, F., Cortegiani, A., Caruselli, A. in Casuccio, A. (2014). Pain intensity as prognostic factor in cancer pain management. *Pain practice*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/papr.12259>
- Milisen, K., Steeman, E. in Foreman, M. D. (2004). Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer. *European journal of cancer care*, 13, 494–500.
- Ministrstvo za zdravje (2010). *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Drzavni\\_pro-gram\\_paliativne\\_oskrbe\\_190410.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Drzavni_pro-gram_paliativne_oskrbe_190410.doc)
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., ... O'Donnell, D. E. (2012). An official American thoracic society statement: update on the mechanisms, assessment and management of dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 185(4), 435–452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F. in Radbruch, L. (2008). A matter of definition-key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative medicine*, 22, 222–232.
- Peternelj, A. (2010a). Paliativna oskrba ne sme biti prezrta pravica pacientov z napredovalo kronično boleznijo. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), 162.
- Peternelj, A. (2010b). Pomen kontinuirane in koordinirane obravnave v paliativni oskrbi. V S. Kadivec (ur.), *Zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba, zbornik predavanj 8. golniški simpozij: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege, Golnik, 1. - 2. oktober 2010* (str. 118–121). Golnik: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
- Pettifer, A. in Grant, S. (2013). The management of hypercalcaemia in advanced cancer. *International journal of palliative nursing*, 19(7), 327–331.
- Pogačar, B. (2014). *Nefarmakološki načini lajšanja bolečin* (diplomaska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=64454>
- Prommer, E. (2005). Management of bleeding in the terminally ill patient. *Hematology*, 10(3), 167–175. <https://doi.org/10.1080/10245330500093237>
- Quest, T. E., Marco, C. A. in Derse, A. R. (2009). Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities. *Annals of emergency medicine*, 54(1), 94–102.
- Radwany, S. M. in Gruenigen, V. E. (2012). Palliative and end-of-life care for patients with ovarian cancer. *Clinical obstetrics and gynecology*, 55(1), 173–184.
- Rosser, M. in Walsh, H. C. (2014). Palliative care emergencies. V M. Rosser in H. C. Walsh (ur.), *Fundamentals of palliative care for student nurses* (str. 184–194). Chichester, Oxford in Hoboken: Wiley Blackwell.

- Roš, T. (2009). *Priporočila postopanja pri akutni/subakutni paraparezi (redko tetraparezi) kot posledici metastatske epiduralne kompresije hrbtenjače (MEKH), vključno s kompresijo caudae equinae*. Pridobljeno 15.9.2018 s [https://www.onko-i.si/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/Klinicna\\_pot\\_pri\\_metastatski\\_kompresiji\\_hrbtenjace.pdf](https://www.onko-i.si/fileadmin/_migrated/content_uploads/Klinicna_pot_pri_metastatski_kompresiji_hrbtenjace.pdf)
- Rowell, N. P. in Gleeson, F. V. (2002). Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus. *Cochrane library*, 14(5), 338-351. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001316>
- Ruggieri, P., Mavrogenis, A. F., Casadei, R., Errani, C., Angelini, A., Calabrò, T., ... Mercuri, M. (2010). Protocol of surgical treatment of long bone pathological fractures. *International journal of care injured*, 41, 1161-1167.
- Sak-Dankosky, N. Adruszkiewicz, P., Sherwood, R. P. in Kvist, T. (2014). Integrative review: nurses and physicians experiences and attitudes towards inpatient – witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of advanced nursing*, 70(5), 957-974. <https://doi.org/10.1111/jan.12276>
- Saunders, Y., Ross, J. R., Broadley, K. E., Edmonds, P. M. in Patel, S. (2004). Systematic review of bisphosphonates for hypercalcaemia of malignancy. *Palliative medicine*, 18(5), 418-431. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm914ra>
- Schrijvers, D. (2011). Emergencies in palliative care. *European journal of cancer*, 47(3), 359-361.
- Selvaggi, G. in Scagliotti, G. V. (2005). Management of bone metastases in cancer: a review. *Critical reviews in oncology and hematology*, 56, 365-378. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2005.03.011>
- Simon, C., Everitt, H., van Dorp, F. in Burkes, M. (2014). *Oxford handbook of general practice* (4th ed.). Oxford: University Press.
- Skela-Savič, B. (2009). Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), 209-222.
- Stabell, A. in Naden, D. (2006). Patients dignity in a rehabilitation ward: Ethical challenges for nursing staff. *Nursing ethics*, 13(3), 236-248. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne866oa>
- Steindal, S. A., Schou-Bredal, I., Wergeland-Sorbye, L. in Lerdal, A. (2011). Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25, 771-779. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00892.x>
- Stewart, A. F. (2005). Hypercalcaemia associated with cancer. *The New England journal of medicine*, 352(4), 373-379.

- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*, 363(8), 733–42.
- Thomas, J., Karver, S., Cooney, G. A., Chamberlain, B. H., Watt, C. K., Slatkin, N.E., ... Israel, R. J. (2008). Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *The New England journal of medicine*, 358(22), 2332–2343. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0707377>
- Walji, N., Chan, A. K. in Peake, D. R. (2008). Common acute oncological emergencies: diagnosis, investigation and management. *Postgraduate medical journal*, 84, 418–427. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2007.067033>
- Warner, P. in Uberoi, R. (2013). Superior vena cava stenting in the 21st century. *Postgraduate medical journal*, 89, 224–230. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131186>
- Watson, A. C. (2006). Urgent syndromes at the end of life. V B. R. Ferrell in N. Coyle (ur.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed.) (str. 443–465). Oxford: University Press.
- Wiese, C. H. R., Bartels, U. E., Ruppert, D., Marung, H., Luiz, T., Graf, B. M. in Hanekop, G. G. (2009). Short report: treatment of palliative care emergencies by prehospital emergency physicians in Germany: an interview based investigation. *Palliative medicine*, 23, 369–373. <https://doi.org/10.1177/0269216309102987>
- Wiese, C., Bartels, U., Ruppert, D., Quintel, M., Graf, B. M. in Hanekop, G. G. (2007). Treatment of oncology patients in the final stadium of disease by prehospital emergency physicians. *Anaesthetist*, 56, 133–140.
- Wiese, C. H., Ittner, K. P. in Graf, B. M. (2011). Palliative notfälle – definition, besonderheiten und therapeutischen entscheidungen. *Notarzt*, 27, 223–236.
- Wiese, C. H. R., Vossen-Wellmann, A., Morgenthal, H. C., Popov, A. F., Graf, B. M. in Hanekop, G. G. (2008). Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: retrospective interview study with bereaved relatives. *BMC Palliative care*, 7(11), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-11>
- Wilson, L. D., Detterbeck, F. C., Yahalom, J. (2007). Superior vena cava syndrome with malignant causes. *The New England journal of medicine*, 356, 1862–1869.
- Yennurajalingam, S. in Bruera, E. (2006). Haemorrhage. V E. Bruera, I. Higginson, C. Ripamonti in C. von Gunten (ur.), *Textbook of palliative medicine* (str. 808–816). London: Hodder Arnold.