

OBRAVNAVA SIMPTOMOV V OBDOBJU UMIRANJA PRI BOLNIKU

Z NAPREDOVALIM RAKOM

Avtorji:

Maja Ebert Moltara, Marjana Bernot, Suzana Crljenica, Andrej Žist

POVZETEK

Obdobje umiranja predstavlja zadnje obdobje bolnikovega življenja, ki ga časovno opredelimo kot zadnje dneve/tedne življenja. Oskrba umirajočega oziroma obdobje umiranja ni sinonim za paliativno oskrbo.

Obladovanje simptomov v temu obdobju paliativne oskrbe se lahko razlikuje od obvladovanja simptomov v zgodnejših. To je tudi glavni razlog, zakaj je tako pomembno prepozнатi začetek obdobja umiranja in temu prilagoditi ukrepe in aktivnosti. Simptomi in znaki bolnika v temu obdobju so bolj ali manj specifični: bolniki so večinoma vezani na posteljo, odvisni so od pomoči drugih, zaužijejo le manjše količine hrane in tekočin, v zadnjih dnevih praviloma pride do ugaslega refleksa požiranja, spremenjenega dihanja, lahko hropenja in centralno povzročene povisane visoke telesne temperature. Prepoznavanje je občasno lahko tudi težavno, zlasti če bolnika od prej ne poznamo. Z zgodnjo vključitvijo paliativne oskrbe v obravnavo bolnika je z vidika zdravstvenih delavcev prehod v obravnavo bolnika v zadnje obdobje bolj strokovno in prilagojeno bolnikovim potrebem in željam. Pomembno je ustrezno delovanje celotnega tima in prilagoditev ukrepanja. Glavni cilj oskrbe v temu obdobju je zagotavljanje bolnikovega udobja in dostenjstva. Prav je, da se v temu obdobju omejijo potencialno neprijetni postopki (odvzem krvi, merjeneje krvnega tlaka,...), ki nimajo več vpliva na ukrepanje. Vzdrževati in negovati pa je potrebno vse ukrepe in dejavnosti, ki omogočajo vzdrževanje čim boljše kvalitete in dostenjstva.

V temu obdobju je potrebno nameniti posebno skrb bolnikovim bližnjim, ki v temu obdobju potrebujejo dodatno in za to obdobje specifično podporo. Z ustrezno in pravočasno podporo svojcem, vplivamo na proces žalovanja in posledično tudi na njihovo nadaljnje življenje.

ABSTRACT

Recommendations: symptoms management in a dying phase of patients with advanced cancer

The dying phase represents the last of the periods in patient's life, which is defined as the last days / weeks of life. The care of the dying or the period of death is not synonymous with palliative care.

The management of symptoms during this period of palliative care may differ from the management of symptoms in earlier phase. This is also the main reason why it is so important to recognize the beginning of the dying period and to adapt measures and activities to this. The symptoms and signs of the patient during dying phase are some more or less specific: the patients are mostly bed-bound, dependent on the help of others, ingesting only small amounts of food and fluids, in the last few days there is a extinguished reflex of swallowing, altered breathing, death rattle, centrally induced elevated high temperature. Identification of a dying phase can sometimes be difficult, especially if the patient is not known before. With the early inclusion of palliative care in the treatment of patients, from the perspective of healthcare professionals, the adoption of a patient' management in the last phase is more professional and tailored to the patient's needs and wishes. Proper functioning of the entire team and tailoring action are important. The main goal of care during dying phase is to provide the patient with comfort and dignity. During this period it is appropriate to limit potentially unpleasant procedures (blood sampling, blood pressure measurement,...), which no longer affect the action. However, all measures and activities necessary to maintain the highest quality and dignity must be maintained.

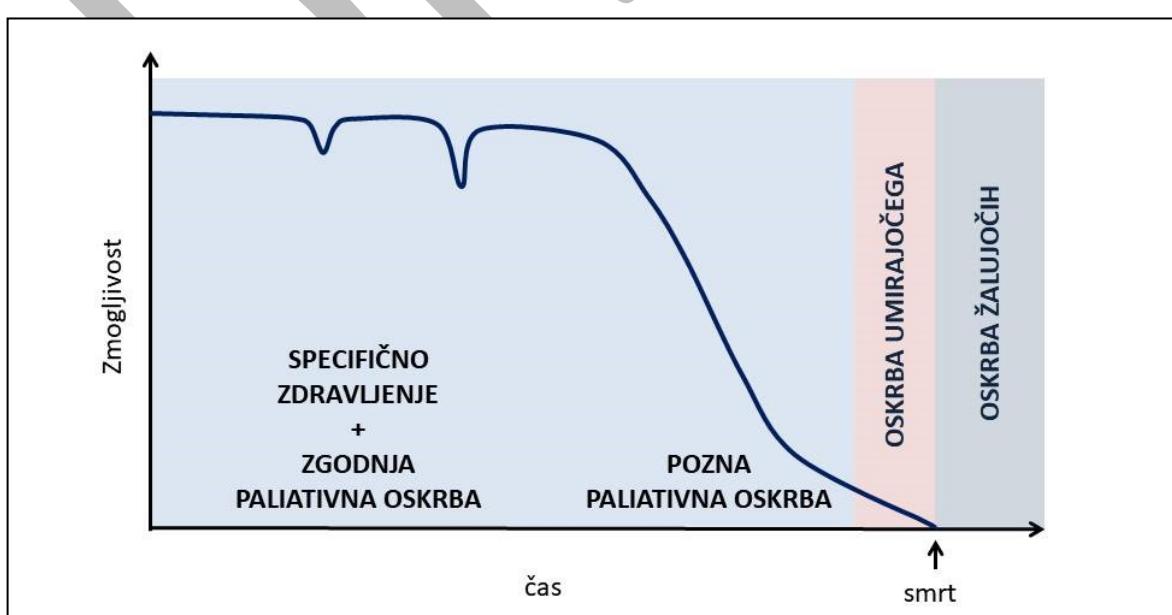
During dying phase special care should be taken for the relatives who need additional and specific support during this period. With proper and timely support for relatives, we influence the grieving process and, consequently, the subsequent lives of them.

UVOD

Oskrba umirajočega predstavlja za bolnika zadnje obdobje paliativne oskrbe in ga časovno opredelimo kot zadnje dneve/tedne življenja. Oskrba umirajočega oziroma umiranje ni sinonim za paliativno oskrbo. Obdobje oskrbe umirajočega predstavlja zadnje obdobje naravnega poteka neozdravljive bolezni. V središču oskrbe in obravnave je bolnik in njegovi najbližnji. Obravnava se mora tudi v temu obdobju izvajati celostno in neprekinjeno. Obravnava obsega tako telesne, psihološke, socialne in duhovne potrebe vseh vključenih. Obladovanje simptomov v temu obdobju paliativne oskrbe se lahko razlikuje od obvladovanja simptomov zgodnejših obdobij. To je tudi glavni razlog, zakaj je tako pomembno prepoznati začetek obdobja umiranja in prilagoditi vse postopke. Glavni cilj oskrbe v temu obdobju je zagotavljanje bolnikovega udobja in dostenjstva. Posebna skrb mora biti namenjena tudi bolnikovim bližnjim (1, 2).

ČASOVNA UMESTITEV OBDOBJA OSKRBE UMIRAOČEGA

To je obdobje paliativne oskrbe, ko je smrt blizu in jo česovno lahko opredelimo kot nekaj dni do dveh tednov (3, 4). Značilnost tega obdobja je, da v telesu potekajo fiziološki procesi umiranja (odpovedovanja funkcij ključnih organov), ki so irreverzibilne narave in vodijo v smrt. Zato nekateri sicer običajni postopki zdravljenja v paliativni oskrbi (primer: antibiotiki, izpraznilne punkcije, intenzivna uporaba odvajal,...) v temu obdobju lahko za bolnika predstavljajo večjo breme kot dobrobit.



Slika 1: Časovna opredelitev obdobja oskrbe umirajočega.

POMEN PREPOZNAVANJA OBDOBJA UMIRAJOČEGA

Prepoznavanje obdobja umirajočega je pomembno tako za bolnika, njegove najbližnje kot tudi za zdravstveno osebje zaradi ustreznega prilagajanja oskrbe (Tabela 1).

Tabela 1: Spremembe v oskrbi umirajočega.

Nivo	Prilagoditve obravnave
BOLNIK	izogibanje nepotrebnim, neprijetnim in invazivnim postopkom, ustrezeno obvladovanje simptomov umirajočega, ohranjanje kvalitete in dostojanstva življenja in dostojna smrt;
SVOJCI	dodatna podpora, prilagojena razloga in seznanjenost s stanjem, pričakovanim potekom, simptomi in ukrepanjem, priložnost za slovo;
MEDICINSKI TIM	izogibanje invazivnim diagnostičnim in terapevtskim postopkom, ustrezeno prepoznavanje in obvladovanje simptomov umirajočega; telesna, psihološka, socialna, duhovna podpora.

Bolnikove potrebe lahko v času paliativne oskrbe delimo med nujne in pomembne. Nujni najpogosteje predstavljajo močno izražene simptome, ki jih je potrebno reševati takoj. Pomembne potrebe pa so potrebe, ki jih pogosto zdravstveni delavci prezremo, saj akutno ne vplivajo na kvaliteto, so o pomembni dolgoročno in predvsem za zadnje obdobje življenja. Pomembne potrebe so zelo individualne življenjske vrednote, izkušnje in želje (Slika 2).



Slika 2: Pomembne in nujne težave bolnika.

PREPOZNAVANJE OBDOBJA OSKRBE UMIRAJOČEGA

Pri prepoznavanju obdobja oskrbe umirajočega se lahko opiramo na indekse in lestvice (mGPS, PPI, PPS...), stanje zmogljivosti, klinične znake in laboratorijske parametre ter tudi na mnenje zdravstvenih delavcev, ki oskrbujejo bolnika (3). Obdobje umiranja najlažje prepoznamo ob rednem spremeljanju bolnikovega stanja. Zato se v strokovnih krogih toliko govorji o zgodnji, koordinirani in neprekinjeni paliativni oskrbi. Zdravstveni delavec, ki bolnika ne pozna in ga vidi prvič, lahko obdobje umiranja spregleda zaradi znanih akutnih zapletov, ki se pri bolniku lahko kažejo z zelo podobnimi znaki. Zato je pred odločitvijo o najbolj ustreznem načinu zdravljenja simptoma pomembno pridobiti čim več informacij o poteku bolnikove bolezni.

*Pri prepoznavanju obdobja oskrbe umirajočega je ključnega pomena prepoznavanje potencialno **reverzibilnih stanj**, ki se lahko sicer kažejo tudi s simptomati in znaki umiranja. Med reverzibilne vzroke, ki jih je potrebno prepoznati in kadar je to smiselno v celotni sliki bolezni smiselno, tudi vzročno zdraviti, so: dehidracija, okužba, toksičnost zdravil (npr. opiatov), akutna ledvična insuficienca, odtegnitev kortikosteroidov, delirij, hiperkacemija, hipo ali hiperglikemija.*

V laboratorijskih izvidih bolnikov v zadnjem obdobju življenja pogosto opažamo levkocitoza in limfopenija, povišan CRP, nizki serumski albumini, visok serumski feritin, lahko tudi hiperkalcemija, hiponatremija in anemija.

Iz klinične prakse obstajajo ocene povprečnih preživetih ob določenih kliničnih slikah: napredovala anoreksija-kaheksija (3 meseci), metastaze v centralnem živčnem sistemu (3 meseci), maligni izlivci (8 tednov), izrazito poslabševanje dispnee, obsmrtni delirij (nekaj ur, do nekaj dni).

Simptomi in znaki obdobje oskrbe umirajočega

Pri bolnikih v obdobju oskrbe umirajočega so prisotni znaki in simptomi (Tabela XXX) kot so: večja utrujenost, nemoč, nesamostojnost, nepokretnost, izguba želje po hrani in piči, zmanjšane kognitivne sposobnosti, zmanjšanje interakcij z okolico, spremembe v dihanju, občutek »konca« (3,4, 5, 6, 8).

Tabela XXX. Simptomi in znaki pri bolniku v obdobju oskrbe umirajočega.

Bolnik
je vse bolj oslabel, spi večji del dneva,
je vezan na posteljo,
ima urinsko inkontinenco ali retenco zaradi oslabelosti,
je oliguričen,
odklanja hrano in pijačo,
težko požira,
ne zmore zapreti oči,
ima spremenjen ritem dihanja (Cheyne-Stokes dihanje, apneje),
glasno diha, hrope,
ima lisasto in mrzlo kožo zaradi slabe cirkulacije krvi, predvsem na zgornjih okončinah,
ima nižji krvni pritisk in oslabel pulz,
je dezorientiran v času, vse krajsi čas drži koncentracijo,
govori o tem, da gre domov ali kaj podobnega,
ima halucinacije, v katere so vpletene že pokojne osebe,
ima nevrološko disfunkcijo (delirij, nemir, agitacija, koma).

OSNOVNI UKREPI V OBDOBJU OSKRBE UMIRAJOČEGA

Kadar na podlagi vseh podatkov ugotovimo, da gre za pričetek obdobja oskrbe umirajočega je potrebno izdelati individualni načrt oskrbe umirajočega za vsakega posmeznega bolnika (in njegove bližnje) na podlagi znanih podtkov. Ustrezen individualen načrt se najlaže pripravi pri bolnikih, ki jih spremljamo in poznamo dalj časa, vendar je potrebno načrt pripraviti čim bolj optimalno tudi v vseh drugih primerih.

V ta namen je potrebno zato izvesti odkrit pogovor z bolnikom (kadar je to možno) in bolnikovimi bližnjimi (pogovor o obdobju umiranja), jasno dogovoriti cilje oskrbe umirjočega (želje bolnika, kraj smrti, vloga bližnjih, vloga medicinskega osebja,...), v medicinsko dokumentacijo zapisati želje bolnika (in/ali bližnjih) in skupne odločitve (»ne ožijati«, postopki ob smrti »ne obdukcije«,...), bolnikovim potrebam prilagojeno pripraviti seznam vnaprej predpisanih zdravil, predvsem pa zagotavljati podporo bolniku in bližnjim neprekinjeno in sočutno (7).

ZDRAVSTVENA OBAVNAVA UMIRAJOČEGA

Cilj oskrbe v temu obdobju je aktivna podpora v zagotavljanju mirne in dostojanstvene smrti. Spremebe pri bolniki je potrebno redno spremljati, ključne vsebine redno beležiti in ustreznoukrepati (8).

Pri bolniku, ki ni sposoben več sam komunicirati z okoljem oskrbo izvajamo s prepoznavanjem bolnikovih potreb preko obrazne mimike, grimisiranja, načinom dihanja, mišičnim tonusom, bolnikovih reakcij in tonov.

Tabela XXX. Ključna področja v zagotavljanju mirne in dostojanstvene smrti.

Področje oskrbe	navodilo
Hrana in tekočina	bolnik naj uživa hrano ter pijačo dokler in kolikor želi ozioroma zmore, da mu to ne povzroča dodatnih težav
Udobje	poskrbimo za najbolj udobno namestitev in pozicije bolnika, ustreznoprilagojeno nego kože, oči, ust, skrb za odvajanje blata in urina
Zdravila	<ul style="list-style-type: none">• prilagodimo seznam zdravil ciljem oskrbe,• dopolnimo seznam z vnaprej predpisanimi zdravili po potrebi za pogoste simptome v obdobju oskrbe umirajočega• premislimo o najbolj optimalnih poteh vnosa zdravil
Preiskave	omejimo intervencije in preiskave, ki v temu obdobju ne služijo uresničevanju ciljem oskrbe
Dodatna hidracija/prehrana	predudarno razmislimo o dobrobiti in možnih zapletih intervencij kot so parenteralna prehrana in hidracija (lahko preobremenitev telesa stekočino, več edemov, več hropenja)

Psihološka, duhovna, pravna podpora	Omogočimo dodatno podporo vsem bližnjim, prilagojeno glede na njihove potrebe. Ne ozabimo na otroke in osebe s posbnimi potrebami.
Žalovanje	Identificirajmo osebe z povečanim tveganjem za komplikirano žalovanje in jim dodatno svetuj.

Sporočanje informacij in pogovor v obdobju oskrbe umirajočega - vsebina

Ključni element pri dobri oskrbi umirajočega je komunikacija, tako z bolnikom (če je še sposoben interakcij z okolico), svojci kot tudi znotraj zdravstvenega tima. Pogovori morajo potekati mirno, prilagojen bolnikovem (bližnjim) razumevanju in sočutno. Poleg pogovora dobrobit za svojce predstavljajo kot dodatek ustnim informacijam tudi pisne informacije, ki razlagajo vzroke in ukrepe v obdobju umiranja. Bolnika in njegove bližnje je potrebno ves čas obravnavti celostno in naslavljati tako telesne, psihološke, sociane in duhovne potrebe.

Vsebina pogovorov:

- Spregovorimo o naravnih poteku obdobja umiranja (uglasnemu požiralnemu refleksu, obsmrtnemu hropenu, centralno povišani telesni temperaturi, spremembe kože, dihanje,...) in predvidenih ukrepih (npr. ob ugaslemu refleku požiranja spremenjen vnos zdravil,...)
- Spregovorimo tudi o zdravilih, ki jih bolnik v temu obdobju potrebuje in so ključnega pomena za zagotavljanje mirne in dostojuštvene smrti. Specifična onkološka terapija je v obdobju umiranja konraindicirana. Prav tako v temu obdobju bolniku ne predstavljajo dobrobiti zdravila kot so antibiotiki, antidepresivi, transfuzija, diuretiki, antihipertenzivi, insulin, kortikosteroidi, odvajala,...
- Invazivni postopki (reanimacija, ventilacija, dializa, obravnava v intenzivnih enotah, ukrepi za preprečevanje preležanin) v obdobju umirjanja niso indicirani.
- Meritve in beleženje krvnega tlaka, frekvence dihanja, nivoja krvnega sladkorja, sturacija s kisikom naj se prekinejo, ko s tem ne vplivamo več na kvaliteto življenja
- V primeru predvidene potrebe paliativni sedaciji se o temu pravočasno in odkrito pogovorimo.

O stanju bolnika je pomembno obvestiti vse službe, ki so vključene v zagotavljanja neprekinjene paliativne oskrbe (dežurno službo, urgenco).

OSKRBA SIMPTOMOV V OBDOBJU OSKRBE UMIRAOČEGA

Vnaprej predpisana zdravila

Namen v naprej predpisanih zdravil je, da so na voljo takoj, ko se pri umirajočem pojavi moteč simptom ozziroma se pojavi nezmožnost peroralnega zauživanja zdravil. Pri večini umirajočih pride v zadnjih dneh/urah življanje douglasega refleksa požiranja in zato je potrebno predvideti alternativni vnos zdravil za obvadovanje simptomov.

Zdravilo	Indikacija	vnos	
Morfin	bolečina, težko dihanje	s.c. p.o.	Odmerek je odvisen od predhodnih potreb. <u>Bolnik že na opatih:</u> dolgodelujuč morfin + po potrebi kratkodelujuč morfin (1/6 24-urnega odmerka) <u>Bolnik opiatno naiven s.c.:</u> 2,5 mg <u>Bolnik opiatno naiven p.o.:</u> 5 mg Odmerek po potrebi peroralno ponavljamo na 1 uro, subkutno na 30 min, če bolnik potrebuje več kot 3 odmerke v 4 urah ali več kot 6 odmerkov v 24 urah ponovno razmislite o vzrokih in se posvetujte.
midazolam,	nemir, strah, epileptični napadi	s.c.	2,5 mg s.c. Odmerek po potrebi ponovimo po 20 min. če bolnik potrebuje več kot 3 odmerke v 4 urah ali več kot 6 odmerkov v 24 urah ponovno razmislite o vzrokih in se posvetujte.
Larazepam	nemir, strah, epileptični napadi	s.l. s.c.	Začetni odmerki: s.l.: 0,5–5 mg do 3x dnevno s.c.: 0,5–5 mg, V akutnih razmerah ponovimo odmerek čez 30 min. če bolnik potrebuje več kot 3 odmerke v 4 urah ponovno razmislite o vzrokih in se posvetujte
haloperidol	Obsmrtni nemir, halucinacije	s.c. p.o.	Začetni odmerki: s.c.: 1,5–3 mg do 3x dnevno p.o: 1–1,5 mg do 3x dnevno (1 mg = 10 kaplj. razt. s konc. 2 mg/ml), odmerek po potrebi peroralno ponavljamo na 2 uri, subkutno na 1 uro, če bolnik potrebuje več kot 3 odmerke v 4 urah ali več kot 6 odmerkov v 24 urah ponovno razmislite o vzrokih in se posvetujte
butilskopolamin	Obsmrtno	s.c.	Začetni odmerek sc. je 20 mg

	hropenje		Odmerek po potrebi subkutano ponavljamo na 1 uro. Maks: 120 mg dnevno
paracetmol	Povišana telesna temperatura	s.c. p.o. rektalno	Začetni odmerek: 500 mg Odmerek lahko ponovimo na 4 ure. Maks: 4 g dnevno
metamizol	Povišana telesna temperatura	s.c. p.o.	Začetni odmerek: p.o.: 500 mg Ponovimo na 6 ur. Maks. 4000 mg s.c.: 1,25 g Ponovimo na 6 ur. Maks. 10 ml (5 g) dnevno)

Pogosti simptomi v oskrbi umirajočega bolnika

Bolečina:

- NSAID so lahko dobrobit pri bolnikih kostnimi bolečinami, bolečinami v sklepih, bolečinami ob vnetih in preleženinah
- Bolniki ki že imajo fentnilski obliž, ga v obdobju oskrbe uirajočega ne odstranujemo, ga pa tudi umirjočemu ne uvajamo na novo (več ur do učinka, ki je izredno individualen, umirajoč bolnik pa praviloma ni več sposoben podati ustreznih povrtnih informacij)
- Pozor pri bolnikih s ledvično in jeterno odpovedjo (kopičenje morfinov v telesu)

Težko dihanje:

- Poleg morfinskih preparatov se svetuje tudi aksiolitik, ki zmanšuje stresno komponento občutka težkega dihanja

Anksioznost, strah, obsmrtni nemir in delirij:

- So pogosti simptom pri umirajočem in jih je potrebno redno zaznavati, beležiti in zdraviti.
- Zaznamo jih lahko ob pogovoru z bolnikom, ali pa tudi s kliničnimi znaki kot so nemir, potenje, obrazna mimika.
- Potrebno je prepoznati reverzibilne vzroke kot so bolečina, zaprtje, retenca rina, občutek težkega dihanja, anksioznost.
- Ukrepi ob nemirnem bolniku so farmakološki in nefarmakološki (npr. zagotavljanje mirnega, znanega okolja)

- Pomembno je razločevati med dvema stanjema: kratkotrajnim prehodnim stresom in dolgotrajnim stresom in delirijem.
- Pri kratkotrajnem prehodnem stresu so lahko aksilotiki (midazolom, larazepam) uporabljeni po potrebi popolnoma zadovoljivi.
- Pri dolgotrajnem nemiru in deliriju pa je potrebno odmerek titrirati in ga aplicirati kontinuirano (npr. običajni odmerki preko podkožne črpalke 10-20mg).
- Če anksiolitik ne umiri bolnikovega nemira ponovno razmisli o vzokih in se posvetuj.
- Kadar gre za nemir ob deliriju, je potrebno zdraviti delirij (haloperidol).

Slabost in bruhanje:

- V obdobju oskrbe umirajočega, kadar gre za vztrajno slabost in bruhanje, se najpogosteje svetuje uporaba haloperidol.
- Zaradi bruhanja je običajno peroralni vnos neustrezen in bolnik potrebuje subkutani vnos (kot subkutan injekcija ali kot 24urna podkožna črpalka, oziroma kombinacija).
- V kolikor gre za močno izražjeno bruhanje ob zapori črevesa, včasih medikamentozna terapija ne zadošča za umiritev simptoma. V takih primerih simptom lahko olajša nasogastrična sonda, ki pa je za bolnika lahko neprijetna in stresna. Pred eventuelno vstavitvijo nazogastrične sonde se je zato potrebno z bolnikom (in svojci) temeljito in odkrito pogоворiti. Včasih je na mestu le prehodna vstavitev NGS.

Obsmrtni delirij:

- Delirij je potrebno prepoznati čim prej in iskati reverzibilne vzroke
 - Retenca urina
 - Bolečina
 - Razvade (nikotin, alkohol,...)
- Bolniki potrebujejo zdravila redno in ne samo po potrebi
- Bolniku je potrebno zagotoviti mirno, prijetno in varno okolje (9, 10, 11,12)

Obsmrtno hropenje:

- Obsmrtno hropenje je normalen fiziološki pojav v procesu umiranja. Pojavi se pri polovici umirajočih bolnikov.
- Nastaja zaradi fiziološkega izločanja tekočine v dihalih in sočacnega vedno slabše delujočega ciliranega aparata dihal pri umirajočem. Vzrok za razvoj hropenje je zato praviloma v periferih delih dihalnih poti, zato aspiracija ne pomaga in se odsvetuje (dodatno razdraži bolnika)

- Bolnik, ki je prekomerno hidriran ima večjo verjetnost za razvoj hropenja v zadnjih dnevih življenja, zato se prekomerna hidracija v zadnjih tednih/dnevih življenja odsvetuje
- Umirajočemu bolniku, ki ima dodatno hidracijo in prične hropeti, je potrebno dodatno hidracijo ukiniti.
- Hropenje lahko omilimo s spremembo položaja
- Zdravila za zmanješavnje izločanja tekočine v dihalih imajo kratko razpolovno dobo (4 ure) in jih umirajočemu v Sloveniji trenutno lahko apliciramo le s.c. Zdravila bistveno ne vplivajo na že nastale hropce, zmanjšajo le nastanek novih.
- Stranski učinek butilskopolamina so suha usta, zato je potrebna še dodatna skrb za vlaženje ust in ustrezna usna nega.
- O možnostih pojava obsmrtnega hropenja je potrebno pravočasno spregovoriti s svojci in obražložiti vzrok nastanka, vpliv na bolnika (da to za bolnika ne predstavlja trpjenja) in predvidene ukrepe (13, 14, 15, 16, 17).

Suha usta

- So eden najpogostejših simptomov pri umirajočem
- Vzrok za nastanek so lahko zdravila, ali tudi fiziološki pojav odprtih ust v obdobju umiranja
- Nega ust in vlaženje ustne sluznice se mora zato redno izvajati pri vsakemu umirajočemu.

Akutni dogodki, ki vodijo v smrt:

- Med take dogodke štejemo:
 - akutna krvavitev iz prebavil, dihal ali navzven iz tumorja
 - akutna bolečina zaradi krvavitve v tuorju, zlom, ruptura organa
 - akutna dihalna stiska ob pljučni emboliji, zastoju tekočin
- kadar se tak dogodek pričakuje je prav da se o temu odkrito pogovorimo tako z bolnikom kot svojci in se dogovori za posopke ob takem dogodku
- za tak akuten stresen dogodek se svetuje sedacija z uporabo midazlama 5mg s.c. ter nato glede na potrebo 2,5 mg do umiritve
- kadar gre za sočasno bolečino ali težko dihanje naj bolnik prejme sočasno tudi ustrezni odmerek morfina za prebijajoo bolečino

PALIATIVNA SEDACIJA

Kadar z vzročnim in simptomatskim zdravljenjem, faramkološkimi in nefarmakološkimi ukrepi, ne desežemo zadovoljive umiritve težko obvladljivih simptomov, se kot zadnja možnost lahko uporabi paliativna sedacija.

Paliativna sedacija je potencialno reverzibilen postopek, kjer z natančno nadzorovano uporabo zdravil, bolika sediramo. Najpogostejši vzroki so: huda agitacija, močno izraženo težko dihanje, huda bolečina, epileptični krči, močne nenadne krvavitve, dušenje zaradi pristiska tumorja,... (18, 19, 20, 21).

Namen paliativne sedacije je obvladovanje težkega simptoma in trpljenja ob tem. Namen paliativne sedacije ni predčasna smrt (18).

Pomembno: za sedacijo se nikoli ne uporablja opiatov, lahko pa predstavlja nujni sestavni del pri bolniku z bolečino.

POGOSTE TEME V OBDOBJU OSKRBE UMIRAJOČEGA

DODATNA HIDRACIJA IN PREHRANA

V obdobju oskrbe umirajočega (to je obdobje zadnjih tednov, dni življenja) uvajanje parenteralne prehrane in hidracije ni indicirano (22, 23, 24). Parenteralna hidracija dokazano ne učinkuje na suhost ust (25).

Bolnikom ki prejemajo paranteralo prehrano na domu že od prej, jo je potrebno v temu obdobju prilagoditi, v soglasju s specialističnim timom, ki vodi izvjanje parenteralne prehrane na domu.

Pogovor s bolnikom in s svojci glede prehrane in hidracije je lahko zelo ežaven in naporen. Zavedati se moramo, da hranjenje bolnika v naši družbi pomeni skrb zanj in izkazovanje medsebojne povezanosti. Torej je to lastnost družine, ki jo je potrebno spoštovani, razumeti in tudi podpreti. A hkrati se moramo zavedati tudi negativnih vplivov neusreznega hranjenja v obdobju oskrbe umirajočega (npr. periferni edemi, ascites, pljučni edem, več hropenja,...). V pogovoru je potrebno preusmeriti skrb iz »hrane« na skrb na ostale potrebe, ki jih bolnik ima in mu lahko svojci pomagajo (ustna nega, suha usta, bližina svojcev,...) (26,27).

ŽALOVANJE

SVOJCI

O smrti morajo biti svojci obveščeni na spoštljiv in dostenstven način. Imeti morajo tudi možnost, da se od umrlega poslovijo v okviru kulturnih in verskih običajev družine.

Prepoznati je potrebno svojce, pri katerih se lahko razvije komplikirano žalovanje, jim nuditi dodatno podporo in obravnavo (28, 29, 30).

ZDRAVSTVENO OSEBJE

Tudi zdravstveno osebje, ki je vključeno v oskrbo umrlih mora biti o bolnikovi smrti obveščeno. Osebje, ki je vključeno v proces oskrbe umirajočega, podpri bolnikovim bližnjim, sporočanja smrti, podpora žalujočim mora biti ustrezeno podprt (čas za pogovor, komunikacijo z bolnikom, svojci, člani tima, psihološka podpora, timska podpora, ustrejni ukrepi za ovbljanje stresnih situacij, čas za regeneracijo).

Timsko delo je lahko najmočnejši element pri delu z umirajočimi, zato ga je potrebno gojiti in negovati. Tudi rituali s katerimi se zdravstveni delavci poslovijo od umrlih so doakazano učinkoviti. Morajo pa biti dogovorjeni in usklajeni v timu.

Za zagotavljanje oziroma izboljšanega zdravja zdravstvenih delavcev, ki oskrbujejo umirajoče, so svetovane tematski pogovori na to temo, supervizija, timski dnevi, »tihe sobe« za refleksijo,... (31).

ZAKLJUČEK

Obdobje umiranja je pomembno obdobje paliativne oskrbe, tako za bolnika, svojce kot tudi zdravstveno osebje. Za dobro celostno paliativno oskrbo bolnika in svojcev v tem obdobju je nujno poznati bolnikove želje in vrednote ter dinamiko njegove družine. Ključna je oskrba simptomov, vendar enako pomembna tudi obravnavava vseh preostalih potreb umirajočega. To je obdobje, ko veliko podpore potrebujejo bolnikovi bližnji.

LITERATURA:

1. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):77-89.
2. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13:159–171.
3. Domeisen Benedetti, F., et al., International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life. *Support Care Cancer*, 2012.
4. Eychmüller, S., et al., "Diagnosing dying" in cancer patients - a systematic literature review. *European Journal of Palliative Care*, 2013. 20(6): p. 292-296.
5. Nauck, F., E. Klaschik, and C. Ostgathe, Symptom control during the last three days of life. *Eur J Pall Care*, 2000. 7(3): p. 81-84.
6. Kennedy, C., et al., Diagnosing dying: an integrative literature review. *BMJ Support Palliat Care*, 2014. 4(3): p. 263-270.
- 7 Lindqvist O, Tishelman C, Hagelin CL, Clark JB, Daud ML, Dickman A et al. Complexity in non-pharmacological caregiving activities at the end of life: an international qualitative study. *PLoS Med*. 2012 Feb;9(2):e1001173.
8. Hui D, dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Silva TB, Kilgore K et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist*. 2014 Jun;19(6):681-7.
9. Boettger, S. and W. Breitbart, An open trial of aripiprazole for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Palliat Support Care*, 2011. 9(4): p. 351-7.
10. Breitbart, W., et al., A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*, 1996. 153(2): p. 231-7.
11. Breitbart, W., A. Tremblay, and C. Gibson, An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics*, 2002. 43(3): p. 175-82.
12. Lin, C.J., et al., An open trial comparing haloperidol with olanzapine for the treatment of delirium in palliative and hospice center cancer patients. *Journal of Internal Medicine of Taiwan*, 2008. 19(4): p. 346-354.
13. Likar, R., et al., Efficacy of glycopyrronium bromide and scopolamine hydrobromide in patients with death rattle: a randomized controlled study. *Wien Klin Wochenschr*, 2008. 120(21-22): p. 679-83.

-
- 14 Pastrana, T., H. Reineke-Bracke, and F. Elsner, Empfehlung bei Rasselatmung. Der Schmerz, 2012. 26(5): p. 600-608.
15. Wee, B. and R. Hillier, Interventions for noisy breathing in patients near to death. Cochrane Database Syst Rev, 2008(1): p. CD005177.
16. Wildiers H, Dhaenekint C, Demeulenaere P, Clement PM, Desmet M, Van Nuffelen R et al. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. J Pain Symptom Manage. 2009 Jul;38(1):124-33.
17. Lokker ME, van Zuylen L, van der Rijt CC, van der Heide A. Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2014 Jan;47(1):105-22.
18. Cherny, N.I. and L. Radbruch, European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med, 2009. 23(7): p. 581-93.
19. Alt-Epping, B., et al., Sedation in palliative medicine: Guidelines for the use of sedation in palliative care : European Association for Palliative Care (EAPC). Schmerz, 2010. 24(4): p. 342-54.
20. Papavasiliou, E.E., S. Payne, and S. Brearley, Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study. Support Care Cancer, 2014.
- 21 Abarshi E¹, Rietjens J^{2,3}, Robijn L³, Caraceni A^{4,5}, Payne S¹, Deliens L^{3,6}, International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: a systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2017 Sep;7(3):223-229.
22. Bruera, E., et al., Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. J Clin Oncol, 2013. 31(1): p. 111-8.
23. Nakajima, N., Y. Hata, and K. Kusumoto, A clinical study on the influence of hydration volume on the signs of terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. J Palliat Med, 2013. 16(2): p. 185-9.
24. Raijmakers, N.J.H., et al., Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. Annals of Oncology, 2011. 22(7): p. 1478-86.
25. Bundesärztekammer, Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt, 2010. 107(18): p. A877-A882.

-
26. Cohen, M.Z., et al., The meaning of parenteral hydration to family caregivers and patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Symptom Manage*, 2012. 43(5): p. 855-65.
27. Del Rio, M.I., et al., Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. *Psychooncology*, 2012. 21(9): p. 913-21.
28. Guldin MB¹, Vedsted P, Zachariae R, Olesen F, Jensen AB. Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support Care Cancer*. 2012 Aug;20(8):1679-85. doi: 10.1007/s00520-011-1260-3. Epub 2011 Sep 4
29. Kacel E, Gao X, Prigerson HG. Understanding bereavement: what every oncology practitioner should know. *J Support Oncol*. 2011 Sep-Oct;9(5):172-80.
30. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Mar;47(3):531-41.
31. Müller M, Pfister D. Wie viel Tod verträgt das Team? Wandenhoeck & Ruprecht. 2012.