

PREDLOG DOKUMENTA

“Klinični opomnik za oskrbo umirajočega bolnika v bolnišničnem okolju”

Prيرهjeno po “*Order record Comfort care / End of Life; Mount Sinai Hospital Toronto, Canada*”
Ta predlog potrdili: RSK/UM, RSK/PO, SZPHO, DS za PO pri SZD

Začetno navodilo: spodnji protokol uporabimo ob utemeljeni klinični oceni, da bolnik vstopa v obdobje umiranja.

1. korak: Prepoznavna bolnika, ki umira

Bolnik je neozdravljivo bolan, ozdravitve kljub najboljši oskrbi ni več mogoče realno pričakovati, prisotni pa so simptomi in znaki značilni za proces umiranja:

- *Bolnik je oslabele, večinoma vezan na posteljo, brez moči in energije za posedanje ali vstajanje*
- *Bolnik postopno ne more več zaužiti tablet, tekočine in hrane; oteženo požiranje*
- *Bolnik ima motnje zavesti:* je zaspan, se težko prebuja, komunikacija je otežena, med pogovorom lahko zaspi ali deluje odsoten; lahko je nezavesten, vendar še vedno sliši okolico, lahko je zmeden, nemiren, ne prepozna svojcev in halucinira.
- *Telesne spremembe:* prisotne so značilne telesne spremembe, kot so spremenjena barva kože (modrikasta, lisasta), upadli obrazi, hladne in marmorirane okončine (najprej na kolenih in stopalih), lahko se pojavi cianoza, zmanjšano izločanje urina, lahko izguba nadzora nad odvajanjem vode in blata, urin temne barve (<100 ml/24 h), povišana telesna temperatura, ki je lahko del procesa umiranja in ni nujno znak okužbe (nastane ob odpovedi termoregulacijskega centra v CZS);
- *Spremenjeno dihanje:* lahko je nepravilno, plitvo, s premori, lahko se pojavi hropenje zaradi nabiranja izločkov v dihalih, najpogosteje v zadnjih 48 urah življenja. Hropenje je pogosto moteče za okolico, praviloma pa ne povzroča nelagodja bolniku.

POZOR! Če gre za akutno nastale zgoraj omenjene spremembe, preveriti revezibilnost vzrokov za nastalo stanje (hipoglikemija, na novo nastala okužba,...). Bolj kot zanašanje na specifične znake, je pomembno poznavanje bolnika in njegove bolezni skozi daljše časovno obdobje.

2. korak: Komunikacija z bolnikom in svojci

O svoji klinični oceni se pogovori z bolnikom (če je pogovorljiv) in s svojci (če bolnik to dovoli/želi). Pri pogovori o bolezni, prognozi in *načrtovanju nadaljnje obravnave* (NNO) si lahko pomagata z izhodišči:

- Začetek / **uvod** v pogovor
- Poizvedovanje / odkrivanje: **Kaj ve bolnik? Koliko bolnik želi vedeti?**
- **Deljenje informacij:** razložite stanje, prognozo, možne ukrepe
- **Odzivajte se na čustva / občutke:**
 - *Poimenujte čustvo :* Povejte pacientu, kaj vidite/opažate; „ *Videti ste razburjeni...*”
 - *Poskusite razumeti:* „ *Povejte mi, kaj mislite, čutite itd...*”, Parafrazirajte slišano: „ *Lahko si samo predstavljam...*”
 - *Izrazite spoštovanje :* „ *Navdušen sem nad vašim ...*” „ *Občudujem vaše...*”
 - *Izrazite podporo:* „ *Želim si, da bi bilo drugače* ” „ *Ves čas bom z Vami* ” „ *Želim Vam zagotoviti najboljšo možno oskrbo*”
 - *Raziščite:* „ *Povejte mi več...*”Izogibajte se: „ *Žal mi je* ”, oz. dajanju lažnega upanja.
- **Povzemanje, načrtovanje, spremljanje**
 - Ocenite razumevanje in sprejemanje situacije s strani bolnika in svojcev.

Cilj komunikacije je pridobiti **zaupanje** (bolnika in svojcev), njihovo **sodelovanje** ter jim nuditi **empatijo, podporo** ter **oblikovati načrt nadaljnje obravnave** ki bo čim bolj uspešno lajšal trpljenje in *ohranjal človeško dostojanstvo*.

3. korak: Prilagoditev obravnave

V fazi umiranja se opustijo vsi postopki, ki bolniku ne prinašajo neposredne klinične koristi ali ga po nepotrebnem obremenjujejo:

- Prenehamo z rutinskim odvzemom krvi in merjenjem vitalnih funkcij
- Prekinitev nepotrebnih infuzij in umetnega hranjenja (če to ne prispeva k udobju).
- Zagotavljanje mirnega okolja in zasebnosti.

Specifične prilagoditve:

- **bolnik:** izogibanje nepotrebnim, neprijetnim in invazivnim postopkom, ustrezno obvladovanje simptomov umirajočega, ohranjanje kvalitete in dostojanstva življenja in dostojna smrt;
- **svojci:** dodatna podpora, prilagojena razlaga in seznanjenost s stanjem, pričakovanim potekom, simptomi in ukrepanjem, priložnost za slovo;
- **zdravstveni tim:** izogibanje invazivnim diagnostičnim in terapevtskim postopkom, ustrezno prepoznavanje in obvladovanje simptomov umirajočega; telesna, psihološka, socialna, duhovna podpora.

Dodatno z prilagoditvami oskrbe naslavljamo specifične simptome v vseh štirih domenah:

- **telesni** simptomi: bolečina, težko dihanje, slabost, bruhanje, utrujenost
- **psihološki** simptom: strah, jeza, anksioznost, depresija
- **socialna** obravnava: socialna izoliranost, družinska dinamika, pomanjkanje (revščina)
- **duhovna** podpora: vprašanja o življenju/smrti, veroizpoved / *Bog*, prepričanja, upanje

4. korak: (medicinska) oskrba umirajočega bolnika

Izbrano zaporedje nujno **ne** odseva zaporedja prioritete pri posamezniku

4.1. bolniku ne koristi:

- kardio-pulmonalno oživljanje
- postopki intenzivne terapije; kot je mehansko predihavanje, vazopresorji ipd.

4.2. Za povečanje bolnikovega udobja poskusimo zagotoviti:

- miren prostor z omejenim vstopom osebja
- prisotnost svojcev, ipd.
- ukinitvev zdravil, ki bolniku ne koristijo

4.3. Subkutani pristop za aplikacijo zdravil

Vstavitev SC pristopa za dajanje zdravil; vsako zdravilo zahteva svojo vstopno mesto; kadar gre za več simptomov napredovale bolezni razmisliti o primernosti uporabe kombinacije zdravil v elastomerni črpalke (p.p. konzultacija s kliničnim farmacevtom o možni kombinaciji zdravil).

4.4. Bolečina, predpis opioida

4.4.A. Če bolnik že prejema opioide:

prekinitev VSEH predhodnih peroralnih (PO) opioidov in pretvorba aplikacije opioidov v podkožno (SC) ali intravensko (IV) obliko. Pri umirajočem transdermalne obliže praviloma ne odstranimo niti jih ne na novo uvajamo.

Parenteralni odmerek opioida naj bo tretjina (1/3) peroralnega odmerka.

Nekateri bolniki ob koncu življenja potrebujejo manjše odmerke. Če se pojavijo znaki toksičnosti (trzanje/mioklonus, močna sedacija, zmedenost), se odmerek zmanjša ali začasno ustavi; Na temp. list zapiši odmerek; (dolgodelujoči + kratkodelujoči opiat), ura, interval, pot aplikacije.

4.4.B. Če bolnik še ni prejemal opioidov (opioidno naiven):

- uvedba morфина; običajni odmerek 2–5 mg /4h SC/IV + enak odmerek p.p. za prebijajočo bolečino;

Na temp. list zapiši odmerek; (dolgodelujoči + kratkodelujoči opiat), ura, interval, pot aplikacije.

4.5. Dispneja

- kisik (izjemoma: preko nosne kanile do največ 6 L/min, če bolniku ustreza)
- morfin: SC/IV na 30 min p.p., priporočen odmerek 1-2 mg/4h;

Na temp. list zapiši odmerek; (dolgodelujoči + kratkodelujoči opiat), ura, interval, pot aplikacije.

če so ob dispneji prisotni tudi strah in tesnoba:

- midazolam 1–2 mg SC/IV na 2 uri p.p.
- lorazepam 1mg SL /6h p.p.

4.6. Delirij (stanje nemira/zmedenosti)

Ob nemiru, halucinacijah ali deliriju

- *haloperidol*: 2,5 - 5 mg SC/SL na 6-8 ur p.p. ali kont. infuzija 2,5-5mg/dan.

4.7. Vročina

Vročino znižujemo samo, če bolniku povzroča nelagodje (pogosteje >38,5°C)

- nefarmakološki ukrepi, npr. hlajenje
- *metamizol* 1,25 g SC/IV na 6 ur, p.p.; maks. dnevni odmerek PO: 4g
- *paracetamol*: 1000 mg IV na 6 ur, p.p.

4.8. Hropenje

- *butilskopolamin* 20 mg SC na 4 h p.p., takoj ko nastopijo prvi hropci
- nefarmakološki ukrepi: sprememba položaja telesa (polležeči, obračanje na bok), opustitev nepotrebnih tekočin, opustitev globoke aspiracije, razen, če je nujno potrebno (običajno je neučinkovita in zelo neprijetna za bolnika).

4.9. Anksioznost, nemir, nespečnost

ob nemiru, tesnobi ali nespečnosti:

- *lorazepam*: 1–2 mg PO/SL na 1 uro p.p.

ob hudi vznemirjenosti

- *midazolam*: 2,5 mg SC na 30 min p.p.

4.10. Parenteralne tekočine

Presoja naj bo individualna. Večinoma dodatna hidracija umirajočega ni smiselna oziroma je lahko škodljiva, ker poveča možnost hropenja, zato se svetuje zmanjšanje ali ukinitvev parenteralnih tekočin.

4.11. Izločanje urina in blata

Ocena zastoja urina in blata, meteorizma z bolečinami; ob jasni klinični indikaciji razmisli o:

- vstavitvi urinskega katetra po potrebi ob neugodju zaradi retence
- črevesna cevka
- svečka za odvajanje

Ob pojavu nemira (delirija!?) je potrebno izključiti retenco urina oz. obstipacijo kot neposredno vzrok.

4.12. Nega ust, oči in kože

- redno vlaženje ust, odstranjevanje oblog, čiščenje ustne votline z gobicami...
- vazelin za nego ustnic, p.p.
- umetne solze za nego očesne veznice, p.p.
- potreba po terapevtski blazini
- pogosto obračanje, glede na udobje
- redna menjava inkontinenčnih pripomočkov

4.13. Prehranjevanje

- hrano prilagoditi željam in stanju bolnika (pozor na motnje požiranja).
- parenteralna prehrana se praviloma odsvetuje!

4.14. Konzultacije (glede na indikacije)

koordinator paliativne oskrbe
socialna služba
klinični farmacevt
klinični psiholog
duhovnik
drugi _____

4.15. Skrb za svojce

- Pojasnilo o cilju oskrbe: primarni cilj je zagotoviti udobje in mirno okolje bolnika.
- Pojasnilo o pričakovanih spremembah: dihanja, hropenja, povišana tel. temp, bolečina, nemir..
- Zagotovimo možnost prisotnosti ob bolniku ter osnovno podporo (stol ob postelji, robčki, napitki).
- S svojci se pogovori glede obdukcije in sporočanju o smrti ter o postopkih po smrti bolnika.

*Priporočila za predpis opioidov

1. Izračunajte skupni 24-urni potrebni odmerek opioida.
2. Parenteralni odmerek (IV/SC) je trikrat močnejši od peroralnega (PO odmerek delite z 3)
3. Odmerek za prebijajočo bolečino (p.p.) naj bo enak rednemu 4-urnega odmerku, oz. 1/3 rednega dnevnega odmerka.

OPOZORILO! zaradi pešanja ledvične in jetrne funkcije razmislite o zmanjšanju odmerka morfija ali povečanega intervala med odmerki p.p.

Tabela pretvorbe opioidov (ekvianalgetični odmerki):

Zdravilo	IV/SC (parenteralno)	Peroralno
Morfin	10 mg	30 mg

*“We can not change the outcome, but we can affect the journey!”
~ Ann Richardson*