

# Oskrba umirajočega bolnika v bolnišničnem okolju

Skrajšan klinični opomnik - predlog žepnega formata

Prirejeno po „Order record – Comfort care / End of Life“, Mount Sinai Hospital Toronto ·

Potrjeno: DS za PO pri ZZS, RSK/UM, RSK/PO, SZPHO · jun. 2026

„We cannot change the outcome, but we can affect the journey.“ — Ann Richardson

## 1 · PREPOZNAVA 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:

- **Splošno stanje:** bolnik je oslabeled, večinoma vezan na posteljo, brez moči in energije za posedanje ali vstajanje.
- **Vnos:** oteženo požiranje, odklanja hrano in pijačo, ne more (ali ne želi) zaužiti zdravil, pogosto ima odprta usta.
- **Zavest:** zaspan, se težko prebuja; med pogovorom lahko zaspi, lahko je tudi nezavesten, vendar še vedno sliši okolico, v zadnjih dneh je lahko nemiren, tik pred smrtjo postane umirjen, lahko je zmeden, ne prepozna svojcev, halsucinira.
- **Telesne spremembe:** ima značilne telesne spremembe kot so spremenjena barva kože (modrikasta, lisasta), upadli obrazi, hladne in marmorirane okončine (kolena, stopala), nos, uhlji, cianoza; lahko se pojavi povišana telesna temperatura (ki ni nujno znak okužbe).
- **Izločanje:** zmanjšano izločanje urina (<100 ml/24 h), urin je temne barve, bolnik lahko izgubi nadzor nad odvajanjem vode in blata.
- **Dihanje:** nepravilno, plitvo, s pavzami; lahko se pojavi hropenje zaradi nabiranja izločkov, najpogosteje v zadnjih 48 urah življenja. Hropenje je lahko moteče za okolico, praviloma pa ne povzroča nelagodja bolniku.

**POZOR!** Če gre za akutno nastale zgoraj omenjene spremembe. Preveriti revezibilnost vzrokov za nastalo stanje (npr. hipoglikemija). Bolj kot posamezen znak je pomemben trend sprememb skozi zadnje mesece/tedne.

## 2 · KOMUNIKACIJA Z BOLNIKOM IN SVOJCI

O klinični oceni se pogovorimo z bolnikom (če je pogovor izvedljiv) in s svojci (če bolnik dovolji/želi). Izhodišča za pogovor o bolezni, prognozi in načrtu obravnave:

- **Uvod:** ustvarimo miren prostor za pogovor brez motenj, vzpostavimo zaupen odnos ter preverimo pripravljenost za pogovor.
- **Poizvedovanje:** preverimo kaj bolnik/svojci že vedo o bolezni in kako razumejo trenutno stanje.
- **Deljenje informacij:** pridobimo dovoljenje za pogovor in obseg informacij, ki jih želijo. Vsebino podajamo postopno, jasno in razumljivo. Razložimo trenutno stanje, prognozo in možne ukrepe.
- **Odziv na čustva:** prepoznamo in poimenujemo čustva („Videti ste razburjeni...“), poskusimo razumeti („Povejte mi kaj mislite/čutite...“), parafraziramo („Lahko si samo predstavljam...“), izrazimo podporo („Ves čas bomo z vami“), raziščemo („Povejte mi več...“). Izogibajmo se „Žal mi je“ in lažnemu upanju.
- **Zaključek:** povzamemo ključne informacije, preverimo razumevanje in sprejemanje situacije ter skupaj oblikujemo načrt nadaljne obravnave.

**Cilji:** zaupanje, sodelovanje, empatična podpora ter načrt obravnave usmerjen v lajšanje trpljenja in ohranjanje dostojanstva.

### 3 · PRILAGODITEV OBRAVNAVE

---

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

- opustimo rutinske odvzeme krvi in redno merjenje vitalnih funkcij,
- prekinemo nepotrebne infuzije in umetno hranjenje (kadar ne prispevajo k udobju bolnika in lahko povečajo pojav hropenja),
- zagotovimo mirno okolje, zasebnost ter prisotnost bližnjih oseb.

**Naslavljamo vse štiri domene:**

- **Telesno:** bolečina, težko dihanje, slabost, bruhanje, utrujenost.
- **Psihološko:** strah, jeza, anksioznost, depresija.
- **Socialno:** izoliranost, družinska dinamika, stiska.
- **Duhovno:** vprašanja o življenju/smrti, vera / *Bog*, prepričanja, upanje.

### 4 · MEDICINSKA OSKRBA UMIRAJOČEGA

---

*Zaporedje ukrepov ne odraža nujno prioritete pri posameznem bolniku.*

#### 4.1 Ne koristijo

- kardio-pulmonalno oživljanje; intenzivna terapija (mehansko predihavanje, vazopresorji, dializa).

#### 4.2 Povečanje udobja

- miren prostor z omejenimi vstopi osebja, prisotnost svojcev, prilagoditev zdravil, ki jih bolnik potrebuje, in na način ki jih lahko vnese v telo, brez nepotrebnih senzorjev in monitorjev.

#### 4.3 Subkutani (SC) pristop

- subkutana pot omogoča učinkovito in manj obremenjujoče lajšanje simptomov,
- kadar gre za več simptomov napredovale bolezni razmisliti o primernosti uporabe kombinacije zdravil v elastomerni črpalke.

#### 4.4 Bolečina – opioid

- **Če je bolnik že prejemal opioid:** prekini vse PO opioide → SC/IV = 3:1; transdermalnih obližev pri umirajočem praviloma ne odstranjujemo, niti ne na novo uvajamo. Ob znakih opioidne toksičnosti (mioklonus, sedacija, zmedenost) odmerek zmanjšamo ali ustavimo.
- **Če je bolnik opioidno naiven:** morfin 2–5 mg/4h SC/IV + enak odmerek p.p. za prebijajočo bolečino.

#### 4.5 Dispneja

- kisik (nosna kanila do 6 L/min, le če bolniku ustreza/koristi)
- morfin 2-5 mg/4 h SC/IV (p.p. na 30 min).
  - + če je prisoten strah/tesnoba: midazolam 1–2 mg SC/IV na 2 h p.p. ali lorazepam 1 mg SL na 6 h p.p.

#### 4.6 Delirij / nemir

- *haloperidol* 2,5 - 5 mg SC/SL na 6–8 h p.p. ali kont. infuzija 2,5–5 mg/dan + p.p.

#### 4.7 Vročina (zbijamo le ob nelagodju, pogosteje ob >38,5 °C)

- nefarmakološko (hlajenje);
- *metamizol* 1,25 g SC/IV na 6 h p.p.; *paracetamol* 1000 mg IV na 6 h p.p.

#### 4.8 Hropenje

- *butilskopolamin* 20 mg SC na 4 h p.p., takoj ko nastopijo prvi hropci
- nefarmakološki ukrepi: sprememba položaja, zmanjšanje vnosa tekočin, brez globoke aspiracije.

#### 4.9 Anksioznost, nemir, nespečnost

- *lorazepam* 1–2 mg PO/SL na 1 h p.p.;
- *ob hudi vznemirjenosti*: midazolam 2,5 mg SC na 30 min p.p.

#### 4.10 Parenteralne tekočine

- Individualna presoja; večinoma dodatna hidracija umirajočega ni smiselna oziroma lahko škodljiva, ker poveča možnost hropenja, zato se svetuje zmanjšanje ali ukinitvev parenteralnih tekočini.

#### 4.11 Izločanje urina in blata

- Večinoma bolniki ne potrebujejo na novo vstavljenega urinskega katetra, a ob nemiru izključi retenco urina/obstipacijo kot možen vzrok.
- Umirajočemu bolniku običajno ne stimuliramo odvajanja blata, le kadar zaznamo neugodje, ki bi bilo lahko posledica zaprtja, takrat razmisliti o črevesni cevki ali svečki.

#### 4.12 Nega ust, oči in kože

- Vlaženje ust in odstranjevanje oblog; vazelin za ustnice; umetne solze po potrebi; obračanje glede na udobje; redna menjava inkontinenčnih pripomočkov.

#### 4.13 Prehranjevanje

- Prilagodi željam in stanju bolnika (pozor na motnje požiranja). Parenteralna prehrana se praviloma odsvetuje.

#### 4.14 Konzultacije

Glede na indikacijo: paliativni tim · socialna služba · klinični farmacevt · klinični psiholog · duhovnik.

#### 4.15 Skrb za svojece

- Razbremenilni pogovor, v katerem pojasnimo cilje oskrbe (udobje, mir, lajšanje trpljenja) in pričakovane spremembe (spremembe dihanja, hropenje, povišana telesna temperatura, bolečina, nemir).
- Zagotovimo možnost prisotnosti ob bolniku, mirno okolje ter osnovno podporo (stol ob postelji, robčki, napitki...).
- Pogovor o obdukciji in načinu sporočanja smrti ter o postopkih po smrti bolnika.

### PREDPIS OPIOIDOV

- Izračunaj potrebo po morfinu v 24-urah PO,
- Parenteralni (IV/SC) je 3× močnejši od peroralnega → PO odmerek deli s 3.
- Prebijajoča (p.p.) = redni 4-urni odmerek oz. 1/3 dnevnega odmerka.

#### Tabela pretvorbe (ekvivalengetski odmerki)

---

**⚠ OPOZORILO: ob pešanju ledvične in/ali jetrne funkcije razmisli o zmanjšanju odmerka morfija oziroma podaljšanih intervalnih uporabe pp.**