

slovensko
združenje
paliativne
medicine



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA

POSVET O PALIATIVNI OSKRBI

-na stičišču poti-

PALIATIVNA OSKRBA IN URGENTNA SLUŽBA



V Ljubljani, 7. 10.2014

Strokovni odbor:

Vesna Homar

Mateja Lopuh

Stanislav Malačič

Nevenka Oblak Piltaver

Darja Žnidaršič

Srdjan Mančič

Organizacijski odbor:

Maja Ebert Moltara

Ninna Kozorog

Marjana Martinkovič

Nataša Zlodej

Urednika zbornika:

Maja Ebert Moltara

Darja Žnidaršič

Organizator in izdajatelj:

Slovensko združenje paliativne medicine SZD

Oddelek akutne paliativne oskrbe Onkološkega inštituta

Ljubljana 2014

Program

Ura	Tema	Vsebina
8:00 - 8:30	Registracija	
8:30 - 8:45	Pozdravni govori	
8:45 - 9:00	Svetovni dan paliativne oskrbe in hospica 2014	Maja Ebert Moltara, Ninna Kozorog
9:00 - 10:00	Urgentni pristop pri paliativnem bolniku – DA ali NE?! – avstrijski vidik	Rupert Vrecl
10:00 - 11:00	Obremenitve dežurne službe (SNMP Ljubljana, ZD Vrhnika, ZD Gornja Radgona)	Darja Žnidaršič, Stanko Malačič, Vesna Homar, Srdjan Mančič
11:00 - 11:30	Odmor (kava)	
11:30 - 12:00	Kompleksnost paliativne oskrbe	Mateja Lopuh
12:00 - 12:30	Paliativna oskrba bolnika – breme ali pomoč zdravniku družinske medicine	Erika Zelko
12:30 - 13:00	Urgentni zdravnik v paliativni oskrbi	Stanko Malačič
13:00 - 13:30	Urgentna stanja v paliativni oskrbi	Maja Ebert Moltara
13:30 - 14:00	Odločitve ob koncu življenja v luči prava	Jože Balažic
14:00 - 15:00	Odmor (kosilo)	
15:00 - 16:00	Izvajanje paliativne oskrbe v domačem okolju – izkušnje iz Nemčije	Katharina Rockmann
16:00 - 16:30	Več obrazov bolečine	Mateja Lopuh
16:30 - 17:00	Prepoznavanje in ukrepanje v zadnjih dneh življenja	Jernej Benedik
17:00 - 17:30	Odmor	
17:30 - 18:00	Na stičišču svetov (prikaz primera skozi oči urgentne ali paliativne službe)	Jelena Vilman Mateja Lopuh
18:00 - 18:45	Komunikacija v oteženih okoliščinah	Sandi Kofol
18:45 - 19:00	Razprava in zaključek	

Vabljeni predavatelji:

Katharina Rockmann, dr. med., PALLIAMO - mobilni paliativni tim Regensburg, Nemčija

Rupert Vrecl, dr. med., Deželna bolnišnica Fürstenfeld, Avstrija

Prof dr. Jože Balažic, dr. med., Inštitut za sodno medicino Medicinske Fakultete Univerze v Ljubljani, Katedra za sodno medicino in deontologijo Medicinska Fakulteta Univerze v Ljubljani

Jernej Benedik, dr. med., Oddelek internistične onkologije, Onkološki inštitut Ljubljana

Vesna Homar, dr. med., Zdravstveni dom Vrhnika

Sandi Kofol, univ.dipl.psih., psihoterapevt, O.K. Consulting

mag. Mateja Lopuh, dr. med., Splošna bolnišnica Jesenice

Stanko Malačič, dr. med., Zdravstveni dom Gornja Radgona

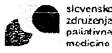
Srdjan Mančić, dr. med., Zdravstveni dom Vrhnika

Maja Ebert Moltara, dr. med., Oddelek Akutne paliativne oskrbe, Onkološki inštitut Ljubljana

Jelena Vilman, dr. med., Splošna bolnišnica Jesenice

asist. mag. Erika Zelko, dr.med., Splošna ambulanta Beltinci


Darja Žnidaršič, dr. med., Splošna nujna medicinska pomoč, Zdravstveni dom Ljubljana



slovensko združenje paliativne medicine

Če prihajate prvič, če ni odprava in to ne bo naša želja, prosimo, da nam sporočite.


Prisla, to ni miru, da ti koga ukorenini pri



DOBRODOŠLI!

Več informacij:
www.szpm.si

za vstopnice priloženo, naslov: slovenskozdruzenje@szpm.si



slovensko združenje paliativne medicine


Who Cares?

Who Cares? We Do!

10 OCTOBER 2014

World hospice & palliative care day

Več informacij:
www.szpm.si



slovensko združenje paliativne medicine

EVROPSKI DAN PALIATIVNE NEGE IN BOLNIČA

PALIATIVNA OSKRBA V SLOVENIJI

MOBILNA PALIATIVNA TIMA

AMBULANČNA ZA ZDRAVILNEJA BOLEČINA

PALIATIVNI TIMI V BOLNIŠNICAH

SPRETI

PRISKOPOVSKI

DRUŠTVENI ZDRAVNIKI IN NEKURIRNA SESTRA

HOSPICE

MI SKRBIMO ZA VAS.

Več informacij:
www.szpm.si

Četrti, 4. oktobra 2014, 12.30 ure, celodnevno, v sodelovanju s: www.paliativni.skrbimo.si

Trajski
METULJ za bolnike z neozdravljivo boleznijo in njihove bližnje


slovensko združenje paliativne medicine




20 zgbank s področja paliativne skrbe


Internetna stran:
www.paliativnaoskrba.si

Več informacij:
www.szpm.si






Obremenitev urgentne službe s paliativnimi bolniki
SNMP Ljubljana junij-avgust 2014



- Področje mestne občine Ljubljana z okolico - 340.000 prebivalcev.
- 680 hišnih obiskov: 137 pri paliativnih bolnikih (20%)
- 880 intervencij z reanimobilom: 19 pri paliativnih bolnikih (2,3%)
- vključenih 25 zdravnikov
- povprečna oddaljenost bolnikov: 5,7 km (max. 23 km)



ČAS odzivanja

brez motečega dolžnega časa	118	72,9%
v rednem delovnem času	43	25,9%

Bolniki iz obkroja preprostan kot

paliativni	118	75,6%
nepaliativni	38	24,4%

Osnovna bolezen	Število	%
malignoon	84	53,8
demencia	42	26,9
st. po CVI	18	11,5
infra popravilne	5	3,7
ALS	3	2

Glavni vzroki obravnave

vzrok	število	%
težko dihanje	41	26.2
bolečina	24	15.3
mojne požiranja	25	16
oslabelost	14	9
vročina	10	6.4
mojne zavesti	8	5
bruhanje	5	3
nemir	4	2
retencurina	2	1
hemoptiza	2	1
težave s PEG	2	1
poliditevsmti	19	12
Ostalo*		

Ukrepi

► Aplikacija zdravila :

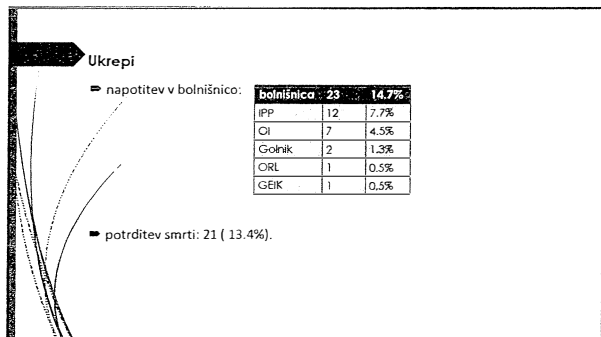
Analgetik	35	22%
morfij/piritramid	27	17%
NSAID	6	3.8
tramadol	2	1%
antiemetik	25	16%
bronhodilatator	12	7.7%
kortikosteroid	8	5%
butilskopolamin	6	3.8%
diuretik	5	3%
antipsihotik	3	2%

Ukrepi

► Predpis recepta:

recept	število	%
analgetik	17	11%
antibiotik	12	7.7%
antiemetik	4	2.5%
haloperidol	1	0.5%

- Vstavitev NGS: 26 (16.6%)
- Pogovor s svojci/ osebjem: 17 (10.8%)
- Iv./sc. infuzija FR: 14 (8.9%)
- Vstavitev SUK: 4 (2.5%)
- Menjava traheostomske kanile, aspiracija dihalnih poti, prebrzgovanje PEG:1 (0.5%)



OBREMENITEV URGENTNE SLUŽBE

Vesna Homar, dr. med
Srđan Mančič, dr. med
ZD Vrhnika

Ljubljanski posvetl. na str. 818-819: Palliativna oskrba in urgentna služba
Onkološki inštitut, Ljubljana 7.10.2014

ZD Vrhnika, Cesta 6. maja 11
1360 Vrhnika

- ❖ Ambulanta nujne medicinske pomoči
- ❖ 1A enota
- ❖ Štiri stalne ekipe (zdravnik in sms/dms) - 24 urno delo v turnusih 13ur/11ur (vikendi in prazniki 24 ur)
- ❖ Delo na terenu
- ❖ Hišni obiski
- ❖ Nenaročeni pacienti iz ambulani SM/DM
- ❖ Nujni reševalni prevozi v sodelovanju z Reševalno postajo UKC Ljubljana

ZD Vrhnika, Cesta 6. maja 11
1360 Vrhnika

- ❖ Pokriva teritorij treh občin
- ❖ Vrhnika - 16500 prebivalcev
- ❖ Barovnica - 4000 prebivalcev
- ❖ Log-Dragomer - 3650 prebivalcev
- ❖ Precej hribovit in razgiban teren
- ❖ Lokalne in makadamske ceste
- ❖ AC od izvoza Brezovica do izvoza Logatec, smer Koper

Statistika dela ANMP ZD Vrhnika

- ❖ Obdobje junij, julij, avgust 2014
- ❖ Število vseh obravnav 1187
- ❖ Število hišnih obiskov 158 (13,31% vseh obravnav)
- ❖ Število paliativnih hišnih obiskov 22 (13,92% vseh HO)
- ❖ Število urgentnih izvozov 166 (13,98% vseh obravnav)
- ❖ Število urgentnih izvozov pri paliativnih obravnavah žal ni beleženo v tem obdobju

Hišni obiski

- ❖ Obdobje junij, julij, avgust 2014
- ❖ Število HO 158 (13,31% vseh obravnav)
- ❖ Število paliativnih HO 20 (12,6% vseh PO)
- ❖ Najbolj oddaljena intervencija -15km (Pokojščice, Smrečje, Zaplana)
- ❖ Maksimalni dostopni čas pri urgentni vožnji - 15 min (lokalne ceste, makadami, ni AC)
- ❖ Vsi HO so bili opravljeni v rednem delovnem času (delo v turnusih)

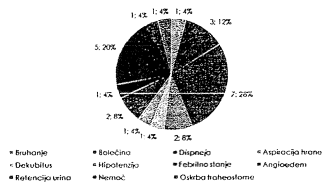
Vzroki paliativnega hišnega obiska

- ❖ Najbolj pogosti vzroki za HO so bili:
 - Dispneja - 32%
 - Retencija urina - 23%
 - Bolečina - 14%
- ❖ Prevladujeta dispneja in retencija urina, ker je bolečina največkrat bila urejana po telefonskem nasvetu ali je na HO šel izbrani osebni zdravnik

Vzroki paliativnega hišnega obiska

- ❖ Večkrat bolnik ni bil znan urgentnem zdravniku
- ❖ Priklicu nismo beležili ali je bolnik znan ali opredeljen kot paliativni
- ❖ Pri 10 bolnikih oz. 45% smo to razbrali iz dostopne dokumentacije ali pogovora s svojci
- ❖ Osnovne bolezni, ki so vodile do „paliativnega stanja“
 - Rak - 12 bolnikov (55%)
 - St. po CVI – 5 bolnikov (23%)
 - Demenca – 1 bolnik (5%)
 - KOPB – 1 bolnik (5%)
 - Srčnopopuščanje – 1 bolnik (5%)
 - Neopredeljeno – 2 bolnika (9%)

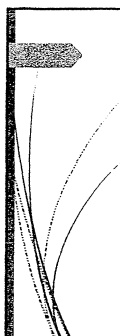
Vzroki paliativnega hišnega obiska



- Euforije
- Dekubitus
- Retencija urina
- Bolečina
- Hipotenzija
- Nemoč
- Dispneja
- Febrilno stanje
- Ostrba traheostome
- Aspiracija hrane
- Angioedem

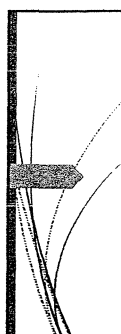
Pot bolnika po hišnem obisku

- ❖ Interimistična prva pomoč – 4 bolnike (18%)
 - Angioedem
 - Pljučnica
 - Pljučni edem
 - Aspiracija hrane
- ❖ Onkološki inštitut - 1 bolnik (5%)
- Trombocitopenijas krvavitve
- ❖ KO za ORL – 1 bolnik (5%)
- Traheostoma
- ❖ Povprečna oddaljenost bolnišnice (UKC Lj. Ol) je bila 25 km
- ❖ Doma je po oskrbi ostalo 16 bolnikov (73%)



Zaključek

- ❖ V obdobju junij, julij, avgust 2014 je bilo 158 HO, od tega 22 paliativnih obiska (13,92%)
- ❖ Najbolj oddaljen paliativni HO je bil 15 km od ZD Vrhnika
- ❖ Vsi paliativni HO so bili opravljeni v rednem delovnem času (delo po turnusih)
- ❖ Najbolj pogosta težava je bila dispneja – v 7 primerih oz. 32%
- ❖ Največje število bolnikov je ostalo po oskrbi doma, in sicer 16 bolnikov oz. 73%
- ❖ Najbolj oddaljena lokacija hišnega obiska je bila 15 km, za to razdaljo smo potrebovali 15 minut urgentne vožnje (ni AC, lokalne in makadamske ceste)



HVALA ZA POZORNOST

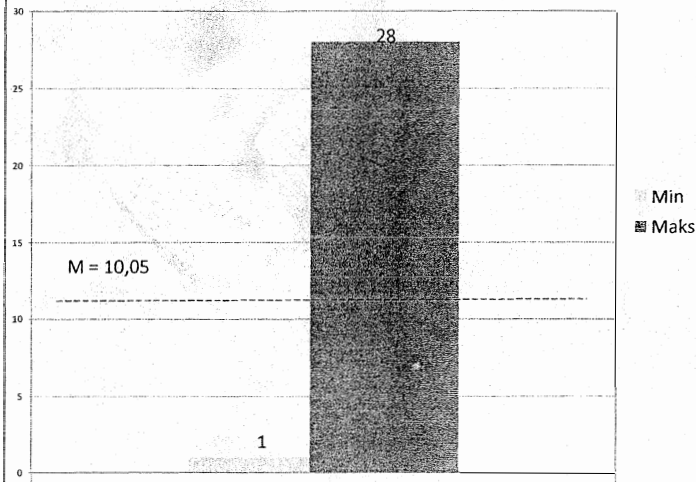


Obremenitve
dežurne službe
ZD Gornja
Radgona

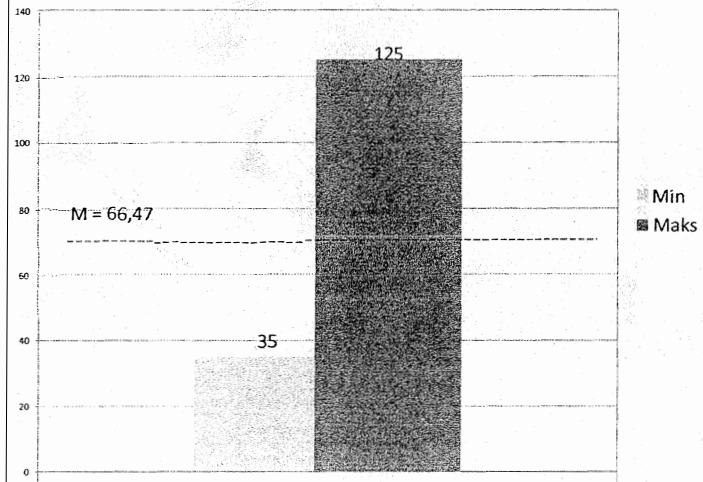
Stanislav Malačič



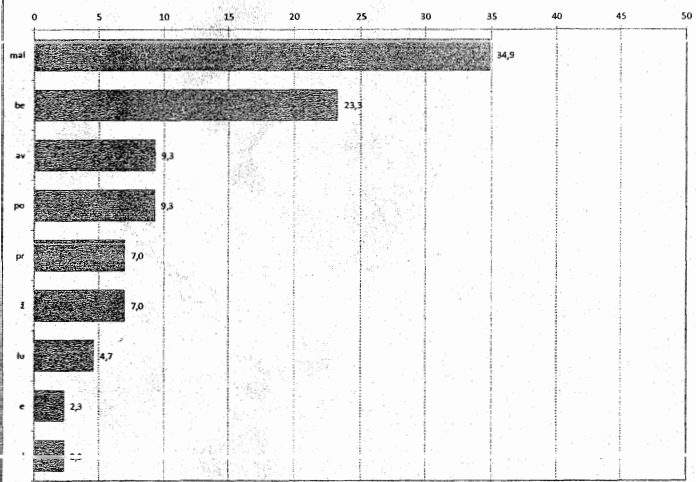
Oddaljenost - km



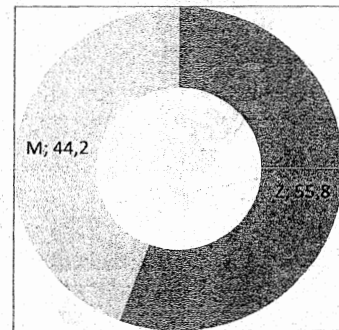
Porabljeni čas - min



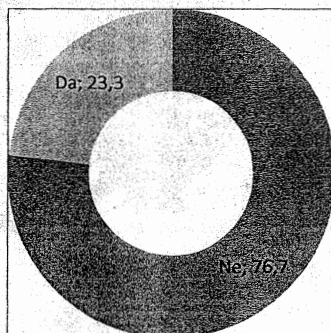
Zdravnik



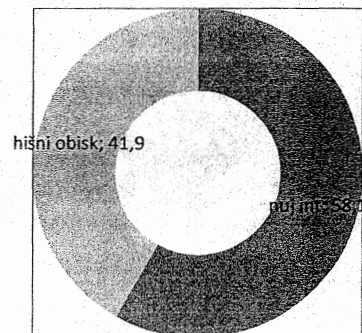
Spol



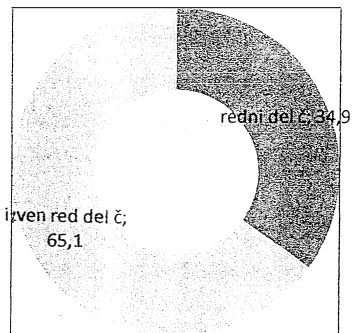
Ali ste izbrani osebni zdravnik pacienta?



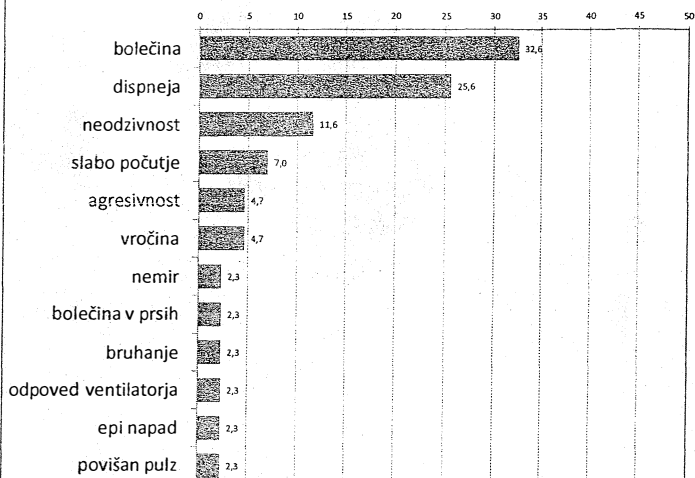
Tip intervence



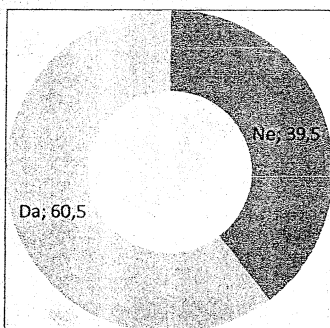
Potek intervence



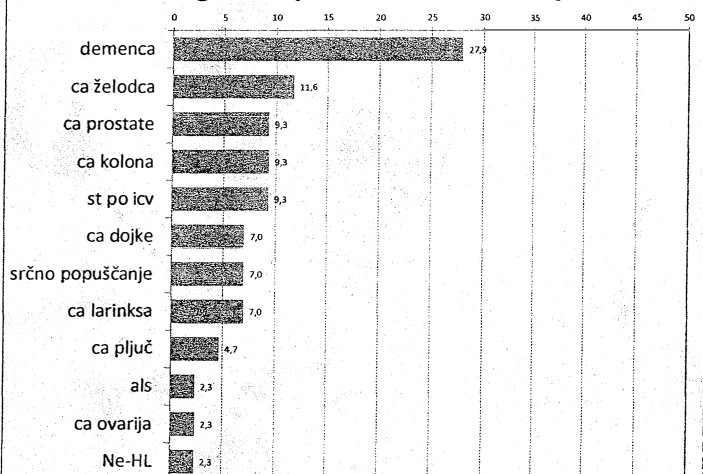
Vzrok obravnave



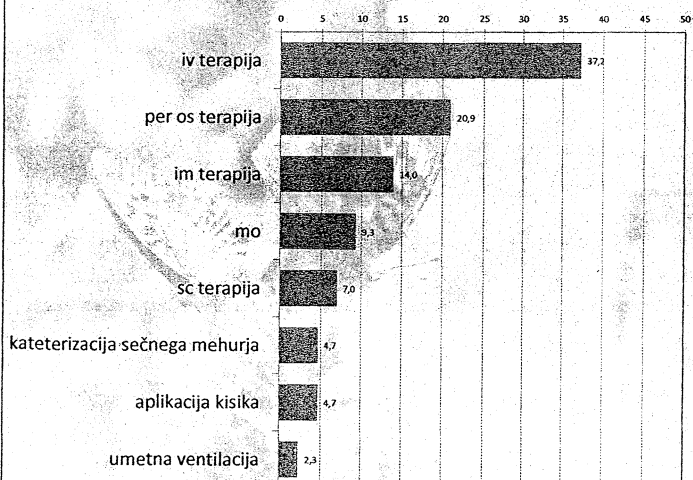
Znano v paliativni oskrbi



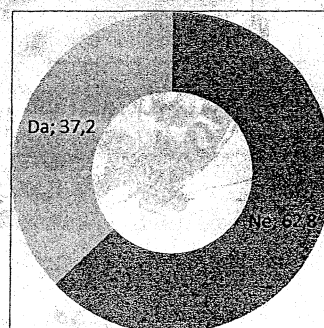
Diagnoza (osnovna bolezen)



Nabor storitev



Prepeljan v SBMS



Zanimalo nas je:

- ali zdravniki, ki so hkrati osebni zdravniki več napotujejo v bolnico ali manj?
- ali zdravniki, ki so hkrati osebni zdravniki že takoj več pacientov opredelijo kot paliativne?
- ali zdravniki, ki so hkrati osebni zdravniki opravijo le hišni obisk, ali intervenco kot nujno in takoj?
- ali so starejši pacienti prej prepeljeni v bolnišnico?
- ali izven rednega delovnega časa zdravniki več napotujejo v bolnišnico?

Bivariatne analize

Tabela 1: Križna tabela med spremenljivko sem IOZ in spremenljivko prepeljan v bolnico in Hi-kvadrat test.

		prepeljan v bolnico		Skupaj
		Ne	Da	
ImOsZd	Ne	N 20 46,5%	13 30,2%	33 76,7%
	Da	N 7 16,3%	3 7,0%	10 23,3%
Skupaj		N 27 62,6%	16 37,2%	43 100,0%

		χ^2	df	p
Hi-kvadrat test		0,290*	1	0,59
Kulbackov test		0,296	1	0,586
N veljavni		43		

Opomba: χ^2 : Hi-kvadrat test, df: Stevilo stopenj svobode, p: nivo statistične pomembnosti, a: 1 celica (25,0%) ima pričakovano frekvenco manj kot 5. Minimalna pričakovana frekvenca je 3,72.

Na našem vzorcu se izkaže, da zdravniki, ki so hkrati osebni zdravniki NE napotujejo več ali manj v bolnico.

Tabela 1: Križna tabela med spremenljivko sem IOZ in spremenljivko znano v PO in Hi-kvadrat test.

		znano v PO		Skupaj
		Ne	Da	
ImOsZd	Ne	N 16 37,2%	17 39,5%	33 76,7%
	Da	N 1 2,3%	9 20,9%	10 23,3%
Skupaj		N 17 39,5%	26 60,5%	43 100,0%

		χ^2	df	p
Hi-kvadrat test		4,755a	1	0,029
Kulbackov test		5,494	1	0,019
N veljavni		43		

Opomba: χ^2 : Hi-kvadrat test, df: Stevilo stopenj svobode, p: nivo statistične pomembnosti, a: 1 celica (23,0%) ima pričakovano frekvenco manj kot 5. Minimalna pričakovana frekvenca je 3,95.

Na našem vzorcu se izkaže, da zdravniki, ki so hkrati osebni zdravniki, že takoj več pacientov opredelijo kot paliativne.

Tabela 1: Križna tabela med spremenljivko sem IOZ in spremenljivko tip intervence in Hi-kvadrat test.

		tip intervence		Skupaj
		nuj int	hišni obisk	
ImOsZd	Ne	N 22 51,2%	11 25,6%	33 76,7%
	Da	N 3 7,0%	7 16,3%	10 23,3%
Skupaj		N 25 58,1%	18 41,9%	43 100,0%

		χ^2	df	p
Hi-kvadrat test		4,230a	1	0,039
Kulbackov test		4,229	1	0,040
N veljavni		43		

Opomba: χ^2 : Hi-kvadrat test, df: Stevilo stopenj svobode, p: nivo statistične pomembnosti, a: 1 celica (23,0%) ima pričakovano frekvenco manj kot 5. Minimalna pričakovana frekvenca je 4,13.

Na našem vzorcu se izkaže, da zdravniki, ki so hkrati osebni zdravniki, opravijo v večini primerov le hišni obisk.

Tabela 1: Pomembnost razlike med (ne)prepeljanimi v bolnico glede na povprečno starost

Prepeljan v bolnico	N	M	SD	SE	F	p
starost - leta	27	76,65	11,925	1,700	10,591	0,002
Ne	16	86,13	6,801	2,295		

Opomba: N: Stevilo udeležencev, M: aritmetična sredina, SD: standardna odklon, SE: standardna napaka, F: statistika testa za testiranje razlik med aritmetičnima sredinama dveh skupin, p: nivo statistične pomembnosti.

Na našem vzorcu se izkaže, da so starejši pacienti prej prepeljeni v bolnico. To smo dokazali z veljavnim testom za testiranje razlik med aritmetičnima sredinama dveh skupin ($F=10,591$, $p<0,005$).

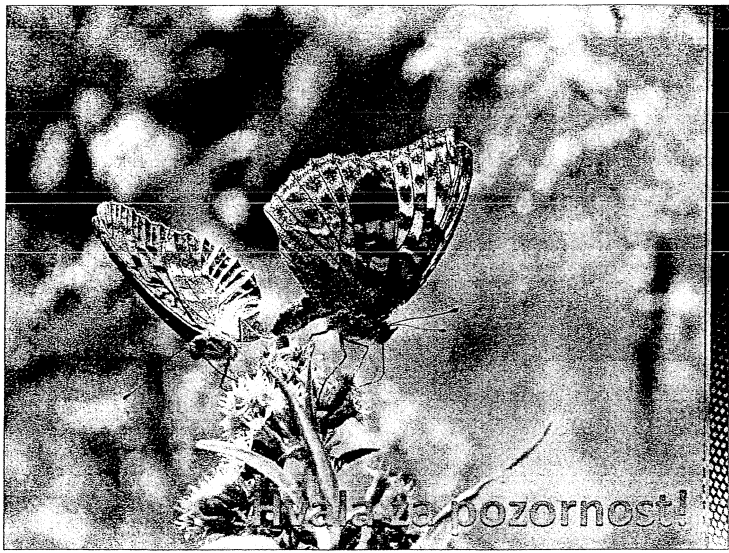
Tabela 1: Križna tabela med spremenljivko potek intervence in prepeljan v bolnico in Hi-kvadrat test.

		Prepeljan v bolnico		Skupaj
		Ne	Da	
Potek intervence	redni del č	N 12 27,9%	3 7,0%	15 34,9%
	izven red del č	N 15 34,9%	13 30,2%	28 65,1%
Skupaj		N 27 62,6%	16 37,2%	43 100,0%

		χ^2	df	p
Hi-kvadrat test		2,920a	1	0,087
Kulbackov test		3,080	1	0,079
N veljavni		43		

Opomba: χ^2 : Hi-kvadrat test, df: Stevilo stopenj svobode, p: nivo statistične pomembnosti, a: 0 celica nima pričakovano frekvenco manj kot 5. Minimalna pričakovana frekvenca je 5,55.

Z 90 % gotovostjo lahko na našem vzorcu trdimo, da so izven rednega delovnega časa pacienti večkrat napoteni v bolnico kot v času rednega delovnega časa. To smo dokazali s Hi kvadrat testom ($\chi^2=2,929$, $p<0,09$).



Kompleksnost paliativnega pristopa

Asist. Mag. Mateja Lopuh, dr.med.
Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in
paliativno oskrbo
Splošna bolnišnica Jesenice

Kdo je paliativni bolnik ?

- Definicija
- Kaj nam pomaga definicija ?
- Zakaj je pomembna ?
- V čem je paliativno ravnanje drugačno od nepaliativnega ?



Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

...facing life threatening disease.....

- Katere bolezni so mišljene v tem pogledu ?
- Problem dolgotrajnih bolezni (demenca)
- Kaj pomeni vključevati vsebine paliativnega pristopa v obravnavo teh bolnikov ?
- Kako paliativni so ?

Različne ravni oskrbe

- Podporna oskrba - vključitev paliativnega pristopa v osnovne temeljne vede
- Paliativna oskrba v ožjem pomenu besede – kdo sodeluje s kom, vloga lečečih specialistov
- Oskrba ob koncu življenja

Dopustiti, da so določene bolezni neozdravljive
 Dopustiti, da se lahko življenje prezgodaj konča
 Dopustiti, da lahko bolnik umre doma

-tako strokovna javnost kot bolniki in njihovi svojci

Vprašanje presenečenja

- Koliko bolnikov/svojcev/znancev/prijateljev bo po vašem mnenju umrlo v naslednjem letu?
- Presenečenje, ogorčenje, strah, nevednost, zanikanje

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)

How to use the SPICT

1. How to use the SPICT

2. How to use the SPICT

3. How to use the SPICT

4. How to use the SPICT

5. How to use the SPICT

6. How to use the SPICT

7. How to use the SPICT

8. How to use the SPICT

9. How to use the SPICT

10. How to use the SPICT

11. How to use the SPICT

12. How to use the SPICT

13. How to use the SPICT

14. How to use the SPICT

15. How to use the SPICT

16. How to use the SPICT

17. How to use the SPICT

18. How to use the SPICT

19. How to use the SPICT

20. How to use the SPICT

21. How to use the SPICT

22. How to use the SPICT

23. How to use the SPICT

24. How to use the SPICT

25. How to use the SPICT

26. How to use the SPICT

27. How to use the SPICT

28. How to use the SPICT

29. How to use the SPICT

30. How to use the SPICT

31. How to use the SPICT

32. How to use the SPICT

33. How to use the SPICT

34. How to use the SPICT

35. How to use the SPICT

36. How to use the SPICT

37. How to use the SPICT

38. How to use the SPICT

39. How to use the SPICT

40. How to use the SPICT

41. How to use the SPICT

42. How to use the SPICT

43. How to use the SPICT

44. How to use the SPICT

45. How to use the SPICT

46. How to use the SPICT

47. How to use the SPICT

48. How to use the SPICT

49. How to use the SPICT

50. How to use the SPICT

51. How to use the SPICT

52. How to use the SPICT

53. How to use the SPICT

54. How to use the SPICT

55. How to use the SPICT

56. How to use the SPICT

57. How to use the SPICT

58. How to use the SPICT

59. How to use the SPICT

60. How to use the SPICT

61. How to use the SPICT

62. How to use the SPICT

63. How to use the SPICT

64. How to use the SPICT

65. How to use the SPICT

66. How to use the SPICT

67. How to use the SPICT

68. How to use the SPICT

69. How to use the SPICT

70. How to use the SPICT

71. How to use the SPICT

72. How to use the SPICT

73. How to use the SPICT

74. How to use the SPICT

75. How to use the SPICT

76. How to use the SPICT

77. How to use the SPICT

78. How to use the SPICT

79. How to use the SPICT

80. How to use the SPICT

81. How to use the SPICT

82. How to use the SPICT

83. How to use the SPICT

84. How to use the SPICT

85. How to use the SPICT

86. How to use the SPICT

87. How to use the SPICT

88. How to use the SPICT

89. How to use the SPICT

90. How to use the SPICT

91. How to use the SPICT

92. How to use the SPICT

93. How to use the SPICT

94. How to use the SPICT

95. How to use the SPICT

96. How to use the SPICT

97. How to use the SPICT

98. How to use the SPICT

99. How to use the SPICT

100. How to use the SPICT

Vloga dežurne službe

- Trenutno najbolj izpostavljena bremenu paliativnih bolnikov
- Nujen in nepogrešljiv člen paliativne verige
- Ne ureja paliativnega načrta
- Paliativa se ne začne v urgenci
- Dodatna znanja za urgentne zdravnike.

Organizacija paliativne oskrbe

- Za bolnike, ki imajo možnost in ki si tega želijo, na DOMU
- V Sloveniji različne stopnje organiziranosti
- Bistveno! integracija v lokalno skupnost
- Stebri mreže: zdravniki, pms, socialni delavci, psihologi, prostovoljci in hospic, pomoč na domu, lekarna, društvo Palias

Mobilni paliativni tim

- Koordinacija regije
- 24 urna številka/ 7 dni
- Obiski na domu
- Vedno v sodelovanju z osebnim zdravnikom
- Integracija tima v obstoječi zdravstveni sistem: primarni in sekundarni nivo

Kazalniki

- Število bolnišničnih smrti
- Število pripeljanih umirajočih bolnikov
- Koliko smrti lahko prenese paliativni tim ?
- Potrebe po superviziji
- Sprotno razreševanje stisk

- POGUMNO NA POTI
- 50 urno izobraževanje temeljnih znanj iz paliativne oskrbe

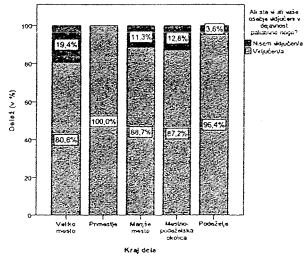
PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA BREME ALI POMOČ
ZDRAVNIKU DRUŽINSKE MEDICINE

Enka Zelko
Ljubljana, 7.10.2014

„Dolgost življenja našega je kratka...“
(France Prešeren)



VKLJUČENOST GLEDE NA KRAJ DELA. ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE V SLOVENIJI: QUALICOPC, 2012, 207 ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE

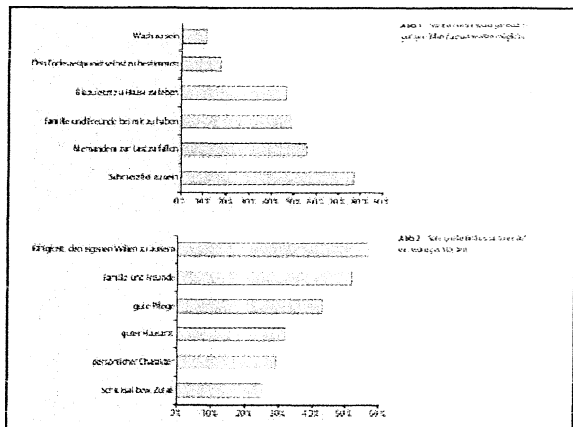


KAJ ZARES VEMO O TEM V SLOVENIJI?
KAKO IN KJE ŽELIMO UMRETI?

Versorgung am Lebensende:
Haltungen und Einstellungen in der Bevölkerung

End of Life Care: Attitudes and Preferences in the German Population

Autoren: 1 K. Klindtworth, 1,2 N. Schneider, 3,4 L. Radbruch, 3 S. Jünger



NAŠA ZGODBA

- Gospod A, star 65 let, 15 let slabo pokreten, po ICV (pred 15) in AMI z reanimacijo (pred 4), 3-4 x letno opravljen HO in ob poslabšanju zdravstvenega stanja po potrebi
- Zbolel pred 3 dnevi z vročino in bolečinami nad simfizo
- Opravljen HO, odvzem urina in krvi ter predpisan antibiotik

KLINIČNI STATUS

- Tipna povečana jetra in prostata ob rektalnem pregledu
- PSA 56,8, vnetni parametri normalni po antibiotiku
- Gospoda napotimo k urologu, ki diagnosticira Ca prostate in začne z zdravljenjem
- Čez 3 mesece metastaze v jetrih, kosteh in bezgavkah

NAČRT

- Družinski sestanek
- Očeta ne želijo mučiti z nepotrebnim zdravljenjem
- Želijo, da umre doma
- Svetujem vključitev tima za paliativno oskrbo, da nam pomaga pri protibolečinski terapiji in uvodnem predpisovanju prehranskih dopolnil
- Ukinem „nepotrebna“ zdravila

REZULTAT

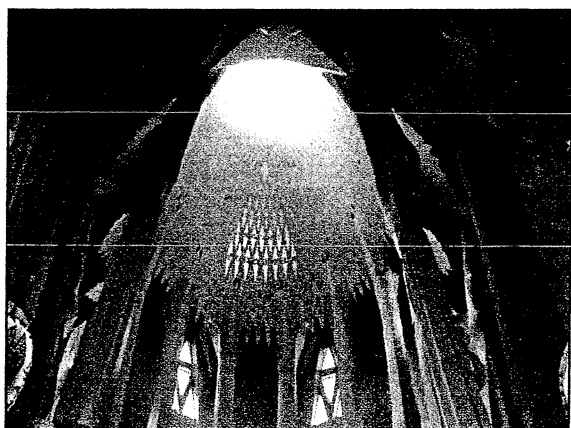
- Gospod 6 mesecev preživi ob skrbi družine zanj
- Zadnji teden se mi zahvali za oskrbo in se poslovil od mene
- Pogovorim se s svojci, da ga pustijo, da gre
- Zadnja dva dni sem 2 x dnevno pri družini
- Gospod mirno umre v krogu najbližjih ob vnuku starem 3 mesece

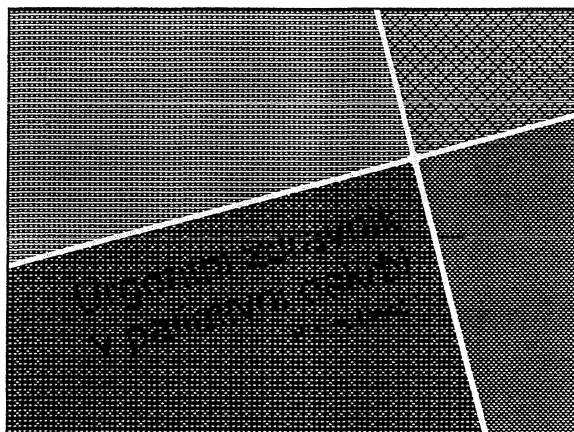
BREME ALI POMOČ?

- Paliativa ni paralelni sistem, temveč je integralni del osnovne zdravstvene dejavnosti
- Partnerstvo vseh sodelujočih za dobrobit našega bolnika
- Upoštevati želje bolnika in svojcev pri načrtovanju aktivnosti zadnjega dela življenja

BREME ALI POMOČ?

- Koordinacija aktivnosti
- Komunikacija s pacientom in svojci
- Komunikacija s kolegi specialisti različnih strok
- Komunikacija s samim sabo
- Delo s svojci po smrti
- Žalovanje, krivda, jeza, nemoč
- Zdravnikova stiska?





KDAJ NMP?

- Ni vsak klic urgentnega zdravnika klic za maksimalno možno medicinsko oskrbo.
- Največkrat je vzrok za klic v sili dejstvo, da se svojci čutijo same in nemočne ob umiranju pacienta, rabijo 24-urno dosegljivost in podporo.
- Za vsak poseg na bolniku morata biti zagotovljena dva pogoja, in sicer indikacija in strinjanje s posegom.

UVOD

- Po ocenah, bo leta 2050 30-40% prebivalcev razvitih držav starejših od 65 let.
- Pričakuje se porast števila prebivalcev potrebnih zdravstvene nege in oskrbe.
- Število intervenc SNMP se bo povečalo (incidenca do 21%).

UVOD

- Ze danes je 3-10% (0.7% v fazi umiranja) vseh intervenc SNMP povezano s pacienti, ki so v palliativni oskrbi (30-85% pacientov se hospitalizira)
- Izobraževanje zdravnikov in reševalcev na področju palliativne oskrbe ni povsod urejeno.
- Posledično oskrba takih pacientov ni nujno optimalna, pogoste so hospitalizacije, vprašljiva je lahko avtonomija pacienta.

Anaesthesist, 2011 Feb;60(2):161-71. doi: 10.1007/s00101-010-1831-6

[Palliative care and end-of-life patients in emergency situations. Recommendations on optimization of out-patient care].

Wiese CH¹, Vagts DA, Kamp U, Pfeiffer G, Grom IU, Gerh MA, Graf BM, Causig YA; Expertengruppe Palliativ- und Notfallmedizin Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit, Dresden.

Schmerz, 2011 Dec;25(6):654-62. doi: 10.1007/s00482-011-1110-8

[Physicians' knowledge on cancer pain therapy: Comparison of palliative care and prehospital emergency physicians in training].

Wiese CH¹, Lassen CL, Vormalker J, Meyer N, Popov AF, Graf BM, Hanekop GG, Wirtz S.

Minerva Anesthesiol, 2011 Feb;77(2):172-9. Epub 2010 Dec 9.

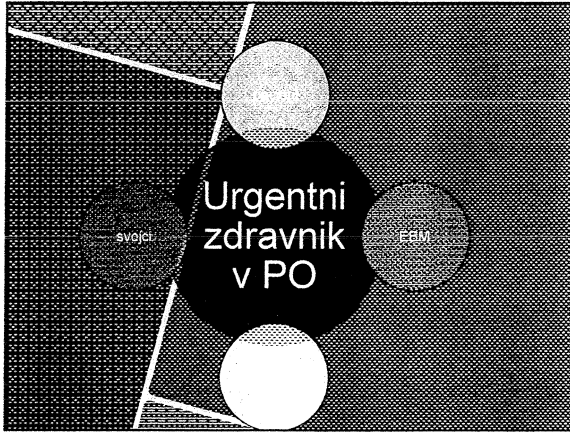
Prehospital emergency physicians' experiences with advance directives in Germany: a questionnaire-based multicenter study.

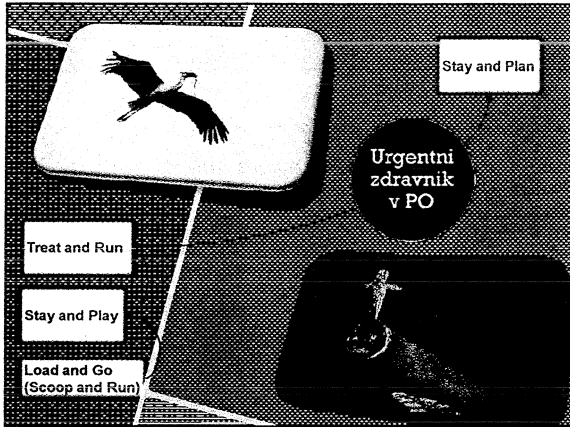
Wiese CH¹, Bartels UE, Ruppert DB, Graf BM, Hanekop GG.

Support Care Cancer, 2009 Dec;17(12):1499-503. doi: 10.1007/s00520-009-0615-4. Epub 2009 Mar 25.

Quality of out-of-hospital palliative emergency care depends on the expertise of the emergency medical team--a prospective multi-center analysis.

Wiese CH¹, Bartels UE, Marczynska X, Ruppert E, Grif BV, Hanekop GG.





Kategorije nujnih stanj v paliativni oskrbi

Definicija: Paliativno nujno stanje je za pacienta in svojce kot vsako drugo akutno stanje, oziroma poslabšanje simptomov bolezni, pri že od prej znani bolezni. Je ogrožujoče stanje, ki zahteva takojšnje ukrepanje.

Neodvisno od simptomov razdelimo paliativna nujna stanja v 4 (6) kategorije, in sicer:

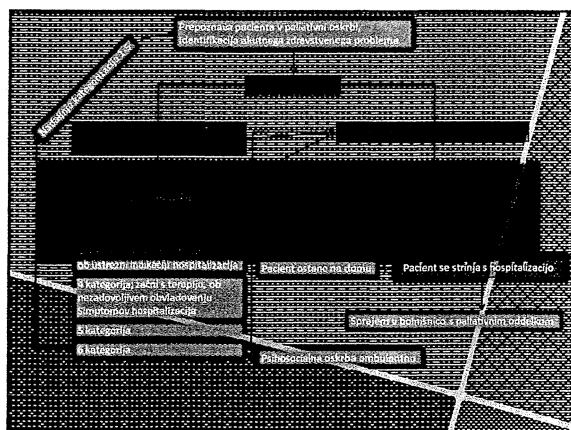
Quest TE, Marco CA, Derse AR (2009) Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities. Ann Emerg Med 54:94-102

Kategorije nujnih stanj v paliativni oskrbi

1. Splošna nujna stanja, neodvisna od osnovne bolezni (AKS, ICV, politravma...) pri pacientu v paliativni oskrbi.
2. Novo nastali simptomi, ki so vzročno povezani z osnovno boleznijo (pljučna embolija, akutno nastala paraplegija zaradi patološke frakture vretenc, epi napad zaradi možganskih metastaz...).
3. Novo nastali simptomi povezani s terapijo osnovne bolezni (srčno popuščanje, nagnjenost k infektom...).
4. Poslabšanje že znanih simptomov prei znane bolezni (akutna disoneja, prebijajoča bolečina...).

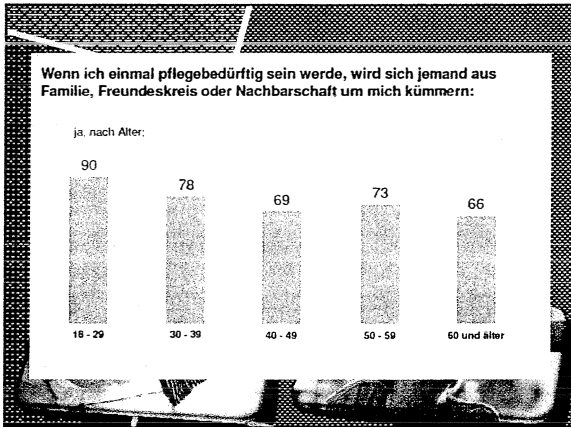
Kategorije nujnih stanj v paliativni oskrbi

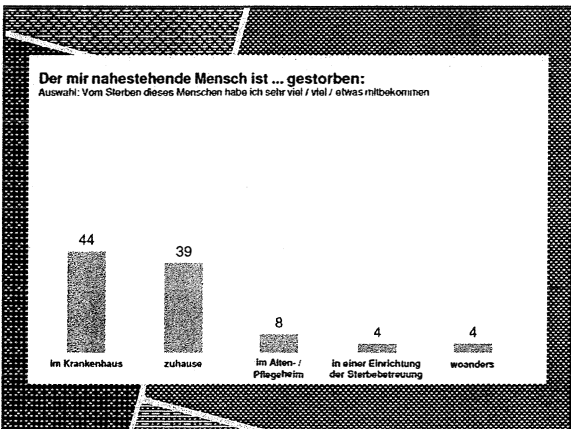
5. Psihosocialne krize (vzrok v pacientu in/ali preobremenitvi svojcev)
6. Posebna stanja, ko prvič prepoznamo in oskrbimo določenega pacienta, ki do sedaj še ni bil obravnavan v paliativni oskrbi – zelo previdno.

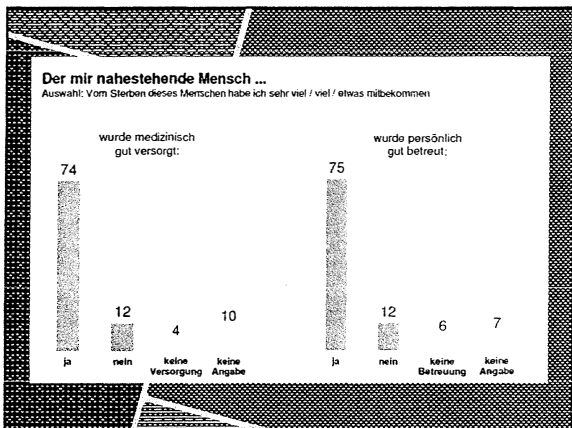


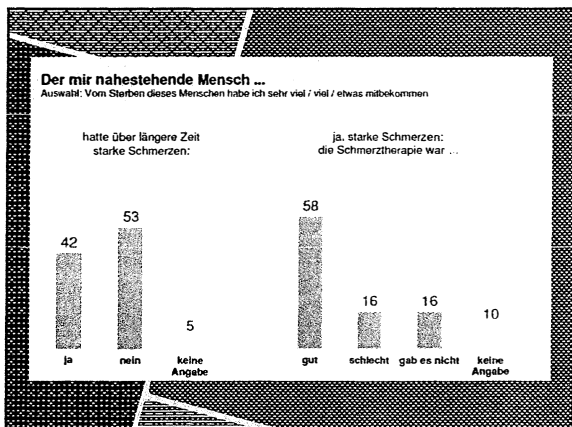
Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

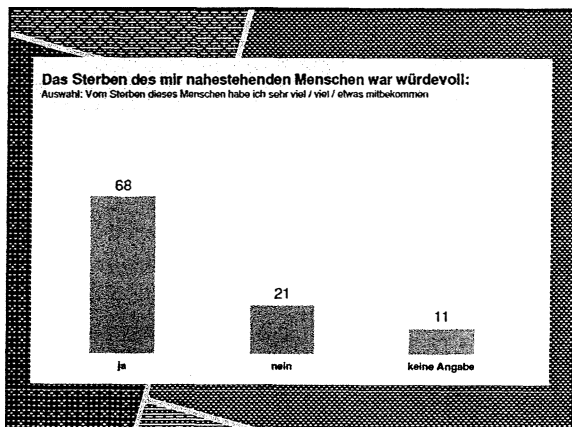
Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben

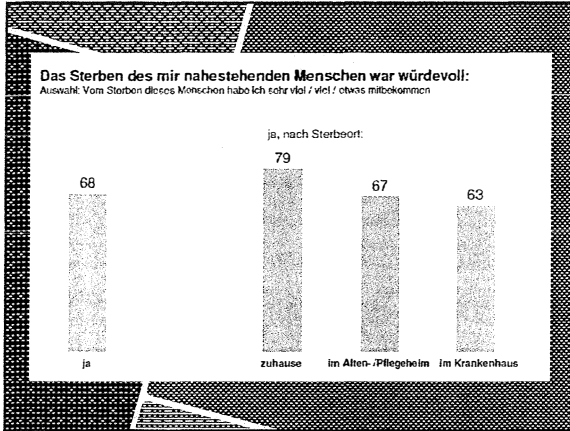


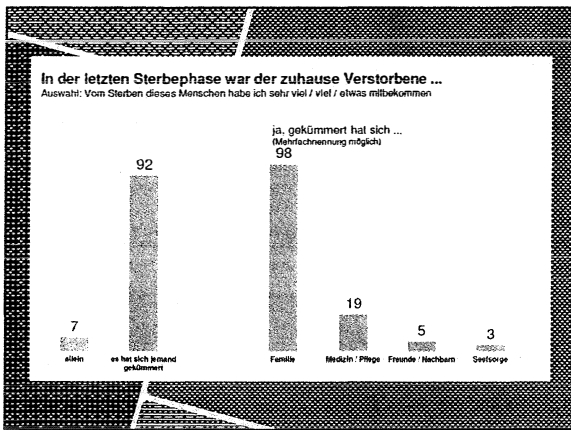


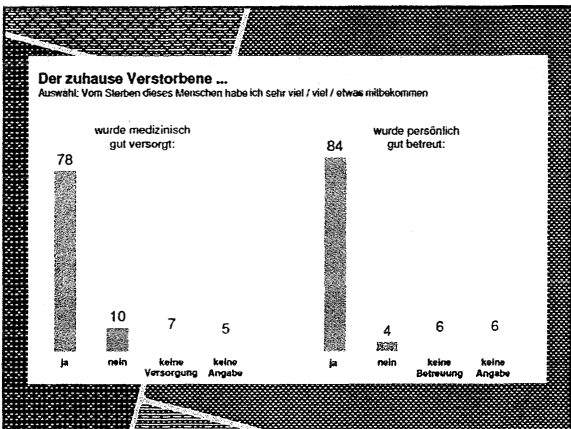


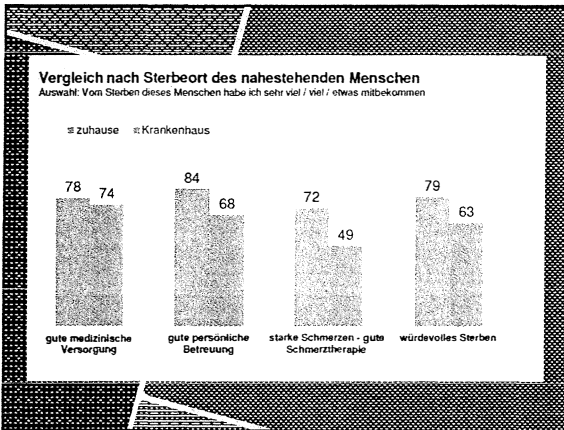


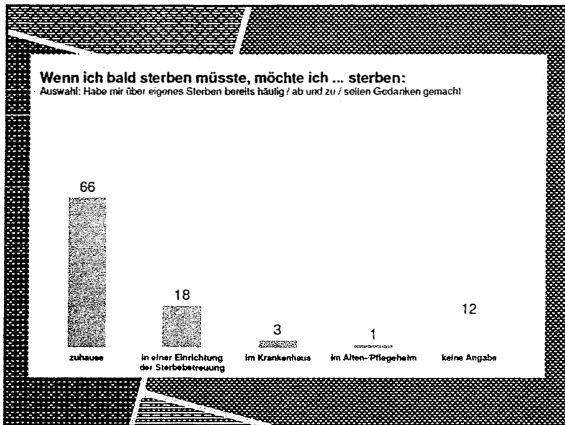


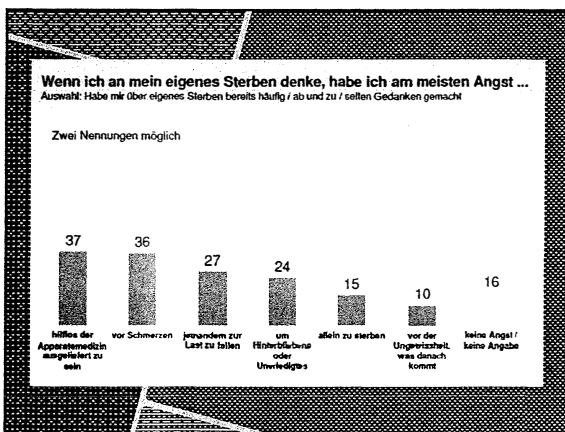


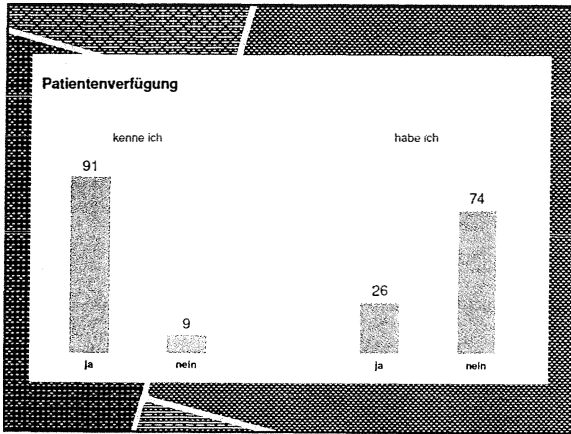


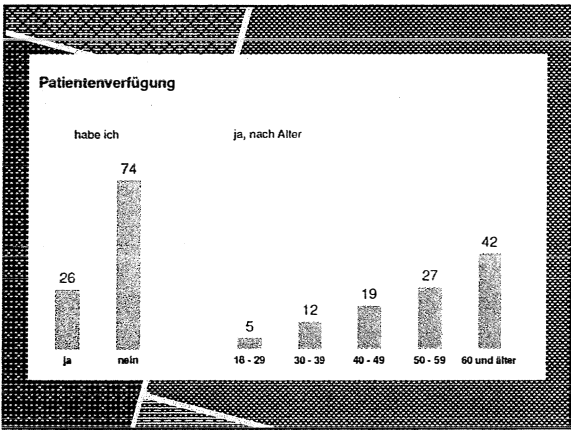


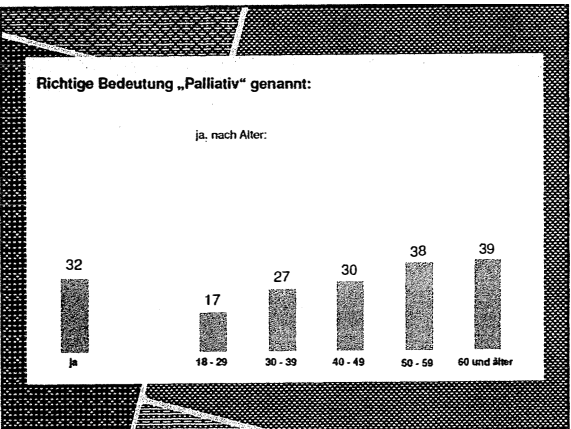


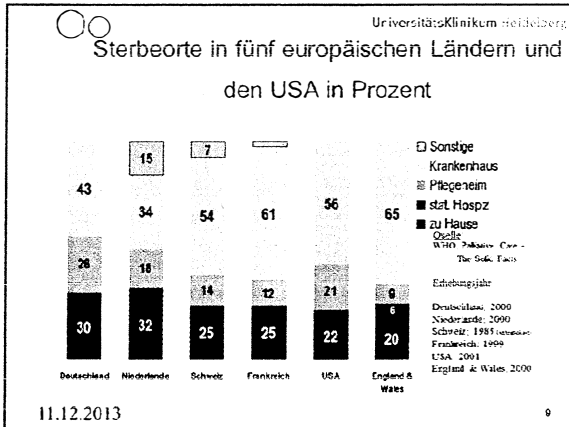














Diskrepanz med statistično verjetnostjo preživetja in napredvidljivostjo kliničnega poteka bolezni. Razni vprašalniki imajo omejitve, kar ne daje nujno večje varnosti, kot subjektivna klinična ocena.

Subjektivno odločanje urgentnih zdravnikov na podlagi starosti pacienta, teže akutnega obolenja, osnovne/osnovnih bolezni, predvidena narnestitev in trajanje hospitalizacije na oddelku intenzivne nege. Vprašanje verjetnosti, da pacient bolnišnice po 30-ih dneh ne bo zapustil živ, uporaba kateholaminov, želja pacienta.

Priloga RS, št. 106/2002

PRAVILNIK o službi nujne medicinske pomoči

1. SPLOŠNE DOLOČBE

3. člen

8. NMP je izvajanje nujnih ukrepov ekip za izvajanje NMP iz 11. člena (obseg dela ekip za izvajanje NMP) tega pravilnika pri osebi, ki je zaradi poškodbe ali bolezni neposredno življenjsko ogrožena oziroma pri kateri bi glede na zdravstveno stanje v kratkem lahko prišlo do takšne ogroženosti (v nadaljnjem besedilu: pacienti).

15. člen (naloge ekip za izvajanje NMP)

(1) Naloga vseh ekip za izvajanje NMP (v nadaljnjem besedilu: ekipe) je, da v najkrajšem možnem času začnejo nuditi NMP pacientu, ga oskrbuje za nujni prevoz in ga, če je to potrebno, v najkrajšem možnem času prepeljejo v javni zdravstveni zavod.

Odlčitve v NMP

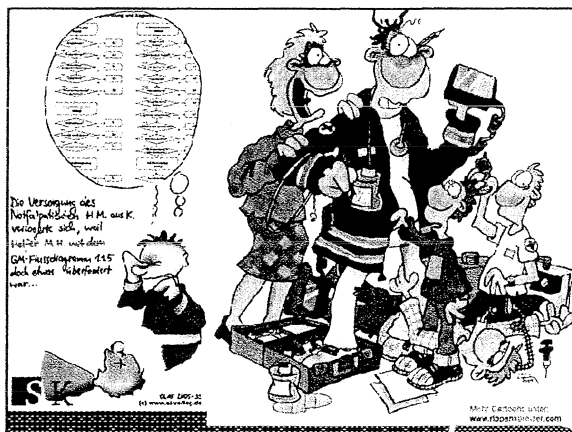
Etika, pravo

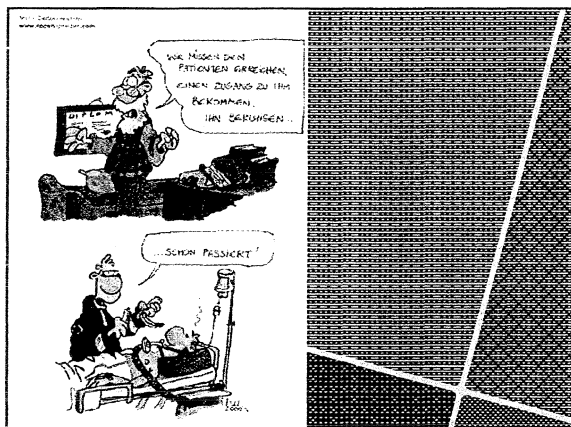
- Pomanjkanje časa
- pomanjkanje informacij
- pomanjkljiva zdravstvena dokumentacija
- neadekvatna komunikacija s svojci
- nedosegljivi svojci
- smernice in priporočila (etika, izvedljivost)

pacient

UAGM Bress

Die Ablmung einer Therapiemaßnahme kann auch über Gestik erfolgen.





ZAKON O PACIENTOVH PRAVICAH (ZPacP)

PACIENTOVE PRAVICE Etika, pravo

5. člen
(seznam pacientovih pravic)

Pacientove pravice, ki jih ureja ta zakon, so:...

- ▣ pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje.
- ▣ pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja.

**ZAKON
O PACIENTOVH
PRAVICAH (ZPacP)**

**7.2 Zdravstvena oskrba brez
privolitve**

(nujna medicinska pomoč)

Če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve.

(medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba brez privolitve pacienta)

**ZAKON
O PACIENTOVH
PRAVICAH (ZPacP)**

**7.3 Pravica do zavrnitve zdravstvene
oskrbe**

(zavrnitev)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih.

(2) Če zdravnik, ki pacienta zdravi, ocení, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja.

**ZAKON
O PACIENTOVH
PRAVICAH (ZPacP)**

8. Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje

(upoštevanje vnaprej izražene volje)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znešil v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če

- bi trpel za hudo bolezen, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne daje upanja na odzdravitev oziroma izboljšanje zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje,
- bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali posledice povzročile tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase.

(2) Volja iz prve alineje prejšnjega odstavka je za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje prejšnjega odstavka pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju.


Vnaprejšnja zavrnitev zdravstvene oskrbe

ZPacP dopušča zdravniku, če za vnaprej izraženo voljo ne ve, ne more vedeti ali gre za urgentno stanje, obrazec pa mu ni na voljo, ukrepa v skladu z medicinsko doktrino in indikacijami, za kar ne more nositi odgovornosti v smislu kršitve ZPacP.

Vnaprejšnja zavrnitev zdravstvene oskrbe

Pomembno je, da zdravnik preveri veljavnost (5 let). Če je veljavnost pretečena, obrazec ne velja in zdravnik ravna izključno v skladu z medicinsko doktrino.

Težave urgentne oskrbe



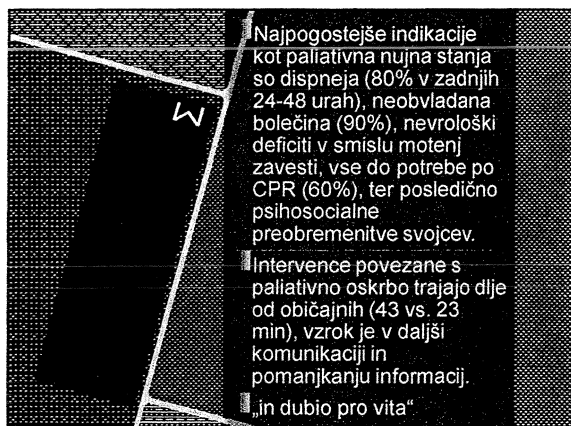
obrazca (38%) kljivosti

In Würde sterben zu dürfen - mit einer Patientenverfügung ist das eher möglich.



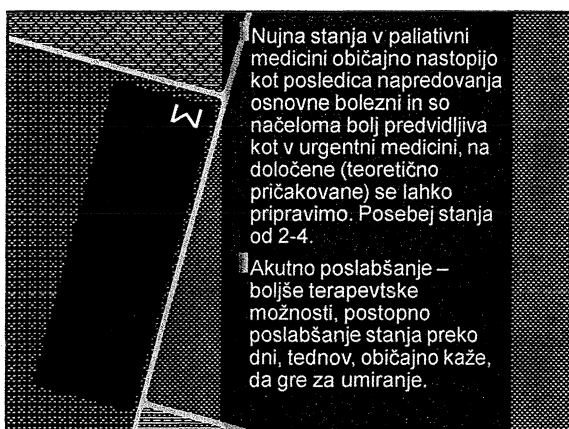
Vplivi na naše odločitve pri obravnavi paliativnih nujnih stanj so številni. Običajno odločanje po nekem algoritmu ni možno.

- Koncept C. Saunders „Total-pain“ iz 1960-ih. Poznati in upoštevati moramo psihične, fizične, socialne, duhovne, etične in pravne vidike (dimenzije) stanja.
- Vplivi so lahko pozitivni ali negativni (nam olajšajo odločitve ali tudi ne).



Najpogostejše indikacije kot paliativna nujna stanja so dispneja (80% v zadnjih 24-48 urah), neobvladana bolečina (90%), nevrološki deficiti v smislu motenj zavesti, vse do potrebe po CPR (60%), ter posledično psihosocialne preobremenitve svojcev.

- Intervence povezane s paliativno oskrbo trajajo dlje od običajnih (43 vs. 23 min), vzrok je v daljši komunikaciji in pomanjkanju informacij.
- „in dubio pro vita“



Nujna stanja v paliativni medicini običajno nastopijo kot posledica napredovanja osnovne bolezni in so načeloma bolj predvidljiva kot v urgentni medicini, na določene (teoretično pričakovane) se lahko pripravimo. Posebej stanja od 2-4.

- Akutno poslabšanje – boljše terapevtske možnosti, postopno poslabšanje stanja preko dni, tednov, običajno kaže, da gre za umiranje.

Odločanje

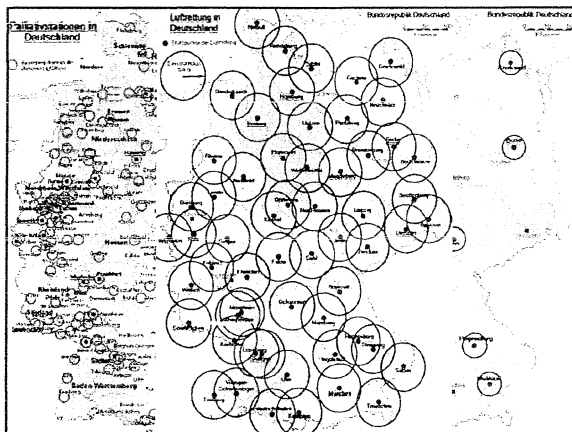
- V primeru psihosocialne preobremenitve lahko vodi običajno obvladljivo napredovanje bolezni, ki ne rabi profesionalne pomoči do akutnih in na videz nerešljivih situacij, ki vodijo v nujni klic reševalcev.
- V večini primerov vzrok ni pri pacientu, temveč v dekompenzaciji svojcev.

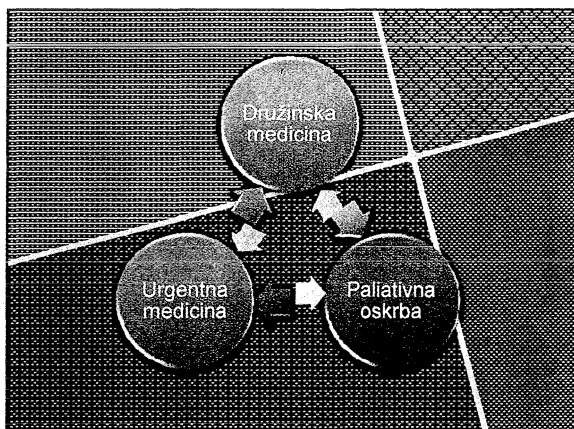
Odločanje

- (Unit of Care) Kvaliteta življenja pacienta neposredno korelira s kvaliteto življenja svojcev, kar naredimo za svojce – pomaga pacientu.
- Prihaja celo do pojava altruizma pri pacientih, ki jih bolj skrbi za družino kot zase ali celo do tega, da jih skrbi za zdravnike.

Sklepi

- 24 urna dosegljivost paliativnih timov, dodatna izobraževanja urgentnih zdravnikov in reševalcev iz paliativne medicine dokazano izboljšajo oskrbo pacientov z nujnimi stanji v paliativni oskrbi.
- Sodelovanje med urgentno in paliativno službo!
- Dajanje ustreznih navodil pacientom in svojcem.
- Izdelati načrt ob eventualnem poslabšanju stanja (pomen družinske medicine - „advanced-care-planning“).





Ob 3:40 kličejo svojci za 88 letno gospo. ki ne more spati.
 Je dementna.
 Daj časa težave z nespečnostjo, zadnje dni naj bi tožila zaradi bolečin.
 Pred tednom dni je bila še popolnoma pokretna.
 Prejšnji dan je bila hčerka pri IOZ, ki je dodatno k obstoječi terapiji (Torendo Q-Tab 0,5 mg 2x1) predpisal še Fluzepam 15 mg zvečer.





URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

pri bolniku z rakom

Maja Ebert Moltara
Onkološki inštitut Ljubljana

URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

Kaj je paliativna medicina?

Paliativna medicina je sestavni del paliativne celostne oskrbe bolnikov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Njen glavni cilj je doseganje čim boljše kakovosti življenja bolnika. (WHO)

URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

Kaj so urgentna stanja?

Nujna stanja so vsa stanja, ki zahtevajo hitro ukrepanje, saj je pri njih ogroženo zdravje ali celo življenje bolnika.

Glavni cilj ukrepov: podaljšanje življenja.

Ali v paliativni medicini obstajajo urgentna stanja?

Kaj so urgentna stanja v paliativni medicini?

Urgentna stanja v paliativni medicini so stanja, ki bolniku z neozdravljivo, napredovalo boleznijo zmanjšujejo kvaliteto življenja, ali občutno skrajšujejo predvideno preživetje. (ESMO)



OSNOVNI ALGORITEM ODLOČANJA:

1. Splošno stanje bolnika
2. Prognoza bolezni
3. Spremljajoča obolenja
4. Trenutni simptomi
5. Oceni učinkovitost/toksičnost zdravljenja oz. ukrepov, ki so na voljo
6. Želje bolnika in svojcev



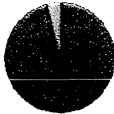
URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI:

- ZLOMI IN KOMPRESIJA HRBTENJAČE
- AKUTNA DISPNEA
- OBSTRUKCIJA ZGORNJE VENE KAVE
- KRVAVITEV
- HIPERKALCEMIJA
- PERIKARDIALNI IZLIV
- MONTJE CZS (DELIRIJ, EPILEPTIČNI NAPADI)
- BOLEČINA
- AKUTNA IZGUBA FIZIOLOŠKIH FUNKCIJ




URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

BOLEČINA



35-96%

• pomemben vpliv na počutje bolnika !!!




URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

PRIKAZ PRIMERA:

46-letna bolnica z metastatskim malignim melanomom, meta: jetra, kosti, ČS (po RT), ki se zdravi na OI dobro leto dni z dvema redoma kemoterapije, pride na pregled k osebnemu zdravniku zaradi 24h ur trajajočih bolečin v križu, ob tem je prisotno tudi mravljinčenje v stopalih. Voda in blato je redno odvajala.

Kakšno ukrepanje je potrebno?

- Gre za paliativno bolnico, zato hitri ukrepi niso potrebni
- Gre za urgentno ukrepanja saj gre za vprašanje življenja ali smrti
- Gre za urgentno stanje
- Gre se za pričakovan kroničen potek napredovale rakave bolezni




URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

PRIKAZ PRIMERA:

46-letna bolnica z metastatskim malignim melanomom, meta: jetra, kosti, ČS (po RT), ki se zdravi na OI dobro leto dni z dvema redoma kemoterapije, pride na pregled k osebnemu zdravniku zaradi 24h ur trajajočih bolečin v križu, ob tem je prisotno tudi mravljinčenje v stopalih. Voda in blato je redno odvajala.


- RTG ledvene hrbtenice
- Napotitev v zdravstveno ustanovo, kjer imajo možnost nujne MRI preiskave
- Proti-bolečinska terapija
- Anti-edematozna terapija s kortikosteroidi
- Ocena stanja bolezni bolnice, njene želje



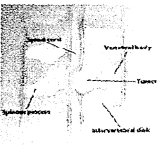
URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

KOMPRESIJA HRBTENJAČE

Najpogostejše pri raku pljuč, dojke, prostate, ščitnice, ledvice in pri plazmicitomu




5% bolnikov z rakom



ETIOLOGIJA:

- metastaze v hrbtenici (90%)
- vraščanje tumorske mase v hrbtenični kanal (redkeje)



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

KLINIČNA SLIKA:

- bolečina (83-95%)
- oslabelost spodnjih okončin
- motnje v uriniranju in odvajanju blata
- manjši ali večji senzorični/motorični nevrološki izpadi

POGOSTO SPREGLEDAN!!!

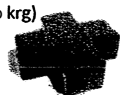


URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

ZDRAVLJENJE

**Ukrepano TAKOJ !!!
(reverzibilne okvare od 24-48h)**

- bolnik mora do kirurškega posega/RT strogo ležati
- sum potrdimo z MRI hrbtenice
- protibolečenska terapija, zaščita želodčne sluznice, urinski kateter, profilaksa GVT
- kortikosterodi:
8mg/12h iv (tudi ves čas RT, oz. do krg)
- KIRURŠKA STABILIZACIJA
- in/ali OBSEVANJE



PROGNOZA:

- 80-100% pokretnih pred Th ostane takšnih tudi po
- le 2-6% paraplegičnih pred Th po Th shodi
- 20-40% bolnikov z urinskim katetrom, le tega ne potrebuje več
- hitrejši razvoj pareze napoveduje slabši izhod

POMEMBNA ZGODNJA DIAGNOZA!!!



OSNOVNI ALGORITEM ODLOČANJA:

1. Splošno stanje bolnika
2. Prognoza bolezni
3. Spremljajoča obolenja
4. Trenutni simptomi
5. Oceni učinkovitost/toksičnost zdravljenja oz. ukrepov, ki so na voljo
6. Želje bolnika in svojcev



PRIKAZ PRIMERA:


46-letna bolnica z metastatskim malignim melanomom, meta: jetra, kosti, CZS (po RT), ki se zdravi na OI dobro leto dni z dvema redoma kemoterapije, pride na pregled k osebnemu zdravniku zaradi 24h ur trajajočih bolečin v križu, ob tem je prisotno tudi mravljinčenje v stopalih. Vodo in blato je redno odvajala.

Bolnica je bila ležeča pripeljana na pregled na OI 5 dni po začetku težav. Bolnica je takoj prejela analgetike in kortikosteroide. Na dan sprejema je opravila MRI hrbtenice, ki je pokazal difuzno prizadetost hrbtenice s patološko frakturo Th8. Dan po sprejemu je pričela z obsevanjem. Kljub ukrepom se je stanje nevroloških izpadov slabšalo vse do parapareze. Odpuščena je bila domov z urinskim katetrom, vezana na posteljo.



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI



OBSTRUKCIJA ZGORNJE VENE KAVE



- rak pljuč
- limfomi
- drugi raki
- benigni
- neznano


ETIOLOGIJA:

- pritisk okolice
- intraluminalna tromboza
- intravaskularno vraščanje tumorja





URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

KLINIČNA SLIKA:



- dispnea, občutek utapljanja
- oteklina vratu in obraza, edemi rok
- vrtoglavica, sinkope
- možganski edem, glavobol
- cianoza, nabrekle vratne vene
- podkožne venske kolaterale na prsnem košu

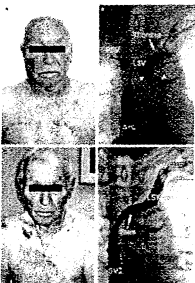



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

ZDRAVLJENJE:

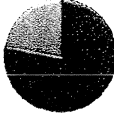
Glede na tip primarnega tumorja:

- kortikosteroidi
- obsevanje
- kemoterapija
- stentiranje
- simptomatsko urejanje simptomov


URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

(AKUTNA) DISPNEA

Def.: subjektivni občutek težkega dihanja  21-78%

ETIOLOGIJA:

- pulmonalna insuficienca (metastaze, plevralni izliv, obstrukcija dihalnih poti)
- kardiovaskularna (srčno popuščanje)
- akutna anemija
- keheksija
- fiziološki stres


OB REVERZIBILNIH VZROKIH USTREZNO UKREPAJ!!!
OB IREVERZIBILNIH VZROKIH UKREPAJ Z
MEDIKAMENTOZNO SIMPTOMATSKO
TERAPIJO! 

URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

OBSTRUKCIJA DIHAL


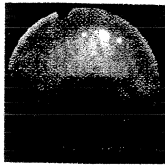
Najpogosteje pri raku glave in vratu, limfomih, pljučih.


- klinična slika
- možnosti intenzivnega zdravljenja:
 - stentiranje,
 - brahiterapija,
 - traheostomija.



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

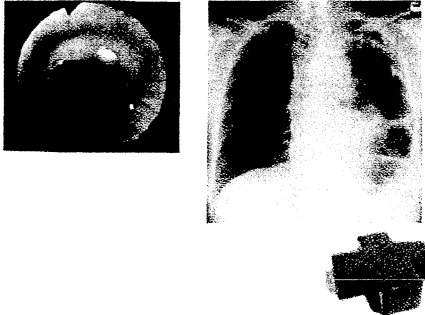
OBSTRUKCIJA DIHAL



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

OBSTRUKCIJA DIHAL



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

OBSTRUKCIJA DIHAL

Najpogosteje pri raku glave in vratu, limfomih, pljučih.

- klinična slika
- možnosti intenzivnega zdravljenja:
 - traheostomija,
 - brahiterapija,
 - stentiranje.

Bolnik naj sodeluje pri odločitvah o uporabi invazivnih metod zdravljenja, zato se je potrebno **pravočasno pogovoriti** o možnih zapletih napredovanja bolezni in možnostih ukrepanja!

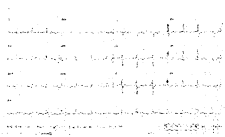
URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

PERIKARDIALNI IZLIV

Najpogosteje pri raku pljuč, dojke, limfomih in levkemijah.


KLINIČNA SLIKA:

- dispnea
- kašelj
- ortopnea
- vrtoglavica
- tahikardija s hipotenzijo



ZDRAVLJENJE:

- perikardiocenteza
- perikardialna sklerozacija
- perikardiektomija
- balonska perikardiotomija



OSNOVNI ALGORITEM ODLOČANJA:

1. Splošno stanje bolnika
2. Prognoza bolezni
3. Spremljajoča obolenja
4. Trenutni simptomi
5. Oceni učinkovitost/toksičnost zdravljenja oz. ukrepov, ki so na voljo
6. Želje bolnika in svojcev



KRVAVITEV



30% hematoloških rakov

Kadarkoli, kjerkoli...

Velike vratne žile:

Mediastinalne velike žile:

Mezenterična velike žile:

A/V subklavija:

A/V femoralis:

tumorji vratu in glave

tumorji požiralnika

tumorji prebavnega trakta

tumorji dojke

tumorji male medenice

Klinična slika:



KRVAVITEV

Hemodinamska stabilizacija, transfuzija sveže zmrznjene plazme ali trombocitov ($<10 \times 10^9/L$).

Ostali ukrepi, ki so na voljo:

- lokalna kompresija
- endoskopska hemostatična terapija
- hemostiptično obsevanje
- angiografska embolizacija



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

OSNOVNI ALGORITEM ODLOČANJA:

1. Splošno stanje bolnika
2. Prognoza bolezni
3. Spremljajoča obolenja
4. Trenutni simptomi
5. Ocení učinkovitost/toksičnost zdravljenja oz. ukrepov, ki so na voljo
6. Želje bolnika in svojcev

Dodatni paliativni ukrepi:
 paliativna sedacija, temna posteljnina, pogovor s svojci

URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

HIPERKALCEMIJA

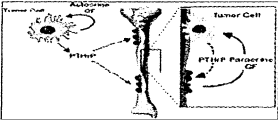

koagulan Ca (mmol/L) = izmerjeni Ca (mmol/L) - 0,025 x albumin (g/L) + 1

10-20%


Najpogosteje pri nedrobnoceličnem raku pljuč, raku dojke, multiplm mielomu (40-50%), raku glave in vratu in T-celičnem limfomu

ETIOLOGIJA:

80% paraneoplastično sproščanje peptida podobnega PTH
 20% drugo (neposredna destrukcija kosti z metastazami, povečano izločanje kalcitriola – metabolita vitamina D3)





URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI



KLINIČNA SLIKA:

- slabost, bruhanje, zaprtje
- žeja, poliurija
- dehidracija
- zmedenost
- nevrološke motnje
- srčne aritmije



UKREPI:

1. SPLOŠNI - odstraniti Ca iz prehrane, korigirati fosfor
2. HIDRACIJA z 0,9% fiziološko raztopino (vsaj 2000ml)
3. KALCIUREZA – po ustrezni hidraciji lahko stimuliramo s furosemidom
4. BISFOSFONATI – po ustrezni hidraciji

- odgovor lahko pričakujemo v 2-4 dneh
- 60-90% bolnikom se kalcij normalizira med 4.-7.dnevom
- normokalcemija traja 1-3 tedne
- bisfosfonati v obliki tablet in IV aplikacij



ZLOMI

ETIOLOGIJA:

- kostne metastaze
- osteoporoza
- poškodba



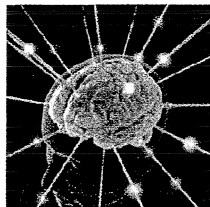
ZDRAVLJENJE:

- zunanja/notranja fiksacija
- obsevanje
- bisfosfonati



akutne MOTNJE CZS

- delirij
- epileptični napadi

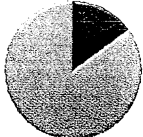



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

EPILEPTIČNI NAPADI

- možganske metastaze
- karcinoma mening
- primarni tumorji CŽS
- metabolne motnje (hiponatremija, hiperkalcemija, uremija)
- toksičnost zdravil
- akutna krvavitev v CŽS

10-15%
paliativnih bolnikov

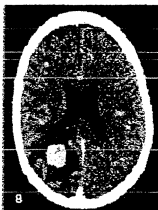




URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

ZDRAVLJENJE:

- bolnika zavaruj,
- položaj za nezavestnega
- praviloma so napadi kratki

AKUTNO ZDRAVLJENJE
benzodiazepini


URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

BENZODIAZEPINI:

Diazepam (IV, rektalno):
 APAURIN® - ampula 10mg/2ml
 STESOLID® - rektalna suspenzija 5mg ali 10mg

Midazolam (IV, SC, v 24h SC črpalki):
 DORMICUM® } ampule:
 MIDAZOLAM ACCORD® } 5mg/5ml, 5mg/ml, 1mg/ml
 MIDAZOLAM TORREX® }

akuten epileptični napad:
 Diazepam: 5-10mg IV/PR } po 10min lahko ponovimo
 Midazolam: 5mg IV/SC } ponovimo lahko 3x



ZDRAVLJENJE:

- *bolnika zavaruj*
- položaj za nezavestnega
- praviloma so napadi kratki

**AKUTNO ZDRAVLJENJE**
benzodiazepini

STATUS EPILEPTICUS – bolnišnična oskrba
benzodiazepini + fenitoin
benzodiazepini + propofol

KRONIČNO ZDRAVLJENJE

Antiepileptiki: levetiracetam (KEPPRA® - PE)
karbamazepin,
lamitrigine,...



ZDRAVLJENJE BOLNIKA V FAZI UMIRANJA:

Akutno
midazolam 5mg sc
ali
diazepam 10mg rektalno

Vzdrževalno:
midazolam 20-30mg sc v 24h podkožni črpalki



DELIRIJ

Je nespecifična globalna disfunkcija povezana z zmanjšano stopnjo zavesti, pozornosti, zmožnosti razmišljanja, zaznavanja, čustvovanja, motenega spomina in ciklusa dan/noč.

Lahko je prvi kazalec težke poti umiranja.



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

DELIRIJ

20-44% ob sprejemu na PO

28-45% med hospitalizacijo na PO

68%-90% pred smrtjo

URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

VZROKI:

Običajno več hkrati.

- močno napredovala osnovna bolezen
- polifarmacija (opioidi, antiholinergiki, steroidi,...)
- infekt
- negativna ali pozitivna tekočinska bilanca
- elektrolitske motnje
- zaprtje, retenca urina
- odtegnitveni sindrom
- možganski zasevki ali primarni tumor
- motnje zaznavanja (slepota, gluhost)

URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

ZDRAVLJENJE:

- v prvi vrsti zdravimo vzrok

NEFARMAKOLOŠKI UKREPI:
orientacija v času in prostoru, redno gibanje, reden ritem spanja, stabilno okolje, preveri odvisnosti, urejanje tekočinske bilance in elektrolitov, seznanitev bolnika in svojcev z naravo in zdravljenjem delirija...

FARMAKOLOŠKI UKREPI:
Prva linija:
Haloperidol (HALDOL®): 0,5 -2mg 2-3x dnevno

Druga linija:
Benzodiazepini (lorazepam, midazolam)
Atipični nevroleptiki (olanzepin, risperidon, lev...

DELIRIJ



- je **drugi najpogostejši** razlog za napotitev v PO
- je **reverzibilen v 40%** primerov bolnikov z napredovalo boleznijo.
- učinkovito zdravljenje izboljša kvaliteto življenja umirajočemu in mu omogoča komuniciranje z okolico in družino ter soodločanje pri za bolnika pomembnih odločitvah tudi v zadnjih dneh življenja



OSNOVNI ALGORITEM ODLOČANJA:

1. Splošno stanje bolnika
2. Prognoza bolezni
3. Spremljajoča obolenja
4. Trenutni simptomi
5. Oцени učinkovitost/toksičnost zdravljenja oz. ukrepov, ki so na voljo
6. Želje bolnika in svojcev



OCENA PREŽIVETJA !!!



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

Dejavniki, ki nam lahko služijo pri oceni časa preživetja:

FUNKCIONALNO STANJE


PS po WHO
Karnofsky status

SIMPTOMI

Dispnea
Anoreksija
Keheksija
Delirij
Ascites

LABORATORIJ

CRP
Levkocitoza
Limfopenia
Serumski albumini
LDH



URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

PAP score (paliative prognostic score)

Dyspnoea	
No	0
Yes	1
Anorexia	
No	0
Yes	1.5
Karnofsky performance status	
30%	0
10-30%	2.5
Clindier's estimate of survival (weeks)	
>12	0
11-12	2
7-10	2.5
5-6	4.5
3-4	6
1-2	8.5
Total white cell count	
<5	0
6-11.0	0.5
>11	1.5
Lymphocyte percentage	
20-40%	0
12-19.5%	1
<12%	2.5

30-days survival probability:

0 - 5,5	> 70%
5,6 - 11	30-70%
11,5 - 17,5	< 30%

URGENTNA STANJA V PALIATIVNI MEDICINI

Paliative Performance Index (PPI)

Factor	Partial score
PPS 10-20%	4
PPS 30-50%	2.5
PPS >50%	0
Delirium	4
Dyspnoea at rest	3.5
Oral intake mouthfuls or less	2.5
Oral intake reduced but more than mouthfuls	1
Oral intake normal	0
Oedema	1

Ocena preživetja:

<2.0:	greater than 6 weeks
2.0-4:	3-6 weeks
>4.0:	less than 6 weeks

Sindromi raka

- Anoreksija, kaheksija (3 meseci)
- Metastaze v centralnem živčnem sistemu (3 mesece)
- Maligni izliv (8 tednov)
- Terminalni delirij (nekaj ur, do dni)



ZNAKI UMIRANJA pri bolniku z rakom
(povzeto po Liverpool Clinical Pathway)

- Bolnik vezan na posteljo
- Tekočino lahko uživa le po požirkih
- Bolnik je semi komatozen
- Ne more več zaužiti tablet

izpolnjena naj bi bila vsaj 2 kriterija izmed 4



Končni cilj vsakega zdravljenja naj bo ali izboljšanje prognoze ali udobja, počutja bolnika oz. splošnega stanja bolnikovega zdravja.

Zdravljenje, ki ne dosega takšnega izboljšanja, je neučinkovito, neustrezno, nepotrebno.

Maja Ebert Moltara, e-mail: mebert@onko-i.si



Odločitve ob koncu življenja v luči prava – stanje v Sloveniji

Prof. dr. Jože Balažic
Inštitut za sodno medicino MF UL
Katedra za sodno medicino in deontologijo MF UL

Zdravnikov smerokaz ob koncu bolnikovega življenja

- Kodeks medicinske deontologije
- Zdravstvena zakonodaja
 - Zakon o zdravstveni dejavnosti
 - Zakon o zdravniški službi
 - Zakon o pacientovih pravicah
- Kazenski zakonik (KZ-1)
- Smernice ob koncu življenja (v dokončnem sprejemanju)



Kako pomagati trpečemu bolniku?

- Evtanzija
- Pomoč pri samomoru
- Spoštovanje vnaprej izražene volje
- Preprečevanje in lajšanje trpljenja – paliativna oskrba



Vnaprej izražena pacientova volja – 34. čl. ZPacP

- Ena izmed pomembnih pacientovih pravic v Sloveniji – nova pravica
- Velja izključno za polnoletnega in opravižno popolnoma sposobnega pacienta
- Pravni predpis daje pacientu pravico, da uveljavi svojo voljo o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, ko ni sposoben dati veljavne privolitve

Kdaj?

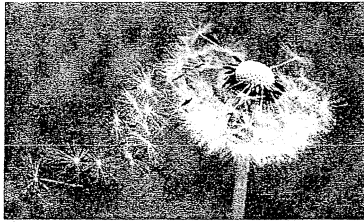
- *"bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt ljudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanja zdravja ali lajšanja trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje".*
- Tako stanje v medicini imenujemo „terminalno stanje“ ali umirajoči bolnik
- V tem primeru je taka pacientova volja za zdravnika **OBVEZUJOČA**
- Razen, če obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical
- Tudi dvom, da bi bil pacient na kakršen koli način v to prisiljen ali je bil ob podpisu zmanjšano prišteven (vinjen, pod vplivom zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi)

Samo smernica za zdravnika

- *"če bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase".*
- Le smernica pri odločanju o zdravljenju

Home palliative care services

Experience from Germany



Katharina Rockmann
Specialised palliative home care (PALLIAMO)

Germany at a glance...

- 82 Mio inhabitants
- 850.000 die / year (10,5 %)
- 250.000 die from malignancy
- ≈500.000 would require / benefit from palliative care services!



- 357.000 „active“ doctors
- 500.000 hospital beds
(2% palliative care)
- 18,6 Mio patients in hospital / yr



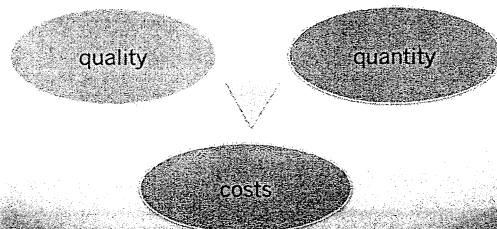
Numbers are rising.....

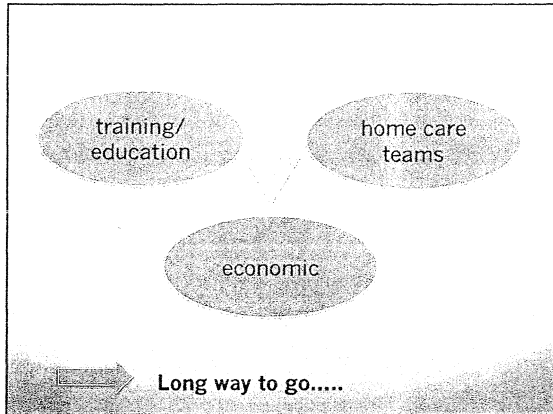


....costs as well.....



Palliative care services What do we need?

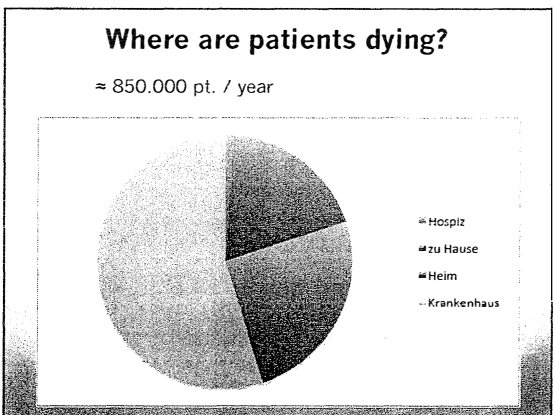




...what happened so far...

- **1967:** Foundation of **St. Christopher's Hospice** in London by Cicely Saunders
- **1983:** **First Palliativ Care unit (Cologne)**
- **1985:** First volunteer hospice team „**Christopherus Hospizvereins**“ in Munich
- **1986:** **First hospice (Aachen)**
- **1994:** **National association:** „**Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**“

- **1997:** **Curriculum Palliative care** for medical students, doctors, nurses, socialworker and pastors. **Textbook palliative care**
- **2004:** “palliative care” recognised as **subspecialty**
- **2007:** Right to have access to **SAPV (specialised ambulatory palliative care) = specialised palliative home care teams**

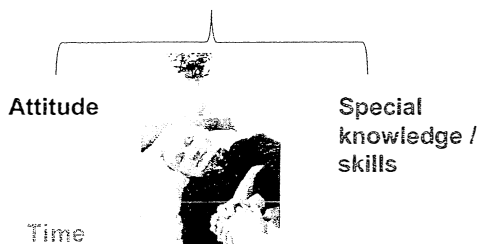


- Who is looking after palliative patients?**
- GP 's and oncologists
 - no palliative training /education required!
 - if special knowledge / skills are required:
 - referral to **Specialised palliative care teams** (palliative care units, hospices, home teams (SAPV))

Why doesn't this always work ?

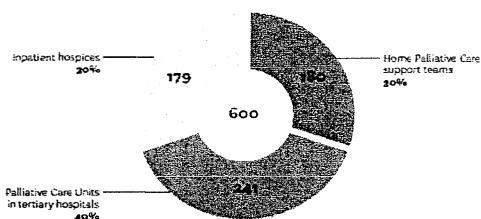
- GP's often work overloaded
- no regular home visits
- after hours?
- lack of experience / knowledge
- lack of time

What do we need?



→specialised multiprofessional team !

Palliative care services in Germany



Plus: volunteer hospice teams >1300

Palliative Care specialists

- acknowledged subspecialty since 2004
- every specialist can qualify
- 1 year full time working experience or theoretical course (200 hrs.)
- oral exam

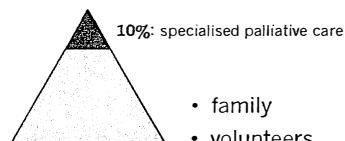
2005: 101 palliative care specialists

2011: 6415 palliative care specialists

6 full professors / chairs in PC
(Aachen, Bonn, Erlangen, Göttingen, Cologne, Munich)




Palliative home care



- GP
- oncologist
- nursing service
- physiotherapist
- family
- volunteers
- pastoral care

**„What is specialised palliative home care“
(SAPV)**

physiotherapists


Palliative care specialist  PC nurses

pastors volunteers social worker

„...mobile palliative care unit“

Who is eligible?

- advanced, progressive disease
- complex symptoms, difficult to control
- special knowledge/ skills required!

• „let nature takes it's course“ 

- want to stay at home
- supportive relatives

**Specialised palliative home care
(SAPV)**

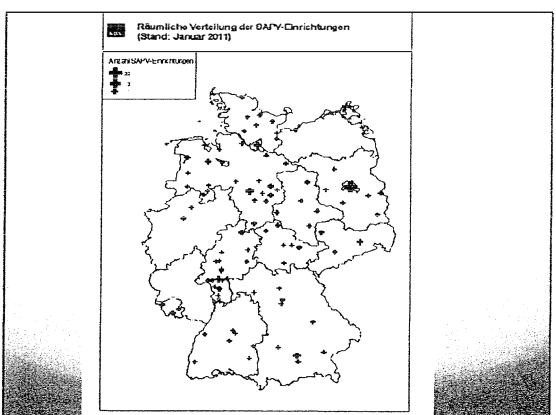
- Per law: **1 team per 150.000** inhabitants
- GP needs to refer pt. (still cooperation!)
- Only home visits (nursing home)
- Doesn't replace nursing services

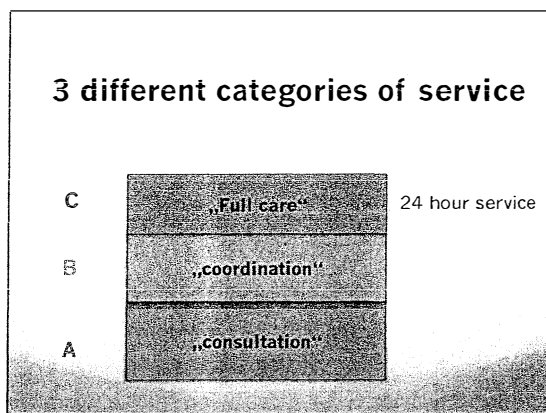
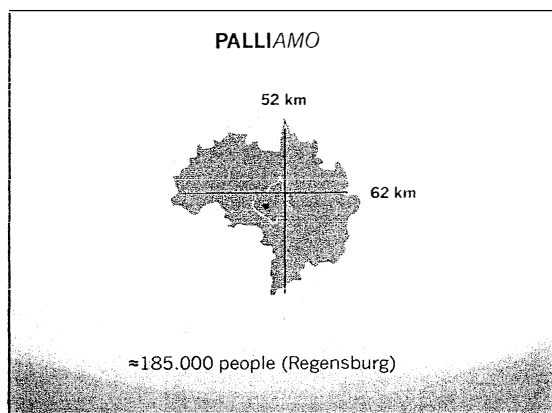
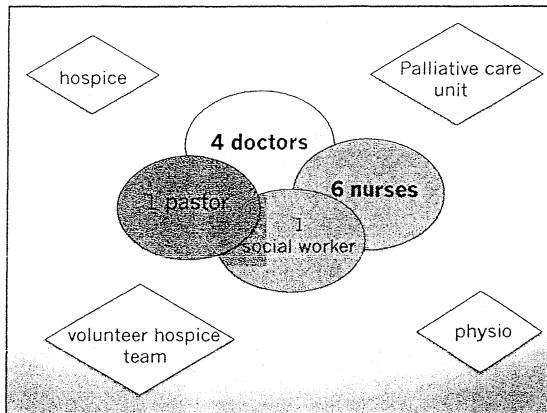
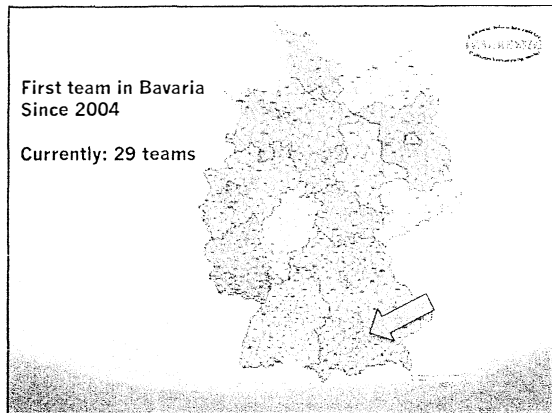
**Specialised palliative home care
(SAPV)**

- limited liability companies (Ltd)
- registered co-operative
- maybe linked to hospitals
- **health care professionals need to have specialised in PC**

Funding (SAPV)....

- funded by public health insurances (since 2007)
- federal states may have different model contracts
- >50 Mio. € / yr in Germany (2013)
- = 0,02% of health expenses





funding

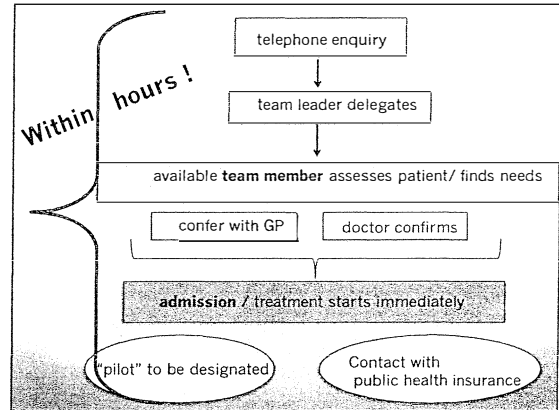
- Consultation (A) and coordination (B):
 - **250 € per visit** (max. 250 € / day)
- Full service (C): fixe rate of **250 € per day**

symptom control

- pain (syringe driver)
- nausea / vomiting (gastric tube)
- breathlessness
- wounds
- anxiety / depression
- terminal agitation (palliative sedation)

...a few numbers....

- 2013: **250 patients** (≈25 at times)
- average duration of care: **11 days** (1-154) (all died)
- **12,3 visits** /patient
- average visiting time **56 minutes** !
- 83% died at home
- **98% place of death = favored place**



Example

- A.F. 47 years, female, vulva carcinoma
 - massive pain (intravenous syringe driver)
 - smelling, infected wounds
 - ischemic leg, necrotic, mummified
 - refused any therapy / admission
 - refused to talk about dying and death
- Husband and daughter unable to cope

What did we do?

- frequent home visits (twice a day)
- medication adapted to pain daily
- syringe driver (via port-a-cath): 900mg morphine, 250 mg s-ketamin, midazolam.....
- smelling: metronidazole, chlorophyll, coffee beans....
- reassure husband and daughter
- guide them, tell them what will happen next
- died peacefully at home with daughter and husband present

Example

- G.D. 85 years, female, pancreatic carcinoma
 - complete intestinal obstruction, untreatable vomiting
 - refused gastric tube
 - wanted to die in dignity at home
 - has had everything sorted out

What did we do?

- daily visits
- syringe driver (subcutaneously): butylscopolamine, morphine, dexamethasone...
- demanded palliative sedation (day 5): midazolam, levomepromazine
- reassure daughter in law
- died peacefully day 8

Our strenghts



- healthy team !
- „pilot“ system: one team member is in charge of patient
- time!
- „let nature takes it`s course“
- after hours service
 - (aim: prevent unnecessary ambulance / hospital admissions)

....difficulties....



- **teamwork:**
Communication, supervision
- **medically:**
pain, adverse reactions...
- **socially:**
family not supportive
- **ethically:**
fluids, nutrition, sedation, treatment....

pittfalls



- area to cover ?
- specially trained staff required
- financial aspects (seed capital, risk management)
- abuse (criteria for admission)

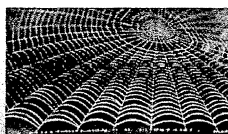
Outlook....

- Palliative care education is needed at three levels:

1. **basic palliative care training** for all health professionals;
2. **intermediate training** for those routinely working with patients with life-threatening illnesses;
3. **specialist palliative care training** to manage patients with more than routine symptom management needs.



- education / training = create closer network!
- enhances Quantity and quality!
- saves costs !



Thank you for your attention!

KONCEPT KOMPLEKSNOСТИ BOLEČINE

Asist. mag. Mateja Lopuh, dr.med.
spec. anest. in reanim.,
Center za interdisciplinarno zdravljenje
bolečine in paliativno oskrbo
SB Jesenice

BOLEČINO JE POTREBNO ZDRAVITI

- ⊙ Posvet v Državnem svetu: deklaracija o zdravljenju bolečine, osnova za nacionalni program
- ⊙ Podatki SZO: 20% kronično bolečino
- ⊙ Slovenija 200.000
- ⊙ 60-90% bolnikov z rakom poroča o hudi bolečini
- ⊙ 43% rakavih bolnikov neustrezna zdravila
- ⊙ Huda bolečina razlog za slabše učinkovito paliativno oskrbo

VZROKI ZA NEZADOSTNO LAJŠANJE BOLEČINE

- ⊙ Zdravila
- ⊙ Medicinsko osebje
- ⊙ Bolniki in svojci
- ⊙ Zdravstveni sistem
- ⊙ Indikator: poraba opioidnih zdravil na bolnika na leto
DDD: defined daily dose
Slovenija 28 mg /2009

PRIMER 1

- ⊙ Bolnik ima predpisano dolgodelujoče opioidno zdravilo, zdravilo za nevropatično bolečino, rešilno zdravilo, periferni analgetik
- ⊙ Izvemo, da je zaužil 20 tbl rešilnega zdravila v dveh dneh
- ⊙ ????
- ⊙ The amount of opioids you prescribe is inversely proportional to your skill. (Fisher)

PRIMER 2

- ⊙ Bolnik z rakom glave trebušne slinavke; dolgodelujoči opioid, rešilno zdravilo
- ⊙ Ob redni kontroli izvemo, da žena gospodu zdravila ne daje, zdi se ji, da je to strup in da ga bo s tem ubila

PRIMER 3

- ⊙ Bolnica s KOPB, sprejeta v bolnišnico ne toži za bolečinami. Bolečina se pojavi v trenutku, ko gre gospa domov.
- ⊙ Izvemo, da gospa živi z oslabeлим možem
- ⊙ Skrb za oba je negotova

KAJ LAHKO SPREMENIMO?

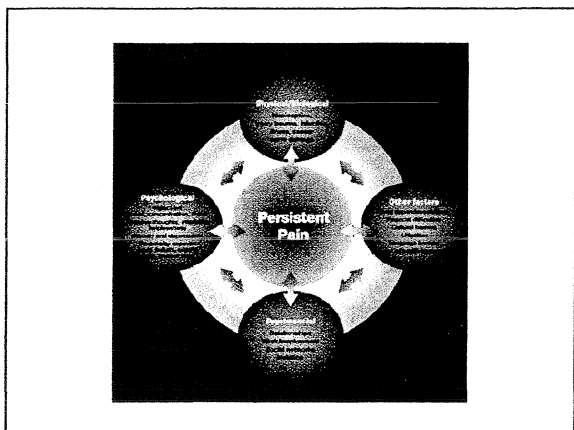
- ⊙ Ocenjevanje bolečine (lestvice, poročanje)
- ⊙ Iskanje vzrokov bolečine
- ⊙ Bolnikova anamneza (osebna zgodba, ključni členi)
- ⊙ Pain body (Tolle)
- ⊙ 'potreba' po bolečini
- ⊙ Ali je bolečina vedno nekaj slabega?
- ⊙ Dodatne razsežnosti rakave bolečine
- ⊙ Zaupanje v zdravila (opioidofobija)

OCENJEVANJE BOLEČINE

- ⊙ Kaj nam povedo klasične lestvice ?
- ⊙ Kako prevedemo 'bolnikov jezik' v predpisovanje zdravljenja
- ⊙ Kaj je za bolnika pomembno ?

BIOPSIHOSOCIALNI MODEL BOLEČINE - ELEMENTI BOLEČINE

- ⊙ Telesna bolečina
- ⊙ Socialna bolečina
- ⊙ Psihična bolečina
- ⊙ Duhovna bolečina
- Model se lahko uporabi za vse oblike bolečine



KJE DELUJEJO ANALGETIKI ?

- Z analgetiki zdravimo telesno bolečino.

POJEM TRPLJENJA

- Različni bolniki
- Pomembne so njihove vrednote
- Vloga svojcev

POSKUS ZDRUŽENJA POSAMEZNIH ELEMENTOV

- ⊙ Lestvica za ocenjevanje rakave bolečine po Edmontonovi
- ⊙ Napovedna vrednost: čas do doseganja stabilne bolečine

mehanizem bolečine, prebijajočo bolečino, psihološko obremenitev bolnika, kognitivni upad in anamnestične podatke o zlorabi opioidnih zdravil

NESPREJEMANJE OPIOIDNEGA ZDRAVLJENJA

- ⊙ Bolniki se bojijo odvisnosti, neželenih učinkov in izčrpanja terapije
- ⊙ Upad kognitivnih funkcij: 1/3 bolnikov, ki so prejeli več kot 400 mg morfina so imeli težave
- ⊙ Najbolj opazen je upad pri bolnikih s pljučnim rakom
- ⊙ Kurita et al. Cognitive dysfunction in cancer patients. J of Clinical Oncology, feb.

PREMAGOVANJE OPIOIDOFBIJE

- ⊙ Bolniko mora v zdravilo verjeti, to mu mora koristiti v tolikšni meri, da je pripravljen vzeti v zakup neželene učinke
- ⊙ Natančna poučenost bolnika in njegovih svojcev
- ⊙ Sprotno lajšanje neželenih učinkov
- ⊙ Postopno zviševanja odmerkov opioidnih zdravil
- ⊙ Redno predpisovanje odmerkov za prebijajočo bolečino
- ⊙ Vključiti vse druge načine lajšanja bolečine, da je odmerek opioidnih zdravil kar najnižji

NEMEDIKAMENTOZNO ZDRAVLJENJE BOLEČINE

- ⊙ Akupunktura
- ⊙ Aromaterapija
- ⊙ Biofeeddback
- ⊙ Hipnoza
- ⊙ Meditacija
- ⊙ Sproščanje
- ⊙ Glasba - musikament
- ⊙ TENS, fizikalne metode

ZDRAVLJENJE BOLEČINE OB KONCU ŽIVLJENJA

- ⊙ Akutno ukrepanje
- ⊙ V zadnji fazi bolezni NE uvajamo obližev
- ⊙ Predpisujemo zdravila, ki hitro delujejo
- ⊙ Izberemo zanesljivo pot vnosa

ZAKLJUČEK

- ⊙ Bolečina pri rakavih bolnikih presega telesno bolečino
- ⊙ Umetnost njenega lajšanja se kaže v celostnem pristopu k bolniku in njegovi družini
- ⊙ Sprotno razreševanje vseh skrbi in preprečevanje strahu je ključ do uspeha
- ⊙ Bolniki 'potrpijo' mnogo več, če zaupajo medicinskemu osebju

Prepoznavanje in ukrepanje v zadnjih dnevih življenja

Na stičišču – paliativna oskrba in urgentna služba
Jernej Benedik

Life is pleasant. Death is peaceful. It's transition that's troublesome. – Isaac Asimov

▶ 2

Resnice in definicije

- ▶ Vsi bomo umrli le 1x.
- ▶ Človek ne more dajati/jemati življenja, lahko ga le podaljšuje ali skrajšuje.
- ▶ **Medicinska neučinkovitost** (angl. medical futility) pomeni, da naj bo "končni cilj vsakega zdravljenja izboljšanje prognoze, udobja, bolnikovega počutja ali splošnega stanja njegovega zdravja. Zdravljenje, ki ne dosega takšnega izboljšanja, naj se obravnava kot nekoristno, nepotrebno."

Winter SM. Terminal Nutrition: Framing the Debate for the Withdrawal of Nutritional Support in Terminally Ill Patients. Am J Med. 2000 Dec 15; 109 (9): 723-6.

▶ 3

Definicija PO – WHO (2013):

- ▶ Svetovna zdravstvena organizacija (2013) definira paliativno oskrbo (PO) kot pristop, ki izboljšuje kakovost življenja bolnikov in njihovih bližnjih, ki se soočajo s težavami zaradi življenja ogrožajoče bolezni.
- ▶ To dosega s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja z zgodnjim odkrivanjem in popolno oceno in zdravljenjem bolečine ter ostalih telesnih, psiho – socialnih in duhovnih težav.

▶ 4

Definicija PO – WHO (2013):

- ▶ Ključni elementi paliativne oskrbe so:
 - ▶ Lajšanje bolečine in ostalih simptomov, ki povzročajo trpljenje.
 - ▶ Spoštovanje življenja in sprejemanje umiranja kot normalni proces.
 - ▶ **Ne pospešuje smrti, niti je ne zavlačuje.**
 - ▶ Nudi sistem podpore bolniku, ki omogoča, da bolnik živi kar se da aktivno do smrti.
 - ▶ Nudi sistem podpore bližnjim, ki omogoča bližnjim, da lažje shajajo s smrtno boleznijo svojca in jim nudi ohrabritev.
 - ▶ Timski pristop pri naslavljanju potreb bolnika in bližnjih, vključno z ohrabrevanjem, če je to potrebno.
 - ▶ Zboljšati kakovost življenja in pozitivno vplivati na potek bolezni.
 - ▶ Zgodnja vključitev v poteku bolezni skupaj z ostalimi načini zdravljenja z namenom podaljšanja bolezni (kot sistemsko zdravljenje in zdravljenje z obsevanjem) ter raziskave, ki omogočajo boljše razumevanje in obravnavo težkih kliničnih zapletov.

▶ 5

Definicija PO – državni program PO 2010:

- ▶ Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč bolnikom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja.
- ▶ PO ni opredeljena z določenim obolenjem, starostjo bolnika, njegovim prepričanjem in podobnim, temveč temelji na oceni stanja bolnika s katerokoli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih.

▶ 6

Definicija PO (državni program PO 2010):

- ▶ PO se lahko začne že zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja.
- ▶ PO zagotavlja spoštovanje veljavnih etičnih in pravnih norm: človekove pravice, pravice bolnikov in umirajočih.

▶ 7

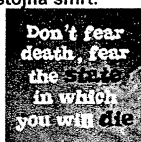
Resnice in definicije

- ▶ **Umiranje** je proces neustavljivega in nepopravljivega rušenja notranjega ravnotežja v telesu, ki privede do stanja, ko življenjski procesi niso več možni. Delovanje vitalnih organov se zmanjšuje, nato povsem odpovedo.
- ▶ **Smrt** je nepopravljiv in dokončen konec vseh življenjskih procesov. Telo umre.

▶ 8

Resnice in definicije

- ▶ **Oskrba ob koncu življenja:**
 - ▶ Ne ustrezen izraz: terminalna faza.
 - ▶ PO, ko je smrt blizu (nekaj dni do dveh tednov). V telesu potekajo fiziološki procesi umiranja.
 - ▶ Cilj je spokojna, neboleča in človeka dostojna smrt.



▶ 9

Ključne točke

- Spoštovanje človekovih pravic umirajočega
- Ocena preživetja
- (Pravočasna) vključenost družine
- Prepoznavanje umiranja
- Oskrba umirajočega (nepretrgana?)
- Klinična pot oskrbe umirajočega?
- Skrb za žalujoče?

▶ 10

Človekove pravice umirajočega

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

Dolžnosti?

▶ 11

Ključne točke

- Spoštovanje človeških pravic umirajočega
- Ocena preživetja
- Pravočasna vključenost družine
- Prepoznavanje umiranja
- Oskrba umirajočega
- Klinična pot oskrbe umirajočega?
- Skrb za žalujoče

▶ 12

Znaki bližajoče se smrti

- ▶ Dihalni gibi čeljustnice - 8 ur pred smrtjo
- ▶ Akrocianoza - 5 ur pred smrtjo
- ▶ Odsotnost radialnih pulzov - 3 ure pred smrtjo
- ▶ Motena zavest:
 - ▶ 84% 24 ur pred smrtjo
 - ▶ 92% 6 ur pred smrtjo
- ▶ Hropenje - 48 ur pred smrtjo
(pri manj kot polovici bolnikov)

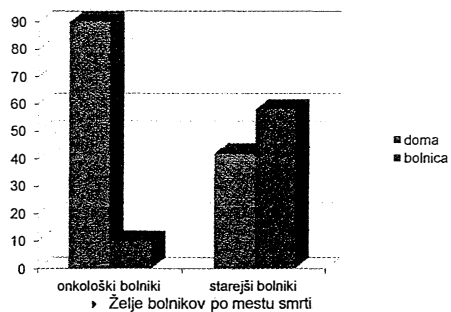
▶ 19

Ključne točke

- Spoštovanje človeških pravic umirajočega
- Ocena preživetja
- Pravočasna vključenost družine
- Prepoznavanje umiranja
- Oskrba umirajočega
- Klinična pot oskrbe umirajočega?
- Skrb za žalujoče

▶ 20

Oskrba umirajočega



▶ 21

Oskrba umirajočega

- ▶ Poslabšanje telesnih funkcij in zmožnosti opravljanja vsakodnevnih opravil:
 - ▶ Izguba samostojnosti, pokretnosti, osebna higiena,...
 - ▶ Nevarnost padcev.
 - ▶ Prilagajanje okolice bolnikovim zmožnostim.

- ▶ Predvideti izgubo refleksov:
 - ▶ Požiranje.
 - ▶ Zmožnost zapiranja oči.
 - ▶ Inkontinenca.

▶ 22

Oskrba umirajočega

- ▶ Nezmožnost zauživanja preko ust:
 - ▶ Pomemben vir stisk pri bolniku in SVOJCIH.
 - ▶ Naraven potek procesa umiranja.
 - ▶ Pomisliti na reverzibilne vzroke (prekomerna sedacija).

- ▶ Poslabša se komunikacija:
 - ▶ Nezavestni vse sliši (vključenost v pogovor).
 - ▶ Domače okolje.
 - ▶ Dotik.
 - ▶ Dovoljenje da umre.

▶ 23

Oskrba umirajočega

- ▶ Prezemanje vloge odločanja:
 - ▶ Bolnik pogosto ni več zmožen odločanja – dodatno breme za svojce.
 - ▶ Predvideti zmanjšano možnost komuniciranja!

- ▶ Odločitev o oživiljanju:
 - ▶ Pomen vnaprejšnje volje in pravočasne priprave!

- ▶ Pri raku je potek umiranja najbolj predvidljiv; umiranje lahko traja dalj časa.

- ▶ Vsi bomo umrli samo 1x (ni popravnih izpitov).

▶ 24

Oskrba umirajočega

- ▶ Izbira poti vnosa zdravil:
 - ▶ Predpostaviti, da bo p.o. pot izgubljena!
- ▶ Pravočasna izbira ne p.o. poti vnosa zdravil:
 - ▶ Hranilna sonda:
 - Če je že vstavljena, je lahko zelo uporabna.
 - Tablete lahko zdrobimo, preparati v obliki tekočin.
 - ▶ Rektalno:
 - Redkeje uporabljamo (prednost s.c., preko sluznic...) – svečke.
 - Pozor zaprtje (črevo mora biti prazno).
 - ▶ Nazalno, bukalno:
 - Hiter učinek.
 - Lahko samo majhne količine (1 ml).

▶ 25

Oskrba umirajočega

- ▶ Pravočasna izbira ne p.o. poti vnosa zdravil:
 - ▶ Transdermalno:
 - Majhen nabor zdravil.
 - ▶ Subkutano:
 - Pot izbora.
 - Na voljo veliko zdravil (tudi diuretiki, antibiotiki?!).
 - ▶ Intravenozno:
 - Ni vedno možna.
 - Ni primerna za oskrbo na domu.
 - Če že prisotna pred odstranitvijo pretehtamo morebitno korist (epileptični napadi,...).

▶ 26

Oskrba umirajočega

- ▶ Zdravila, ki jih ukinemo:
 - ▶ Bifosfonati
 - ▶ Zdravila za osteoporozo
 - ▶ Hipolipemiki
 - ▶ Antiaritmiki
 - ▶ Antihipertenzivi
 - ▶ Antibiotiki
 - ▶ Antidepresivi
 - ▶ Vitamini
 - ▶ Heparini..

▶ 27

Oskrba umirajočega

- ▶ Ključna (obvezna) zdravila, ki jih ohranimo:
 - ▶ Analgetiki (opioidov ne ukinjamo).
 - ▶ Antiemetiki (prednost Reglan s.c. – ne kombinirati s Haldolom).
 - ▶ Sedativi, anksiolitiki (brez aktivnih metabolitov, NE dva na enkrat – midazolam, lorazepam).
 - ▶ Antiholinergiki (preprečevanje hropenja - Buscopan 20 mg s.c./6 – 8 ur, max. 120 mg/dan).
 - ▶ Antipiretiki

▶ 28

Oskrba umirajočega

- ▶ Simptomi v zadnjih 3 dneh življenja:

- ▶ 80% utrujenost
- ▶ 50% huda dispneja
- ▶ 40% hude bolečine
- ▶ Ostalo:
 - delirij (disfunkcija CŽS pri vseh)
 - suha usta
 - anoreksija
 - inkontinenca
 - nespečnost
 - preležanine



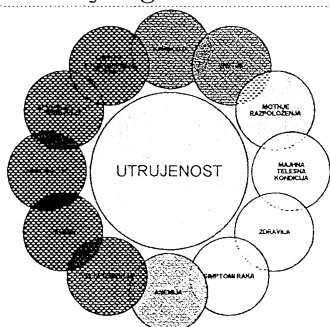
▶ 29

Oskrba umirajočega

- ▶ Utrujenost:
 - ▶ V času umiranja je večina dejavnikov ireverzibilnih.
- ▶ Splošni ukrepi:
 - ▶ Svetovanje, psihoterapija, delovna terapija.
 - ▶ Zdravila (kortikosteroidi, megesterol acetat,...)
- ▶ Specifični ukrepi:
 - ▶ Usmerjeni v zmanjševanje dodatnih dejavnikov (anemija, kaheksija, okužba,...)

▶ 30

Oskrba umirajočega



▶ 31

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

▶ Dispneja:

- ▶ Spremembe v dihanju so odraz nevrološke okvare, ki nastopi ob bližajoči smrti.
- ▶ Razvoj hiperkapnije povzroči zožitev zavesti, ki je v tem primeru dobrodejna.
- ▶ Dodajanje kisika v tem obdobju bolniku ne koristi.
- ▶ Nefarmakološki ukrepi so enako učinkoviti kot kisik.

▶ 32

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

▶ Dispneja:

▶ Nefarmakološki ukrepi:

- Pravočasna priprava bolnika na pojav dispneje.
- Sprememba položaja bolnika: dvig vzglavja, sedeči položaj.
- Povečanje pretoka zraka: odprte okna, vrat, ventilator (zmanjša občutek dispneje preko stimulacije trigeminalnega živca).
- Tehnike sproščanja in distrakcija.
- Vlaženje zraka: še posebej pri bolnikih z zelo motečim kašljem.
- Ostali ukrepi: omejimo število oseb v bolnikovi sobi, zmanjšamo temperaturo v prostoru, bolnik naj ima prost pogled na okolico, poučimo in podpiramo svojce.

▶ 33

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

▶ Dispneja:

- ▶ Opioidi:
 - ▶ Dokazano učinkoviti.
 - ▶ Odmerjanje: 25 - 50% štiriurnega odmerka (pri 60 mg/dan = 2,5 - 5mg).
 - ▶ Začetni odmerek: 2,5 - 5 mg, pri 2 - 3 odmerkih v 24 urah uvedemo redne odmerke.
- ▶ Ob prestrašenosti midazolam, lorazepam ali levomepromazin (Nozinan 2,5 mg/8 ur s.c.).
- ▶ Usmerjeno zdravljenje:
 - ▶ Pretehtati!!
 - ▶ Plevralna punkcija, kortikosteroidi (ob sy. zg. vene cave, zapori bronha), transfuzija pri anemiji, antibiotiki pri okužbi.

▶ 34

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

▶ Bolečina:

- ▶ Oteženo prepoznavanje pri nezavestnih.
- ▶ Manj pogosta kot v zgodnejših fazah.
- ▶ Osnovni principi zdravljenja ostajajo enaki. Dolgo delujoče preparate zamenjamo za kratko delujoče v rednih odmerkih.
- ▶ Transdermalnih obližev ne odstranjemo.
- ▶ Ob anuriji lahko preidemo na odmerjanje p.p., če so izpolnjeni predpogoji (možnost prepoznavanja bolečine, strokovna usposobljenost).

▶ Pogosto zamenjana za delirij.....

▶ 35

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

▶ Delirij:

- ▶ Vsi umirajoči imajo znake disfunkcije CŽS.
- ▶ Ločimo tri podtipa delirija:
 - ▶ Hiperaktivni (se najlažje prepozna, a je najredkejši ~15%).
 - ▶ Hipoaktivni (spregledan v 80%, lahko razlog nenadnega postabšanja).
 - ▶ Mešani.
- ▶ Lahko ga zamenjamo z bolečino (stokajoči bledež).

▶ 36

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

- ▶ Nemir in delirij:
 - ▶ Benzodiazepini:
 - ▶ Midazolam, lorazepam.
 - ▶ Zdravilo izbora za hiperaktivni delirij je midazolam 2,5 mg s.c./15 – 20 min. do umiritve ali 1-2 mg i.v. (pozor zelo kratek razpolovni čas!).
 - ▶ Nevroleptiki:
 - ▶ Nozinan 2,5 - 5 mg s.c./6 – 8 ur (lahko do 300 mg/dan; paradoksn delirij!)
 - ▶ Haldol 2,5 mg s.c./6 – 8 ur (za slabost nižje doze)

▶ 37

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

- ▶ Nadomeščanje tekočin:
 - ▶ Izkušnje pri dializnih bolnikih (85% "lepa smrt" brez intervencij).
 - ▶ Dehidracija je "zaželena" – uremija in hiperosmolarni sindrom povečata izločanje endorfinov.
 - ▶ Manjša potreba po diuretikih!! pri s.c. dajanju.
 - ▶ Ne vpliva na občutek žeje in na suha usta (vlaženje ust!).
 - ▶ NI BLAGODEJNA!

▶ 38

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

- ▶ Ukrepi za lajšanje simptoma suhih ust:
 - ▶ Vlaženje – voda (led).
 - ▶ Spodbujanje izločanja sline.
 - ▶ Uporaba umetne sline.
 - ▶ Uporaba masla, margarine, rastlinskega olja.
 - ▶ Ananas.
- ▶ Glicerinski proizvodi in ustna voda z alkoholom niso primerni.
- ▶ Nega kože (cilj je udobje).

▶ 39

Oskrba umirajočega (CILJ: lepa smrt)

▶ Hranjenje:

- ▶ 97% bolnikov NI LAČNIH!
- ▶ Stradanje ima blagodejni učinek (ketoza).
- ▶ Ni dokazov, da podaljšuje življenje, povzroča pa stranske učinke.
- ▶ Brez posebne zahteve bolnika NI ETIČNO!
- ▶ Etični zadržki!

▶ 40

Zapleti umetnega hranjenja

Zapleti parenteralnega hranjenja	Zapleti enteralnega hranjenja	Oboje
<ul style="list-style-type: none"> - hidrotoraks - pneumotoraks - sepsa - vnetje vstopnega mesta - venska tromboza 	<ul style="list-style-type: none"> - vznemirljivost - epistaksa - nekroza nosnega hrustanca - aspiracijska pljučnica - zapora dihalnih poti - vnetje nazofarinksa in/ali požiralnika - striktura požiralnika - zapora črevesja - napihnjenost želodca - slabost, bruhanje, driska 	<ul style="list-style-type: none"> - hiperglikemija, - hiperkalcemija - hipofosfatemija, - hipomagnesemija - aketotični hiperosmolarni sindrom - steatoza jeter, - steatohepatitis - intrahepatična holestaza, - holelitiza - akalkulozni holecistitis, - žolčni drobir

▶ 41

Priporočila

- ▶ Vsi umremo le 1x – cilj oskrbe umirajočega je lepa smrt.
- ▶ Vključevanje svojcev z nasveti kako nuditi pomoč je lahko zelo koristno.
- ▶ Vedno pretehtamo med tistim kar je možno in tistim, kar je v resnici smiselno (medicinska futiliteta).
- ▶ Umetna hrana in hidracija nista etični brez izrecne zahteve bolnika.
- ▶ Če je le možno, bolnika ne premeščati.

▶ 42

Še nekaj povezav..

- ▶ http://www.hospicenet.org/html/dying_guide.html
- ▶ http://www.hospicenet.org/html/what_you_need.html
- ▶ http://www.hospicenet.org/html/help_yourself.html

▶ 43

Na stičišču svetov

Mateja Lopuh dr.med
Jelena Vilman dr.med

Urgenca



- 29.09.2014 klic svojcev preko 112
- Bolnica 60 let
- Epidermoidni Ca desni spodnji pljučni reženj T4N3M1b, meta kosti, CŽS
- AH,DM tip2, Hiperlipidemija, St po histerektomiji in adneksektomiji (Ca materničnega vratu)

- Klic: gospa neodzivna, KS 23, nekaj dni odklanja hrano in pijačo, ima bolečine
- Odpustno pismo OI 23.09.2104: paliativno obsevanje: glava, L kolk, St.po infektu (Tazocin,Diflukan)
- Kontrola na OI čez 1 mesec
- Terapija ob odpustu:Insulin, Sevredol, Codilek, Dexa, Clexane...

- Ob prihodu urgentne ekipe je gospa nekontaktibilna, sluznice izsušene, reagira na bolečino, RR 80/45, fr pulza 104, Sat 89% brez dodanega kisika, KS 11, koncentriran urin v urinski vrečki. Temp 36,9
- Zenici enaki, leno reagirata na osvetlitev, vratne vene prazne
- Nad pljuči posamezni piski in poki v ekspiriju, bazalno desno zamolklinea
- Trebuh mehak, lena peristaltika
- Okončine brez edemov
- Ob premikanju močne bolečine

- Dokumentacija ob pacientu: odpustno pismo OI
- Pogovor s svojci: prestrašeni zaradi spremembe zavesti, seznanjeni z razširjenostjo bolezni pri sorodnici, zaupajo zdravnikovi odločitvi, kako naprej

Razmišljanje urgentnega zdravnika

- Klic je bil preko 112
- Nimam na voljo vseh preiskav- lab, Rtg, CT
- Ali je infekt? Pljuča, Urin? Ali rabi antibiotik? Kateri?
- Ali je možganski edem?
- Kakšen je pacientkin pogled glede nadaljnjega zdravljenja?
- Ali se bom sam pravilno odločil?

Rezultat razmišljanja

- I.v pot: FR 500ml, Dexa 16mg, Piritramid 7,5mg
- Kisik preko nosnega katetra 4l
- Transport v urgenco bolnišnice
- Nelagoden občutek: ALI SEM SE PRAVILNO ODLOČIL ?
- Sprejem novega urgentnega klica : prometna, dva hudo poškodovana

Razmišljanje zdravnika z dodatnim znanjem iz PO - MPT

- Gospa ima močno napredovalo bolezen
- Zdravljenje je izčrpano
- Ali je možno simptom zožene zavesti obravnavati in razrešiti na domu ?
- Ali je bolnica v neposredni življenjski nevarnosti?

Rezultat razmišljanja

- S.c. pot: FR 500ml, Dexa 16mg, MSI 2 mg sc
- Pogovor s svojci: ali obstaja paliativni načrt ?
- Kakšne so bile njene želje, pričakovanja ? Česa se svojci bojijo?
- Kaj bi naredili, če jo peljemo v bolnišnico?
- Kakšne možnosti ima v domačem okolju?

Končne odločitve ?

- Paliativni načrt ne obstaja, svojci ne morejo prevzeti skrbi za gospo – kličemo urgenco
- Paliativni načrt ne obstaja, svojci ne želijo, da gre gospa v bolnico: izdelava načrta za obvladovanje simptomov
- PN obstaja – upoštevamo želje gospe in svojcev
- V vsakem primeru svojcem teža odločitve ne sme postati/ostati breme

Idealna situacija

- Svojci poznajo potek bolezni, želje gospe so znane – ne kličejo urgence, ampak paliativni tim
- Obstaja PN, svojci kličejo urgenco, dežurni zdravnik pozna paliativni pristop in jim da podporo ter jih razreši odgovornosti
- Ne obstaja PN, dežurni zdravnik prepozna paliativno situacijo in kliče MPT

Krožno križišče ?

- Two roads diverged in a wood, and I— I took the one less traveled by, And that has made all the difference (robert frost)

Hvala za pozornost
