

ZDRAVNIK IN UMIRANJE

prim. Dean Klančič, dr. med.



Za kaj živimo, če ne za to, da drug drugemu lajšamo življenje?
George Eliot

SMRT

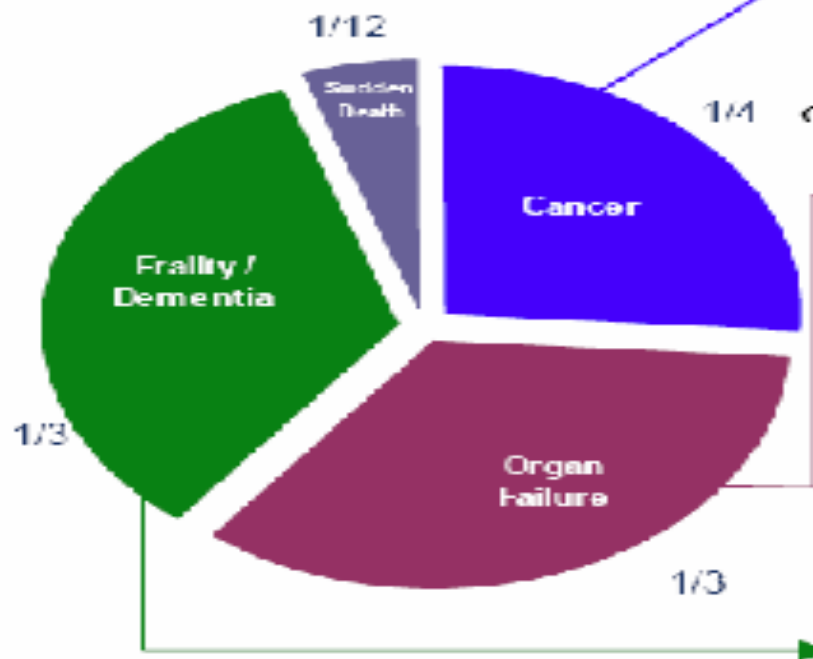
- Smrt je prenehanje življenjske dejavnosti celotnega organizma z nenadnim ali počasnim prenehanjem delovanja enega ali več za življenje pomembnih sistemov (klinična, biološka).

UMIRANJE

- Je bio-psiho-socialni proces, v katerega je vključen bolnik, svojci in širše okolje.
- psihološki vidik
- duhovno-religiozni vidik
- socialno-kulturni vidik
- ekonomski vidik

KRIVULJA PREŽIVETJA

GP's workload - Average 20 deaths/GP/yr
(approximate proportions)



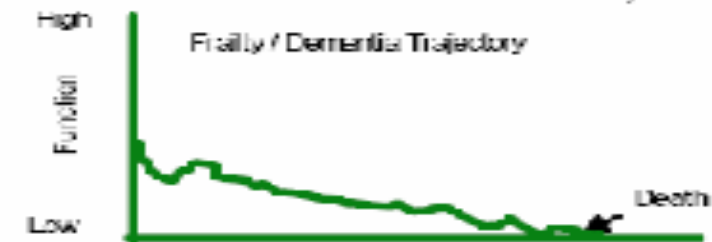
High "Cancer" Trajectory, Diagnosis to Death



Onset of incurable cancer → Time: Often a few years, but decline usually seems ~2 months



Begin to feel deficits, self care → Time ~ 2-5 years, but death usually seems "sudden"



Onset could be deficits in ADL, speech, ambulation → Time -- quite variable -- up to 6-8 years

SMRT IN DRUŽBA

- Živimo v “smrt zanikajoči” ali “smrt izogibajoči” se družbi.
- Spremembe v demografski strukturi in socio-kulturnih značilnosti sedanje civilizacije so botrovale spremembam “vzorcev umiranja”.
- Umiranje je bolj “medicinski problem”.

EPIDEMIOLOGIJA

- V letu 2009 (2.042.335) je v Sloveniji umrlo 18.750 ljudi (9.293 M, 9.457 Ž), kar je pomenilo 9,2 umrlih/1000 prebivalcev (rojenih 10,6/1000) – povpr. starost M 69,9 in Ž 78,8 (74,1)
- Od teh je bilo 52 dojenčkov (2,4/1000 živorojenih).
- V letu 2018 (2.066.880) je umrlo 20.485 ljudi (10.113 M, 10.372 Ž) – 9,9/1000 (rojenih 9,5/1000) – M 74,1 in Ž 81,6
- Od teh 33 dojenčkov (1,7/1000 živorojenih)

**TELESNE TEŽAVE
IN OSLABEOST**

**ČUSTVENI
ODZIVI**

**SOCIALNA
IZOLACIJA**

DUHOVNE STISKE



BOLNIK

- umirajoči (terminalni) bolnik se sooča z nebogljenostjo in nemočjo
- Faze umiranja
 - Zanikanje
 - Jeza
 - Pogajanje
 - Apatija
 - Sprejetje

DRUŽINA

- družina z umirajočim bolnikom je v hudi stiski in zelo ranljiva!
- strah, negotovost, nepoučenost, občutek krivde, spremenjeni medsebojni odnosi, spremenjeni odnosi z okoljem, nove naloge
- trdnost družine
- ravnovesje - notranje in navzven

DRUŽINA

- nove vloge
- novi vzorci odločanja
- novi vzorci obnašanja (združevanje, umikanje, stiska, tesnoba, zbolevanje....)

DRUŽINA

- Obdobje žalovanja je ciklični proces.
- prvo obdobje žalovanja - akutno (2 tedna)
- drugo obdobje žalovanja - telesni in duševni znaki (3 - 6 mesecev)
- tretje obdobje žalovanja - sklepno (1 leto)

Vedeti, razumeti, sprejeti...

- Biti seznanjen s časom smrti in razumeti, kaj se lahko pričakuje.
- Imeti dostop do informacij in strokovnih virov vseh vrst.
- Imeti možnost hospic oskrbe.

END – OF – LIFE CARE: DIAGNOZA UMIRANJA

- VEZAN JE NA POSTELJO
- TEKOČINO LAHKO UŽIVA LE PO POŽIRKIH
- IMA MOTNJE ZAVESTI/JE SEMIKOMATOZEN
- NE MORE VEČ ZAUŽITI TABLET

PRISOTNA VSAJ DVE OD NAVEDENIH
DEJSTEV

END – OF – LIFE CARE: PROGNOZA

- PPI (PPS, delirij, dispneja ob mirpvanju, edemi, vnos hrane per os – **ocena preživetja v tednih**)
- PaPO (dispneja, anoreksija, Karnofsky, zdravnikova ocena preživetja v tednih, levkociti, limfociti – **verjetnost 30-dnevnega preživetja**)

DO 6 MESECEV

Lestvica telesne zmogljivosti po Karnofskem

100 %	normalna aktivnost, brez simptomov
90 %	Normalna aktivnost, blažji simptomi
80 %	Normalna aktivnost s trdom, simptomi
70 %	Nesposobnost opravljanja normalnih aktivnosti, še sposobnost skrbeti zase
60 %	Potrebna občasna pomoč, skrbi za osebne potrebe
50 %	Potrebna znatna pomoč in pogosta medicinska oskrba
40 %	Nesposoben, posebna oskrba in pomoč
30 %	Težka nesposobnost, potrebna neprestana oskrba
20 %	Zelo prizadet, potrebna je aktivna neprestana oskrba
10 %	Proces umiranja
0 %	smrt

PPS v. 2 – Paliativna lestvica telesne zmogljivosti

PPS (%)	Mobilnost	Aktivnost	Prisotnost bolezni	Samooskrba	Vnos hrane	Nivo zavesti
100 %	polna	normalna, brez znakov bolezni	Brez bolezni	polna	normalen	polna
90 %	polna	normalna, min. znaki bolezni	Blaga prisotnost bolezni	polna	normalen	polna
80 %	polna	Normal./trud, min. zn. Bol.	Blaga prisotnost bolezni	polna	Normalen ali zmanjšan	polna
70 %	zmanjšana	Zmanjšana, ne zmore dela/sl.	Blaga prisotnost bolezni	polna	Normalen ali zmanjšan	polna
60 %	Zmanjšana	Zmanjšana, ne zmore h.o./hob.	Pomembna prisotnost bolezni	Občasno potrebuje pomoč	Normalen ali zmanjšan	Polna ali zmedenost
50 %	Večino presedi ali preleži	Nesposobnost za delo, napred. Bol.	Razširjena bolezen	Pogosto potrebuje pomoč	Normalen ali zmanjšan	Polna/zaspanost z ali brez zmeden
40 %	Večino preleži	Nesposobnost za delo, napred. Bol.	Razširjena bolezen	Večinoma potrebuje pomoč	Normalen ali zmanjšan	Polna/zaspanost z ali brez zmeden
30 %	Večino preleži	Nesposobnost za delo, napred. Bol.	Razširjena bolezen	Popolna pomoč	zmanjšan	Polna/zaspanost z ali brez zmeden
20 %	Večino preleži	Nesposobnost za delo, napred. Bol.	Razširjena bolezen	Popolna pomoč	Samo požirki po žličkah	Polna/zaspanost z ali brez zmeden
10 %	Večino preleži	Nesposobnost za delo, napred. Bol.	Razširjena bolezen	Popolna pomoč	Samo ustna nega in vlaženje ust	Zaspanost/koma z ali brez zmeden
0 %	Večino preleži	Nesposobnost za delo, napred. Bol.	Razširjena bolezen	Popolna pomoč	Samo ustna nega in vlaženje ust	Zaspanost/koma z ali brez zmeden

PPS v. 2 - interpretacija

PPS (%)	Preživetje
50	~ 90 dni
40	~ 50 dni
30	~ 30 dni
20	~ 20 dni
10	~ 10 dni

PPI – Paliativni prognostični indeks

Kriterij	Ocena	Točke	Seštevek	Preživetje v tednih
PPS ocena	>50% 30 – 50% 10 – 20%	0 2,5 4		
Delirij	Ne Da	0 4		
Dispneja ob mirovanju	Ne Da	0 3,5		
edemi	Ne Da	0 1		
Vnos hrane per OS	Normalen >En grizljaj <En grizljaj	0 1 2,5		
			<4	>6tednov
			4,5 -6	<6tednov
			>6	<3tedne

PaPO – Paliativna prognostična ocena

Kriterij	Ocena	Točke	Seštevek	30-dnevno preživetje
Dispneja	Ne	0		
	Da	1		
Anoreksija	Ne	0		
	Da	1,5		
Karnofsky	30%	0		
	12 – 20%	2,5		
Zdravikova ocena preživetja v tednih	>12	0		
	11 – 12	2		
	7 – 10	2,5		
	5 – 6	4,5		
	3 – 4	6		
	1 - 2	8,5		
Levkociti	Enako ali <8,5	0		
	8,6 – 11	0,5		
	>11	1,5		
Limfociti	20 – 40%	0		
	12 – 19,9%	1		
	<12%	2,5		
			0 – 5,5	>70%
			6 – 11	30 – 70%
			11,5 – 17,5	<30%

Ocenjevanje bolnika na domu: INHOMESSS

- **Immobility** - pokretnost, sposobnost za aktivnosti in opravila

- **Nutrition** - stanje, navade, živila
- **Home environment** - varnost, zasebnost udobje
- **Other people** - oskrbovalci
- **Medication** - katera, kdaj, kako, kdo, sodelovanje bolnika
- **Examination** - klinični pregled, postopki in medicinski ukrepi
- **Safety** - varovalne naprave, stopnice
- **Spiritual Health** - vera, ideologija, stališča, nazor
- **Services** - dostopnost organiziranih dejavnosti ali služb

Lajšati, dodajati, izpuščati...

- Biti sposoben kontrolirati dogajanja.
- Zdraviti bolečino in druge simptome in znake.
- Biti sposoben odnehati, ko pride čas za to in ne nesmiselno podaljševati čas življenja.

Sprejemati, dajati.....

- Zagotoviti dostojanstvo in zasebnost.
- Imeti dostop do duhovne in emocionalne podpore, ki je potrebna.
- Biti sposoben sprejeti cilje in ukrepe, ki zagotavljajo spoštovanje bolnikovih želja.

Odtujenost, varnost...

- Imeti možnost izbire in nadzora mesta smrti.
- Imeti možnost odločati kdo je prisoten in kdo deli z bolnikom konec.
- Zagotoviti čas za zadnje slovo in kontrolirati čas.

KONCEPT “DOBRE SMRTI”

- 12 PRINCIPOV KONCEPTA “DOBRE SMRTI” (**Age Concern 1999**), ki so jih po definiranju podprli mnogi strokovnjaki.
- Razvijali so ga sociologi, antropologi, psihologi (**Field 1989, Glaser and Strauss 1965, Kellehear 1990**).

KONCEPT “DOBRE SMRTI”

- Temelji na spoznanju, da smrt ni en dogodek, ampak vrsta dogodkov (**McNamara et al 1994**).
- Je proces kompleksnih odnosov in dejanj, ki se odvijajo skozi čas (**Payne et al 1996**).
- Razvijali so ga sociologi, antropologi, psihologi (**Field 1989, Glaser and Strauss 1965, Kellehear 1990**).

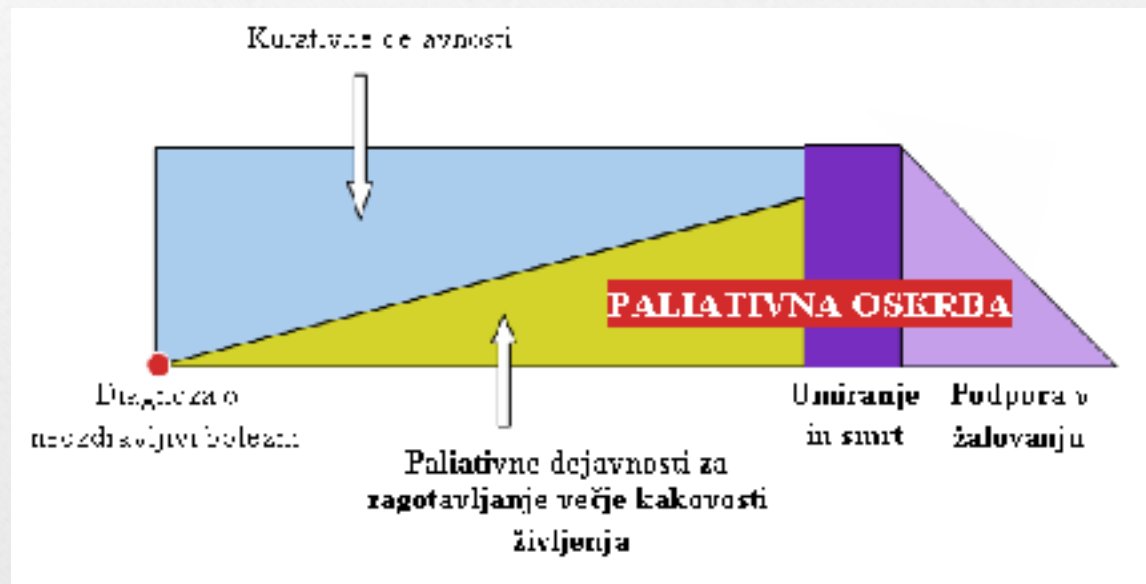
ČEMU

Ključni cilji so lažjanje simptomov, vzpostavljanje čim večje kakovosti življenja do smrti in podpora v procesu izgube.

(EAPC – European Association of Palliative Care:

White Paper on standards
and norms for hospice and
palliative care in Europe)

Obdobje paliativne oskrbe





Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICt)



Use the SPICt to identify people with one or more advanced, progressive, incurable conditions; or at risk of dying of a sudden, acute deterioration for assessment and care planning.

1. Look for two or more general clinical indicators of deteriorating health

Performance status poor

needs help with personal care, in bed or chair for 50% or more of the day).

Two or more unplanned hospital admissions in the past 6 months.

Weight loss (5 - 10%) over the past 3 - 6 months and/or body mass index < 20.

Persistent, troublesome symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).

A new event or diagnosis that is likely to reduce life expectancy to less than a year.

Lives in a nursing care home or NHS continuing care unit, or needs care at home.

2. New look for clinical indicators of advanced conditions

Advanced heart/vascular disease

N/HA/Class IV/VI heart failure, or extensive coronary artery disease

- breathless or chest pain at rest or on minimal exertion.

Severe, inoperable peripheral vascular disease.

Advanced respiratory disease

Severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or severe pulmonary fibrosis

- breathless at rest or on minimal exertion between exacerbations.

Meets criteria for long-term oxygen therapy (PaO₂ < 7.3 kPa).
Has needed ventilation for respiratory failure.

Advanced kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min).

Kidney failure as a recent complication of another condition or treatment.

Stopping dialysis.

Advanced liver disease

Advanced cirrhosis with one or more complications in past year:

- ascites resistant to acetate
- hepatic encephalopathy
- hepatorenal syndrome
- bacterial peritonitis
- recurrent variceal bleeds

Serum albumin < 25g/l, INR prolonged (INR > 2).

Liver transplant is non-indicated.

Advanced cancer

Functional ability deteriorating due to progressive metastatic cancer.

Too frail for oncology treatment due to advanced multimorbidity or advanced cancer.

Advanced neurological disease

Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.

Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive dysphagia.

Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.

Advanced dementia/ frailty

Unable to dress, walk or eat without help.

Eating less; difficulty maintaining nutrition.

Urinary and faecal incontinence.

Progressive weakness, fatigue, frailty.

Unable to communicate meaningfully; little social interaction.

Frequent falls, falls.

Recurrent falls/spit-ups or incontinence; aspiration pneumonia.

3. Ask

Would it be a surprise if the patient died in the next 6-12 months?

No

4. Assess and plan

Assess the patient & family for unmet needs.

Review treatment / care plan, and medication.

Discuss and agree care goals with the patient & family.

Consider specialist palliative care referral if symptoms are complex or poorly controlled.

Consider using GP register to coordinate care in the community.

Handover: care plan, agreed levels of intervention, CPR status.

SPICt March 2012

Three triggers for Supportive/Palliative Care - to identify these patients we can use any of the following methods:

- 1. The surprise question** - "Would you be surprised if this patient were to die in the next 6-12 months" - an intuitive question integrating co-morbidity, social and other factors.
- 2. Choice/Need** - The patient with advanced disease makes a **choice** for comfort care only, not 'curative' treatment, or is in special **need** of supportive / palliative care.
- 3. Clinical indicators** - Specific indicators of advanced disease for each of the three main end of life patient groups- cancer, organ failure, elderly frail/ dementia (see over)



KAJ PA ZDRAVNIK ?

- KONSULTANT
- TERAPEVT
- PODPORA

KAJ PA ZDRAVNIK ?

- PROCES SPREJEMA
- PROCES OSKRBE
- PROCES OB POKOJNEM
- PROCES ŽALOVANJA

SMRT JE MODROST

..... življenja

..... o življenju

..... za življenje

„Tragedija življenja ni smrt,
temveč tisto, kar pustimo umreti,
medtem ko živimo.“

Norman Cousins