

Filozofia i zasady opieki
paliatywnej.
Opieka nad umierającym

Małgorzata Krajnik
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej
CM UMK

Tematy

1

- Scenariusze umierania. Opieka nad umierającym..

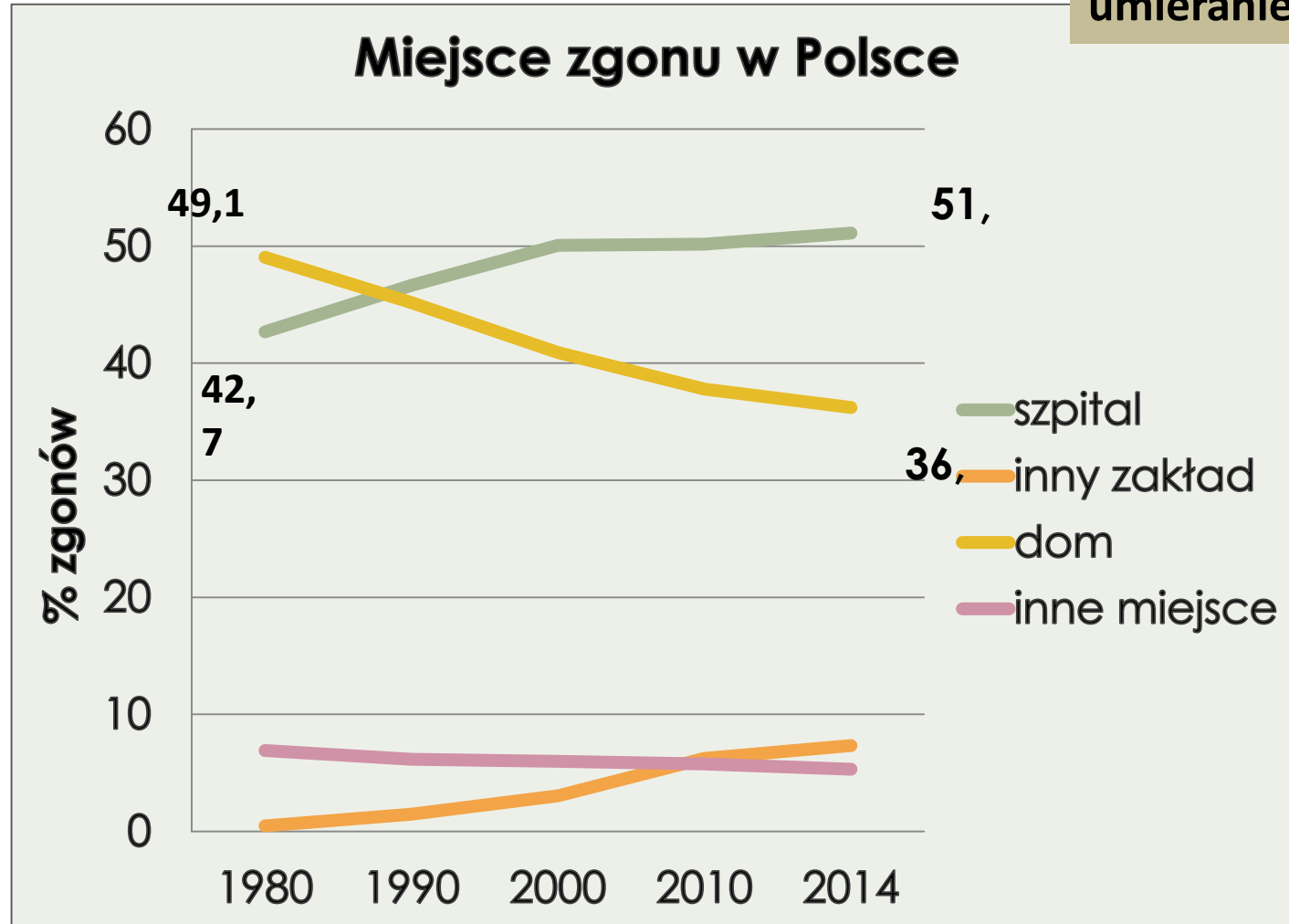
2

- Język umierających

Tematy

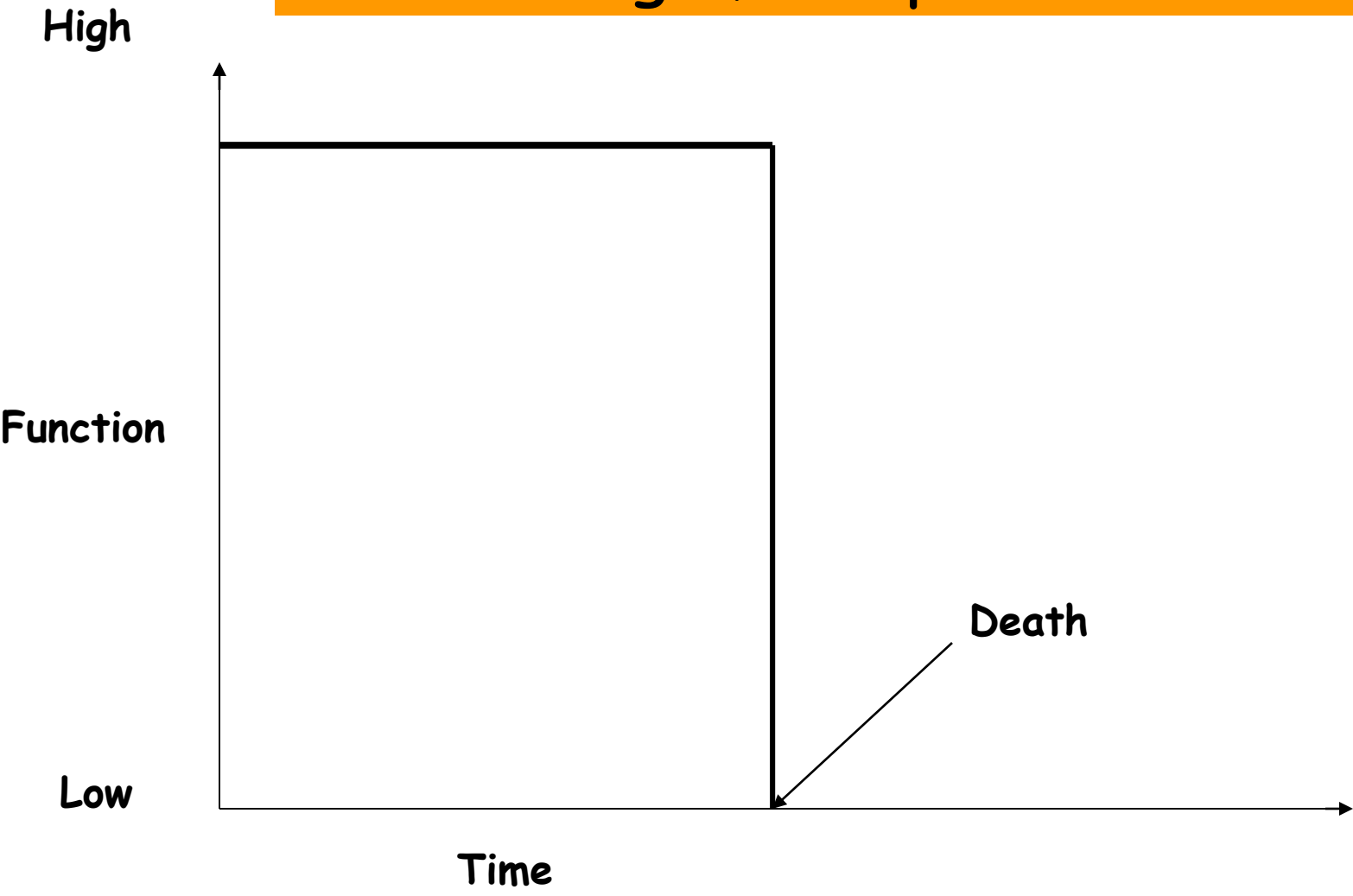
1

- Scenariusze umierania. Opieka nad umierającymi

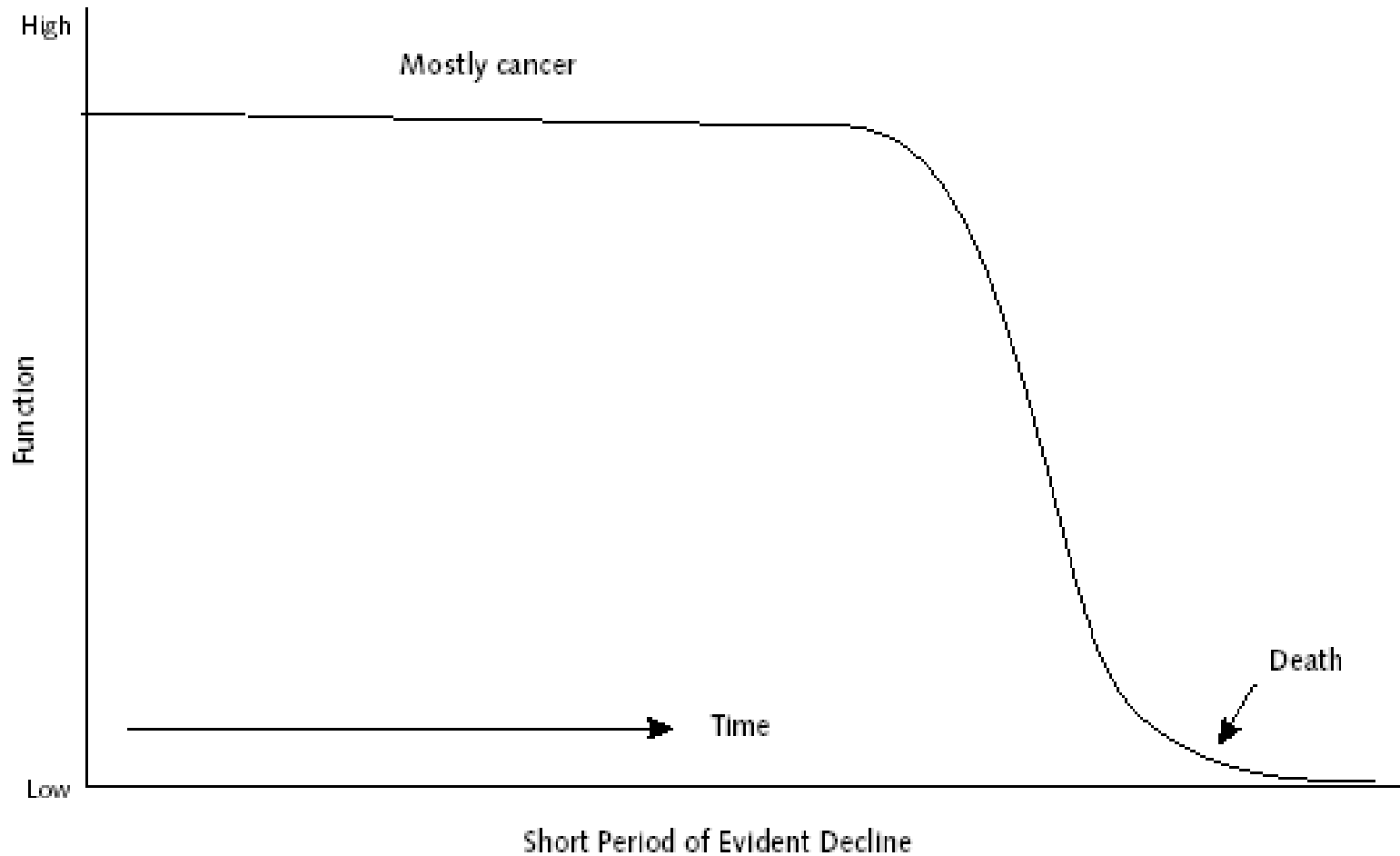


Na podstawie: Główny Urząd Statystyczny
2015

Śmierć nagła, niespodziewana

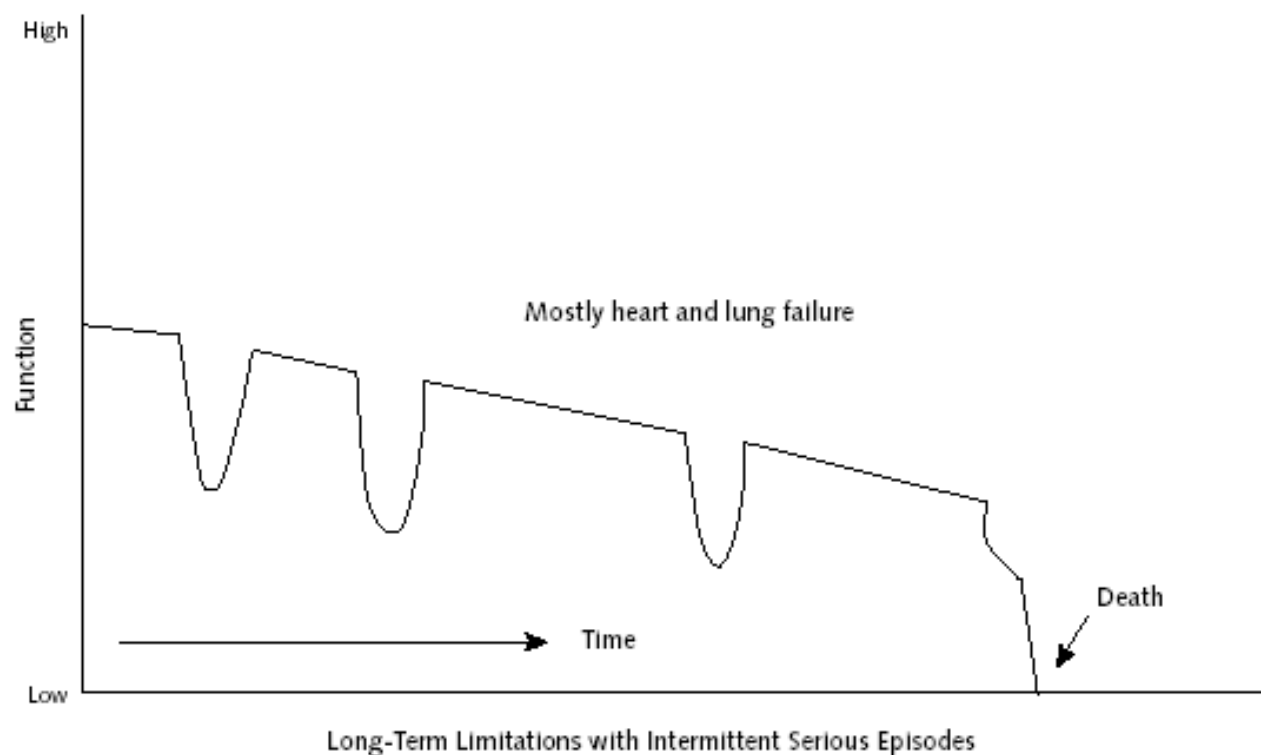


Choroba nowotworowa



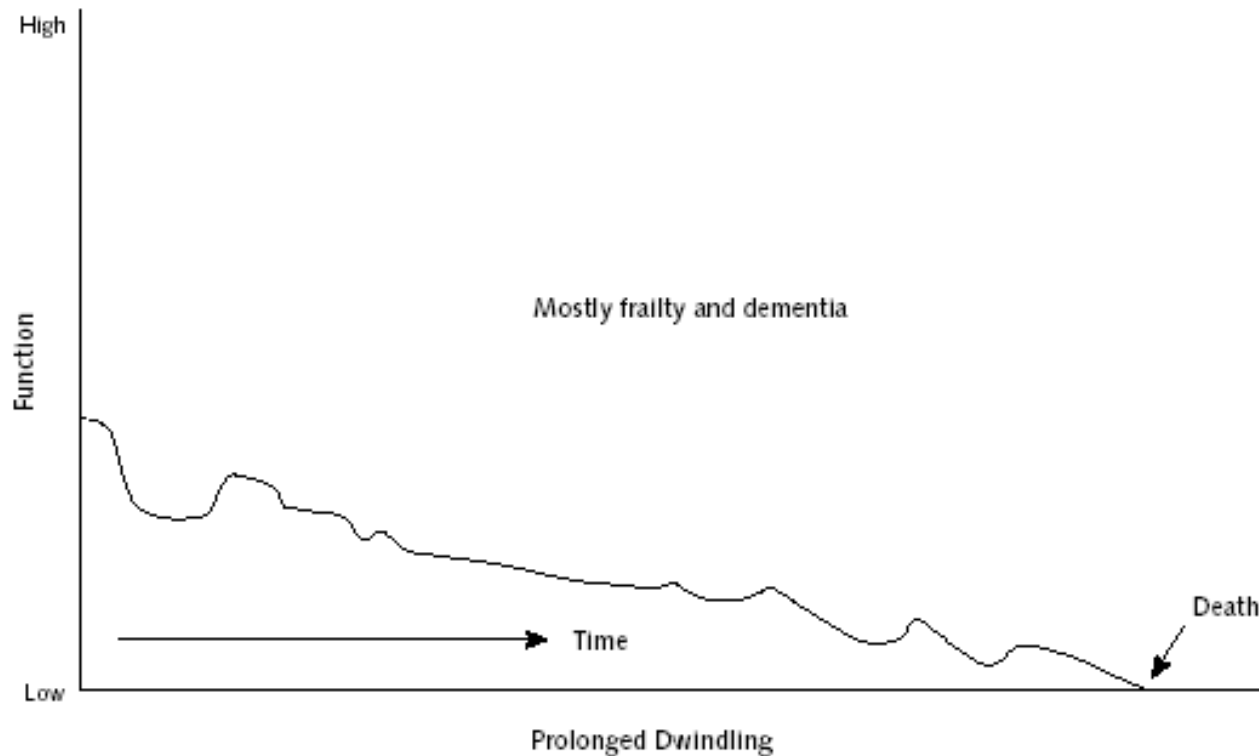
Annals of Internal Medicine 2008;148(2):147-159.

Niewydolność narządowa (serce, płuca)



Annals of Internal Medicine 2008;148(2):147-159.

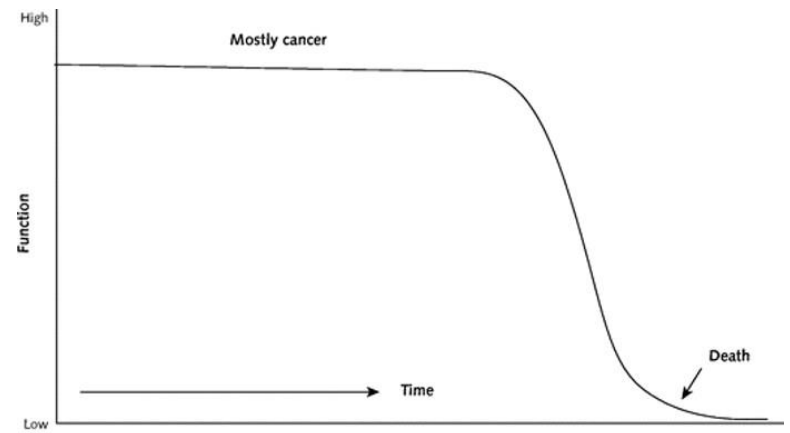
Zespół kruchości/Zniedołożnienie, postępujące ograniczenie funkcji życiowych



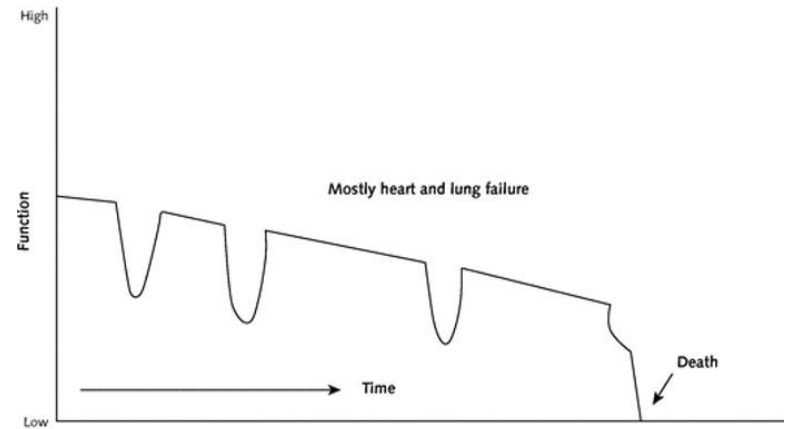
Annals of Internal Medicine 2008;148(2):147-159.

Zbliżanie się do śmierci – 2 główne cele równoczesne:

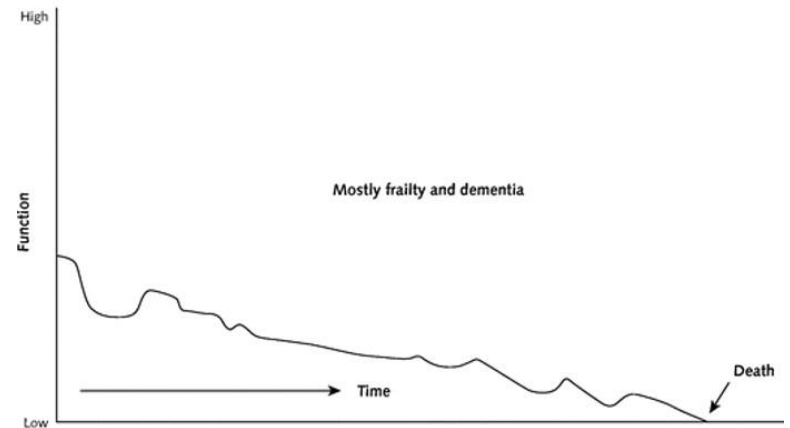
- Jak najlepsza jakość życia, którym chorym żyje w tej chwili
- Przygotowanie do śmierci, która jest przed nim



Short Period of Evident Decline



Long-Term Limitations with Intermittent Serious Episodes



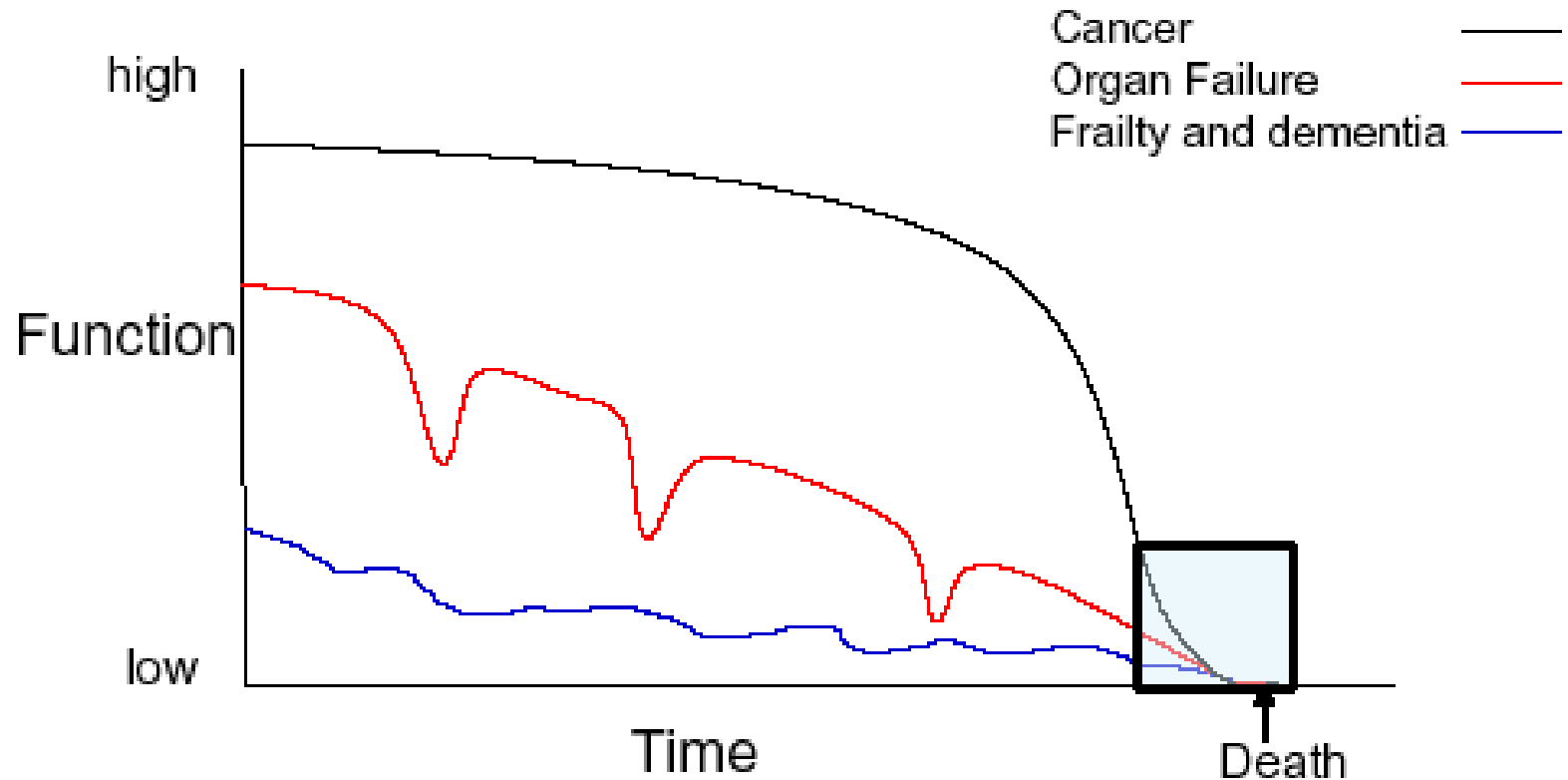
Prolonged Dwindling

Wytyczne postępowania wobec umierających w UK

„5 „Priorities for Care”

- ▶ **Rozpoznanie** prawdopodobieństwa, że chory umrze w ciągu najbliższych dni/godzin; przejrzysta/otwarta komunikacja na ten temat; podejmowanie decyzji o opiece zgodnie z potrzebami i życzeniami chorego; regularna ocena i sprawdzanie;
- ▶ Uważna/z wrażliwością **komunikacja** między zespołem terapeutycznym a umierającym i jego bliskimi;
- ▶ **Włączenie** umierającego i osób identyfikowanych jako ważne dla chorego, w decyzje na temat leczenia i opieki;
- ▶ Aktywne badanie, jakie są potrzeby rodziny i bliskich, szanowanie i udzielanie **wsparcia**, na ile to możliwe;
- ▶ Indywidualny **plan** opieki (żywienie/nawadnianie, leczenie objawowe, wsparcie duchowe, psychiczne i społeczne) jest ustalany, koordynowany i **realizowany** ze współczuciem;

Trajektorie chorób przewlekłych prowadzących do śmierci



Source: Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. RAND CORP SANTA MONICA CA.

Ostatnie miesiące/tygodnie życia chorych na nowotwory dni („transitional phase”)

Zmniejszające się zainteresowanie światem zewnętrznym

Rozmyślanie nad swoim życiem, wspomnianie, ocenianie jak żyłem, czego żałuję

Wypełnianie niezakończonych spraw

Zmniejszony apetyt

Postępująca utrata masy ciała

Postępujące zmęczenie i/lub osłabienie

Więcej przesypiania

Okresy dezorientacji

Upadki

Nietrzymanie moczu/stolca

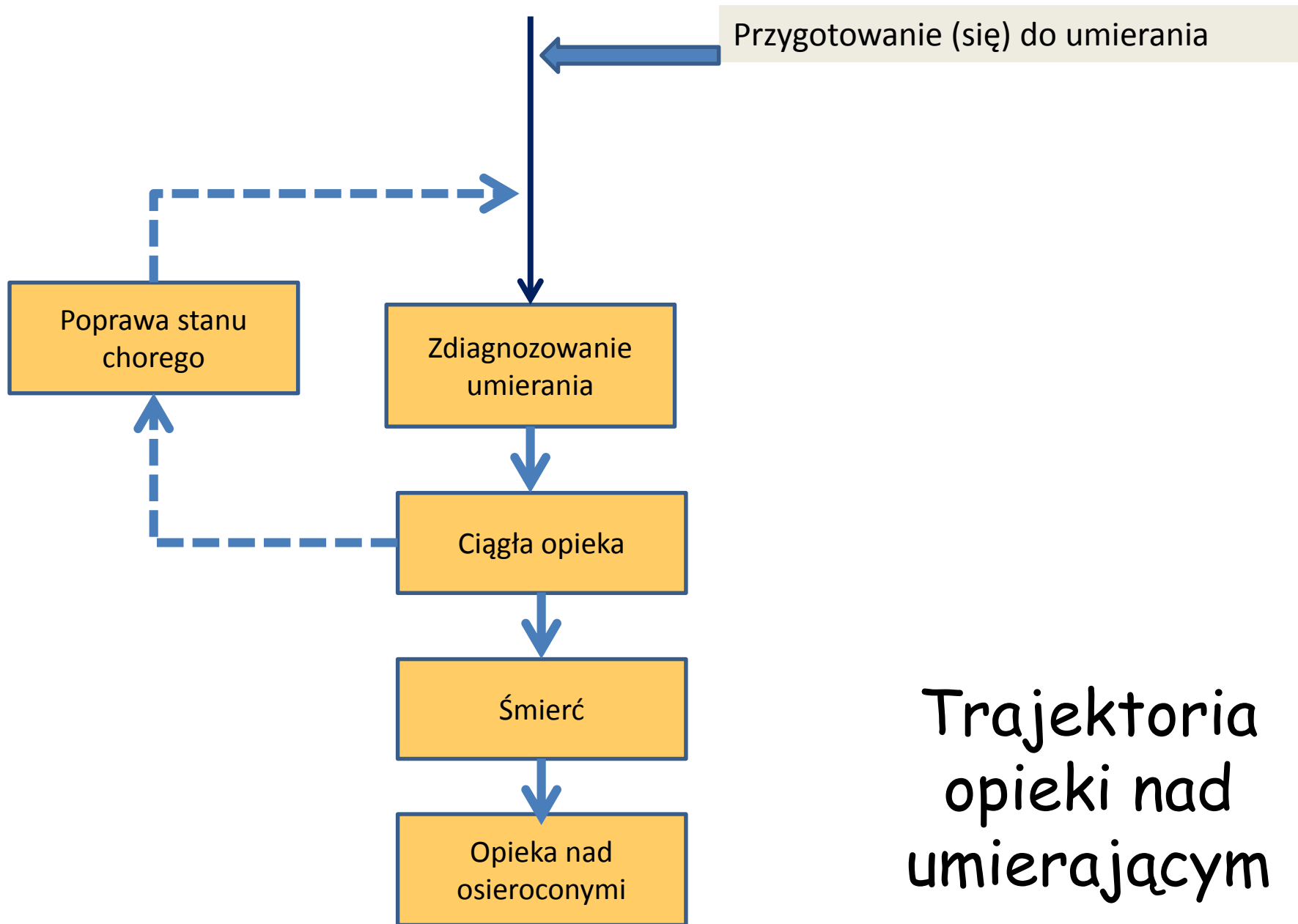
Zadania lekarza i pielęgniarki w okresie zbliżania się chorego do umierania

- ▶ Rozpoznawanie w sposób całościowy potrzeb chorego i jego bliskich
- ▶ Modyfikacja dotychczasowego leczenia
- ▶ Prowadzenie skutecznego leczenia objawów
- ▶ Zapewnienie wsparcia psychicznego, społecznego, duchowego choremu i jego bliskim

Budowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa
Dbałość o dobrą komunikację z chorym i jego bliskimi

Zadbanie o „planowanie naprzód” z chorym (*Advance Care Planning*)

Określenie (o ile możliwe) prawdopodobnych scenariuszy umierania, omówienie i przygotowanie się do rozwiązywania możliwych problemów



Trajektoria
opieki nad
umierającym

Całościowa ocena potrzeb chorego

wymiar	objawy	postępowanie
Fizyczny		
Psychiczny		
Socjalny		
Duchowy		

Zadania w okresie umierania

- ▶ Rozpoznanie, że chory najprawdopodobniej umiera; wykluczenie potencjalnie odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu chorego
- ▶ Ocena wskazań do stosowanej dotychczas terapii
- ▶ Stosowanie optymalnego leczenia objawowego
- ▶ Całościowa ocena potrzeb chorego i jego bliskich, zapewnienie im wsparcia psychicznego, społecznego, duchowego

Budowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa

Dbłość o dobrą komunikację z chorym i jego bliskimi

Rozpoznawanie, rozważanie, przedyskutowanie i znajdowanie optymalnych rozwiązań w obliczu problemów etycznych

Zatroszczenie się o bliskich bezpośrednio po śmierci chorego

Umieranie

- ▶ Ogromne osłabienie, leży w łóżku (czasem „przyptyw energii”)
 - ▶ Senność: przesypia większość czasu, okresy uwagi coraz krótsze
 - ▶ Problemy z połykaniem płyny małymi łykami, nie połyka tabletek;
 - ▶ Nietrzymanie moczu i stolca lub retencja moczu
 - ▶ Rzężenia umierającego
 - ▶ Przeżycia z zakresu *Nearing Death Awareness*.
 - ▶ Jeśli nawet nie reaguje na otoczenie, prawdopodobnie słyszy
 - ▶ Zazwyczaj powoli traci przytomność, nie widzi tego, co wokół, pomimo że oczy mogą być otwarte (zapadnięcie gałek ocznych i niemożności domknięcia powiek)
- ↓
- ▶ Coraz zimniejsza, lepka skóra, z sinicą na kończynach i wokół ust;
 - ▶ Rozluźniają się mięśnie twarzy i nos staje się „dominujący”
 - ▶ Coraz płytsze oddechy, wolniejsze, zmienne w amplitudzie
 - ▶ Coraz słabiej wyczuwalne tętno (zwykle szybkie), ↓ ciśnienia tętniczego
 - ▶ Ostatecznie – zatrzymanie krążenia i oddechu

Zadania w okresie umierania

- Rozpoznanie, że chory najprawdopodobniej umiera; wykluczenie potencjalnie odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu chorego
- Ocena wskazań do stosowanej dotychczas terapii
- Stosowanie optymalnego leczenia objawowego
- Całościowa ocena potrzeb chorego i jego bliskich, zapewnienie im wsparcia psychicznego, społecznego, duchowego

Budowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa

Dbłość o dobrą komunikację z chorym i jego bliskimi

Rozpoznawanie, rozważanie, przedyskutowanie i znajdowanie optymalnych rozwiązań w obliczu problemów etycznych

Zatroszczenie się o bliskich bezpośrednio po śmierci chorego

Zadania w zakresie leczenia objawowego w okresie umierania

Właściwa ocena objawów i ich przyczyn

Bóle w okresie umierania

- ▶ Ból(e) występujący/(e) już wcześniej
- ▶ Nowe bóle w okresie umierania, wynikające z:
 - progresji choroby
 - zmiany leków i/lub dróg ich podawania
 - zaburzeń wchłaniania leków z przewodu pokarmowego lub tkanki podskórnej
 - złamań patologicznych
 - zmian w jamie ustnej
 - zatrzymania moczu/zaparcia
 - odleżyn
 - hiperalgezji (opiodowej)
 - cierpienia duchowego, psychicznego.

Przyczyny (potencjalnie odwracalne)niepokoju/pobudzenia

- ▶ zatrzymanie moczu/zaleganie mas kałowych
- ▶ bóle stawów/sztywność mięśni
- ▶ odleżyny
- ▶ niezadowolająco leczone objawy (np. ból, świąd, duszność)
- ▶ toksyczność leków, hiperalgezia lub neurotoksyczność (opiodowa)
- ▶ zespół serotoninowy (i inne objawy wynikające z interakcji lekowych)
- ▶ odstawienie nikotyny, alkoholu, opiodów
- ▶ stosowanie leków wykazujących niekiedy efekty psychoaktywne (steroidy, benzodiazepiny)
- ▶ zaburzenia narządowe/organiczne/metaboliczne (np. niewydolność nerek, wątroby, odwodnienie, hipoksja, hiperkalcemia, niedożywienie)
- ▶ mioklonie
- ▶ infekcje
- ▶ zaburzenia słuchu, widzenia
- ▶ niewygodne łóżko, zwinięte prześcieradło, niewygodne ułożenie chorego
- ▶ cierpienie duchowe i/lub psychiczne
- ▶ ciemny korytarz, cienie, hałas, nieznanne otoczenie itp.

PRZYKŁADOWE INTERWENCJE NIEFARMAKOLOGICZNE w niepokoju/pobudzeniu

Działanie przyczynowe

Zadbanie o równowagę między niemożnością odbierania bodźców a nadmiarem bodźców:

- Okulary/aparaty słuchowe
- Odpowiednie oświetlenie (unikać cieni)
- Obniżenie poziomu hałasu: w ciągu dnia < 45 db (biblioteka), w ciągu nocy <20 db (szum liści z oddali)
 - Goldstein NE & Morrison RS (eds.) Evidence-based practice of palliative medicine. Elsevier Saunders, Philadelphia 2013: 218-26.
- Stabilność otoczenia – opiekunów/zespołu, fotografii, znanych przedmiotów (poduszki, koce), pokoju, rutyny
- Nadmierna liczba odwiedzających? Zabiegi powodujące ból (pobranie krwi)? Etc....
- Zadbanie o uproszczoną komunikację z chorym

Zadania w zakresie leczenia objawowego w okresie umierania

- Właściwa ocena objawów i ich przyczyn
- Wprowadzenie/modyfikacja uprzednio wdrożonego łagodzenia objawów (np. leków przeciwbólowych, zmniejszających duszność, przeciwwymiotnych, anksjolityków,)

Objaw	Leki/ interwencje
Ból	Opioidy parenteralnie; koanalgetyki
Duszność	Opioidy, benzodiazepiny, niefarmakologiczne (wiatraczek)
Nudności	Metoklopramid, haloperidol, lewomepromazyna
Splątanie	Przyczynowe i niefarmakologiczne; neuroleptyk +/- benzodiazepina
Rzężenia umierającego	Pozycja na bok; butylbromek hioscyny; edukacja rodziny rozważenie delikatnego odsysania z jamy ustnej
Suchość w jamie ustnej	Pielęgnacja jamy ustnej; nawilżanie śluzówek; balsam na usta
Nietrzymanie moczu	Cewnikowanie; podkłady

Rzężenia umierającego

- Typ 1 – prawdziwe rzężenia umierającego; pojawiają się szybko; głównie ślina + ↓ odruchy przełykania;
- Typ 2 – pseudo rzężenia; wolniej (dni); ↑ sekrecja w układzie oddechowym + ↓ odruchy kaszlowe;
- Około 50% umierających w ostatnich 48 h – ma rzężenia
- Silny wskaźnik, w przypadku typu I- że chory umiera (16-57 h przed śmiercią)

Rzężenia umierającego

- Wykluczyć obrzęk płuc
- Pozycja na bok
- Wytłumaczyć rodzinie !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
- Butylobromek hyoscyny
- Rozważyć delikatne odsysaniem z jamy ustnej

Zadania w zakresie leczenia objawowego w okresie umierania

- ▶ Właściwa ocena objawów i ich przyczyn
- ▶ Wprowadzenie/modyfikacja uprzednio wdrożonego łagodzenia objawów
- ▶ Zadbanie o właściwą drogę podawania leków, o dawkowanie
- ▶ Zabezpieczenie chorego w leki „w razie potrzeby” (oprócz stałego podawania leków łagodzących istniejące objawy) oraz, jeśli trzeba, jako prewencja bólu incydentalnego
- ▶ Rozważenie wskazań do nawadniania, zadbanie o komfort chorego (bardzo ważne – łagodzenie suchości w jamie ustnej);
- ▶ Przygotowanie zespołu i opiekunów na kryzys (np. krwotok);
- ▶ Regularna ocena skuteczności leczenia i monitorowanie objawów
- ▶ W wyjątkowych bardzo rzadkich sytuacjach rozważenie wskazań do sedacji paliatywnej (*palliative sedation*) (nie mylić z sedacją terminalną) - w opornych na leczenie objawach powodujących ogromne cierpienie chorego w okresie umierania, zgodnie z wymogami protokołów sedacji paliatywnej

Kryzys pod koniec życia

- Profilaktyka i przygotowanie!!!
- Krwotok
- Nagła duszność: z obturacji, tamponady (płyn w jamie osierdza), masywnego zapalenia płuc, zatorowości płucnej
- Stan padaczkowy
- Ból nie do wytrzymania (złamania patologiczne, kompresja rdzenia kręgowego, krwawienie do wątroby)

Zadania w okresie umierania

- Rozpoznanie, że chory najprawdopodobniej umiera; wykluczenie potencjalnie odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu chorego
- Ocena wskazań do stosowanej dotychczas terapii
- Stosowanie optymalnego leczenia objawowego
- Całościowa ocena potrzeb chorego i jego bliskich, zapewnienie im wsparcia psychicznego, społecznego, duchowego

Budowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa

Dbłość o dobrą komunikację z chorym i jego bliskimi

Rozpoznawanie, rozważanie, przedyskutowanie i znajdowanie optymalnych rozwiązań w obliczu problemów etycznych

Zatroszczenie się o bliskich bezpośrednio po śmierci chorego

Tematy

2

- Język umierających

Jeśli podejrzewasz, że chory zbliża się do ostatnich dni swojego życia, dowiedz się (uzupełnij/upewnij się) i udokumentuj informacje na temat:

- **Potrzeb psychicznych, duchowych, fizycznych i społecznych chorego**
- **Obecnych dolegliwości i objawów**
- **Wywiadu medycznego, rozpoznań i innych aspektów klinicznych**
- **Wartości, celów i życzeń chorego**
- **Zdania bliskich dla chorego ludzi na temat dalszej opieki**

***NICE guideline: Care for the dying in the last days of life
Published 16 December 2015***

Opieka duchowa w mierzeniu się ze śmiercią

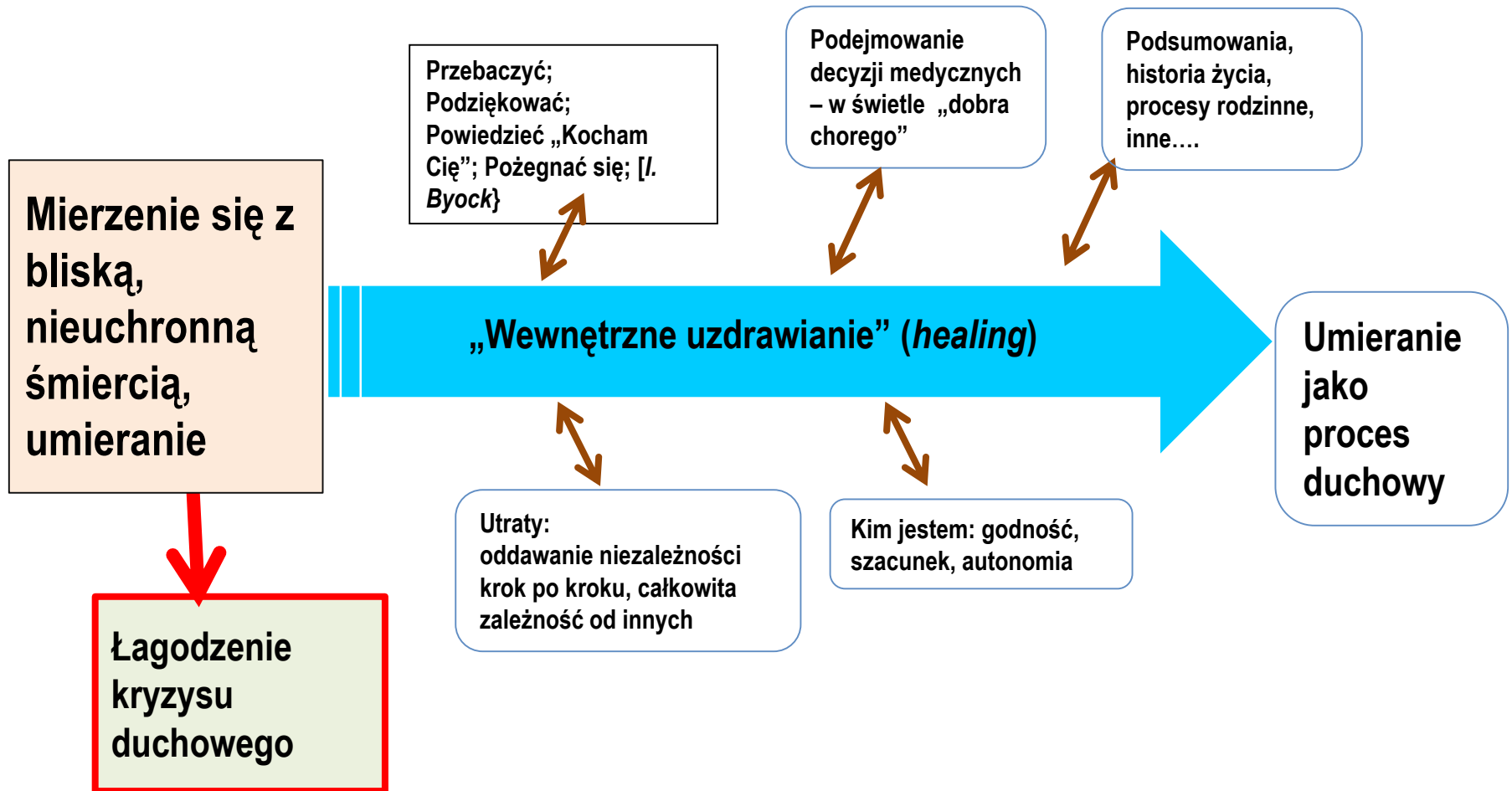
**Mierzenie się z
bliską,
nieuchronną
śmiercią,
umieranie**



Umieranie

Milsten JM. Introducing Spirituality in Medical Care Transition From Hopelessness to Wholeness. JAMA. 2008

Opieka duchowa w mierzeniu się ze śmiercią



Język umierających

Nieprzytomny ≠ głuchy (słuch – obecny do końca; nigdy nie zakładaj, że chory cię nie słyszy; mów do niego nawet gdy jest nieprzytomny/ma ograniczoną świadomość)

Wrażliwość akustyczna

Delikatny dotyk

Komfort, pomoc w komunikacji na głębszym poziomie;

Osoby z ograniczoną świadomością mogą odpowiadać poprzez słaby nacisk kciuka lub kurczenie palucha

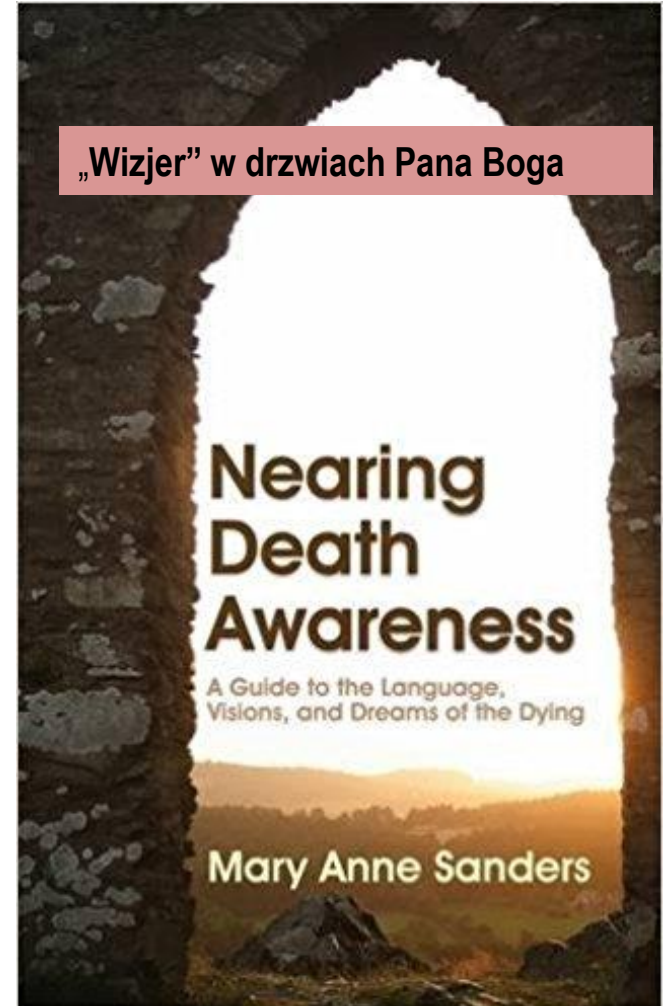
„Szukanie dłoni”

„Nearing death awareness” (NDA, Świadomość Zbliżania się Śmierci)

Część procesu duchowego jakim jest umieranie.
NDA – termin opisujący doświadczenia osoby w okresie umierania i szeroko odnoszące się do różnych zjawisk, takich jak wizje.
Dotyczy ok. 50-60% umierających.

Callanan M & Kelley P, Final Gifts.
New York, NY: Bantam Books; 1992

Fenwick P, Lovelace H, Brayne S.
Arch Gerontol Geriatr 2010;51:173-179



„Wizje” w umieraniu

„Nearing death experience”



Gwałtowna śmierć
„dying fast”
(medycyna ratunkowa,
anestezjologia)

„Nearing death awareness”



Zbliżanie się do śmierci w
chorobach terminalnych;
„dying slowly”
(opieka paliatywna)

Callanan M & Kelley P, Final Gifts. New York, NY: Bantam Books; 1992

Przygotowanie do podróży lub zmiany

Opisanie miejsca

Z zachwytem; piękne miejsce, kolory, muzyka

Mówienie do lub bycie w obecności osób zmarłych

Zwykle bliscy zmarli, czasem Istoty „duchowe” (opisywanych w zależności od religii); umierający czuje, że nie jest sam;
Może prowadzić 2 konwersacje naraz: z tego i tamtego świata (cecha różnicująca z halucynacjami);
Pokazuje ręką, palcem, patrzy w miejsce... (zwykle róg pokoju);
Godziny do tygodnie przed śmiercią; brak związku z lekami;;
Może być to osoba, o której chory nie wie, że już nie żyje;
W przeciwieństwie do halucynacji wiążących się ze splataniem i lękotwórczych, widzenie osób uspokaja, napawa ufnością i akceptacją śmierci

Wiedza, kiedy śmierć nastąpi

Wybranie czasu śmierci

Potrzeba pojednania

Zakończenie niezakończonych spraw; przebaczenie; pożegnanie; pozwolenie na oddanie aktywności, niezależności, ról, a wreszcie bliskich ludzi;



„You can't die cured, but you can die healed”.

Twycross R. Omega 2007-2008;56:7-19

When doors of heaven open by
Martien van Asseldonk

„Kiedy mówię o godzeniu się ze zbliżającą się śmiercią, nie mam na myśli ani pokornego poddania się ze strony pacjenta, ani też defetyzmu czy zaniedbania ze strony lekarza. Dla obojga jest ono przeciwieństwem bezczynności. Naszym zadaniem jest zmiana nastawienia do tego problemu, tak by był on postrzegany nie jako przegrana żyjących, ale osiągnięcie umierających. **Jako niezwykle, osobiste osiągnięcie pacjenta**”

C. Saunders, przemówienie podczas Kongresu Brytyjskiego Towarzystwa Medycznego, 1964.