

Umiranje kot del življenja

Iris Hvala

Še se spomnim, kako so nas na PAFI-ju učili o nastanku Parkinsonove bolezni. Če bi ljudje živeli 150 let, bi vsi imeli simptome in znake parkinsonizma, saj so nevroni v bazalnih ganglijah podvrženi propadanju, pri tistih, ki za časa življenja zbolijo, pač hitreje. Ali pa na kirurških predavanjih: pri 60 % obduciranih 80-letnikov so v prostatah našli maligne zametke. Tudi človeški zobje so organ, ki se evoluciji in podaljševanju človekovega življenja ni prilagodil; v Sloveniji ima 70 % starejših od 65 let pomanjkljivo zobovje ali pa ga nima, kar je eden izmed kazalcev kakovosti zobozdravstvenega varstva. Prispevek pišem dober teden po smrti Eluane Englaro in dan po objavi članka predsednika Komisije za medicinsko etiko prof. dr. Jožeta Trontlja v Sobotni prilogi Dela, ki pravi: »Sprejmite konec, ko pride čas.« A to na moja stališča ni dosti vplivalo.

Kratek rezime moje poklicne kariere obsega kroženje na urgentnih in kliničnih oddelkih z osvojitvijo temeljnih kliničnih in praktičnih znanj, delo v splošni ambulanti na primarni ravni, seznanjanje s kliničnimi smernicami večine področij medicine, izvajanje programa preventivnih pregledov za preprečevanje srčno-žilnih obolenj, namenjenega moškim med 35. in 65. letom ter ženskam med 40. in 70. letom. Pričakujem sodelovanje v programu SVIT za odkrivanje raka debelega črevesa in danke za osebe med 50. in 69. letom, opravljanje specializacije iz družinske medicine, že dve leti pa sem razporejena v domu starejših občanov in v posebnem socialnem zavodu, kjer so nameščeni varovanci s poškodbo glave, nevrološkimi in psihiatričnimi obolenji. Če dobro premislim, so preventivni programi namenjeni zdravim in predvsem aktivnim, ki še niso doživeli statistično pričakovane dolžine življenja. Za družbo je zelo pomembno predvsem zmanjšanje stroškov za zdravljenje obolenj, ki se jim je s preventivnimi programi mogoče izogniti.

Pri delu s svojimi bolniki imam drugačne izkušnje; obolevnost in umrljivost zaradi malignih bolezni sta tudi zaradi povprečne starosti nad 80 let veliki, zaradi pridruženih bolezni, visoke starosti in slabe kakovosti življenja pa diagnostika in zdravljenje ne potekata vedno po smernicah in priporočilih stroke, če nimam v mislih paliativne medicine. Morda je le naključje, da se sočasno s pojavom svetovne recesije, brezposelnosti, prazne pokojninske in zdravstvene blagajne veliko govori tudi o staranju prebivalstva in finančnem bremenu, ki ga to predstavlja za sodobno družbo. Sporočilo XII. kongresa SZD o staranju slovenskega prebivalstva je med drugim tudi, da ni pomembna le dolžina življenja, temveč predvsem njegova kakovost. V svoji vsakdanji praksi pa opažam, da si slednjo predvsem laiki pogosto napačno predstavljajo. Prav tako pogosto nista več smiselna poglobljena diagnostika in agresivno zdravljenje. Bi bilo treba glede na zgoraj navedene argumente pri omenjenih bolnikih ukrepati drugače?

1. 87-letna bolnica je tožila zaradi bolečin v križu, trebuhu in ledvenem predelu. RTG L/S je pokazal le spondilotične spremembe. Zaradi suma, da gre za okužbo zgornjih sečil, so jo pregledali na IPP, vendar okužbe niso potrdili. Zaradi obstipacije jo je pregledal tudi abdominalni kirurg, a je izključil kirurško obolenje. UZ trebuha je pokazal zadebeljeno steno debelega črevesa in zasevek v jetrih. Med operacijo so našli limfom tankega črevesa, zato so bolnico napotili na onkološki konzilij. Svetovano kemoterapijo je odklonila. Pet mesecev po operaciji se bolje počuti, bolečin in slabosti ne navaja.
2. 83-letna bolnica s sladkorno boleznijo, na inzulinu in po premostitveni operaciji srčnih žil je bila zaradi gangrene prstov na nogi obravnavana na KO za žilne bolezni. Opravljene so bile delna amputacija stopala, uspešna perkutana angiografija in normalna kontrolna koronarografija. Po odpustu je začela navajati bolečine v desnem spodnjem delu trebuha, kjer sem tipala rezistenco, veliko 10 cm. Pri UZ trebuha so našli 20-centimetrski tumor, najverjetneje iz predela nadledvične žleze, in jetrne zasevke. Ob ponovni preučitvi odpustnice KOŽB sem opazila, da je bil v internističnem statusu izpuščen pregled trebuha, kjer bi se sprememba že morala zatipati. Bolnica je nadaljnjo diagnostiko odklonila in umrla čez en mesec. Dobila je simptomatsko in protibolečinsko terapijo z obliži.
3. 85-letna bolnica je bila sprejeta v DSO zaradi demence. Pred 10 leti je bila operirana zaradi karcinoma rektuma. Ob pojavu hemohezije jo je pregledal abdominalni kirurg, kljub le za mezinec prehodni anastomozi je svetoval konzervativno zdravljenje. Čez nekaj mesecev je bolnica v bolnišnici umrla zaradi ileusa in gangrene črevesja.
4. 90-letna bolnica je postala po zlomu kolka nepokretna, odvajala je tekoče blato, nad popkom je bilo tipati spremembo, preveč čvrsto za ventralno kilo. UZ trebuha je pokazal ventralno kilo, jetrne zasevke, senco v mehuru in zadebeljeno steno rektuma. Cistoskopija je bila brez posebnosti, proktolog pa je proces na rektumu opisal kot neozdravljiv in neoperabilen. Ker bolnica ni bila v ileusu, je bilo svetovano simptomatsko zdravljenje, skrb za redno odvajanje blata. Umrla je en teden po potrditvi diagnoze.
5. 81-letna bolnica z demenco in srčnim popuščanjem je bila zaradi obilne hemohezije sprejeta na KO za gastroenterologijo. Zaradi anemije je prejela transfuzijo krvi, predlagano kolonoskopijo je odklonila. Čez dva meseca je prišlo do poslabšanja psihičnega stanja z blodnjami, nočno dispnojo, laboratorijski izvidi so spet pokazali anemijo. Nimam svežih informacij, kje je trenutno hospitalizirana, predvidevam, da na KOGE. Sprašujem se, ali je ob prvi hospitalizaciji glede na njeno psihično stanje res šlo za ozaveščeno odklonitev preiskave.

6. 72-letni bolnik s KOPB in jetrno cirozo je imel hematurijo. UZ trebuha je pokazal le cirotično spremenjena jetra, INR je bil 1,3. Urolog je ocenil, da je hematurija posledica motenj koagulacije. Cistoskopija ni bila opravljena, svetovana je bila le kontrola čez eno leto. Po devetih mesecih je znova prišlo do hematurije, UZ pa je pokazal tumor v mehurju in enostransko hidronefrozo. Naredili so TUR mehurja, predviden je še razširjen poseg zaradi lokalnega napredovanja. Ali bi pravočasno opravljena cistoskopija odkrila karcinom v zgodnji fazi?

7. 75-letna bolnica, nepokretna po kapi, je bila v bolnišnico sprejeta zaradi pljučnice. Povzročal jo je novo odkrit tumor pljuč. Zaradi splošnega stanja morebitno zdravljenje ni bilo indicirano. Kljub temu so ji zaradi novo odkrite atrijske fibrilacije uvedli Marivarin, ki sem ga takoj ukinila, saj ne bi izboljšal kakovosti njenega življenja. Umrla je čez 14 dni zaradi dihalne odpovedi.

V DSO s 177 posteljami je v lanskem letu umrlo 47 varovancev. Pri 14 je bil osnovni vzrok smrti karcinom ali pa je bil osnovnemu vzroku vsaj pridružen, kar znaša skupaj slabo tretjino primerov. Kljub staranju prebivalstva in finančnemu bremenu za sodobno družbo se sprašujem, ali so tako kot demenca in kronične nenalezljive bolezni tudi rakava obolenja le spremljajoč degenerativen proces ali pa preprečljiva in ozdravljiva stanja. Če gre za slednje, bi bilo treba vložiti več sredstev in imeti kadra za zgodnejše odkrivanje bolezni tudi pri starejših od 70 let. Pri sedanjem načinu dela in obremenitvah zdravnikov na primarni ravni bo še vedno bolnik z zdravstvenimi težavami tisti, ki bo iskal zdravniško pomoč, žal tudi prepozno. Čeprav je bilo tako za nekatere bolnike v naštetih primerih, me pomirja vsaj dejstvo, da jih nismo pustili kar umreti, dovolili smo jim oditi v miru in brez bolečin, kajti tudi umiranje je del življenja.

