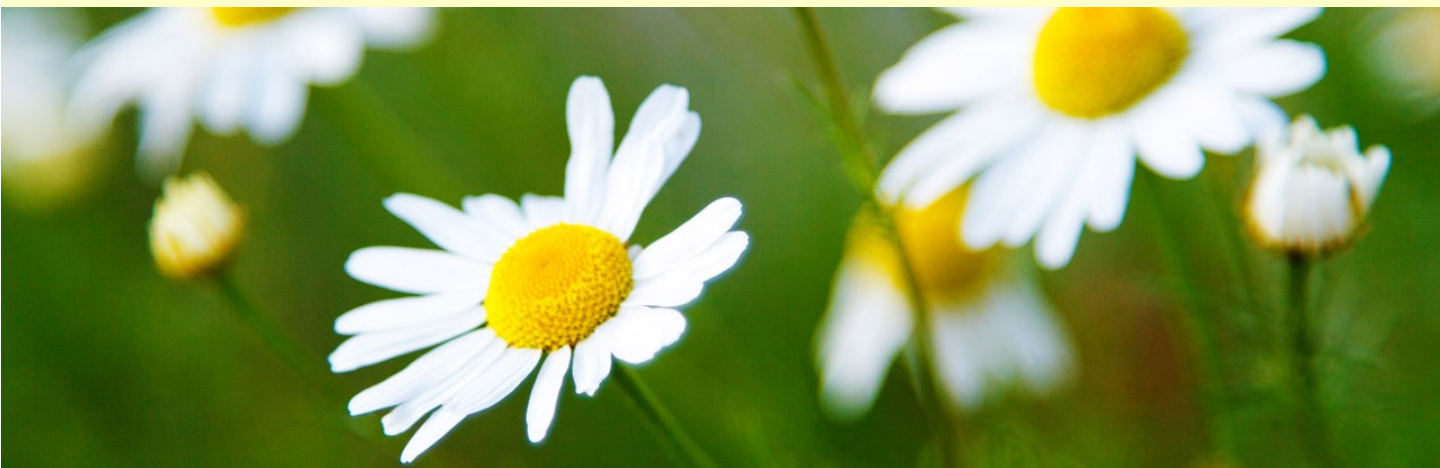


# Na stičišču PALIATIVNA OSKRBA IN ONKOLOGIJA



**Onkološki inštitut Ljubljana**

**9.10.2018**

**Strokovni odbor:**

Maja Ebert Moltara  
Jernej Benedik  
Maja Ivanetič  
Marjana Bernot

**Organizacijski odbor:**

Marjana Bernot  
Nena Golob  
Ana Marija Štrucl  
Darja Žnidaršič

**Urednik zbornika:**

Maja Ebert Moltara

**Organizator in izdajatelj:**

Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe  
Onkološk inštitut Ljubljana

Ljubljana 2018



## Na stičišču Paliativna oskrba in onkologija

9.10.2018, Onkološki inštitut Ljubljana

|  |   |  |
|--|---|--|
| 8:00-8:30  | Uvodni nagovori   | Zlata Štiblar Kisić, univ. dipl. prav.,<br>generalna direktorica,<br>prof. dr. Branko Zakotnik, dr. med.,<br>koordinater DPOR,<br>prim. Jožica Červek, dr. med.,<br>ustanoviteljica OAPO |
| <b>UVOD</b>  |   |  |
| 8:30-8:45  | Paliativna oskrba in onkologija   | doc.dr. Vili Kovač, dr. med.,<br>strokovni direktor OIL  |
| 8:45-9:00  | Paliativna oskrba in zdravstvena nega<br>na OIL   | Gordana Lokajnar, dipl.m.s., univ.dipl.org.,<br>glavna medicinska sestra OIL   |
| 9:00-9:15  | <b>RAZPRAVA</b>   |  |
| <b>PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA Z RAKOM NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA</b>     |   |  |
| 9:15-9:30  | Paliativna oskrba bolnikov z rakom –<br>celostna, integrirana, zgodnja,<br>neprekinjena, osnovna – specializirana | dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.,<br>vodja oddelka za akutno paliativno oskrbo   |
| 9:30-9:45  | Paliativna oskrba na Oddelku<br>internistične onkologije OIL  | izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.,<br>predstojnica sektorja internistične<br>onkologije  |
| 9:45-10:00   | Paliativna oskrba na Oddelku<br>radioterapije OIL   | asist. dr. Tanja Marinko, dr. med.,<br>vodja sektorja za radioterapijo   |
| 10:00-10:15  | Paliativna oskrba na Oddelku kirurgije<br>OIL   | prof. dr. Nikola Bešič, dr. med., predstojnik<br>sektorja operativnih dejavnosti   |
| 10:15-10:30  | Paliativna oskrba v Intenzivni enoti OIL  | Katja Kopriva Pirtovšek, dr. med.  |
| 10:30-11:00  | <b>RAZPRAVA</b>   |  |
| 11:00-11:30  | <b>ODMOR</b>  |  |
| <b>PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA Z RAKOM IZVEN ONKOLOŠKEGA INŠTITUTA LJUBLJANA</b> |   |  |
| 11:30-11:45  | Paliativna oskrba v enoti za onkologijo<br>UKC Maribor  | Maja Ravnik, dr. med.,<br>predstojnica oddelka za onkologijo,<br>UKC Maribor   |
| 11:45-12:00  | Vloga zdravnika družinske medicine pri<br>oskrbi bolnika z rakom v paliativni<br>oskrbi                           | doc. dr. Zelko Erika, dr.med.,<br>ZD Ljubljana   |
| 12:00-12:15  | Vloga urgentne službe pri oskrbi bolnika<br>z rakom v paliativni oskrbi   | asist. mag. Marija Matejka Škufca Sterle,<br>dr. med.,<br>predstojnica enote SNMP  |
| 12:15-12:30  | Vloga Internistične prve pomoči pri<br>oskrbi bolnik z rakom v paliativni oskrbi                                  | dr. Hugon Možina, dr. med.,<br>vodja Internistične prve pomoči UKC Lj  |
| 12:30-12:45  | <b>RAZPRAVA</b>   |  |
| 12:45-14:00  | <b>KOSILO</b>   |  |



| SPECIALIZIRANA PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA Z RAKOM V PRIHODNOSTI |  |   |
|--|--|---|
| 14:00-14:15  | Razvoj kulture paliativne oskrbe   | Jernej Benedik, dr. med.,<br>Oddelek za akutno paliativno oskrbo OIL  |
| 14:15-14:30  | Oddelek za akutno paliativno oskrbo –<br>pogled v preteklost za razvoj v<br>prihodnost | Ana Marija Štrucl, dr. med., Nena Golob,<br>dr. med.,<br>Oddelek za akutno paliativno oskrbo OIL                          |
| 14:30-14:45  | Zdravstvena nega bolnika z rakom v<br>paliativni oskrbi                                | Boštjan Zavratnik, dipl. zn.,<br>Oddelek za akutno paliativno oskrbo OIL  |
| 14:45-15:00  | Mobilni paliativni tim   | mag. Mateja Lopuh, dr. med.,<br>Mobilni tim SB Jesenice   |
| 15:00-15:15  | Mobilni paliativni tim Onkološki inštitut<br>– realnost ali utopija?                   | dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.<br>Marjana Bernot, dipl.m.s., univ.dipl.org.,<br>Oddelek za akutno paliativno oskrbo OIL |
| 15:15-15:30  | Paliativna oskrba - izziv v<br>izobraževalnem sistemu                                  | Vesna Ribarič Zupanc, dr. med.<br>prim. doc. dr. Nevenka Krčevski Škvarč, dr.<br>med., Oddelek za onkologijo, UKC Maribor |
| 15:30-15:45  | <b>RAZPRAVA</b>  |   |
| IZVAJANJE CELOSTNE PALIATIVNE OSKRBE NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU   |  |   |
| 15:45-16:00  | Koordinatorstvo paliativne oskrbe  | Marjana Bernot, dipl.m.s., univ.dipl.org.<br>Oddelek za akutno paliativno oskrbo OIL                                      |
| 16:00-16:15  | Paliativna oskrba in zdravljenje bolečine  | prim.mag. Slavica Lahajnar Čavlovič,<br>dr.med.<br>Ambulanta za zdravljenje bolečine OIL                                  |
| 16:15-16:30  | Paliativna oskrba in prehranska podpora  | Karla Berlec, dr. med.,<br>doc. dr. Nada Kozjek, dr. med.<br>Oddelek za klinično prehrano in<br>dietoterapijo OIL         |
| 16:30-16:45  | Paliativna oskrba in fizioterapija   | Sanja Đukič, dipl. fizioterapevt,<br>Enota za fizioterapijo OIL   |
| 16:45-17:00  | Paliativna oskrba in socialna podpora  | dr. Diana Jeleč Kaker, univ. dipl.soc. del.,<br>Mediko socialna služba OIL  |
| 17:00-17:15  | Paliativna oskrba in psihološka podpora  | Mirjam Rojec, mag. psih, mag. Andreja<br>Cirila Škufca Smrdel, univ. dipl. psih.,<br>Oddelek za psiho-onkologijo OIL      |
| 17:15-17:30  | Paliativna oskrba in prostovoljci  | Krivec Matijašič Romana, dipl.m.s.,<br>Prostovoljno delo na OIL   |
| 17:30 -17:45   | Glas bolnikov in njihovih bližnjih   | Jožica Mestnik, prostovoljka OIL  |
| 17:45–18:00  | <b>RAZPRAVA</b>  |   |
| ZAKLJUČEK ob 18:00   |  |   |

## **PALIATIVNA OSKRBA IN ZDRAVSTVENA NEGA NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA**

Gordana Lokajner, dipl.m.s., univ.dipl.org., glavna medicinska sestra

Onkološki inštitut Ljubljana

Celostna paliativna obravnava zajema celovito obravnavo bolnikovih psiholoških, socialnih, duhovnih in eksistenčnih potreb, kjer so v ospredju potrebe v zvezi z neozdravljivo boleznijo. Paliativna oskrba zagovarja življenje in pogled na smrt kot naravni proces, ki je predvsem osebna izkušnja za posameznika in njegovo družino. Osnovni cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše kakovost življenja z ublažitvijo trpljenja, obvladovanjem in blaženjem simptomov napredovale bolezni ter obnavljanje funkcij telesa v skladu z občutenji posameznika, kulture naroda, religioznih vrednot, pričakovanj in prakse v določenem okolju.

V prispevku bo predstavljena trenutna organiziranost in vključenost zdravstvene nege in oskrbe Onkološkega inštituta Ljubljana v širši tim pri celostni obravnavi onkoloških bolnikov. Znanje, vključenost, motiviranost in spretnosti zaposlenih v zdravstveni negi zelo vplivajo na kakovost in varnost bolnikov pri doseganju ciljev celostne paliativne obravnave. Za doseganje ciljev bo potrebno v prihodnosti v Dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe pristopiti k nekaterim izboljšavam in spremembam s področja organiziranosti, pridobivanja in nadgradnje znanj. Raziskovanje in na dokazih osnovana praksa v zdravstveni negi in oskrbi s področja celostne paliativne obravnave bo ključnega pomena za doseganje zastavljenih ciljev.



## Paliativna oskrba in zdravstvena nega na Onkološkem inštitutu Ljubljana

**Gordana Lokajner**, dipl.m.s., univ.dipl.org.,  
strokovnega direktorja za področje zdravstven  
nege in oskrbe OI Ljubljana

## Zdravljenje in ZN bolnikov z rakom

### Multidisciplinaren pristop k zdravljenju.

- Kirurgija.
- Radioterapija.
- Sistemsko zdravljenje.
- Podporno zdravljenje.



### Aktivnosti

#### Direktna ZN in oskrba

- ambulantna
- hospitalna
- diagnostični procesi
- rehabilitacija
- nadzor okužb, povezanih z zdravstvom
- centralno oskrbovalne aktivnosti
- klinične raziskave

#### Indirektna ZN in oskrba

Kakovost in varnost  
Izobraževanje  
Raziskovanje  
Razvoj stroke  
Organizacija dela  
Informatizacija ZN



### RAZVOJ

• zdravlil,  
• načinov zdravljenja,  
• obvladanje neželenih učinkov zdravljenja, ...

• spremenjena obravnava  
pacientov

ambulantno zdravljenje  
dnevne bolnišnice  
bolnišnično zdravljenje

### ZAHTEVE

• strokovna obravnava,  
• spremljanje pacientov  
• nenehno izobraževanje  
in izpopolnjevanje.

### POVEZAVE !

bolnišnica  
↑ ↓  
domače okolje

## Celostna paliativna obravnava onkološkega pacienta

Uravnotežen pristop pri upravljanju:

- fizične,
- psihične,
- socialne,
- duhovne podpore onkoloških pacientov in njihovih osebnih izkušenj v onkološki zdravstveni oskrbi.



## Kaj družba pričakuje od zdravstvenih delavcev?

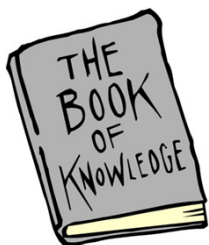
- kakovostno
- varno
- učinkovito
- hitro
- v pacienta usmerjeno



CELOSTNO ZDRAVSTVENO PALIATIVNO  
OSKRBO

## Kaj pa potrebujejo medicinske sestre?

- izobrazbo
- znanje
- sposobnost in spretnosti za klinično delo
- kritično razmišljanje
- raziskovalni duh
- na dokazih temelječa praksa
- finančno spodbudo



## Trenutna situacija in položaj medicinskih sester v onkologiji v R Sloveniji

### Sloveniji

- naraščajoče število pacientov
- starajoča populacija
- razvoj in kompleksnost specifičnega onkološkega zdravljenja
- potrebe in pravice pacientov
- razvoj tehnologije, informatizacija in elektronskih medijev
- zahtevnost in dinamičnost delovnega okolja MS
- nekonkurenčnost slovenske onkološke ZN v primerjavi s tujimi onkološkimi centri



- nezadostno število in izobrazbena struktura MS
- omejeni finančni resursi
- dinamično in stresno delovno okolje
- ne razumevanje politike pri uvajanju in plačevanju (umestitvi) specializacije in naprednih znanj MS v onkologiji
- večje zahteve s področja kakovosti in varnosti pacientov
- nezainteresiranost mladih kadrov za onkološko zdravstveno nego



## Vizija razvoja onkološke zdravstvene nege

- vodilno in referenčno specialno področje ZN v R Sloveniji
- krepi multidisciplinarni pristop k celostni obravnavi onkološkega bolnika ob zagotavljanju skladnega razvoja stroke ZN v onkologiji
- Zagotavljati celostno, varno in kakovostno onkološko ZN na vseh področjih
- Oblikovanje smernic in standardov onkološke ZN
- Referenčna ustanova izobraževanja in raziskovanja s področja onkološke ZN
- Okrepiti vpliv onkološke ZN in opolnomočiti MS za aktivno sodelovanje pri oblikovanju širše politike obvladovanja raka v R Sloveniji



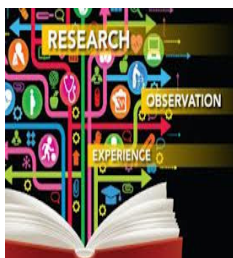
## Strategija

- izobraževanja
- raziskovanja
- profesionalnega razvoja
- povezovanja
- sodelovanja



## NA DOKAZIH TEMELJEČA PRAKSA

- pristop za odločanje in reševanje kliničnih problemov v praksi
- najboljše, preverjene, najnovейše in najpomembnejše spoznanja raziskav na področju zdravstvene nege
- dviguje kakovost zdravstvene nege
- izboljšuje izide pacientov (varnost in uspešnost) in
- zmanjšuje stroške zdravstvene oskrbe



## Temeljne sestavine na dokazih temelječe prakse

- iskanje
- presojanje
- soočanje z obstoječim delovanjem
- uporabnost v praksi
- evalvacija





## Ovire za uvajanje in izvajanje na dokazih temelječe prakse

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA


- pomanjkljivo znanje in izobraževanje
- pomanjkanje časa, pomanjkanje osebeja
- omejevalna organizacijska klima
- filozofija "tako delamo že leta in leta"
- slab dostop do kakovostnih baz podatkov
- odpor pri vodjih,
- natrpan delovnik
- odpor pri medicinskih sestrah in zdravnikih
- plašnost in negotovost pri zbiranju in oceni kakovosti dobljenih dokazov
- Nesodelovanje pacientov



## Kaj pa omogoča uvajanje na dokazih temelječo prakso (DTP)?

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

- DTP kot vrednota v delovnem okolju in zavedanje o pomembnosti
- izobraževanje in znanje
- dostop do informacij
- čas
- podpora managementa
- povezovanje z ostalimi strokovnjaki
- ostali resursi




## Primer dobre prakse paliativne oskrbe na OI Lj

- Sodelovanje širšega zdravstvenega tima (zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevt, farmacevt, klinični dietetiki, socialna služba)
- Povezovanje z zunanjimi sodelavci
- Sodelovanje z pacienti in njihovimi bližnjimi
- Podpora združenji onkoloških pacientov



## Administrativno zaposleni 16 oddelkov in enot

|   |            |
|---|------------|
| Pomočnica SD za področje ZN - Glavna sestra | 1          |
| Pisarniški referent                         | 1          |
| Diplomirane medicinske sestre               | 173        |
| Srednje medicinske sestre                   | 166        |
| Bolničarji                                  | 11         |
| Strežnice                                   | 52         |
| Socialni delavec                            | 4          |
| Sanitarni inženir                           | 3          |
| <b>SKUPAJ</b>                               | <b>411</b> |

Vir: kadrovska evidenca OI LJ na dan 31.12.2017, Kadrovska služba 08.02.2018

## Načrti Dejavnosti ZN in oskrbe pri razvoju in podpori kakovostne celostne paliativne oskrbe

- Izobraževanje vseh zaposlenih ZN in oskrbe OI LJ temeljnih tem s področja paliativne oskrbe
- Sestava ožje strokovne skupine Kolegija ZN s posameznih oddelkov in enot na OI LJ – ambasadorji znanja in dvigovanja kulture paliativne oskrbe
- Usmerjeno izobraževanje in razvoj kadrov za širši tim paliativne oskrbe na OI LJ
- Podpora in sodelovanje pri raziskovalnih projektih s področja paliativne oskrbe





## **PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKOV Z RAKOM**

**celostna, neprekinjena, osnovna – specializirana, zgodnja, integrirana**

dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.,

Oddelka za akutno paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana

Paliativna oskrba je obravnava bolnika z neozdravljivo boleznijo in nudi podporo tudi njihovim bližnjim. Izvajati se mora celostno, kar pomeni, da se oskrbuje tako telesne, psihične kot socialne in duhovne težave. Oskrba mora biti na voljo, kamorkoli se bolnik v paliativni oskrbi obrne s svojimi težavami (družinski zdravnik s patronažno sestro, zdravnik specialist v bolnišnici, psiholog, duhovni spremljevalec,...). Paliativna oskrba se izvaja nivojsko, glede na potrebe posameznega bolnika. Bolnik z malo in lažje obvladljivimi simptomi je lahko oskrbovan z osnovno paliativno oskrbo (vsi zdravniki kliniki, ki obravnavajo neozdravljivo bolne skupaj s timom, npr. družinski zdravnik, onkolog, kardiolog, pulmolog,..). Bolniki s kompleksnejšimi težavami pa potrebujejo skupino strokovnjakov s specialnimi znanji iz paliativne oskrbe (tim oddelka za akutno paliativno oskrbo, mobilni paliativni tim,...). Slednji skrbi tudi za razvoj stroke paliativne oskrbe, nadzor nad standardi, normativi ter smernicami, usmerja tudi raziskovalni in izobraževalni program. V onkologiji je že nekaj let dokazano, da je največja dobrobit paliativne oskrbe, če je ta integrirana v celostno onkološko obravnavo zgodaj v poteku neozdravljive bolezni. Raziskave kažejo, da se zgodnja paliativna oskrba ne odraža samo z boljšo kvaliteto življenja, temveč tudi z manj anksioznih in depresivnih stanj, ter celo z daljšim preživetjem. Zgodnja paliativna oskrba je zato danes pomemben sestavni element standardne celostne obravnave bolnika z neozdravljivim rakom. Vsi omenjeni elementi – celostna, neprekinjena, zgodnja integrirana paliativna oskrba omogočajo optimalno obravnavo bolnika z neozdravljivim rakom.



ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA

11. LET  
ODODELEK ZA AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO

ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care

## PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKOV Z RAKOM

celostna, neprekinjena, osnovna – specializirana, integrirana, zgodnja,...

Dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.  
Vodja oddelka za akutno paliativno oskrbo Onkološki inštitut Ljubljana  
Predsednica Slovenskega združenja paliativne in hospic oskrbe

Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe

what are other words for miscommunication?

mistake, accident, misperception, blunder, flounder, mishap, misunderstanding

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA

11. LET  
ODODELEK ZA AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO

ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care

*Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč pacientom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja.*

Državni program paliativne oskrbe, 2010  
(WHO definition of palliative care)

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA

11. LET  
ODODELEK ZA AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO

ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care



### NEPREKINJENA PALIATIVNA OSKRBA

TERCIARNI CENTER

REGIONALNE BOLNIŠNICE

MOBILNI PALIATIVNI TIMI

URGENTNI TIMI

DRUŽINSKI ZDRAVNIK S PATRONAŽNO SESTRO

LEKARNA, CENTRI ZA SOCIALNO DELO, ...

BOLNIK IN DRUŽINA

DRUŠTVA ZA POMOČ BOLNIKOM TER HOSPIC GIBANJA

DOMOVI STAREJŠIH OBČANOV

LUBHOSPIC  
Hospic  
Relias

### CELOSTNA PALIATIVNA OSKRBA

• bolečina  
• težko dihanje  
• slabost  
• bruhanje  
• utrujenost

TELESNI SIMPTOMI

• strah  
• jeza  
• aksioznost  
• depresija

PSIHOLOŠKI SIMPTOMI

SOCIALNA OBRAVNAVA

• socialna izoliranost  
• družinska dinamika  
• pomanjkanje

DUHOVNA OBRAVNAVA

• vprašanja o življenju/smrti  
• veroizpoved  
• prepričanje  
• upanje

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA

11. LET  
ODODELEK ZA AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO


ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care

## NEPREKINJENA CELOSTNA PALIATIVNA OSKRBA


**Osnovna paliativna oskrba (80% bolnikov):**  
se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega sistema (v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, na domu pacienta, pri izvajalcih institucionalnega varstva, nevladnih organizacijah – hospicij...)  
*Izvajali naj bi jo vsi, ki obravnavajo neozdravljivo bolne.*

**Specializirana paliativna oskrba (20%):**  
ne nadomešča osnovne PO, temveč jo podpira in dopolnjuje glede na specifičnost in kompleksnost ugotovljenih potreb in težav.  
*Izvajajo jo timi dodatno izobraženi za to delo.*


**EAPC: White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe**




VZPOREDNICA  
sladkorna bolezen,  
visok krvni tlak



ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA



INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA



ESMO  
Designated Center  
of Integrated  
Oncology and  
Palliative Care

## OSNOVNA – SPECIALIZIRANA PALIATIVNA OSKRBA V TERCIARNEM CENTRU



**OSNOVNI NIVO**  
vsi klinični oddelki/ambulante OI

80-90%

↕  
Svetovalna služba



**SPECIALIZIRAN NIVO**  
Oddelek za akutno paliativno oskrbo

20-10%

- > obravnava bolniki s najkompleksnimi težavami (6 postelj)
- > Svetovanje v ambulanti za zgodnjo paliativno oskrbo
- > koordinacija – spremljanje bolnikov, sprejem/odpust
- > izobraževanje
- > raziskovanje



ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA



INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA



ESMO  
Designated Center  
of Integrated  
Oncology and  
Palliative Care

## OSNOVNA – SPECIALIZIRANA PALIATIVNA OSKRBA NA PRIMARNEM NIVOJU



**OSNOVNI NIVO**  
vsi družinski zdravniki/patronažne sestre

80-90%

↕  
Svetovalna služba



**SPECIALIZIRAN NIVO**  
MOBILNI PALIATIVNI TIM

20-10%

- > obravnava bolniki s najkompleksnimi težavami
- > koordinacija – spremljanje bolnikov, sprejem/odpust
- > izobraževanje



ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA



INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA



ESMO  
Designated Center  
of Integrated  
Oncology and  
Palliative Care

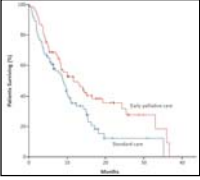
## ZGODNJA PALIATIVNA OSKRBA


THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE


**Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer**

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pui, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.






ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA

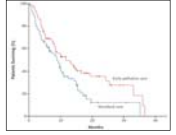


INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA

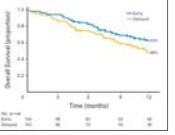


ESMO  
Designated Center  
of Integrated  
Oncology and  
Palliative Care

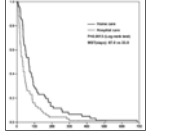
## ZGODNJA PALIATIVNA OSKRBA



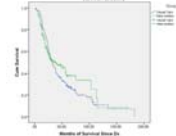
Temel, NEJM 2010



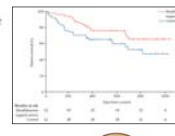
Bakitas, JCO 2015



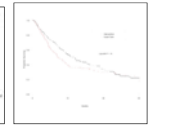
Murakami BMC Pall 2015




Ferrell, J Pain Manag, 2015




Higginson 2015




Bakitas, JCO 2013



ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA



INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA



ESMO  
Designated Center  
of Integrated  
Oncology and  
Palliative Care

## ZGODNJA PALIATIVNA OSKRBA

**Dejavnosti v okviru zgodnje paliativne oskrbe**

so kompleksen preplet ukrepov, katerih cilj je zagotavljanje čim boljše kvalitete življenja:

podpora pri razumevanju bolezni

(prognoza, vzrok, napredovanje,...),

urejanje simptomov

(telesno-psihološko-socialno-duhovno),

pomoč pri odločitvah

(zdravljenje raka, prehrana, aktivnosti...),

skrb za kontinuiteto oskrbe

(mreža, sodelovanje, povezovanje),

podpora bližnjim


(pogovor z bolnikom, pomoč, poučevanje,...),

priprava na zadnje obdobje življenja


(družina, želje-možnosti,...),

duhovni vidiki


(lasten pomen bivanja, zapuščine...).



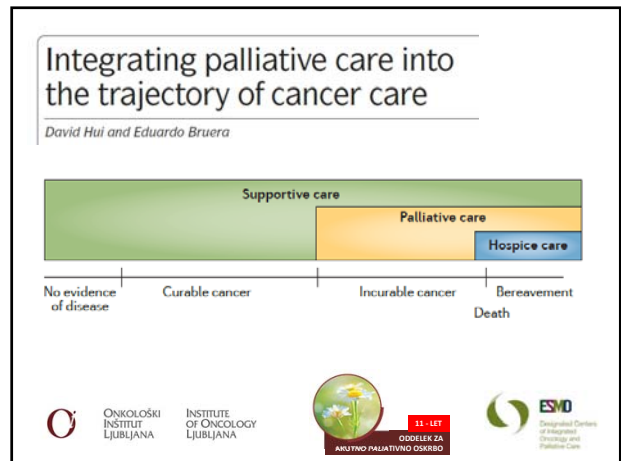
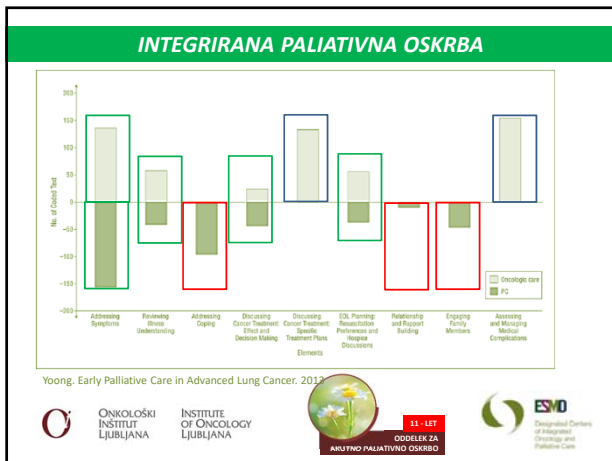
ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA



INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA



ESMO  
Designated Center  
of Integrated  
Oncology and  
Palliative Care



### INTEGRIRANA PALIATIVNA OSKRBA

#### Educational

- Palliative care competence in oncologists
- Undergraduate palliative-care curriculum
- Activities and exercises on palliative care for oncologists/fellows\*
- Palliative-care rotations for oncology fellows\*
- Oncology rotations for palliative-care fellows
- Conference on palliative care for oncology professionals
- Continuing medical education for oncologists
- Formal testing of palliative-care skills in examinations

#### Clinical processes

- Interdisciplinary palliative-care teams\*
- Availability of palliative-care services
- Routine symptom screening in oncology clinics\*
- Supportive-care guidelines
- Specified timing of palliative-care referral
- Referral criteria for palliative care
- Clinical care pathways
- Embedded clinics
- Palliative-care nurse practitioners
- Communication and coordination
- Combined multidisciplinary tumour boards
- Early palliative-care involvement\*

#### Clinical structure

- Charter-based clinics\*
- Integrated consultation teams\*
- Palliative care units
- Community-based teams

#### Administration

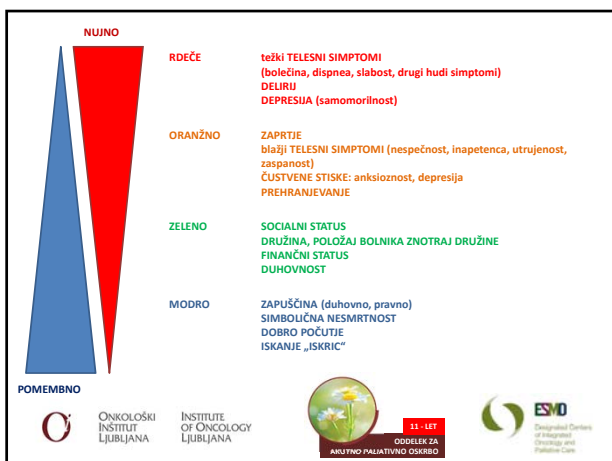
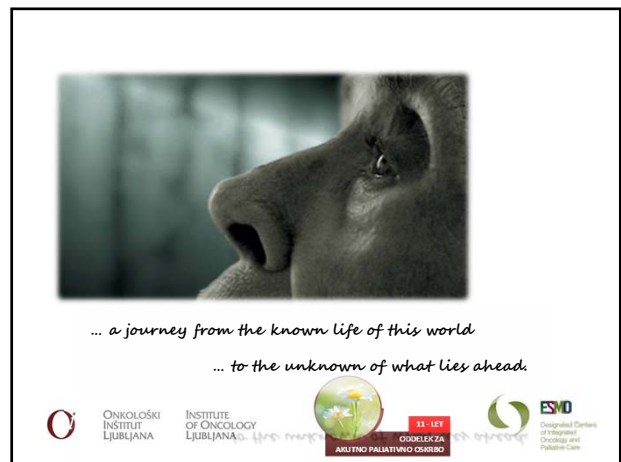
- Centres of excellence or models of integration
- Palliative care recognised as a speciality
- Reimbursement or programme funding
- National standards or policy
- Regional organization
- Optimal availability
- Palliative care and oncology within the same department
- Support of cancer-centre leadership
- Public awareness and advocacy

#### Research

- Research activity and/or publications on palliative care
- Funding to support palliative-care research
- Palliative-care research involving patients with early-stage disease
- Presence of a chair in palliative care

#### Integrated oncological and palliative care

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA | INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA | 11-LET ODDELEK ZA AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO | ESMO





ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA

INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA



11. LET  
ODELEK ZA  
AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO



ESMO  
Designated Centers  
of Integrated  
Oncology and  
Palliative Care

## HVALA ZA POZORNOST!

Dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.  
Vodja oddelka za akutno paliativno oskrbo Onkološki inštitut Ljubljana  
Predsednica Slovenskega združenja paliativne in hospic oskrbe

[mebert@onko-i.si](mailto:mebert@onko-i.si)



Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe



## **PALIATIVNA OSTRBA V SEKTORJU INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE (SIO)**

izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.

Oddelek internistične onkologije, Onkološki inštitut Ljubljana

V SIO izvajamo sistemsko onkološko zdravljenje raka z zdravili. Bolnik je deležen genetskega svetovanja, diagnostike, predvsem pa sistema zdravljenja tako zgodnjega raka, kakor tudi lokoregionalno napredovalnega raka in metastatske bolezni, prejme tudi podporno zdravljenje ob sistemskem zdravljenju in paliativno zdravljenje. Bolnike spremljamo in obravnavamo zaplete sistema zdravljenja. Uvajamo nove načine sistema zdravljenja. Vsa leta od začetkov sistema zdravljenja in s tem internistične onkologije, so bolniki poleg sistema zdravljenja deležni tudi paliativne oskrbe. V zadnjem tisočletju, pa je s prepoznanim pomenom zgodnje paliative, uvedba zgodnjega paliativnega zdravljenja ob sistemskem zdravljenju raka postala stalnica.

Z razvojem paliativne medicine kot samostojne stroke, se je v svetu paliativna obravnava bolnikov po izčrpanem sistemskem zdravljenju prenesla na specialiste paliativne medicine, internisti onkologi pa se posvečajo aktivnemu sistemskemu zdravljenju, paliativi pa le v zgodnji obravnavi, ko le-ta spremlja aktivno sistemsko onkološko zdravljenje. V Sloveniji velik delež paliativne obravnave, po izčrpanem sistemskem zdravljenju še vedno bremeni interniste onkologe, ki pa jih močno primanjkuje in so preobremenjeni. V SIO opravimo 56,6% vseh hospitalizacij na OIL. Število sprejemov letno narašča od 1-5%, narašča pa tudi število umrlih bolnikov v primerjavi s preteklimi leti in v primerjavi z ostalimi oddelki OIL, to neposredno kaže na to, da velik delež paliativne obravnave ob koncu življenja prevzemamo internisti onkologi. V SIO je 20 – 35% hospitaliziranih bolnikov samo v paliativni obravnavi, po izčrpanem sistemskem zdravljenju. Glede na to, da je naše glavno delo in poslanstvo aktivno sistemsko zdravljenje raka, menim, da bi paliativno oskrbo bolnikov, ki nimajo več sistema zdravljenja raka, morali prevzeti: specialisti paliativne medicine z mobilnimi paliativnimi timi v sodelovanju z bolnikovimi osebnimi družinski zdravniki.



## PALIATIVNA OSKRBA NA ODDELKU INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE

Janja Oevirk

### SIO

- V sektorju internistične onkologije se izvaja sistemsko zdravljenje raka. Ukvarjamo se s preventivo, genetskim svetovanjem, diagnostiko in zdravljenjem zgodnjega raka, lokoregionalno napredovalega raka, metastatske bolezni ter s podpornim in paliativnim zdravljenjem. Spremljamo bolnike in obravnavamo zaplete sistemskega zdravljenja. Uvajamo nove načine sistemskega zdravljenja. Sodelujemo v mednarodnih kliničnih raziskavah, v katere vključujejo bolnike in jim tako omogočimo zgodnji dostop do novih sistemskih zdravljenj.

### SISTEMSKO ZDRAVLJENJE DANES

- Čim bolj bolniku prilagojeno, tako glede na biologijo tumorja, bolnikovo splošno stanje, sočasne bolezni in terapijo, kakor tudi na kakovost življenja.
- Z uvedbo venskih valvul, tarčne, biološke terapije in imunoterapije, dobrim podpornim zdravljenjem lahko večji del zdravljenja poteka ambulantno in v dnevni bolnišnici.

### ZGODNJA PALIATIVA V SIO

- Zgodnja paliativa – vzporedno ob sistemskem zdravljenju – vključuje različne profile specialistov. Prične jo običajno zdravnik internist onkolog in jo v veliki meri zagotavlja skozi aktivni proces sistemskega zdravljenja.
- Po potrebi so vključeni tudi drugi specialisti

### ZDRAVLJENJE NAPREDOVALE BOLEZNI

- Pomen zgodnje paliativne obravnave je prepoznani in uveden

ORIGINAL ARTICLE

#### Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,  
Emily R. Gallagher, R.N., Sarah Adelman, M.B., B.S., M.P.H.,  
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,  
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,  
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

### PALIATIVNA OBRAVNAVA PO IZČRPANEM SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU

- Prične jo običajno zdravnik internist onkolog
- In v večini primerov tudi vodi do smrti bolnika...

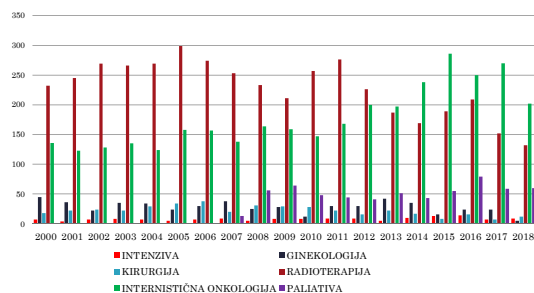
## HOSPITALIZACIJE 2017

- OIL skupaj - 14086
- SIO - 7963 = 56,6% !!!

## DNEVNI PREREZ

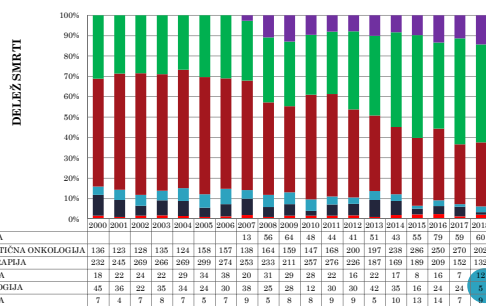
- 3x na izbran dan v zadnjih dveh mesecih
- 20-35% postelj zasedenih z bolniki po izčrpanem sistemskem zdravljenju na paliativnem zdravljenju
- Kar lahko ob koncih tedna pomeni tudi > 50% hospitaliziranih bolnikov, za katere skrbi dežurni internist onkolog!

## ŠTEVILO SMRTI NA OI po ODDELKIH/LETO



Od leta 2000 do leta 2016 se je število smrti v sektorju INT. ONK. zvišalo, RT zn

## DELEŽ SMRTI GLEDE NA ODDELEK/LETO



## KDO IZVAJA PALIATIVNO OSKRBO

- Na OIL – vsi zdravniki zaposleni v SIO, osebje na oddelku za akutno PO (tudi 2 internista onkologa) in večina zdravstvenega kadra v drugih dveh sektorjih
- Drugod po svetu - Več modelov

## NIH NATIONAL CANCER INSTITUTE

### Who gives palliative care?

Palliative care is usually provided by palliative care specialists, health care practitioners who have received special training and/or certification in palliative care. They provide holistic care to the patient and family or caregiver focusing on the physical, emotional, social, and spiritual issues cancer patients may face during the cancer experience.

Often, palliative care specialists work as part of a multidisciplinary team that may include doctors, nurses, registered dietitians, pharmacists, chaplains, psychologists, and social workers. The palliative care team works in conjunction with your oncology care team to manage your care and maintain the best possible quality of life for you.

Palliative care specialists also provide caregiver support, facilitate communication among members of the health care team, and help with discussions focusing on goals of care for the patient.

<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer-care-choices/palliative-care-fact-sheet>

## DEFINICIJA

Internist onkolog:

- Zdravnik, ki je usposobljen za diagnosticiranje in zdravljenje raka pri odraslih s kemoterapijo, hormonsko terapijo, biološko terapijo, tarčno terapijo in imunoterapijo. Internist onkolog daje tudi podporno zdravljenje in lahko usklajuje zdravljenje drugih strokovnjakov.

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>

## INTERNISTI ONKOLOGI

- Slovenija 29 na OIL + 6 izven OIL
- Po izračunu glede na ostale EU države, naj bi bilo v Sloveniji 70 specialistov internistov onkologov (torej še enkrat toliko kot jih je!)
- Pomanjkanje internistov onkologov!
- Preobremenitev internistov onkologov!

## original articles

Annals of Oncology, 2014, 25(10):2013-2014  
doi:10.1093/annonc/mdt080  
Published online 14 January 2014

### The landscape of medical oncology in Europe by 2020\*

E. de Azavedo<sup>1</sup>, L. Armer<sup>2</sup>, M. Ptaszynski<sup>3</sup>, C. C. Zielinski<sup>4</sup>, M. Piccart-Gebhart<sup>1</sup> & M. Pleschke<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Medical Oncology, Ghent and IMBIOZ, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; <sup>2</sup>State Center, Leibniz Institute, Braunschweig, Germany; <sup>3</sup>Department of Medical, Comprehensive Cancer Center, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

Received 22 August 2013; revised 10 October 2013; accepted 10 November 2013

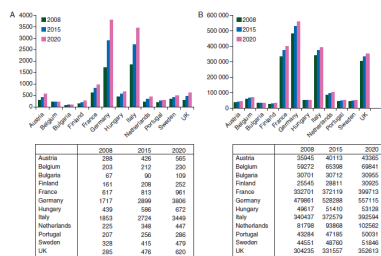


Figure 1. (A) Actual and predicted number of medical oncologists in 2008, 2015, and 2020. (B) Actual and predicted number of cancer cases (including non-melanoma skin cancer) in 2008, 2015, and 2020. Data retrieved from Cancer Statistics in Europe (http://www.euro.who.int/en/1-8-2013/0/000013) and 8 February 2013.

## PALIATIVA PO IZČRPNEM SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU

- Prične jo običajno zdravnik internist onkolog, ki je bolnika zdravil s specifično sistemsko onkološko terapijo.
- In v večini primerov tudi vodi do smrti bolnika, ob tem brez dodatnih znanj, poskrbi tudi za potrebe svojcev

## STANJE V SIO (1)

- 1/3 dela predstavljajo bolniki, ki so po izčrpanem sistemskem zdravljenju v paliativni oskrbi
- Zaradi pomanjkanja kadra internisti onkologi dejansko ne zmoremo več zagotavljati vsega systemskega onkološkega zdravljenja

## KAKO NAJ BI BILA VODENA PO – POGLED INTERNISTA ONKOLOGA

- Paliativa po izčrpanem sistemskem zdravljenju – vodenje bolnika prevzamejo družinski zdravniki s pomočjo mobilnih paliativnih enot in specialistov paliativne medicine
- Po izčrpanem sistemskem zdravljenju ni nobene potrebe, da bi bil bolnik še spremljan pri internistu onkologu, saj ne bo več deležen systemskega zdravljenja raka

### ZNOTRAJ OIL

- Povečanje paliativnega tima in oddelka, ambulantnih pregledov
- Večje vključevanje specialistov paliativne medicine v zgodnjo paliativno obravnavo
- Prevezmanje bolnikov, ki imajo izčrpano sistemsko zdravljenje ali pa njihovo stanje zmogljivosti in sočasne bolezni sistemskega zdravljenja ne dopuščajo

### IZVEN OIL

- Bolniki naj bi bili po izčrpanem sistemskem zdravljenju v paliativni obravnavi pri njihovih družinskih zdravnikih s pomočjo mobilnih paliativnih enot in specialistov paliativne medicine.
- Potrebno je organizirati mobilne enote, ki bodo pokrivalo celotno območje RS
- Paliativni oddelki in timi v vseh bolnišnicah
- Bolniki naj bi bili v terminalni fazi bolezni v čimvečjem številu v oskrbi v domačem okolju

## **PALIATIVNA OSKRBA NA ODDELKU ZA RADIOTERAPIJO**

asist. dr. Tanja Marinko, dr. med., spec. onkologije z radioterapijo

Sektor radioterapije, Onkološki Inštitut Ljubljana

Paliativna radioterapija je del celostne paliativne oskrbe bolnika. Za tovrstno zdravljenje se odločimo pri razširjenem raku, ko je bolezen tako napredovala, da ni več ozdravljiva. Cilj paliativne radioterapije je zmanjšanje simptomov bolezni ter izboljšanje kvalitete bolnikovega življenja. Indiciramo jo pri približno tretjini vseh bolnikov, ki jih letno obsevamo na OIL. V letu 2017 smo tako paliativno obsevali 2100 bolnikov, kar pomeni da se zelo pogosto srečujemo z bolniki, ki potrebujejo tudi obravnavo paliativnega tima.

Večina bolnikov obsevanje opravlja ambulantno, hospitalizacijo potrebujejo predvsem bolniki z možganskimi tumorji in pljučnimi tumorji. Pri teh bolnikih je celostna obravnava zaradi specifičnosti bolezni še posebno zahtevna, saj je pogosto potrebno sodelovanje različnih strok: psihiatra, psihologa, logopeda, fiziatra, fizioterapevta, hkrati pa je neprecenljiva tudi zgodnja obravnava v ambulanti paliativnega tima, pri možganskih tumorjih najboljše že ob diagnozi. Na OIL zaenkrat žal nimamo dovolj ustreznega kadra, da bi bolnikom vse to lahko nudili.

Pri bolnikih, ki jih obravnavamo ambulantno, pogrešamo boljšo pokritost s paliativno medicino na primarnem nivoju. Podpiramo idejo o mobilnih timih, predlagamo tudi več koordinatorjev paliativne oskrbe, ki s svetovanjem zelo razbremenijo onkologe, za bolnike pa pomenijo pomembno olajšanje in hitro pomoč. Menimo, da je trenutna kadrovska pokritost oddelka za Akutno paliativno obravnavo (APO) daleč pod potrebami po konzultacijah ter ambulantnih in hospitalnih obravnavah, za katere pa bi na Oddelku za APO nujno potrebovali še dodatne posteljne kapacitete.



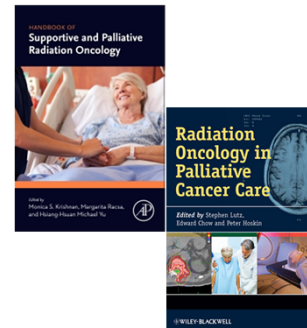


## Paliativna oskrba na Oddelku radioterapije OIL

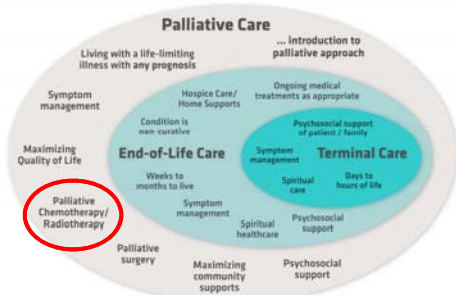
Asist. dr. Tanja Marinko, dr. med., spec onkologije z  
radioterapijo  
Sektor radioterapije, OIL  
Oktober 2018

## Paliativna radioterapija

- Paliativna radioterapija je sestavni del paliativne oskrbe
- namen je lajšanje simptomov bolezni in izboljšanje kvalitete življenja



### The phases and layers of care



## Indikacije:

-metastatska, neozdravljiva bolezen:

- Bolečine v kosteh
- krvavitev
- utesnitev hrbtenjače, živcev
- težko dihanje
- Zasevki v možganih
- Grozeči patološki zlomi kosti



## Oddelek za radioterapijo OIL

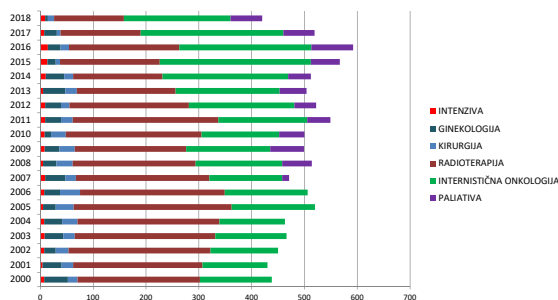
- del bolnikov je hospitaliziranih na kliničnem oddelku radioterapije (oddelek H2)
- paliativno oskrbo potrebujejo še posebno bolniki z :  
možganskimi tumorji,  
pljučnimi tumorji,  
pa tudi večina drugih bolnikov na H2



- Paliativna oskrba ni zgolj oskrba umirajočega, vendar je pomemben sestavni del.
- ŠTEVILO SMRTI
- je eden izmed več kazalcev za oceno po potrebi po paliativni oskrbi.

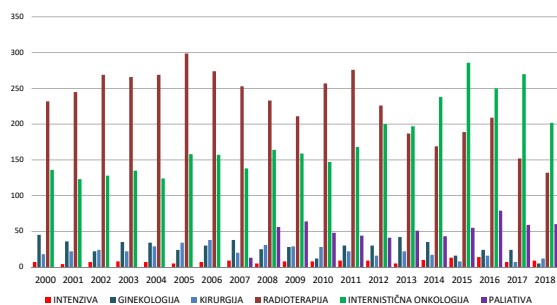


### ŠTEVILO SMRTI NA OI PO SEKTORJIH/LETO



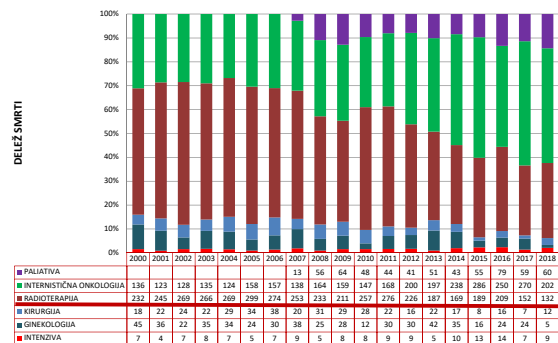
Od leta 2000 do leta 2016 je število smrti na OI narasel iz okoli 400 na skoraj 600 letno

### ŠTEVILO SMRTI NA OI po ODDELKIH/LETO



Od leta 2000 do leta 2016 se je število smrti v sektorju INT. ONK. zvišalo, RT znižalo

### DELEŽ SMRTI GLEDE NA ODDELEK/LETO



### Sektor radioterapije in paliativna potreba/mnenja kolegov radioterapevtov

Največji problem je slaba dostopnost paliativne obravnave na OIL:

- predolga čakalna doba na pregled v ambulantni
- predolgo traja od izstavitve konziliarne napotnice paliativnemu timu do dejanske obravnave
- slaba pokritost paliativne medicine na primarni ravni



### Hospitalni bolniki:

Bolniki z možganskimi tumorji:

- že od diagnoze dalje potrebujejo paliativno oskrbo- vključitev paliativnega tima v celostno oskrbo bolnika je potrebna že ob diagnozi ( pregled v ambulantni paliativnega tima...)
- potreba po logopedu na OIL
- potreba po fiziatru na OIL in boljši dostopnosti do fizioterapije
- potreba po psihiatru na OIL



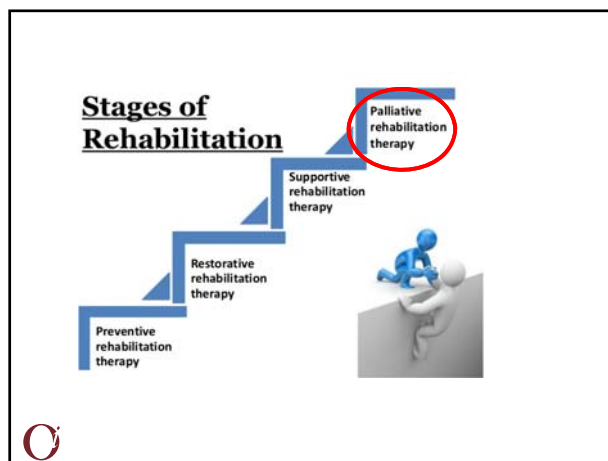
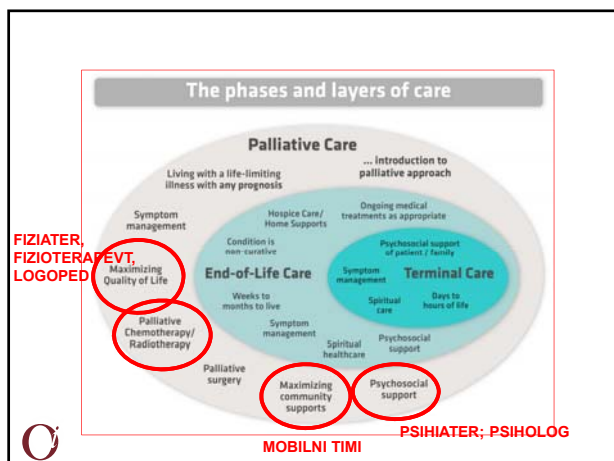
## Hospitalni bolniki:

- Potreba po premeščanju bolnikov iz oddelka Sektorja na Oddelek za akutno paliativno obravnavo je veliko večja od razpoložljivih kapacitet → potrebno je povečati število postelj in kadra na tem oddelku
- Za lažje sodelovanje med oddelkoma in bolj tekočo predajo bolnikov ter konzultacije od l. 2018 dalje kolegica radioterapevtka 50% delovnega časa posveti delu na področju paliative in je del paliativnega tima OIL (oddelek, ambulanta, konzultacije)



## Ambulantni bolniki:

- Podpiramo idejo o mobilnih timih
- predlagamo več koordinatorjev
- Oboje pomeni veliko razbremenitev za zdravnike, za bolnike in njihove svojce pa olajšanje



## ZAKLJUČEK

- Paliativna radioterapija je sestavni del paliativne oskrbe, za celostno paliativno oskrbo bolnika pa je potreben tim različnih strokovnjakov



- Potrebe po obravnavi bolnikov v sklopu paliativnega tima zelo presegajo trenutno razpoložljivost zato je v prihodnje nujno potrebno to dejavnost širiti, tako na terciarnem, kot na primarnem nivoju.





## **PALIATIVNA OSKRBA NA ODDELKIH SEKTORJA OPERATIVNIH DEJAVNOSTI**

prof.dr. Nikola Bešić, dr.med., specialist kirurg

Sektor operativnih dejavnosti, Onkološki inštitut Ljubljana

Sektor operativnih dejavnosti sodeluje pri obravnavi paliativnih bolnikov v ambulantah (kirurška, ginekološka in analgetska) in na vseh bolnišničnih oddelkih. Paliativne strokovne posege lahko razdelimo na: kirurške posege (kirurško zdravljenje motenj pasaže črevesa, traheostoma, gastrostoma, plevralna punkcija in drenaža, punkcija in drenaža ascitesa, zdravljenje maligne rane,..), dejavnost anesteziologije/intenzivne medicine/analgezije (težave z dihanjem, septična stanja, bolečina, uvajanje centralnih kanalov in VAP) in konziliarna dejavnost. Ocenjujem, da je med ambulantnimi bolniki v kirurški, oziroma ginekološki ambulanti približno 5-10% bolnikov, ki so v zadnjem letu življenja. V analgetski ambulanti pa je takih bolnikov približno polovica. Velik del hospitalne dejavnosti ginekološke službe, zagotovo več kot polovico posteljnega fonda namenimo paliativnim bolnicam. Ginekologi zagotavljajo operativno terapijo, skrbijo za ustrezno psihološko podporo, simptomatsko in paliativno medikamentozno terapijo, organizirajo in sodelujejo na družinskem paliativnem sestanku, ob sodelovanju zdravstvene nege in socialne službe poskrbijo za ustrezno nego na domu, oziroma v DSO in vse to zabeležijo v zdravstveno dokumentacijo, kar je v veliko pomoč dežurni ekipi. Na kirurških oddelkih zaradi pomanjkanja zdravniškega osebja in osebja zdravstvene nege ne moremo ustrezno organizirati dela s paliativnimi bolniki, čeprav je takih bolnikov od 5-20%. Bolniške sobe so velike in niso primerne za izvajanje paliativne dejavnosti, praktično je nemogoče zagotoviti ustrezno okolje za umirajočega bolnika. Pogosto so v isti sobi mlajši in skoraj zdravi bolniki, kar zanje zagotovo ni prijetna izkušnja. Na Intenzivnem oddelku praviloma vsaj 50%, pogosto pa kar dve tretjini posteljnega fonda zasedajo paliativni bolniki. Napotitev takih bolnikov na Intenzivni oddelek tem bolnikom reši življenje, a je žal njihovo stanje takšno, da marsikateri lahko preživi in živi samo na intenzivnem oddelku. Takšna hospitalizacija bolnika na intenzivnem oddelku lahko traja več tednov ali mesecev. Še pred sprejemom na intenzivni oddelek bi bilo potrebno v primeru poslabšanja stanja bolnika izpeljati radiološko diagnostiko za oceno obsega maligne bolezni in učinkovitosti zdravljenja. Ob konziliarnih pregledih se soočamo s tem, da zdravnik, ki poroča o bolniku, pravzaprav ve zelo malo o tem

bolniku, kar žal velja tudi za večino dežurnih zdravnikov. Tako kot za vsak konzilij, bi moralo biti predstavljeno in v popisu zapisano realno stanje glede: bolnikove diagnoze, dosedanjega zdravljenja, spremljajočih bolezni, splošnega stanja bolnika, zdravil, ki jih dobiva, realne pričakovane dolžine preživetja, specifične onkološke terapije, ki jo bolnik lahko še prejme. Zelo bi si želeli tudi vedeti: kakšna so pričakovanja bolnika, kje bi želel umreti, kaj o tem vedo in mislijo svojci, kje in s kom bolnik živi in kam bo šel iz bolnišnice.

## Paliativna oskrba v Sektorju operativnih dejavnosti

prof.dr. Nikola Bešič  
Onkološki inštitut Ljubljana

## Vloga kirurga pri zdravljenju bolnika z rakom se je spremenila



## Kirurški onkolog

Področja dela:

- genetsko svetovanje,
- preprečevanje raka,
- diagnostika zgodnjega raka,
- diagnostika in zdravljenje začetnega raka,
- lokoregionalno napredovali rak,
- metastatska bolezen,
- rehabilitacija,
- spremljanje bolnikov,
- zdravljenje zapletov radioterapevtskega in sistemskega zdravljenja,
- **simptomatsko in paliativno zdravljenje bolnikov z rakom.**



## Sektor operativnih dejavnosti Onkološkega inštituta

- Oddelek za anestezijo in intenzivno terapijo operativnih strok
- Oddelek za kirurško onkologijo
- Oddelek za ginekološko onkologijo

## Sektor operativnih dejavnosti Onkološkega inštituta

Sodelujemo pri obravnavi  
paliativnih bolnikov:

- ambulanta
  - kirurška
  - ginekološka
  - analgetska
- na vseh bolnišničnih oddelkih OI

## Paliativne strokovne dejavnosti

### Kirurški posegi

- kirurško zdravljenje motenj pasaže črevesa
- traheostoma
- gastrostoma
- pleuralna punkcija
- punkcija in drenaža ascitesa
- zdravljenje maligne rane

### Anestezija/intenzivna medicina/analgezija

- težave z dihanjem
- septično stanje
- bolečina
- uvajanje centralnih kanalov in VAP

### Konziliarna dejavnost

- motnje pasaže črevesa
- zdravljenje bolečine

## **Simptomatsko in paliativno zdravljenje**

Bolniku z neozdravljivo boleznijo kirurški poseg olajša težave in včasih tudi podaljša življenje:

- traheostoma omogoči ekstubacijo
- pleuralna drenaža in pleurodeza
- punkcija ascitesa
- stoma zaradi ileusa
- perkutana hranilna gastrostoma

## **Ambulantna paliativna dejavnost**

- v kirurški, oziroma ginekološki ambulanti približno 5-10% bolnikov, ki so v zadnjem letu življenja
- v analgetski ambulanti približno polovica bolnikov, ki so v zadnjem letu življenja

## **Hospitalna paliativna dejavnost Ginekološki oddelek**

- Več kot polovico posteljnega fonda ginekološkega oddelka namenimo paliativnim bolnikom.
- Ginekologi zagotavljajo:
  - operativno terapijo (sodelujejo pri paliativnih kirurških posegih, drenaža ascitesa...),
  - skrbijo za ustrezno psihološko podporo, simptomatsko in paliativno medikamentozno terapijo,
  - organizirajo in sodelujejo na družinskem paliativnem sestanku,
  - ob sodelovanju zdravstvene nege in socialne službe poskrbijo za ustrezno nego na domu, oziroma v DSO,
  - vse to zabeležijo v zdravstveno dokumentacijo, kar je v veliko pomoč dežurni ekipi.

## **Hospitalna paliativna dejavnost Kirurški oddelek**

- Zaradi pravila, da v bolnišnico sprejmemo bolnika na tisti oddelek, iz katerega je zdravnik, ki bolnika vodi ambulantno, imamo 5-20% postelj z bolniki, ki so na simptomatskem ali paliativnem zdravljenju.
- Zaradi pomanjkanja zdravniškega osebja in osebja zdravstvene nege na E2 in E4 oddelku ne moremo ustrezno organizirati dela.

## **Zaradi pomanjkanja zdravniškega osebja in osebja zdravstvene nege na E2 in E4 oddelku ne moremo ustrezno organizirati dela**

- zaradi pomanjkanja zdravnikov večino dela z organizacijo paliativne obravnave opravijo DMS,
- težko zagotovimo ustrezno raven znanja paliativne oskrbe bolnikov, saj se principi paliative močno razlikujejo od ostalih stanj, ki jih zdravimo na oddelku,
- bolniške sobe so velike in niso primerne za izvajanje paliativne dejavnosti,
- praktično je nemogoče zagotoviti ustrezno okolje za umirajočega bolnika - pogosto v isti sobi mlajši in skoraj zdravi bolniki, kar zanje zagotovo ni prijetna izkušnja,
- in vendar je vsak teden v popisu bolezni zabeleženo, kakšne so bile aktivnosti glede paliativne dejavnosti in kakšen je nadaljnji plan zdravljenja.

## **Oddelek za intenzivno terapijo operativnih strok**

- praviloma vsaj 50% posteljnega fonda, pogosto pa kar dve tretjini, zasedajo paliativni bolniki,
- napotitev takih bolnikov na intenzivni oddelek tem bolnikom reši življenje, a so v tako slabem stanju, da marsikateri lahko preživi in živi samo na intenzivnem oddelku, kar lahko traja več tednov ali mesecev,
- zaradi urgentnih sprejemov na intenzivni oddelek se večkrat letno za vsaj teden dni ustavi operativni program velikih elektivnih kirurških posegov,
- na intenzivnem oddelku že vrsto let izrazito pomanjkanje negovalnega osebja.



### **Težave s katerimi se soočajo intenzivisti v dežurstvu**

- smiselno bi bilo izogniti se dolgotrajnemu umiranju paliativnega intubiranega bolnika na intenzivnem oddelku,
- še preden pride do kritične dihalne stiske ali šokovnega stanja je nujno izpeljati urgentno radiološko diagnostiko glede obsežnosti bolezni in evalvacijo učinka zdravljenja,
- zelo pogosto bi bila namesto intenzivne terapije bistveno bolj na mestu ustrezna podporna in paliativna terapija in nega.

### **Težave s katerimi se soočajo intenzivisti v dežurstvu**

**Pri odločitvi o intenzivnosti zdravljenja je zagotovo pomembna tudi volja bolnika, o čemer v zdravstveni dokumentaciji praviloma ni nobene informacije.**

### **Primer 32-letne bolnice z limfomom 26 zadnjih dni na intenzivi**

- Kljub zdravljenju progres v možgane
- kirurško biopsijo možganov bolnica večkrat zavrne
- zaradi nezavesti intubirana ob sprejemu in sprejeta na intenzivo
- mož je povedal, da bolnica še vedno ni želela, da se ji vrta v glavo, želel je, da je ne bi več zdravili, otroci in on so pripravljeni na ženino smrt
- a medicina naredi vse kar je možno (po pravilih stroke?)

### **Pomembno je vedeti**

Kakšna so pričakovanja bolnika?  
Kje bi želel umreti?  
Kaj o tem vedo in mislijo svojci?  
Kje živi?  
Kam bo šel po kirurškem posegu?

### **Težave s katerimi se soočamo pri konziliarnih pregledih**

- Pogosto zdravnik, ki kirurgu poroča o bolniku, za katerega je zahtevan konziliarno pregled, pravzaprav ve zelo malo o tem bolniku.
- Tako kot za vsak konzilij, bi moralo biti predstavljeno in v popisu zapisano realno stanje glede:
  - bolnikove diagnoze,
  - dosedanjega zdravljenja,
  - spremljajočih bolezni,
  - splošnega stanja bolnika,
  - zdravil, ki jih dobiva,
  - realne pričakovane dolžine preživetja,
  - specifične onkološke terapije, ki jo bolnik lahko še prejme.
- Večina dežurnih zdravnikov ne ve skoraj ničesar od tega.

### **Predlogi za izboljšave**

- V primeru poslabšanja stanja bolnika je potrebno čim prej in še pred sprejemom na intenzivni oddelek zagotoviti radiološko diagnostiko za oceno obsega maligne bolezni in učinkovitosti zdravljenja.
- Ob vsakem poslabšanju stanja bolnika z metastatsko boleznijo mora biti že, ko kličemo konziliarnega anesteziologa oziroma kirurga, v popisu bolezni jasno zapisano, kakšno je realno stanje bolnika in kakšen je plan nadaljnje specifične onkološke terapije.

## Predlogi za izboljšave

### Konziliarni zapisi:

- morajo biti takoj zdiktirani - digitalni diktafoni bi morali biti na vseh oddelkih;
- vsi zdravniki bi morali imeti možnost poslušanja zvočnega zapisa še preden je zapis natipkan;
- ti zapisi morajo biti prednostno natipkani, saj pogosto, za istega bolnika vsak dan zahtevajo, naj ga konziliarno pregledamo.

## Zaključek - Sodelovanje je pot do uspeha

- Kirurgi, ginekologi in anesteziologi so nepogrešljiv del multidisciplinarne paliativne obravnave bolnikov.
- Sodelovanje je možno in potrebno izboljšati.



## **PALIATIVNA OSKRBA V INTENZIVNI ENOTI OIL**

Katja Kopriva, dr.med.

Oddelek za intenzivno terapijo, Onkološki inštitut Ljubljana

Paliativno zdravljenje je na Oddelku za intenzivno terapijo (OIT) potrebno od začetka. Če se izkaže, da se z intenzivnim zdravljenjem osnovnega cilja ne da več doseči in bolnika zaradi različnih razlogov ne moremo premestiti na drug oddelek ali domov, se paliativna obravnava nadaljuje na OIT v polni meri. Vsa prizadevanja za preprečevanje nadaljne okvare organov in smrti je potrebno usmeriti v to, da bolnik umre na najbolj dostojanstven možen način.

Pri odločitvah o prenehanju intenzivnega zdravljenja na Onkološkem inštitutu Ljubljana zdravniki na OIT sodelujemo z lečečimi onkologi, kar nas pri teh odločitvah razbremeni. Paliativen tim vključujemo redko. Nimamo še algoritma obravnave takih bolnikov, se pa o tem veliko pogovarjamo. Pomembno je beleženje dogovorov o prenehanju intenzivnega zdravljenja in predaja kolegom v dežurstvu ter ekipi zdravstvene nege. Zaradi različnega videnja obravnave in slabe predaje lahko pride do poslabšanja odnosov v ekipi, dobri odnosi pa so na OIT ključnega pomena.

Zelo je pomembna komunikacija s svojci, ki je del paliativne obravnave bolnika, vendar skoraj vedno časovno in čustveno zelo obremenjujoča. Pomankanje kadra zdravstvene nege je velika prepreka pri še bolj kakovostni paliativni obravnavi. Ker smo na OIT velikokrat priča umiranju, z razpoznavo simptomov umiranja nimamo težav, prav tako ne z uporabo zdravil za paliativno zdravljenje.

Vključevanje paliativnega tima bi bilo dobrodošlo, da bi ekipo na OIT na več področjih razbremenilo.






**PALIATIVNA OSKRBA V INTENZIVNI ENOTI OIL**

Katja Kopriva Pirtovšek, dr. med.  
Onkološki inštitut Ljubljana, torek, 9. oktober 2018

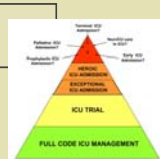
**PALIATIVNA IN INTENZIVNA MEDICINA**

- **Paliativna medicina (pogovorna)** se osredotoča na preprečevanje in lajšanje trpljenja.  
Zdravljenje umirajočega je del paliativne medicine.
- Cilj **intenzivne medicine (tehnične)** je vzdrževanje vitalnih funkcij z namenom preprečiti smrt in zmanjšati okvaro organov.

**PALIATIVNA IN INTENZIVNA MEDICINA**



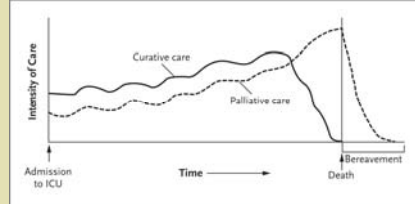
**PALIATIVNA MEDICINA NA OIT**



- Pri bolnikih v rizično je sprejem na OIT pogosto indikacijo:
  - Full code
  - Omejeno zdravljenje, časovno
  - Sprejem zaradi paliativnega intenzivnega zdravljenja
- Sprejem na OIT v zadnjem mesecu življenja tudi 30 % (20-30%) bolnikov umre na OIT<sup>1)</sup>
- Ko izbiramo možnost zdravljenja v namen preprečiti smrt in okvaro organov, lahko zdravljenje na OIT bolniku boji, škodi kot koristi.
- Odlogetev in opustitev zdravljenja je pogosta praksa na OIT: 'tagabo bitke' in posledice so lahko za zdravnike in sestro časovno in finančno zahtevne, sicer tako depresivno obremenjene.

<sup>1)</sup>Chew, et al. Supportive versus curative intensive care for patients with cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2012;8:283-294.

**PALIATIVNA MEDICINA NA OIT**



**PALIATIVNA MEDICINA NA OIT DILEME**

- Kdaj preiti na popolnoma paliativno zdravljenje?
- Kako oz. do kakšne mere prenehati z intenzivnim zdravljenjem?
- Čas in število zdravnikov in sester udeleženih v procesu paliativnega zdravljenja
- Pomoč paliativnega tima



## VLOGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE V OBRAVNAVI BOLNIKA V PALIATIVNI OSKRBI

Doc.dr.Erika Zelko, spec.spl. med.  
Onkološki inštitut Ljubljana, 9.10.2018



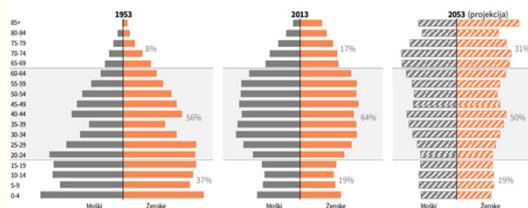
NASTIČISTI:  
PALIATIVNA OSKRBA  
& ONKOLOGIJA

### Zakaj potrebujemo zdravnika družinske medicine v paliativni oskrbi bolnika?

- Demografske spremembe
- Potrebe prebivalcev
- Zagotavljanje dostopnosti in enakosti
- Razvoj medicinske stroke, sub-specializacija področij
- Omejeni finančni viri
- Koordinacija in sodelovanje

### Demografski podatki

1.1 Graf 4: Primerjava prebivalstvenih piramid Slovenije za leto 1953 in 2013 ter projekcija za leto 2053



### Značilnost družinske medicine

- Holistična obravnava bolnika- celovita in celostna obravnava
- V osebo usmerjena obravnava
- Ena obravnava- več diagnoz / ena napotnica-ena diagnoza
- Preventiva in kurativa
- Usmerjenost v skupnost
- Dostopnost
- Stroškovna učinkovitost

### Holistična obravnava

- Poznavanje in izvajanje ustrezne obravnave simptomov
- Pomoč pri psihološki in spiritualni obravnavi
- Multimorbidni bolniki – prioritete, kvartarna preventiva
- Koordinacija aktivnosti ob bolniku (negovalci, svojci, specialisti, priprava dokumentacije za IK, ZZS-IZ in evt. vključitev v institucionalno obravnavo)
- Skrb za glavne negovalce v družini
- Prepoznavanje oblik žalovanja in pravočasna podpora

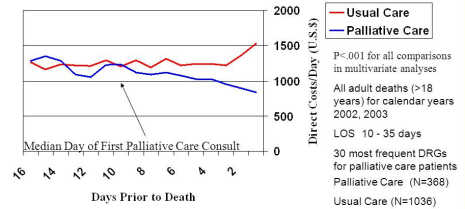
### Primer bolnika

- 55 letni tuji državljan, se je preselil k partnerju v Slovenijo. Pred tem zdravljen zaradi napredovelega malignega melanoma v Avstriji. Z obolenjem je seznanjen. Prihaja na obisk v ambulantno prvič s prošnjo za nadaljevanje terapije v Sloveniji. Ima urejeno zdravstveno zavarovanje. V naslednjih 14 dneh naj bi prejel tretji cikel paliativne kemoterapije.

## Naloge OIZ

- prvi pregled bolnika, dokumentacije
- napotitev v ustrezno ustanovo
- pojasnitev osnov zdravstvenega sistema, pravic in delovanja
- predstavitev možnosti paliativne oskrbe (patronaža, oddelek, Hospic, negovalna služba, komplementarne metode zdravljenja, termin družinskega sestanka)
- odlično sodelovanje s patronažo, družino in oddelkom UKC MB za onkologijo in paliativno oskrbo

## Palliative Care Reduces Direct Costs per Day Prior to Death



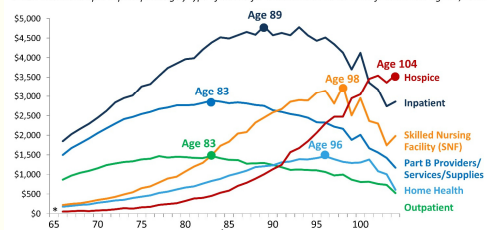
## Primer bolnika – ekonomska plat

| Strošek ambulantne obravnave pri zdravniku družinske medicine | Strošek ambulantne obravnave v ambulanti za specialista | Strošek enega dneva hospitalizacije | Strošek enega dne v DSO |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------|
|   |   |                                     |                         |

Exhibit 1.3

## In 2011, Medicare per capita spending peaked at age 83 for physician and outpatient services, but at older ages for inpatient care (89), home health (96), skilled nursing facility (98), and hospice (104)

Peaks in Medicare per capita spending by type of service for traditional Medicare beneficiaries over age 65, 2011



NOTE: Analysis excludes beneficiaries with Medicare Advantage. \*Analysis excludes people age 65 because some of these beneficiaries are enrolled for less than a full year; therefore, a full year of Medicare spending data is not available for all people at this year of age.  
SOURCE: Kaiser Family Foundation analysis of a 5-percent sample of Medicare claims from the Chronic Conditions Data Warehouse, 2011.

## Pace A, Di Lorenzo C, Capon A et al. Quality of care and rehospitalization rate in the last stage of disease in brain tumor patients assisted at home: a cost effectiveness study.

J Palliat Med. 2012 Feb;15(2):225-7. doi: 10.1089/jpm.2011.0306.

- Primerjava dveh skupin bolnikov (72 bolnikov je bilo vključenih v obravnavo na domu; 71 jih ni bilo deležnih obravnave na domu)
- Retrospektivna analiza bolnišničnih zapisov glede števila re-hospitalizacij, dolžino le-teh in stroškov hospitalne obravnave v zadnjih dveh mesecih življenja bolnikov obeh skupin.

### Rezultati

- Stopnja hospitalizacije v skupini 1 (16.7%) je bila nižja kot v skupini 2 (38%) (95% CI: 0.18-0.65, p = 0.001).
- Stroški hospitalizacije v 1. skupini: **517 Euros** (95% CI: 512-522) In v skupini 2: **24, 076 Euros** (95%: 24,040-24,112 Euros).

## Kakšna je torej vloga zdravnika družinske medicine?

- Poznavanje bolnika in dobro strokovno znanje za obvladovanje simptomov
- Koordinacija aktivnosti ob bolniku (patronažne sestre, paliativni mobilni tim, negovalci, svojci, duhovna oskrba, IK in stalež pri aktivni populaciji...)
- Sodelovanje v timu
- Predpisovanje zdravil, MTP
- Dostopnost in bližina
- Mrliški ogled in podpora žalujočim







Hvala za pozornost



## **VLOGA URGENTNE SLUŽBE PRI OSKRBI BOLNIKA Z RAKOM V PALIATIVNI OSKRBI**

asist. mag. Marija Matejka Škufca Sterle, dr. med.

Enota splošne nujne medicinske pomoči Ljubljana

Osnovni nosilec paliativne oskrbe je izbrani osebni zdravnik skupaj s patronažno medicinsko sestro, glede na potrebe pa se vključujejo tudi drugi. Opredelitev paliativnega stanja je naloga specialistov na sekundarnem in terciarnem nivoju. Le-ti pripravijo načrt obvladovanja simptomov, ki ga v fazi napredovanja bolezni dopolnjuje in usklajuje izbrani osebni zdravnik. Težava pa se pojavi v času, ko izbrani osebni zdravnik ne dela. V obstoječem zdravstvenem sistemu breme teh bolnikov prevzame dežurna služba oziroma služba nujne medicinske pomoči.

Analiza paliativnih hišnih obiskov pri onkoloških bolnikih v letu 2018 na Splošni nujni medicinski pomoči v Ljubljani je pokazala, da so ekipe nujne medicinske pomoči le v približno polovici primerov razpolagale z jasno informacijo, da gre za paliativnega bolnika (na podlagi medicinske dokumentacije ali jasnih heteroanamnestičnih podatkov). Največ paliativnih hišnih obiskov je bilo opravljenih v popoldanskem času ter med vikendom. Najpogostejši razlogi za paliativni hišni obisk so bile težave z dihanjem in bolečina. V skoraj polovici primerov ni bilo potrebe po medikamentoznem zdravljenju ali izvajanju kakršnih koli posegov, temveč le nasvet, pogovor in podpora svojcem. Od medikamentozne terapije je bila najpogostejša aplikacija različnih analgetikov, najpogosteje opioidni analgetik. K specialistu je bilo napotenih 29% bolnikov, 17,6% na Onkološki inštitut.

V času dežurne službe paliativni bolniki in svojci nimajo na razpolago drugega zdravnika kot tiste, ki so dežurni oziroma delajo v enotah nujne medicinske pomoči. V teh službah se zdravniki izmenjujejo, zato paliativnega bolnika ne poznajo tako dobro kot izbrani zdravnik. Največja težava, s katerimi se ekipe srečujejo, je pomanjkanje informacij o stanju bolnika in nadaljnjem načrtu obravnave (kar vodi posledično v hitrejše napotovanje do specialistov), pa tudi pomanjkanje poglobljenega znanja ter izkušenj. Veliko pridobitev pri oskrbi paliativnih bolnikov vidimo v težko pričakovani prisotnosti mobilnih paliativnih timov, ki pa trenutno na področju Ljubljane še ne delujejo. Bolniki bodo deležni dostopnejše, kvalitetnejše in

učinkovitejše paliativne oskrbe. Urgentna služba pa bo imela možnost konzultacije ali predaje bolnika paliativnemu timu.

# Vloga urgentne službe pri oskrbi bolnika z rakom v paliativni oskrbi

Mag. Mateja Škufca Sterle, dr.med.spec.  
Splošna nujna medicinska pomoč  
Zdravstveni dom Ljubljana

Ljubljana, 9.10.2018

## ▶ Zdravstveni sistemi v sodobnih družbah:

- Naraščajoča prevalenca in umrljivost zaradi kroničnih bolezni.
- Paliativna oskrba.



## Paliativna oskrba

- ▶ Aktivna, celostna, neprekinjena oskrba bolnika z neozdravljivo boleznijo.
- ▶ Podpora svojcem.
- ▶ Doseganje čim večje kakovosti življenja.



## Paliativna oskrba na domu

- ▶ Izbrani osebni zdravnik
- ▶ Specialist na sekundarnem ali terciarnem nivoju
- ▶ Dežurna služba/ služba nujne medicinske pomoči



## Paliativna oskrba na domu

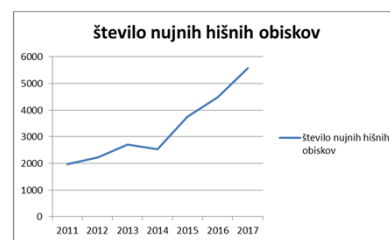
- ▶ Ljubljana:
  - Mobilnih paliativnih timov ni
  - Izbrani osebni zdravnik, navodila zdravnika specialista
  - Dežurna služba/ služba NMP
    - simptomi, povezani z osnovnim obolenjem
    - stiske svojcev



## Paliativna oskrba na domu

### ▶ Hišni obiski SNMP Ljubljana

| leto | Število hišnih obiskov |
|------|------------------------|
| 2011 | 1967                   |
| 2012 | 2220                   |
| 2013 | 2700                   |
| 2014 | 2527                   |
| 2015 | 3755                   |
| 2016 | 4485                   |
| 2017 | 5575                   |



## Paliativna oskrba na domu

- ▶ Koliko je paliativnih hišnih obiskov?
  - zdravstvena dokumentacija
  - heteroanamnestični podatki
  - sklepanje na osnovi stanja bolnika in okoliščin

Način dokumentiranja hišnih obiskov ne omogoča natančne retrogradne ocene, koliko je dejansko bilo paliativnih bolnikov obravnavanih v času dežurne službe.

**ZDA Zdravstveni dom Ljubljana**  
 POROČILO O HIŠNEM OBISKU

PRIMEK IN IME: \_\_\_\_\_ M / Ž: \_\_\_\_\_ SPOL: \_\_\_\_\_ ROJSTNI PODATEK: \_\_\_\_\_  
 STALNO PREBIVALIŠČE: \_\_\_\_\_ OBČINA: \_\_\_\_\_ POŠTA: \_\_\_\_\_  
 ŠT. ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA: \_\_\_\_\_ KRAJ INTERVENCIJE: \_\_\_\_\_ ČAS INTERVENCIJE: \_\_\_\_\_

ANAMNEZA / STATUS: \_\_\_\_\_

DIAGNOZA: \_\_\_\_\_

UKREPI - TERAPIJA: \_\_\_\_\_

NAPOTITEV: \_\_\_\_\_

PREVOZ / SPREMITVO: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_ ŽIG AMBULANTE: \_\_\_\_\_ ZDRAVNIK: \_\_\_\_\_

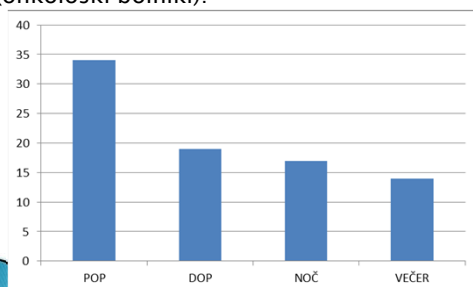
## Paliativna oskrba na domu

- ▶ Nепреpoznani paliativni bolniki
  - neprepoznani paliativni bolniki z onkološko boleznijo
  - drugi paliativni bolniki (ALS, CVI, srčno popuščanje, KOPB, hematološke bolezni...)
- ▶ Napačno ocenjeni klici na 112

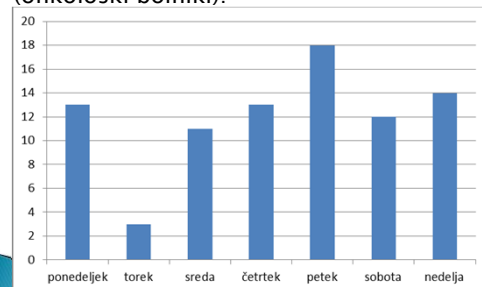
## Paliativna oskrba na domu

- ▶ SNMP Ljubljana (2018, januar-marec):
  - 1188 hišnih obiskov
  - 156 bolnikov je bilo jasno opredeljenih kot paliativnih bolnikov (13%)
  - 85 paliativnih hišnih obiskov pri onkoloških bolnikih (7% vseh hišnih obiskov)
    - jasna informacija le v 52% primerov

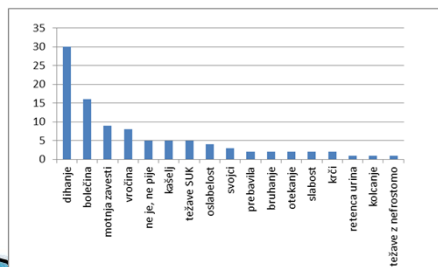
- ▶ SNMP Ljubljana – paliativni hišni obiski (onkološki bolniki):



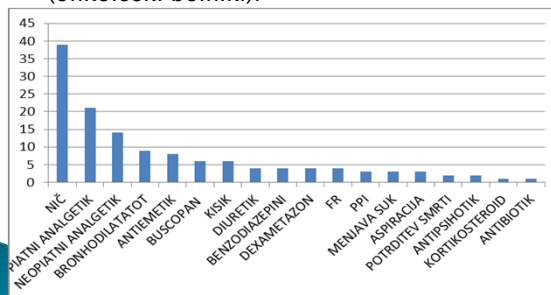
- ▶ SNMP Ljubljana – paliativni hišni obiski (onkološki bolniki):



▶ SNMP Ljubljana – paliativni hišni obiski (onkološki bolniki):

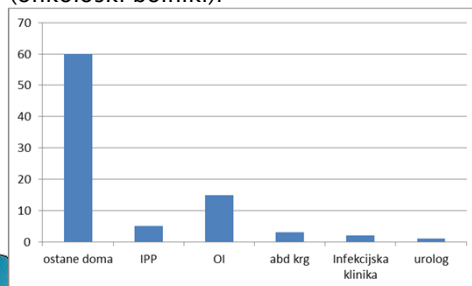


▶ SNMP Ljubljana – paliativni hišni obiski (onkološki bolniki):



|                                    | SNMP (2018) | SNMP (2012) |
|------------------------------------|-------------|-------------|
| Razlog klica – dispneja            | 35%         | 11%         |
| Razlog klica – bolečina            | 19%         | 42%         |
| Parenteralna aplikacija analgetika | 41%         | 42%         |
| Napotitev k specialistu            | 29%         | 16,5%       |
| Napotitev na OI                    | 18%         | 9,9%        |

▶ SNMP Ljubljana – paliativni hišni obiski (onkološki bolniki):



▶ Dežurna služba, služba NMP

- izmenjavanje zdravnikov
- nepoznavanje bolnikov

▶ Težave:

- pomanjkanje informacij o stanju bolnika in o nadaljnjem načrtu obravnave
- pomanjkanje poglobljenega znanja in izkušenj

▶ Pomanjkanje informacij o stanju bolnika in nadaljnjem načrtu obravnave

- ZDL: **Načrt paliativne oskrbe bolnika na domu**
  - Faza testiranja
  - Delfska raziskava
  - Namen: prenos informacij med različnimi člani tima, ki skrbijo za paliativnega bolnika, in tako zagotoviti njegovo optimalno oskrbo.





**VLOGA INTERNISTIČNE PRVE POMOČI  
PRI OSKRBI BOLNIKOV Z RAKOM V PALIATIVNI OSKRBI**

dr. Hugon Možina, dr. med.

Internistična prva pomoč, Interna klinika, UKC Ljubljana  
Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Internistična prva pomoč (IPP) je del Urgentnega bloka UKCL in deluje kot samostojna strokovna enota Interne klinike UKC Ljubljana. Je urgentni internistični oddelek Osrednje slovenske regije (600.000 prebivalcev). Vršni hospitalno nujno medicinsko pomoč (NMP) na sekundarni ravni in obsega specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje (24 urna bolnišnica IPP – 3.000 bolnikov letno).

Zaradi demografskih značilnosti slovenske populacije je število ambulantno pregledanih bolnikov na IPP od leta 1992 s 15.000 narastlo do 24.000 v letu 2017 (1, 2). Od leta 2011 vse bolnike ob prihodu takoj pregleda dodatno usposobljena medicinska sestra in jih z Manchestersko triažno oceno uvrsti v čakalno vrsto glede na življenjsko ogroženost. V jesenskih in zimskih konicah pa je lahko v čakalni vrsti IPP 30 bolnikov. Taka situacija je slabo obvladljiva in razlog za številne zaplete in pritožbe. Med njimi so tudi številni bolniki v napredovali fazi različnih bolezni (kardioloških, gastroenteroloških, dementni, pljučni bolniki...), ki potrebujejo različne paliativne ukrepe in zaradi tega večurno namestitve. Tako v naših prostorih prejme transfuzijo 40 bolnikov, izpraznitveno punkcijo ascitesa 20, plevralne punkcije 6 bolnikov mesečno. Od tega je bolnikov z rakom le 25%. Na Onkološki inštitut premestimo 95 bolnikov letno, za 380 bolnikov opravimo pogovor s sorodniki in izpolnimo dokument o zdravljenju ob koncu življenja. V naših prostorih umre 130 terminalnih bolnikov letno.

Manchesterski triažni sistem je z dokazi podprt (najbolj ogroženi prej), toda krut do starejših in paliativnih bolnikov, ki so med dolgo obravnavo v Urgentnem bloku zlasti v zimskih mesecih izpostavljeni respiratornim infektom. Zaradi tega bi morali imeti za te skupine bolnikov odprta dodatna vrata.

#### REFERENCE

1. Možina H. Katere bolnike napotiti na urgentni internistični oddelek. V: Fras Z, Poredoš P, ur. 53. Tavčarjevi dnevi, Portorož, *Zbornik prispevkov*. V Ljubljani: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, 2011, str. 341-346.
2. Letno poročilo UKC Ljubljana za leto 2017. Dosegljivo 04. 10. 2018 na URL: [https://www.kclj.si/dokumenti/LETNO\\_POROCILO\\_2017\\_web.pdf](https://www.kclj.si/dokumenti/LETNO_POROCILO_2017_web.pdf)



## RAZVOJ KULTURE PALIATIVNE OSKRBE

Jernej Benedik, dr. med.,

Oddelek za akutno paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana

O kulturi paliativne oskrbe govorimo, ker paliativna oskrba presega običajno obravnavo bolezni. V središču ni samo smrtno bolan človek z vsemi dimenzijami človeškega bitja in življenja, pač pa tudi njegovi svojci/bližnji. Celostna obravnava takšnega bolnika spreminja naš lasten odnos do smrtno bolnega sočloveka in same smrti. Profesor E. Bruera je definiral štiri ključne faze razvoja kulture paliativne oskrbe pri posamezniku, ustanovi in v družbi. Samo z aktivnim pristopom vseh nas bo kultura paliativne oskrbe postala nekaj samoumevnega.

Za vsakega zdravnika je samo po sebi jasno, da ima osnovno znanje za ureditev zvišanega krvnega tlaka, povišanih maščob v krvi ali zvišanega krvnega sladkorja. Večina zdravnikov se vsakodnevno srečuje s paliativnimi bolniki, vendar pa ni samo po sebi umevno, da bi morali imeti tudi osnovno znanje paliativne oskrbe. Oseben odnos zdravnika do paliativne oskrbe večinoma oblikuje tudi odnos bolnika in svojcev do nje. Verjetno je tudi to en od razlogov, da je paliativna oskrba še vedno sinonim za oskrbo umirajočega oziroma odtegnitev določenih načinov zdravljenja. Vsak se mora truditi, da čim prej postane paliativen. S tem se bo spremenila tudi percepcija paliativne oskrbe strani bolnikov. Zelo pomembna je tudi vključitev različnih društev bolnikov za osveščanje čim večjega kroga ljudi in hkraten pritisk na aktualno politiko, ki edina lahko zagotovi ustrezno financiranje. Veliko stvari, ki jih lahko uporabimo za potrebe PO že obstaja, vendar niso med seboj povezane. Naš cilj naj bo, da bo kultura PO nekaj tako samoumevnega kot je npr. kultura športa.

### REFERENCE

Bruera E. The development of a palliative care culture: J Palliat Care. 2004 Winter;20(4):316-



## Razvoj kulture paliativne oskrbe

Jernej Benedik

## Pojmi v paliativni oskrbi

- Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč *pacientom* vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja.  
Državni program paliativne oskrbe, 2010  
(WHO definition of palliative care)
- Paliativni bolnik je bolnik z napredujočo, kronično, neozdravljivo boleznijo, ki bo povzročala njihovo smrt.
- Paliativni pristop je, da iz vseh možnih načinov zdravljenja izberemo tiste, s katerimi izboljšujemo kakovost bolnikovega življenja in **ne** pomeni odtegnitve kakršnegakoli zdravljenja.

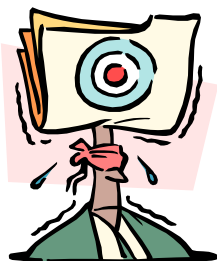
## Zakaj kultura paliativne oskrbe?

- Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeli šest različnih pomenov besede kultura.
- Med drugimi tudi, da je to lastnost človeka glede na obvladanje, uporabljanje splošno veljavnih načel, norm, pravil pri vedenju, ravnanju.
- Paliativna oskrba presega običajne obravnave različnih **bolezni**.

## Zakaj kultura paliativne oskrbe?

- V središču paliativne oskrbe je **bolan človek** z vsemi dimenzijami človeškega bitja in življenja, vključno z njegovimi svojci, bližnjimi.
- Vsak od nas se mora zavedati, da paliativna oskrba zaradi široke in poglobljene obravnave spreminja naš lasten odnos do sočloveka, ki trpi za neozdravljivo, napredujočo boleznijo.
- Gojenje kulture paliativne oskrbe mora postati vrednota družbe, kot je npr. kultura športa.

## 1. stopnja: ZANIKANJE

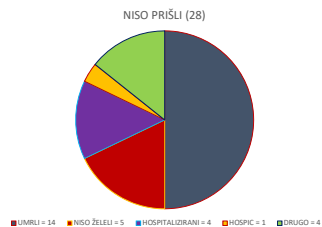


## 1. stopnja: ZANIKANJE

- Značilno je prepričanje, da je za vse paliativne bolnike dobro poskrbljeno, kot vedno do zdaj.
- Ni ocene dejanskih potreb bolnikov, njihovih svojcev.
- Obremenitve osebja, ki jih takšen **celosten pristop** zadeva, niso opredeljene.
- Dokončna razrešitev je uvedba ustreznih strukturnih sprememb v strokovno izobraževanje.
  - Primer: UKC LJ v celoti.



## Razlogi za neprihode na prvi pregled



## 4. stopnja: PALIACTIVE



## 4. stopnja: PALIACTIVE

- Imenovano in plačano je ustrezno osebje za to **strokovno področje**.
- Urejeno je financiranje, formalno izobraževanje (predmetnik, kroženje).
- Paliativna oskrba je **integrirana** v obravnavo vseh bolezni.
- Po odpustu domov je na voljo ustrezna podpora.
- Paliativna oskrba lahko postane zelo uspešna tudi, če le del ustanove/osebja postane paliaktiven (problem osvajanja inovacij, fenomen snežne kepe).
- Primer: **Gorenjski paliativni tim**.

## Vigilanca in regresija



## Možni ukrepi

- Izobraževanje zdravnikov o osnovah paliativne oskrbe in principih paliativnega podpornega zdravljenja.
- Uporaba enakih pojmov, integracija paliativne oskrbe v pravilno strokovno obravnavo bolezni.
- Povezati stvari, ki že obstajajo, za boljše rešitve za lažjo oskrbo na domu.
- Približati PO bolnikom in laikom: paliativa **oskrba** → paliativno in podporno **zdravljenje**, vključitev društev bolnikov,...
- Vključitev aktualne politike za zagotovitev financiranja.

Hvala za pozornost!





**ODDELEK ZA AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO**  
**– POGLED V PRETEKLOST ZA RAZVOJ V PRIHODNOST**

Ana Marija Štrucl, dr. med., Nena Golob, dr. med.

Oddelka za akutno paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana

Začetek je najtežja stvar, vendar ohranite srce in vse se bo uredilo (Vincent van Gogh) – je zagotovo vodilo članov Tima za paliativno oskrbo, ki so od zasnovanja tega kar je danes Oddelek za akutno paliativno oskrbo (v 90. letih prejšnjega stoletja) pa do same ustanovitve ter do danes prehodili kar nekaj čeri. Prelomno je bilo že leto 2006, ko so bila izdana prva interna priporočila glede izvajanja paliativne oskrbe. Leta 2007 pa z uradno ustanovitvijo Oddelka za akutna paliativno oskrbo s šestimi posteljami še kriteriji izvajanja paliativne oskrbe in zasnove strokovnega izobraževanja. Delo članov Tima za paliativno oskrbo obsega danes hospitalno, konziliarno in ambulantno dejavnost. Bolnike po odpustu s pomočjo koordinatorja paliativne oskrbe spremljamo tudi na domu. Izvajamo še izobraževalno in raziskovalno dejavnost. Zdravstveno breme bolnikov, ki potrebujejo paliativno oskrbo narašča, sorazmerno s tem tudi število hospitalizacij na našem oddelku. Trudimo pa se, da srednji čas hospitalizacije ostaja podoben, in sicer teden dni. Največ bolnikov sprejmemo od doma, ti so vključeni v koordinatorstvo; veliko bolnikov premestimo iz OI, največ jih sprejmemo iz Sektorja za internistično onkologijo, tudi največ konziliarnih pregledov znotraj OI uporabimo v Sektorju za internistično onkologijo. Želeli bi si, da bilo celostno izvajanje na primarnem in sekundarnem nivoju bolj podprto ter da bi člani našega tima vključeni v obravnavo le ko bi bila potrebna bolj specifična oskrba. S tem namenom smo letos posodobili list za napotitev na specializirano paliativno obravnavo, kjer so na zadnji strani lista opisani kriteriji za napotitev; kljub temu pa opažamo, da je velik del napotitev ostaja neustrezen. Od ustanovitve konziliarne službe leta 2012 in Ambulante za zgodnjo paliativno oskrbo leta 2013 je število napotitev s strani obeh dejavnosti v konstantnem porastu. Tudi pacientov vključenih v koordinarstvo narašča. Ob vsem tem je včasih težko opravljati še raziskovalno dejavnost, se pa vsekakor člani oddelka trudimo razvijati kulturo paliativne oskrbe in razširjati načela paliativnega pristopa z rednimi izobraževanji (koledar dostopen na [www.szpho.si](http://www.szpho.si)) in publikacijami, da bi strokovni kot laični javnosti paliativno oskrbo čimbolj približali.



## Oddelek za akutno paliativno oskrbo Pogled v preteklost za razvoj v prihodnost

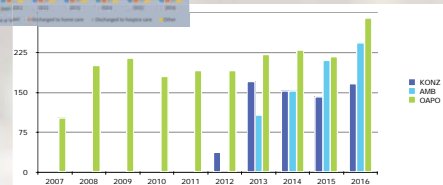
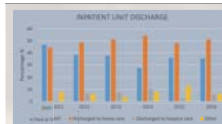
Ana Marija Štruel, Nena Golob

Onkološki inštitut Ljubljana, 9.10.2018

## Začetki.....

Začetek je najtežja stvar; vendar ohranite srce in vse se bo uredilo (Vincent van Gogh)

- Snovanje Tima za paliativno oskrbo v 90. letih prejšnjega stoletja
- Leta 2006 izdana prva priporočila izvajanja paliativne oskrbe na OI
- Leta 2007 uradno ustanovljen Oddelek za akutno paliativno oskrbo s 6 posteljami
- Leta 2018...



| LETO | ŠTEVILO SPREJEMOV |
|------|-------------------|
| 2007 | 102               |
| 2008 | 201               |
| 2009 | 214               |
| 2010 | 181               |
| 2011 | 191               |
| 2012 | 191               |
| 2013 | 222               |
| 2014 | 230               |
| 2015 | 218               |
| 2016 | 290               |

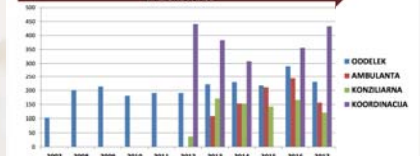
## V številkah...



## PREGLED KLINIČNEGA DELA SKOZI LETA OAPO (za bolnike vseh sektorjev)

### IZOBRAŽEVANJE

### RAZISKOVANJE



## Dejavnosti oddelka za akutno paliativno oskrbo

- hospitalna dejavnost
- konziliarna dejavnost
- ambulantna dejavnost
- spremljanje na domu
- izobraževalna dejavnost
- raziskovalna dejavnost



## Hospitalna dejavnost OAPO

- obravnava akutnih zapletov pri bolnikih s strani specializiranega paliativnega tima
- oddelek s 6 posteljami
- povprečno 200 sprejemov letno
- povprečna ležalna doba 7 dni
- timski pristop (lečeči onkolog, zdravnik OAPO, tim zdravstvene nege, koordinator OAPO, tim za zdravljenje bolečine, prehranski tim, fizioterapevt, psihoonkolog, drugi...)



## Spremljanje na domu preko koordinatorja PO

- telefonska dosegljivost
- svetovanje bolnikom in svojcem
- povezovalna koordinatorska vloga
- Projekt Metulj



## Konziliarna dejavnost OAPO

- pomoč vsem kliničnim oddelkom OI
- napotitev predlaga lečečega onkologa
- priporočila za napotitev
- nov konziliarni list



## Ambulantna dejavnost OAPO

- ambulanta za zgodnjo paliativno oskrbo - priporočila za napotitev
- sočasno spremljanje ob specifičnem onkološkem zdravljenju
- kadar bolnik potrebuje več podpore
- težko soočanje z novonastalimi okoliščinami
- pričakovana potreba po aktivnejšem spremljanju in podpori (mladi bolniki, starši z majhnimi otroki, odrasli s posebnimi potrebami)
- podpora tudi svojcem brez prisotnosti bolnika (kadar so bolniki preoslabeli za prevoz in pregled).

## Izobraževalna dejavnost OAPO

- Izobraževanje krožečih družinskih in urgentnih zdravnikov, internistov onkologov in radioterapevti, študentov zdravstvene nege in dijakov zdravstvene nege
- Sredini pogovori ob kavi
- Delavnice Zadnji dnevi življenja, Komunikacija in Zdravljenje bolečine
- 25-urno interno izobraževanje iz specialnih znanj
- Priprava gradiv - knjižica Zdravila v paliativni medicini
- Projekt Metulj
- Priprava smernic in priporočil paliativne oskrbe



## Pogled v prihodnost

...



## ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z RAKOM V PALIATIVNI OSKRBI

Boštjan Zavratnik, dipl. zn.,

Oddelek za akutno paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana

Paliativna oskrba (PO) je aktivna celostna pomoč bolnikom vseh starosti z neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako med boleznijo kot med žalovanjem.

Zdravstvena nega bolnika z rakom v PO je le en del celostne PO. Paliativna zdravstvena nega, paliativna medicina, podporna oskrba itd., niso enaki celostni PO, so pa vsak zase neločljivi del le-te. PO v sebi skriva vse naštete dele in še več. Za celostno PO je potrebno imeti vsaj ožji tim (zdravnik, medicinska sestra (MS), koordinator), katerega posamezni član opravlja svoje naloge. Glede na specifične potrebe posameznega bolnika, pa se lahko v obravnavo vključijo še drugi strokovnjaki.

Posamezne dele PO potrebujejo vsi bolniki z neozdravljivo boleznijo, ne potrebujejo pa vsi bolniki celostne PO. Kadar ima MS opravka s takšnim bolnikom, ne glede na to na katerem oddelku ali v ambulanti to je, lahko gledamo na njeno delo kot njen doprinos k PO. Torej izvaja svoj delež v PO, pa če se tega zaveda ali ne. Npr., v obdobju zgodnje PO, ko so bolniki še deležni specifičnega onkološkega zdravljenja, MS skrbi za strokovno pravilen način aplikacije predpisane protitumorskega zdravila (pravilen način vstavitve intravenozne kanile, priprava infuzijskih steklenic z ustreznimi premedikacijskimi zdravili, pravilno izvedena infuzija predpisanih zdravil, izvajanje zdravstveno vzgojnega dela o obvladovanju stranskih učinkov, itd.), kar je del PO. Ali če je bolnik sprejet zaradi neurejenih simptomov, kot so bolečina, oteženo dihanje, slabost in bruhanje, zaprtje, itd., je naloga MS, da izvaja ustrezne nefarmakološke ukrepe s sočasno aplikacijo zdravil za lajšanje posameznega simptoma ter vrši nadzor nad učinkovitostjo le-teh, kar je spet del PO.

S časom, ko bolezen napreduje, bolnikova telesna zmogljivost pa pada, se stopnja odvisnosti bolnika od pomoči drugih oseb stopnjuje. Prične se z delno odvisnostjo pri osebni higieni, gibanju, hranjenju, itd., kar se bolj ali manj hitro, odvisno od hitrosti napredovanja bolezni, spremeni v popolno odvisnost. Naloge MS so v tem primeru številne in s tem tudi potreba po večjem strokovnem znanju, ki je potrebno za ustrezno oskrbo teh bolnikov.

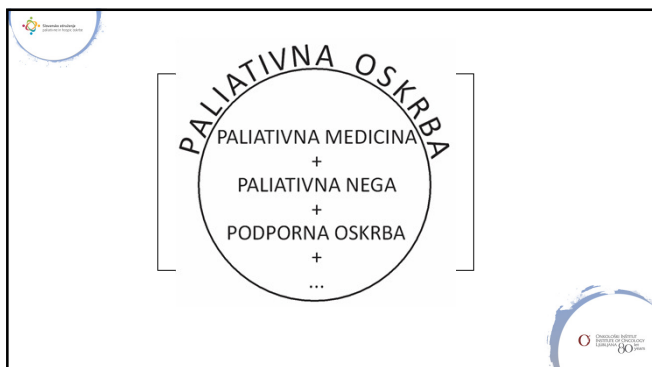
Še posebej občutljivi so zadnji dnevi življenja, ko se bolezen razvije do te mere, da povzroči popuščanje v delovanju življenjsko pomembnih organov. Bolniki postanejo v tem obdobju navadno vezani na posteljo, saj ne premorejo več zadostne količine energije, da bi bili sposobni se posesti oz. vstajati. Pojavijo se motnje pri delovanju požiralnega refleksa, kar je posledica delovanja bolezni na centralno živčni sistem, ki se kaže tako, da ne morejo več zaužiti tablet in ne morejo narediti več kot kakšen požirek tekočine. K vsemu temu, so lahko prisotne še motnje zavesti oz. semikomatozno stanje. MS imajo v tem obdobju še posebej pomembno vlogo, saj je strokovno primerna oskrba umirajočega povezana s številnimi cilji, ki jih želimo doseči v tem obdobju.

Kot že rečeno v uvodu je ZN v PO nepogrešljiv del, ki ga vse MS, ki pridejo v stik in na takšen ali drugačen način skrbijo za bolnike z neozdravljivo boleznijo, opravljajo. Za celostno PO pa je potreben tim, ki v oskrbi za bolnika deluje bolj usklajeno.

Slovensko združenje  
paliativne in hospicjske oskrbe

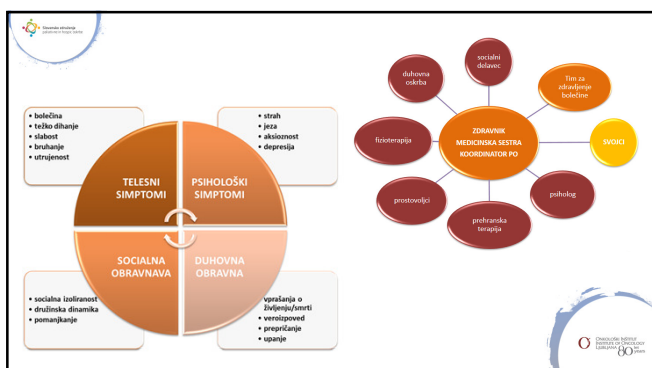
Boštjan Zavrtnik  
Oddelek za akutno paliativno oskrbo OIL  
Zdravstvena nega bolnika z  
rakom v paliativni oskrbi

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

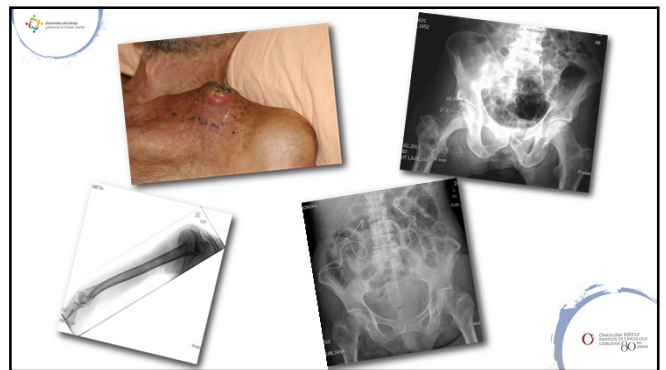
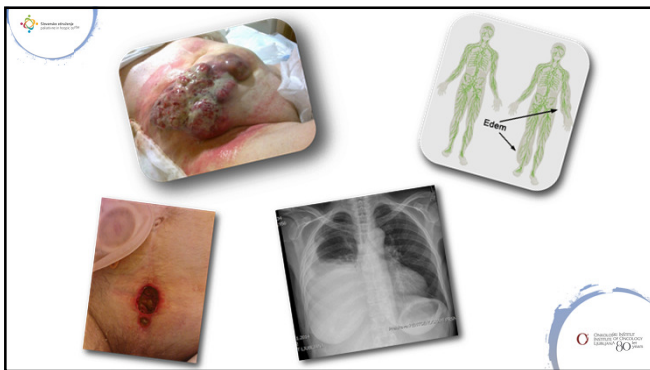
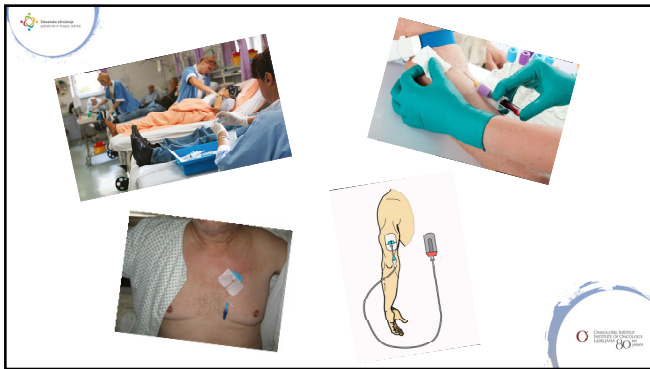


PO je aktivna celostna pomoč bolnikom vseh starosti z neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako med boleznijo kot med žalovanjem.

(Državni program paliativne oskrbe, 2010)

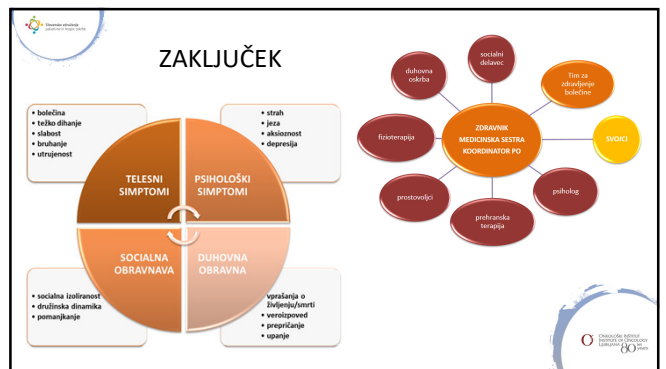


Paliativna oskrba oziroma paliativni pristop je tisti, ki doprinese drugačen način razmišljanja v oskrbo bolnikov z neozdravljivo boleznijo ter njihovih bližnjih.



Paliativna oskrba  
**ZADNI DNEVI ŽIVLJENJA**  
Nasveti za bolnike in njihove bližnje

Cilj A: Bolnik nima bolečin  
Cilj B: Bolnik ni vznemirljiv  
Cilj C: Bolnik nima izločkov/skuzi iz dihalnih poti  
Cilj D: Bolnik ne čuti slabosti in ne bruha  
Cilj E: Bolnik nima težkega dihanja  
Cilj F: Bolnik nima povišane telesne temperature  
Cilj G: Bolnikova usta so vlažna in čista  
Cilj H: Bolnik nima drugih simptomov  
Cilj I: Bolnik nima težav z izločanjem urina  
Cilj J: Bolnik nima težav z izločanjem blata  
Cilj K: Bolnik prejema oskrbo v okolju, ki je primerno njegovim osebnim potrebam  
Cilj L: Bolnikovo psihično dobro počutje je zagotovljeno  
Cilj M: Dobro počutje svojcev ali ekvivalentov, ki so ob Bolniku, je zagotovljeno  
Cilj N: Bolnikovo udobje in varnost ob jemanju zdravil sta zagotovljena  
Cilj O: Bolnik prejema teletične za podporo njegovih osebnih potreb  
Cilj P: Skrbimo, da je Bolnikova koža neprizadeta  
Cilj R: Bolnikova osebna higiena je urejena





## **Mobilni paliativni tim**

mag. Mateja Lopuh, dr. med.

Služba za neakutno bolnišnično zdravljenje, paliativno oskrbo in lajšanje kronične bolečine  
Mobilna paliativna enota, Splošna bolnišnica Jesenice

Državni program razvoja paliativne oskrbe predvideva kot ekstramuralno obliko podpore primarni zdravstveni ravni novo organizacijsko obliko –mobilni paliativni tim. Mobilni tim prevzame vlogo koordinatorja sprejema in odpusta bolnika s paliativno boleznijo. Poveže oba nivoja zdravstvene oskrbe in skrbi za koordinacijo med obema.. Deluje kot vratar (gate keeper) bolnišnice v tem smislu, da preceni smiselnost napotitve in pomaga osebnemu zdravniku in patronažni medicinski službi v težjih situacijah, ko je skrb za bolnika in družino doma zahtevnejša. V bolnišnici zagotavlja konziliarno službo in zajema bolnike, ki se nanovo soočajo z diagnozo neozdravljive bolezni.

V Sloveniji zaenkrat deluje ena taka paliativna mobilna enota, ki se financira iz lastnih sredstev bolnišnice. Sprejetje programa Mobilni tim v Splošnem dogovoru 2018 in kasneje v Aneksu omogoča vsem bolnišnicam, da kandidirajo za ta program. Vključevanje timov bo postopno, saj zahteva dodatno izobraževanje in določeno znanje tudi ostalih deležnikov v mrežnem povezovanju.

Izkušnje obstoječe mobilne paliativne enote so dobre. Bolniki in njihovi svojci pomoč dobro sprejemajo., kot koristno jo označujejo tako osebni izbrani zdravniki, patronažne med. sestre kakor tudi specialisti na sekundarnem/terciarnem nivoju.

Število vključenih bolnikov od leta 2010 vztrajno narašča, od začetnih 80 v enem letu, sedaj že nekaj let vodimo okrog 500 bolnikov letno, od katerih več kot polovica v opazovanem obdobju umre. Od umrlih jih skoraj 90% umre v domačem okolju. Ves čas sledimo ideji, da bi bolniki v resnici imeli izbiro in omogočamo, da z dobro negovalno mrežo, doma bivajo in umrejo tudi bolniki, ki sicer živijo sami.

Poleg osnovne skrbi za bolnika je dodana vrednost tima zagotavljanje mrežne povezave, pravočasna predaja bolnikov, izdelava načrta za obvladovanje simptomov in zagotavljanje konziliarne službe za večino oblik institucionalnega varstva.

Mobilna paliativna enota s svojim delom močno spreminja vrednote okolja, v katerem biva in presega običajne stereotipe o paliativni oskrbi in umiranju. Postaja pomemben element družbe, tako da ni nenavadno, da je podpora paliativni mreži Gorenjske zaveza tudi političnih veljakov.

## **MOBILNI PALIATIVNI TIM ONKOLOŠKI INŠTITUT – REALNOST ALI UTOPIJA?**


dr. Maja Ebert Moltara, dr. med., Marjana Bernot, dipl.m.s., univ.dipl.org.


Oddelka za akutno paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana


Mobilna paliativna enota je ena izmed struktur celotne mreže, ki naj bi zagotavljala celostno in neprekinjeno paliativno oskrbo bolnikom z neozdravljivim rakom. Predstavlja obliko specializirane paliativne oskrbe, ki se izvaja v domačem okolju bolnika. Ni namenjena vsem bolnikom, ki potrebujejo paliativno oskrbo, temveč 10-20% bolnikov, ki imajo bolj zahtevno obravnavo (težje obvladljivi simptomi, potrebe po izvajanju specifičnih posegov (abdominalne punkcije, nega težjih malignih ran,...) in aktivno umirajočim bolnikom (vključno s podporo svojcem). Primerna je zlasti za bolnike, ki si take oskrbe želijo in jih pri temu podpirajo tudi njihovi bližnji. Dejavnost mobilnih timov lahko izvajajo zdravniki specialisti različnih kliničnih strok z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe. Enako velja tudi za preostali kader, ki bi bil lahko vključen (npr. medicinske sestre, psiholog, fizioterapevt,...). V osrednji Sloveniji bi za pokrivanje potreb vseh paliativnih bolnikov (tudi neonkoloških) potrebovali več mobilnih paliativnih timov, vendar se je potrebno vpeljave lotiti postopno in preišljeno. Mobilni tim naj bi pokrival podporo 24h, 7 dni v tednu, kar pa je v trenutni situaciji težko oziroma tudi nesmiselno. Potrebno je vzpostaviti sodelovanje že obstoječih struktur in jih med sabo povezati.

Namen paliativnega tima je, da bi več bolnikov umrlo v okolju ki si ga sami želijo (domače okolje), boljša urejenost simptomov, manj klicev/obremenitev urgentnih/dežurnih služb, večje zadovoljstvo bolnikov/svojcev, večje zadovoljstvo zdravstvenega kadra (primarni/terciarni tim), s časoma pa se bo izkazala tudi finančna učinkovitost.




 ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA  
 INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA


 11. LET  
 ODD  
 ODD ELEK ZA  
 AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO



 ESMO  
 Designated Centers  
 of Integrated  
 Oncology and  
 Palliative Care

## MOBILNI PALIATIVNI TIM ONKOLOŠKI INŠTITUT

– realnost ali utopija?


Dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.  
Vodja oddelka za akutno paliativno oskrbo  
Predsednica Slovenskega združenja paliativne in hospic oskrbe


Marjana Bernot, dipl.m.s., univ.dipl.org.  
Kordinatorin paliativne oskrbe  
Oddelka za akutno paliativno oskrbo OIL



 Slovensko združenje  
 paliativne in hospic oskrbe

## 6 OSNOVNIH VPRAŠANJ:

- KAJ JE TO?
- ZA KOGA?
- KDO?
- KDAJ?
- KJE?
- KOLIKO?
- ZAKAJ?


 ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA  
 INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA


 11. LET  
 ODD ELEK ZA  
 AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO


 ESMO  
 Designated Centers  
 of Integrated  
 Oncology and  
 Palliative Care

## CELOSTNA IN NEPREKINJENA PALIATIVNA OSKRBA - MREŽA -




 Hospic


 Slatina

## OSNOVNA – SPECIALIZIRANA PALIATIVNA OSKRBA NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVA

**OSNOVNI NIVO** 80-90%

vsi družinski zdravniki/patronažne sestre

Svetovalna služba

**SPECIALIZIRAN NIVO** 20-10%

**MOBILNI PALIATIVNI TIM**

- obravnava bolnikov z najkompleksnejšimi težavami
- koordinacija – spremljanje bolnikov, sprejem/odpust
- izobraževanje


 ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA  
 INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA


 11. LET  
 ODD ELEK ZA  
 AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO


 ESMO  
 Designated Centers  
 of Integrated  
 Oncology and  
 Palliative Care

## ZA KOGA


### SPLOŠNI OSNOVNI KRITERIJI ZA VKLJUČITEV:


**OBVEZNI:**


- bolnik z neozdravljivo, aktivno napredujočo boleznijo brez specifične terapije
- kompleksni simptomi, težko obvladljivi
- potrebna vključitev zdravstvenih delavcev s posebnimi znanji

**RELATIVNI:**

- bolnik želi oskrbe na domu
- podpora svojcev

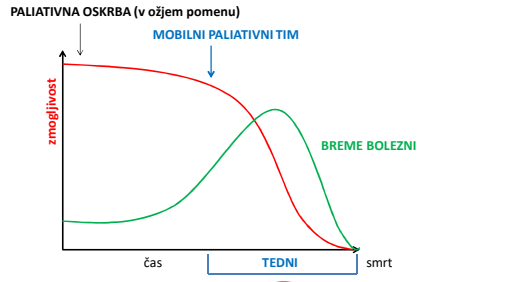

 ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA  
 INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA



 11. LET  
 ODD ELEK ZA  
 AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO



 ESMO  
 Designated Centers  
 of Integrated  
 Oncology and  
 Palliative Care


## ZA KOGA

### PALIATIVNA OSKRBA (v ožjem pomenu)





 ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA  
 INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA



 11. LET  
 ODD ELEK ZA  
 AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO


 ESMO  
 Designated Centers  
 of Integrated  
 Oncology and  
 Palliative Care


**ZA KOGA**




- obravnava bolnikov z najkompleksnejšimi težavami (težko obvladljivi simptomi)
- specifične intervencije, ki se jih lahko izvede v domačem okolju (punkcija ascitesa,...)
- aktivno umirajoči (podpora svojcem)




ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA



INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA



ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care



11. LET  
ODDELEK ZA  
AKUTNO PALIJATIVNO OSKRBO

**ZA KOGA**

**OBRAVNAVA BOLNIKA:**

**BOLNIK Z AKUTNIMI TEŽAVAMI/ FAZA UMIRANJA**

**BOLNIK Z VERJETNIM ZAPLETOM**

**BOLNIK S STABILNO BOLEZNIJO**



ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA



INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA



ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care



11. LET  
ODDELEK ZA  
AKUTNO PALIJATIVNO OSKRBO

**KDO IZVAJA**



- ZDRAVNIK z dodatnimi znanji iz PO
- MEDICINSKA SESTRA z dodatnimi znanji iz PO
- SOCIALNI DELAVEC z dodatnimi znanji iz PO
- KOORDINATOR z dodatnimi znanji iz PO
- ADMINISTRATOR,...



ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA



INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA



ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care




11. LET  
ODDELEK ZA  
AKUTNO PALIJATIVNO OSKRBO


**KDAI se IZVAJA**

**24/7**


- sodelovanje obstoječih služb
- telefonska podpora mobilnega tima 24/7
- terenska podpora mobilnega tima - preko dneva




ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA



INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA





ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care




11. LET  
ODDELEK ZA  
AKUTNO PALIJATIVNO OSKRBO

**KJE**


**UPRAVNA ENOTA LJUBLJANA**


Teritorij: 903,8 km<sup>2</sup>  
Število prebivalcev: 359 949 (stanje 1. 7. 2016)  
Število občin: 10  
Število naselij: 293




ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA



INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA




ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care



11. LET  
ODDELEK ZA  
AKUTNO PALIJATIVNO OSKRBO


**KJE**

**Območje: MOL**




Št. prebivalcev:  
Ljubljana 290.000


Razdalje:  
Onkološki inštitut – V: 25km  
Onkološki inštitut – Z: 30km  
Onkološki inštitut – S: 25km  
Onkološki inštitut – J: 20 km




ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA



INSTITUTE OF ONCOLOGY LJUBLJANA




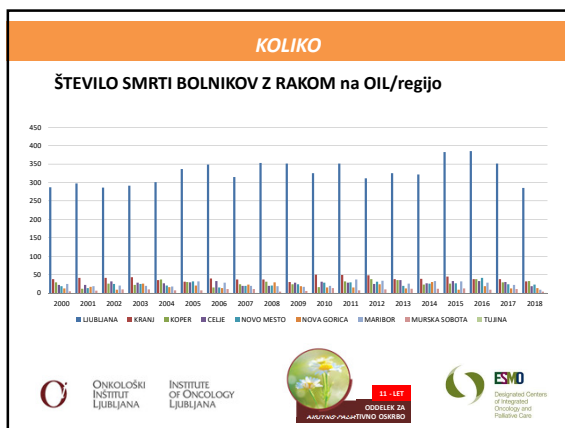
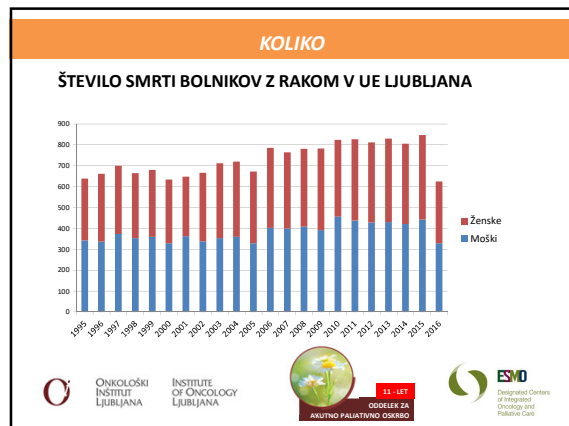
ESMO  
Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care



11. LET  
ODDELEK ZA  
AKUTNO PALIJATIVNO OSKRBO


### ZAKAJ

- več smrti v okolju ki si ga bolnik želi (domače okolje)

### ZAKAJ

- več smrti v okolju, ki si ga bolnik želi (domače okolje)
  - boljša urejenost simptomov
- manj klicev/obremenitev urgentnih/dežurnih služb
  - večje zadovoljstvo bolnikov/svojcev
- večje zadovoljstvo zdravstvenega kadra (primarni/terciarni tim)
  - cenovno




### MOBILNI TIM OIL?

POTREBA?  
JA

ŽELJA?  
JA

IZVEDLJIVOST?



### MOBILNI TIM OIL?

- povezovanje obstoječih struktur (24/7)
  - kader (zdravniki, sestre, ostali)
  - ustrezno izobražen kader
- administrativno (šifra, protokoli dela)
- financiranje (plače, materialni stroški – avto,...)
  - standardi / norme





ONKOLOŠKI  
INŠTITUT  
LJUBLJANA

INSTITUTE  
OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA



## HVALA ZA POZORNOST!

Dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.  
Vodja oddelka za akutno paliativno oskrbo Onkološki inštitut Ljubljana  
Predsednica Slovenskega združenja paliativne in hospic oskrbe  
[mebert@onko-i.si](mailto:mebert@onko-i.si)

Marjana Bernot, dipl.m.s., univ.dipl.org.  
Kordinator paliativne oskrbe  
Oddelek za akutno paliativno oskrbo OIL  
[mbernot@onko-i.si](mailto:mbernot@onko-i.si)



Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe



## **Paliativna oskrba - izziv v izobraževalnem sistemu**

Vesna Ribarič Zupanc, dr. med., prim. doc. dr. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med.

Oddelek za onkologijo, UKC Maribor

Organizirana in kakovostna paliativna oskrba (PO) je kazalec blagostanja dežele in zdravja družbe.

PO je po svoji definiciji več disciplinarna panoga, ki temelji na timskem delu in sodelovanju različnih poklicnih profilov. Osnovna gradnika paliativnega tima v katerem koli okolju sta zdravnik in medicinska sestra. Nujni za nadgradnjo, in nič manj pomembni za izvajanje celostne in kakovostne PO so sodelavci drugih strok. Temelj za izvajanje kakovostne in organizirane PO je znanje, ki izhaja iz na dokazih temelječih raziskav in prenos tega znanja v prakso. Do tega pa vodi sistematično in kvalitetno ter dostopno izobraževanje.

Izobraževanje na področju PO ostaja izziv na področju zdravstvenega in psihosocialnega družbenega resorja. Potreba po vključevanju PO v oskrbo bolnikov je žal še vedno najmanj prepoznana med zdravniki. Med številnimi zdravniki ostaja PO še vedno tabu. Po drugi strani pa je vedno bolj čutiti potrebo po vključitvi PO in paliativne medicine v redne dodiplomske izobraževalne programe. Od vstopanja paliativne oskrbe v slovenski prostor so se razvijale in živijo različne oblike podiplomskega izobraževanja, tako s strani Ministrstva za zdravje, Slovenskega združenja za paliativno in hospic oskrbo in drugih organizacij, ki izvajajo paliativno oskrbo, kot tudi v sklopu fakultet za zdravstveno nego po Sloveniji.

Evropsko združenje za paliativno oskrbo v svojih dokumentih v zadnjih letih vse bolj jasno poziva k vključevanju paliativne medicine kot osnovnega sestavnega dela izobraževanja v okviru dodiplomskega pouka. Tudi tisti, ki paliativno oskrbo izvajamo vse bolj jasno prepoznavamo potrebo po uvrstitvi pouka iz paliativne medicine v redni program dodiplomskega študija medicine na naših medicinskih šolah in fakultetah.

Za enkrat imajo študenti medicine v sklopu dodiplomskega študija možnost učenja o PO v sklopu dveh izbirnih predmetov (Paliativna medicina in oskrba, ter Nastanek in vrste bolečine) na MF Maribor, ki se izvajata pod okriljem Inštituta za paliativno medicino in

oskrbo MF Maribor. Po drugih medicinskih šolah in fakultetah študentje dobivajo nekaj znanja razpršeno v sklopu različnih ustreznih predmetnikov.

Vključevanje paliativne oskrbe in medicine kot obveznih študijskih predmetov na dodiplomskih programih fakultet pa ostaja še naprej izziv za izobraževalni sistem in tiste ki paliativno oskrbo izvajamo v praksi.

## Paliativna oskrba Izziv v izobraževalnem sistemu

Nevenka Krčevski Škvarč MF MB, IPMO, UKC MB  
Vesna Ribarič Zupanc UKC MB

Organizirana in kakovostna paliativna oskrba je kazalec blagostanja dežele in zdravja družbe



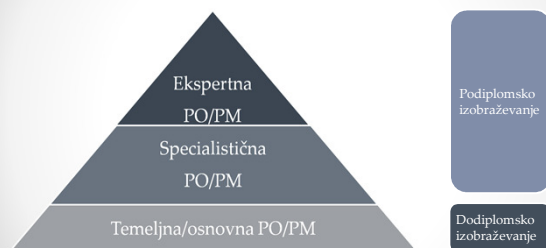
### Paliativna oskrba Izziv v izobraževalnem sistemu

- PO je po svoji definiciji več disciplinarna panoga, ki temelji na timskem delu in sodelovanju različnih poklicnih profilov.
- Osnovna gradnika paliativnega tima v katerem koli okolju sta **zdravnik** in **medicinska sestra**, nujni za nadgradnjo, in nič manj pomembni za izvajanje kakovostne PO, so **sodelavci drugih strok**.

### Paliativna oskrba Izziv v izobraževalnem sistemu

- Temelj za izvajanje kakovostne in organizirane PO je znanje, ki izhaja iz na dokazih temelječih raziskav in prenos tega znanja v prakso.
- Do tega pa vodi sistematično in kvalitetno ter dostopno izobraževanje.

### Paliativna oskrba Izziv v izobraževalnem sistemu



### Strokovna izobraževanja SZPHO (objavljena na spletni strani SZPHO.si)

#### Strokovna izobraževanja

V okviru naših dejavnosti za strokovno javnost izvajamo:

|   |   |
|---|---|
| 60 - urna DODATNA ZNANJA Iz PALIATIVNE OSKRBE – Korak za korakom                      | + |
| 15 - urno izobraževanje OBRAVNAVA SIMPTOMOV V PALIATIVNI OSKRBI - Iz teorije v prakso | + |
| 4- urno popoldansko izobraževanje AKTUALNE TEME V PALIATIVNI OSKRBI - Znanje je moč   | + |
| LOKOREGIONALNE POSVETE - Gradimo mostove k ljudem                                     | + |
| TEMATSKÉ POSVETE - Na stičišču poti   | + |
| SLOVENSKI KONGRES PALIATIVNE OSKRBE - V luči dostojanstva življenja                   | + |
| UČNI PORTAL SZD   | + |

## EAPC Call to Action on Undergraduate Education in Palliative Medicine, 2017

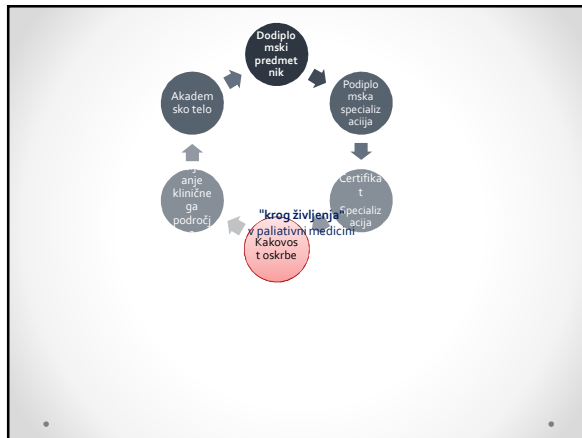
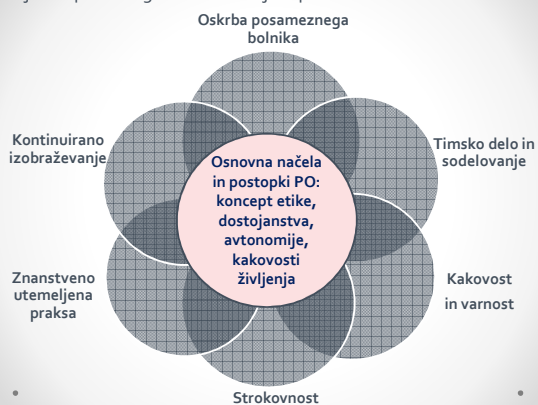
- Vključevanje PM kot osnovnega sestavnega dela v okvir nacionalnega dodiplomskega pouka
- Zagotoviti, da imajo vse evropske univerze PM v svojih učnih načrtih
- Sodelovati s študentskimi organizacijami
- Sodelovati z uredniki medicinskih časopisov
- Izvajati evropska srečanja na temo PM
- Promovirati PM v raziskavah na dodiplomskem nivoju

## Izobraževanje iz paliativne medicine in oskrbe

- Del **rednih** učnih programov
- **Obvezno klinično** izobraževanje
- Sistematično redno izobraževanje
- Interdisciplinarno izobraževanje

- EAPC Call to Action on Undergraduate Education in Palliative Medicine, 2017
- Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European medical schools (EAPC 2013)
- White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 (EAPC 2009)
- White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 (EAPC 2010)
- Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1 (EAPC 2013)
- Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care (EAPC 2011)
- Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White paper – part 1 (EAPC 2014)
- European Association for Palliative Care recommended framework for the use of sedation in palliative care (EAPC 2009)

## Cilji dodiplomskega izobraževanja iz paliativne medicine in oskrbe



## Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

Študijsko leto 2014/2015; v študijski predmetnik vključena:

- Izbirni predmet: Paliativna medicina in oskrba
- Izbirni predmet: Nastanek in vrste bolečine
- Tarčna populacija: 4. (letni semester), 5. (letni semester) in 6. (zimski semester) letnik študija medicine
- 5 ur predavanj in 40 ur seminarjev razdeljeno na:
  - ✓ Ključna predavanja
  - ✓ Interaktivne seminarje
  - ✓ Prisotnost pri kliničnem delu EPO in analiza primera
  - ✓ Obisk Hospica

2014 – 2017: 176 (102 P + 74 N) študentov (5 generacij), ki so predmet ocenili kot enega od najbolj organiziranih na MFUM

## Sestava predmetnika sledi predlogu EAPC za dodiplomsko izobraževanje iz paliativne oskrbe

|  |     |
|--|-----|
| Osnove PO                              | 5%  |
| Obravnava bolečine in drugih simptomov | 55% |
| Psihosocialni in duhovni aspekti       | 20% |
| Etika in zakonodaja                    | 5%  |
| Komunikacija                           | 10% |
| Skupinsko delo in samorefleksija       | 5%  |

Inštitut za paliativno medicino in oskrbo  
MF Maribor

- Izvajanje podiplomskih tečajev in šol
- Sodelovanje v pripravi programov za dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje
- Aktivacija raziskovanja na področju paliativne medicine in oskrbe
- Vključevanje v združenja sorodnih inštitucij doma in po svetu

Inštitut za paliativno medicino in oskrbo  
MF Maribor

- Možnost da ob interdisciplinarnem in medresorskem sodelovanju v slovenskem prostoru skupno poskrbimo za sistematično organizirano kakovostno paliativno oskrbo.

Hvala za pozornost!



## KOORDINATORSTVO PALIATIVNE OSKRBE

Marjana Bernot, dipl.m.s., univ.dipl.org.

Oddelek za akutno paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana

Koncept koordinirane oskrbe je priznan prednostni način racionalizacije oskrbe bolnikov s kroničnimi boleznimi. Poudarek koncepta je na uporabniku - bolniku in njegovih bližnjih, ki jim je omogočena dostopna, kakovostna in ustrezno koordinirana oskrba. Študije kažejo, da so rezultati uporabe vidni v boljši učinkovitosti in varnosti, ob nižjih upravnih stroških. Trenutni sistemi zdravstvenega varstva so pogosto ločeni med seboj, pristopi do bolnika se razlikujejo, komunikacije in poti so bolniku pogosto nejasne; zakaj so napoteni na paliativno oskrbo, kaj je njen namen; napotitve s strani zdravnikov so pogosto nejasne tudi neutemeljene, kako vključiti paliativni pristop, kako živeti, kam se obrniti po pomoč, ko je le ta potrebna,...Vse skupaj pa predstavlja veliko oviro v implementaciji integrirane paliativne oskrbe.

Koordiniranje oskrbe lahko posameznik razume različno. Po slovarju slovenskega knjižnega jezika pomeni koordinirati *delati, da kaj poteka, postaja urejeno, skladno, usklajevati*.

Koordinator je organizator paliativnega pristopa in hkrati poznavalec vseh elementov vsebine dela v stroki paliativne oskrbe. Če izhajamo iz potreb onkološkega bolnika, v vlogi koordinatorja nastopa usposobljena medicinska sestra s širokim strokovnim znanjem kot tudi znanjem glede organiziranosti sistema zdravstvenega varstva in obravnave bolnika z rakom, ob tem, da ima oblikovane komunikacijske in organizacijske veščine. Koordinator v paliativni oskrbi je povezovalac vseh členov in okolice, med katere prištevamo bolnika, njegove bližnje, člane paliativnega tima, zdravnike, medicinske sestre ter posameznike pomembne za bolnika glede na njegove potrebe (socialne delavce, duhovnike, fizioterapevte, farmacevte, dietetike, prostovoljce...). Je mediator in usklajevalec informacij, organizator sestankov, aktivnosti (koordiniranih sprejemov, premestitev, odpustov, družinskih sestankov) ter hkrati izvajalec klinične paliativne oskrbe (prepoznavanje potreb bolnika in njegovih bližnjih, ocena samooskrbe, nudenje nasvetov, načrtovanje aktivnosti, vrednotenje). Za uresničevanje celovitega pristopa je podpornik bolniku na psihosocialnem

nivoju ter skrbnik kontinuitete oz. trajne oskrbe tudi ko je bolnik v domačem okolju in v obdobju, ko nudi oporo svojcem v času žalovanja.

Ciljno usmerjena, koordinirana oskrba, ki je zagotovljena bolnikom v paliativni oskrbi, lahko izboljša izide za vse: bolnika in njegove bližnje, izvajalce paliativne oskrbe in končno plačnika storitev.



ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Koordinatorstvo paliativne oskrbe



Marjana Bernot, koordinator paliativne oskrbe  
Onkološki inštitut Ljubljana, 9. 10. 2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Koncept koordinirane oskrbe

= racionalizacija oskrbe bolnikov s kroničnimi boleznimi



NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Rezultati

- boljša učinkovitosti
- večja varnosti
- nižji stroški



Boljša kakovost življenja  
bolnikov, bližnjih

- Zmanjšanje uporabe zdravstvenih storitev
  - obiskov pri zdravniku
  - obiskov v urgentni službi
  - patronažnih obiskov
- Skrajšanje ležalnih dob
- Zmanjšanje števila poslabšanj bolezni
- Zmanjšanje ponovnih hospitalizacij

NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Realnost

- ZDR. VARSTVO**
  - Ločeni sistemi
  - Različni pristopi v obravnavi
  - Nejasne poti
  - Nejasne komunikacije
- NAPOTITVE NA PO**
  - Nejasne, neutemeljene indikacije
  - Nepotrebne napatitve (umirajoči bolniki, socialni problemi,...)
  - Nezanje?
- BOLNIKOVI BLIŽNJI**
  - „Ne omenjajte mi paliativ!“
  - „Kaj lahko naredim, če...?“
  - „Kam se lahko obrnemo po pomoč?“
  - „A zdaj bo pa kar umrl?“
- BOLNIK**
  - „Ne vem zakaj sem prišel.“
  - „Kako lahko živim?“
  - „Kaj pa, če...“
  - „Mojih ne morem obremenjevati, nimajo časa...“

NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

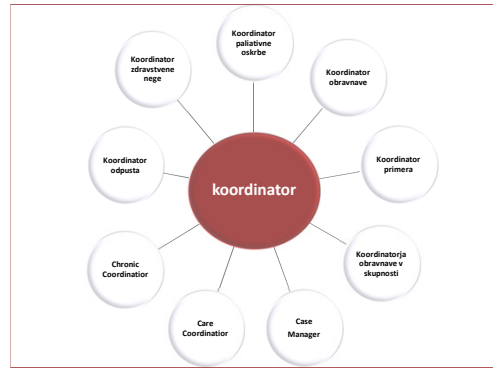
## SSKJ:

### koordinirati

delati, da kaj poteka, postaja urejeno, skladno, usklajevati




NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018



NA STIŠČJU:  
PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA, 9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Koordinator v paliativni oskrbi



= organizator paliativnega pristopa  
in  
poznavelec vseh elementov  
vsebine dela v stroki paliativne oskrbe.

NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Koordinator v paliativni oskrbi, onkologija

- usposobljena medicinska sestra
- široko strokovno znanje
- poznavanje organiziranosti sistema zdravstvenega varstva obravnave bolnika z rakom
- komunikacijske in organizacijske veščine




NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Naloga koordinatorja

- **povezovalc** članov tima in okolice  
(bolnik, bližnji, člani paliativnega tima, zdravniki, medicinske sestre, socialni delavec, duhovnik, fizioterapevt, farmacevt, dietetik, prostovoljci,...)
- **koordinator** - organizator DS, ostalih aktivnosti: premestitev, sestankov,...
- **mediator** - usklajevalec komunikacij
- **izvajalec** klinične paliativne oskrbe:
  - prepoznavanje simptomov
  - nudenje nasvetov
  - načrtovanje aktivnosti




NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

- **ocenjevalec** stopnje samooskrbe in potreb
- **podpornik** bolniku, njegovih bližnjih na psihosocialnem nivoju s ciljem celovitega pristopa
- **skrbnik** kontinuitete / trajnosti oskrbe:
  - spremljanje bolnika po odpustu,
  - opora svojem pri žalovanju,...
- **spособnost in vrlina lastnega prepričanja, v kakovost dodane vrednosti dela**



NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Aktivnosti koordinatorja OAPO

| Bolnik - bližnji  | Organizacija  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• vizite, ambulantni pregledi</li> <li>• ugotavljanje potreb, usklajevanje oskrbe (na fizičnem, psihosocialnem nivoju) in celovitega reševanja bolnikovih simptomov</li> <li>• sodelovanje pri sprejemu/odpustu</li> <li>• prepoznana možnost težavnega odpusta/sprejema</li> <li>• družinski sestanki</li> <li>• zdravstvenovzgojno svetovanje in učenje veščin</li> <li>• obveščanje bolnika in bližnje</li> <li>• vodenje telefonskih razgovorov</li> <li>• KOMUNIKACIJE in KOORDINACIJA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• koordinacija obravnave (zdr. tim, socialne obravnave, prehranski tim, psiholog, duhovna oskrba, ...)</li> <li>• koordinacija bolnikov na terenu komunikacije s patronažno službo, družinskim zdravnikom, drugimi službami v lokalnem okolju</li> <li>• sodelovanje s Slovenskim društvom Hospic, Ljub Hospic,...</li> <li>• izobraževanje, raziskovanje</li> <li>• vodenje evidenc</li> <li>• sodelovanje SZPHO, EONS, EUPCA, ...</li> </ul> |

NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Vključitev bolnika v mobilno paliativno enoto za Gorenjsko regijo

Dejavnost: **MOBILNA PALIATIVNA ENOTA**

Obseg dela: oskrba paliativnih bolnikov na domu za Gorenjsko regijo.

Izvajalci: zdravnik specialist, medicinska sestra, koordinator, duhovna podpora, socialna delavka.

Kontakt: delovni čas: ponedeljek - nedelja: 24 ur  
tel: 031 379 861 (koordinator zdravnik)

- Obveščanje OAPO - koordinacija
- Kontaktirati dr. Lopuh
- Napotnica z oznako HITRO ali REDNO
- Podatki: ZD, osebni zdravnik, načrt + pričakovani sy v ospredju

NA STIŠČJU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Primer

DS: sin in hčerka

- Sin želi, da bi bila mama doma
- Koordinacija mobilne paliativne enote gorenjske

- 66 letna bolnica, metastatski recidivni rak telesa maternice, zasevki jetra, črevo, mala medenica, fistula tankega črevesja – mehurja
- Sprejeta v dežurstvu na OAPO – zamašitev urinskega katetra z blatom
- Sy protibolečinska tarapija



NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## „Halo, mama ne umre!“




NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Bolnikovi bližnji

- Žena je 5x padla
- Zvonila, ko ni bilo nobenega
- Ni mogla do WC
- Trpela hude bolečine
- Nihče ji ni pomagal



NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 years

Slovensko združenje  
paliativne in hospic oskrbe

## Težavni svojci

- Žena je 5x padla
- Zvonila, ko ni bilo nobenega
- Ni mogla do WC
- Trpela hude bolečine
- Nihče ji ni pomagal

- strah, čustvena prizadetost, bolezen,...
- beganje od enega do drugega
- iskanje krivca
- “ovira na oviro”
- telefonski klici

– Klic po pomoči!

Odziv???

NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

## OSNOVNA KRITERIJA ZA VKLJUČITEV KPO NA OI

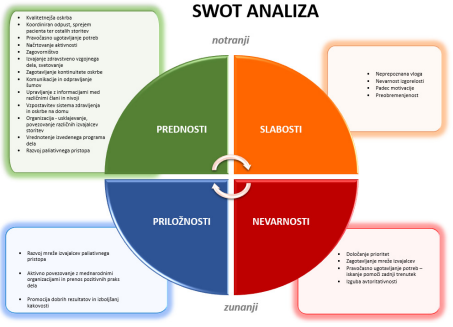
- Bolnik se zdravi zaradi neozdravljive bolezni na OI.
- Bolnik se strinja z vključitvijo KPO.
- Bolnik ima težave (oz. se jih predvideva) in bodo lahko razlog pogostih neplaniranih sprejemov.
- Kompleksna družinska dinamika bolnika in družine.
- Sodelujoči zdravniki.

- Primarni tim, ki ob vključitvi KPO postane pasiven.
- Že vključene vse podporne službe in dejavnosti s planom dela.

- Bolniki, ki se z vključitvijo KPO ne strinjajo.

NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

## SWOT ANALIZA



**notranji**

**zunanji**

NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

## Izzivi za prihodnost

- Jasno opredeljena vloga koordinatorja
- Postavitev standardov izvajanja aktivnosti
- Postavitev standardov zbiranja podatkov
- Vloga koordinatorja v razvoju mreže paliativne oskrbe



NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

**Hvala za vašo pozornost!**

NA STIČIŠČU: PALIATIVNA OSKRBA & ONKOLOGIJA,  
9.10.2018

## **PALIATIVNA OSKRBA IN ZDRAVLJENJE BOLEČINE**

Prim. mag. Slavica Lahajnar Čavlovič, dr. med.

Ambulanta za zdravljenje bolečine, Onkološki inštitut Ljubljana

Veliko bolnikov z rakom, ki je napredoval ima kronično bolečino. Vzroki za njo so rast tumorja, ki pritiska ali vrašča v organe v okolici, predvsem živčevje, kostne metastaze in zapora ter infiltracija votlih organov. Bolečina je pogosto močna in nevropatska. Doživljanje bolečine soustvarjajo fizični, psihološki, socialni in duhovni dejavniki v življenju bolnika. Pogosto so bolniki anksiozni in depresivni. Bolečina zelo zmanjšuje kakovost življenja bolnika in njegovih svojcev.

Zdravljenje bolečine je integralni del paliativne oskrbe bolnikov z neozdravljivo boleznijo. Izdelane so smernice za farmakološko zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Poleg zdravil za zdravljenje bolečine, k boljšemu zdravljenju pripomorejo specifično zdravljenje, kot je radioterapija, nefarmakološki ukrepi, alternativna medicina, zdravljenje drugih simptomov bolezni. Pri zdravljenju bolnikov s težko obvladljivo bolečino so včasih potrebni invazivni postopki.

Obvladovanje bolečine zaradi raka, ki je napredoval je lahko in mora biti boljše, če pri tem sodelujejo zdravstveno osebje in različni strokovni sodelavci glede na potrebe bolnika. Člani tima, ki skrbijo za bolnika morajo imeti ustrezna znanja, kompetence in organizirano delovno okolje.

### REFERENCE

1. Lahajnar Čavlovič S, Krčevski Skvarč N, Stepanovič A, Tavčar P. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom – 3. izdaja. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine SZZB; 2015.
2. Raphael J, Hester J, Ahmedzai S et al. Cancer pain : part2: Physical, Interventional and complimentary therapies; management in the community; acute, treatment-related and complex cancer pain: a prospektive from the British pain society endorses by the UK association of palliative medicine and the Royal college of general pactitioners. Pain medicine2010; 11:872-896.
3. Heer K, Titler M, Fine P et al. The effect of a translating research into practice (TRIP)-cancer intervention on cancer pain management in older adults in hospice. Pain medicine 2012; 13:1004-1017.



Na stičišču:  
Paliativna oskrba in onkologija

## Zdravljenje bolečine

Slavica Lahajnar  
Onkološki inštitut Ljubljana

Ljubljana 9.10.2018

## Bolečina pri bolniku z rakom

- bolečina je pogost simptom (5. vitalni znak)
  - smernice za farmakološko zdravljenje bolečine
    - anamneza boleznih in bolečine
    - pregled bolnika in bolnikove dokumentacije
- jakost  
vrsta  
vzrok
- vpliv bolečine na funkcioniranje (BPI)
  - zdravila (3/2 stopenjsko zdravljenje, zdravila za prebijajočo bolečino, dodatni analgetiki, zdravila za neželene učinke)
  - poti vnosa
  - invazivni postopki
- bolečina vpliva na QOL

## Opioidi so steber zdravljenja bolečine?

DA, toda

- titracija
- dolgo – kratko delujoči
- neželeni učinki
- nevrotoksični učinki
- nevropatska bolečina
- opiofobija

## Ali so smernice dovolj?

NE

- izobraževanje zdr. osebja, bolnikov in svojcev
- redno spremljanje bolnika (VAS – neželeni učinki ?), vpliv bolečine na kakovost življenja
- fizični, psihični, socialni, duhovni vplivi na doživljanje bolečine (totalna bolečina)
- OTC zdravila, alternativno zdravljenje
- nefarmakološki ukrepi (paliat. RT, psiho, kognitivno- vedenjska terapija)
- zdravljenje drugih simptomov boleznih
- priprava bolnika na odpust in pisna navodila

## Vloga PBA v APO

- novosti
- invazivni postopki
- izobraževanje
- sodelovanje v timu za APO

## Vloga APO v PBA

- psihični, socialni, duhovni vplivi na doživljanje bolečine
- drugi simptomi boleznih
- delo s svojci
- kontakt z družinskim zdravnikom in patronažno službo
- spremljanje bolnika doma
- hospitalizacija bolnika (zaplet pri zdravljenju bolečine)



## Interdisciplinarno zdravljenje bolečine

- znanje, izobraževanje
- kompetence osebja - strokovne, socialne, osebnostne  
(timsko delo)
- organizacija zdravstvene službe



## **PALIATIVNA OSKRBA IN PREHRANSKA PODPORA**

Karla Berlec, dr. med., doc. dr. Nada Kozjek, dr. med.,

Oddelek za klinično prehrano in dietoterapijo, Onkološki inštitut Ljubljana

Prehrana igra pomembno vlogo v življenju in medicini. Bolezen je za človeško telo stres, ki mu sledi celoviti nevroendokrini in vnetni odziv. Spremeni se potreba po posameznih hranilih in uporaba hranil, presnovne spremembe se še dodatno poglobijo zaradi zdravljenja. Zato bolniki potrebujejo presnovnim potrebam prilagojeno prehrano.

S prehransko podporo onkoloških bolnikov preprečujemo podhranjenost bolnikov, katera močno pospeši kahektične procese, z njo poskušamo čim dlje ohranjati funkcionalno mišično maso ter s tem bolnikovo kondicijo in kvaliteto življenja. Cilji prehranske podpore se spremenijo s progresom bolezni.

Pri paliativnih bolnikih, ki še niso terminalni, veljajo enaka priporočila kot pri ostalih onkoloških bolnikih. Svetuje se prehranska podpora, ki pokriva prehranske potrebe za vzdrževanje oziroma izboljšanje prehranskega statusa ter s tem tudi boljšega odziva na specifično onkološko zdravljenje.

Pri napredovanju bolezni, ko se paliativna oskrba osredotoči predvsem na lajšanje simptomov, pa postane pokrivanje prehranskih potreb manj pomembno, v ospredju je kvaliteta življenja bolnikov. Svetuje se hrana, ki jo bolnik lahko prenaša, ki predstavlja minimalno breme in ustreza spopadanju bolnika s progresom bolezni.

Pri terminalnih oziroma umirajočih bolnikih pa hranila niso koristna, so nepomembna, večina bolnikov potrebuje minimalne količine hrane in nekaj vode za zmanjšanje lakote in žeje.

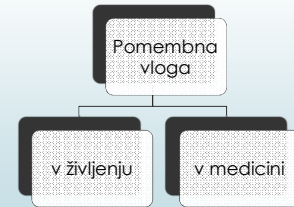
Pri vseh odločitvah, še posebno pri paliativni parenteralni prehranski podpori ter hidraciji, je v izogib težkim nesoglasjem, potrebna dobra in odkrita komunikacija med bolnikom, svojci in lečečimi zdravniki.



## Paliativna oskrba in prehranska podpora

Karla Berlec  
Nada Rotovnik-Kozjek

## Prehrana



## Prehrana



## Onkološki bolnik

Preprečujemo **podhranjenost** bolnikov, ki močno pospeši **kahektične procese** in poslabša kvaliteto življenja.

## PODHRANJENOST

- = stanje, ki je posledica pomanjkljive absorpcije ali vnosa hrane
- spremenjena telesna sestava (zmanjšanje puste telesne mase in telesno celične mase)
- zmanjšane telesne in duševne sposobnosti ter poslabšanje kliničnega izida bolezni

## Podhranjenost (izguba telesne teže, hipofagija) je neodvisen negativen prognostični dejavnik

*Nutrition*, 2017 Feb;34:65-70. doi: 10.1016/j.nut.2016.09.011. Epub 2016 Oct 5.

**Undernutrition as independent predictor of early mortality in elderly cancer patients.**

Marucci RB<sup>1</sup>, Barbosa MV<sup>2</sup>, D'Almeida CA<sup>3</sup>, Rodrigues VD<sup>3</sup>, Bergmann A<sup>4</sup>, de Pinho NB<sup>5</sup>, Thuler LC<sup>6</sup>.

- Izguba telesne mase
- Nizek bioelektrični fazni kot
- Izguba telesnih beljakovinskih in maščobnih struktur
- Prognostični Nutritional Index

Aviles et al 1995, Bachmann et al 2008, Boscarius et al 2002, DeWys et al 1980, DiFiore et al 2007, Edington et al 1999, Evans et al 1987, Fain et al 1985, Gogos et al 1998, Häusser et al 2006, Keda et al 2003, Kasimis et al 2007, Lai et al 1998, Lacleire et al 2006, Lobato et al 1989, Mitry et al 2004, Pedersen et al 1992, Presson et al., Ross et al 2004, Stanley 1980, Tewari et al 2007, Van Bokorst-de-van der Schueren et al 1998

Viana et al 1994, Davis et al 2009, Gupta et al 2004, 2004, 2008, 2009, Norman et al., 2010, Paiva et al, 2009, Santarpia et al. 2009

van Vliedder et al 2012  
Murphy et al. 2012  
Nozoe et al., 2002, 2010

## Podhranjenost negativno vpliva na kvaliteto življenja

Adv. Exp. Med. Biol. 2017;1021:15-26. doi: 10.1007/5584\_2017\_23.

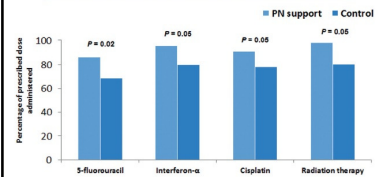
### Mainnutrition and Quality of Life in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer.

Polarski J<sup>1</sup>, Jankowska-Polanska B<sup>2</sup>, Uchmanowicz P<sup>3</sup>, Chabowski M<sup>3,4</sup>, Janczak D<sup>5</sup>, Mazur G<sup>6</sup>, Rosińczuk J<sup>7</sup>.

- Višja stopnja ponovnih sprejemov v bolnišnico, daljša hospitalizacija (Correia et al., 2003, Pritzl et al., 2010)
- Povečan negativen vpliv težav, ki jih imajo bolniki (Sarna et al., 1994)
- Zmanjšana kvaliteta življenja (Andreyev et al., 1998, O'Gorman et al., 1998, Ollenschläger et al., 1992, Ovesen et al., 1993, Persson et al., 2002, Nourissat 2008)
- Zmanjšana mišična moč in slabše funkcionalno stanje (Norman et al 2010)

## Podhranjenost poveča toksičnost kemoterapije

### NUTRITIONAL SUPPORT AFFECTS ANTICANCER THERAPY DOSE



A study of patients with oesophageal cancer showed that parenteral nutrition (PN) increased the dose of chemoradiation therapy patients could receive without suffering increased toxicity. Source: Adapted from SS Sikora et al. (1998) JPEN 22:18-21

Izguba telesne mase in hipoalbuminemia povečata toksičnost KT (Amata et al., 2010)

Nižji skupni dušik v telesu je napovedni dejavnik nevtropenije (Asari et al., 2003)

Sarkopenija je napovedni dejavnik toksičnosti in „time-to-progression“ (Prado et al., 2009)

BMI < 25 kg/m<sup>2</sup> je napovedni dejavnik toksičnosti (Araujo et al., 2010)

## Podhranjenost poslabša odziv na kemoterapijo

Ann. Oncol. 2017 Sep 1;28(9):2107-2118. doi: 10.1093/annonc/mdx271.

### Forcing the vicious circle: sarcopenia increases toxicity, decreases response to chemotherapy and worsens with chemotherapy.

Bozzetti F<sup>1</sup>.

World J. Surg. Oncol. 2018 Feb 12;16(1):27. doi: 10.1186/s12957-018-1327-4.

### Loss of skeletal muscle mass during neoadjuvant treatments correlates with worse prognosis in esophageal cancer: a retrospective cohort study.

Järvinen T<sup>1,2</sup>, Ikonen E<sup>1,4</sup>, Kauppi J<sup>1,4</sup>, Salo J<sup>1,4</sup>, Räsänen J<sup>1,4</sup>.

Malnourished cancer patients have a poor response to chemotherapy (rate and duration) (Andreyev et al., 1998, Aviles et al., 1995, Di Fiore et al., 2007, Mistry et al., 2004, Ovesen et al., 1993, Ross et al., 2004, Van Eys et al., 1982, Tubiana et al., 1971, Swenerton et al., 1979)

## Rakasta kaheksija

= sindrom, ki se razvije kot posledica katabolnih patofizioloških pogojev, **tudi ob zadostnem vnosu hrane**

spremlja izguba mišične mase z ali brez izgube maščevja, pogosto z anoreksijo, oslabelostjo, utrudljivostjo

povezana s slabo tolerance protitumorskega zdravljenja, zmanjšano kvaliteto življenja in negativnim vplivom na preživetje

Pogosta pri čvrstih tumorjih prebavil (kolorektalni rak, trebušna slinavka, želodec) in raku pljuč

## Kaheksija in presnovne spremembe

### PREKAHEKSIJA

- izguba telesne mase ≤ 5%
- anoreksija in presnovne spremembe

### KAHEKSIJA

- izguba telesne mase > 5% ali
- ITM < 20 in izguba telesne mase > 2% ali
- sarkopenija in izguba telesne mase > 2%
- znižani vnosi hranil, prisotna sistemska vnetje

### REFRAKTARNA KAHEKSIJA

- močno izražen telesni propad
- osnovna bolezen močno prokatabolna
- slaba telesna zmogljivost
- ni več odzivna na zdravljenje
- pričakovano preživetje < 3 mesece

## 2. Poskušamo čim dlje ohranjati funkcionalno (mišično) maso in s tem bolnikovo kondicijo in kvaliteto življenja.

Medicine (Baltimore). 2018 Jul;97(30):e11450. Published online 2018 Jul 27. doi: 10.1093/med/97.30.11450

PMCID: PMC6078756 PMID: 30042028

### Impact of reduced skeletal muscle volume on clinical outcome after esophagectomy for esophageal cancer

A retrospective study

Ken Nagata, MD, Hiroaki Tsujimoto, MD, PhD, Hiroshi Nagata, MD, Manabu Harada, MD, Naomichi Ito, MD, Kouhei Kawanishi, MD, Shinobu Nomura, MD, Hitoyuki Horiguchi, MD, Shuichi Hiraki, MD, PhD, Kazuo Hase, MD, PhD, Junji Yamamoto, MD, PhD, and Shiroki Ueno, MD, PhD

Monitoring Editor: Jianbing Wang

World J. Surg. Oncol. 2018 Feb 12;16(1):27. doi: 10.1186/s12957-018-1327-4.

### Loss of skeletal muscle mass during neoadjuvant treatments correlates with worse prognosis in esophageal cancer: a retrospective cohort study.

Järvinen T<sup>1,2</sup>, Ikonen E<sup>1,4</sup>, Kauppi J<sup>1,4</sup>, Salo J<sup>1,4</sup>, Räsänen J<sup>1,4</sup>.

## Izguba puste telesne mase in zapleti

| Pusta telesna masa (% izgube) | komplikacije  | Pridružena mortaliteta (%) |
|-------------------------------|---|----------------------------|
| 10                            | Motena imunost, povečano tveganje za okužbo         | 10                         |
| 20                            | Upočasnjeno celjenje ran<br>Šibkost, infekti        | 30                         |
| 30                            | Prešibek za sedenje, preležanine, rane se ne celijo | 50                         |
| 40                            | Smrt, ponavadi pljučnica                            | 100                        |

## Splošna priporočila za prehrano bolnikov z rakom

Priporočila za prehransko obravnavo v bolnišnicah in domovih za starejše občane.  
[http://www.rjg.gov.si/fileadmin/rjg.gov.si/pageuploads/cvno\\_zstavje\\_09/Priporocila\\_za\\_prehransko\\_obravnavo\\_bolnikov.pdf](http://www.rjg.gov.si/fileadmin/rjg.gov.si/pageuploads/cvno_zstavje_09/Priporocila_za_prehransko_obravnavo_bolnikov.pdf)

- Zaenkrat ni prepričljivih podatkov, da hranjenje bolnikov vpliva na rast tumorja. Teoretični pomisleki naj ne vplivajo na odločitve o hranjenju bolnika z rakom.

## ASCO (American Society for Clinical Oncology) priporočila

ključitev

- paliativne oskrbe (vključno s prehransko podporo)
  - v standardno onkološko oskrbo
- zgodaj v poteku obravnave bolnikov z metastatskim rakom oz velikim bremenom bolezni

J Clin Oncol. 2017 Jan;35(1):96-112. Epub 2016 Oct 28.

**Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update.**

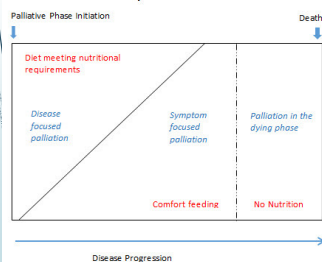
Ferrell BR<sup>1</sup>, Temel JS<sup>1</sup>, Temin S<sup>1</sup>, Alesi ER<sup>1</sup>, Balboni TA<sup>1</sup>, Basch EM<sup>1</sup>, Finn JJ<sup>1</sup>, Paice JA<sup>1</sup>, Peppercorn JM<sup>1</sup>, Phillips T<sup>1</sup>, Stovall EL<sup>1</sup>, Zimmermann C<sup>1</sup>, Smith TJ<sup>1</sup>

Clin Nutr. 2017 Oct;36(5):1451. doi: 10.1016/j.clnu.2017.06.023. Epub 2017 Jul 4.

**The definition of "palliative nutrition" is misleading.**  
Bozzetti F<sup>1</sup>.

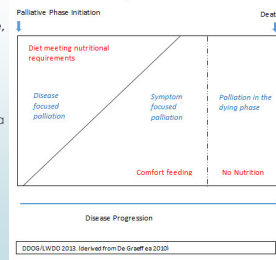
Cilji prehranske podpore se spremenijo s progresom bolezni.

### Palliative Nutrition Care Spectrum



- Faza 1: paliativna oskrba osredotočena na rakavo bolezen z namenom podaljševanja življenja
- Faza 2: paliativna oskrba osredotočena predvsem na lajšanje simptomov
- Faza 3: faza umiranja

### Palliative Nutrition Care Spectrum



**Faza 1:** prehrana, ki pokriva prehranske potrebe, vzdrževanje prehranskega statusa.

**Faza 2:** pokrivanje prehranskih potreb je manj pomembno.

- Hrana, ki jo bolnik lahko prenaša, predstavlja minimalno breme, ustreza spopadanju bolnika z progresom bolezni.
- Sprejemljiv nezadosten prehranski vnos.

**Faza 3:** bolnik izgubi zanimanje za hrano in tekočine, hrana nepomembna.

## Prehranska podpora praktični pristop

Presejanje

ukrepanje

prehranska  
ocena

## Orodja za odkrivanje prehranske ogroženosti

| Malnutrition Risk Screening Tools                               | Description  | Parameters Used   |
|---|--|---|
| Malnutrition Screening Tool (MST) <sup>9</sup>                  | MST is a simple, quick-to-administer, 2-question tool.   | Unintentional weight loss <sup>a</sup><br>Appetite <sup>a</sup>   |
| Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002) <sup>10</sup>        | Developed by ESPEN, this is a preferred tool to screen for malnutrition in European hospital settings.       | Unintentional weight loss <sup>a</sup><br>BMP <sup>b</sup><br>Disease severity<br>Age<br>Impaired general condition |
| Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) <sup>11</sup>      | Developed for screening in the community, MUST is widely used in the United Kingdom and Europe.              | Unintentional weight loss <sup>a</sup><br>BMP <sup>b</sup><br>Disease severity<br>Food intake <sup>c</sup>          |
| Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) <sup>12</sup> | A simple, easy-to-administer, 3-question screening tool developed in the Netherlands for hospital screening. | Unintentional weight loss <sup>a</sup><br>Appetite <sup>a</sup><br>Use of oral supplement or tube feeding           |

<sup>a</sup>BMI, body mass index; <sup>b</sup>ESPE, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.

<sup>c</sup>Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition diagnostic characteristic.

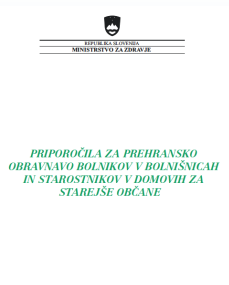
## Ocena prehranskega stanja

- Ustrezno usposobljen zdravnik, medicinska sestra, klinični dietetik
- Obsežnejši od presejanja
- Natančna anamneza, pregled, laboratorij

## Prehranski načrt

Pri paliativnih bolnikih, ki niso terminalni,

veljajo enaka priporočila kot pri ostalih onkoloških oziroma kroničnih bolnikih.



## Prehranski načrt

### Potrebe po hranilih

- Aktivni bolniki 30 -35 kcal/ kg TM / dan
- Ležeči bolniki 20 – 25 kcal / kg TM / dan

### Beljakovine

- 1 -1,5 g / kg TM / dan

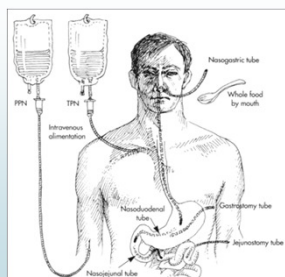
### Vnos maščob

- 30 – 50% neproteinskih kcal

## Medicinska oz umetna prehrana

- oralni prehranski dodatki
- enteralna prehrana za hranjenje po sondah in stomah ter
- intravenozna parenteralna prehrano

Gre za medicinsko intervencijo.



Clin Nutr. 2016 Jun;35(3):545-56. doi: 10.1016/j.clinu.2016.02.006. Epub 2016 Feb 16.

## ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration.

Druml C<sup>1</sup>, Ballmer PE<sup>2</sup>, Druml W<sup>3</sup>, Oehmichen F<sup>4</sup>, Shenkin A<sup>5</sup>, Singer P<sup>6</sup>, Soeters P<sup>7</sup>, Weimann A<sup>8</sup>, Bischoff SC<sup>9</sup>.

Predpogoj za uvedbo medicinske prehrane in hidracije je

- indikacija za medicinsko zdravljenje
- dosegljiv terapevtski cilj
- želja oziroma soglasje bolnika

## Prehranska podpora za paliativne bolnike: (splošne indikacije za bolnike pri katerih še ni nastopila faza umiranja)

- podhranjen bolnik
- predvidevamo da ne bo sposoben zaužiti hrane > 7 dni
- če bolnik ni sposoben zaužiti > 60% hrane v naslednjih 10 dneh
- bolniki, ki izgubljajo telesno težo zaradi nezadostne prehrane

potrebna  **dodatna prehrana**  s katero **izboljšamo** ali **vzdržujemo** prehransko stanje bolnika ter **prispevamo h kakovosti njegovega življenja**

## Oralni prehranski dodatki

- Povečan vnos energije
- Povečan vnos beljakovin
- Redni vnosi
- Zmajšanje volumna
- Lažja prebava



## Enteralna prehrana

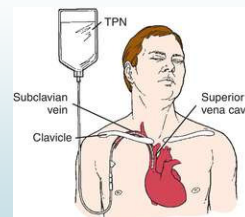
- Enteralne formule se uporabljajo
- za hranjenje preko nazogastrične sonde ali
  - stome distalno od ustne votline (gastrostome, jejunostome).



## Parenteralna prehrana

### Indikacije:

- Nekontrolirano bruhanje/driska
- Krvavitev iz GIT
- Intestinalne obstrukcije ali fistule
- Paralični ileus
- Sindrom kratkega črevesja
- Huda podhranjenost in intolerance za enteralno prehrano



## Paliativna parentralna prehrana na domu (HPN)

### Indikacije:

- Odpoved prebavil: ileus, postradiacijski ezofagitis, enenteritis, obsežne resekcije, tumorske infiltracije
- Potencial za **podaljšanje preživetja in povečanje kvalitete življenja** pri določenih bolnikih (tistih, ki bi prej umrli od izstradanosti, kot od maligne bolezni)
- Pričakovana življenjska doba vsaj 3 mesece
- Dober performans status – Karnofsky > 70
- Socialne okoliščine: ustrezna pomoč

## Paliativna parentralna prehrana na domu (HPN)

### Izvedba:

- Sprejem, načrt, venski pristop
- Edukacija: bolnik in svojec
- Presnovna stabilizacija
- Odpust domov
- Redne kontrole, prilagoditev hranilnih raztopin
- Potrebno upoštevati tveganja in breme medicinske prehrane (vzpostavitev žilnega dostopa, obremenitev s tekočinami...)

Clin Nutr. 2016 Jun;35(3):545-56. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006. Epub 2016 Feb 16.

**ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration.**

Dumit C<sup>1</sup>, Balmer EB<sup>2</sup>, Dumit LV<sup>3</sup>, Oelmacher F<sup>4</sup>, Shenkin A<sup>5</sup>, Singer P<sup>6</sup>, Soeters P<sup>7</sup>, Wernmann A<sup>8</sup>, Bachof H<sup>9</sup>.

## Paliativna prehranska podpora

### DILEME

- Klinične
- Etične
- Moralne

### REŠITVE

- Individualno reševanje
- Sporazumno
- Koristi/slabosti

- Multidisciplinaren pristop
- Paliativna prehranska podpora se odziva na potrebe in želje bolnika in njegove družine.

## Terminalni bolnik

bolnik približuje zadnjim uram svojega življenja

hrana vedno manj pomembna

zmanjšanje njegovih potreb po kalorijah in hranilih

večina bolnikov potrebuje minimalne količine hrane in nekaj vode za zmanjšanje lakote in žeje

- Simptom suhih ust pogost - vendar ne korelira z občutkom žeje (močenje ustnic / uporaba ledenih kock).
- Majhne količine tekočine pomagajo preprečiti stanje zmedenosti zaradi dehidracije.
- Podkožna infuzija tekočin v bolnišnici ali na domu je zelo priročna in se lahko hkrati uporabi kot nosilna tekočina za zdravila

Paliativna prehrana ≠ prehrana umirajočega bolnika!

Clin Nutr. 2017 Oct;36(5):1451. doi: 10.1016/j.clnu.2017.06.023. Epub 2017 Jul 4.

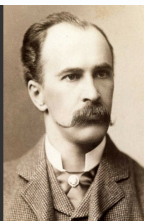
**The definition of "palliative nutrition" is misleading.**  
Boszevi E<sup>1</sup>.

**Prehranska podpora je integralni del paliativne oskrbe!**



*"The good physician  
treats the disease; the  
great physician treats the  
patient who has the  
disease."*

—  
William Osler  
Founding Professor, Johns Hopkins Hospital



HVALA ZA POZORNOST!



[www.espen.org](http://www.espen.org)

<http://klinicnaprehrana.si>





## **PALIATIVNA OSKRBA IN FIZIOTERAPIJA**

Sanja Đukić, dipl. fiziot. s spec. znanji,

Oddelek za fizioterapijo, Onkološki inštitut Ljubljana

Fizioterapija v paliativni oskrbi je ena izmed pomembnejših komponent v prizadevanju za ohranitev oz. izboljšanje kakovosti življenja vseh bolnikov v času umiranja in smrti. Bolniki in njihovi svojci se v času bolezni in umiranja srečujejo z specifičnimi težavami. Kot del multidisciplinarnega tima ima za cilj: celostno obravnavo bolnika, uspešno obvladovanje simptomov, določitev realnih ciljev v fizioterapevtski obravnavi in vključevanje svojcev v obravnavo. Za lajšanje bolnikovih simptomov fizioterapevti pri svojem delu uporabljajo različne metode in tehnike kinezioterapije, manualne terapije, elektroterapije, respiratorne fizioterapije, ki so individualno prilagojene vsakemu bolniku in so odvisne od njegovega trenutnega subjektivnega počutja. Pristop je individualen, cilji fizioterapevtske obravnave so kratkoročni in se prilagajajo glede na spreminjajoče bolnikovo stanje. Pomembno je, da so cilji realni, da jih bolnik lahko doseže, kar ga še dodatno motivira za nadaljnje sodelovanje. Razvoj paliativne oskrbe pri nas in stalno naraščajoče število bolnikov, ki potrebujejo paliativno oskrbo, tudi samo po sebi zahteva strokovno sodelovanje fizioterapevtov v timu paliativne oskrbe, ki naj bi doprinesla k racionalizaciji izvajanja in večji kakovosti oskrbe paliativnih bolnikov.



## PALIATIVNA OSKRBA IN FIZIOTERAPIJA

Sanja Dukič, dipl. fizioterapevt s specialnimi znanji  
Onkološki inštitut Ljubljana,  
Oddelek za fizioterapijo

Fizioterapija v paliativni oskrbi je ena izmed pomembnejših komponent v prizadevanju za ohranitev oz. izboljšanje kakovosti življenja vseh bolnikov, kljub napredovanju bolezni v času umiranja.

Kot del multidisciplinarnega tima ima za cilj: celostno obravnavo bolnika, uspešno obvladovanje simptomov, določitev realnih ciljev v paliativni rehabilitaciji in vključevanje svojcev v obravnavo.

### NAJPOGOSTEJŠI SIMPTOMI:

- BOLEČINA
- UTRUJENSOT
- FIZIČNA ŠIBKOST
- TEŽKO DIHANJE-DISPNEJA
- OTEKANJE UDOV (LIMFEDEM)

### POSTOPKI ZA ZMANJŠEVANJE BOLEČINE :

- Kinezioterapija (aktivne in aktivno asistirane vaje,...)
- Manualna terapija (masaža) in druge sprostitvene tehnike
- Protibolečinska elektro stimulacija (TENS)
- Termoterapija (terapija s toploto)

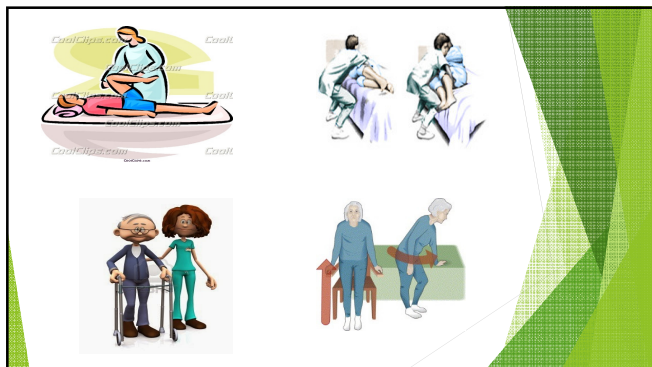


### NA ZMANJŠANJE UTRUJENOSTI LAHKO VPLIVAMO:

- Večkratni počitek čez dan med dnevnimi aktivnostmi
- Vnaprej načrtovane dnevne aktivnosti glede na njihovo pomembnost in bolnikovo fizično moč
- Redna telesna vadba (nizka intenzivnost)



### ZA IZBOLJŠANJE TELESNE KONDICIJE IN PREPREČEVANJE TELESNE ŠIBKOSTI :

- Spodbujanje in motivacija bolnika za samostojno gibanje in skrb zase
- Redna telesna aktivnost glede na bolnikovo trenutno stanje in počutje
- Fizioterapevtska obravnava je usmerjena v funkcijo in čim večjo mobilnost bolnika
- Poučiti svojce o pravih prijemih pri nujenju pomoči bolniku med njegovim gibanjem




ZA LAJŠANJE TEŽKEGA DIHANJA:

- Sedeč položaj ( dvignjeno vzglavje in podložen z blazinami )
- Dihalne vaje ( večkrat na dan )
- Inhalacije in vibracijska masaža!
- Sprostitev mišic

FIZIOTERAPIJA PRI OBRAVNAVI LIMFEDEMA  
VKLJUČUJE:

- Kompresijo uda ( kompresijsko oblačilo ali povoje )
- Dvignjen položaj prizadetega uda
- Telesno aktivnost (vaje, hoja,...)
- Ročno limfno drenažo ( predpiše zdravnik)
- Primerno skrb za kožo prizadetega dela telesa



*Ni pomembno zgolj število let, ki jih človek preživi, ampak predvsem kako kakovostno jih preživi.*

*Začni kjer si  
Uporabi kar imaš  
Delaj kar lahko*

Arthur Ashe

HVALA ZA VAŠO POZORNOST



## PALIATIVNA OSKRBA IN PSIHOLOŠKA PODPORA

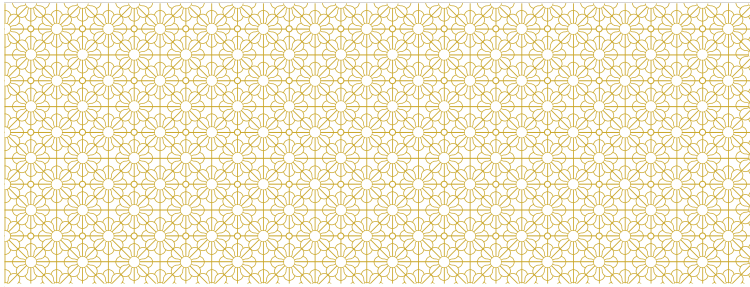
Mirjam Rojec, mag. psih., mag. Andreja Cirila Škufca Smrdel, univ. dipl. psih.

Oddelek za psiho-onkologijo, Onkološki inštitut Ljubljana

Onkološki bolniki se tekom soočanja z boleznijo srečujejo z bolj ali manj izrazito duševno stisko oz. **distresom**, ki posameznika ovira pri spoprijemanju z boleznijo in zdravljenjem. Pacientovo doživljanje lahko niha na kontinuumu in sega od običajnih občutij ranljivosti, žalosti in strahu, pa vse do izrazitih težav, kot sta depresivnost in anksioznost. Pomembni dejavniki tveganja za distres pri paliativnih bolnikih so slaba prognoza, napredovala oblika bolezni ter fizične težave (slabost, bolečine, zmanjšana pokretnost). Ključno vlogo pri obravnavi psihosocialnih potreb bolnikov ima celotno zdravstveno osebje, ki vsakodnevno prihaja v stik s pacienti. Zato je pomembno, da znajo zdravstveni delavci prepoznati duševno stisko pacientov, raziskati njihove vire moči ter jih podpreti pri obvladovanju simptomov. Kadar pa se distres pri pacientih pomembno stopnjuje, se v obravnavo vključijo strokovnjaki s področja duševnega zdravja (psihiatri in klinični psihologi). Njihova vloga v paliativnem timu je večinoma usmerjena v delo s pacienti, njihovimi svojci ter paliativnim timom. Delo kliničnih psihologov najpogosteje zajema obravnavo depresije in anksioznosti pri pacientih ter nudenje podpore svojcem pri soočanju z bolnikovo boleznijo. Pomembno mesto na področju paliative ima tudi kliničnopsihološka podpora svojcem v procesu žalovanja. V klinični praksi se klinični psihologi na področju paliative srečujejo z mnogimi izzivi, kot so časovna omejenost intervencij ob koncu življenja, zasebnost pri hospitalnih obravnavah ter vprašanje zaupnosti v paliativnem timu. Pri premagovanju izzivov pa je ključno dobro medsebojno sodelovanje celotnega multidisciplinarnega tima.







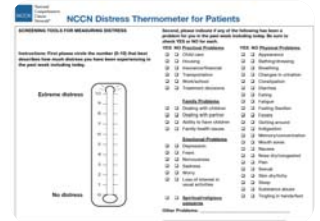
## PALIATIVNA OSKRBA IN PSIHOLOŠKA PODPORA

Mirjam Rojec, mag. psih.  
 INSTITUTE OF ONCOLOGY  
 Mag. Andreja Cirila Škufca Smrdel,  
 univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

## DUŠEVNA STISKA, DISTRES

= neprijetna čustvena, psihološka, socialna in/ali duhovna izkušnja, ki ovira sposobnost spoprijemanja z boleznijo in zdravljenjem.

Zajema cel kontinuum, od normalnih občutij ranljivosti, žalosti in strahu do hujših problemov, kot so depresija, anksioznost, panika, socialna izolacija in duhovna kriza.  
 (Holland, 2013; NCCN, 2011)



Distres termometer in Lista problemov

Duševna stiska je pogosto neopreznana in neobravnavana.

## DUŠEVNA STISKA, DISTRES

NORMALEN DISTRES

MOČAN DISTRES

Do 58 % paliativnih bolnikov

Potash in Breitbart, 2002

Zaskrbljenost  
 Nervoja  
 Pomanjkanje energije  
 Nespečnost  
 Žalost

Anksioznost  
 Depresija  
 Delirij  
 Suicidalnost  
 Želja po hitri smrti

strah  
 jeza  
 žalost  
 občutja krivde  
 negotovost  
 obup  
 brezvoljnost  
 Nemoč  
 obremenjujoče misli  
 strah pred napredovanjem  
 boleznijo, bolečinami,  
 trpljenjem...

## DEJAVNIKI SPOPRIJEMANJA Z RAKOM

DEJAVNIKI, POVEZANI Z BOLEZNIJO IN ZDRAVLJENJEM

- ❖ stadij bolezni (napredovale oblike, slaba prognoza);
- ❖ lokalizacija bolezni (možganski tumorji, rak glave in vratu, pljučni rak);
- ❖ vrsta zdravljenja (KT);
- ❖ fizične težave (slabost, utrujenost zmanjšana mobilnost, posebej rizična je bolečina ipd.)

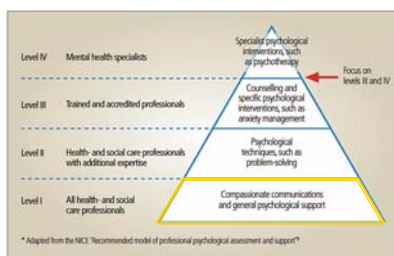
DEJAVNIKI, POVEZANI Z OSEBNOSTJO IN ŽIVLJENJSKO SITUACIJO

- ❖ starost in z njo povezane razvojne naloge (młajši bolniki, pa tudi starejši od 65 let);
- ❖ socialno izolirani, samski in razvezani;
- ❖ dotedanje izkušnje z boleznijo;
- ❖ anamneza psihiatrične motnje, odvisnosti, drugi stresni dogodki v življenju;
- ❖ širša in ožja socialna mreža;
- ❖ nekatere osebnostne poteze (pesimizem, način spoprijemanja z boleznijo, represija čustev);
- ❖ način spoprijemanja z boleznijo, lokus kontrole

SOCIOKULTURNI DEJAVNIKI

- ❖ socialne predstave o bolezni;
- ❖ dostopnost zdravljenja

## PSIHOSOCIALNI UKREPI OBVLADOVANJA DUŠEVNE STISKE



Jünger S, Payne S. Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. Vol. 18, European Journal of Palliative Care. 2011. p. 238-52.

## OSNOVNI PSIHOSOCIALNI UKREPI - VSI ZDRAVSTVENI DELAVCI

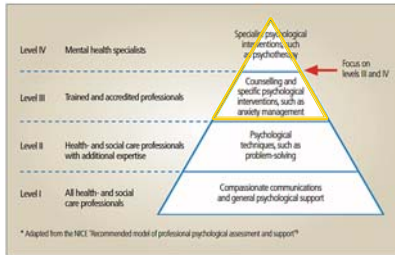
Psihosocialne potrebe in psihosocialni suport → delo celotnega zdravstvenega osebja!



informiranje  
 dobra komunikacija  
 ustrezen empatičen odnos  
 osnovna čustvena podpora

- Prepoznati duševno stisko
- Prepoznati bolnikove funkcionalne strategije za ohranjanje psihosocialnega ravnovesja (upanje, socialna podpora, religiozna prepričanja, zanikanje)
- Dobro obvladovanje simptomov izboljša kakovost življenja, daje občutek kontrole in smiselnosti, omogoča boljše funkcioniranje

## PSIHOSOCIALNI UKREPI OBVLADOVANJA DUŠEVNE STISKE



Jünger S, Payne S. Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. Vol. 18, European Journal of Palliative Care. 2011. p. 238–52.

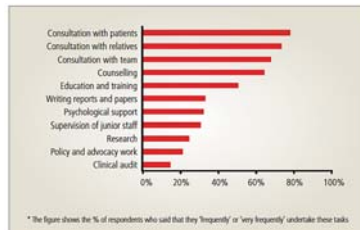
## PSIHOSOCIALNI UKREPI -STROKOVNJAKI DUŠEVNEGA ZDRAVJA

- ❖ Kliničnopsihološka obravnava
- ❖ Psihiatrična obravnava
- Dostopnost obravnave



## PODROČJA DELOVANJA KLINIČNEGA PSIHOLOGA V PALIATIVNEM TIMU

- ❖ kliničnopsihološka ocena stanja
- ❖ kliničnopsihološke intervencije
- ❖ konzultacije, supervizija in podpora osebja
- ❖ izobraževanje
- ❖ raziskovanje



The British Psychological Society, 2008

Jünger S, Payne S., 2011

## VLOGA KLINIČNE PSIHOLOGIJE V PALIATIVI



- ❖ Ocena in obravnava depresije, anksioznosti ter prilagoditvenih motenj
- ❖ Podpora svojem pri spoprijemanju z bolnikovo boleznijo
- ❖ Sporočanje slabih novic, podpora pri odločanju
- ❖ Podpora bolnikom in svojem v procesu žalovanja

"V enakem obsegu delo z bolniki in svojci; ob napredovanju bolezni se usmerja bolj v delo s svojci"

Jünger in Payne, 2011

"Usmerjajo se v obravnavo depresivnosti in anksioznosti, strategije obvladovanja stresa, bolečine, učenje relaksacijskih tehnik, podpora v procesu žalovanja, družinska obravnava, podpora komunikaciji v družini"

Haley idr., 2018

## IZZIVI PRI VSAKDANJEM DELU



- ❖ Ne "patologizirajmo" ali "psihologizirajmo" normalnih znotraj- in med-osebnih izzivov v kontekstu fizičnega in eksistencialnega trpljenja ob bližnji smrti (Jünger in Payne, 2011)
- ❖ Napotno vprašanje, problem? Pričakovanja?
- ❖ Omejenost časa za intervencijo ob koncu življenja
- ❖ Obveščeno, strinjanje
- ❖ Psihoorganska spremenjenost, nezmožnost govora, somnolentnost, zavračanje psihološke obravnave
- ❖ Zasebnost v bolniški sobi
- ❖ Zaupnost in tim

HVALA ZA POZORNOST

ONKOLOŠKI INŠTITUT  
INSTITUTE OF ONCOLOGY  
LJUBLJANA 80 let  
years

SPONZORJI

