



Slovensko združenje
paliativne in hospic oskrbe

Vloga urgentne službe v paliativni oskrbi

Stanislav Malačič

Dodatna znanja iz paliative "Korak za
korakom"

6.2.2025



- **urgénten** -tna -
o prid. (ê) **1.** knjiž. *nujen, neodložljiv*: urgentna zadeva / urgentne potrebe; urgentno vprašanje / položaj je urgenten *zahteva nujno, takojšnjo rešitev*
- **2.** med. *nanašajoč se na nujno, takojšnjo medicinsko pomoč*: pacient je urgenten primer / urgentni blok *skupina ambulant, laboratorijev, bolniških oddelkov s specialisti za nujno, takojšnjo medicinsko pomoč*



Uvod

Po ocenah, bo leta 2050 30-40% prebivalcev razvitih držav starejših od 65 let.

Baby boom generacija: 1946–1965.

Pričakuje se porast števila prebivalcev potrebnih zdravstvene nege in oskrbe.

Število intervenc NMP se bo povečalo.

Že danes je 3–10% (0,7% v fazi umiranja) vseh intervenc NMP povezano s pacienti, ki so v *paliativni oskrbi* (30-85% pacientov se hospitalizira).

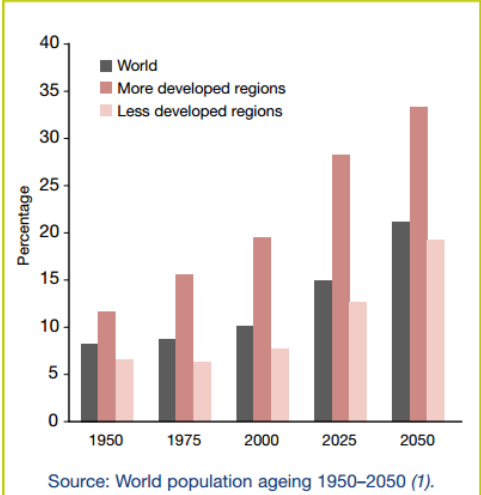
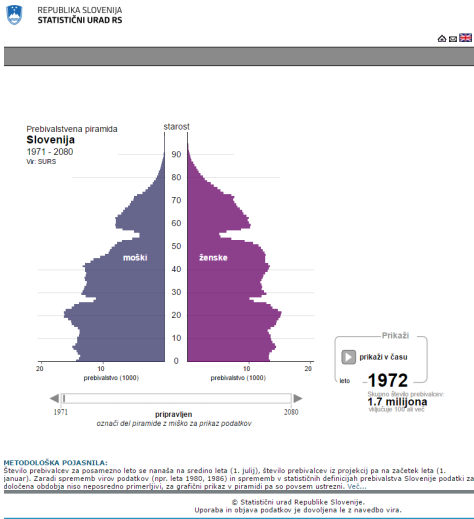
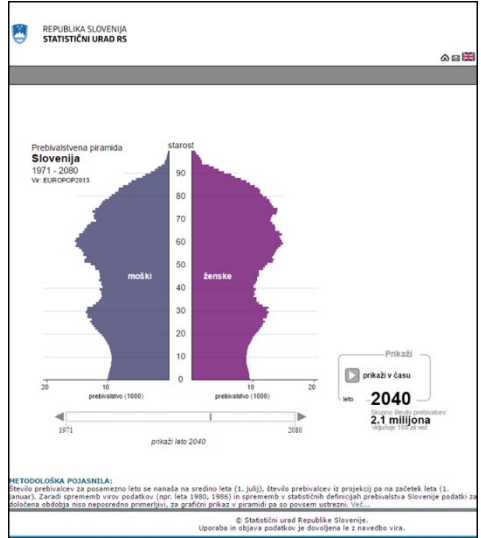
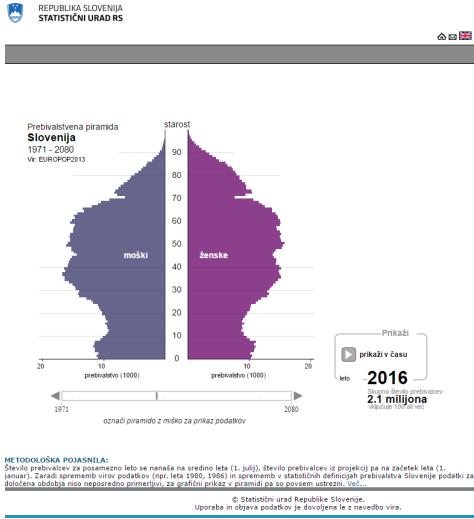


Fig. 1 - Population ageing: population aged 60 and over





Povečano število umrlih.

Povečana kompleksnost, multimorbidnost.

Rakava bolezen, kot le ena izmed bolezni.

30% živi samih.

Prednost kvaliteti življenja pred kvantiteto.

Zmanjšanje resursov, glede financ in osebja.

Preveč zanašanja na institucionalno oskrbo, privatizacija (80% v UK).

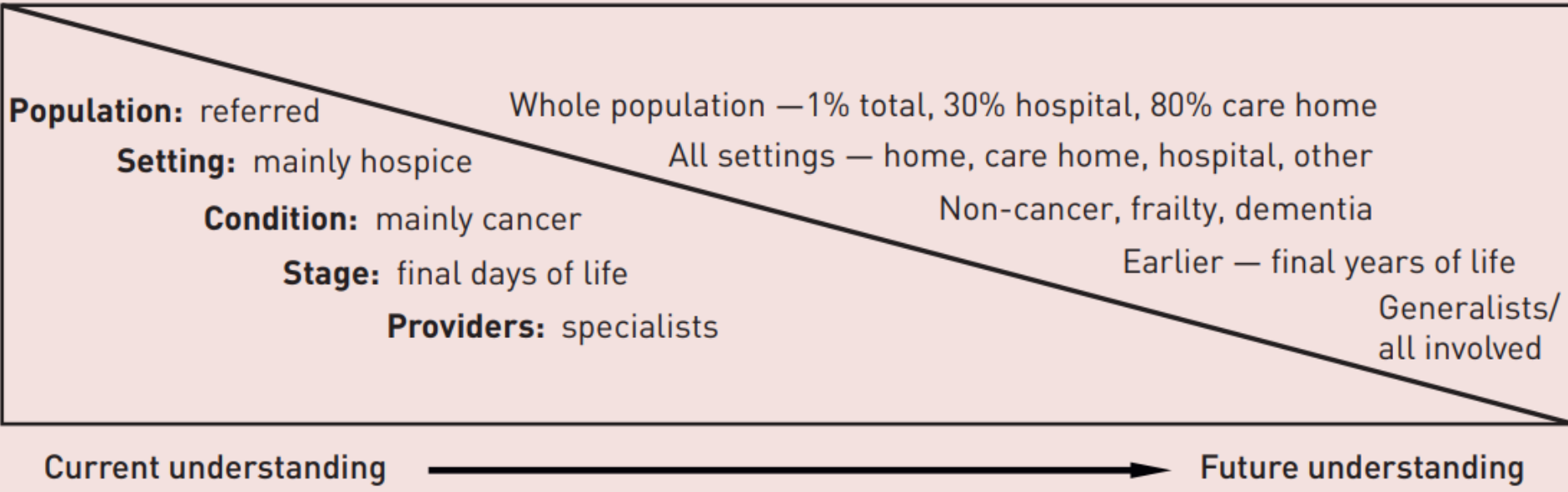


Figure 1. A population-based approach to end-of-life care.

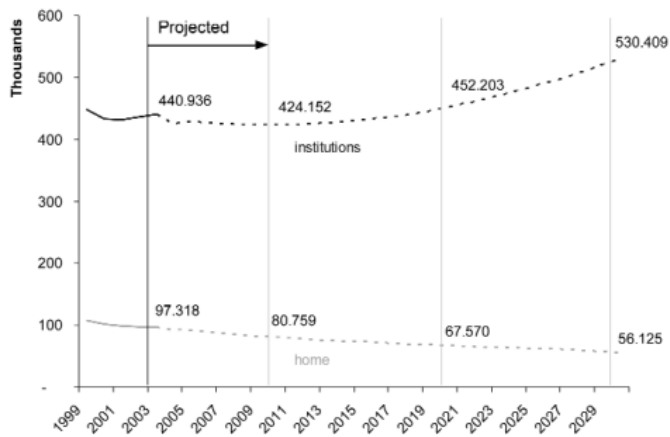


Figure 5 Numbers of deaths by place of occurrence, England and Wales 1999–2030. Data sources were the ONS for actual deaths (1999–2003) and the GAD for projected deaths (2004 based population projections, 2004–2030).

Palliative Medicine 2008; **22**: 33–41

Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care

Barbara Gomes and **Irene J Higginson** Cicely Saunders International/Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, London

Background: Ageing nations have growing needs for end of life care, but these have never been projected in detail. We analysed past trends in place of death (1974–2003) and projected likely trends to 2030 in England and Wales and from these need for care. **Methods:** Mortality trends and forecasts were obtained from official statistics. Future scenarios were modelled using recent five-year trends in age and gender specific home death proportions to estimate numbers of deaths by place to 2030, accounting for future changes in the age and gender distribution of deaths. **Results:** Annual numbers of deaths fell by 8% from 1974 to 2003, but are expected to rise by 17% from 2012 to 2030. People will die increasingly at older ages, with the percentage of deaths among those aged 85 and expected to rise from 32% in 2003 to 44% in 2030. Home death proportions fell from 31% to 18% overall, and at an even higher rate for people aged 65 and over, women and noncancer deaths. If recent trends continue, numbers of home deaths could reduce by 42% and fewer than 1 in 10 will die at home in 2030. Annual numbers of institutional deaths (currently 440 936) will be 530 409 by 2030 (20% increase). **Conclusions:** In England and Wales home deaths have been decreasing. The projections underline the urgent need for planning care to accommodate a large increase of ageing and deaths. Either inpatient facilities must increase substantially, or many more people will need community end of life care from 2012 onwards. *Palliative Medicine* 2008; **22**: 33–41

Key words: aged; forecasting; health services need and demand; mortality; palliative care; trends

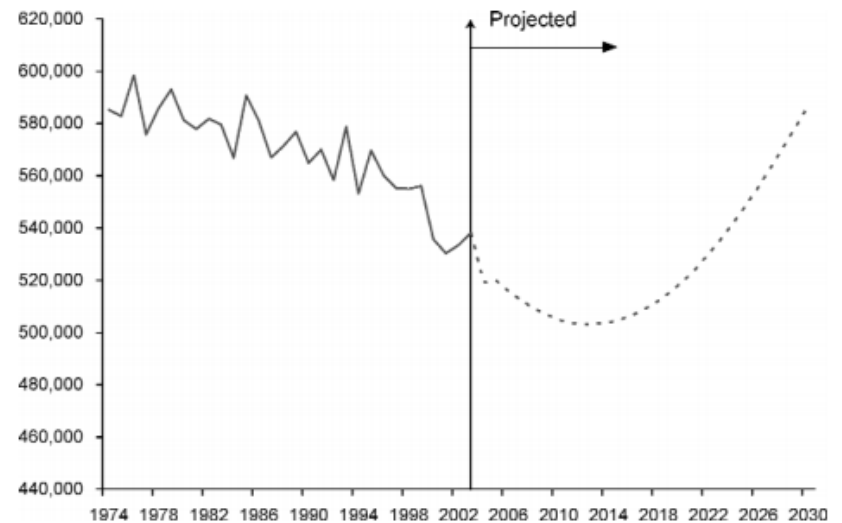


Figure 4 Actual and projected deaths, 1974–2030. Data sources were the ONS for actual deaths (1974–2003) and the GAD for future projections (2004 based population projections, 2004–2030).

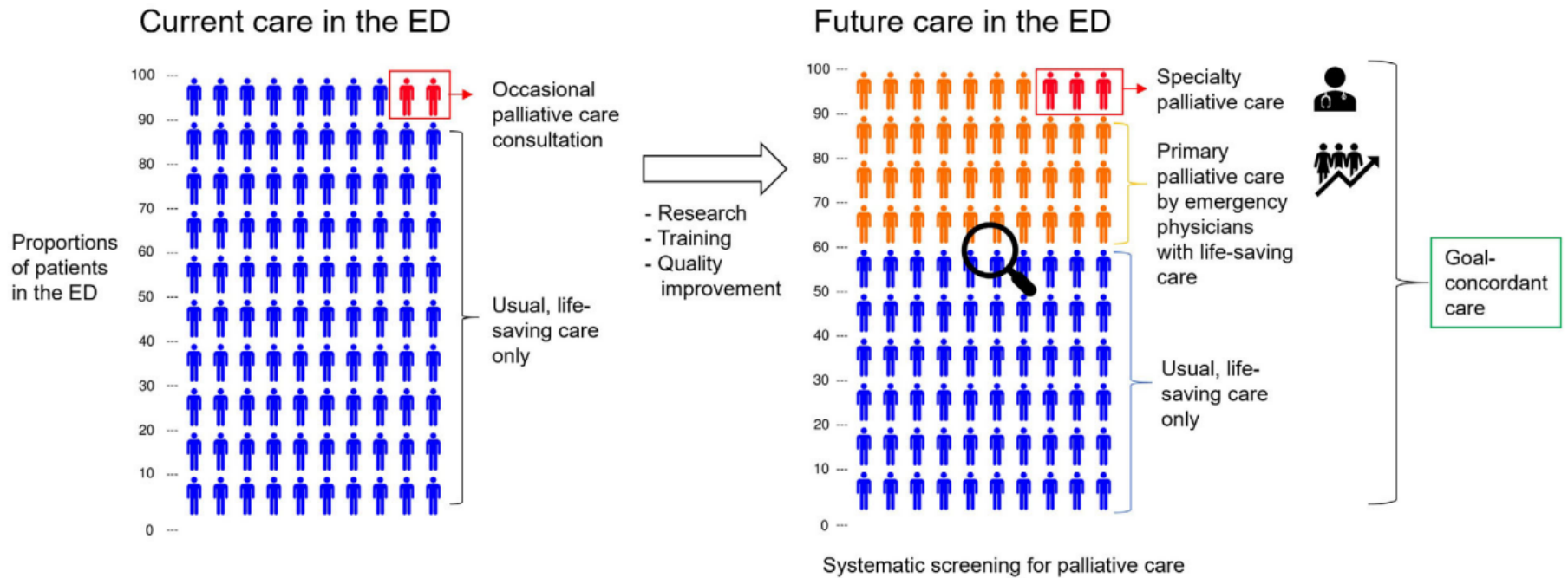
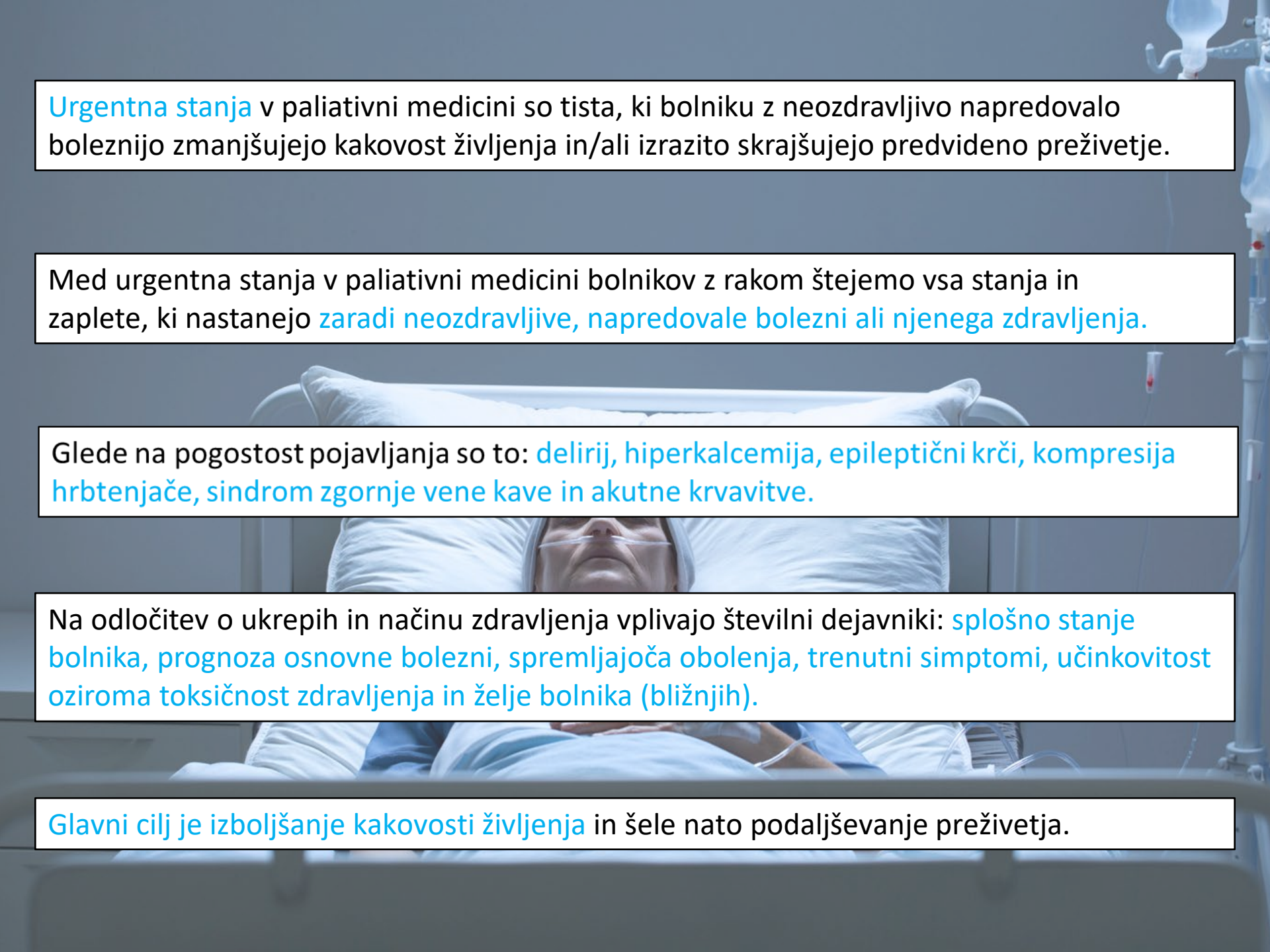


Fig. 1. Current and future palliative care in the emergency department (ED). Images created by Iconarray.com. Risk Science Center and Center for Bioethics and Social Sciences in Medicine, University of Michigan (Accessed 20 December 2019).

A patient is lying in a hospital bed, covered with a white blanket. The patient's face is partially visible, showing a nasal cannula. In the background, there is a medical stand with an IV drip chamber and a clear plastic container. The overall scene is a clinical setting.

Urgentna stanja v paliativni medicini so tista, ki bolniku z neozdravljivo napredovalo boleznijo zmanjšujejo kakovost življenja in/ali izrazito skrajšujejo predvideno preživetje.

Med urgentna stanja v paliativni medicini bolnikov z rakom štejemo vsa stanja in zaplete, ki nastanejo **zaradi neozdravljive, napredovale bolezni ali njenega zdravljenja**.

Glede na pogostost pojavljanja so to: **delirij, hiperkalcemija, epileptični krči, kompresija hrbtenjače, sindrom zgornje vene kave in akutne krvavitve**.

Na odločitev o ukrepih in načinu zdravljenja vplivajo številni dejavniki: **splošno stanje bolnika, prognoza osnovne bolezni, spremljajoča obolenja, trenutni simptomi, učinkovitost oziroma toksičnost zdravljenja in želje bolnika (bližnjih)**.

Glavni cilj je izboljšanje kakovosti življenja in šele nato podaljševanje preživetja.



Splošna nujna stanja, *neodvisna od osnovne bolezni* pri pacientu v paliativni oskrbi.

Novo nastali simptomi, ki *so vzročno povezani z osnovno boleznijo*.

Novo nastali simptomi *povezani s terapijo osnovne bolezni*.

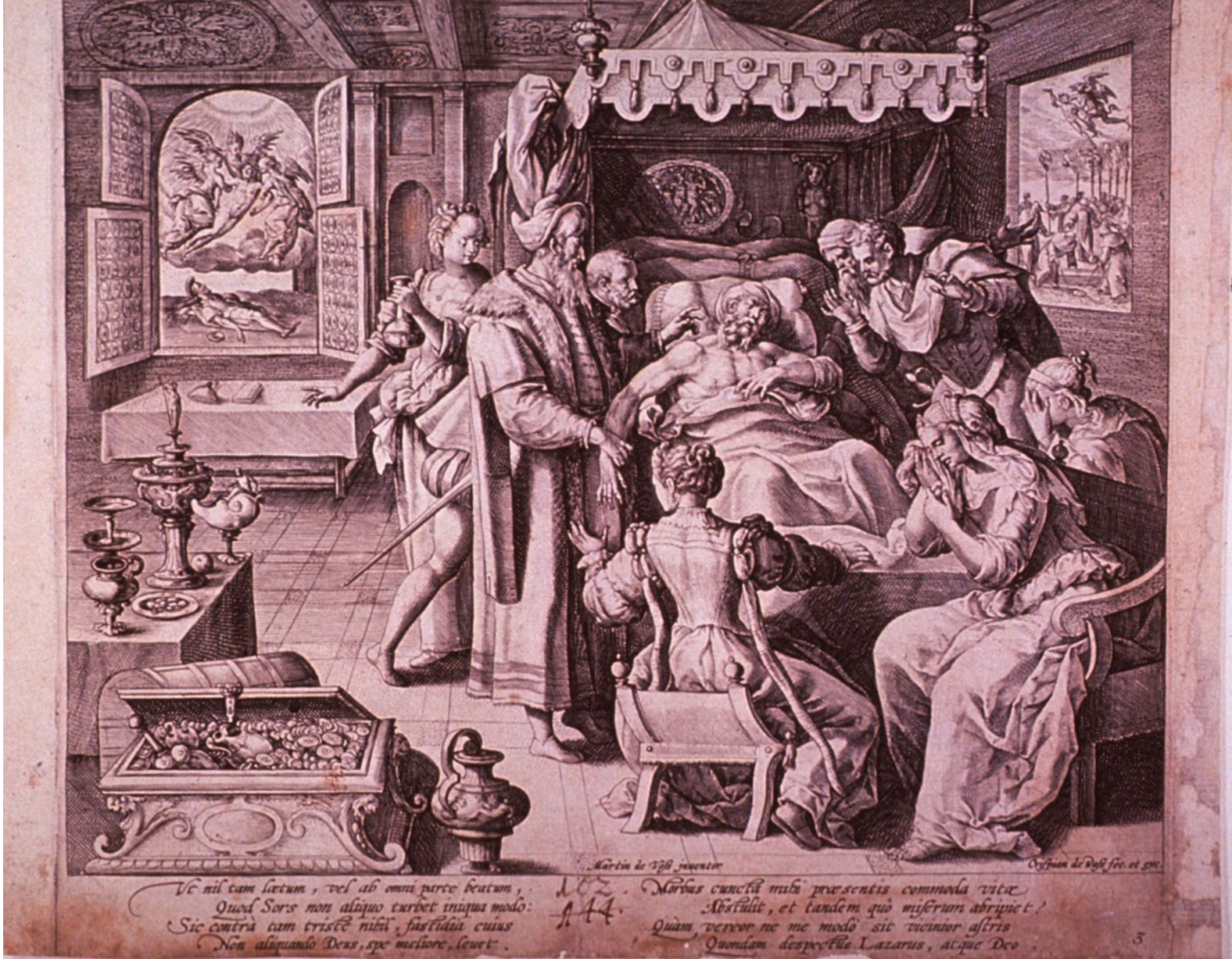
Poslabšanje že znanih simptomov prej znane bolezni.

Psihosocialne krize (vzrok v pacientu in/ali preobremenitvi svojcev).

Posebna stanja, *ko prvič prepoznamo in oskrbimo določenega pacienta*, ki do sedaj še ni bil obravnavan v paliativni oskrbi – zelo previdno.



Sir Luke Fildes, »Zdravnik« („The Doctor“), 1887, The Tate Britain, London, olje na platnu.
<http://www.tate.org.uk/art/artworks/fildes-the-doctor-n01522>



Passe, Crispijn van de, ca. 1565-1637 between 1590 and 1610
<http://resource.nlm.nih.gov/101392720>

Ljudje, kraj, udobje-simptomi, 50% hosp, 1/2 teh doma, proaktivno načrtovanje, kvaliteta življenja, ACP





112?

- ☹️ Ni vsak klic urgentnega zdravnika klic za maksimalno možno medicinsko oskrbo.
- ☹️ Največkrat je vzrok za klic v sili dejstvo, da se svojci čutijo same in nemočne ob umiranju pacienta, rabijo 24-urno dosegljivost in podporo.



Uradni list Republike Slovenije **8836 / Št. 81 / 30. 10. 2015**

P R A V I L N I K o službi nujne medicinske pomoči

I. SPLOŠNE DOLOČBE

2. Člen

9. NMP pomeni izvajanje nujnih zdravstvenih storitev, **katerih opustitev bi v kratkem vodila v nepopravljivo in hudo okvaro zdravja ali smrt pacienta.**

PRAVILNIK o dispečerski službi zdravstva (Uradni list RS, št. 58/17)

10. člen (uporaba odločitvenega modela SloIn NMP)

Zdravstveni dispečerji pri opravljanju nalog v okviru DSZ pri sprejemu klica uporabljajo SloIn NMP, ki je odločitveni model za:

- ugotovitev potrebe po NMP,
- določitev stopnje nujnosti,
- izbiro in izvedbo ustreznega odziva NMP in
- dajanje navodil za prvo pomoč prek telefona.





10. Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja (Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP))

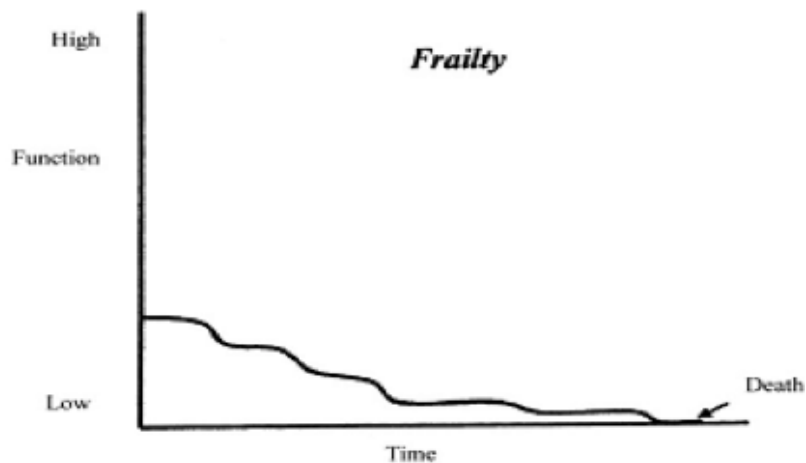
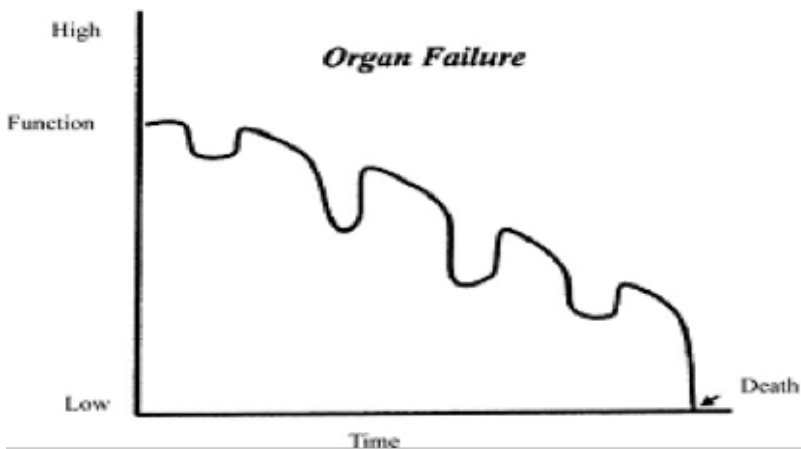
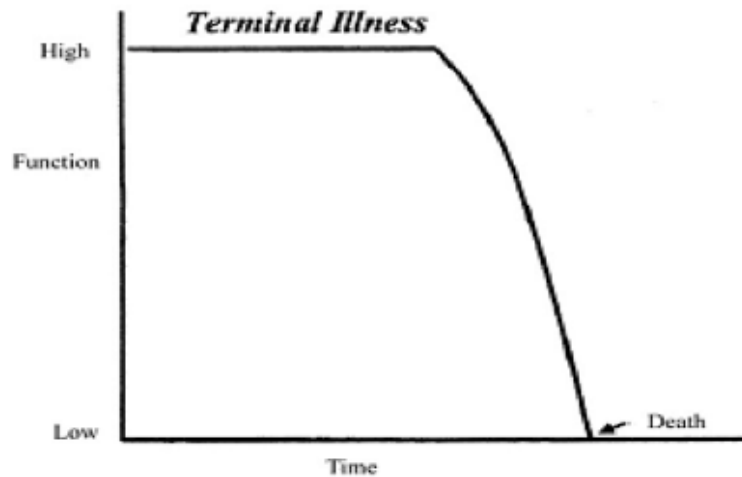
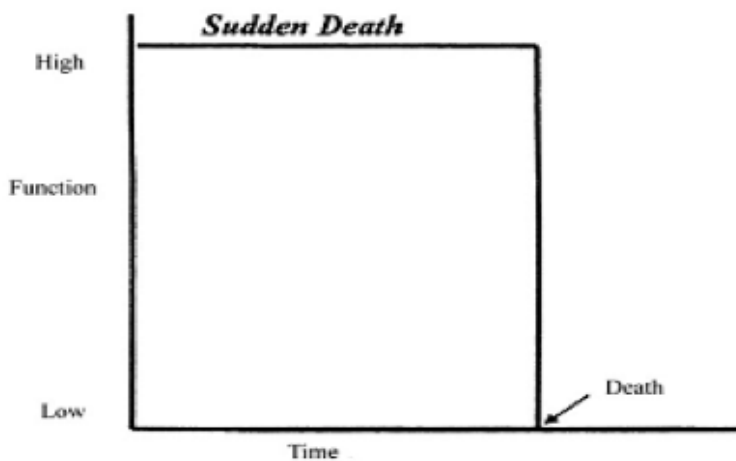
39. člen (preprečevanje in lajšanje trpljenja)

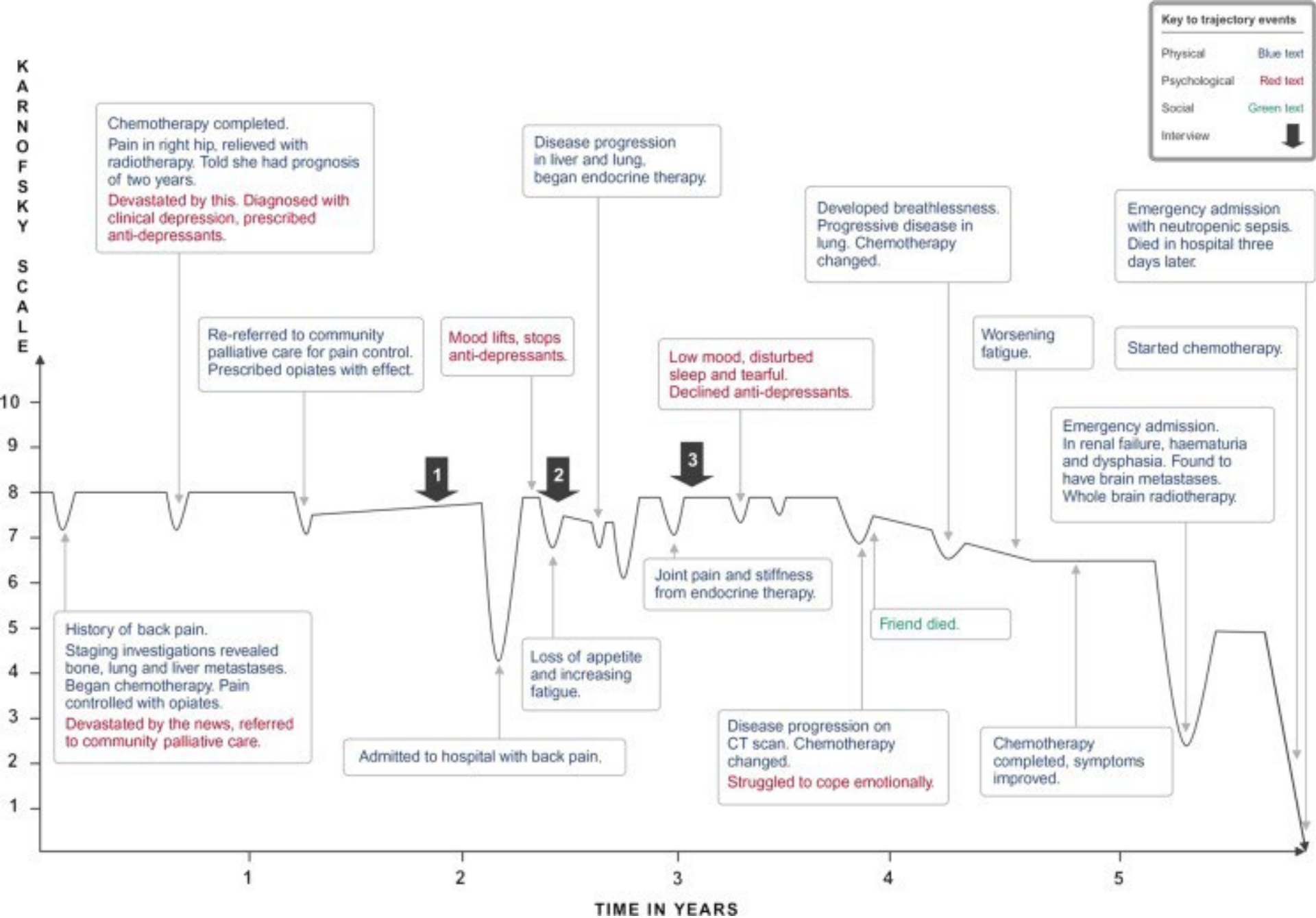
(1) Pacient ima pravico, da se brez odlašanja ukrene vse potrebno za odpravo ali največjo možno ublažitev bolečin in drugega trpljenja, povezanega z njegovo boleznijo.

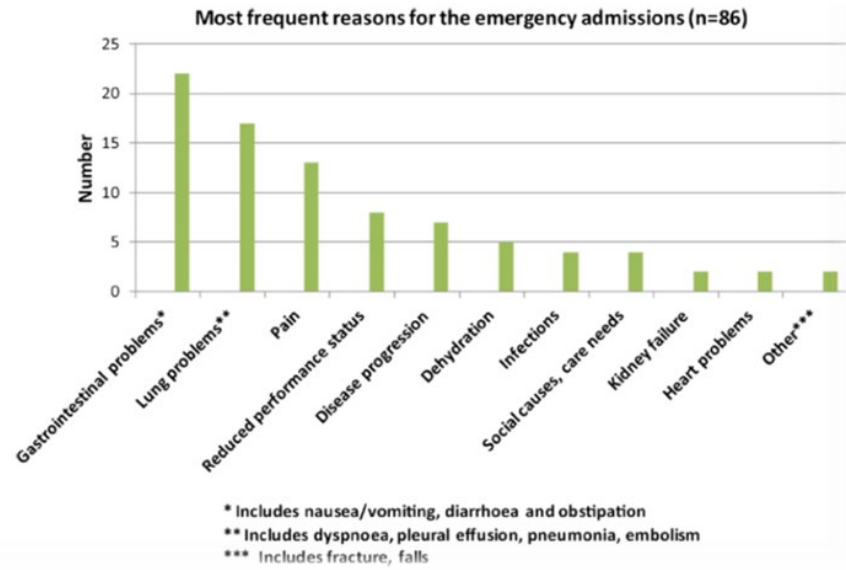
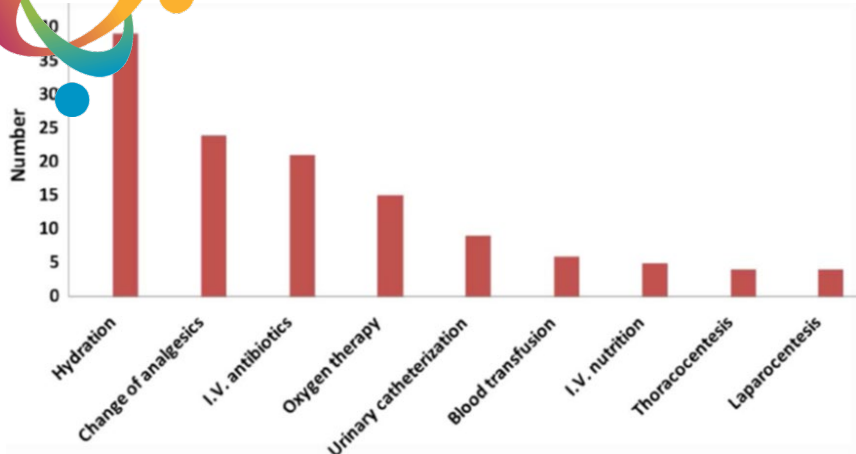
(2) Pacient ima pravico, da se pri njegovi zdravstveni oskrbi po strokovnih standardih preprečijo nepotrebne bolečine in drugo trpljenje, povezano z medicinskim posegom.

(3) Pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje, **ima pravico do paliativne oskrbe.**

Proposed Trajectories of Dying







Open Access Research



Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study

Marianne Jensen Hjemstad,^{1,2} Jan Kolflaath,³ Aud O Løkken,³ Sjur B Hanssen,¹ Are P Normann,⁴ Nina Aass^{1,5}

From: Trends and Characteristics of Potentially Preventable Emergency Department Visits Among Patients With Cancer in the US

JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2250423. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.50423

Table 2. Frequencies and Trends for the Top 15 Conditions Cited as Reasons for Emergency Department Visits Among Adult Patients With Cancer in the US, 2012-2019

Condition	Weighted frequency			Percentage change between 2012 and 2019 ^a
	Total visits, No. (%) (N = 35 510 014)	Visits in 2012, No.	Visits in 2019, No.	
Pain ^b	13 113 594 (36.9)	1 192 197	2 405 849	101.8
Fever ^b	1 231 595 (3.5)	108 980	192 617	76.8
Nausea ^b	1 230 072 (3.5)	126 328	139 208	10.2
Emesis ^b	825 200 (2.3)	176 023	116 687	-33.7
Dyspnea	654 214 (1.8)	73 590	71 213	-3.2
Pneumonia ^b	616 028 (1.7)	88 568	84 959	-4.1
UTI	486 913 (1.4)	54 953	73 161	33.1
Fatigue	482 790 (1.4)	73 119	102 758	40.5
Diarrhea ^b	445 522 (1.3)	56 708	90 974	60.4
COPD with acute exacerbation	423 750 (1.2)	26 729	112 832	322.1
Syncope and collapse	405 116 (1.1)	41 407	50 825	22.7
Dehydration ^b	339 850 (1.0)	28 509	82 601	189.7
Dizziness and giddiness	276 355 (0.8)	38 449	46 837	21.8
Anemia ^b	237 940 (0.7)	26 398	48 176	82.5
Sepsis ^b	220 072 (0.6)	27 584	53 201	92.9

Abbreviations: COPD, chronic obstructive pulmonary disease; UTI, urinary tract infection.

^a $P < .001$ for all.

^b Conditions that were categorized by the Centers for Medicare & Medicaid Services as potentially preventable.

Table Title:

Frequencies and Trends for the Top 15 Conditions Cited as Reasons for Emergency Department Visits Among Adult Patients With Cancer in the US, 2012-2019
Abbreviations: COPD, chronic obstructive pulmonary disease; UTI, urinary tract infection.

^a $P < .001$ for all.

^b Conditions that were categorized by the Centers for Medicare & Medicaid Services as potentially preventable.



Urgentni
zdravnik
v PO

Stay and Plan

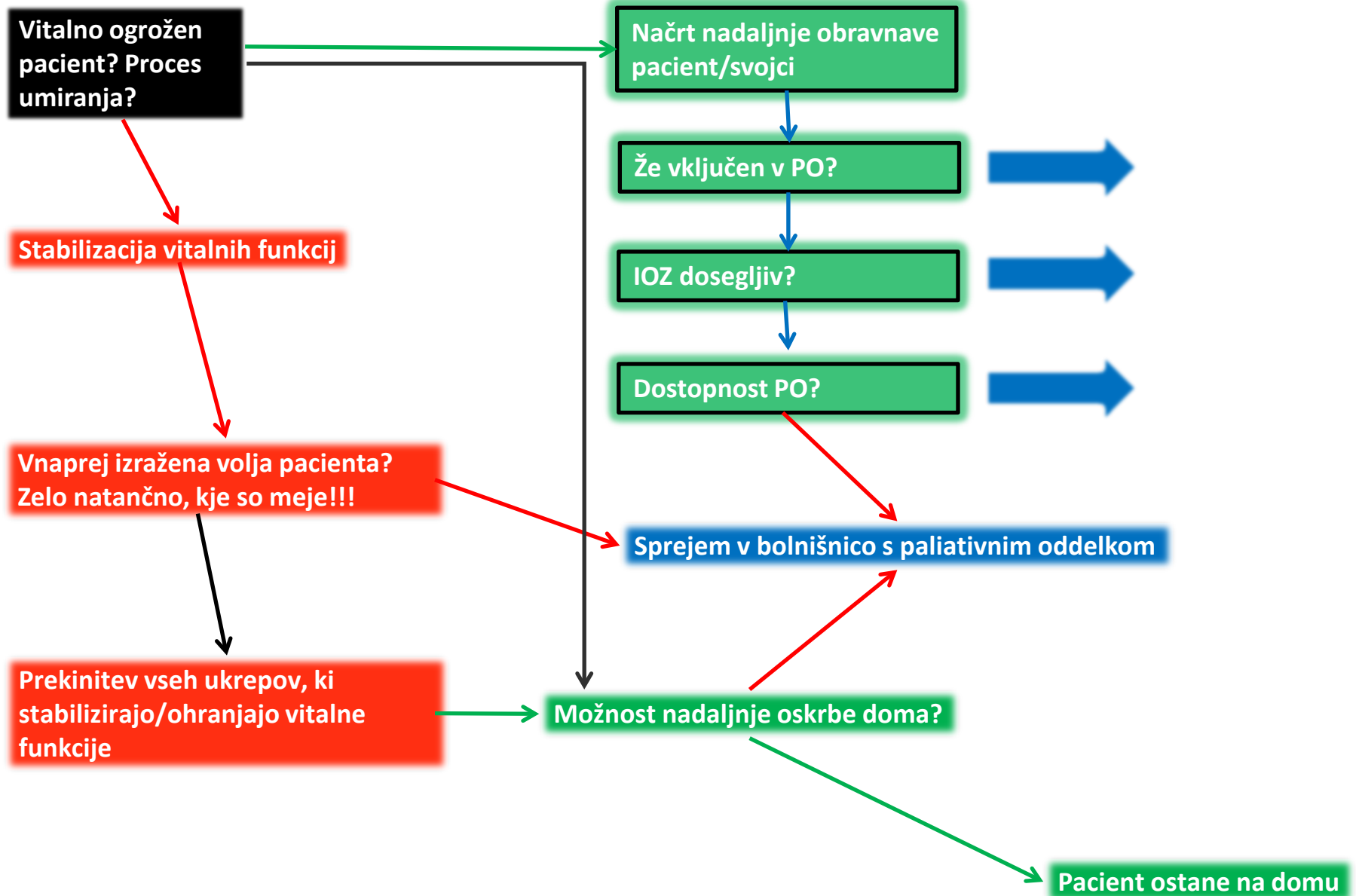
Stay and Play

Treat and Run

**Load and Go
(Scoop and Run)**



Effective symptom control is impossible without effective communication.
Buckman, 2001.





Urgentni zdravnik v PO

svojci

V nujnih stanjih se svojci oz. negovalci srečajo z lastnimi strahovi: nekaj že/še narediti narobe ali nekaj pomembnega opustiti, kar se več ne bi dalo popraviti.

Unit of Care: kvaliteta življenja pacienta neposredno korelira s kvaliteto življenja svojcev, kar naredimo za svojce – pomaga pacientu.

Svojci se počutijo kot v nekem kaosu občutij...razočaranje, strah pred izgubo, biti prepuščeni sami sebi, občutki krivde in neobvladljivosti situacije, brezizhodnost...

The background image shows a moth with a dark, patterned wing resting on a thistle flower. The moth's wing has a complex, grid-like pattern of dark and light spots. The thistle flower is in the foreground, partially obscuring the moth's body. Overlaid on the image are several graphical elements: a large red circle on the left containing the title 'Urgentni zdravnik v PO', a smaller blue circle overlapping the red one and containing the text 'EBM', a blue rectangular box at the top right with white text, and a red rectangular box at the bottom with white text. Two red arrows originate from the blue circle: one points towards the top right box, and the other points towards the bottom red box. In the top left corner, there are several small, colorful circles (green, orange, purple) and overlapping lines in red and orange.

Urgentni zdravnik v PO

EBM

Diskrepanca med statistično verjetnostjo preživetja in nepredvidljivostjo kliničnega poteka bolezni. Ocena.

Subjektivno odločanje urgentnih zdravnikov na podlagi pacienta pred seboj...

Bedside Clinical Signs Associated With Impending Death in Patients With Advanced Cancer: Preliminary Findings of a Prospective, Longitudinal Cohort Study

David Hui, MD, MSc¹; Renata dos Santos, MD²; Gary Chisholm, MS³; Swati Bansal, MPH¹; Camila Souza Crovador, RN²; and Eduardo Bruera, MD¹

BACKGROUND: Five highly specific physical signs associated with death within 3 days among cancer patients were recently reported that may aid in the diagnosis of impending death. In this study, the frequency and onset of another 52 bedside physical signs and their diagnostic performance for impending death were examined. **METHODS:** Three hundred fifty-seven consecutive patients with advanced cancer who had been admitted to acute palliative care units at 2 tertiary care cancer centers were enrolled. Fifty-two physical signs were systematically documented every 12 hours from admission to death or discharge. The frequency and median time of onset of each sign from death backwards were examined, and the likelihood ratios (LRs) associated with death within 3 days were calculated. **RESULTS:** Two hundred three of the 357 patients (57%) died at the end of the admission. Eight physical signs that were highly diagnostic of impending death were identified. These signs occurred in 5% to 78% of the patients within the last 3 days of life, had a late onset, and had a high specificity (>95%) and a high positive LR for death within 3 days. They included nonreactive pupils

1. Del (5): odsoten pulz a. radialis, zmanjšana produkcija urina, Cheyne-Stokesovo dihanje, dihanje z gibi spodnje čeljustnice, terminalno hropenje.
2. Del (8): odsoten pupilarni refleks (99% specifičnost), nezmožnost zapiranja oči (98%), nizkofrekventni zvok zaradi vibracij glasilk, krvavitve iz zgornjih prebavil, ohlapna nazolabialna guba, ekstenzija vratu, slaba reakcija na verbalne in vizualne dražljaje.

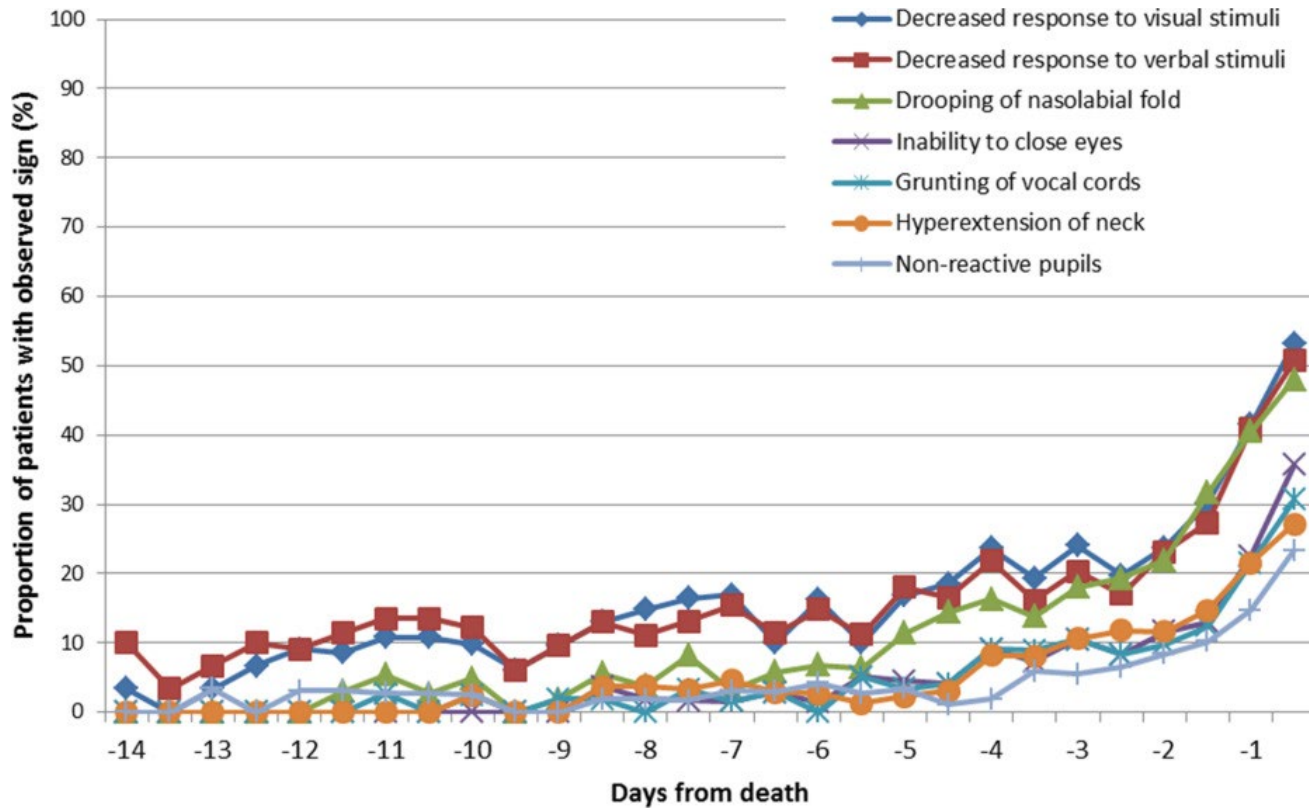
tematically documented an array of clinical signs every 12 hours in consecutive patients from the time of admission to an acute palliative care unit (APCU).⁶ Among the 10 target signs, we identified 5 signs (ie, pulselessness of the radial artery, decreased urine output, Cheyne-Stokes breathing, respiration with mandibular movement, and death rattle) that occurred only in the last days of life and were highly predictive of an impending death within 3 days. In this study, we report the frequency and onset of an additional 52 bedside physical signs and their diagnostic performance for impending death.

Corresponding author: David Hui, MD, MSc, Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Unit 1414, 1515 Holcombe Boulevard, Houston, TX 77030; Fax: (713) 792-6092; dhui@mdanderson.org

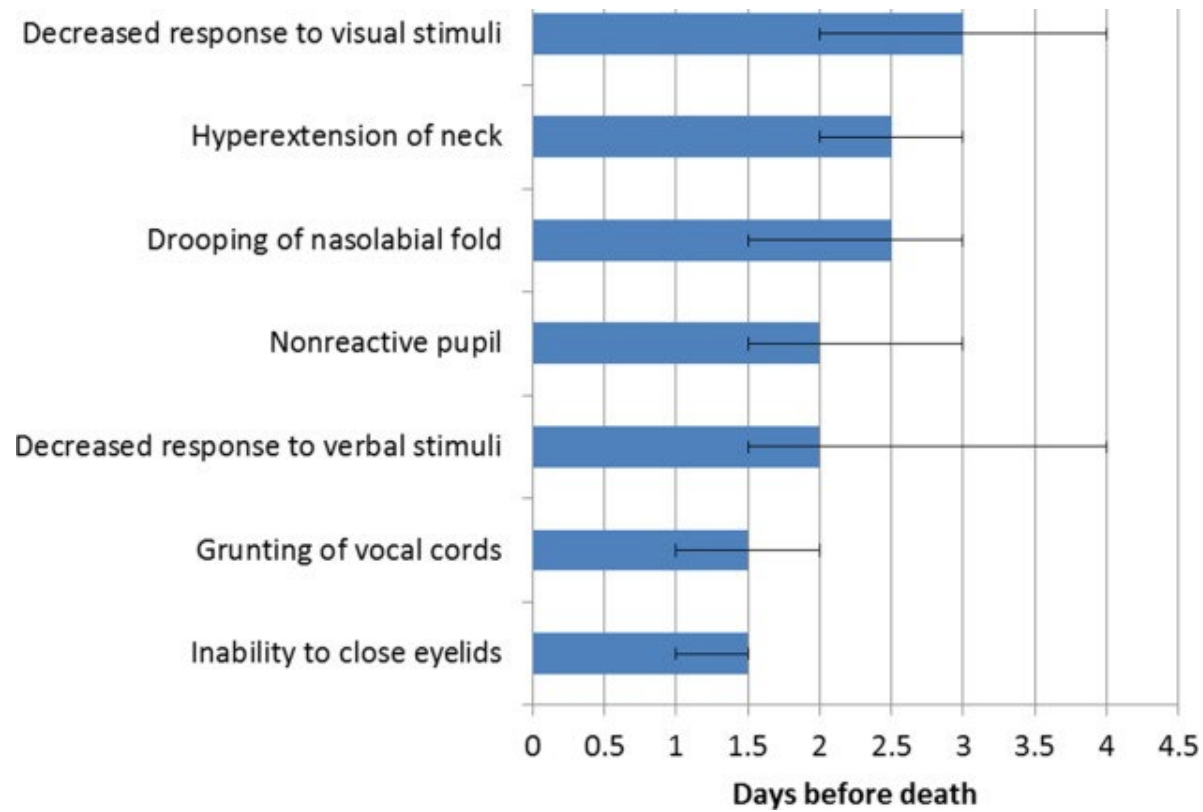
¹Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas; ²Department of Palliative Care, Barretos Cancer Hospital, Barretos, Brazil; ³Department of Biostatistics, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas.

DOI: 10.1002/cncr.29048, **Received:** April 22, 2014; **Revised:** July 3, 2014; **Accepted:** August 15, 2014, **Published online** February 8, 2015 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com)

Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: Preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study



Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: Preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study





Urgentni zdravnik v PO

Etika

Za vsak poseg na bolniku morata biti zagotovljena dva pogoja, in sicer indikacija in strinjanje s posegom.

1. Avtonomija (kako vedeti?)
2. Ne škodovati („primum non nocere“)
3. Dobronamernost (koristi pacienta?)
4. Pravičnost in enak dostop (geografsko)
5. Brezupna stanja (Kdo odloča? NPO, NPKPO, DNS)



Klinični primer (1)

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

„time-limited trial“

Posvet po tel

- Analgezija
- Sedacija
- Infuzija
- Kisik
- Transport



Analgezija

- Infuzija
- Antibiotiki
- Svojci
- Opazovanje
- ?



Σ

- ☹️ Nujna stanja v paliativni medicini običajno nastopijo kot posledica napredovanja osnovne bolezni in so načeloma bolj predvidljiva kot v urgentni medicini, na določene (teoretično pričakovane) se lahko pripravimo. Posebej stanja od 2-4.
- ☹️ Akutno poslabšanje – boljše terapevtske možnosti, postopno poslabšanje stanja preko dni, tednov, običajno kaže, da gre za umiranje.



Klinični primer (2)

- Ob 18:30 kličejo iz DSO za 74 letno gospo, ki je naenkrat izgubila zavest, prej bila popolnoma v redu, ne morejo izmeriti SpO₂ in ne tlaka. Je pomodrela. Svojci.
- GCS 5, pulz 35/min, leva zenica široka, obe na svetlobo neodzivni, SpO₂ nemerljiv, RR 60/40 mmHG, KS 12 mmol/l.
- Svojci so vse opazovali.





CPR

Stabilizacija

ZdrDoku

Svojci

?

Transport

ZdrDoku

Svojci

.

.

.

Kisik

Infuzija

?

Sidebar: Memory Aids for Breaking Bad News

SPIKES

- Set up discussion
- Perception of patient
- Invitation to converse
- Knowledge sharing
- Empathetic emotions
- Strategy/summary

BREAKS

- Background
- Rapport built
- Explore knowledge
- Announce news
- Kindling emotions
- Summarize

GRIEV_ING

- Gather everyone
- Resources to help
- Identify yourself and patient
- Educate on events
- Verify death
- [pause]
- Inquire about questions
- Nuts and bolts (discuss logistical tasks)
- Give contact information



6.alineja **41.člena** ZPacP, v katerem je govora o pravici in načinu seznanitve z zdravstveno dokumentacijo:

Osebe, ki so po zakonu ali po pooblastilu pacienta upravičene do odločanja o pacientovi zdravstveni oskrbi, **imajo pravico do seznanitve s pacientovo zdravstveno dokumentacijo** pod pogoji in na način, določen v prejšnjih odstavkih tega člena, le kadar imajo pravico odločanja o konkretni zdravstveni oskrbi pacienta in v obsegu, ki je potreben za odločanje.



5. člen

(seznam pacientovih pravic)

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

- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,

7.2 Zdravstvena oskrba brez privolitve

28. člen

(nujna medicinska pomoč)

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



32. člen

(pacientov zdravstveni pooblaščenec)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko določi osebo, ki bo v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah iz tega zakona (v nadaljnjem besedilu: pacientov zdravstveni pooblaščenec).

(2)

(3)

(4)

(5)



34. člen

- **(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene obravnave ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če:**
 - - bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni obravnavi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanja zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje,
 - - bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase.
- **(2) Volja iz prve alineje prejšnjega odstavka je za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje prejšnjega odstavka pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju.**
- **(3) Vnaprej izraženo voljo je treba upoštevati, ko nastopi položaj, ki ga predvideva opredelitev in če hkrati ne obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical.**
- **(4) Vnaprej izražena volja mora biti dokumentirana na obrazcu iz 27. člena tega zakona.**
- **(5) Izbrani osebni zdravnik in zastopnik pacientovih pravic pacienta pred izjavljanjem vnaprej izražene volje natančno poučita o pomenu in posledicah njegove odločitve. Ugotovitev identitete pacienta, ugotovitve glede izpolnjevanja pogojev iz prvega odstavka tega člena, osnovna pojasnila ter podpisi pacienta, izbranega osebnega zdravnika in zastopnika pacientovih pravic so sestavni del obrazca iz 27. člena tega zakona.**
- **(6) Pisno izjavo iz prvega odstavka tega člena lahko pacient kadar koli s pisno izjavo spremeni ali prekliče.**
- **(7) Podatek o tem, da je pacient dal izjavo po tem členu, je zdravniku dostopen prek centralnega registra podatkov o pacientih, ki ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva. Postopek zapisa in izbrisa podatkov, hrambo in postopek seznanitve z izjavo predpiše minister, pristojen za zdravje.**

Vnaprejšnja zavrnitev zdravstvene oskrbe

Podatki o pacientu/nalepka			
Priimek in ime:			
Datum in kraj rojstva:			
Prebivališče:			
ZZZS številka zavarovane osebe:			
Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	

1. Na podlagi pojasnil zastopnika pacientovih pravic in izbranega osebnega zdravnika, ob polni zavesti, ob zavedanju pomena in posledic izjave ter tehtnem premisleku
I Z J A V L J A M, da v primeru:

- moje nesposobnosti odločanja o lastni zdravstveni oskrbi IN
- če bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustrezni zdravstveni oskrbi in takšna zdravstvena oskrba ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanje zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje ALI
- če bi mi zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bi dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase

NE DOVOLJUJEM NASLEDNJE ZDRAVSTVENE OSKRBE :

--

2. Potrditev in pojasnila zastopnika pacientovih pravic in izbranega osebnega zdravnika:

- oseba je dopolnila 18 let starosti,
- oseba je sposobna odločanja o sebi,
 - izjavo je podpisala oseba, ki je navedena na prvi strani,
 - osebi je bilo pojasnjeno, da je čas veljavnosti izjave 5 let,
 - oseba je prejela izčrpna pojasnila o pomenu in posledicah vnaprejšnje izjave volje, zlasti:

3. Kraj in hramba izjave:

PODPIS PACIENTA:	DATUM IN URA:
------------------	---------------

IZBRANI OSEBNI ZDRAVNIK:	DATUM IN URA:
PODPIS:	

ZASTOPNIK PACIENTOVIH PRAVIC:	DATUM IN URA:
PODPIS:	

28%



Kdaj ne pričeti z reanimacijo zunaj bolnišnice?

- ☹️ Ko ni možno zagotoviti primerne varnosti reševalcev.
- ☹️ Ko je prisotna očitna smrtna poškodba ali ireverzibilna smrt.
- ☹️ Ko je na voljo veljavna in relevantna vnaprejšnja volja, ki ne priporoča izvajanja KPO.
- ☹️ Vztrajanje asistolije po 20 minutah DPO ob odsotnosti kakršnih koli odpravljivih vzrokov srčnega zastoja.
- ☹️ Srčni zastoj brez prič z začetnim ritmom, ki ni za defibrilacijo, kjer tveganje za škodo pacientu z nadaljevanjem KPO odtehta kakršno koli korist, npr. odsotnost ROSC, težke kronične pridružene bolezni, zelo majhna kakovost življenja pred nastankom srčnega zastoja.
- ☹️ Drugi močni dokazi, da bi bilo nadaljevanje KPO v nasprotju z bolnikovimi vrednotami in željami ali ne v najboljšem interesu pacienta.





Klinični primer (3)

- Ob 22:50 kličejo svojci za 90 letnega gospoda, ki težko diha in ima 37,5C, nepokreten, dementen, nič od danes ne more zaužiti per os.
- V nobenem primeru gospoda ne bi dali umreti v bolnišnico, že preveč krat bil tam in domov prišel vedno slabši kot tja odpeljan...
- RR 130/80 mmHg, SpO2 90%, pulz AF 80-90/min, TT 37,7C posamezni poki bazalno.



Kisik

Infuzija

Mo

Transport

Svojci

.

.

.

Infuzija

Diuretik

Mo

Lab



Hematološke preiskave

Preiskava	Rezultat	Orient.ref.vred.za odr.	Enota
K-levkociti	H 40.0	4.0 - 10.0	10 ⁹ /L
K-eritrociti	H 8.2	4.2 - 6.3	10 ¹²
K-hemoglobin	H 195	120 - 180	g/L
K-hematokrit	H 0.56	0.37 - 0.54	1
K-MCV	L 68.3	81.0 - 94.0	fL
K-MCH	L 23.7	26.0 - 32.0	pg
K-MCHC	347	310 - 350	g/L
K-RDW	H 22.3	11.0 - 16.0	%
K-trombociti	H 1040	140 - 340	10 ⁹ /L
K-MPV	10.8	7.8 - 11.0	fL

DKS - analizator

K-nevtrofilci	H 92.2	40.0 - 75.0	%
K-limfociti	L 1.7	20.0 - 50.0	%
K-monociti	5.9	0.0 - 12.0	%
K-eozinofilci	0.0	0.0 - 6.0	%
K-bazofilci	0.2	0.0 - 2.0	%
K-nevtrofilci-a	H 36.86	1.60 - 7.50	10 ⁹ /L
K-limfociti-a	L 0.68	0.80 - 5.00	10 ⁹ /L
K-monociti-a	H 2.38	0.00 - 1.20	10 ⁹ /L
K-eozinofilci-a	0.02	0.00 - 0.60	10 ⁹ /L
K-bazofilci-a	0.10	0.00 - 0.20	10 ⁹ /L

Diferencialna krvna silka-mikroskop

K-paličasti nevtrofilci	H 8	3 - 5	%
K-seg. nevtrofilci	H 79	58.0 - 66.0	%
K-limfociti	L 11	21 - 35	%
K-monociti	L 2	5 - 8	%
K-eozinofilci	L 0	2 - 4	%
K-bazofilci	0	0 - 1	%
K-plazma celice	0	0	%
Druge celice	0	0	%

blaga anizocitoza in poikilocitoza,
posamezni sferociti, posamezni veliki
Trci., številni atipični granulociti.

Biokemijske preiskave

Preiskava	Rezultat	Orient.ref.vred.za odr.	Enota
S-sečnina (urea)	H 12.1	2.5 - 7.5	mmol/L
S-kreatinin	H 106	44 - 97	μmol/L
oGF			ml/min/ 1.73m ²
Formula za izračun ne velja za osebe mlajše od 18 in starejše od 75 let.			
S-kalij	H 6.6	3.8 - 5.5	mmol/L
S-natrij	140	135 - 145	mmol/L

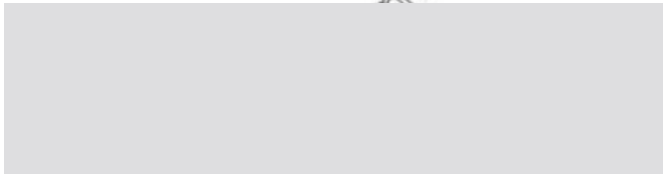
Biokemijske preiskave

Preiskava	Rezultat	Orient.ref.vred.za odr.	Enota
S-CRP	H 118	do 5	mg/L

Ostalo

Preiskava	Rezultat	Orient.ref.vred.za odr.	Enota
Venozni odvzem			

Opombe:



Dispozitivni dokument za medicinski dokumentacijo



Σ

- ☹️ V primeru psihosocialne preobremenitve lahko vodi običajno obvladljivo napredovanje bolezni, ki ne rabi profesionalne pomoči do akutnih in na videz nerešljivih situacij, ki vodijo v nujni klic reševalcev.
- ☹️ Koncept C. Saunders „Total-pain“ iz 1960-ih. Poznati in upoštevati moramo psihične, fizične, socialne, duhovne, etične in pravne vidike (dimenzije) stanja.



Σ

- ☹️ Najpogostejše indikacije kot paliativna nujna stanja so dispneja (80% v zadnjih 24-48 urah), neobvladana bolečina (90%), nevrološki deficiti v smislu motenj zavesti, vse do potrebe po CPR (60%), ter posledično psihosocialne preobremenitve svojcev.
- ☹️ Intervence povezane s paliativno oskrbo trajajo dlje od običajnih (43 vs. 23 min).



50% onkoloških umre v bolnišnici, neonkoloških mnogo več – ? dostopa do PO.

90% pacientov v zadnjem letu življenja hospitaliziranih.

? obravnava bolnikovih simptomov, slaba komunikacija na vseh nivojih.

Neprepoznano umiranje, pomanjkanje zasebnosti.

— just because we can, doesn't mean we should.

Pomanjkanje čustvene podpore.

Over-treatment vs udobje.



Družinska
medicina

Urgentna
medicina

Pacient

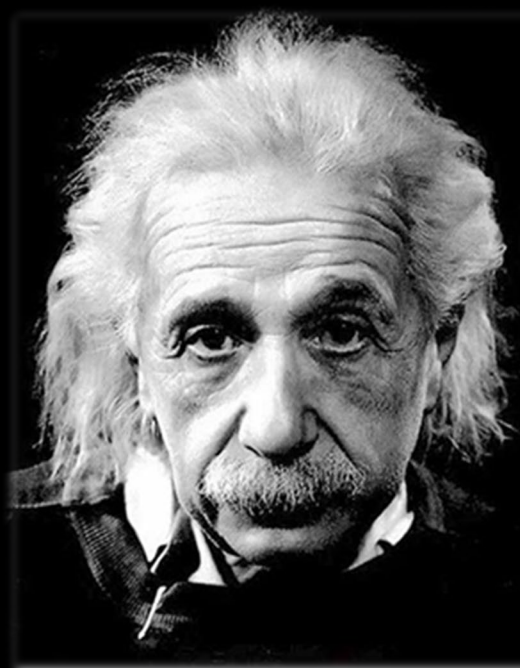
Svojci

Paliativna
oskrba



Zaključek

- ☹️ Koliko slabša je novica, toliko prej mora biti posredovana svojcem. Komunikacijske tehnike se lahko naučimo, vendar slaba novica še vedno ostane.
- ☹️ Cicely Saunders (1977): „High person – low technology – high touch“.



Insanity:

Doing the same thing over and over again and expecting different results.

Albert Einstein



Fred Salomon (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin

Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

PRIROČNIK PALIATIVNA OSKRBA



OXFORD

Oxford Textbook of Palliative Medicine

SIXTH EDITION

EDITED BY
Nathan I. Cherny
Marie T. Fallon
Stein Kaasa

Russell K. Portenoy
David C. Currow

PCF6

Palliative Care Formulary

Sixth Edition

Editors-in-Chief
Robert Twycross
Andrew Wilcock
Paul Howard

palliativedrugs.com

THE ESSENTIAL, HOLISTIC GUIDE TO PALLIATIVE CARE

OXFORD HANDBOOK OF PALLIATIVE CARE

Max Watson | Rachel Campbell
Nandini Vallath | Stephen Ward | Jo Wells

Fully updated to include the latest management options for supporting patients at the end of life.

Includes new sections on international access to palliative care, Advance Care Planning, and palliative care for non-malignant diseases.

Provides detailed guidance on the physical, emotional, and spiritual aspects of palliative care.

THIRD EDITION
3
THIRD EDITION

Copyrighted Material

Palliativmedizin

Herausgegeben von
Rainer Sabatowski
Bernd Oliver Maier

Christoph Ostgathe
Roman Rolke

3. Auflage

? 1000 Fragen



Online-Version in der eRef

Thieme



Charakteristika
Evidenzbasiertes
Lehrbuch

PALIATIVNA OSKRBA ODRASLIH BOLNIKOV Z RAKOM V SLOVENIJI

Temeljni pojmi in priporočila

Communication in Palliative Care

CLEAR PRACTICAL ADVICE,
BASED ON A SERIES OF REAL CASE STUDIES

JANET DUNPHY

FOREWORD BY MARY KIELY

CRC Press



C. Bausewein S. Roller R. Voltz

Leitfaden Palliative Care

Palliativmedizin und Hospizbegleitung

7. Auflage



URBAN & FISCHER

Urban & Fischer

Janet Dunphy

Kommunikation mit Sterbenden

Praxishandbuch zur Palliative-Care-Kommunikation

3., ergänzte Auflage

hogrefe

Leitlinienprogramm
Onkologie

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Kreislauferkrankung

Langversion 2.0 - November 2015
A001 Registernummer: 128/00105

Leitlinie (Langversion)

DKG | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie | AGS | AGS



Hvala za pozornost!

Stanislav Malačič, dr.med. spec.druž.med., dipl.zn.

Zdravstveni dom Gornja Radgona, Mobilni paliativni tim Splošne bolnišnice Murska Sobota

e-mail: stanislavmalacic@gmail.com; stanislav.malacic@zd-gr.si



LIFE

BEGINS
AT THE
END
OF YOUR
COMFORT
ZONE