



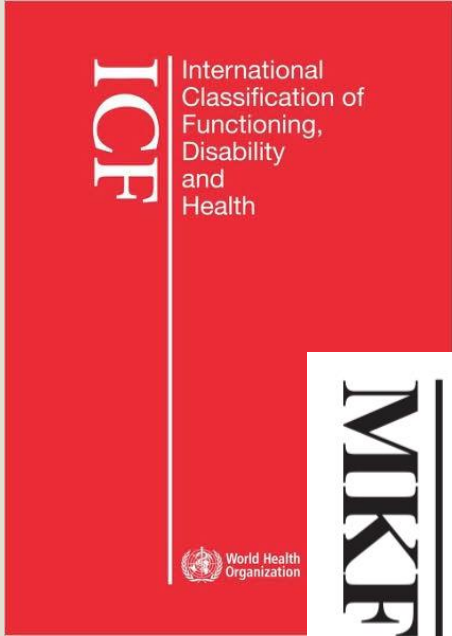
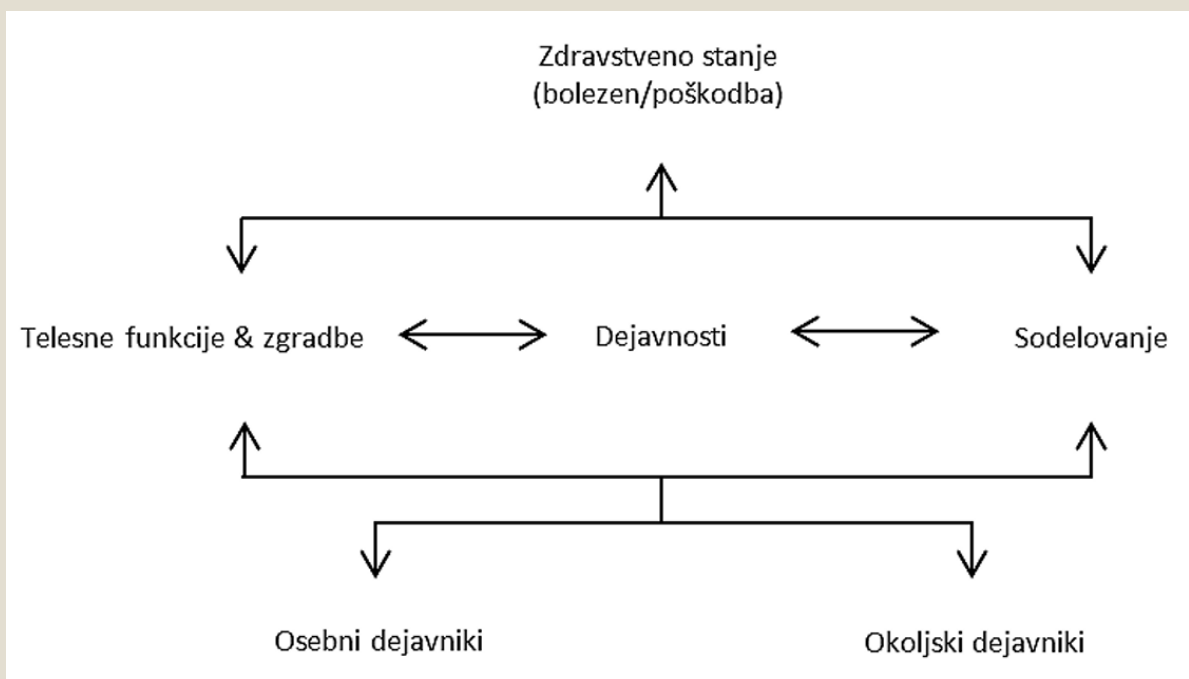
ONKOLOŠKI INŠTITUT
INSTITUTE OF ONCOLOGY
LJUBLJANA

Vloga rehabilitacijskega tima v paliativni oskrbi

asist. Nataša Puzić Ravnjak, dr. med., spec. FRM
Sanja Đukić, dipl. fizioterapevka
Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, OIL

Izola, 1.2.2024

Rehabilitacija



REHABILITACIJSKI TIM

- Stalni člani tima (FT ✓, DT, logoped)
- Nestalni / p.p. pridruženi člani tima (psiholog ✓, klinični dietetik ✓, enterostomalni terapevt ✓, socialni delavec ✓, respiratorni FT, ortetik...)

Pacient je osrednji član tima!

- Določanje kratkoročnih / dolgoročnih **ciljev**
- Ukrepanje = izbira rehabilitacijskih ukrepov / postopkov – izdelava **rehabilitacijskega načrta**
- Uporaba **merilnih / ocenjevalnih orodij** za (re)evalvacijo doseganja ciljev – izida zdravljenja / ukrepov / obravnave



FAZA BOLEZNI	Področja, ki jih lahko obravnava rehab. tim
Od postavitve DG do načrta/pričetka zdravljenja	-opredelitev pričakovanj glede na DG. -razumevanje pomena funkcioniranja in ohranitve funkcije -prehabilitacija (PREVENTIVNA REHAB.)
Zdravljenje	-vpliv zdravljenja na funkcioniranje -ohranjanje in povrnitev funkcije -nadzor bolečine RESTORATIVNA/POVRNITVENA REHAB.
Po zdravljenju	-ohranjanje funkcije in zdravega življenjskega sloga -edukacija za samo-nadzor -vzdrževanje npr. redne vadbe, LE, mobilnosti
Ponovitev bolezni	-edukacija o vplivu ponovitve b., samo-nadzoru -ohranjanje/povrnitev funkcije -ohranjanje aktivnosti in QoL
<u>Paliativno obdobje</u>	-edukacija pac./svojcev glede mobilnosti, prilagoditev, MP -obrnava bolečine -vzdrževanje samostojnosti in QoL SUPPORTIVNA → PALIATIVNA REHAB.

Intenziteta rehabilitacijskih ukrepov spremenljiva – individualno prilagodljiva glede na fazo bolezni (1)

(1) Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. Am J Hosp Palliat Care 2015; 32:34.



Paliativno obdobje

- Visoka stopnja izgube funkcije → ↑ odvisnost v DA / OH in ↓ pokretnost
 - Vzroki: prolongirana hospitalizacija, dekonicioniranje, bolečina, utrujenost, depresija, podhranjenost, odpoved organov, nevrološka okvara, mišično-skeletne težave, sarkopenija, kaheksija.
- Percepcija bolnika o lastnem stanju vpliva na večino področij funkcioniranja (2)
- Modalitete FRM so v paliativni medicini nezadostno uporabljene / neizkoriščene (3, 4)





(2) Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review. *J Support Oncol.* 2009;7(1):27.

(3) Pergolotti M, Deal AM, Lavery J, Reeve BB, Muss HB. The prevalence of potentially modifiable functional deficits and the subsequent use of occupational and physical therapy by older adults with cancer. *J Geriatr Oncol.* 2015 May;6(3):194-201. Epub 2015 Jan 19.

(4) Cheville AL, Troxel AB, Basford JR, Kornblith AB. Prevalence and treatment patterns of physical impairments in patients with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol.* 2008 Jun;26(16):2621-9.

Prepričanje: rehabilitacija v končni fazi življenja se ne izplača.

 **Rehabilitacija ni zadostno izkoriščena (underutilization)** v paliativni oskrbi bolnikov [5,6]. Analiza v eni ustanovi: 1/5 paliativnih bolnikov je imela funkcionalne deficite, ki bi jih z rehabilitacijskimi ukrepi lahko modificirali, a le 9% je bilo deležnih FTh ali DT v 12 mesecih po ugotovitvi deficita [5].

 **Rehabilitacija v paliativnem obdobju je stroškovno učinkovita** – onkološkega bolnika [7-9]: le FT, FTh in prehranska obravnava, FTh in DT.



(5) Pergolotti M, Deal AM, Lavery J, et al. J Geriatr Oncol 2015; 6:194. (6) Cheville AL, Troxel AB, Basford JR, Kornblith AB. J Clin Oncol 2008; 26:2621. (7) Jones L, Fitzgerald G, Leurent B, et al. Pain Symptom Manage 2013; 46:315. Round J, Leurent B, Jones L. A cost-utility analysis of a rehabilitation service for people living with and beyond cancer. BMC Health Serv Res 2014; 14:558. (8) Round J, Leurent B, Jones L. BMC Health Serv Res 2014; 14:558. (9) Farquhar MC, Prevost AT, McCrone P, et al. BMC Med 2014; 12:194.

Prepričanje: vadba / telesna aktivnost povzročča / poslabša utrudljivost.

 malo ali nič dokazov → **študije dokazujejo obratno** [10-12].



(10) López-Sendín N, Alburquerque-Sendín F, Cleland JA, Fernández-de-las-Peñas C. J Altern Complement Med 2012; 18:480. (11) Buss T, de Walden-Gatuszko K, Modlińska A, et al. Support Care Cancer 2010; 18:743. (12) Segal RJ, Reid RD, Courneya KS, et al. J Clin Oncol 2003; 21:1653.

Dobrobiti rehabilitacijskih ukrepov: izboljšanje samostojnosti v DA/OH, zmanjšanje občutka bremena, olajšanje in izboljšanje splošnega počutja + prehranjenost, anoreksija, bolečina, mobilnost in ravnotežje, moč stiska roke - dinamometrija, QoL, [13-17].

Prelomna študija 1994: 301 terminalnih onkoloških bolnikov, rehabilitacijski ukrepi v hospicu, v obdobju 6M pred smrtjo → ↑QoL, pokretnost, simptomov – bolečina, dyspnea, edem SU 63% pacientov je rehabilitacijske ukrepe ocenilo kot uspešne, 46 pacientov je bilo odpuščenih domov za določen čas (18)



(13) Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, et al. Palliat Support Care 2005; 3:281. (14) Chasen MR, Feldstain A, Gravelle D, et al. Curr Oncol 2013; 20:301. (15) Dahlin Y, Heiwe S. J Palliat Care 2009; 25:12. (16) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, Okamura H. Disabil Rehabil 2007; 29:437. (17) Salakari MR, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Acta Oncol 2015; 54:618. (18) Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med Rehabil 1994; 73:199.

Tveganja v rehabilitacijskem / FTh programu:

- poslabšanje bolečine zaradi manipulacije, vadbe
- patološka fraktura zaradi kostnih zasevkov
- tveganje za srčno-žilni dogodek
- padeč/poškodba

Pomen individualne obravnave za zagotovitev varnega in ustreznega rehabilitacijskega programa!



Ali je rehabilitacija paliativnih bolnikov res paradoks?



Indikacije

Rehabilitacija v sklopu paliativne oskrbe je izvedljiva, varna in prinaša mnoge dobrobiti [19-22]: zmanjšanje bolečine, izboljšanje funkcije in izvedbe DA/OH, mobilnost, vzdržljivosti, razpoloženja, utrudljivost in LE.

Kdaj napotiti k FRM [28]?

- Pogosti padci
- Nevrokognitivne spremembe, ki vplivajo na vsakodnevno življenje
- Bolečina, ki ovira aktivnosti in več področij funkcioniranja
- Želja in motiviranost za voden program vadbe
- Svojci, ki poročajo o povečanem bremenu nege
- Utrujanje, ki ovira aktivnosti, QoL in želja biti bolj aktiven
- Poslabšanje bolezni s hospitalizacijo in upadom v funkcijskem statusu
- Poskus izboljšanja statusa pred nadaljnjim zdravljenjem



(19) Javier NS, Montagnini ML. J Palliat Med 2011; 14:638. (20) Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, et al. Palliat Support Care 2005; 3:281. (21) López-Sendín N, Albuquerque-Sendín F, Cleland JA, Fernández-de-las-Peñas C. J Altern Complement Med 2012; 18:480. (22) Putt K, Faville KA, Lewis D, et al. Am J Hosp Palliat Care 2017; 34:186.

Rehabilitacijski potencial

Pregled in ocena pred izdelavo rehabilitacijskega načrta – **ocena „rehabilitacijskega potenciala“**:

- obseg bolezni (stadij, lokacija), predhodne/trenutna terapija, pričakovano preživetje, pridružene bolezni, bolečina in drugi simptomi, MTh, kognicija, razpoloženje, prehranski status, fizično funkcioniranje;
- pregled (nevrol., mišično-skeletni sistem) – mm moč, senz., gibljivost, hoja, ogroženost za padce;
- ocena bivalnega okolja, resursov v skupnosti, finančnih zmožnosti [13].

Interdisciplinarni tim, ki ga vodi FRM specialist + FT, DT, logoped, medicinska sestra, dietetik, psiholog, resp. FT, koordinator/”case manager”.

Uporaba ocenjevalnih orodij – izbor tudi glede na rehab. cilje in zmogljivost bolnika.



(19) Javier NS, Montagnini ML. J Palliat Med 2011; 14:638.

Cilji

- ohranjanje in povrnitev funkcije
- ohranjanje mobilnosti / pokretnosti in samostojnosti
- izboljšanje / lajšanje simptomov
 - izboljšanje kakovosti življenja (QoL)
 - znižanje bremena oskrbe svojcem / negovalcem (23)
- redna in odprta komunikacija s pacientom in svojci
- usklajevanje za postavitve realno dosegljivih ciljev
- upoštevanje želja pacienta
- upoštevanje olajševalcev / oteževalcev v okolju
- upoštevanje razpoložljivih virov



(23) Kanach FA, Brown LM, Campbell RR. The role of rehabilitation in palliative care services. Am J Phys Med Rehabil. 2014;93(4):342.

Ocenjevanje?

- QoL, funkcija/neodvisnost/samostojnost, psihosocialno stanje [24]
- Ocenjevalne metode
 - terapevt
 - pacient – parametri o katerih poroča pacient sam
 - svojci / skrbniki / pomočniki / negovalci – breme in QoL

❖ Hitre spremembe v stanju / ciljih iz dneva v dan!

❖ Nihanja v statusu zahtevajo fleksibilnost članov rehab tima, vključno s prekinitvami rehab procesa.

❖ Pogosto prilagajanje rehab načrta!



(24) Delbruck H. Structural characteristics and interventions in the implementation of rehabilitation and palliation. In: Rehabilitation and Palliation of Cancer Patients, Delbruck H (Ed), Springer-Verlag France, Paris 2007.

Rehabilitacijsko okolje

- Akutna bolnišnica (akutna rehabilitacija)
 - Rehabilitacijska ustanova (kompleksna rehabilitacijska obravnava)
 - Negovalna ustanova, PBZ (subakutna rehabilitacija)
 - Ambulantno okolje (manjše število ali le ena modaliteta, običajno FTh)
 - Hospic
 - Domače okolje (intermitentne th)
-
- ❖ Intenzivnost in namen/cilji se glede na okolje razlikujejo.
 - ❖ Razpoložljivost rehab. ukrepov je različna glede na okolje.
 - ❖ Izbor okolja je odvisna od ne-stabilnosti zdr.stanja, kognicije, terapijske tolerance in motivacije, potrebe po zdravstvenih storitvah, plačnika storitev.



<u>Član rehab tima</u>	Ocenjevalne in terapevtske metode	Področje po MKF
Fizioterapevt (FT)	ROM, moč, pokretnost, hoja, vadba, fizikalne modalitete	Okvare SU, aktivnost - mobilnost
Respiratorni fizioterapevt	Ocena in obravnava respiratornih funkcij	Okvare, aktivnost
Delovni terapevt (DT)	Skrb zase, DA, obvladovanje domačega okolja, medicinski pripomočki, okvara in opornice za ZU	Okvare ZU, aktivnost, sodelovanje, dejavniki okolja
Klinični dietetik / tim za klinično prehrano	Prehranski status in ukrepi	Zdravstveno stanje
DMS / zdravstvena nega / enterostomalni terapevt	Ocena zdr.stanja, oskrba ran, stome, skrb za MTh, ocena osnovnih DA, OH, ocena okoljskih dejavnikov (družina, dom), edukacija	Zdravstveno stanje, okvara, aktivnosti, dejavniki okolja
Psiholog / psihiater	Ocena spoznavnih sposobnosti, čustvovanja, zdravljenje	Zdr. stanje, okvara, okoljski dejavniki
Klinični logoped	Ocena in obravnava komunikacije in požiranja	Okvara, sodelovanje
Socialni delavec	Ocena družinskih in okoljskih dejavnikov, svetovanje in povezava s skupnostjo	Sodelovanje, okoljski dejavniki
Protibolečinski tim (OIL)	ocenjevalne lestvice, pregled, različni protiboleč. terapevtski ukrepi	Zdr. stanje, okvara, aktivnosti

Fizioterapija

Maksimizacija samostojnosti in kakovosti življenja (QoL) [25,26]

Pomembni člani interdisciplinarnega tima [27]

Naslavljanje več področij / okvar / funkcijskih nalog [19]:

- pokretnost v postelji
- transferji
- pomičnost / hoja

Intervencije / ukrepi: fizikalne metode za nadzor bolečine, uporaba medicinskih pripomočkov, prilagajanje okolja, strategije za ohranjanje energije, terapevtska vadba, strategije za izvajanje DA, navodila za domov, edukacija pacienta in svojcev [28].

- **RFT**

Varnost in princip „ne škoditi“!



(25) Carson K, McIlpatrick S. J Palliat Care 2013; 29:36. (26) Wilson CM, Stiller CH, Doherty DJ, Thompson KA. Am J Hosp Palliat Care 2017; 34:34. (27) Wilson CM, Stiller CH, Doherty DJ, et al.. BMJ Support Palliat Care 2022; 12:e59. (19) Javier NS, Montagnini ML. J Palliat Med 2011; 14:638. (28) Ebel S, Langer K. The role of the physical therapist in hospice care. Am J Hosp Palliat Care 1993; 10:32.

Delovna terapija

Področje delovanja po MKF: okvara telesnih zgradb in funkcij, sodelovanja, osebnih ter okoljskih dejavnikov.

Naslavljanje več področij [19]:

- skrb zase – osebna higiena, DA (oblačenje, obuvanje, umivanje, hranjenje, uporaba stranišča);
- transferji – v kopalnici, na stranišču, v spalnici, kuhinji;
- DA (priprava hrane, uporaba telefonov in drugih naprav...), razširjene dnevne aktivnosti (načrtovanje, nakup, transport, socialno vključevanje...);
- Prilagoditve okolja, medicinski pripomočki, edukacija.

Študija, 36 onko pacientov, terminalni stadij, paliativna oskrba: DT – nameščanje v položaje, pripomočki za hranjenje, podpora ZU → samostojno hranjenje izboljšano, učinek 3 tedne (29).



(19) Javier NS, Montagnini ML. J Palliat Med 2011; 14:638. (29) Lee WT, Chan HF, Wong E. Improvement of feeding independence in end-stage cancer patients under palliative care--a prospective, uncontrolled study. Support Care Cancer 2005; 13:1051.

Logopedaska obravnava

Področje delovanja: komunikacija in požiranje.

Cilji: učinkovita komunikacija in varno hranjenje [30,31].

Naslavljanje več področij [19]:

- prejemanje informacij – slušno, vidno, branje;
- izražanje – verbalno, neverbalno (pisanje, tipkanje), terapija govora – glasu, nadomestna komunikacija;
- požiranje/hranjenje – koordinacija jezika, zapiranje ust, nadzor bolusa, čas pasaže, požiralni refleks, kašelj za očistek dihalne poti med hranjenjem, izbor konsistence hrane in tekočine...

Prekrivanje področij delovanja z DT, zdravstveno nego in prehranskim timom → sodelovanje!



(30) Lee WT, Chan HF, Wong E. Improvement of feeding independence in end-stage cancer patients under palliative care--a prospective, uncontrolled study. *Support Care Cancer* 2005; 13:1051. (31) Pollens R. Role of the speech-language pathologist in palliative hospice care. *J Palliat Med* 2004; 7:694. (19) Javier NS, Montagnini ML. *J Palliat Med* 2011; 14:638.

Prenehanje rehabilitacijskih ukrepov

Načrt zaključka / odpusta, ko so doseženi rehabilitacijski, negovalni in drugi cilji v določenem rehabilitacijskem okolju.

Najpogostejši razlogi za zaključek rehabilitacijske obravnave [103]:

- pacient dosegele max rehabilitacijski potencial
- pacient / svojci zavrne rehab ukrepe
- potrebni ukrepi niso na razpolago
- preusmeritev v drugo rehabilitacijsko okolje
- sprememba v zdravstvenem stanju ne dovoljuje nadaljnje rehabilitacijske obravnave (aktivno umiranje)
- odpust
- cilji spremenjeni – rehabilitacijski ukrepi ne pripomorejo več k QoL pacienta / družine



Hvala!

npuzic@onko-i.si

01 587 9257

