



Slovensko združenje
paliativne in hospic oskrbe

Vloga urgentne službe v paliativni oskrbi

Stanislav Malačič

Dodatna znanja iz paliative "Korak za
korakom"


7.5.2026



- **urgénten** -tna -
o prid. (ê) **1.** knjiž. *nujen*, **neod
ložljiv**: 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*

Učni cilji

- Prepoznal/a najpogostejša **nujna stanja v paliativni oskrbi**,
- znal/a razlikovati med **akutnim življenjsko ogrožajočim stanjem in krizo ob koncu življenja**,
- poznal/a **osnovne ukrepe simptomatskega zdravljenja v skladu s paliativnimi cilji**,
- razumel/a pomen **vnaprej izraženih želja bolnika (ACP)**,
- znal/a presoditi, **kdaj hospitalizacija ni v bolnikovo korist**.

 Brez systemskega izobraževanja ostane paliativa »ozko grlo«, ki pride prepozno.

Uvod 1

- 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).

Uvod 2

- Povečano število umrlih.
- Povečana kompleksnost, multimorbidnost.
- Rakava bolezen, kot le ena izmed bolezni (polovica varovancev v DSOjih v Nemčiji, ter nad 65 letnikov doma z rakom v zadnjih 30ih dnevih življenja hospitaliziranih vsaj 1x).
- 30% živi samih.
- Prednost kvaliteti življenja pred kvantiteto.
- Zmanjšanje resursov, glede financ in osebja.
- Preveč zanašanja na institucionalno oskrbo, privatizacija (80% v UK).

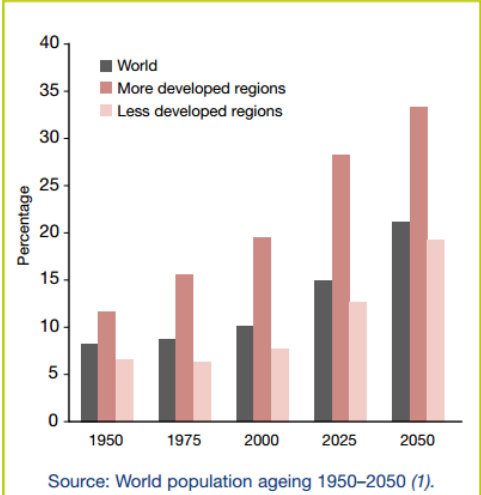
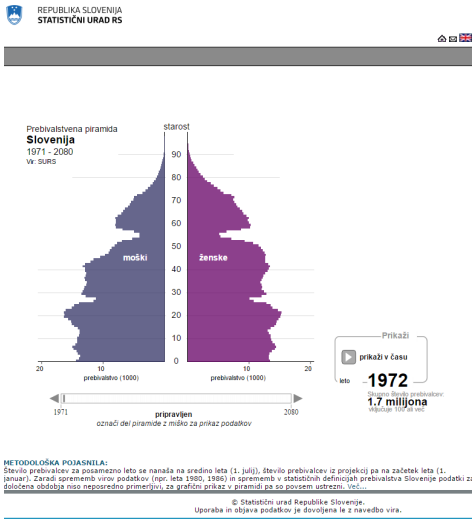
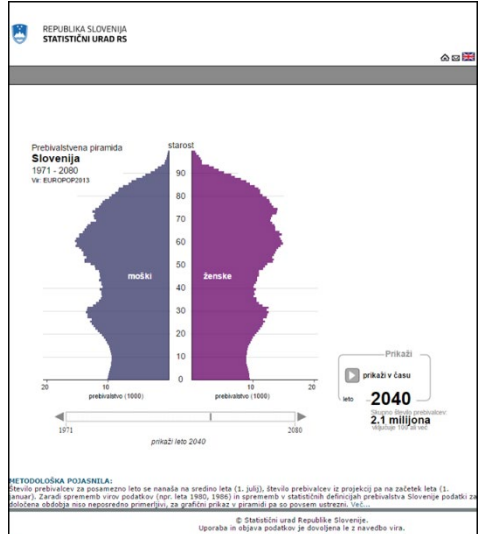
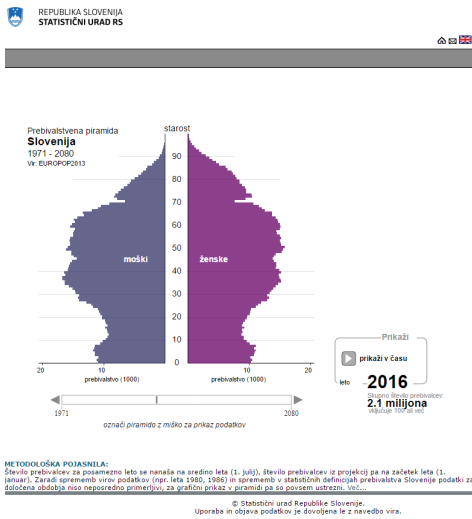


Fig. 1 - Population ageing: population aged 60 and over



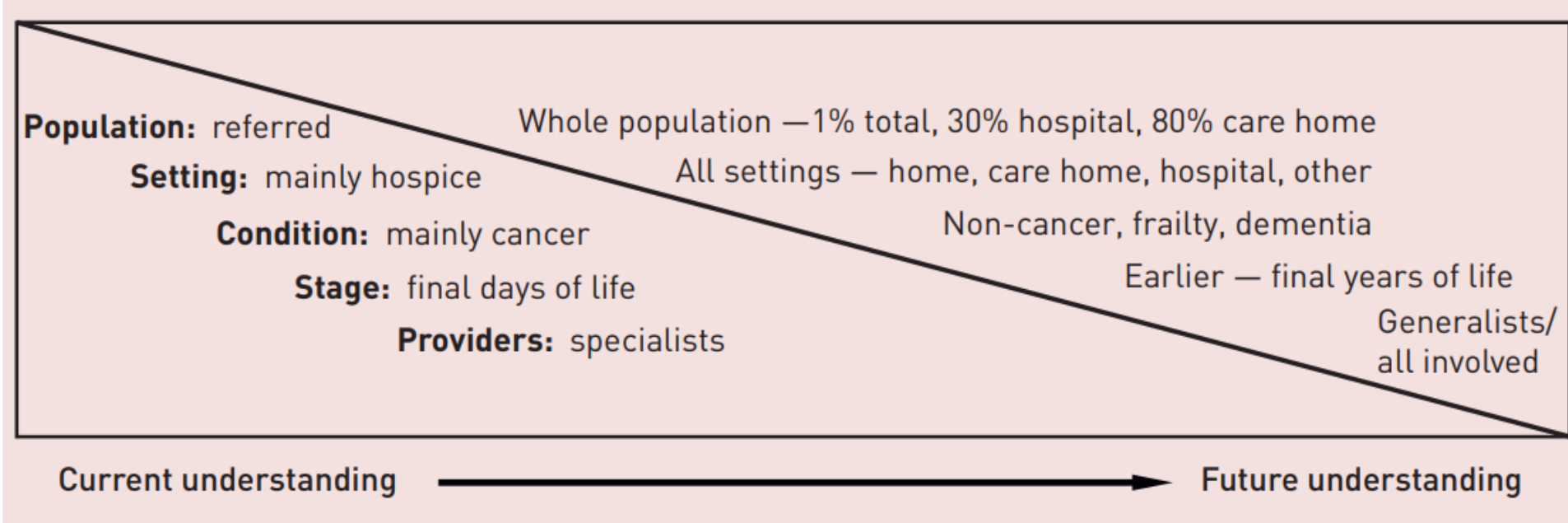


Figure 1. A population-based approach to end-of-life care.

Največje izboljšave paliativne oskrbe ne nastanejo z dodajanjem novih postelj, temveč z zgodnjo, integrirano, strukturirano in dostopno paliativno oskrbo v celotnem sistemu.

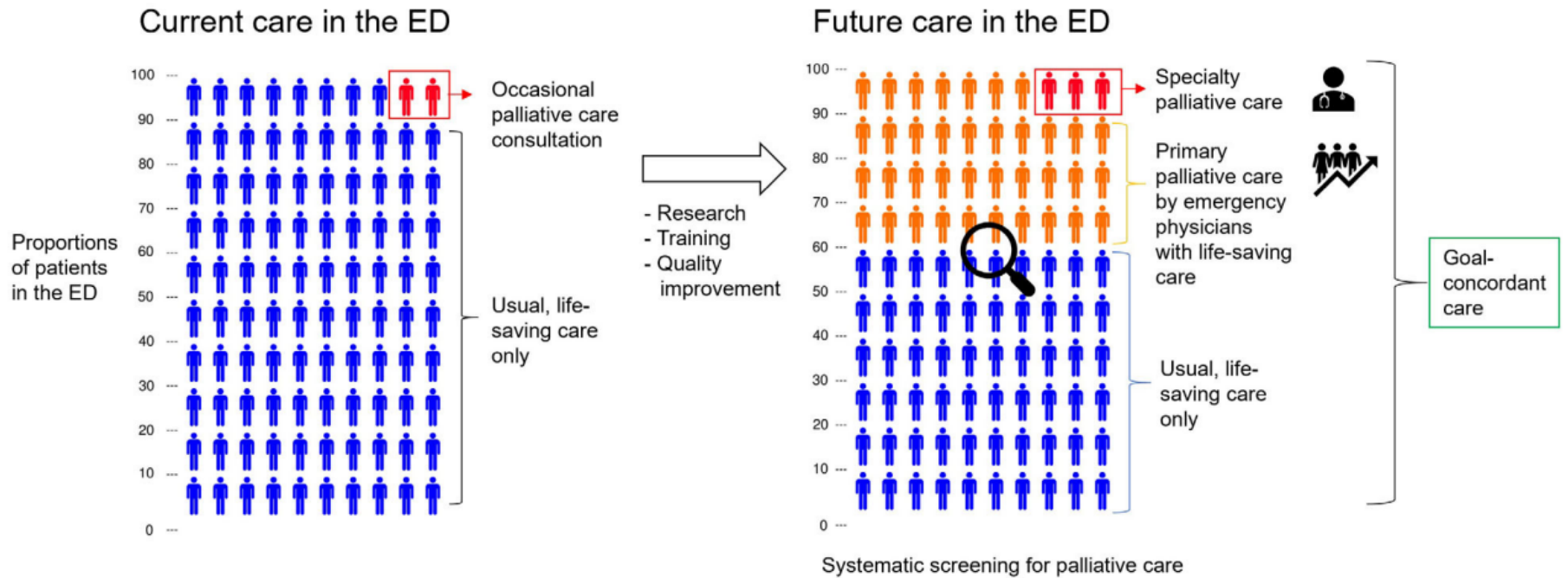


Fig. 1. Current and future palliative care in the emergency department (ED). Images created by Iconarray.com. Risk Science Center and Center for Bioethics and Social Sciences in Medicine, University of Michigan (Accessed 20 December 2019).

Kaj pomeni »nujno« v paliativni oskrbi?

Cilj NI podaljševanje življenja za vsako ceno, temveč:

- lajšanje trpljenja,
- ohranjanje dostojanstva,
- spoštovanje bolnikovih želja.

»Nujno stanje« = **akutno poslabšanje simptomov**, ne nujno medicinska urgenca v klasičnem smislu.

Pogosta dilema: *Ali je to nujna obravnava ali pričakovan potek bolezni?*

Ključno: pričakovan potek bolezni vs. reverzibilen vzrok

- prepoznavaj sprožilce (urin, blato, zdravila)





Klinični okvir

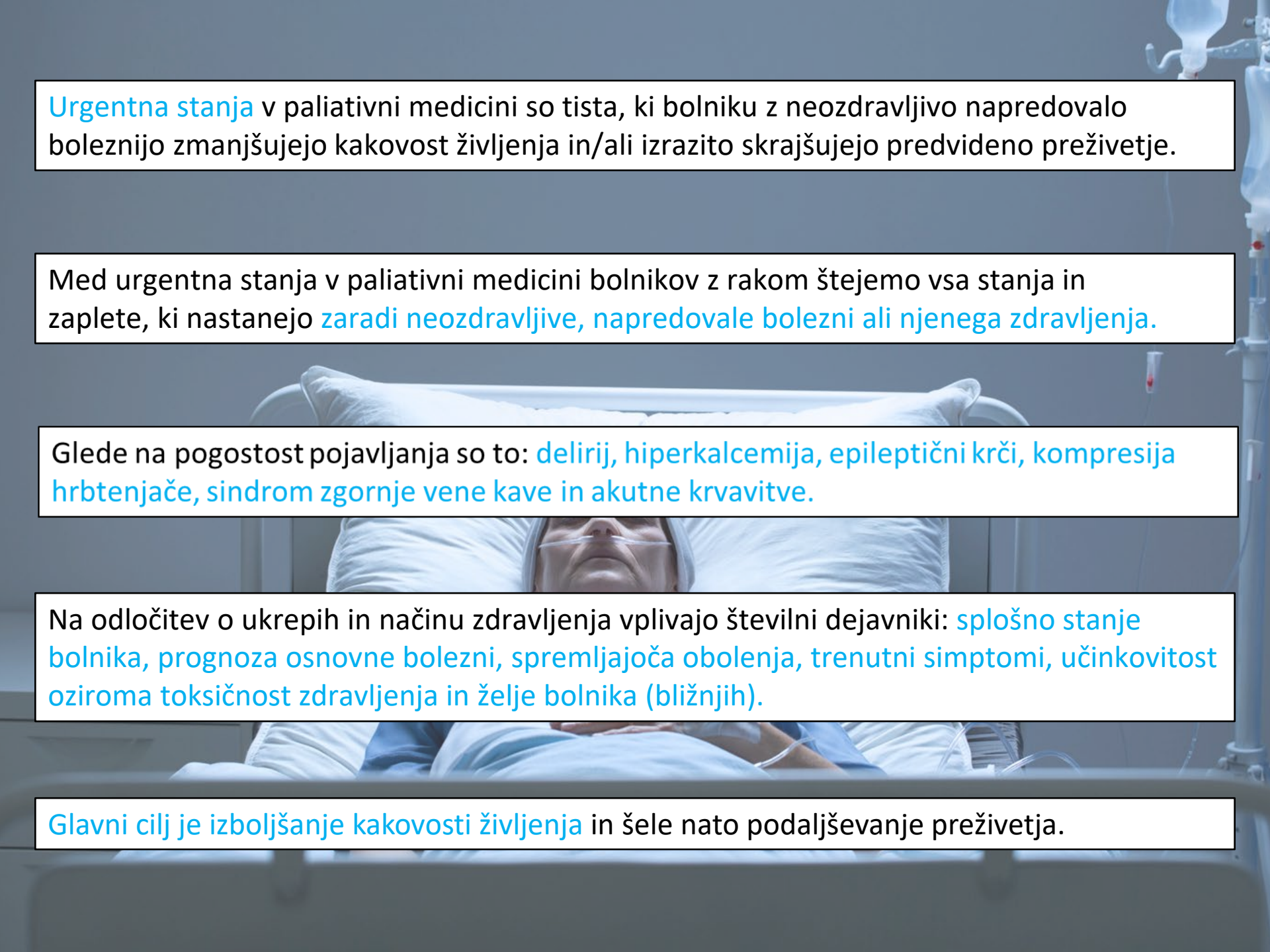
Hitro odločanje:

simptomi (osredotočenost na hitro lajšanje) → verjeten vzrok → ukrepi → (ne)napotitev.

Osnova ukrepanja – le če je definiran terapevtski cilj z njo lahko dosežen; indikacija, strinjanje s posegom.

V dvomu – časovno omejen poskus zdravljenja, odločitev prenesti na višji nivo, ko **obstaja več gotovosti glede možnosti za uspeh.**

Posledično je **moralna krivda** (kršitev vesti in integritete), manjša. Ne enačiti z izgorelostjo!

A patient is lying in a hospital bed, covered with white linens. The patient's face is partially visible, showing a nasal cannula. In the background, there is a medical stand with a drip chamber and tubing. The overall scene is dimly lit, typical of a hospital room.

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.





Martin de 1728, juventor

Coffman de Doffi ser. et gen.

*Ut nil tam laetum, vel ab omni parte beatum,
 Quod Sors non aliquo turbet iniqua modo:
 Sic cetera tam triste nesci, sustulisti cuius
 Non aliquando Deus, spe meliore, levet.*

*102.
 A.A.*

*Morsus cuncta mali presentis commoda vitae
 Abstulit, et tandem quo miserum abripet?
 Quam vereor ne me modo sic teneat aëtris
 Quondam despectus Lazarus, atque Deo*



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>





Patient

Svojci,
pričakovanja

Urgentni
zdravnik
v PO

EBM –
terapija,
znanje,
organizacija
dela (80/20)
oprema?

etika,pravo





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)

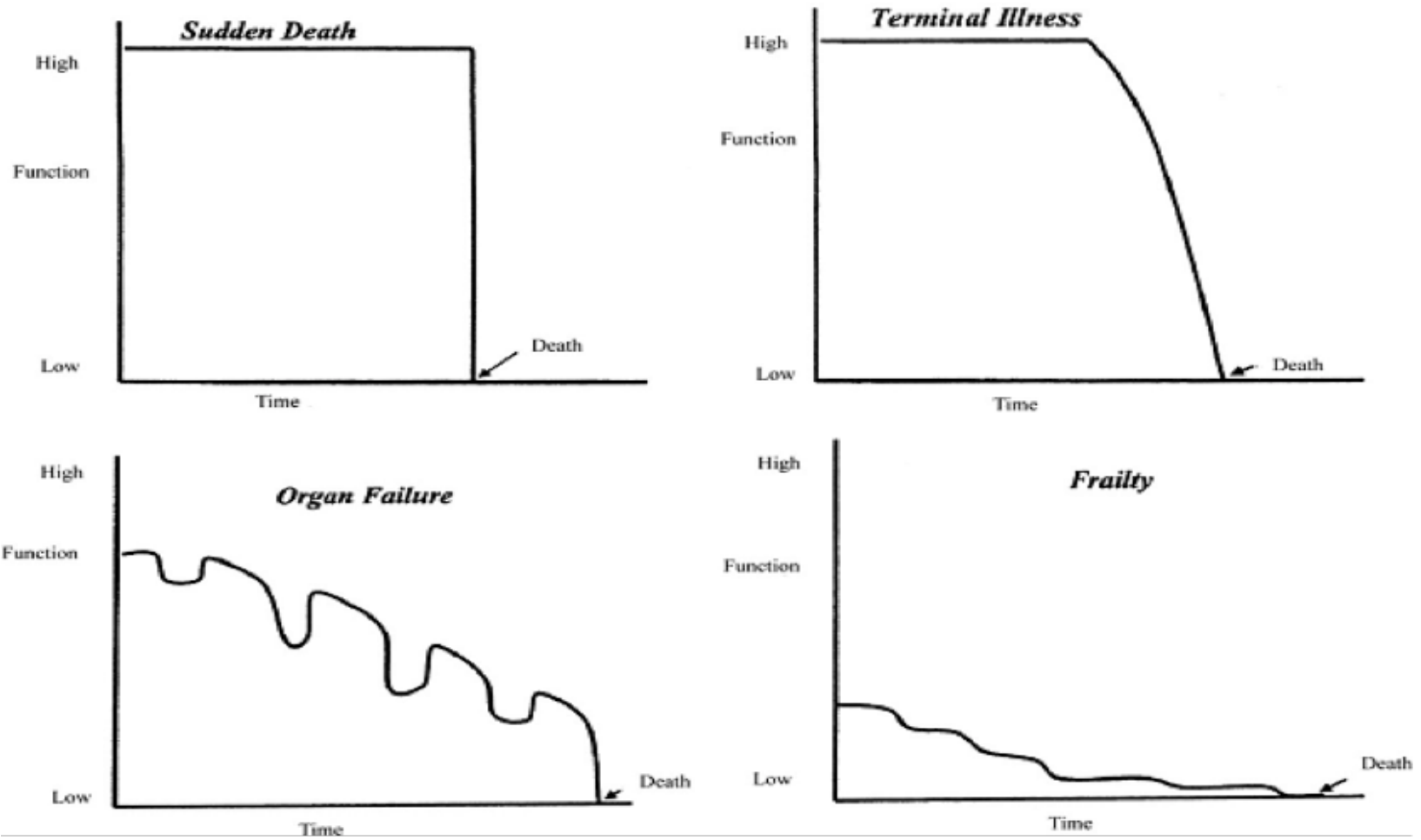
(1) Pacient ima pravico, da se brez odlašanja ukrene vse potrebno za odpravo ali največjo možno ublažitev bolečin in drugega trpljenja, povezanega z njegovo boleznijo.

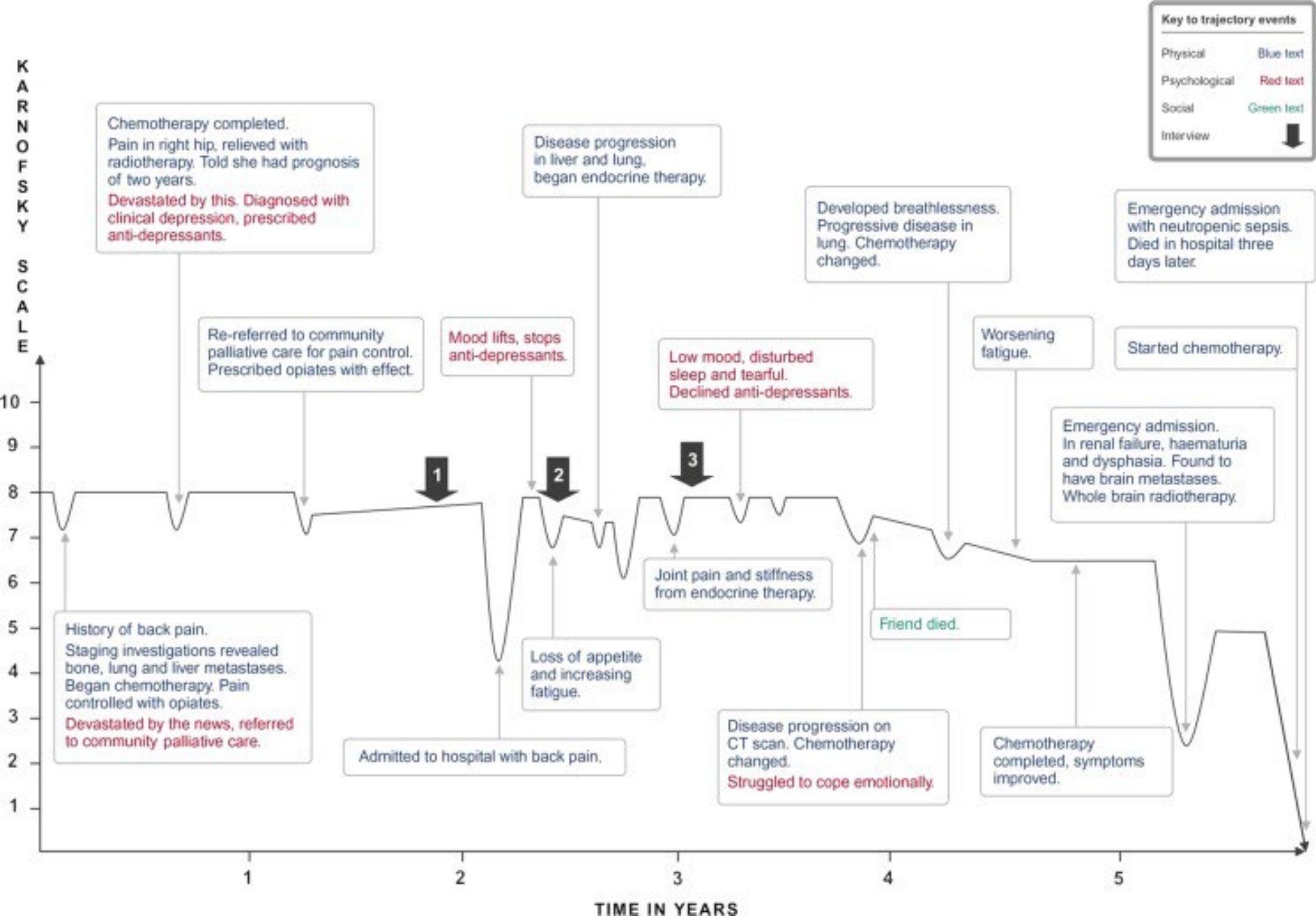
(2) Pacient ima pravico, da se pri njegovi zdravstveni oskrbi po strokovnih standardih preprečijo nepotrebne bolečine in drugo trpljenje, povezano z medicinskim posegom.

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



Proposed Trajectories of Dying







Urgentni
zdravnik
v PO

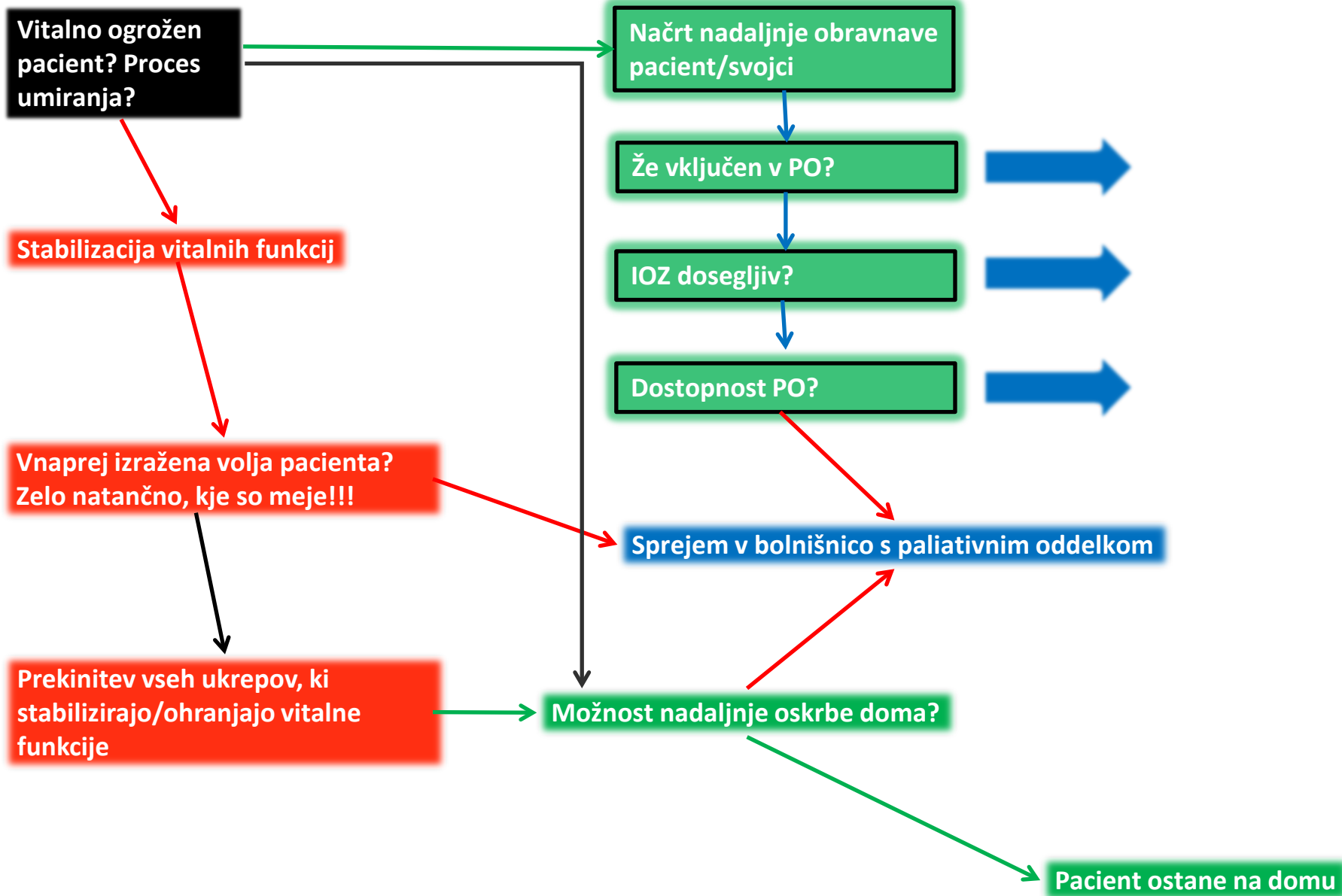
Stay and Plan

Stay and Play

Treat and Run

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







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...

A photograph of a moth on a pine needle. The moth's wings are dark with a complex, light-colored pattern. A large red circle on the left contains the text 'Urgentni zdravnik v PO'. A smaller blue circle labeled 'EBM' is positioned over the moth's body. A blue box at the top right contains text about statistical probability and clinical course. A red box at the bottom contains text about subjective decisions. Red arrows point from the 'EBM' circle to the blue and red boxes. In the top left corner, there are several overlapping circles in green, orange, and purple.

Urgentni zdravnik v PO

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

EBM

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



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)

Algoritem obravnave (praktični)

- 1) Oceni resnost: dihanje, zavest, krvavitev, bolečina
- 2) Opredeli cilj (ACP, DNR/DNI, napredovalost bolezni)
- 3) Hitro simptomatsko zdravljenje (titracija, reševalni odmerki)
- 4) Išči reverzibilne vzroke (urin, blato, zdravila, okužba)
- 5) Presodi korist hospitalizacije vs. breme
- 6) Dokumentiraj + komunikacija + načrt

S(-igns and symptoms)
A(-llergies)
M(-edications)
P(-ast medical history)
L(-ast oral intake)
E(-vent leading)
R(-isk factors)



O(-nset)
P(-rovocation, alliation)
Q(-quality)
R(-egion, -adiation)
S(-everity)
T(-ime)
U(-nderstanding)

Vprašanje presenečenja, ECOG, PPS, Karnofski

O(-nset)
L(-ocation)
D(-uration)
C(-haracter)
A(-ssociated symptoms)
A(-lleviating/ggravating)
R(-adiation)



I(-deas)
C(-oncerns)
E(-motions)
E(-ffects)
E(-xpectations)





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.

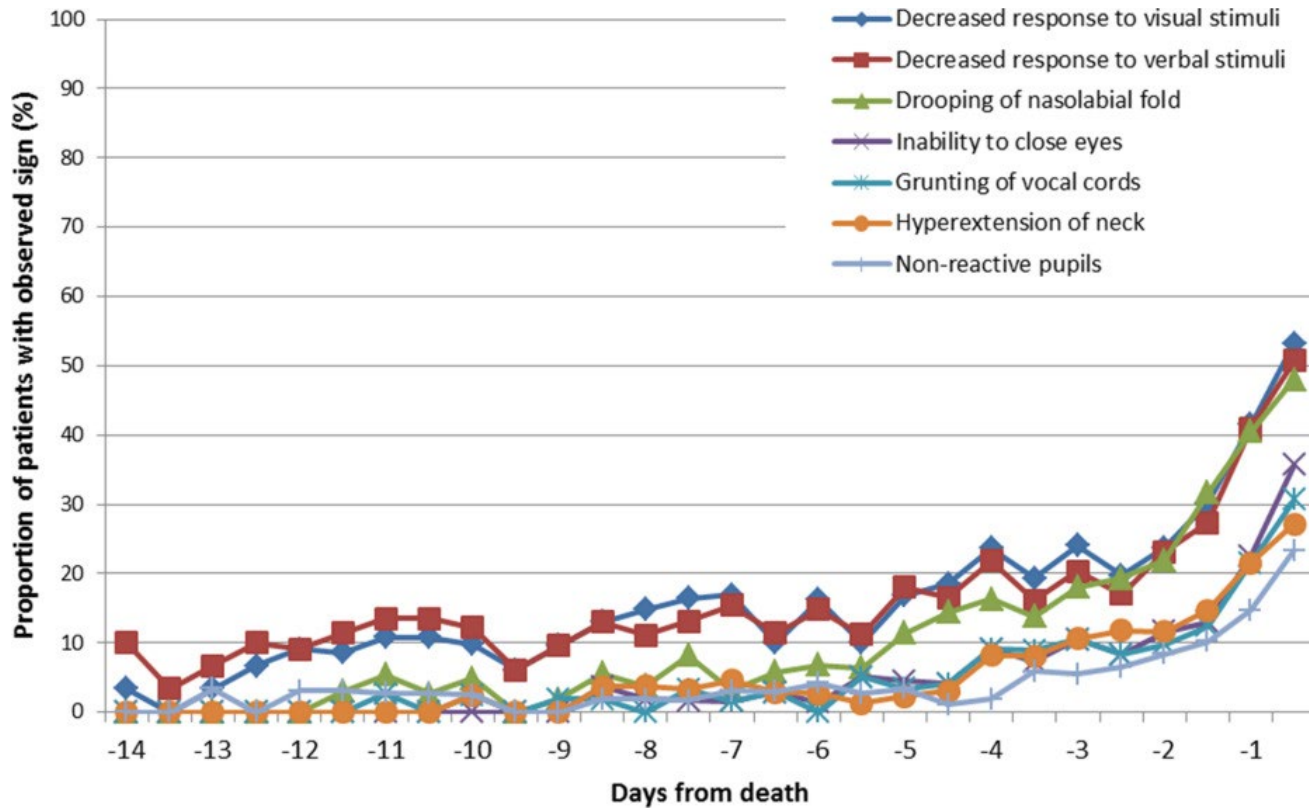
tematically documented an array of clinical signs every 12 hours in consecutive patients from the time of admission to an acute palliative care unit (APCU).⁶ Among the 10 target signs, we identified 5 signs (ie, pulselessness of the radial artery, decreased urine output, Cheyne-Stokes breathing, respiration 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



Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Crit Care Clin. 2017 Apr;33(2):225-243. doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.005. PMID: 28284292; PMCID: PMC5351776.

Kaj pomeni ABCDE v paliativni oskrbi?

- Gre za prilagojeno uporabo klasičnega kliničnega ABCDE-zaporedja, vendar z **drugačnim ciljem** kot v urgentni medicini.
- Klasični ABCDE okvir je osnovno klinično orodje v medicini, v paliativi pa se uporablja selektivno in sorazmerno.
- Daje **strukturiran okvir** v težkih situacijah.
- Preprečuje kaotične, nelagodne posege.
- Pomaga timu delovati usklajeno.
- Zmanjšuje **moral distress** zdravstvenih delavcev.

Ključna razlika: ABCDE v paliativi ≠ ABCDE v urgentni medicini

stabilizacija

lajšanje trpljenja

invazivni posegi

sorazmerni ukrepi

Urgentna medicina

Paliativna oskrba

zdravljenje bolezni

skrb za bolnika

cilj: preživetje

cilj: kakovost življenja

Kaj ocenjujemo:

- smrčeče / grgrajoče dihanje ("terminalni sekret"),
- občutek zadušitve,
- strah bolnika.

Ali je dihalna pot **dovolj prehodna za udobno dihanje**, ne ali jo je treba intubirati?

A – Airway (dihalna pot)

 Namen: **udobje, ne invazivni posegi.**

Kaj običajno naredimo:

- položaj bolnika,
- antisekretorna zdravila,
- umirjanje tesnobe.

Kaj ocenjujemo:

- dispnejo (subjektivno!),
- rabo pomožnih dihalnih mišic,
- anksioznost.

Osrednji paliativni simptom.

B B – Breathing (dihanje)

Dispneja je eden ključnih simptomov paliativne oskrbe, kar potrjuje klinična literatura o lažšanju simptomov, ne podaljševanju življenja.

Kako ukrepamo:

- kisik (če pomaga simptomu),
- opioid v nizkih odmerkih,
- anksiolitik,
- nefarmakološki ukrepi (hladen zrak, stik).

Kaj ocenjujemo:

- bolečino v prsih,
- omotico,
- periferne edeme,
- hladne okončine (znaki umiranja).

V paliativi ni cilj normalizacija vitalnih funkcij, ampak ocena, ali povzročajo nelagodje ali trpljenje.

📍 C – Circulation (cirkulacija)

osredotočimo se na **simptome**, ne številke.

Kaj pomeni v praksi:

- pogosto **opustimo agresivne ukrepe** (infuzije, vazopresorje).

Kaj ocenjujemo:

- delirij,
- agitacijo,
- stopnjo zavesti,
- psihično stisko.

V paliativi zelo pomembno.

D D – Disability (zavest, kognicija)

Delirij in kognitivna stiska sta pogosta v zaključku življenja in pomenita pomemben vir trpljenja.


Kako ukrepamo:

- zdravljenje delirija,
- pomiritev,
- prilagoditev okolja,
- podpora svojcem.

Zajema:

- bolečino,
- duhovno stisko,
- strah pred smrtjo,
- socialne in družinske potrebe,
- cilje oskrbe (kaj je bolniku pomembno).

E – Exposure / Everything else (celota bolnika)

 Tukaj se paliativni ABCDE **najbolj razlikuje od urgentnega**:
namesto “kaj še lahko naredimo”, vprašamo “**kaj je v tej situaciji smiselno in etično**”.

V paliativi je **E pogosto najpomembnejši del.**

Advance Care Planning (napredno načrtovanje oskrbe)

strukturiran ACP:

- bistveno poveča spoštovanje bolnikovih želja,
- zmanjša psihološko obremenitev svojcev.


Povečana dokumentacija ne jamči manj agresivne oskrbe brez prave klinične integracije.

👉 ACP deluje **le v povezavi** z dejanskim paliativnim timom, ne kot izoliran administrativni ukrep.

Odločanje o hospitalizaciji

Vedno si zastavimo tri vprašanja:

- Ali imamo **učinkovit ukrep**, ki bo izboljšal kakovost življenja?
- Ali je ukrep **skladen z bolnikovimi željami**?
- Ali bo hospitalizacija povzročila več trpljenja kot koristi?

 Pogosto je optimalna rešitev **obravnavana na domu ali v hospicu**.

Komunikacija v nujnih paliativnih situacijah

- kratko,
 - jasno,
 - sočutno,
 - brez lažnega upanja.
-
- Validacija: »Vidim, da vam je težko.«
 - Usmeritev: »Zdaj bomo najprej olajšali dihanje/bolečino.«
 - Realnost + upanje: »Bolezni ne moremo ustaviti, lahko pa lajšamo trpljenje.«
 - Svojci: »To je pričakovan zaplet; niste ničesar naredili narobe.«
 - Načrt: »Če se ponovi, imamo jasen plan.«

“Nihče zares nikoli ne odide.”

(Luke Skywalker, Poslednji Jedi, 2017)

Klinični primer (za razpravo)

Ob 2:00 ponoči, 90, onkološki bolnik, ne more dihati, je zmeden, bruha kri, sam z ženo...

- Kaj je cilj posredovanja?
- Katere ukrepe izvedemo?
- Kaj pojasnimo svojcem?

Paliativna oskrba ima največji vpliv, kadar se vključi zgodaj, vzporedno z onkološkim zdravljenjem, in ne šele v zadnjih dneh življenja.

“Storiti. Ali ne storiti. Nekaj vmes pa ne.”
(Yoda, Imperij vrača udarec, 1980).

Klinični primer (za razpravo)

- 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.

“Storiti. Ali ne storiti. Nekaj vmes pa ne.”
(Yoda, Imperij vrača udarec, 1980).

Klinični primer (za razpravo)

- 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.

“Storiti. Ali ne storiti. Nekaj vmes pa ne.”
(Yoda, Imperij vrača udarec, 1980).

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%



ETIKA PRI OŽIVLJANJU

KLJUČNA SPOROČILA

Zdravstvene ustanove bi morale vsem bolnikom, ki želijo razpravljati o ciljih zdravljenja, ponuditi vnaprejšnje načrtovanje oskrbe, vključno z odločitvijo o opustitvi oživljanja.

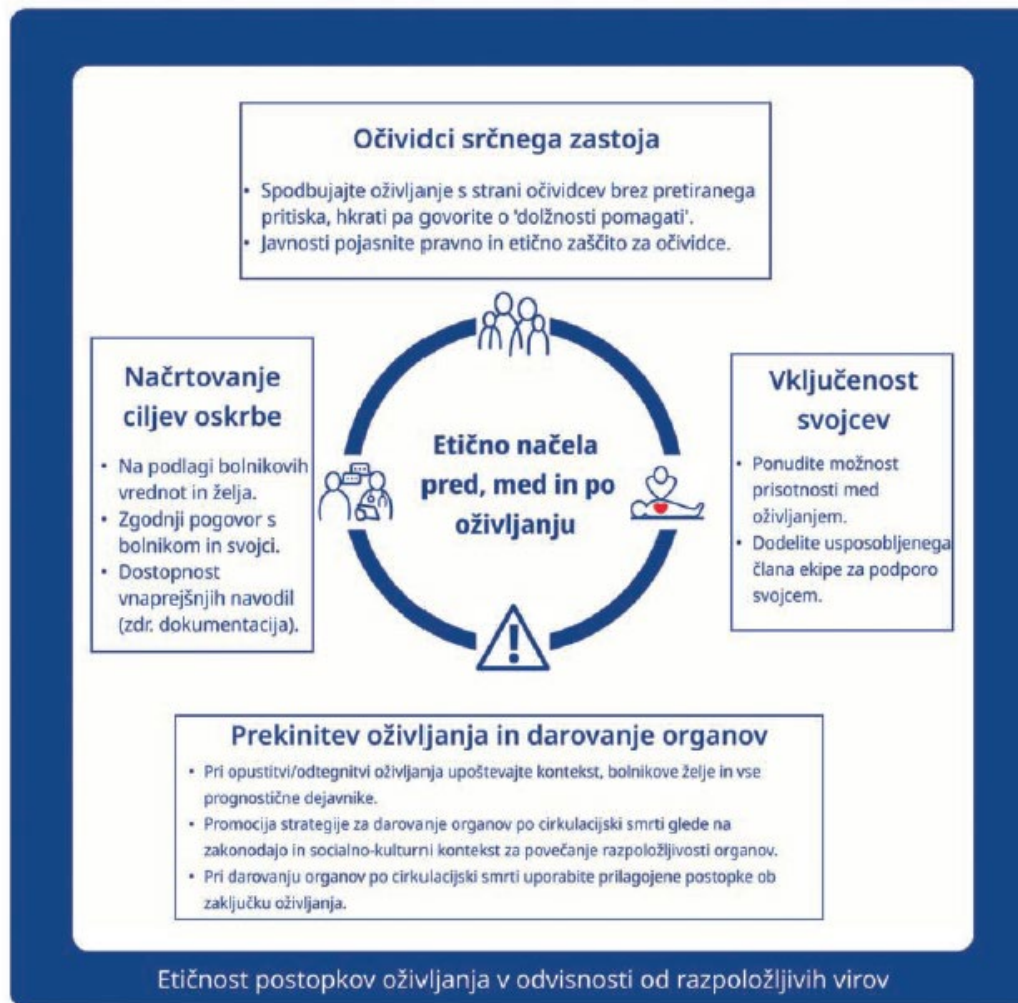
Sprejmite skupinsko odločitev o prekinitvi oživljanja na podlagi celostnega pristopa, ki upošteva želje bolnika ter prognostične dejavnike, vključno s trajanjem oživljanja, odsotnostjo odpravljevih vzrokov in odsotnostjo odziva na dodatne postopke oživljanja.

Usposabljanje iz komunikacijskih veščin naj bo del stalnega strokovnega razvoja zdravstvenih delavcev, ki so vključeni v načrtovanje zdravljenja in oskrbo ob koncu življenja.



Zagotoviti je potrebno etično in psihološko podporo za ublažitev moralnih stisk in psihičnih bremen za svojce, mimoidoče in prve posredovalce.

Sistemi bi morali spodbujati izobraževanje javnosti o veljavnih predpisih in nujnosti uporabe odložene privolitve za nujne raziskave. Ta pobuda lahko poveča pripravljenost za sodelovanje v raziskavah.



Prekinitev oživljanja

- Odločitev o prekinitvi oživljanja sprejmite skupinsko na podlagi celostnega pristopa, ki upošteva vrednote in želje bolnika ter celotno sliko prognostičnih dejavnikov, vključno s trajanjem KPO, odsotnostjo odpravljevih vzrokov in odsotnostjo odziva na dodatne postopke oživljanja!
- Prekinitev oživljanja je treba izvesti načrtovano, pri čemer morajo imeti vsi člani ekipe priložnost, da pred zaključkom izrazijo svoje mnenje.
- Ekipa bi morala takoj po zaključku izvesti analizo po dogodku (angl. debriefing).

• O prekinitvi oživljanja naj bi razmišljali, ko ima bolnik vztrajajočo asistolijo kljub 20 min dodatnih postopkov oživljanja, v odsotnosti kakršnega koli odpravljivega vzroka in ko noben drug klinični dejavnik ne govori zoper to odločitev.

• Pravila o prekinitvi oživljanja se lahko uporabljajo za pomoč pri takem odločanju za odrasle bolnike z OHCA, upoštevati pa je treba tudi lokalne vrednote in preference in jih sprejeti na nacionalni ravni.

• Zaradi pomanjkanja dokazov o pravilih za prekinitev oživljanja jih ne smemo uporabljati za IHCA in za pediatrične bolnike v katerem koli okolju.

• Vztrajno nizka ETCO₂ je močan napovedni dejavnik, ki se poleg drugih dejavnikov lahko uporablja za pomoč pri odločanju, vendar ne kot samostojni dejavnik.

• Drugi dejavniki, kot so ultrazvočna preiskava srca, plinska analiza krvi in odzivnost zenic, niso veljavni dejavniki za prekinitev oživljanja.



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.

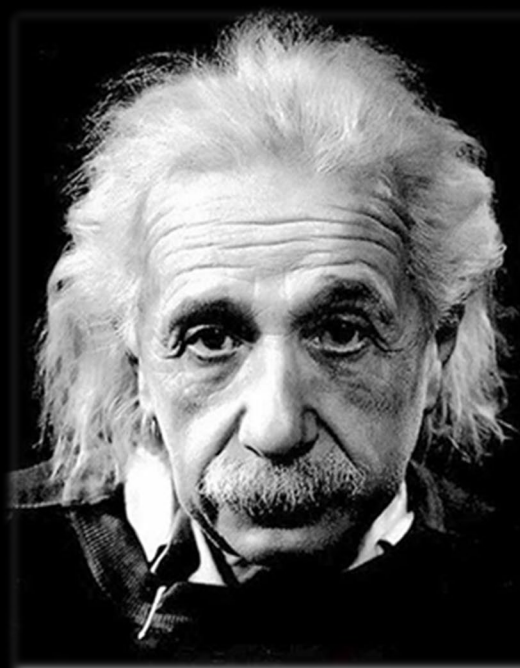
Pomanjkanje čustvene podpore.

Over-treatment vs udobje.

Povzetek – ključna sporočila

- Nujno stanje ≠ vedno urgenca.
- Simptomatsko lajšanje je pogosto najboljša medicina (opioidi, delirij).
- Vedno preverimo cilje oskrbe in bolnikove želje.
- Komunikacija je enako pomembna kot farmakologija (dokumentacija!).

Meta-analiza randomiziranih študij (PLOS ONE, 2025): Integrirana paliativna oskrba je **statistično značilno** **izboljšala kakovost življenja** v primerjavi s standardno oskrbo.



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: 1.28.00105

Leitlinie (Langversion)

DKG | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie | AGS | AGS

"Strah vodi na temno stran. Strah vodi do jeze; jeza vodi do sovraštva; sovraštvo vodi do trpljenja."
(Yoda, *Grozeča prikazen*, 1999)



LIFE

BEGINS
AT THE
END
OF YOUR
COMFORT
ZONE