

UKC Maribor

Oddelek za onkologijo

Zdravstvena nega



European Cancer Nursing Day
18th May 2022

www.cancernurse.eu

3. Seminar ob evropskem dnevu onkoloških medicinskih sester

Maribor, 1. december 2022

UKC Maribor, Predavalnica Oddelka za onkologijo (II.etaža)

Urednik:
Andrej Monetti

Izdal in založil:
Univerzitetni klinični center Maribor
Ljubljanska ulica 5, Maribor

Priprava:
Dravski tisk, Maribor

Objaljeno na
www.ukc-mb.si/strokovna-srecanja

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616-083(082)

SEMINAR ob evropskem dnevu onkoloških medicinskih sester (3 ; 2022 ; Maribor)
3. seminar ob evropskem dnevu onkoloških medicinskih sester [Elektronski vir] / [urednik
Andrej Monetti]. - Maribor : Univerzitetni klinični center, 2022

Način dostopa (URL): <http://www.ukc-mb.si/strokovna-srecanja>
ISBN 978-961-6909-55-6
COBISS.SI-ID 107011843

Organizacijski odbor

Irena Tominc Krajnc, mag. zdr. nege

Maja Ravnik, dr.med.

Jasmina Jordan

Nina Bračič, prof.raz.pouka

Andrej Monetti, dipl.zdr.



8:30 – 9:00	Registracija
9:00 – 9:15	Uvodni pozdravi

I. SKLOP

9:15 – 9:35	V. Ribarič Zupanc, dr. med.: Predstavitev Mobilnega paliativnega tima (MPT) UKC Maribor
9:35 – 9:50	A. Šolar, dipl.m.s.; I. Kotnik, dipl.m.s.; I. Tominc Krajnc, mag. zdr. nege: Predstavitev primera obravnave bolnika v MPT UKC Maribor
9:50 – 10:05	Prim. dr. M. Šeruga, dr. med.: Predstavitev Mobilnega paliativnega tima (MPT) Murska Sobota
10:05 – 10:20	V. Goršak Lovšin, mag. zdr. nege: Predstavitev primera obravnave bolnika v MPT Murska Sobota
10:20 – 10:35 I.	Tominc Krajnc, mag. zdr. nege: Parenteralni dostopi v PO
10:35 – 10: 40	Vprašanja
10:40 – 10:55	Odmor

2. SKLOP

10:55 – 11:15	T. Petrun, dr. med.: Obravnava bolnika na Enoti za radioterapijo UKC Maribor
11:15 – 11:35	M. Ninič, dipl. radiol. inž.: Izvedba obsevanja v Enoti za radioterapijo UKC Maribor
11:35 – 11:55	A. Braček, dipl.m.s.; Š. Penič, dipl.m.s.: Pomen zdravstvene vzgoje pacienta o radiodermatitisu v ambulantni za radioterapijo
11:55 – 12:15	M. Koler Huzjak, dipl.m.s. dietet.: Prehranska obravnava onkološkega bolnika – prikaz primera
12:15 – 12:35	D. Paklec, dipl.m.s.: Skrb za bolnika v času aplikacije sistemske terapije v smislu možnega pojava alergijske reakcije
12:35 – 12:40	Vprašanja
12:40 – 13:30	Odmor za kosilo



3. SKLOP

13:30 – 14:00	A. Steblovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.; I. Zemljarič, mag. psih.: Obremenjenost zdravstvenih delavcev pri oskrbi onkološkega bolnika
14:00 – 14:30	Izr. prof. dr. J. Stričević; Asist. P. Klanjšek: Onkološke medicinske sestre ergonomsko zdrave na delovnem mestu
14:30 – 14:50	M. Ravnik, dr. med.: Izgorevanje zdravstvenega osebja v onkologiji
14:50 – 15:10	D. Pušnik, mag. zdr. nege.: Moje počutje – moja izbira
15:10 – 15:15	Vprašanja
15:15 – 15:25	Odmor

4. SKLOP

- 15:25 – 15:45 N. Lubajnšek, mag. zdr. nege:
Priprava in zdravstvena vzgoja bolnice na operativni poseg raka dojke in raka rodil
- 15:45 – 16:05 J. Mori, mag. zdr. nege; doc. dr. A. Lešnik:
Znanje medicinskih sester ter ovire pri obravnavi onkološkega pacienta v urgentnem centru
- 16:05 – 16:20 S. Zajc, dipl.m.s.:
Ali je priporočljiva telovadba pri onkoloških pacientih med kemoterapevtskimi cikli?
- 16:20 – 16:40 P. Jančar, mag. zdr. nege:
Sistemska zdravljenje in vloga zdravstvene nege
- 16:40 – 16:45 **Vprašanja**
- 16:45 – 17:00 **Anketa in zaključek srečanja**



KAZALO

PALIATIVNI MOBILNI TIM UKC MARIBOR	11
Vesna Ribarič Zupanc, dr.med.	
PREDSTAVITEV PRIMERA BOLNIKA V PMT MARIBOR	15
Aleksandra Šolar, dipl.m.s.; Irena Kotnik, dipl.m.s.	
PALIATIVNI MOBILNI TIM POMURJA	19
Šeruga M., Malačič S., Gumilar I., Dundek M., Goršak-Laušin V.	
PREDSTAVITEV MOBILNEGA PALIATIVNEGA TIMA V BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA	23
Valentina Goršak Lovšin, mag. zdrav. nege	
OBRAVNAVA BOLNIKA NA ENOTI ZA RADIOTERAPIJO UKC MB	27
Tamara Petrun, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo	
POMEN ZDRAVSTVENE VZGOJE PACIENTA O RADIODERMATITISU V AMBULANTI ZA RADIOTERAPIJO	31
Anja Braček dipl. m. s.; Špela Penič dipl. m.s.	
SKRB ZA BOLNIKA V ČASU SISTEMSKE TERAPIJE V SMISLU POJAVA ALERGIJSKE REAKCIJE	41
Dušanka Paklec, dipl.m.s.	
OBREMENJENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI OSKRBI ONKOLOŠKEGA BOLNIKA	51
Arijana Steblovník, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.; Ives Zemljarič, mag.psih.	
ONKOLOŠKE MEDICINSKE SESTRE ERGONOMSKO ZDRAVE NA DELOVNEM MESTU	55
Asist. Petra Klanjšek, mag. zdr. nege, spec.; Izr. prof. dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.	

IZGOREVANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V ONKOLOGIJI	57
Maja Ravnik, dr.med.	
MOJE POČUTJE – MOJA IZBIRA	59
Danijela Pušnik, mag. zdr. nege	
PRIPRAVA IN ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNICE NA OPERATIVNI POSEG RAKA DOJKE IN RAKA RODIL	61
Nadja Lubajnshek, mag. zdr. nege,	
ZNANJE MEDICINSKIH SESTER TER OVIRE PRI OBRAVNAVI ONKOLOŠKEGA PACIENTA V URGENTNEM CENTRU	73
asist. Jernej Mori, mag. zdr. Nege; doc. dr. Amadeus Lešnik	
ALI JE TELOVADBA PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKI MED KEMOTERAPEVTSKIMI CIKLUSI PRIPOROČLJIVA?	83
Sara ZAJC, dipl. med. sestra	
SISTEMSKO ZDRAVLJENJE IN VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE	89
Petra Jančar, mag. zdr.nege	
SPONZORJI SREČANJA	91



PALIATIVNI MOBILNI TIM UKC MARIBOR

Vesna Ribarič Zupanc, dr.med.

Paliativna oskrba je celostna oskrba bolnikov vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovi bližnjih, slednjih tako v času bolezni, kot v procesu žalovanja. Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem, starostjo bolnika, njegovim prepričanjem in podobnim, temveč temelji zgolj na oceni stanja bolnika s katerokoli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih. Paliativna oskrba je aktivni celostni pristop obravnave bolnikov z neozdravljivo boleznijo in podpora njihovim svojcem. Vodilo pri oskrbi so posameznikove potrebe, ne glede na to, kje se nahaja. (Državni program paliativne oskrbe, Ministrstvo za zdravje, 2010)



Povzeto po predavanju UVOD V PO, dr. Maja Ebert Moltara, dr. Med.



V UKC Maribor smo sistematično pričeli izvajati paliativno oskrbo marca 2012 z ustanovitvijo Enote za paliativno oskrbo (EPO), pod vodstvom prim. dr. Nevenke Krčevski Škarč. V prvih letih delovanja je delo potekalo predvsem v obliki konziliarne službe. V letu 2016 smo dobili možnost ambulantnega spremljanja bolnikov v okviru Paliativne ambulante, ki je takrat delovala štiri ure tedensko. Takrat je EPO delovala pod okriljem Oddelka za anesteziologijo in zdravljenje bolečin.

V letu 2017, se je, z odprtjem hospitalnega dela Oddelka za onkologijo, EPO preselila pod streho in v pristojnost mladega Oddelka za onkologijo UKC Maribor. Večinski del dela se je prenesel na obravnavo vseh bolnikov, ki so bili takrat hospitalizirani na oddelku. Ne glede na to, da je bil le del the bolnikov v zadnjem obdobju življenja, pa so bili po definiciji vsi bolniki paliativni bolniki, saj so imeli razsejano, torej neozdravljivo maligno bolezen in so bili na ta način deležni zgodnje paliativne oskrbe. Tudi po prenosu sedeža EPO na Oddelek za onkologijo smo nadaljevali in krepili konziliarno dejavnost. Ambulantno delo se je postopoma razširilo na delo v ambulantni dva krat tedensko. Mnogo bolnikov v zadnjih tednih življenja in njihovih bližnjih smo pripravili na nadaljnji potek bolezni in na umiranje doma. V tem času smo bili bolnikom in svojcem v oporo s telefonskimi konzultacijami, z izdatno podporo patronažne službe in strokovnih sodelavk Hospica.

Velikokrat smo ob tem pogrešali možnost obiska bolnika v zadnjih dneh življenja na domu. Po vzoru SB Jesenice, kjer je Mobilni paliativni tim deloval že od leta 2010, smo si za čim bolj kvalitetno in celostno oskrbo naših bolnikov tudi pri nas želeli Mobilni tim.

Formalna možnost za ustanovitev Paliativnega Mobilnega Tima se je odprla spomladi 2021 z Dodatkom k Splošnemu dogovoru, ko je ZZZS v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje omogočila ustanovitev dodatnih petih mobilnih timov v slovenskih bolnišnicah. Ta možnost je bila izjemno dobrodošla za vzdrževanje in širjenje obsega dela in dosptopnosti paliativne oskrbe čim večjemu številu bolnikov v naši regiji. Ob razmahu epidemije SarsCov19, smo na oddelku za onkologijo namreč ostali brez hospitalnega dela dejavnosti.

Paliativni Mobilni Tim je z delovanjem pričel oktobra 2022. V njem delujemo 2, 5 zdravnika in tri DMS. Pri pokrivanju 24 urne telefonske pripravljenosti nam pomagajo še štiri zunanje zdravnice iz področja urgentne oz. družinske medicine.

Vsak začetek je težak. Tako smo se pri nas v prvih mesecih srečevali in ukvarjali ob konkretnem delu z bolniki s številnimi organizacijskimi izzivi. Po sedmih mesecih dela lahko rečemo, da imamo postavljene solidne temelje za nadaljno kvalitetno celostno obravnavo paliativnih bolnikov, tudi na njihovem domu. Tako smo lahko zelo dobra podpora bolnikom in njihovim bližnjim, ki želijo umreti v domačem okolju.

Za nadaljnje širjenje naših aktivnosti pa potrebujemo predvsem dodatne kadre. Paliativna oskrba zaradi teže odločitev in številnih psiholoških bremen namreč ni pretirano vabljiva veja medicine in zdravstvene oskrbe. Ob omejevanju zaposlovanja v zdravstvu na vseh nivojih, je težko pridobiti predvsem mlajše zdravnike, ki bi se bili pripravljeni ukvarjati s paliativno oskrbo.

Pri pogledu v prihodnost skušamo stkati tudi čim boljše sodelovanje s strokovnimi službami in sodelavci na terenu. Zdravniki, patronažnimi službami, negovalnimi službami (kolikor jih sploh je na razpolago), socialno službo in domovi starejših občanov. Želimo in potrebujemo tudi prostore za ponovno vzpostavitev Oddelka za akutno paliativno oskrbo.

Tudi po dveh desetletjih ukoreninjanja PO v Sloveniji, še mnogo zdravstvenih delavcev in laične javnosti paliativno oskrbo razume zgolj kot oskrbo bolnikov v zadnjih dneh življenja in na način, da vsi potrebujejo specialistično paliativno oskrbo. Zato velik del naših aktivnosti in naporov tako usmerjamo tudi v izobraževanje strokovne kot tudi širše javnosti. Le tako bomo postopoma in z veliko potrpljenja razvili kakovostno in vsakemu ki jo potrebuje, dostopno paliativno oskrbo.

Paliativni Mobilni Tim je vsekakor tist del naše dejavnosti, ki je zelo povečal dostopnost in dostop do naših bolnikov, zato z optimizmom zremo v nadaljnji razvoj paliativne oskrbe znotraj UKC Maribor in v naši regiji.



PREDSTAVITEV PRIMERA BOLNIKA V PMT MARIBOR

Aleksandra Šolar, dipl.m.s.; Irena Kotnik, dipl.m.s.

Predstavili bomo bolnika, starega 86 let, ki ga na domu obiskuje paliativni mobilni tim.

Gre za bolnika, rojenega leta 1936, z maligno neoplazmo bronhija in KOPB. Kadilec je že 50 let, družinska anamneza glede rakavih bolezni je negativna.

Pri gospodu so novembra 2021 zaradi hemoptiz opravili bronhoskopijo, kjer so opazili spremembe v levem hilusu. Citološko so potrdili prisotnost atipičnih celic sumljivih na karcinom, vendar je bilo premalo materiala za objektivno oceno.

Na pulmološkem konziliju so sklenili, da je glede na izvid bronhoskopije in hemoptize, bolnik kandidat za hemostiptično obsevanje primarnega tumorja v pljučih.

Konec decembra 2021 je bolnik opravil pet obsevaj tumorja pljuč. Po obsevanju krvi ni več izkašljeval, zmanjšale so se tudi bolečine v prsnem košu. Počutil se je dobro. Večino dneva je bil aktiven. Pet dni po obsevanju, pride v ambulanto za radioterapijo svojka, ki pove, da je gospod izrazito slabši, večino dneva prespi, zelo malo je. Predpišejo Prosure napitke in izdajo napotnico za paliativno ambulanto.

Bolnik je bil v paliativnemu timu predstavljen s strani ambulante za radioterapijo, kjer so opravili paliativno obsevanje. Bolnik je dobil datum za prvi pregled v paliativni ambulanti.

Na prvi pregled prihaja hčerka, ki pove, da je toliko slab, da ni zmožen prihoda v ambulanto. Splošno se slabo počuti. Zatekajo mu noge in težje diha. Postal je tudi neješč, vendar so mu priskrbeli Prosure, ki ga sedaj uživa 2 krat dnevno.

Hčerki svetujemo, da gospoda pregleda osebni zdravnik na domu in opravi biokemične preiskave za izhodišče, kako bolniku naprej pomagati.

V kolikor bo stanje boljše lahko pride na pregled v ambulanto, v kolikor ne, pa bomo opravili obisk MPT po potrebi.



Po telefonskem pogovoru čez en teden izvemo, da je bolnik bolje, da so simptomi obvladani. Prejme datum za obisk v naši ambulanti.

Konec januarja pride bolnik na kontrolo v paliativno ambulanto. Pove, da več ne opaža krvavega izpljunka. Navaja pa močnejše oteženo dihanje, nima moči za izkašljevanje. Predpišemo mu Fluimukan 1x dnevno, ob tem pa še Lorsilan 1 mg tableto pred spanjem. Dobi tudi MO kapljice za napade težkega dihanja. Ob dihalni stiski lahko dodatno uporabi še Lorsilan.

V začetku februarja opravimo telefonsko kontrolo. Bolnik pove, da je stanje spremenljivo, da je v ospredju oteženo dihanje, zaradi česar uporablja Seretide, Spirivo, Mo in Lorsilan. Pove, da se včasih po zdravljenju težave omilijo, včasih pa niti ne. Dobi datum za kontrolo v ambulanti.

Čez nekaj dni nas pokliče hčerka, ki pove, da je bolnik zelo oslabil in ni zmožen priti v ambulanto, zato se dogovorimo, da ga pridemo obiskat na dom. Pove, da se slabo počuti, da mu zatekajo noge in težje diha. Svojce tudi skrbi, slabša odzivnost ob težkem dihanju, kar bi lahko govorilo o predoziranju z Lorsilanom in morfinskimi kapljicami, s katerimi si lajša dispneo. Postal je tudi neješč, kar svojce zelo skrbi. Za oceno realnega stanja, se dogovorimo za obisk na domu.

1. PALIATIVNI HIŠNI OBISK 11.2.22

Ob prihodu bolnika najprej povprašamo o počutju in njegovih težavah. Pomerimo vitalne funkcije, ki so v mejah normale. Skupaj rešimo Edmontonov vprašalnik, kjer sprašujemo in merimo stopnjo bolečine, utrujenost, zaspanost, težko dihanje, depresijo, anksioznost, apetit, na lestvici od 0 – 10. Bolnik bolečino oceni z 0, dispneo z 7, depresijo in anksioznost zanika in oceni z 1. Navaja pa občasno zaprtje, za kar zdravnica predpiše Lactecom sirup, sestra pa njega in svojce poduči o skrbi za redno prebavo. Ker je bolnik pokreten se dogovorimo o kontroli v ambulanti čer približno en mesec.

Tri dni po našem obisku pokličejo svojci, da bolnik ne jemlje redno terapije in uživa vedno manj hrane. Damo navodila, da svojci prevzamejo nadzor nad pravilnim jemanje terapije. Dogovorimo se za ponovni obisk na domu.

2. PALIATIVNI HIŠNI OBISK 18.2.22

Ob prihodu bolniku izmerimo vitalne finkcije, kjer ugotavljamo znižane vrednosti kisika v krvi (SpO_2). Krvni tlak je bil v mejah normale, v ospredju pa je tudi tahikardija. Ker se pojavlja težko dihanje, Lorsilan tbl. in morfinske kapljice pa mu ne pomagajo najboljše, se odločimo, da bolniku uredimo kisik na domu.

Bolnika in svojce, ki so zelo prestrašeni, ker mu ne znajo pomagati, pomirimo. V takšnih primerih je velikega pomena pravilen in strokoven, najbolj pa pomirjevalen pristop k bolniku in svojcem.

Po prihodu nazaj v UKC MB, se z podjetjem, ki izposoja koncentratorje kisika, dogovorimo o čimprejšnji dobavi le tega in ob predhodni izstavitvi naročilnice za tehnični pripomoček, posredujemo prošnjo na ZZZS.

Podjetje nam zagotovi, da bodo uredili dobavo v najkrajšem možnem času oziroma naslednji delovni dan.

Naslednji dan pokličemo svojce, da se prepričamo, da so dobili koncentrator, kar nam potrdijo in povedo, da se bolnik že boljše počuti, da je bolj miren, prav tako tudi svojci. Dogovorimo se, da pridemo k bolniku na hišni obisk naslednji dan. Po telefonskem razgovoru s svojci je bolnik stabilen, brez bolečin in težkega dihanja.

3. PALIATIVNI HIŠNI OBISK 26.2.22

Ob tretjem hišnem obisku nas je najbolj zanimala dispnea. SpO_2 je ob 1 l kisika 91%, kar je zadovoljivo. Bolnik tudi pove, da sedaj potrebuje manj morfinskih kapljic, s katerimi si je lajšal dispneo. Ker je zmanjšal uporabo le teh, smo uvedli Eupufen 12,5mcg/h obliž proti bolečinam.

Ugotavljamo, da je bolnik miren in zadovoljen, prav tako svojci. Zopet opravimo pogovor z bolnikom in svojci v smislu zdravstveno vzgojnega dela in jim zagotovimo pomoč v kolikor nas potrebujejo, za kar so zelo hvaležni.



4. PALIATIVNI HIŠNI OBISK 18.3.22

Pri bolniku opravimo kontrolo na domu. Bolnik je še pokreten, na dodanem kisiku, SpO₂ 91 %, počuti se dokaj dobro. Appetit je še vedno slab, vendar se potrudi popiti vsaj 2 Prosurja dnevno. Ponovno damo navodila za jemanje zdravil. Kontroliramo kri, izvidi pa so v mejah normale.

Čez nekaj časa opravimo telefonski razgovor z bolnikom, ki nam pove, da je stabilen in se dobro počuti.

Svojce vzpodbujamo in jim stojimo ob strani, da zmorejo skrbeti za hudo bolnega bolnika v domačem okolju. Domače okolje, je tisto, v katerem se bolnik počuti varno in ljubljeno.

Bolniku in svojcem smo tako vedno na voljo, imajo kontaktne telefonske številke paliativnega mobilnega tima, kjer smo dosegljivi 24h na dan.

Tak potek dobrega medsebojnega sodelovanja z bolnikom in svojci, nam je v veliko veselje.

Da pa nas bolnik in svojci z odprtimi rokami sprejmejo v svoje domače okolje, je pa za nas še posebej velika čast in zadovoljstvo.

PALIATIVNI MOBILNI TIM POMURJA

Šeruga M., Malačič S., Gumilar I., Dundek M., Goršak-Laušin V.

PRIKAZ PRIMERA

Želimo vam prikazati primer mlajšega bolnika, 55 let starega glasbenika, ki nam je kot timu postavljajl mejnike ob katerih smo se vedno znova znašli pred novimi izzivi. Obravnava tega bolnika nam je postavljala vedno nova vprašanja in nas vzpodbujala k iskanju pravih odgovorov in rešitev.

Diagnozo raka danke in vraničnega zavoja je imel bolnik postavljeno oktobra 2020 s kolonoskopijo. Sledila je zamejitev bolezni z radiološko diagnostiko. Ugotovljen je bil tumor, ki je bil omejen na trebuh brez oddaljenih metastaz. Predstavljen je bil onkologu Onkološkega inštituta Ljubljana in začel je z obsevanji in predoperativno kemoterapijo. Do prvega zapleta je prišlo v mesecu decembru, ko je potreboval operativni poseg zaradi ileusa, ki ga je povzročil tumor danke na 9 cm globine od anokutane linije. Narejena je bila bipolarna sigmostoma in kasneje zaradi postoperativnih zapletov s sepso še ileostoma. Nadaljeval je s kemoterapijo in obsevanji in ob kontroli pri onkologu v mesecu juliju so se dogovorili za datum operativnega posega v jeseni. Dobil je nalogo, da v tem času pridobi na telesni teži.

V mesecu septembru leta 2021 je začel bruhati in je imel težave z želodcem. Ni šel takoj k zdravniku.

V mesecu oktobru so onkologi ponovno opravili rtg diagnostiko in ugotovili razširitev bolezni v trebuhu. V mesecu novembru so postavili diagnozo kroničnega ileusa. Dobil je nasogastrično sukcijisko sondo, ki je vsak dan drenirala 1,5 l zelenkaste tekočine, v prehranski ambulanti je dobil PICC kateter. Začelo se je totalno parenteralno hranjenje. O načinu dovajanja hranil je bila poučena njegova mlajša sestra, saj gospod svoje lastne družine ni imel.

V mesecu januarju letos je bil odpuščen iz OI LJ in nekje konec meseca januarja 2022 smo bili prvič na obisku pri bolniku. Bolnik je bil shujšan, imel je elastomerno balonsko črpalko za lajšanje SIMPTOMOV KRONIČNEGA ILEUSA brez dodatka



morfija. Imel je tudi nasogastrično sukcijno sondo in PICC kateter za dovajanje hranil. Prvo vprašanje ki ga nam je postavil ob obisku je bilo, da bi rad umrl in kako je z evtanazijo pri nas. Zanimal se je glede nastanitve ob koncu življenja v bolnišnici ali v kaki specializirani ustanovi ali v HOSPICU.

Naslednja njegova želja je bila da bi bil rad doma in da bi rad umrl na svojem domu. Ni si želel nepotrebnih premikov v področno bolnišnico. Skrbelo ga je tudi, kako bo tako slaboten opravljal preglede v prehranski ambulanti OI v LJ, kjer so mu predpisovali parenteralno prehrano.

Vzpostavili smo kontakt z vodjo prehranske ambulante in se dogovorili da bolniku ni potrebno na dolge vožnje v Ljubljano. Postavilo pa se je vprašanje kako dolgo vztrajati s takim načinom prehrane. V elastomerno balonsko črpalko smo začeli dodajati morfij zaradi kontrole bolečin, ki so bile vse močnejše.

V drugi polovici meseca februarja je postal bolnik febrilen, laboratorijski izvidi so kazali na bakterijsko vnetje. Dogovorili smo se za aplikacijo antibiotika na 24 ur doma, ker bolnik ni hotel v bolnišnico. Zaradi slabšega počutja, bruhanja in ponovne povišane temperature je bil bolnik vendarle sprejet v bolnišnico. Tu se je pojavilo vprašanje urejanje bolečine ob elastomerni črpalki, ker je bolnika obravnaval mlajši kolega, ki ni bil več analgetičnih postopkov in principov paliativne oskrbe.

Drugi dan po odpustu se je pri bolniku pojavila črevesno-kutana fistula in bolnik je še en teden prejemal antibiotično terapijo. Obiskovala ga je patronažna služba, prilagajali smo elastomerno balonsko črpalko glede na simptome. Še vedno je po NGS iztekalo 1,5 l tekočine. Splošno stanje bolnika se je slabšalo in zmanjševalo je parenteralne prehrane, zato smo se začeli pogovarjati o zmanjšanem vnosu hranil.

Zadnja dva tedna v mesecu marcu pa bolnik ni mogel več kontrolirati urina in vstavili smo urinski kateter, da bi preprečili nastanek ran zaradi pritiska. Pojavila se je nova zatrdlina levo ingvinalno. UZ preiskava je nakazovala na absces in na možnost nastanka nove fistule.

Dogovorili smo se za prekinitev perenteralnega hranjenja in začetek subkutane hidracije. Bolnik je umrl 31. marca 2022.

Bolnika smo spremljali skoraj 3 mesece, obiskali smo ga 14 krat. Upoštevali smo njegovo željo da ostane v domačem okolju in da umre doma. Brez podpore njegove ožje družine nam to verjetno ne bi uspelo.

Postavil nas je pred vprašanje evtanazije in v dilemo kdaj končati parenteralno hranjenje pri takšnem bolniku ter jo nadomestiti zgolj s hidracijo. Dal nam je vedeti, da moramo znanje o paliativni oskrbi vedno znova poglobljati in oskrbo prilagajati posameznemu bolniku. Prav tako nas je še dodatno vzpodbudil, da je treba vedenje o paliativni oskrbi širiti med zdravstvenimi delavci in v laični skupnosti.



PREDSTAVITEV MOBILNEGA PALIATIVNEGA TIMA V BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA

Valentina Goršak Lovšin, mag. zdrav. nege

Tradicija paliativne oskrbe v Pomurju sega vse v leto 2006, ko smo v bolnišnici začeli bolj poglobljeno razmišljati o paliativni oskrbi. Delo smo nadaljevali v Pilotnem projektu med leti 2009 in 2010. Gonilna sila vseh prizadevanj je bila ves čas dr. Maja Šeruga. Tudi potem, ko smo pilotni projekt zaključil, smo ves čas nadaljevali z aktivnostmi. Vse bolnike, katere smo v okviru svojega dela zaznali kot paliativne, smo obravnavali po principu paliativne oskrbe. V tem času nismo pristopali sistematično, smo pa širili zavedanje in znanje o potrebnosti redne paliativne oskrbe.

Spomladi 2021 je bolnišnica dobila odobrena sredstva za izvajanje paliativne oskrbe. Po splošnem dogovoru za leto 2021 bi naj naš MPT (mobilni paliativni tim) sestavljali 3,2 zdravniki, 2 diplomirani medicinski sestre, pol socialnega delavca in nekaj manj kot en administrativni delavec. Na letni ravni bi naj opravili 28.743 obravnav. Znašli smo se pred nemogočo nalogo, kljub temu smo odločno pristopili in začeli s 1.7.2021.

V začetku nismo imeli nič, razen volje in dovoljenja da lahko delamo. Začeli smo delati v okviru svojih rednih služb. Kot zunanji sodelavci so nam začeli poleg svojih rednih zaposlitev pomagati nekaj ur na teden trije zdravniki dr. Maja Šeruga, Stanislav Malačič in Ines Gumilar, zdravnica Monika Dúndek Celec kot vodja tima in sama kot koordinatorica, sva vse do letošnjega maja opravljali to delo skoraj izključno v okviru svojega rednega dela na internem oddelku. Trenutno vodja dela en dan ambulanto in sama sem štiri dni razpisana za paliativo.

V prvih mesecih delovanja smo poiskali ustrezne prostore, vzpostavili stroškovno mesto, uredili informacijsko delovno okolje, vzpostavili telefonsko dostopnost 24/7. Trenutno smo v fazi selitve v drugi prostor, do sedaj smo gostovali v prostorih nevrološke ambulante.



V prvem mesecu delovanja smo vzpostavili dvakrat po štiri ure popoldansko ambulantno, v kateri dela dr Maja Šeruga. Hkrati so zdravniki začeli hoditi tudi na hišne obiske, največkrat takrat, ko so nas poklicali. V prvem mesecu smo vključili 13 bolnikov, do konec leta 2021 smo jih obravnavali 53. Večina jih je bila onkoloških bolnikov. Letos smo jih obravnavali blizu 80. Poleg onkoloških bolnikov so pri nas v obravnavi še bolniki s popuščanjem organov in dementni bolniki. Nemaokrat je pri naših bolnikih prisotna polimorbidnost. Praviloma vključimo bolnike ob odpustu iz bolnišnice ali na podlagi napotnice različnih specialistov.

Več kot polovica naših vključenih bolnikov še vedno umre v bolnišnici. Trudimo se, da bi uspeli v domačem okolju nuditi čim boljšo oskrbo, da bi bolniki čim manjkrat potrebovali hospitalizacijo.

Za hišne obiske imamo na voljo službeno vozilo bolnišnice. Svojega avtomobila še nimamo. Zdravniki iz praktičnih razlogov velikokrat uporabijo lastno vozilo. Težave imamo pri plačevanju potnih stroškov. Prav tako nimamo urejenega plačevanja stalne dosegljivosti po telefonu.

Glavne naloge in smernice ki jih opravljamo v MPT so:

- sprejem, obravnava, spremljanje bolnika in njemu bližnjih oseb,
- načrt oskrbe,
- skrb za fizično, socialno, psihično in duhovno pomoč,
- organizacija in vodenje družinskih sestankov,
- konzilijarni pregledi znotraj bolnišnice,
- timski sestanki
- koordinacija sprejema in odpusta iz bolnišnice,
- sodelovanje z različnimi specialisti, patronažno službo, osebnimi zdravniki, centri za pomoč na domu, Slovensko društvo hospic ipd.,
- nudimo pomoč paliativnim timom na primarnem nivoju,
- hišni obiski,
- bolnika spremljamo povsod tam, kjer se nahaja (bolnišnica, DSO, domače okolje, pri sorodnikih, hospicih),

- pomoč pri urejanju pravic iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja,
- obisk družine po smrti,
- pomoč pri urejanju in pospravljanju ostankov zdravil, različnih pripomočkov za nego in oskrbo,
- holistični pristop
- opolnomočenje
- detabuizacija umiranja in smrti,
- funkcionalno izobraževanje, usposabljanje, raziskovanje,
- evalvacija.

Načrti za naprej:

- organizacija izobraževanj za sodelavce,
- sistematično pristopiti k žalovanju,
- dodelati: dokumentacijo, klinično pot, standarde,
- vzpostaviti paliativno ambulantno vsak delovni dan,
- aktivirati ponovno prostovoljce, ki so že delovali v okviru bolnišnice,
- ureditev sočutne točke s pomočjo Slovenskega društva hospic,
- ureditev posteljne enote za paliativno oskrbo s posebej usposobljenim kadrom, kjer bo oskrbni dan potekal drugače, kot na drugih oddelkih,
- sodelovanje pri projektu Merna iža.

Opažamo, da strokovni sodelavci težko prepoznavajo paliativnega bolnika. Pogosto nas pokličejo prepozno, ko že nastopi faza umiranja. Seveda lahko tudi takrat še veliko pomagamo, vendar pa je veliko tega do takrat že zamujenega. Odlična alternativa agresivnim načinom zdravljenja težko bolnih in umirajočih, ko ne zdravimo bolnika ampak izvide, je paliativna oskrba.

Kadrovsko smo še vedno zelo podhranjeni. Ne moremo se znebiti vtisa, da smo obravnavani, kot neka obrobna dejavnost, od nas se zahtevajo rezultati, točke, dobiček. Za nas je največji dober rezultat zadovoljen pacient in družina. Dobivamo veliko vzpodbud iz okolja in to nam daje elan za naprej.



Pozitivni učinki paliativne oskrbe so dokazani in o tem ne dvomimo več. Lahko govorimo o različnih konceptih kot umiranje z dostojanstvom, sočutje, skrb. Glede na to so tudi pristopi različni. Na koncu je cilj in smoter enak, poskrbeti za kakovost oskrbe ob koncu življenja glede na okolje in potrebe bolnika in njegove družine.

Skrb za težko bolne in umirajoče bolnike se dotika celotne družbe. Način, kako kot družba poskrbimo za paliativne bolnike, kaže na to kakšne vrednote kot družba živimo. Paliativna oskrba pomeni dodano vrednost družbe.

Trudimo se vzpostaviti kakovostno mrežo paliativne oskrbe z ozaveščanjem širše javnosti, detabuizirati smrt, govoriti o dostojanstvu in avtonomiji umirajočih in s tem tudi delati proti argumentom, ki govorijo v prid evtanaziji.

OBRAVNAVA BOLNIKA NA ENOTI ZA RADIOTERAPIJO UKC MB

Tamara Petrun, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo

POVZETEK

Obsevanje ali radioterapija predstavlja eno izmed temeljnih oblik onkološkega zdravljenja z namenom uničevanja oziroma kontroliranja rakastih celic. Celica se poškoduje z uničenjem genetskega materiala, ki nadzoruje rast in delitev celic. Stranski učinki so lahko akutni ali kronični in so odvisni od obsewane lokacije, obsevalne doze, pridruženih bolezni in drugih dejavnikov.

ABSTRACT

Radiation therapy or radiotherapy is a part of cancer treatment to control or kill malignant cells. Radiation therapy damages cells by destroying the genetic material that controls how cells grow and divide. Side effects of radiotherapy can be short or long term and depend on the type of cancer, its location, the radiation therapy dose, general health and other factors.

ZDRAVLJENJE Z OBSEVANJEM

Obsevanje ali radioterapija je ena izmed treh temeljnih oblik zdravljenja rakave bolezni (zraven kirurgije in sistemskega zdravljenja). Predstavlja lokalni način zdravljenja z ionizirajočimi žarki in je tehnološko najzahtevnejše zdravljenje v medicini. Pri nekaterih rakih lahko predstavlja edini način zdravljenja, večina bolnikov pa prejme tako operativno, sistemsko kot obsevalno zdravljenje. Več kot 50% onkoloških bolnikov bo v procesu zdravljenja prejelo tudi obsevanje. Poznamo zunanje (teleradioterapija) in notranje (brahiradioterapija) obsevanje.

Zdravljenje načrtuje in vodi zdravnik specialist onkologije z radioterapijo ob sodelovanju medicinske sestre, radiološkega inženirja, medicinskega fizika in dozimetrista (za izvedbo in nemoten proces obsevalnega zdravljenja je izjemno



pomembno sodelovanje multidisciplinarnega radioterapevtskega tima).

Nameni zdravljenja z obsevanjem so različni:

- Radikalno obsevanje: ozdravitev
- Predoperativno (neoadjuvantno) obsevanje: doseči zmanjšanje tumorja pred predvidenim operativnim posegom
- Pooperativno (adjuvantno) obsevanje: preprečiti ponovitev bolezni
- Paliativno obsevanje: odpraviti ali omiliti simptome, ki nastanejo zaradi primarnega tumorja ali metastaz, zmanjšati krvavitev (hemostiptično obsevanje),...

Multidisciplinarni konzilij poda mnenje ali onkološki bolnik potrebuje obsevanje. Za tem je povabljen v radioterapevtsko ambulantno. Zdravnik specialist onkologije z radioterapijo bolnika pregleda in se z njim obširno pogovori (razloži namen, režim ter morebitne stranske učinke, ki nastanejo zaradi obsevanja). Po pregledu se naredi priprava na obsevanje (na CT, MR ali PET CT simulatorju) in nato se prične v nekaj dneh (od 1-14 dni) zdravljenje z obsevanjem na podlagi pripravljenega obsevalnega načrta. Velika večina bolnikov se zdravi ambulantno, več dni zapored (obsevanje s paliativnim namenom obsega manjše število frakcij kot radikalno obsevanje). Proces obsevanja na linearnem pospeševalniku traja nekaj minut, število predpisanih obsevanj je pa lahko od ene do 28 ali več (število frakcij obsevanj je odvisno od namena obsevanja in lokalizacije). Obseva se vsak dan, razen sobote, nedelje in praznikov. Bolnik je obsevan v položaju v kakršnem je bil nameščen na pripravi na obsevanje.

STRANSKI UČINKI ZDRAVLJENJA Z OBSEVANJEM

Kot vsako zdravljenje ima tudi zdravljenje z obsevanjem stranske učinke, ki so povezani glede na lokacijo obsevanja, značilnosti bolnika (starost, pridružene bolezni, prehrana, kajenje,...) volumen obsevanega področja in dnevna ter celokupna predpisana doza. Stranski učinki so povzročeni zaradi propada tumorja in sočasnega obsevanja zdravih tkiv v okolici tumorja. Razdelimo jih na zgodnje ali akutne, ki se pojavijo med ali takoj po obsevanju (do 3 mesece po obsevanju). Povzročajo težave predvsem zaradi vnetja sluznic (radiomukozitis) ali obsevane kože (radio-dermatitis) in izzvenijo v enem mesecu. Pozni oziroma kronični stranski učinki se pojavijo postopno po zaključenem obsevanju in lahko pomembno znižajo kvaliteto življenja. Ena najbolj nevarnih poznih posledic je možnost pojava sekundarnega raka, ki lahko vzniknejo na področju obsevanega področja.

LITERATURA

1. Hočevar, M., & Strojan, P. (Eds.). (2018). *Onkologija: učbenik za študente medicine* (1. izd.). Onkološki inštitut; = Institute of Oncology. doi:10.25670/oi2018-001m
2. Gong, L., Zhang, Y., Liu, C., Zhang, M., & Han, S. (2021). Application of Radiosensitizers in Cancer Radiotherapy. *International journal of nanomedicine*, 16, 1083–1102. <https://doi.org/10.2147/IJN.S290438>
2. Gao, L., Zheng, H., Cai, Q., & Wei, L. (2020). Autophagy and Tumour Radiotherapy. *Advances in experimental medicine and biology*, 1207, 375–387. https://doi.org/10.1007/978-981-15-4272-5_25
3. Lawrie, T. A., Green, J. T., Beresford, M., Wedlake, L., Burden, S., Davidson, S. E., Lal, S., Henson, C. C., & Andreyev, H. (2018). Interventions to reduce acute and late adverse gastrointestinal effects of pelvic radiotherapy for primary pelvic cancers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD012529. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012529.pub2>
4. Feng, L. R., Suy, S., Collins, S. P., & Saligan, L. N. (2017). The role of TRAIL in fatigue induced by repeated stress from radiotherapy. *Journal of psychiatric research*, 91, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.012>



POMEN ZDRAVSTVENE VZGOJE PACIENTA O RADIODERMATITISU V AMBULANTI ZA RADIOTERAPIJO

Anja Braček dipl. m. s.; Špela Penič dipl. m.s.

Radioterapija ali zdravljenje z obsevanjem je poleg kirurgije in sistemskega zdravljenja eden izmed treh osnovnih načinov zdravljenja.

Danes večina bolnikov zdravimo s kombinacijo operacije, obsevanja in kemoterapije, pri nekaterih rakih pa je lahko edini način zdravljenja samo obsevanje.

Pri obsevanju gre za lokalno zdravljenje, katerega namen je uničenje rakavih celic z uporabo ionizirajočega sevanja in učinkuje samo na mestu obsevanja.

Zdravljenje z obsevanjem vodijo zdravniki specialisti onkologije z radioterapijo. Pri načrtovanju obsevanja sodelujejo medicinski fiziki, pri izvedbi na obsevalnih aparatih radiološki inženirji, zdravstveno vzgojno delo pa izvajamo diplomirane medicinske sestre v posvetovalni ambulanti za radioterapijo.

Po mednarodnih priporočilih, naj bi se z obsevanjem zdravilo, kadarkoli v poteku svoje bolezni, približno polovica vseh bolnikov z rakom.

Delitev obsevanja:

- radikalno obsevanje - namen zdravljenja je ozdravitev,
- predoperativno (neoadjuvantno) - poskušamo doseči zmanjšanje tumorja, pred popolno kirurško odstranitvijo le tega,
- pooperativno (adjuvantno) – preprečitev področne ponovitve bolezni,
- samosotojen način zdravljenja - definitivna radioterapija,
- paliativno obsevanje - poskusimo odpraviti ali vsaj omiliti bolnikove težave.



KAJ JE RADIODERMATITIS?

Radiodermatitis je akutna poškodba kože, ki nastane zaradi zdravljenja z radioterapijo.

Lahko povzroči bolečino, neudobje in omejuje aktivnosti. Podaljšuje proces zdravljenja in občutno vpliva na znižanje kakovosti življenja bolnika. Vse osebe, ki so obsevane, so v potencialni nevarnosti, da razvijejo radiodermatitis. Reakcije na koži niso opekline, ampak gre za kombinacijo poškodbe kože zaradi sevanja in posledično vnetnega odgovora, ki se lahko pojavi tako na mestu vstopa kot tudi na izstopni strani sevanja. Ionizirajoče sevanje okvari zarodne plasti celic in povzroči neravnovesje med produkcijo celic in okvarjeno integriteto kože.

Natančneje, okrog 95% bolnikov z rakom, ki prejemajo radioterapijo, bo razvilo neko obliko radiodermatitisa, vključno z eritemom, suhim luščenjem ali vlažnim luščenjem. Te kožne reakcije pri obsevanju lahko povzročijo številne zaplete, vključno z zamudami pri zdravljenju, zmanjšana je kakovost življenja in tudi estetski izgled bolnika. Radiodermatitis se razvije približno po dveh tednih po pričetku obsevanja in je lahko prisoten še nekaj tednov po končanem zdravljenju. Praviloma nastane znotraj obsevanega področja.

Neželeni učinki zdravljenja z obsevanjem so odvisni od:

- načina zdravljenja (ionizirajoče sevanje ali kombinirano zdravljenje z kemoterapijo),
- anatomskih posebnosti obsevanega predela (različni predeli telesa),
- obsevalne tehnike,
- genetike posameznika oz. spremljajoče bolezni (sladkorna bolezen, kardiovaskularne bolezni, dermatološka obolenja).

Po času nastanka ločimo:

- akutne (zgodnje) neželene učinke, pojavijo se v času obsevanja oz. do tri mesece po njem. To so predvsem spremembe na koži (radiodermatitis), dojka oz. področje brazgotine po odstranitvi dojke lahko oteče, pojavi se lahko tudi občutek slabše gibljivosti roke na strani obsevanja. Če je v obsevalno področje zajeta sluznica, lahko pride do vnetja (mukozitisa).

- kronične (pozne) neželene učinke, pojavijo se po tem obdobju ali celo tudi več let po končanem zdravljenju, predvsem kot je rahla zadebeljena in porjavela koža na obsevanem področju, ki se praviloma sčasoma zmanjša, vendar je lahko trajna. Izjemno redko se mnogo let po končanem obsevanju pojavijo težave, povezane z okvaro srčne mišice in živčevja.
- kasne neželene učinke, se razvijejo iz nepopolno zaceljenih akutnih okvar,
- splošni stranski učinki so ponavadi malo izraženi in se kažejo, kot utrujenost, izguba apetita in čustven stres.

STOPNJE POŠKODBE KOŽE PRI OBSEVANJU

Stopnja 1: začetni eritem ali suho luščenje kože; na kožo naneseemo kremo, ki vzpodbuja regeneracijo, vlaži, hladi, daje koži prožnost in s tem preprečuje nastanek razpok in erozij.



Vir: Ambulanta za radioterapijo, Oddelek za onkologijo



Stopnja 2: zmeren do hud eritem, posamezna mesta vlažne deskvamacije, omejena pretežno na kožne gube: posamezna manjša področja vlažnega luščenja očistimo s fiziološko raztopino, naneseemo hidrogel z antiseptikom in namestimo tanko poliuretansko peno ali zaščitimo s silikonsko mrežico, ter pokrijemo z zloženci. Suhe robove namažemo z kremo, ki vzpodbuja regeneracijo prizadete kože, vlaži in hladi ter daje koži prožnost, vse skupaj fiksiramo z povojem.



Vir: Ambulanta za radioterapijo, Oddelek za onkologijo

Stopnja 3: vlažna deskvamacija zunaj področja kožnih gub, krvavitev že po manjši poškodbi ali abraziji; zdravljenje z obkladki; namestimo silikonsko mrežico in oblogo z elektrolitsko raztopino. Pritrdimo s polpropustnim filmom, nato zaščitimo z zloženci ter vse skupaj fiksiramo z povojem. Oblogo menjamo na 24ur (po obsevanju). Uporabimo lahko tudi hidrogelz antiseptikom, tanko poliuretansko peno s silikonom, polpropustni film in obloge z medom.



Vir: Ambulanta za radioterapijo, Oddelek za onkologijo

Stopnja 4: nekroza kože ali razjede celotne debeline dermisa; spontane krvavitve; prekinemo z radioterapijo. Ob spontani krvavitvi namestimo Ca alginatne obloge. Tako kot v stopnji 3, po naročilu zdravnika uvedemo prehransko podporo in ob okužbi rane vzamemo bris. Po naročilu zdravnika apliciramo antibiotik.

POSVETOVALNA AMBULANTA ZA RADIOTERAPIJO MARIBOR

Posvetovalna ambulanta za radioterapijo trenutno deluje enkrat tedensko (vsako sredo) v kletnih prostorih Oddelka za onkologijo. Izmenjujoče v ambulanti trenutno delamo tri diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstvenik. Izvajamo prve posvete, predvsem pri ženskah, ki obsevajo rak dojke in nato še nadaljnje kontrole med obsevanjem. Nadaljnje kontrole izvajamo pri bolnikih, ki obsevajo



rak prostate, rak pljuč in rak materničnega vratu. V programu MOSAIQ imamo določene vprašalnike, po katerih bolnike sprašujemo o kakršnihkoli novo nastalih težavah med obsevanjem.

Obravnave potekajo individualno in se prilagajajo posamezniku.

V primeru hujših težav med obsevanjem obvestimo zdravnika radioterapevta, da bolnika pogleda tudi sam.

Cilji posvetovalne ambulante za radioterapijo:

- bolnik bo poučen o poteku in načinu zdravljenja,
- bo poučen o možnih neželenih učinkih obsevanja,
- bo poučen o aktivnostih ter ukrepih za preprečevanje in/ali zmanjševanje neželenih učinkov zdravljenja,
- bo psihično in fizično pripravljen na zdravljenje z obsevanjem,
- bo imel možnost postavljanja vprašanj, dvomov, izražanja, strahov, itd.

POSVETOVALNICA PRI ZDRAVLJENJU RAKA DOJKE Z OBSEVANJEM

Pacientka je naročena v ambulantno za radioterapijo ob pričetku obsevanja. Ob prvem obisku prejme zloženko. Potek samega obsevanja na prvem pregledu razloži zdravnik radioterapevt. Svetujemo, da upoštevajo zdrav način prehranjevanja in pitje dovolj tekočin. Odsvetujemo jim uživanje antioksidantov in kajenje, le ta lahko zmanjša učinek obsevanja. Priporočamo, da aktivnost prilagodijo telesnim zmožnostim in jih ne opustijo popolnoma. Težkemu in fizičnemu delu, naj se izogibajo. Poudarek zdravstvene vzgoje je na negi kože obsevanega predela.

Zdravstvena vzgoja o negi kože

- tuširanje z mlačno vodo,
- barvila s katerimi je označeno obsevalno polje se ne sme odstranjevati,
- uporaba nevtralnega mila ali brez,
- sušenje, pivnanje kože s čisto in mehko brisačo (ne brisanje in drgnjenje),
- britje pazduhe v obsevalnem področju z električnim brivnikom ali sploh ne,

- uporaba dezodorantov brez vsebnosti aluminija je dovoljena le na nepoškodovani koži,
- uporaba vlažilne kreme na recept, po dogovoru z zdravnikom in vedno po obsevanju,
- zaščita kože pred soncem in mrazom, tudi po zaključenem obsevanju,
- na obsevalnem področju se ne uporablja nikakršnih lepilnih sredstev,
- kopanje v banji, bazenu in morju se ne priporoča, prav tako se odsvetuje obiskovanje savne, plavanje je priporočljivo nekje po dveh mesecih po zaključku obsevanja,
- oblačila naj bodo bombažna in ohlapna, prav tako spodnje perilo,
- razložimo kaj je radiodermatitis, kako pomembno je samoopazovanje, pravočasno prepoznavanje, poškodbe kože in hitro ukrepanje.

POMEN ZDRAVSTVENE VZGOJE PACIENTA O RADIODERMATITISU

Da bo zdravljenje zaključeno s čim manj poškodbami kože, je ključna dobra poučenost pacienta o pravilni negi le-te. Po končanem prvem posvetu vedno preverimo razumevanje podanih informacij pacientu. Upoštevamo zmožnost samooskrbe pacienta. Če so bolniki starejši, po potrebi vključimo svojce in patronažno službo. Ker naša ambulanta trenutno deluje enkrat tedensko, pacienta poučimo o samo opazovanju obsevanega predela ter, pomembno je da, tudi sam prepozna zgodnje znake radiodermatitisa in o tem obvesti zdravnika radioterapevta. Poučimo ga, da se lahko vsak dan obsevanja, če ima kakršnakoli vprašanja obrne na pomoč negovalne osebe. Le ti po potrebi obvestijo zdravnika radioterapevta.

KONTROLA PACIENTKE Z RAKOM DOJKE V POSVETOVALNI AMBULANTI ZA RADIOTERAPIJO

Kontrola v ambulanti se izvaja enkrat tedensko. Čas kontrole vedno sovpada s časom obsevanja. Pogovor mora potekati naravno, brez občutka formalnosti, saj le tako pridobimo zaupanje pacienta. Povprašamo jih o morebitnih novonastalih težavah in skupaj poiščemo rešitev. Opazamo, da nam pacientke velikokrat zaupajo



svoje stiske, ki niso neposredno povezane z obsevanjem. Pomembno je, da si vzamemo čas za pogovor. V ambulantni na kontrolnih pregledih nato skupaj ocenimo stanje kože, saj pacientke same vedno ne znajo oceniti le-te.

PRIMER VPRAŠALNIKA IZ MOSAIQA

ODDELEK ZA ONKOLOGIJO, Enota za radioterapijo

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva

EMŠO/identifikacijska številka (št. ZZZS)

prebivališče

Kontrola (radioterapija dojk)

50-letna bolnica se obseva na linearnem pospeševalniku. Obseva naslednje tarčne volumne:

PTV1 breast R

Obsevanje traja od 5. 04. 2022 do 15. 04. 2022 in se izvaja s tehniko IMRT SIB Fotoni.

Do zdaj je aplicirana skupna doza TD 24,03 Gy, v 9 frakcijah od predvidenih 15, z dozo na frakcijo 2,67 Gy.

Bolnica nadaljuje z obsevanjem kot načrtovano.

PTV2 boost

Obsevanje traja od 5. 04. 2022 do 15. 04. 2022 in se izvaja s tehniko IMRT SIB Fotoni.

Do zdaj je aplicirana skupna doza TD 27,45 Gy, v 9 frakcijah od predvidenih 15, z dozo na frakcijo 3,05 Gy.

Bolnica nadaljuje z obsevanjem kot načrtovano.

PTV3 scl

Obsevanje traja od 5. 04. 2022 do 15. 04. 2022 in se izvaja s tehniko IMRT SIB Fotoni.

Do zdaj je aplicirana skupna doza TD 24,03 Gy, v 9 frakcijah od predvidenih 15, z dozo na frakcijo 2,67 Gy.

Bolnica nadaljuje z obsevanjem kot načrtovano.

Datum kontrolnega pregleda: 13. 04. 2022

Frakcija

Frakcija: 7,00

Splošni znaki

Teža: 99,00

Višina: 168,00

IBM: 35,10

Počutje

Utrujenost: oBrez

Bolecina (dojka): oBrez

Ezofagitis

Ezofagitis: oBrez

Koža

Koža: oBrez sprememb na koži glede na izhodiščno stanje

Srbenje: oBrez

Nevrološke motnje: 1Rahle

Barva sekrecije: oBrez sprememb

Pregled dojke

Pregled dojke: 1Spremembe (glej opombe)

Opombe: Obcutljiva koža, brez rdecine

Opombe

Opombe: Prejme eRp za 10% ol. olje v belobazi

Pregled diktiral: dr. med.

Dne: 13. 04. 2022



ZAKLJUČEK

Zdravljenje malignih bolezni z obsevanjem je pogosto povezano s stranskimi učinki. Vsem stranskim učinkom se ne moremo izogniti, lahko pa jih omilimo. Zato je pomembna dobra zdravstvena vzgoja, preverjanje razumljivosti podanih informacij in vzpostavitev zaupanja med pacientom in zdravstvenimi delavci.

LITERATURA

1. Oblak, I. & Tomc, D., 2016. Strokovna priporočila za obravnavo radiodermatitisa. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana.
2. Strojan, P. & Hočevnar, M., 2018. Onkologija: Učbenik za študente medicine. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana.
3. Petrijevčanin, B. & Senič, B., 2007. Akutna poškodba kože – radiodermatitis. Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe bolnika. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana
4. Singh, M., Alavi, A., Wong, R., Sanadori A., 2016. Radiodermatitis: A Review of Our Current Understanding. Springer International Publishing Switzerland, 17, pp. 277-292.
5. Onkološki inštitut Ljubljana, 2022. Radioterapija ali zdravljenje z obsevanjem. [Online] Available at: www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena_dejavnost/sektor_radioterapije/vec_o_sektorju_radioterapije [Accessed 15. 04. 2022].

SKRB ZA BOLNIKA V ČASU SISTEMSKE TERAPIJE V SMISLU POJAVA ALERGIJSKE REAKCIJE

Dušanka Paklec, dipl.m.s.

ALERGIJSKA REAKCIJA NA PROTIRAKAVO ZDRAVILO

Vsa zdravila za sistemsko zdravljenje raka lahko povzročijo alergijsko reakcijo. Preobčutljivostne reakcije po zdravlilih so tiste neugodne reakcije, ki nastanejo pri majhnem številu bolnikov in so posledica neustrezne reakcije bolnika proti zdravilu, ki je bilo dano ob pravilni indikaciji in v pravilnem odmerku.

Pri bolnikih, ki so atopiki, ni alergija nič pogostejša kot v splošni populaciji. Po drugi strani pa so nekatere osebe nagnjene k alergijskim reakcijam po zdravlilih.

Pestrost alergijskih in nealergijskih preobčutljivostnih zapletov je posledica različnih imunskih in ne-imunskih mehanizmov, od katerih vsak povzroči svojstveno klinično sliko. Če je mehanizem preobčutljivosti imunološki, se ta reakcija imenuje alergija. Preobčutljivostne reakcije po zdravlilih potekajo po vseh štirih tipih po Gellu in Coombsu.



Alergijska reakcija

Stopnja 1	Stopnja 2	Stopnja 3	Stopnja 4	Stopnja 5
Blaga prehodna reakcija; prekinitev infuzije ni potrebna; intervencija ni potrebna	Potrebna je prekinitev infuzije; reakcija odziva na simptomatsko zdravljenje: NSAR, antihistaminiki, i.v. tekočine,... profilaksa potrebna ≤ 24h	Podaljšana reakcija, ki ne odziva na simptomatsko zdravljenje ali prekinitev infuzije; ponovitev simptomov po prehodnem izboljšanju; potrebna hospitalizacija	Življenjsko ogrožajoče stanje; indicirano urgentno posredovanje	Smrt

Znaki in simptomi alergijskih reakcij:

- Zvišana telesna temperatura,
- zardevanje, srbečica
- dispneja, hipoksija, abdominalna bolečina
- slabost, bruhanje ali diareja
- kožni izpuščaji
- spremembe srčnega utripa ali tlaka, omotica, sinkopa.

Znaki in simptomi anafilaktičnih reakcij:

- Kožni: zardevanje, srbečica, urtikarija, angioedemi
- Respiratorni: kašelj, pomanjkanje sape, nosna kongestija, tiščanje v prsih, (občutek) oteklega grla, hipoksija
- Kardiovaskularni: tahikardija, sinkopa, hipotenzija, izguba zavesti
- Gastrointestinalni: navzeja, bruhanje, abdominalni krči, diareja
- Nevromuskularni: omotica, krči, zamegljen vid, hude bolečine.

Klasifikacija preobčutljivostnih reakcij glede na klinično sliko, patogenezo in genetiko

Klinično preobčutljivostne reakcije razvrstimo v takojšnje (če se pojavijo v eni uri (oziroma do 6 ur po dajanju) ali kasne (če se pojavijo kasneje).

Reakcije zaradi sindroma sproščanja citokinov se običajno pojavijo pri prvem dajanju zdravila in so manj izražene pri naslednjih aplikacijah. Klinične značilnosti obsegajo nespecifične simptome (zardevanje, dispnea, stiskanje v grlu, omotica/hipotenzija, gastrointestinalni simptomi), glavobol, zvišan krvni tlak, bolečine v prsih in hrbtu, zvišana telesna temperatura, mrzlica in drgetanje. Te reakcije ublažimo ali preprečimo s premedikacijo z glukokortikoidi, paracetamolom in počasno infuzijo.

Nekatere preobčutljivostne reakcije s kliničnimi značilnostmi takojšnjih reakcij se razvijejo nekaj ur po dajanju zdravila, zlasti kadar se zdravilo daje subkutano. Te reakcije je treba šteti za takojšnje preobčutljivostne reakcije.

Včasih preobčutljivostne reakcije ne povzroči zdravilo, ampak dodatek zdravila. Nekatere anafilaktične reakcije so posledica senzibilizacije s polisorbitom. Tudi pri taksanih, kjer se preobčutljivostne reakcije značilno pojavijo pri prvi aplikaciji in izzvenijo po ustavitvi infuzije izgleda, da je razlog dodan kremofor oziroma polisorbitan 80, ki sta sposobna aktivirati komplement.

Infuzijske reakcije pri različnih oblikah protitumornih zdravil

Vse oblike protitumornih zdravil lahko izzovejo infuzijske reakcije. Na splošno lahko rečemo, da je pojavnost infuzijskih reakcij ob zdravljenju s klasičnimi citostatiki redka, potek blag.

Pri nekaterih citostatikih, kot so derivati platine in citostatiki iz skupine taksanov, so infuzijske reakcije bolj pogoste.

Najpogostejše so reakcije povezane z:

- Paklitaksel®
- Docetaksel®
- Cisplatin®



- Karboplatin®
- Oksaliplatin®
- Etopozid®
- Bleomicin®

Derivati platine (cisplatin, karboplatin, oksaliplatin) so skupina protitumornih zdravil, ki se široko uporabljajo za zdravljenje raka jajčnika, pljuč, rak danke in črevesa, rak trebušne slinavke. Infuzijska reakcija se običajno razvije po več ciklih prejetega zdravila, pogosto ob zdravljenju ponovitve bolezni. Daljši kot je presledek med prvim in ponovnim zdravljenjem, večje je tveganje za razvoj infuzijske reakcije.

Cisplatin®, *Karboplatin®*: večina reakcij se kaže kot pruritus (srbenje kože), urtikarija, izpuščaj/srbečica, bronhospazem, otekanje, hipotenzija...

Oksaliplatin®: zardevanje v obraz, srbečica dlani/podplatov, izpuščaj, abdominalna bolečina... (laringofaringealna distezija na mrzlo ni hipersenzitivna reakcija).

Taksani (paklitaksel, docetaksel, nab-paklitaksel) so druga pomembna skupina citostatikov, pri katerih se pogosteje pojavi alergijska reakcija. So prav tako pogosto predpisani citostatiki za zdravljenje raka dojke, pljuč, jajčnikov, prostate in drugih malignomov. Ni znano ali infuzijsko reakcijo povzročajo taksani ali topilo. V paklitakselu je to kolifor EL, v docetakselu polisorb 80.

Večina se klinično izrazijo v prvih minutah. Potekajo kot tip I preobčutljivostne reakcije z :

- Rdečico obraza,
- Bolečinami v hrbtu,
- Koprivnico,
- Urikarijo,
- Bolečinami v prsnem košu, hrbtu ali trebuhu...

Simptomi po ustavitvi infuzije hitro izzvenijo. V primeru blage ali zmerne alergijske reakcije lahko z infuzijo nadaljujemo (ob podporni terapiji).

PREPREČEVANJE ALERGIJSKIH REAKCIJ

Premedikacija lahko prepreči ali zmanjša resnost alergijske reakcije, manj je uspešna pri preprečevanju anafilaktičnih reakcij.

Najpogosteje se uporabljajo antihistaminiki in glukokortikoidi, pri anafilaksiji tudi adrenalin, bronhodilatatorji, kisik, oprema za traheostomo in defibrilator.

Tveganje za hude alergijske reakcije se lahko zmanjša s preverjanjem ostalih alergij na zdravila, s skrbnim spremljanjem pacientov in hitrim ukrepanjem, če se pojavijo znaki preobčutljivosti.

Alergijske reakcije na citostatike so nepredvidljive, pojavijo se nenadoma in se hitro stopnjujejo. Zato morajo tudi pacienti biti poučeni o simptomih alergijskih reakcij, da jih prepoznajo in nas opozorijo nanje.

Hude alergijske reakcije se vedno pojavijo med infuzijo, blage do zmerne pa se lahko pojavijo tudi 24-72 ur po končani infuziji.

Premedikacija z antihistaminiki in kortikosteroidi je v veliki meri zmanjšala incidenco alergijskih reakcij na taksane, vendar je neučinkovita pri preprečevanju alergijskih reakcij na spojine platine.

Ponovna aplikacija zdravila, ki je izzvalo alergijsko reakcijo

Ponovna aplikacija je odvisna od:

- Vpletenega zdravila,
- Resnosti alergijske reakcije,
- Vrste raka in namena zdravljenja (kurativno ali paliativno),
- Možnosti drugega zdravljenja?

ALERGIJSKE REAKCIJE MONOKLONSKIH PROTITELES

- Trastuzumab (Herceptin®)
- Cetuksimab (Erbix®)
- Ramucirumab (Cyramza®)



Resnost alergijskih reakcij je lahko od najblažjih (vročina ali tresavica) do življenjsko-ogrožajoče anafilaksije z bronhospazmom in hipotenzijo. Navadno se pojavi v prvih 30-120 minutah. Največkrat med prvo ali drugo infuzijo (80-90%).

Verjetnost za alergijsko reakcijo med prvo aplikacijo:

Trastuzumab (Herceptin®) do 40%,

Cetuximab (Erbix®) do 20%.

Verjetnost alergijske reakcije se z večkratno izpostavljenostjo zmanjšuje.

PREPREČEVANJE ALERGIJSKE REAKCIJE MONOKLONSKIH PROTITELES

Razviti so postopki desinzibilizacije. Za večino monoklonskih protiteles je svetovana počasna prva infuzija in postopno višanje hitrosti ter premedikacija z antihistaminikom, antipiretikom z ali brez kortikosteroida vsaj ob prvi infuziji.

ALERGIJSKE REAKCIJE NA IMUNOTERAPIJO

Imunoterapija je najnovejša oblika protitumornega zdravljenja, ki pa zavzema vse pomembnejše mesto. Z zdravili kot so atezolizumab, ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab, danes uspešno zdravimo nekatere nekoč usodne rake, kot so rak pljuč, urotelni raki, maligni melanom...

Pojavnost infuzijskih reakcij ob zdravljenju s temi zdravili je redka, večinoma potekajo blago. Klinično se kaže z:

- rdečico obraza,
- urtikarijo,
- srbežem kože,
- mrzlico,
- bolečinami v mišicah,
- težkim dihanjem.

Premedikacija večinoma ni rutinsko priporočena, pri nekaterih, kot so recimo ipilimumab pa je svetovan antipiretik in antihistaminik.

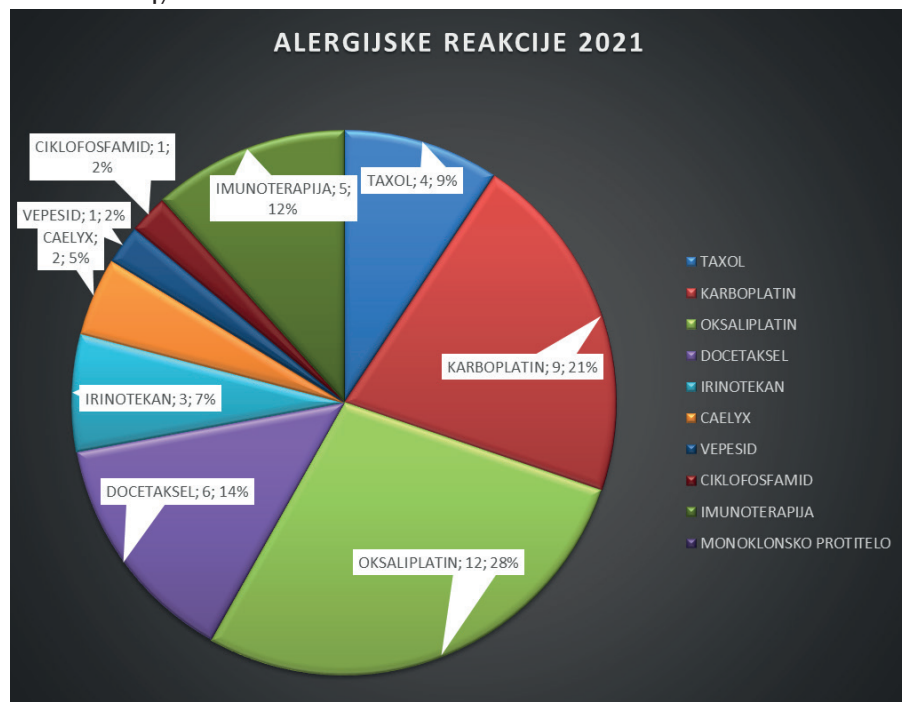
V primeru pojava infuzijske reakcije se svetuje prehodna prekinitev infuzije, simptomatsko ukrepanje in ponoven poskus zdravljenja z nižjo hitrostjo infuzije po izzvenetju simptomov in znakov infuzijske reakcije.

STATISTIKA POJAVA NEŽELENIH REAKCIJ NA ODDELKU ZA ONKOLOGIJO V LETU 2021 IN 2022

V statistiko so zajete vse alergijske reakcije na sistemsko zdravljenje.

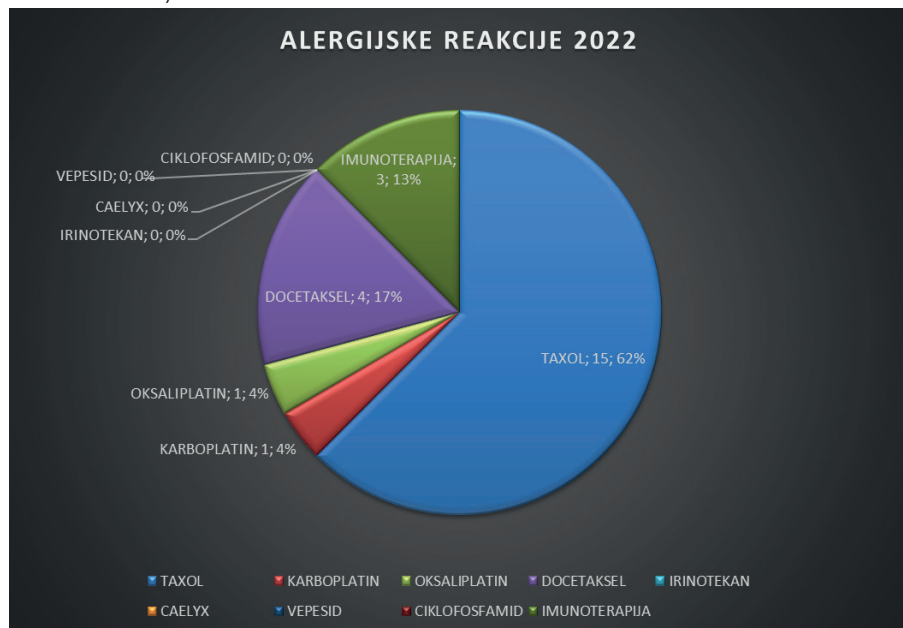
Število reakcij v letu 2022, do konec marca:

V letu 2021: 47





V letu 2020: 27



SKRB ZA BOLNIKA V ČASU APLIKACIJE SISTEMSKÉ TERAPIJE V SMISLU POJAVA ALERGIJSKE REAKCIJE

Skrb za bolniki z rakom, ki prihaja na sistemsko zdravljenje se v veliki meri razlikuje od ostalih zdravljenj. Bolniki, ki se zdravijo bodisi s kemoterapijo, bodisi s hormonskimi ali biološkimi zdravili, imajo s strani negovalnega osebja stalen nadzor. To pomeni, da je medicinska sestra ob bolniku nenehno prisotna.

Zdravljenje se razlikuje od drugih že po tem, da bolniki dobijo zelo veliko informacij, ki so za njih prvotnega pomena. Vsaka informacija namreč pomembno pripomore k boljšemu poteku zdravljenja, pa tudi k pomembni prepoznavi neželenih reakcij ob aplikaciji zdravila.

Vsak bolnik je po pregledu pri zdravniku napoten do medicinske sestre, ki mu poda zdravstveno-vzgojne informacije. Le-te zajemajo veliko informacij in navodil, kako ukrepati in ravnati ob pojavu neželenih učinkov zdravil, ki jih bodo prejeli. Vse informacije so ciljne, torej podane na podlagi predpisanega zdravljenja oz. zdravila.

Bolnik ob zdravstveni vzgoji pridobi vse potrebne informacije o neželenih učinkih zdravil, ki jih bo prejemal, nasvete kako ukrepati ob pojavu neželenih učinkov in na kaj mora biti pozoren med samo aplikacijo zdravila v bolnišnici, pa tudi po aplikaciji v domačem okolju.

Zato je vloga medicinske sestre in vzajemno sodelovanje bolnika in medicinske sestre pomembno.

Pomembno je tudi, da je medicinska sestra ustrezno izobražena, da te informacije lahko podaja in ob aplikaciji zdravil prepozna znake alergijske reakcije in ustrezno ukrepa.

Poučenost bolnika je torej v korist vseh, ki sodelujejo pri sistemskem zdravljenju. Le-tako bomo alergijske reakcije pravočasno prepoznali in jih tudi zdravili.

Zelo pomembno je, da alergijske reakcije preprečujemo v največji možni meri. Medicinska sestra mora poznati podporno zdravljenje ob točno določenem protitumornem zdravilu. Premedikacija se med samimi zdravili razlikuje, zato je pomembno njeno poznavanje in smiselna aplikacija.

Šele nato pride na vrsto opazovanje bolnika. To opazovanje se začne že ob prvem stiku z bolnikom. Opazujemo njegovo barvo kože, morebitno prisotnost kašlja in oteženega dihanja že pred terapijo, razne kožne spremembe, ki so prisotne pred aplikacijo zdravila... S poznavanjem samega pacientovega izgleda in počutja bomo lažje prepoznali ali gre pri bolniku za alergijsko reakcijo, ko se kakšen od njenih znakov pojavi.

Pri spremljanju subjektivnega počutja bolnika je medicinska sestra pozorna na vse možne znake alergijske reakcij:

- občutek praskanja v grlu in žrelu,
- spremembe na koži,
- težave s požiranjem,
- tiščanje za prsnico,
- občutek otekanja,
- bolečine v hrbtnem delu,
- kihanje in občutek zamašenosti nosu,



- solzenje
- vrtoglavica,
- gastrointestinalne težave (slinjenje, slabost, bruhanje, krči, driska)...

Ukrepi ob pojavu alergijske reakcije pri pacientu

Simptomi alergijske reakcije se razvijejo zelo hitro, zato je glavna naloga medicinske sestre, da prepozna njene znake pri bolniku in pravočasno ter ustrezno ukrepa.

Najbolj pomembne naloge medicinske sestre so:

- Takoj odstraniti alergen oz. ustaviti infuzijo,
- Meriti in nadzorovati življenjske funkcije bolnika,
- Opazovati bolnika,
- Vzpostaviti vensko pot,
- Aplicirati zdravila in infuzijske tekočine po navodilu zdravnika oz. določenem protokolu,
- Aplicirati kisik (kadar se pojavijo težave pri dihanju, dušenje, hipotenzija),
- Sposobnost da prepozna in ovrednoti težo poslabšanja ter pravočasno obvesti zdravnika,
- Strokovno ukrepanje v življenjsko nevarnih situacijah – stanje šoka, dobro prepoznavanje načel kardiopulmonarne reanimacije pacienta ter
- Sprotno in natančno dokumentiranje vseh intervencij zdravstvene nege

LITERATURA

1. *Bopacatin navodila za uporabo.* (2013). Hafnarfjörður: Actavis Group PTC ehf.
2. Lenz, H. J. (2007). Management and Preparedness for Infusion and Hypersensitivity Reactions. *The Oncologist*.
3. Mušič, E., Kotnik, V., & Košnik, M. (2011). Imunsko pogojene bolezni. V M. Košnik,
4. F. Mrevlje, D. Štajer, M. Koželj, & P. Černelč, *Interna medicina*. Ljubljana: Založba Littera Picta, d.o.o.: Slovensko medicinsko društvo.
5. Muri, S., & Flego, M. (2003). Naloge medicinske sestre pri bolniku z anafilaktično reakcijo. V. A. Bručan, M. Gričar, & R. Vajd, *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2003. Zbornik 10. mednarodni simpozij o urgentni medicini, junij. Portorož*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
6. http://www.klinika-golnik.si/uploads/klinika-golnik-files/2015_kf/SRozman_INFUZIJSKE%20REAKCIJE%20V%20ONKOLOGIJI-Simpozij%20Golnik%202015.pdf
7. https://www.klinika-golnik.si/storage/_sites/golnik/app/media/Arhiv-gradiv-zbornikov/alergoloska-sekcija-6-in-7-april-2018-spomladansko-srecanje-alergoloske-in-imunoloske-sekcije-szd-202.pdf

OBREMENJENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI OSKRBI ONKOLOŠKEGA BOLNIKA

Arijana Steblovnik, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.; Ives Zemljarič, mag.psih.

Medicinske sestre, zaposlene na področju onkologije in paliativne oskrbe, se na delovnem mestu soočajo z različnimi obremenitvami. In sicer je za kontekst onkologije značilno soočanje s trpljenjem, bolečino in umiranjem pacientov, poleg tega pa se osebe sooča tudi z dilemami, vprašanji in žalovanjem družinskih članov obravnavanih pacientov. Obremenjujoča je tudi sama narava dela, ki obsega kompleksen način zdravljenja in sprejemanje odločitev, ki vzbujajo v posamezniku različne etične dileme (Gillman idr., 2015).

SOČUTNA UTRUJENOST

Na področju onkologije se osebe vsakodnevno sooča z dogodki in situacijami, ki lahko predstavljajo potencialne travmatične izkušnje (Blackburn idr., 2020). Pri negi pacienta na koncu njegovega življenja, se pojavljajo različna čustva kot so nemoč, odsotnost upanja, občutek krivde kot tudi obup. Zaradi tovrstnih izkušenj se lahko pojavi ti. sočutna izčrpanost, ki se nanaša na neravnovesje med občutki nemoči in doživljanjem zadovoljstva pri opravljanju svojega dela (Sullivan idr., 2019); neprijetne izkušnje pa presegajo posameznikovo zmogljivost učinkovitega spoprijemanja (Coetzee in Klopper, 2010). Izčrpanost se izraža na različnih nivojih posameznikovega funkcioniranja, ki obsega notranje doživljanje, fiziološke reakcije in vedenje (Ortega-Campos idr., 2020). Na čustvenem nivoju se izraža kot zmanjšana sposobnost doživljanja empatije, občutek praznine, nemoč, obup, znižano razpoloženje, tesnoba, jeza; na miselnem kot vsiljive misli ali miselne podobe, zaskrbljenost, cinizem, težave pri sprejemanju odločitev; na fiziološkem kot bolečina, prebavne motnje, oslabei imunski sistem, telesna izčrpanost, nespečnost; na vedenjskem pa kot zmanjšana motivacija, socialni umik, zloraba psihoaktivnih substanc, izogibanje pacientom in slabša kvaliteta opravljanja dela (Algamdi, 2021). Medicinske sestre, ki doživljajo izgorelost in sočutno utrujenost, ne morejo zagotavljati zdravstvene



nege, ki je potrebna za zagotavljanje dobre varnosti pacientov (Henson, 2020).

Raziskave zaenkrat še niso pojasnile, kateri dejavniki na individualnem in organizacijskem nivoju prispevajo k razvoju sočutne izčrpanosti (Gustafsson in Hemberg, 2021). Kljub mešanim rezultatom, pogosto opozarjajo na negativen učinek izpostavljenosti umiranju, kot dejavnika tveganja pa navajajo tudi pomanjkanje delovnih izkušenj in daljše hospitalizacije pacientov, zaradi katerih je zdravstveno osebje v večji meri vpleteno v nego bolnika (Jarrad in Hammad, 2020).

Odnos med izgorelostjo in sočutno utrujenostjo ostaja nepojasnjen. Nekateri avtorji menijo, da je pri medicinskih sestrah, ki občutijo izgorelost tveganje za pojav sočutne odgovornosti večje. Spet drugi pa prepoznavajo izgorelost kot eno izmed glavnih posledic, ki se pogosto razvije pri medicinskih sestrah, ki doživljajo kronično sočutno utrujenost. (Bellicoso idr., 2017).

Kljub vsemu, pa nekateri posamezniki ob izpostavljenosti obremenjujočim dogodkom in situacijam, ohranjajo določeno mero zadovoljstva na način, da v skladu s svojimi osebnimi vrednotami in stališči osmislijo tovrstne izkušnje dela (npr. izkušnje pripomorejo k osebnostni rasti) (Gillespie, 2013). V tem primeru govorimo o t.i. sočutnem zadovoljstvu, ki je povezano z doživljanjem uspeha, inspiracijo, hvaležnostjo in upanjem (Jarrad in Hammad, 2020).

STRATEGIJE ZA PREPREČEVANJE SOČUTNE UTRUJENOSTI

Kljub temu, da neprijetnih in potencialno travmatičnih dogodkov ne gre preprečiti ali vedno nadzorovati, je mogoče vplivati na to, kako dogodke interpretiramo in se na njih odzivamo. Pomembno je, da se s tovrstnimi obremenitvami soočamo na konstruktiven način in razvijamo rezilientnost. Rezilientnost je prepoznana namreč kot eden pomembnejših varovalnih dejavnikov, ki preprečuje razvoj sočutne izčrpanosti in s tem povezanega sindroma izgorelosti (Potter idr., 2013). Nanaša se na posameznikovo učinkovito spoprijemanje z zahtevami iz okolja, posameznik pa pri tem ohranja svoje psihično blagostanje kljub obremenjenosti (Quinal, Harford in Rutledge, 2009; Zander, Hutton in King, 2010; Earvolino-Ramirez, 2007; Folkman, 1984; Bonanno, 2004). Gre za dinamičen proces, ki obsega tako individualne kot kontekstualne dejavnike (tj. učinkovito spoprijemanje s stresom je mogoče v podpornem okolju) (Lutha in Cicchetti, 2000).

Strategije, ki nam pomagajo pri razvoju in krepitvi rezilientnosti so predvsem skrb zase, razmejitve profesionalnega in zasebnega življenja ter socialna opora na delovnem mestu (HaGani idr., 2022). Skrb zase se v tem kontekstu nanaša na ohranjanje zdravega načina življenja, izvajanje prijetnih aktivnosti (telesna aktivnost, poslušanje glasbe), obsega pa tudi refleksijo o svojem delu, osmišljanje svojega dela in doživljanje smrti kot neizogiben del nege v paliativnem kontekstu. Ker se pri negi onkološkega bolnika pogosto soočamo s situacijami, v katerih nimamo možnosti nadzora, so uporabne tudi na čustva usmerjene strategije kot so pozitivna ponovna ocena, razbremenilni pogovor in humor. V pomoč pri sprostitvi so lahko tudi različne tehnike sproščanja in vadba čuječnosti (Gillman idr., 2015).

Tovrstne strategije nam lahko pomagajo, da se v primeru obremenitve lahko na konstruktiven način spoprijemamo s čustveno obremenjujočimi situacijami in preprečujemo razvoj težav v duševnem zdravju. Kadar nastala stiska traja predolgo, se pogloblja in vpliva na eno ali več življenjskih področij, je potrebno poiskati tudi strokovno pomoč. Strokovnjaki s področja duševnega zdravja (psihološka, klinično-psihološka, psihiatrična pomoč) bodo te stiske ustrezno naslovili ter pomagali pri vzpostavljanju in ohranjanju psihičnega blagostanja.

LITERATURA

1. Algamdi, M. (2021). Prevalence of oncology nurses' compassion satisfaction and compassion fatigue: Systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 9, 44-56. doi: 10.1002/nop.2.1070
2. Bellicoso, D., Trudeau, M., Fitch, M. I., & Ralph, M. R. (2017). Chronobiological factors for compassion satisfaction and fatigue among ambulatory oncology caregivers. *Chronobiology International*, 34(6), 808-818.
3. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1314301>
4. Blackburn, L. M., Thompson, K., Frankenfield, R., Harding, A., Lindsey, A. (2020). The THRIVE Program: Building Oncology Nurse Resilience Through Self-Care Strategies. *Oncology Nursing Forum*, 47(1), E25-E34. doi: 10.1188/20.ONF.E25-E34
5. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
6. Coetzee, S. K., Kloppe, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 235-243. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
7. Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: a concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82. doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x
8. Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839-852. doi: 10.1037//0022-3514.46.4.839
9. Gillespie, M. (2013). Compassion fatigue and cancer nurses a national survey of cancer nurses in New



Zealand (Magistrsko delo). Eastern Institute of Technology, Taradale, New Zealand.

12. Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(5), 131-204. doi: 10.1111/247jbisrir-2015-1898
13. Gustafsson, T., Hemberg, J. (2021). Compassion fatigue as bruises in the soul: A qualitative study on nurses. *Nursing Ethics*, 29(1), 157-170. doi: 10.1177/09697330211003215
14. HaGani, N., Yagil, D., Cohen, M. (2022). Burnout Among Oncologists and Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Psychology*, 42(1), 53-64. doi: 10.1037/hea0001155
15. Henson, J. S. (2020). Burnout or compassion fatigue: a comparison of concepts. *Medsurg*
16. *Nursing*, 29(2), 77-81.
17. Jarrad, R. A., Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burn out and compassion satisfaction. *Annals of General Psychiatry*, 19(22). doi: 10.1186/s12991-020-00272-9
18. Lutha, S. S., Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(4), 857-885. doi: 10.1017/S0954579400004156
19. Ortega-Campos, E., Vargas-Roman, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendin-Garcia, L., Gómez-Urquiza, J. L. (2020). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Sustainability*, 12(1), 72. doi: 10.3390/su12010072
20. Potter, P., Deshields, T., Berger, J., Clarke, M., Olsen, S., Chen, L. (2013). Evaluation of compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 180-187. doi: 10.1188/13.ONF.180-187
21. Sullivan, C. E., King, A. R., Holdiness, J., Durrell, J., Roberts, K. K., Spencer, C., ... Mandrell, B. N. (2019). Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 46, 338-347. doi: 10.1188/19.ONF.338-347
22. Quinal, L. Harford, S., Routledge, D. N. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer nursing*, 32(4), E1-7. doi: 10.1097/NCC.0b013e31819ca65a
23. Zander, M., Hutton, A., King, L. (2009). Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses. *Journal of pediatric oncology nursing*, 27(2), 94-108. doi: 10.1177/1043454209350154

ONKOLOŠKE MEDICINSKE SESTRE ERGONOMSKO ZDRAVE NA DELOVNEM MESTU

Asist. Petra Klanjšek, mag. zdr. nege, spec.; Izr. prof. dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.

IZHODIŠČE

Obremenitvah onkoloških medicinskih sester na delovnem mestu lahko zmanjšamo z upoštevanjem ergonomskih načel. Slednja opredeljujejo rešitve za zmanjšanje zdravstvenih tveganj in izboljšanje pogojev, povezanih z delom v onkološkem kliničnem okolju. Namen našega prispevka je prikaz ukrepov kako omiliti ali celo odpraviti pomanjkljivosti nehumanega delovnega okolja onkološke medicinske sestre.

METODE

Izvedli smo pregled obstoječe znanstvene literature v naslednjih bazah podatkov: PubMed, MEDLINE in CINAHL. Za pridobitev znanstvene literature smo oblikovali iskalno strategijo z iskalnim nizom, ki je vseboval ključne besede v angleškem jeziku: »oncology«, »nurs*«, »ergonomic«, »loads«. Pri iskanju smo uporabili Bolova operatorja AND in OR. Dobljeno literaturo smo pregledali, analizirali in sintetizirali ter izvedli metodo kompilacije. Omejili smo se na angleški jezik, na besedila v polnem obsegu ter časovno obdobje raziskav od leta 2020.

REZULTATI

Ugotovili smo, da je več ključnih dejavnikov, ki prispevajo k prepoznavnosti ergonomskih obremenitev, ki so fizično okolje (npr. razporeditev in organizacija delovnih mest), organizacija in kultura dela (npr. velika delovna obremenitev, pomanjkanje osebja ali ergonomske izobrazbe) ter uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov, velikokrat preraste v preobremenitev, obolenost in nenadajne invalidnost negovalne osebe.



DISKUSIJA

Priporočila zdravega ergonomskega delovnega okolja onkoloških medicinskih sester vključujejo potrebo po večplastnem in celovitem pristopu k razvoju zdravega in humanega ergonomskega programa.

IZGOREVANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V ONKOLOGIJI

Maja Ravnik, dr.med.

POVZETEK

V zadnjih letih se vedno več govori o pojavu izgorelosti na delovnem mestu. Sprva je bila izgorelost opisana pri ljudeh, ki so opravljali poklic povezan z delom z ljudmi. Sam pojav izgorelosti ni več vezan na opravljanje določenega poklica, ampak je prisoten pri vseh poklicih in odvisen tudi, s službo nepovezanimi področji.

Gre za pojav kroničnega stresa, ki ima za posledice kronične težave, ki neposredno vplivajo na kvaliteto življenja posameznika. V Mednarodni Klasifikaciji Bolezni je izgorelost opredeljena kot stanje življenjske izčrpanosti, ki jo opisujejo posameznikova izčrpanost, depersonalizacija (tudi umik ali cinizem) in zmanjšana osebna učinkovitost. Izgorelost lahko ocenjujemo z uporabo posameznih vprašalnikov, kot je Maslach Burnout Indentifikator (MBI). Izgorelost se lahko kaže na različne načine, z različnimi simptomi in znaki ter njihovo intenzivnostjo.

Izgorelost je pri zdravstvenem osebju zelo pogosta, še posebej med zdravstvenimi delavci v onkologiji. Ker se simptomi zelo različno izražajo, je ocena izgorelosti onkološkega zdravstvenega osebja zelo variabilna. Po določenih raziskavah je v ZDA prevalenca izgorelosti kar 45%, sicer pa se globalna ocena giblje od 20% pa vse do 70%. Prisotne so tudi razlike v izgorevanju med posameznimi specialističnimi področji v medicini (intenzivna terapija, onkologija, paliativa,...), med zdravniki in sestrami, zdravniki onkologi in onkološkimi sestrami,...Metaanaliza, opravljena na 4876 posameznikih, ki so sodelovali v 17 raziskavah, je morda še najboljša ocena izgorelosti med onkološkim osebjem, je pokazala 32% izgorelost.

Zmanjševanje možnosti izgorevanja na delovnem mestu, še posebej med zdravstvenimi delavci na področju onkologije, je nujna in zelo pomembna naloga, saj sama oskrba onkoloških bolnikov ne sme biti okrnjena. Zavedajoč se problema, lahko izgorelost zmanjšujemo z različnimi pristopi samopomoči in tudi veliko



lahko naredimo z ustreznim vodenjem zaposlenih. Obreduje se tako imenovani princip transformacijskega vodenja. To je tip vodenja, ki združuje vodjo in zaposlene s skupno vizijo, ki jo vodja vzdržuje s svojo karizmo.

Zavedajoč se možnosti izgorevanja in posledic, ki jih prinaša, lahko delovno mesto in delovne obremenitve skušamo prilagoditi, upoštevajoč tako posameznika kot tudi skupino vseh zaposlenih. Dobro počutje na delovnem mestu, ki v Sloveniji v večini zahteva 8 urno prisotnost, se bo obrestovala v dobri klimi med zaposlenimi, boljšimi delovnimi uspehi posameznikov in celotnega kolektiva, boljši oskrbi bolnikov in posledično z manj odhodi in menjavami delovnih mest.

LITERATURA

1. Hlubacky F.J., Back A.L., Shanafelt T.D. Addressing burnout in oncology: Why cancer care clinicians are at risk, what individuals can do, and how organizations can respond. ASCO.org. educational book. 2016; 35: 271-297.
2. <https://www.nijz.si/sl/izgorelost-na-delovnem-mestu>
3. <https://www.burnout.si/izgorelost-sai/sindrom-adrenalne-izgorelosti/stopnje-izgorelosti-simptomi>
4. Candas-De la Fuente G.A., Gomez-Urquiza J.L., Ortega-Campos E.M., Canadas G.R., Albedin-Garcia L., De la Fuente- Solana E.I. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: a metaanalytic study. *Psychooncology*. 2018; 27: 1426-1433.
5. Bonetti L, Tolotti A, Valcarenghi D, Pedrazzani C, Barelo S, Ghizzardi G, Graffigna G, Sari D, Bianchi M. Burnout precursors in oncology nurses: a preliminary cross-sectional study with a systemic organizational analysis. *Sustainability*, 2019; 11: 1246.

MOJE POČUTJE – MOJA IZBIRA

Danijela Pušnik, mag. zdr. nege

POVZETEK

Dobro počutje je samo po sebi kompleksen koncept, ki zajema posameznikovo oceno fizičnih, socialnih in psiholoških virov, potrebnih za soočanje s psihološkimi, fizičnimi ali socialnimi izzivi, s katerimi se srečuje vsakodnevno. Definicija pravi, da je to integrativni koncept, ki označuje kakovost življenja glede na zdravje posameznika in z delom povezanih okoljskih, organizacijskih in psihosocialnih dejavnikov. Dobro počutje je izkušnja pozitivnih zaznav in prisotnost konstruktivnih pogojev tako na delovnem mestu in izven delovnega časa, ki zaposlenim omogočajo, da uspevajo in dosegajo svoj polni potencial. Tako ni možno imeti drugačnega počutja na delovnem mestu in doma. Spoznanja genetike govorijo tudi o prenašanju vzorcev čustev, misli, prepričanj, sodb iz preteklih obdobij, od prednikov.

Počutje (dobro ali slabo) vpliva na delovnem mestu na celoten tim in na paciente. Na osebni ravni vpliva na fizično in duševno zdravje, veselje in smisel pri delu, poklicno zadovoljstvo in angažiranost pri svojem delu, na profesionalno rast in kreativnost v delovnem okolju. Posledice slabega počutja se kažejo kot bolezni, kar vodi v visoko stopnjo fluktuacije, to pa vpliva na stroške zdravstvenih sistemov. Pri pacientih vpliva na njihovo dožemanje kakovosti oskrbe, ki jo prejmejo.

Za učinkovito vzdrževanje vseh kategorij zdravja in s tem dobrega počutja so odgovorne delovne organizacije, socialna okolja in posameznik. Medicinske sestre so na osebni ravni odgovorne za prepoznavanje lastnih potreb in za vlaganje v lastno dobro počutje na področju fizičnih, psiholoških, socialnih in duhovnih potreb. Obstajajo različne modalitete, s katerimi lahko vzdržujejo ali si povrnejo svoje zdravje (joga, meditacija, theta haeling, tapkanje,...). Pomembno je, da si vsakdo izbere tisto, ki mu je blizu in jo zaznava lahkotno. Access Consciousness (dostop do zavedanja) ponuja vrsto tehnik in orodij za izboljšanje in vzdrževanje dobrega počutja. Deluje tako, da opolnomoča osebo, da je tukaj in zdaj z zavedanjem svojega bistva in prepoznavanjem lastne resnice. To omogoča sproščanje pogojev, ki povzročajo



prepričanja, omejitve in nelagodje. Spodbuja občutek lahkotnosti, miru in notranje harmonije, globoko sprostitev in lajšanje bolečin v telesu, upočasni um, zmanjšana je tesnoba in stres, povečana je duševna jasnost, samozavest in samospoštovanje. Izboljša se način reševanja problemov in vsakdanjih situacij, pomaga sprostiti spomine na travme in pogoje, ki so bili ustvarjeni od otroštva; izboljša vzorec spanja, lajša znake depresije, stresa, migrene in druge zdravstvene težave. Nekaj teh tehnik in orodij: access bars, postavljanje vprašanj za dvig energijskih vibracij, mantra, čistilni izreki,...Od vsega pa je najpomembnejše zavedanje IZBIRA. Kar koli počnemo ali smo, je izbira na individualni ravni in ni odvisna od drugih.

Za spodbujanje zdravja in dobrega počutja medicinskih sester je potrebno usklajeno in sodelovalno delovanje na ravni posameznika in sistemov, ki zajema posamezne medicinske sestre, vodje, zdravstvene organizacije ter združenja medicinskih sester.

Ključne besede: medicinske sestre, dobro počutje, tehnike in orodja, access consciousness

PRIPIRAVA IN ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNICE NA OPERATIVNI POSEG RAKA DOJKE IN RAKA RODIL

Nadja Lubajnshek, mag. zdr. nege,

IZVLEČEK

Na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk Klinike za ginekologijo in perinatologijo izvajamo operativne posege dojk in rodil. Ker se priprava in zdravstvena vzgoja razlikuje glede na vrsto operativnega posega smo za naše bolnice pripravili navodila kako se pripraviti na določen operativni poseg, da bo razumevanje in okrevanje potekalo v smeri pričakovanega.

Namen prispevka je predstaviti s katerimi vrstami raka se ukvarjamo, vrste operativnih posegov, ki jih opravljamo na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk, predstaviti seznanitev bolnice na operativni poseg in kako z zdravstveno vzgojo izboljšamo predoperativno pripravo na poseg ter predstaviti pripravo na operativni poseg in pooperativno oskrbo po metodi hitrega okrevanja (Fast track protocol).

Ključne besede: operativni poseg, rak dojk, rak rodil

UVOD

Rak dojk je v razvitem svetu najpogostejši rak pri ženskah in zato pomemben javnozdravstveni problem. V Sloveniji je za rakom dojk v letu 2018 zbolelo 1.527 bolnikov, pri čemer približno 1 % raka dojk predstavljajo moški bolniki. Pojavnost v zadnjih desetletjih narašča. Nevarnostni dejavniki za pojav raka dojk so: demografski dejavniki, med katere spadajo starost, spol in zemljepisna lega; dejavniki materinstva, kamor spadajo zgodnja menarha, pozna menopavza, starost več kot 30 let ob prvem porodu, nerodnost, nizko število otrok ter opustitev dojenja; hormoni, kamor spadata oralna kontracepcija in hormonsko nadomestno zdravljenje; alkohol, debelost, ionizirajoče sevanje, mamografska nepreglednost dojk ter dednost. Dedne



oblike raka dojke so najpogostejše posledica mutacij v genih BRCA1 ali BRCA2. Rak dojke zdravimo s kombinacijo kirurškega zdravljenja, sistemskega zdravljenja in obsevanja. Izbor in zaporedje načina zdravljenja sta odvisna od razširjenosti in histopatoloških lastnosti bolezni. Zgodnji rak dojke začnemo zdraviti kirurško. Glede na lokalno razširjenost tumorja se kirurg odloči bodisi za ohranitveno operacijo dojke ali odstranitev cele dojke. Odstranitev področnih bezgavk je odvisna od razširjenosti bolezni v prvo bezgavko. Če v njej niso prisotne maligne celice, lahko z visoko verjetnostjo trdimo, da se bolezen ni razširila v pazdušne bezgavke, ki jih zato ni treba odstraniti. Ob prisotnosti malignih celic je pazdušne bezgavke treba odstraniti. H kirurškemu zdravljenju raka dojke spada tudi rekonstrukcija dojke, ki jo lahko opravi kirurg takoj, v isti operaciji kot odstrani dojko, ali odloženo, po zaključenem dodatnem zdravljenju [CITATION Onk19 \l 1060].

Med rake rodil spadajo rak materničnega telesa, rak materničnega vratu, rak jajčnikov in jajcevodov, rak zunanjega spolovila in rak nožnice [CITATION Onk191 \l 1060].

Rak materničnega telesa se pojavlja v dveh oblikah, in sicer kot rak maternične sluznice in rak maternice. Rak materničnega telesa je relativno pogost. V Sloveniji je v letu 2018 za rakom materničnega telesa na novo zbolelo 351 žensk. Najpogostejši rak rodil pri ženskah v razvitem svetu in v Sloveniji je rak maternične sluznice, medtem ko je rak maternice redek in predstavlja manj kot desetino raka materničnega telesa. Nevarnostni dejavniki pri raku materničnega telesa so povezani predvsem z reproduktivnimi dejavniki. Tveganje za nastanek raka maternične sluznice je povečano pri ženskah s hormonskim nadomestnim zdravljenjem brez dodanih progestogenov, s pozno menopavzo, pri ženskah, ki niso rodile, in tistih s preveliko telesno težo. Kombinirana oralna kontracepcijska sredstva zmanjšajo verjetnost nastanka tega raka. Rak maternične sluznice zdravimo s kirurškim posegom, ki mu večinoma sledi brahiterapija ali teleradioterapija, razen pri dobro diferenciranih rakihi stadija I. Pri razširjeni bolezni pride v poštev paliativna teleradioterapija. Pri metastatski bolezni in pri ponovitvi bolezni je zdravljenje paliativno, uporabljata se hormonsko zdravljenje in kemoterapevtsko zdravljenje [CITATION Onk191 \l 1060].

Rak materničnega vratu spada med redke rake. Predstavlja približno 1,5 % vseh na novo odkritih rakov v Sloveniji. Zbolevnost za tem rakom upada; v letu 2018

je v Sloveniji na novo zbolelo 108 žensk. Glavni nevarnostni dejavnik je okužba z visoko rizičnimi ali onkogenimi humanimi papiloma virusi (HPV), ki so odgovorni za nastanek več kot 95 % primerov raka materničnega vratu. Najpogostejša sta HPV 16 in 18. HPV se prenaša s kože na kožo, do česar pride ob kakršnikoli vrsti spolnega odnosa. Dejavniki tveganja za okužbo s HPV so začetek spolnih odnosov v zgodnji mladosti, prebolele spolne bolezni in številni spolni partnerji. Tveganje povečujejo tudi številni porodi, dolgotrajno jemanje kontracepcijskih tabletk, kajenje, družinska obremenjenost, okužba s HIV. Predrakave spremembe in zgodnje oblike raka materničnega vratu zdravimo kirurško, in sicer z izrezom tkiva z diatermično zanko ali konizacijo (stožičasto izrezanje tkiva). Osnovni način zdravljenja invazivnega raka materničnega vratu je s kirurškim posegom ali radioterapijo [CITATION Onk191 \l 1060].

Rak jajčnikov je deseti najpogostejši rak pri ženskah v Sloveniji, v letu 2018 je v Sloveniji na novo zbolelo 142 žensk. Med raki rodil ima najvišjo umrljivost. Najpogosteje zbole vajo ženske med 55. in 65. letom. Nevarnostni dejavniki so reproduktivni in genetski. Večje tveganje za nastanek raka jajčnikov je pri ženskah, ki niso rodile ali pa so rodile po 35. letu. Na njegov nastanek vplivajo spremembe genov BRCA 1 in BRCA 2. Osnova zdravljenja raka jajčnikov je kirurško zdravljenje, običajno opravimo kirurško odstranitev maternice, jajcevoda in jajčnikov, slepiča in omentuma (peča). V določenih primerih je možen laparoskopski poseg, pri veliki masi bolezni pa citoredukcija – čim bolj popolna odstranitev tumorske mase oz. metastaz, ki so vidne z očesom [CITATION Onk191 \l 1060].

Rak jajcevodov je redek rak rodil, s podobnimi znaki in simptomi kot rak jajčnikov. Diagnostične preiskave za opredelitev bolezni in zamejitev so podobne kot pri raku jajčnikov. Principi zdravljenja so prav tako podobni kot pri raku jajčnikov. Pri spremljanju bolnic po zaključenem zdravljenju pri kontrolnih pregledih vključimo preiskave s CT in UZ [CITATION Onk191 \l 1060]

Obolevnost **raka zunanjega spolovila** je majhna, predstavlja 4-5 % vseh bolnic z rakom rodil. Nevarnostni dejavnik je okužba s HPV. Osnova zdravljenja raka zunanjega spolovila je operativni poseg glede na stadij bolezni – izrez spremembe, enostaven izrez zunanjega spolovila (enostavna vulvektomija) ali radikalen izrez zunanjega spolovila (radikalna vulvektomija) z ali brez izreza regionalnih bezgavk (regionalna limfadenektomija) [CITATION Onk191 \l 1060].



Rak nožnice je zelo redek rak, saj predstavlja le 1-2 % vseh rakov rodil. Dve tretjini bolnic sta starejši od 50. let. Glavni nevarnostni dejavnik je okužba s HPV. Dejavniki tveganja so v tem primeru enaki kot pri raku materničnega vratu. Osnova zdravljenja sta kirurški poseg in obsevanje, dokončno se odločimo glede na stadij bolezni. Bolnice po zaključenem zdravljenju spremljamo enako kot bolnice z rakom materničnega vratu [CITATION Onk191 \l 1060].

Vrste operativnih posegov, ki jih izvajamo na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk

Rak dojke:

5. kirurška biopsija tumorja s lokalizacijo ali brez,
6. kirurška odstranitev tumorja s lokalizacijo ali brez (ROLL, SNOLL),
7. kirurška odstranitev tumorja z odstranitvijo varovalne bezgavke (SNB),
8. odstranitev celotne dojke z odstranitvijo varovalne bezgavke ali brez,
9. odstranitev pazdušnih bezgavk

Rak rodil:

- laparoskopija (vpogled v trebušno votlino in morebitna biopsija tkiva)
- laparoskopska operacija
- laparoskopska histerektomija (LSCH, LAVH, TLH) z lokalizacijo ali brez
- histeroskopija (vpogled v maternico)
- vaginalna histerektomija (HVT)
- histerektomija abdominalna totalna (HAT)
- Wertheim Meigs operacija (WMN)
- citoredukcija
- konizacija, LLETZ
- ekcizija tumorja nožnice, zunanjega spolovila
- radikalna vulvektomija z lokalizacijo ali brez oz. odstranitvijo ingvinalnih bezgavk

SEZNANITEV BOLNICE NA OPERATIVNI POSEG

V Centru za bolezni dojk in v Onkološko ginekološki ambulantni so pacientke seznanjene z diagnozo in zdravljenjem. Tam opravijo prvi razgovor in pridobijo vse napotnice za določeno vrsto operacij. Pri raku dojke, če ni suma na razširjenost bolezni, bolnica opravi rentgensko slikanje pljuč in srca, EKG in laboratorijske preiskave. Pri raku rodil so preiskave usmerjene še v predel trebuha in pljuč, tako, da bolnica dobi napotnico za CT prsnega koša, CT trebuha ali MR male medenice- odvisno od diagnoze bolezni. Če ima bolnica prisotne kronične bolezni in bi potrebovala širšo diagnostiko, sprejmemo takšno bolnico na oddelek. Bolnica v ambulantni prejme tudi zloženko, ki ji bo služila za boljše razumevanje in pripravo na operativni poseg.

SEZNANITEV BOLNICE O DATUMU POSEGA IN NAVODILA KOORDINATORICE ZA SPREJEME

Koordinatorica za sprejeme in odpuste nekaj dni pred posegom pokliče bolnico na telefonsko številko, ki jo je posredovala v Ambulantni za ginekološko onkologijo ali v Centru za bolezni dojk. Posreduje ji datum in uro sprejema na oddelek. V primeru neodzivnosti na telefon, se bolnici pošlje telegram. V telefonskem pogovoru, ji koordinatorica ponovno poda informacije glede priprave na poseg, ki se prav tako nahajajo v zloženki za predoperativno pripravo. Če bo pri bolnici opravljena operacija na rodilih ji svetujemo, da dva do tri dni pred operacijo ne uživa več nobene surove zelenjave in sadja, da ne uživa drobno pečkastega sadja in zelenjave (paradižnik, kivi, maline, grozdje, ipd.), izdelkov iz polnozrnatih moke, semen, suhega sadja in koruze. Svetujemo hrano iz bele moke, olupljen krompir, pusto meso in ribe, kuhano zelenjavo in kompote. Pred prihodom v bolnišnico ji priporočamo, da si nabavi žvečilne gumije ali zeliščne bombone (Ricola), le-ti bodo pripomogli, da se prebava po operaciji ne poleni, želodčni sokovi bodo opravljali svoje delo in slabost po operaciji se bo zmanjšala. Priprava prebavnega trakta pred operacijo dojke ni potrebna. Bolnici predlagamo, da naj uživa predpisana zdravila, ki jih tudi sicer jemlje. S seboj naj prinese vsa zdravila ali seznam zdravil, ki jih redno uživa. V primeru, da prejema antikoagulantno terapijo (Marevan, Sintrom, Pradaxa, Xarelta, Eliquis, Plavix, Zyllt, Tagren, Brilique, Efient, Aspirin, Andol, Cardiopirin, Asasantin, ipd.), se naj o prenehanju jemanja posvetuje z lečečim



transfuziologom ali internistom-kardiologom. Opozorimo jo, da mora biti zaradi operativnega polja njena koža higiensko neoporečna, da opravi temeljito nego kože, popka, las in lasišča ter uredi nohte. Nohti na rokah in nogah morajo biti očiščeni, kratki in brez laka (gelisha) ali gela. Ker se operativni posegi vršijo v predelu genitalij, priporočamo, da si dan pred sprejemom na oddelek pobrije sramne dlake nad sramnim zrastjem oz. simfizo, po želji lahko obrije celotno področje genitalij. Če britje doma ni možno oz. izvedljivo, le-to opravijo medicinske sestre na oddelku.

PRIPRAVA BOLNICE NA OPERATIVNI POSEG PO PROTOKOLU HITREGA OKREVANJA (FAST TRACK PROTOCOL)

Že v 90. letih prejšnjega stoletja je zdravnik Henrik Kehlet vpeljal program kirurgije s pospešenim okrevanjem, ki je spremenil perioperativno vodenje pacientov. Po mnenju Kehlet (2009) je koncept kirurgije s pospešenim okrevanjem zgrajen na zavedanju, da na postoperativni rezultat vplivajo predoperativna priprava, intraoperativni faktorji ter postoperativna oskrba. Ljungquist s sodelavci (2017) navaja, da kirurgija s pospešenim okrevanjem vključuje multimodalno in multidisciplinarno oskrbo kirurškega pacienta. Spremenjen pristop pa vodi k hitrosti bolnikovega okrevanja, zmanjšanju postoperativnih komplikacij in skrajšanju bolnišničnega zdravljenja [CITATION Ker18 \l 1060].

PREHRANA

Dan pred posegom pacientka doma normalno zajtrkuje. Na oddelku bolnici ponudimo kosilo ulkusne diete (U3) (lahka hrana lahko vsebuje pečke ali semena). Zjutraj na dan operacije ob 6.00 uri zjutraj ponudimo dva decilitra sladkega čaja (grenkega pri sladkorni bolnici). Redno jutranjo terapijo zaužije s požirkom vode. Infuzija glukoze z inzulinom in KCl je priporočljiva pri sladkornih bolnicah. Pri bolnicah, ki niso prve na operativnem programu, zjutraj nastavimo infuzijo 500 ml RL, teče 100 ml/uro.

Pri **OPERATIVNIH POSEGIH BREZ POSEGOV NA ČREVESJU** se uvajanje normalne prehrane priporoča znotraj 24 ur po operaciji. Na dan operacije zvečer, ko je bolnica povsem budna, se ponudi večerja (OP2 ali U3 dieta). Bolnica poje, kar ji ustreza. Poskrbimo, da pije bistre tekočine.

Pri **POSEGIH NA ČREVESJU** (anastomoze, resekcije) – ni posebnih omejitev, priporočila so enaka kot pri posegih brez posegov na črevesju. Na dan operacije zvečer ponudimo U3 večerjo, bolnica pa poje, kar ji ustreza. Poskrbimo, da pije bistre tekočine. Aktivno preprečujemo pooperativno slabost z zdravili. Hrano prilagodimo vztrajanju ali odsotnosti pooperativne slabosti, splošnemu apetitu, pridruženim soobolenjem (bolezni ledvic, želodca, sladkorna bolezen in drugo).

ODVAJALA

En dan pred posegom bolnica ob sprejemu prejme BISAKODIL (NOVOLAX ali DULCOLAX) 2 dražeja (pri bolnicah z BMI nad 30, pa 3 dražeje). Bolnica pri kateri se z visoko verjetnostjo pričakuje resekcija črevesa (npr. rektosigmoidnega dela) lahko zvečer dobi antibiotično terapijo per os (neomicin 1g in metronidazol 1g per os) in klizmo (določi GINEKOLOG). Prvi pooperativni dan pa bolnica rutinsko prejme odvajalno svečko (DULCOLAX ali LECICARBON).

ANTIBIOTIČNA PROFILAKSA

Vse bolnice, pri katerih se načrtuje OPERATIVNA LAPAROSKOPIJA in LAPAROTOMIJA ter VAGINALNA HISTEREKTOMIJA je potrebna profilaksa z antibiotikom. Pri konizacijah, diagnostičnih laparoskopijah, biopsijah vulve, vagine, cerviksa pa profilaksa NI potrebna.

DRENAŽE

Rutinska uporaba drenov ne prepreči zapletov. Zato se je potrebno pri vsaki ženski in vsaki operaciji individualno odločiti, kaj je konkretna indikacija za drenažo. Pri elektivnih posegih se razmišlja o drenu kot nadzoru nad zgodnjo pooperativno krvavitv. To pride v poštev, če ob koncu posega še vedno obstaja visok klinični sum na možnost večje pooperativne krvavitve kljub maksimalnemu trudu za dosego hemostaze. Če je dren vstavljen za kontrolo krvavitve, se ga 24 ur po posegu odstrani. Namesto drena se lahko pooperativno določa pogostejša serija merjenja hemoglobina v krvi. Načeloma se torej v največji možni meri izogibamo drenom (peritonealnim in subkutanim) in jih čim prej odstranimo. Pooperativno ne uporabljamo nazogastrične sonde (razen res individualno in izjemoma). Urinski kateter



odstranimo čim prej. Če bolnica zvečer že vstane, se urinski kateter odstrani zvečer.

ANESTEZIJA

PREMEDIKACIJA – rutinska premedikacija ni priporočena. Možna je v določenih primerih, npr. MIDAZOLAM (Dormicum) 7, 5 mg, 60 do 90 minut pred operacijo.

PODROČNA/LOKALNA ANALGEZIJA:

Pri medianih laparotomijah, v kolikor ni anestezioloških kontraindikacij, se načeloma vstavi EPIDURALNI kateter. Svetuje se injekcija lokalnega anestetika v laparotomijsko rano (bupivacain).

ANTIEMETIKI

Rutinsko med posegom prejeme antagonist serotoninских 5HT₃-receptorjev: ONDANSETRON – Setronon 2mg/ml; 1 ampula (4 mg), GRANISETRON – Granisetron ali Kytril 1mg/ml, 1 ampula. Pri visoko tveganih bolnicah (predhodne slabosti po OP, morska bolezen) po presoji anesteziologa med operacijo dobi kortikosteroid, ki ga ne ponavljamo pooperativno. Isti antiemetik ponavljamo po potrebi na 8 do 12 ur. POZOR – če nastopi slabost prej kot 8 ur od zadnjega odmerka, je potrebno ZAMENJATI antiemetik, ker prvotni ni učinkovit. Pooperativno pri vseh laparotomijah in operativnih laparoskopijah prejme redno METOKLOPRAMID (Reglan) 1 ampulo na 8 ur i.v. Če oboje ne pomaga in je še prisotna slabost: DROPERIDOL (Xomolix 2,5mg/ml) 0,25 do 0,5 ml na 6 do 8 ur i.v.

ANALGETIKI

Pred operacijo

V primeru bolečin uporaba paracetamola v kombinaciji z NSAR, metamiozolom ali COX₂ inhibitorji - izogibati se je potrebno opioidom, če je le možno. Bolnice, ki predoperativno uporabljajo redno opioidne analgetike, jih mora predoperativno pregledati anesteziolog v protibolečinski ambulanti.

Na dan operacije

Priporočljiva je epiduralna mešanica REDNO po navodilu anesteziologa do 3 dni. NATRIJEV METAMIZOLAT (Analgin) 2,5g/ 12 ur i.v. se aplicira PO POTREBI, če je vstavljen epiduralni kateter, REDNO pa, če ga ni. PARACETAMOL 1000 mg/ 6 ur redno i.v. (PO POTREBI, če je epiduralni kateter, REDNO, če ga ni). Namesto Analgina lahko apliciramo Neodolpasse 250 ml/ 12 ur. Prvi pooperativni dan dajemo opioidne analgetike po potrebi (ob rednem dajanju ostalih, neopiodnih). Najpogostejše Dipidolor do 7,5 mg na 8 ur i.v. Individualno ob večjih operativnih posegih preko laparotomije se v dogovoru z anesteziologom poslužujemo s črpalka z **opiodnim analgetikom. POZOR: če ima ženska črpalko, potem Dipidolorja v bolusih NE DAJEMO!**

Prvi pooperativni dan in kasneje

Izogibanje opiodnih zdravil v največji možni meri. PCA črpalka se odstrani prvi pooperativni dan. Epiduralni kateter do 3 dni. Takoj ko je mogoče prehod na PER OS terapijo (če ne bruha, če nima pooperativne slabosti). Na primer: NATRIJEV METAMIZOLAT (Analgin, Aglominol) do 4 x 2 tableti dnevno REDNO, ali NAPROKSEN (Nalgesin forte) 550 mg/12 ur p.o. ali IBUPROFEN (Brufen) 400 do 600 mg/8 ur p.o., v kombinaciji s PARACETAMOL 1 gram na 6 ur p.o. Če je še potreba po opiodnem analgetiku, se doda Tramal 50-150 mg per os.

POOPERATIVNO NADOMEŠČANJE TEKOČIN

Preveriti je potrebno, koliko je prejela tekočin intraoperativno. Do skupno 1500 - 2000 ml tekočin do naslednjega dne. Transfuzija KONCENTRIRANIH ERITORCITOV ob Hb < 70-90, oziroma pri srčnih bolnicah < 100. Odločitev za transfuzijo mora biti individualna, odvisna od izgube krvi med operacijo, simptomov (tahikardija, hipotenzija, vrtoglavica), pridruženih soobolenj. ALBUMINOV NE nadomeščamo RUTINSKO, če so klinično odsotni periferni edemi. Apliciramo jih le ob EVAKUACIJI velikih količin ASCITESA (na vsake 3 litre ascitesa 100 ml 20% albuminov i.v. počasi).



POOPERATIVNA FIZIOTERAPIJA

Na dan operacije, pri večjih laparotomijah v intenzivni negi, popolnoma budna bolnica, 2 do 3-krat na uro uporabi incentivni spirometer (če je dosegljiv), ter prvi in drugi pooperativni dan. Prvi dan po posegu se obvezno vključi fizioterapija (vstajanje ter hoja po sobi). Priporočljivo je, da bolnica vstane že na dan operacije, ko je budna in ima ustrezno urejeno analgezijo. Pri vsaki ženski se je potrebno potruditi v največji možni meri, da na dan operacije zvečer vstane, še posebej po laparoskopskih posegih. Takoj ko vstane, se odstrani tudi urinski kateter. Načeloma vse bolnice selimo iz intenzivne nege na oddelek prvi pooperativni dan, razen izjemoma, individualno.

POOPERATIVNE PREISKAVE

Na dan operacije (približno 4 ure po končanem posegu) kontroliramo **KOMPLETNO KRVNO SLIKO**, **KRVNI SLADKOR** in **KALIJ**. Kasneje laboratorijske preiskave izvajamo individualno, glede na osnovno diagnozo, vrsto operativnega posega in pridruženih soobolenj ter klinične slike. Posebno skrb namenimo kontroli krvnega sladkorja, profil izvajamo pri vseh bolnicah s sladkorno boleznijo. Če obstaja realna večja verjetnost za pooperativno krvavitev, se določi serijska kontrola hemoglobina. V primeru netipične klinične slike laboratorijske preiskave glede na vrsto simptomov in znakov tudi ponavljamo.

ODPUST

Odpust je priporočljiv takoj, ko je bolnica stabilna, brez slabosti, bruhanja, odvaja redno vodo in blato, ima apetit ter je bolečina obvladana s per os terapijo. Pomembna je dobra informiranost bolnic. Z napotki in navodili ob odpustu jih lahko prvič seznanimo že na predoperativni obravnavi ter nato med samo hospitalizacijo. Vsaka bolnica prejme jasna navodila v odpustu: kdaj in kje ima prvi pooperativni pregled, na katere simptome in znake mora biti pozorna in kam konkretno pride v primeru težav, prejme recepte in jasna navodila za prejemanje analgetikov (vsaj 3 dni svetujemo redno jemanje) in tromboprofilakse, kako skrbeti za pooperativno rano in kdaj odstraniti šive, individualno se vključi v nego na domu patronažno službo, vsaki svetujemo, da ostane fizično aktivna kolikor ji dopušča splošno počutje,

spodbujamo hojo po stanovanju, hiši in bližnji okolici v spremstvu odrasle osebe, spodbujamo čim prejšnji prehod na običajno prehrano.

ZAKLJUČEK

Leta 2012 je Rems s sodelavci opravil raziskavo v kateri se vsi predstojniki kirurških oddelkov Splošne bolnišnice Jesenice delno ali v celoti strinjajo, da je KsPO (kirurgija s pospešenim okrevanjem) upoštevanja vreden klinični koncept. Sedem oddelkov je imelo izdelano klinično pot, deloma ali v celoti pa uporabljajo načela KsPO na 12 oddelkih. Ugotovil je, da je zelo malo dejavnosti pred sprejemom, zlasti manjka pogovor z dietetikom in fizioterapevtom, da je manj kot polovica bolnikov prejela glukozni napitek pred operacijo, enako velja tudi za preprečevanje slabosti in bruhanja po operaciji, več kot dve tretjini bolnikov je še vedno deležnih čiščenja črevesa pred operacijo, več kot polovica bolnikov ima vstavljen centralni venski kateter in so po operaciji sprejeti v enoto intenzivne terapije, prvi dan po operaciji tri četrtine bolnikov ne vstaja ali ne sedi na postelji, več kot polovica bolnikov ima vstavljeno nazogastrično sondo. V primerjavi s podobno analizo iz leta 2004, Rems s sodelavci ugotavlja da uporaba KsPO pomembeno vpliva v skrajšanju povprečne načrtovane ležalne dobe. Kljub temu se večine bolnikov ne operira po načelih KsPO. Uresničevanje načel KsPO v Sloveniji je žal dokaj borno in ne takšno, kot bi pričakovali glede na dokazane pozitivne učinke [CITATION Rem14 \l 1060].

Na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojke se trudimo, da se držimo načel kirurgije s pospešenim okrevanjem in dokazujemo, da se je število dni hospitalizacij drastično zmanjšalo, delujemo multidisciplinarno, smo tesno povezani s dietetičarko, fizioterapevtko in ostalimi strokovnjaki za določena področja. Naš koncept kirurgije s pospešenim okrevanjem je zgrajen na zavedanju, da na postoperativni rezultat vplivajo predoperativna priprava, intraoperativni faktorji ter postoperativna oskrba.



LITERATURA

1. Kern, A., 2018. *Spremenjene obremenitve medicinskih sester pri pacientih vodenih po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem*, Novo mesto: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
2. Onkološki inštitut, 2019. *Rak dojk*. [Elektronski] Available at: https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/rak_dojk [Poskus dostopa 13 marec 2022].
3. Onkološki Inštitut, 2019. *Rak rodil*. [Elektronski] Available at: https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/rak_rodil [Poskus dostopa 16 marec 2022].
4. Rems, M., Jurekovič, V. & Studen Pauletič, P., 2014. Kirurgija s pospešenim okrevanjem pri bolnikih s kolorektalnim rakom v Sloveniji 2012. *Zdravniški Vestnik*, Zvezek 83, pp. 115-26.

OVIRE PRI ZAGOTAVLJANJU CELOSTNE OSKRBE PACIENTA Z RAKAVIM BOLENJEM V URGENTNEM CENTRU

Jernej Mori, mag. zdr. nege; doc. dr. Amadeus Lešnik

POVZETEK

Vse več rakavih obolenj danes spada v kategorijo dobro obvladljivih kroničnih bolezni. Zdravstveni delavci v urgentnih enotah želijo pacientom pomagati in v najboljši veri tudi podaljšati življenje. Pri obravnavi onkoloških pacientov v urgentnih enotah zaradi pomanjkanja informacij o načrtu oskrbe za vzdrževanje življenja in zdravljenja pogosto ravnamo v nasprotju z med zdravnikom onkologom, pacientom in njegovimi svojci dogovorjenimi smernicami obravnave onkološkega pacienta v primeru nujnih stanj. Delovanje urgentnih centrov je namreč usmerjeno v diagnosticiranje in zdravljenje zdravstvenih stanj, kjer se specifični posameznih specialnih obolenj ne namenja največja mera pozornosti. Takšno specifično predstavlja oskrba onkološkega pacienta ob koncu življenja, ki spada v paliativno oskrbo, kjer niso dovolj samo znanje in veščine izvajalcev urgentne oskrbe. Pri obravnavi onkološkega pacienta je potreben organizacijski pristop za sistematično obravnavo pacienta saj številne raziskave kažejo, da mnogi onkološki pacienti niso deležni načrtovane zdravstvene obravnave.

V prispevku predstavljamo naš pogled na oskrbo onkološkega pacienta v urgentnem centru, kjer v letih 2020 in 2021 beležimo skupno skoraj 18000 obravnav pacientov z rakom. Naše razmišljanje gre v smeri koncepta integrirane oskrbe onkoloških pacientov, ki vključuje urgentno ambulantno namenjeno izključno onkološkim pacientom v okviru onkološkega oddelka, kjer imajo pri obravnavi pacienta na voljo vse potrebne podatke in strokovnjake potrebnih profilov.

Ključne besede: rak, medicinska sestra, kronična obolenja, obravnava pacienta z rakom



ABSTRACT

Cancer is now recognized as a chronic disease due to the growing number of treated patients. Healthcare professionals in emergency units want to help patients in the best interest of faith and also try to prolong their lives. When treating oncology patients in emergency units, due to the lack of information on the plan of care for life support and treatment, we often contradict the plan agreed by the oncologist and the will of the patient and relatives for the treatment in emergency situations. The work flow of emergency centers is focused on diagnosing and treating more complex medical conditions, where the specifics of individual special diseases are not given the best attention. Such specificity is represented by the care of an oncology patient at the end of life, which belongs to palliative care, where the knowledge and skills of emergency care providers are not enough. When treating an oncology patient, an organizational approach is needed to systematically treat the patient, as many studies show that many oncology patients do not receive the planned medical treatment.

In this paper, we present our view on the care of oncology patients in the emergency center, where in 2020 and 2021 we record a total of almost 18,000 treatments for cancer patients. Our thinking goes in the direction of the concept of integrated care for oncology patients, which includes an emergency clinic dedicated exclusively to oncology patients within the oncology department, where they have all the necessary information and experts of the necessary profiles.

Key words: cancer, nurse, chronic diseases, treating a patient with cancer

UVOD

Rakavo obolenje je danes zaradi vse večjega števila preživelih prepoznano kot kronična bolezen (Rim, et al., 2016). Incidenca raka po vsem svetu narašča (Ferlay, et al., 2015), predvsem kot posledica daljšanja življenjske dobe in izboljšanja rezultatov zdravljenja (Won, et al., 2014). S tem se večja število ljudi, ki imajo poleg rakavega obolenja tudi druge kronične bolezni zaradi česa se pogosteje srečujejo z različnimi zdravstvenimi storitvami in težavami (Tremblay, et al., 2017). Rakava obolenja vključujejo več kot 200 različnih diagnoz in vse bolj zapletene postopke zdravljenja (Rubin, et al., 2015; Lawrence, et al., 2016). V onkologiji obstajajo štiri skupine urgentnih stanj: mehanična, metabolična, hematološka in stanja izzvana s specifično terapijo (Higdon, et al., 2018). Pojavljajo se vse pogosteje in predstavljajo življenjsko ogrožajoče motnje v vseh stadijih bolezni (Gibson & McConigley, 2016). Obravnava takšnih pacientov predstavlja izziv za urgentne zdravnike, kakor tudi za medicinske sestre zaposlene v urgentnih centrih (UC) (Ahn, et al., 2012). Najpogostejši vzrok za obisk urgence pri bolnikih z rakom sta bolečina in slabost (Berger, et al., 2013; Patel, et al., 2017). Razširjenost bolečine med pacienti z rakom poudarja potrebo po prepoznavanju potencialne tolerance na opioide in pristopu k manj običajnim načinom obvladovanja bolečine (Won, et al., 2014), kar bi lahko prispevalo k izboljšani kakovosti življenja, manj obiskov urgence in sprejemov v bolnišnico, ki predstavljajo posebno tveganje za paciente z rakom, (bolnišnična okužba, globoka venska okužba, tromboza) in otehtajo koristi bolnišničnega zdravljenja. Da bi takšna stanja ustrezno obravnavali je potreben multidisciplinarni pristop, ki lahko izboljša preživetje in kakovost življenja tudi kadar gre za terminalni stadij bolezni (Čolaković & Čolaković, 2018). Zmanjšanje obiskov urgence in hospitalizacij zahteva nove pristope za izboljšanje podpore in oskrbe pacientov z rakom, ki mora biti lahko dostopna, celostna in vedno na voljo (Caterino, et al., 2019; Randall, et al., 2014; Wagner, et al., 2014).

V prispevku predstavljamo naš pogled na strokovno in celostno oskrbo pacienta z rakom v urgentnem centru, ki je usmerjen k zmanjševanju razdrobljenosti zdravstvene oskrbe in razmišljanje o urgentni ambulanti namenjeni izključno onkološkim pacientom v okviru onkološkega oddelka, kjer imajo pri obravnavi pacienta na voljo vse potrebne podatke in strokovnjake potrebnih profilov. Ideja sicer ni nova, saj takšni centri v tujini že obstajajo (Ahn, et al., 2012; Cooksley & Rice, 2017).



Številne študije so pokazale, da imajo pacienti z rakom, ki se zdravijo v centrih za raka, boljše rezultate (Wolfson, et al., 2015), kar velja tudi za obravnavo pacienta z rakom v nujnem stanju. Strokovno znanje o raku v ustanovi je pomemben napovednik rezultatov nujne oskrbe (Grewal, et al., 2019). Ključni dejavnik za izboljšanje rezultatov je tudi zagotavljanje ustrezne in hitre komunikacije med vsemi deležniki. Pomanjkanje informacij o pacientu je namreč eden od glavnih vzrokov za odločitve o napotitvi pacienta z rakom v UC (Lewis Hunter, et al., 2016), zato je potrebno ustvarjanje enotnih diagnostičnih in drugih algoritmov v partnerstvu med urgentno medicino, onkologijo, paliativno oskrbo in drugimi deležniki.

OBRAVNAVA PACIENTA Z RAKOM V UC

Delovanje urgentnih centrov je usmerjeno v diagnosticiranje in zdravljenje zahtevnejših zdravstvenih stanj, kjer se specifični posameznih specialnih obolenj ne namenja največja mera pozornosti. Takšno specifično predstavlja oskrba pacienta z rakom (van der Plas, et al., 2013), kjer znanje in veščine izvajalcev urgentne oskrbe pogosto niso dovolj. V raziskavi, ki so jo opravili (Brown, et al., 2016) ugotavljajo, da obstaja vrzel v znanju za zagotavljanje optimalne oskrbe pacienta z rakom v UC. Iz sicer redkih razpoložljivih dokazov je bila oskrba pacienta z rakom ob koncu življenja v okolju UC opredeljena kot slaba (Marck, et al., 2014). Pri obravnavi pacientov z rakom v UC se zaradi pomanjkanja informacij o načrtu oskrbe za vzdrževanje življenja in zdravljenja pogosto ravna v nasprotju z med zdravnikom onkologom, pacientom in njegovimi svojci dogovorjenimi smernicami obravnave v primeru nujnih stanj.

Število v UC obravnavanih pacientov z rakom se iz leta v leto povečuje in postaja vse večji problem. Približno dve tretjini obiskov v UC s strani pacientov z rakom se zaključijo s sprejemom v bolnišnico (Vandyk, et al., 2012; Rivera, et al., 2017). V tabeli 1 so statistični podatki, ki kažejo, da je bilo v UC Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (UKC MB) v letih 2020 in 2021, letno pregledanih med štiri tisoč in štiri tisoč petsto pacientov z rakom. Večina so bili v UC obravnavani povprečno dvakrat letno, kar znaša približno osem tisoč posameznih obravnav pacientov z rakom letno. Od tega jih je na dan obravnave v UC umrlo, leta 2020 dvainšestdeset in leta 2021 devetinšestdeset. Hospitaliziranih pa je bilo leta 2020 tisoč osemsto enaintrideset, ter leta 2021 dva tisoč sto devetdeset. Tudi delni podatki za leto 2022 kažejo trend naraščanja.

Tabela 1: Število obravnav pacientov z onkološkim obolenjem v Urgentnem centru

Leto obravnave	2020	2021	2022*
Število obravnav	7.668	7.974	1.701
Število bolnikov	3.932	4.413	1.252
Število hospitaliziranih	1.831	2.190	429
Število umrlih v UC	62	69	12
Število registriranih v paliativni oskrbi	335	383	77

Vir: Statistika UKC

V času obiska UC je že bilo v paliativno oskrbo registriranih približno (10 %) obravnavanih pacientov z rakom. Glede na nizek delež pacientov, ki so vključeni v storitve paliativne oskrbe, ki je pomemben del strokovne in učinkovite ambulantne oskrbe pacientov z rakom, je možnost dodatnega ukrepanja pred obiskom UC precejšen.

POTREBNA ZNANJA IN OVIRE MEDICINSKIH SESTER PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z RAKOM V UC

Obstajajo različne metode za zdravljenje raka, katere vključujejo operacije, imunoterapijo, kemoterapijo in radiacijo (Younis, et al., 2014). Kemoterapija je ena izmed najbolj pogostih in uspešnih strategij zdravljenje raka. Prav tako pa je tudi ena najbolj škodljivih zdravljenj z veliko zapletov (Tarakcioglu Celik & Korkmaz, 2017). Zaplete raznolikega zdravljenja in specifičnih pristopov do oskrbe mora znati prepoznati in obvladati tudi medicinska sestra v UC, saj se večina teh pacientov po pomoč zateče prav v UC. En takšnih specifičnih pristopov je na primer vstavljen podkožni venski dostop ali venska valvula, ki pri pacientih z rakom zagotavlja venski dostop za zdravljenje in podporno terapijo (Conley, et al., 2017). Kljub temu, da ima veliki delež pacientov z rakom vstavljeno vensko valvulo, raziskave kažejo, da je znanje medicinskih sester na tem področju dokaj omejeno (Pires & Vasques, 2014). Ker medicinske sestre v UC z vensko valvulo rokujejo manj pogosto potrebujejo redna izobraževanja in edukacijo o pravilnem rokovanju z vensko valvulo (Jizba, et al., 2021). Problemi nastanejo v situacijah, ko razpoložljivi kadri nimajo



zmogljivosti za zagotavljanje učinkovite in varne oskrbe pacienta (Harvey, et al., 2016). Običajno priznane ovire pri izvajanju oskrbe pacienta z rakom vključujejo pomanjkanje strokovnega znanja ali formalnega usposabljanja (Johnson, et al., 2014; Nathan, et al., 2013), ter pomanjkanje časa in delovne obremenitve (Roorda, et al., 2013; Kerrigan, et al., 2014). Naraščajoče potrebe pacientov, stroškovne in kadrovske omejitve ter **varčevalni** ukrepi negativno vplivajo na sposobnost medicinskih sester, da zadovoljivo opravijo svoje delo (Papastavrou, et al., 2014). Medicinske sestre v UC so pogosto odgovorne za oskrbo številnih bolnikov hkrati. Ugotovitve kažejo, da številne medicinske sestre v UC ne verjamejo, da imajo dovolj znanja in veščin za zagotavljanje učinkovite oskrbe pacienta z rakom (Giles, et al., 2019).

UC so hrupna delovna okolja z velikim stresom in pogosto kaotična (Decker, et al., 2015). Delo poteka hitro, prisotna je gneča in nikoli ni dovolj prostih postelj. Zaradi hude imunske oslabelosti se mnogi pacienti z rakom lahko gibljejo le v strogo izoliranem okolju (Wiskemann, et al., 2015), kar pa jim v UC zaradi širokega spektra obravnavanih pacientov in prostorske neustreznosti ni mogoče zagotoviti. Zaradi slabše prostorske razporeditve so onkološki pacienti lahko podvrženi dodatni možnosti okužbe, katera lahko poslabša njihovo zdravstveno stanje, saj jih od sosednjega pacienta pogosto loči samo tanka zavesa. Ker obravnava v UC traja dlje časa in so transportne postelje na katerih pacienti ležijo dokaj neudobne, to še dodatno vpliva na njihovo slabo počutje (Mierendorf & Gidvani, 2014; Decker, et al., 2015; Hogan, et al., 2016). Kljub vedenju, da je dobro počutje pomemben dejavnik zdravja, se skrb za dobro počutje pogosto prezre. Še posebej pa je v UC težko zagotoviti človeku dostojno oskrbo ob koncu življenja, saj ni primernih zasebnih sob v katere bi lahko preselili umirajočega pacienta in tako tudi družini zagotovili zasebnost in primerno slovo od umirajočega svojca (Beckstrand, et al., 2012; del Mar Díaz-Cortés, et al., 2018). Umiranje z dostojanstvom je glede na prostorske in organizacijske vidike UC zelo težko zagotoviti (Tse, et al., 2016), kar predstavlja veliko vrzel v zdravstveni oskrbi (Snapp & Hare, 2021). Ob tem pa ne gre pozabit, da je oskrba ob koncu življenja stresna tudi za medicinske sestre od katerih se pričakuje, da bodo takoj po smrti pacienta že opravljale delo pri naslednjem pacientu (Hogan, et al., 2016).

ZAKLJUČEK:

Integrirana zdravstvena oskrba pacientov z rakom v Sloveniji je še vedno v svoji začetni fazi zato razmislek o načinu obravnavanja pacientov z rakom, ki bi bil zanje najprimernejši ni odveč. Dejstvo je, da medicinske enote, ki so namenjene obravnavi posebnih specialnosti lahko izboljšajo kakovost oskrbe. Nujno oskrbo pacientov s težavami, ki so povezane z rakom je potrebno optimizirati s spremembami na področju primarne, sekundarne in terciarne oskrbe. Potreben je premik v odnosu do oskrbe umirajočih in njihovih družin za kar so potrebni prostorski pogoji in posebno usposabljanje vključno s komunikacijskimi veščinami in prepoznavanjem konca življenja.

LITERATURA:

1. Ahn, S., et al., 2012. Emergency department cancer unit and management of oncologic emergencies: experience in Asan Medical Center. *Supportive Care in Cancer*, 20(9), pp. 2205–2210.
2. Beckstrand, R. L., et al., 2012. Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles. *Journal of emergency nursing*, 38(5), pp. e7–e14.
3. Berger, J., Cooksley, T. & Holland, M., 2013. The burden of cancer on the acute medical unit. *Clinical medicine*, 13(5), p. 457.
4. Brown, J., et al., 2016. The emergency care of patients with cancer: setting the research agenda. *Annals of emergency medicine*, 68(6), pp. 706–711.
5. Caterino, J. M., et al., 2019. Analysis of Diagnoses, Symptoms, Medications, and Admissions Among Patients With Cancer Presenting to Emergency Departments. *JAMA Network Open*, [Online] 2(3), pp. e190979–e190979. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0979>.
6. Čolaković, N. & Čolaković, G., 2018. Dijagnostika i terapija urgentnih stanja kod onkoloških bolesnika. *NČ urg. med. HALO* 194 2018; 24 (2): 126, 137.
7. Conley, S. B., et al., 2017. Standardizing best nursing practice for implanted ports. *Journal of Infusion Nursing*, 40(3), pp. 165–174.
8. Cooksley, T. & Rice, T., 2017. Emergency oncology: development, current position and future direction in the USA and UK. *Supportive Care in Cancer*, 25(1), pp. 3–7.
9. Decker, K., Lee, S. & Morphet, J., 2015. The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(2), pp. 68–74.
10. Ferlay, J., et al., 2015. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), pp. E359–E386.
11. Gibson, S. & McConigley, R., 2016. Unplanned oncology admissions within 14 days of non-surgical discharge: a retrospective study. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), pp. 311–317.
12. Giles, T. M., et al., 2019. Nurses' perceptions and experiences of caring for patients who die in the emergency department setting. *International Emergency Nursing*, [Online] 47, p. 100789. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X19300758>.
13. Grewal, K., et al., 2019. The association of continuity of care and cancer centre affiliation with outcomes among patients with cancer who require emergency department care. *CMAJ*, 191(16), pp. E436–E445.



14. Harvey, C., et al., 2016. Priced to care: factors underpinning missed care. *Journal of Industrial Relations*, 58(4), pp. 510–526.
15. Higdon, M. L., Atkinson, C. J. & Lawrence, K. V, 2018. Oncologic emergencies: recognition and initial management. *American Family Physician*, 97(11), pp. 741–748.
16. Hogan, K.-A., et al., 2016. When someone dies in the emergency department: perspectives of emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), pp. 207–212.
17. Jizba, T. A., et al., 2021. Implanted Port Access in the Emergency Department: A Unit-Level Feasibility Study of a Nurse-Led Port Access Algorithm. *Journal of Emergency Nursing*, 47(4), pp. 599–608.
18. Johnson, C. E., et al., 2014. Australian general practitioners' preferences for managing the care of people diagnosed with cancer. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 10(2), pp. e90–e98.
19. Kerrigan, D., et al., 2014. Follow-up arrangements for breast cancer patients; is it appropriate to transfer surveillance to general practitioners? *Irish medical journal*, 107(9), pp. 273–275.
20. Lawrence, R. A., et al., 2016. Primary care physicians' perspectives of their role in cancer care: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 31(10), pp. 1222–1236.
21. Lewis Hunter, A. E., et al., 2016. Factors influencing hospital admission of non-critically ill patients presenting to the emergency department: a cross-sectional study. *Journal of general internal medicine*, 31(1), pp. 37–44.
22. del Mar Díaz-Cortés, M., et al., 2018. Promoting dignified end-of-life care in the emergency department: A qualitative study. *International emergency nursing*, 37, pp. 23–28.
23. Marck, C. H., et al., 2014. Care of the dying cancer patient in the emergency department: findings from a National survey of Australian emergency department clinicians. *Internal medicine journal*, 44(4), pp. 362–368.
24. Mierendorf, S. M. & Gidvani, V., 2014. Palliative care in the emergency department. *The Permanente Journal*, 18(2), p. 77.
25. Nathan, P. C., et al., 2013. Family physician preferences and knowledge gaps regarding the care of adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), pp. 275–282.
26. Papastavrou, E., Andreou, P. & Efstathiou, G., 2014. Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*, 29(1), pp. 3–25.
27. Patel, P. M., et al., 2017. Evaluation of emergency department management of opioid-tolerant cancer patients with acute pain. *Journal of pain and symptom management*, 54(4), pp. 501–507.
28. Pires, N. N. & Vasques, C. I., 2014. Nurses' knowledge regarding the handling of the totally-implanted venous access device. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, pp. 443–450.
29. van der Plas, A. G. M., et al., 2013. Palliative care case management in primary care settings: a nationwide survey. *International journal of nursing studies*, 50(11), pp. 1504–1512.
30. Rim, S. H., et al., 2016. The impact of chronic conditions on the economic burden of cancer survivorship: a systematic review. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 16(5), pp. 579–589.
31. Rivera, D. R., et al., 2017. Trends in adult cancer-related emergency department utilization: an analysis of data from the nationwide emergency department sample. *JAMA oncology*, 3(10), pp. e172450–e172450.
32. Roorda, C., et al., 2013. Discharge of breast cancer patients to primary care at the end of hospital follow-up: a cross-sectional survey. *European journal of cancer*, 49(8), pp. 1836–1844.
33. Rubin, G., et al., 2015. The expanding role of primary care in cancer control. *The lancet oncology*, 16(12), pp. 1231–1272.
34. Snapp, M. & Hare, L., 2021. The Role of Spiritual Care and Healing in Health Management. *Advances in Mind-body Medicine*, 35(1), pp. 4–8.

35. Tarakcioglu Celik, G. H. & Korkmaz, F., 2017. Nurses' knowledge and care practices for infection prevention in neutropenic patients. *Contemporary nurse*, 53(2), pp. 143–155.
36. Tremblay, D., et al., 2017. Optimizing clinical and organizational practice in cancer survivor transitions between specialized oncology and primary care teams: a realist evaluation of multiple case studies. *BMC health services research*, 17(1), pp. 1–12.
37. Tse, J. W. K., Hung, M. S. Y. & Pang, S. M. C., 2016. Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Hong Kong emergency department: a qualitative study. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), pp. 224–232.
38. Vandyk, A. D., et al., 2012. Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 20(8), pp. 1589–1599.
39. Wiskemann, J., et al., 2015. Effects of physical exercise on survival after allogeneic stem cell transplantation. *International journal of cancer*, 137(11), pp. 2749–2756.
40. Wolfson, J. A., et al., 2015. Impact of care at comprehensive cancer centers on outcome: results from a population-based study. *Cancer*, 121(21), pp. 3885–3893.
41. Won, Y. H., et al., 2014. Improving the quality of cancer pain management in an academic medical center emergency department. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6).
42. Younis, M., et al., 2014. Effect of chemotherapy and radiotherapy on red blood cells and haemoglobin in cancer patients. *Sci Lett*, 2(1), pp. 15–18.



ALI JE TELOVADBA PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKI MED KEMOTERAPEVTŠKIMI CIKLUSI PRIPOROČLJIVA?

Sara ZAJC, dipl. med. sestra

Po prebiranju različnih člankov, kaj pomeni dobro počutje, sem našla veliko nasvetov; ti večinoma zajemajo zdravo prehrano, redno telesno dejavnost ter druženje in veliko mero ljubezni do sebe. Tudi onkološki bolniki lahko ostanejo aktivni posamezniki, ki so odgovorni za svoje počutje. Pomembno je, da jih opolnomočimo, motiviramo in jim ponudimo možnost, da so telesno aktivni tudi med zdravljenjem s kemoterapijami.

OPREDELITEV TELESNE DEJAVNOSTI

Priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za telesno dejavnost za krepitev zdravja so, da je minimalna (zadostna) priporočena količina telesne dejavnosti za krepitev zdravja odraslih, starejših od 18 let zmerno intenzivna telesna dejavnost v skupnem trajanju vsaj 150 minut na teden ali visoko intenzivna telesna dejavnost v skupnem trajanju vsaj 75 minut na teden. Možne so tudi različne kombinacije obeh intenzivnosti [CITATION Nac17 \l o].

Ko človek zboli, se po navadi zmanjša tudi njegova telesna dejavnost. Upočasni se ritem življenja in vse moči se uprejo v zdravljenje. Onkološke bolnike velikokrat povezujemo z občutki utrujenosti, slabega počutja, slabosti, izčrpanosti in podobno. Kljub mnogim zdravilnim učinkovinam, ki onkološkim bolnikom zelo uspešno lajšajo neprijetne posledice kemoterapij, pa vseeno ni zdravila, ki bi bolnikom vlila motivacijo za zdravljenje ter občutek moči.

Telovadbo po navadi povezujemo z nečim, kar naše telo utruja; telo, ki je obolelo za rakom pa potrebuje počitek. Ampak nobeno novo dejstvo ni, da je človeško telo namenjeno gibanju. Človeško telo je razvito tako, da poraba energije v bistvu daje energijo [CITATION Sch21 \l o].



TELESNA DEJAVNOST KOT TERAPEVTSKO SREDSTVO

Telesna dejavnost je ponekod po svetu že terapevtsko sredstvo. Dokazano je, da ima preventivni učinek na tveganje za nastanek raka, to pomeni, da je telesna dejavnost povezana z manjšo pojavnostjo raka. Zraven telesne dejavnosti je pomembna še prehrana, nekajenje, izogibanje prekomernemu pitju alkohola, ohranjanje zdrave telesne teže itd., ... Pomembno je poudariti, da število obolelih za rakom iz leta v leto narašča [CITATION Wor22 \l o]. V raziskavi Soriano-Maldonado, et al. (2019) poudarjajo, da je kljub uspešnemu zmanjševanju umrljivosti za rakom dojke še veliko možnosti za izboljšave. S podaljševanjem življenjske dobe po prebolelem raku dojke pomeni, da se po procesu diagnosticiranja in zdravljenja bolezni bolnice (v manjšem procentu tudi bolniki) soočajo s številnimi kratkotrajnimi in dolgotrajnimi stranskimi učinki. Pogosti neželeni učinki raka dojke vključujejo prisotnost limfedema, srčno toksičnost, depresijo, utrujenost, težave z zdravjem kosti, ... Te težave skupaj z znatno izgubo gibljivosti zgornjih okončin in veliko izgubo mišične moči ter mišične mase, ogrožajo kvaliteto življenja onkoloških bolnikov. Ugotavljali so, da je mišična moč 25 % nižja, mišična moč spodnjih okončin pa kar 12 – 16 % nižja pri bolnicah z rakom dojke, v primerjavi z zdravimi posamezniki. Zdi se, da se podobno pojavlja tudi pri kardiorespiratorni kondiciji ter delovanju in gibljivosti zgornjih okončin. Pomembno je omeniti, da se pri odsotnosti telesne dejavnosti stanje lahko še poslabša [CITATION Sor19 \l o].

Telesna dejavnost izboljša funkcionalno zmogljivost pri različnih diagnozah raka. Na modelu miši so dokazali, da vadba vodi do priliva imunskih celic v tumorje in več kot v 60 % primerih pripomore k zmanjšanju incidence in rasti tumorja. V raziskavi glede na skupne mehanizme mobilizacije imunskih celic pri miših in človeku med vadbo menijo, da je to povezavo potrebno izkoristiti, zlasti pri zdravljenju onkoloških bolnikov v kombinaciji z imunoterapijo. Verjamejo, da vadba ni le zdrava, ampak tudi terapevtska [CITATION Ido17 \l o]. Lin, et al. (2021) so bolnike s rakom glave in vratu, ki se zdravijo s kemoterapijami opazovali skozi 8 – tedenski program. Združili so program zmerno intenzivne aerobike, treningov za moč in raztezanje ter intervencijski skupini ponudili treninge trikrat tedensko. Kontrolni skupini niso ponudili nobenih informacij v zvezi s sestavo programa. Ugotovili so, da obstajajo jasne razlike, ki govorijo v prid intervencijske skupine v ohranjanju mišične mase, gibljivosti, okrevanju srčnega utripa in kvaliteti življenja,

ki so jo merili s vprašalnikom. An, et al. (2021) v svoji raziskavi ugotavljajo, da imajo onkološki bolniki, ki imajo večjo mišično maso in boljšo srčno-žilno funkcijo večjo možnost, da uspešneje zaključijo vse predvidene kemoterapevtske cikle, v primerjavi z ostalimi. Telovadba je tako lahko intervencija, ki pripomore k uspešnejšemu zdravljenju onkološkega bolnika. Tudi Sanft, et al. (2021) v svoji raziskavi ugotavljajo podobno. Kar 78,8 % bolnikov je v njihovi intervencijski skupini prejelo 95 % predvidenih kemoterapij, medtem, ko je to v kontrolni skupini uspelo 65,1 % bolnikov. Park, et al. (2021) so ugotavljali vpliv telovadbe na paliativne onkološke bolnike. Ugotovili so, da telesna dejavnost vpliva na zmanjševanje utrujenosti, preprečuje izgubo mišične mase in lahko izboljša kvaliteto življenja. Wittekind & Gilchrist (2020) izpostavljata telesno dejavnost kot intervencijo, ki izboljša počutje onkoloških bolnikov ter morda tudi zmanjšuje tveganje za srčno-žilne bolezni po prebolelem raku, zaradi posledic zdravljenja. Kljub temu, da so na tem področju potrebne še dodatne raziskave, jasno potrjujeta, da telesna dejavnost izboljša utrujenost, zmanjšuje anksioznost, možnost depresije ter izboljšuje kvaliteto življenja onkoloških bolnikov.

PRIPOROČILA O TELESNI DEJAVNOSTI ZA ONKOLOŠKE BOLNIKE

Telovadba naj bo tako aerobna kot vzdržljivostna. Aerobna vadba se nanaša na dejavnosti kot so hitra hoja, plavanje, tek ali kolesarjenje. Verjetno je bolj poznan izraz takšnih treningov tudi „kardio“ treningi. Na splošno je to vrsta dejavnosti, ki pospeši dihanje in srčni utrip. Vadba za moč ali trening za vzdržljivost je vadba, ki izboljša mišično moč in telesno vzdržljivost. Med temi treningi okončine potiskajo ali nekaj vlečejo proti neki obliki upora, kot so lastna telesna teža, elastični trakovi, proste uteži (kot dumbbells) ali naprave z utežmi. Izkazalo se je, da oba načina vadbe onkološkim bolnikom koristita, najbolje pa ju je kombinirati [CITATION Sch21 \l o].



Telesna dejavnost je lahko po intenzivnosti:

- zmerno intenzivna – gre za dejavnost, ki daje občutek ogretosti, topline, dihanje je hitrejše, vendar še vedno je moč govoriti; na primer hitra hoja, kolesarjenje, plavanje, vrtnarjenje, gospodinjstva opravila, ... Srčni utrip doseže 40 – 59 % maksimalnega srčnega utripa.
- visoko intenzivna – gre za dejavnost, ki poviša srčni utrip, dihanje je hitrejše in povzroči, da se telo začne potiti; na primer tek, aerobika, nogomet, hitro kolesarjenje, ... Srčni utrip doseže 60 – 89 % maksimalnega srčnega utripa.

[CITATION Ame15 \l 3072]

Za zmanjševanje anksioznosti, depresije ter za izboljšanje splošnega počutja in kvalitete življenja onkoloških bolnikov, se priporoča kombinacija aerobne in vzdržljivostne vadbe [CITATION Sch21 \l o]. Potrebno je opravljati zmeren do visoko intenziven aeroben trening 2 – 3-krat tedensko 20 – 40 minut, v kombinaciji s treningi za moč 2-krat tedensko [CITATION Ame15 \l 3072]. Trenutni znanstveni dokazi kažejo, da je za zmanjševanje utrujenosti potrebno 90 minut vadbe na teden. Prav tako bi naj redna, zlasti aerobna vadba pomembno vplivala na kvaliteto spanja [CITATION Sch21 \l o]. Priporoča se dodajanje treningov za moč 2-krat tedensko [CITATION Ame15 \l 3072]. Za zmanjševanje limfedemov se priporočajo zlasti nadzorovani treningi za moč 2 – 3-krat tedensko [CITATION Sch21 \l o]. Za uspešno ohranjanje funkcije vlog se priporoča aerobna vadba 3-krat tedensko, v kombinaciji z vzdržljivostno vadbo 2 – 3-krat tedensko [CITATION Ame15 \l 3072]. Odkrili so tudi pomemben učinek na zdravje kosti. Kombinacija vadbe za moč z aerobno vadbo, kot je tek 2 – 3-krat na teden, naj bi upočasnila razgradnjo kosti in izboljšala kostno gostoto. Obstajajo obetavne, a še zelo zgodnje raziskave, da lahko telesna aktivnost ščiti pred stranskimi učinki, ki jih na srčno-žilnem sistemu povzroča zdravljenje raka (na primer citostatiki). Periferna nevropatija je prav tako pogost stranski učinek kemoterapije. Povzroči šibkost, otrplost in bolečino, običajno v rokah in nogah. Če je huda, lahko vpliva tudi na ravnotežje in mobilnost. Zaenkrat je znano, da je telesna dejavnost tudi v teh primerih varna in zaželjena. Trenutno obstaja tudi nekaj dokazov v raziskavah na živalih, da lahko aerobna vadba zaščiti pred spremembami v možganih, ki so posledica številnih zdravljenj raka. Telesna dejavnost bi naj po besedah bolnikov pomagala tudi pri preprečevanju slabosti, povezanih s kemoterapijo, obvladovanju bolečine ter pri uravnavanju spolnega življenja [CITATION Sch21 \l o].

Telesna dejavnost je izjemnega pomena. Ključni nasvet bolnikom je, da naj vsak dan poskušajo biti aktivni vsaj 30 minut (če ne gre, vsaj 3x tedensko). Pri vsaki aerobni aktivnosti je nujno, da je dihanje težje kot običajno, vendar ni potrebno, da hlastajo za zrakom. Upoštevali naj bi pravilo »govori, vendar ne poj«. Torej bolnik naj bi bil med telesno aktivnostjo sposoben govoriti, vendar ne peti oziroma držati tona (ne glede na sposobnosti petja). Če bolnik ne more govoriti, dela preveč. Če zmore peti, se premalo trudi. Obstajajo različni spletni programi, kjer lahko dobijo tudi nasvete za vaje z utežmi. Pomembno je, da izvajajo treninge za moč vsaj 2x tedensko, pri tem pa imajo med treningoma vsaj en dan prost. Pomembna je tudi hidracija ter uživanje zadostne količine beljakovinsko bogate hrane ter zadostna mera počitka [CITATION Sch21 \l o]. Bolniki nas velikokrat sprašujejo, ali morajo odnehati s telovadbo, ko začnejo s kemoterapijo. Sedaj jim lahko povemo, da absolutno ne, da je zaželeno, da telovadijo še več.

NADALJNO RAZISKOVANJE

Na tematiko telesne dejavnosti pri onkoloških bolnikih med kemoterapevtskimi cikliki obstaja vrzel v znanju in še veliko priložnosti nadaljnega raziskovanja. Tako bom tudi sama v sklopu magistrskega dela pod mentorstvom doc. dr. Dominike Vrbnjak, Maje Ravnik, dr. med. in Irene Tominc Krajnc, mag. zdr. nege opravila raziskavo, kjer bomo zasnovali program telesne vadbe in ugotavljali učinkovitost redne telesne dejavnosti na ohranjanje mišične mase, zaključevanje kemoterapevtskih ciklusov in kvaliteto življenja pri onkoloških bolnikih. Bolnikom želimo prikazati, kako lahko ostanejo aktivni tudi v času zdravljenja s kemoterapijami. Na področju onkologije naše delo odpira novo poglavje svetovanja, torej nasvete glede telesne aktivnosti. Pričakujemo, da bodo rezultati prispevali k boljši opolnomočenosti onkoloških bolnikov.



LITERATURA

1. American College of Sports Medicine, 2019. *Effects of Exercise on Health-Related Outcomes in Those with Cancer*. [Online] Available at: https://www.acsm.org/docs/default-source/files-for-resource-library/exercise-guidelines-cancer-infographic.pdf?sfvrsn=c48d8d86_4 [Accessed 13. 04. 2022].
2. An, K. Y. et al., 2021. Exercise and health related fitness predictors of chemotherapy completion in breast cancer patients: pooled analysis of two multicenter trials. *Breast Cancer Research and Treatment*, 188(2), pp. 399-407.
3. Idorn, M. & thor Straten, P., 2017. Exercise and cancer: from “healthy” to “therapeutic”? *Cancer Immunology, Immunotherapy*, 66(5), pp. 667-671.
4. Lin, K. et al., 2021. Effects of exercise in patients undergoing chemotherapy for head and neck cancer: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), p. 1291.
5. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenadeldzljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine: Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: DZS, založništvo in trgovina, d.d..
6. Park, J. H. et al., 2021. Resistance and aerobic exercise intervention during chemotherapy in patients with metastatic cancer: a pilot study in South Korea. *Annals of Palliative Medicine*, 10(10), pp. 10236-10243.
7. Sanft, T. et al., 2021. Effect of healthy diet and exercise on chemotherapy completion rate in women with breast cancer: the lifestyle, exercise and nutrition early after diagnosis (LEANer) study: study protocol for a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*.
8. Schmitz, K., 2021. *Moving through cancer: an exercise and strenght - training program for the fight of your life*. Penn State Cancer Institute: Chronicle Prism.
9. Soriano-Maldonado, A. et al., 2019. Effects of a 12-week resistance and aerobic exercise program on muscular strength and quality of life in breast cancer survivors: Study protocol for the EFICAN randomized controlled trial. *Medicine*, 98(44), p. e17625.
10. Wittekind, S. G. & Gilchrist, S. C., 2020. Exercise testing and cardiac rehabilitation in patients treated for cancer. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 51(4), pp. 870-876.
11. World Health Organization, 2022. WHO. [Online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> [Accessed 13. 04. 2022].

SISTEMSKO ZDRAVLJENJE IN VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE

Petra Jančar, mag. zdr.nege

POVZETEK

Sistemsko zdravljenje raka je zdravljenje s citostatiki (kemoterapija), zdravljenje s hormonskimi zdravili (hormonsko zdravljenje) in zdravljenje z biološkimi zdravili (tarčno zdravljenje in imunoterapija). Skupaj s kirurškim zdravljenjem in obsevanjem se vpleta v zdravljenje vseh stadijev raka, od operabilnega do lokalno razširjenega in razsejanega raka. Hormonsko zdravljenje se uporablja predvsem pri zdravljenju raka dojke in raka prostate, osnovni princip njegovega delovanja pa je zavora rasti hormonsko odvisnih rakavih celic z odtegnitvijo spolnih hormonov. Biološka zdravila se delijo na imunomodulatorje, vakcine in anti-angiogena zdravila. Od citostatskih zdravil poznamo alkilante, antimetabolite, učinkovine z delovanjem na mikrotubule, inhibitorje topoizomeraz in antibiotike z antitumorskim delovanjem.

Pomembno vlogo v procesu sistemskega zdravljenja raka ima medicinska sestra. Medicinska sestra mora biti bolniku vzgojitelj, svetovalec in njegov zagovornik. Onkološka medicinska sestra mora bolniku na njemu sprejemljiv in razumljiv način podati vse informacije v zvezi z njegovim zdravljenjem, bivanjem v bolnišnici, ga seznani s postopki zdravljenja in stranskimi učinki, ki jih povzroča sistemsko zdravljenje. Prvo učenje onkološkega bolnika se začne v trenutku, ko mu onkolog predstavi obliko zdravljenja. Zato je pomembno, da je učenje bolnika in njegovih svojcev individualno in specifično na izbrano obliko zdravljenja, ki ga predpiše onkolog. Vsekakor pa je potrebno ob koncu individualne edukacije bolniku in svojem ponuditi informacije v pisni obliki, ki si jih lahko v miru preberejo in dati vedeti, da imajo možnost postavitve vprašanj, kadarkoli. V kolikor uspe medicinski sestra ustvariti profesionalen odnos z bolnikom, ji ta zaupa, in s tem lažje sprejme svojo bolezen in sam proces zdravljenja. Tak bolnik, običajno vzame to medicinsko sestro „za svojo“ in jo brez strahu in sramu vpraša stvari, ki ga zanimajo, v njem prebujajo dvome, nezaupanje.

Ključne besede: sistemsko zdravljenje, zdravstvena nega bolnika med sistemskim zdravljenjem, imunoterapija, tarčna zdravila, hormonska zdravila.



SPONZORJI SREČANJA



Lenis farmaceutika d.o.o.

Litostrojska cesta 52, 1000 Ljubljana

Telefon: 01 235 07 00

E-pošta: info@lenis.si

Spletni naslov: <https://lenis.si/>



AstraZeneca Onkologija

KORAK NAPREJ

pri zdravljenju onkoloških bolnikov



DOJKA



HEMATOLOGIJA



JA.JČNIK



PLJUČA



PREBAVILA



PROSTATA

Dodatne informacije so na voljo pri družbi:
AstraZeneca UK Limited, Podružnica v Sloveniji,
Verovškova 55, 1000 Ljubljana, tel.: 01/51 35 600

Datum priprave informacije: maj 2022

SI-2150



KLJUČ ZA VEČ PRILIKOV PRI ZDRAVLJENJU VAŠIH BOLNIKOV

KEYTRUDA®
(pembrolizumab, MSD)

KEYTRUDA je odobrena za zdravljenje 21 indikacij rakavih obolenj¹

Referenca: 1. Keytruda EU SmPC

Ime zdravila: KEYTRUDA 25 mg/ml koncentrat za raztopino za infundiranje vsebuje pembrolizumab. **Terapevtske indikacije:** Zdravilo KEYTRUDA je kot samostojno zdravljenje indicirano za zdravljenje: odraslih in mladostnikov, starih 12 let ali več, z napredovalim (neoperabilnim ali metastatskim) melanomom; za adjuvantno zdravljenje odraslih in mladostnikov, starih 12 let ali več, z melanomom v stadiju IIB, IIC ali III, in sicer po popolni kirurški odstranitvi; metastatske nedrobnocelične pljučnice raka (NSCLC) v prvi liniji zdravljenja pri odraslih, ki imajo tumorje z $\geq 50\%$ izraženostjo PD-L1 (TPS) in brez pozitivnih tumorskih mutacij EGFR ali ALK; lokalno napredovalega ali metastatskega NSCLC pri odraslih, ki imajo tumorje z $\geq 1\%$ izraženostjo PD-L1 (TPS) in so bili predhodno zdravljeni z vsaj eno shemo kemoterapije; bolniki s pozitivnimi tumorskimi mutacijami EGFR ali ALK so pred prejemom zdravila KEYTRUDA morali prejeti tudi tarčno zdravljenje; odraslih in pediatričnih bolnikov, starih 3 leta ali več, s ponovljenim ali neodvisnim klasičnim Hodgkinovim limfomom (cHL), pri katerih avtologna presaditev matičnih celic (ASCT) ni bila uspešna, ali po najmanj dveh predhodnih zdravljenjih kadar ASCT ne pride v poštev kot možnost zdravljenja; lokalno napredovalega ali metastatskega urološkega raka pri odraslih, predhodno zdravljenih s kemoterapijo, ki je vključevala platino; lokalno napredovalega ali metastatskega urološkega raka pri odraslih, ki niso primerni za zdravljenje s kemoterapijo, ki vsebuje cisplatin in imajo tumorje z izraženostjo PD-L1 ≥ 10 , ocenjeno s kombinirano pozitivno tumorsko mutacijsko (TPS) ponovno vzpostavljeno izraženo v času zdravljenja; odraslih in mladostnikov, ki imajo tumorje z $\geq 50\%$ izraženostjo PD-L1 (TPS), in pri katerih je bolezen napredovala med zdravljenjem ali po zdravljenju s kemoterapijo, ki je vključevala platino; za adjuvantno zdravljenje odraslih z rakom ledvičnih celic s povišanim tveganjem za ponovitev bolezni po nefrektomiji, ali po nefrektomiji in kirurški odstranitvi metastatskih lezij, za zdravljenje odraslih z MSI-H (microsatellite instability-high) ali dMMR (mismatch repair deficient) kolorektalnim rakom v naslednjih terapevtskih okoliščinah: prva linija zdravljenja metastatskega kolorektalnega raka; zdravljenje neoperabilnega ali metastatskega kolorektalnega raka po predhodnem kombiniranem zdravljenju, ki je temeljelo na fluoropirimidinu; in za zdravljenje MSI-H ali dMMR tumorjev pri odraslih z napredovalim ali ponovljenim rakom endometrija, pri katerih je bolezen napredovala med ali po predhodnem zdravljenju, ki je vključevalo platino, v katerih koli terapevtskih okoliščinah, in ki niso kandidati za kurativno operacijo ali obsevanje; neoperabilnim ali metastatskim rakom želočca, tanka črevesa ali želčnika in želčnic vodov, pri katerih je bolezen napredovala med ali po vsaj enem predhodnem zdravljenju. Zdravilo KEYTRUDA je kot samostojno zdravljenje ali v kombinaciji s kemoterapijo s platino in 5-fluorouracilom (5-FU) indicirano za prvo linijo zdravljenja metastatskega ali neoperabilnega ponovljenega ploščatoceličnega raka glave in vratu pri odraslih, ki imajo tumorje z izraženostjo PD-L1 ≥ 5 in 1. Zdravilo KEYTRUDA je v kombinaciji s metemteskodom in kemoterapijo na osnovi platine indicirano za prvo linijo zdravljenja metastatskega ploščatoceličnega NSCLC pri odraslih, pri katerih tumorji nimajo pozitivnih mutacij EGFR ali ALK, v kombinaciji s karboplatinom in bodisi paklitakselom bodisi nab-paklitakselom je indicirano za prvo linijo zdravljenja metastatskega ploščatoceličnega NSCLC pri odraslih; v kombinaciji s aktivnim ali v kombinaciji z lenvatinibom je indicirano za prvo linijo zdravljenja napredovalega raka ledvičnih celic (RCC) pri odraslih; v kombinaciji s kemoterapijo s platino in fluoropirimidinom je indicirano za prvo linijo zdravljenja lokalno napredovalega neoperabilnega ali metastatskega raka požiralnika ali HER2 negativnega adenokarcinoma gastroezofagealnega prehoda pri odraslih, ki imajo tumorje z izraženostjo PD-L1 ≥ 5 in 10; v kombinaciji s kemoterapijo za neodvajantno zdravljenje, in v nadaljevanju kot samostojno adjuvantno zdravljenje po kirurškem posegu, je indicirano za zdravljenje odraslih z lokalno napredovalim trijo negativnim rakom do ali trijo negativnim rakom dok v zgodnjem stadiju z visokim tveganjem za ponovitev bolezni; v kombinaciji s kemoterapijo je indicirano za zdravljenje lokalno ponovljenega neoperabilnega ali metastatskega trijo negativnega raka dojke pri odraslih, ki imajo tumorje z izraženostjo PD-L1 ≥ 5 in 10; predhodno niso prejeli kemoterapije za metastatsko bolezen; v kombinaciji z lenvatinibom je indicirano za zdravljenje napredovalega ali ponovljenega raka endometrija (EC) pri odraslih z napredovalo boleznijo med ali po predhodnem zdravljenju s kemoterapijo, ki je vključevala platino, v katerih koli terapevtskih okoliščinah, in ki niso kandidati za kurativno operacijo ali obsevanje; v kombinaciji s kemoterapijo, z bevacizumabom brez nje, je indicirano za zdravljenje persistentnega, ponovljenega ali metastatskega raka materničnega vratu pri odraslih bolnikih, ki imajo tumorje z izraženostjo PD-L1 ≥ 5 in 1. **Odrinjanje in način uporabe:** Testiranje MSI/MMR: Če je navedeno v indikaciji, je treba izbrati bolnika za zdravljenje z zdravilom KEYTRUDA na podlagi izražnosti PD-L1 tumorja potrditi z validirano preiskavo. **Testiranje MSI/MMR:** Če je navedeno v indikaciji, je treba izbrati bolnika za zdravljenje z zdravilom KEYTRUDA na podlagi MSI/MMR statusa tumorja potrditi z validirano preiskavo. **Odrinjanje:** Priporočeni odmerek zdravila KEYTRUDA pri odraslih je bodisi 200 mg na 3 tedne ali 400 mg na 6 tednov, aplikacij z infuzijsko infuzijo v 30 minutah. Priporočeni odmerek zdravila KEYTRUDA za samostojno zdravljenje pri pediatričnih bolnikih s cHL, starih 3 leta ali več, ali bolnikov z melanomom, starih 12 let ali več, je 2 mg/kg telesne mase (do največ 200 mg) na 3 tedne, aplikacij z intravensko infuzijo v 30 minutah. Za uporabo v kombinaciji glede povzete glavnih značilnosti zdravljenja in socenno uporabljeni zdravili. Če se uporablja kot del kombiniranega zdravljenja skupaj z intravensko kemoterapijo, je treba zdravilo KEYTRUDA aplikirati prvo. Bolnike je treba zdraviti do napredovanja bolezni ali nesprejemljivih toksičnih učinkov (in do maksimalnega trajanja zdravljenja, če je to le določeno za indikacijo). Pri adjuvantnem zdravljenju melanoma ali RCC je treba zdravilo uporabljati do ponovitve bolezni, pojava nesprejemljivih toksičnih učinkov oziroma mora zdravljenje trajati do enega leta. Za neodvajantno in adjuvantno zdravljenje TNBC morajo bolniki neodvajantno prejeti zdravilo KEYTRUDA v kombinaciji s kemoterapijo, in sicer 8 odmerkov po 200 mg na 3 tedne ali 4 odmerke po 400 mg na 6 tednov, ali do napredovanja bolezni, ki izključuje definitivni kirurški poseg, ali do pojava nesprejemljivih toksičnih učinkov, čemur sledi adjuvantno zdravljenje z zdravilom KEYTRUDA kot samostojnim zdravljenjem, in sicer 9 odmerkov po 200 mg na 3 tedne ali 5 odmerkov po 400 mg na 6 tednov, ali do ponovitve bolezni ali pojava nesprejemljivih toksičnih učinkov. Bolniki, pri katerih pride do napredovanja bolezni, ki izključuje definitivni kirurški poseg, ali do nesprejemljivih toksičnih učinkov povezanih z zdravljenjem KEYTRUDA kot neodvajantnim zdravljenjem v kombinaciji s kemoterapijo, ne smejo prejeti zdravila KEYTRUDA za samostojno zdravljenje ali adjuvantno zdravljenje. Če se zdravilo uporablja v kombinaciji s pembrolizumabom, se lahko razmisli o povečanju odmerka aktinibna nad začetnih 5 mg v presledkih šest tednov ali več. V primeru uporabe v kombinaciji z lenvatinibom je treba zdravljenje z enim ali obema zdraviloma prekiniti, kot je primerno. Uporabo lenvatiniba je treba zdraviti,

odmerke zmanjšati ali prenehati z uporabo, v skladu z navodili v povzetku glavnih značilnosti zdravila za lenvatinib, in sicer za kombinacijo s pembrolizumabom. Pri bolnikih starih ≥ 65 let, bolnikov z blago do zmerno okvaro ledvic, bolnikov z blago ali zmerno okvaro jeter prilagodite odmerka ni potrebna. **Odložitve odmerka ali ukinitve zdravljenja:** Zmanjšanje odmerka zdravila KEYTRUDA ni priporočljivo. Za obvladovanje neželenih učinkov je treba uporabo zdravila KEYTRUDA zahteti ali ukiniti, prosimo, glejte celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. **Povzetek posebnih opozoril, previdnostnih ukrepov, interakcij in neželenih učinkov:** Imunske pogojene neželeni učinki (pnevmonitis, kolitis, hepatitis, nefritis, endokrinopatske, neželeni učinki na kožo in drugi): Pri bolnikih, ki so prejeli pembrolizumab, so se pojavili imunske pogojene neželeni učinki, vključno s hudimi in smrtnimi primeri. Večina imunske pogojene neželeni učinki, ki so se pojavili med zdravljenjem s pembrolizumabom, je bila reverzibilnih in so jih obvladali s prekinitvami uporabe pembrolizumaba, uporabo kortikosteroidov in/ali podporno oskrbo. Pojavijo se lahko tudi po zadnjem odmerku pembrolizumaba in hitri prizadenejo več organskih sistemov. V primeru suma na imunske pogojene neželeni učinke je treba poskrbeti za ustrezno oceno za potrditev etiologije oziroma izključitev drugih vzrokov. Glede na izrazitost neželenega učinka je treba zdraviti uporabo pembrolizumaba in uporabiti kortikosteroide – za natančna navodila, prosimo, glejte Povzetek glavnih značilnosti zdravila Keytruda. Zdravljenje s pembrolizumabom lahko poveča tveganje za zavrnitev pri prejemnikih presadkov čvrstih organov. Pri bolnikih, ki so prejeli pembrolizumab, so poročali o hudih z infuzijo povezanih reakcijah, vključno s preobčutljivostjo in anafilaksijo. Pembrolizumab se iz obkroga odstrani s katabolizmom, zato presnovnih medsebojnih delovnih zdravil ni pričakovati. Uporabi sistemskih kortikosteroidov ali imunosupresivov pred uvedbo pembrolizumaba se je treba izogibati, ker lahko vplivajo na farmakodinamično aktivnost in učinkovitost pembrolizumaba. Vendar pa je kortikosteroide ali druge imunosupresive mogoče uporabiti za zdravljenje imunske pogojene neželeni učinki. Kortikosteroide je mogoče uporabiti tudi kot predpreklic, če je pembrolizumab uporabljen v kombinaciji s zdravili, ki imajo kardiometemno profilsko in/ali za ublažitev neželenih učinkov, povezanih s kemoterapijo. Ženske v rodni dobi morajo med zdravljenjem s pembrolizumabom in vsaj še 4 mesece po zadnjem odmerku pembrolizumaba uporabljati učinkovito kontracepcijo, med nosečnostjo in dojenjem se ga ne sme uporabljati. Varnost pembrolizumaba pri samostojnem zdravljenju so v kliničnih študijah ocenili pri 7.631 bolnikih, ki so imeli različne vrste raka, s štirimi odmerki 12 mg/kg telesne mase na 3 tedne, 200 mg na 3 tedne in 10 mg/kg telesne mase na 2 ali 3 tedne. V tej populaciji bolnikov je medijani čas opazovanja znašal 8,5 mesece (v razponu od 1 dneva do 39 mesecev), najpogostejši neželeni učinki zdravljenja s pembrolizumabom pa so bili utrujenost (31 %), diareja (22 %) in navzea (20 %). Večina poročanih neželenih učinkov pri samostojnem zdravljenju je bila po izrazitosti 1. ali 2. stopnje. Najhujši neželeni učinki so bili imunske pogojene neželeni učinki in hude z infuzijo povezane reakcije. Pojavnost imunske pogojene neželeni učinkov pri uporabi pembrolizumaba samega za adjuvantno zdravljenje (n = 1.480) je znašala 36,1 % za vse stopnje in 8,9 % do 5. stopnje, pri metastatskih boleznih (n = 5.375) pa 24,2 % za vse stopnje in 6,4 % do 5. stopnje. Pri adjuvantnem zdravljenju niso zaznali nobenih novih imunske pogojene neželeni učinkov. Varnost pembrolizumaba pri kombiniranem zdravljenju s kemoterapijo so ocenili pri 3.123 bolnikih z različnimi vrstami raka, ki so v kliničnih študijah prejeli pembrolizumab v odmerkih 200 mg, 2 mg/kg telesne mase ali 10 mg/kg telesne mase na vsake 3 tedne. V tej populaciji bolnikov so bili najpogostejši neželeni učinki naslednji: anemija (55 %), navzea (54 %), utrujenost (38 %), netropejnost (36 %), zaprtost (35 %), alopecija (35 %), diareja (34 %), bruhanje (28 %) in zmanjšanje apetita (27 %). Povzetek neželenih učinkov do 5. stopnje je pri bolnikih z NSCLC pri kombiniranem zdravljenju s pembrolizumabom znašal 67 % in pri zdravljenju samo s kemoterapijo 66 %, pri bolnikih s HNSCC pri kombiniranem zdravljenju s pembrolizumabom 85 % in pri zdravljenju s kemoterapijo v kombinaciji s cetuximabom 84 %, pri bolnikih z rakom požiralnika pri kombiniranem zdravljenju s pembrolizumabom 86 % in pri zdravljenju samo s kemoterapijo 83 %, pri bolnikih s TNBC pri kombiniranem zdravljenju s pembrolizumabom 80 % in pri zdravljenju samo s kemoterapijo 77 % in pri bolnikih z rakom materničnega vratu pri kombiniranem zdravljenju s pembrolizumabom 82 % in pri zdravljenju samo s kemoterapijo 75 %. Varnost pembrolizumaba v kombinaciji s aktivnim ali pasivnim imuniziranjem pri napredovalnem RCC in v kombinaciji z lenvatinibom pri napredovalnem EC so ocenili pri skupno 1.456 bolnikih z napredovalim RCC ali napredovalim EC, ki so v kliničnih študijah prejeli 200 mg pembrolizumaba na 3 tedne skupaj s 5 mg aktivnega dvakrat na dan ali 20 mg lenvatiniba enkrat na dan, kot je bilo ustrezno. V tej populaciji bolnikov so bili najpogostejši neželeni učinki diareja (58 %), hipertenzija (54 %), hipotridizem (46 %), utrujenost (44 %), zmanjšanje apetita (40 %), navzea (40 %), artralgija (30 %), bruhanje (28 %), zmanjšanje telesne mase (28 %), disonija (28 %), bolečina v trebuhu (28 %), proteinurija (27 %), sindrom palmarno-planarne eritrodizestezije (26 %), izpuščaj (26 %), stomatitis (25 %), zaprtost (25 %), mišično-skeletna bolečina (23 %), glavobol (23 %) in infarkt (21 %). Neželeni učinki od 3. do 5. stopnje je bilo pri bolnikih z RCC med uporabo pembrolizumaba v kombinaciji s aktivnim ali lenvatinibom 80 % in med uporabo sunitiniba samega 71 %. Pri bolnikih z EC je bilo neželenih učinkov od 3. do 5. stopnje med uporabo pembrolizumaba v kombinaciji z lenvatinibom 89 % in med uporabo kemoterapije same 73 %. Za celoten seznam neželenih učinkov, prosimo, glejte celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila. Za dodatne informacije o varnosti v primeru uporabe pembrolizumaba v kombinaciji glede povzete glavnih značilnosti zdravila za posamezne komponente kombiniranega zdravljenja. **Način in red izdajanja zdravila:** H – Predpisovanje in izdaja zdravila je na recept, zdravilo se uporablja samo v bolnišnicah. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom:** Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BH Harelbeke, Nizozems

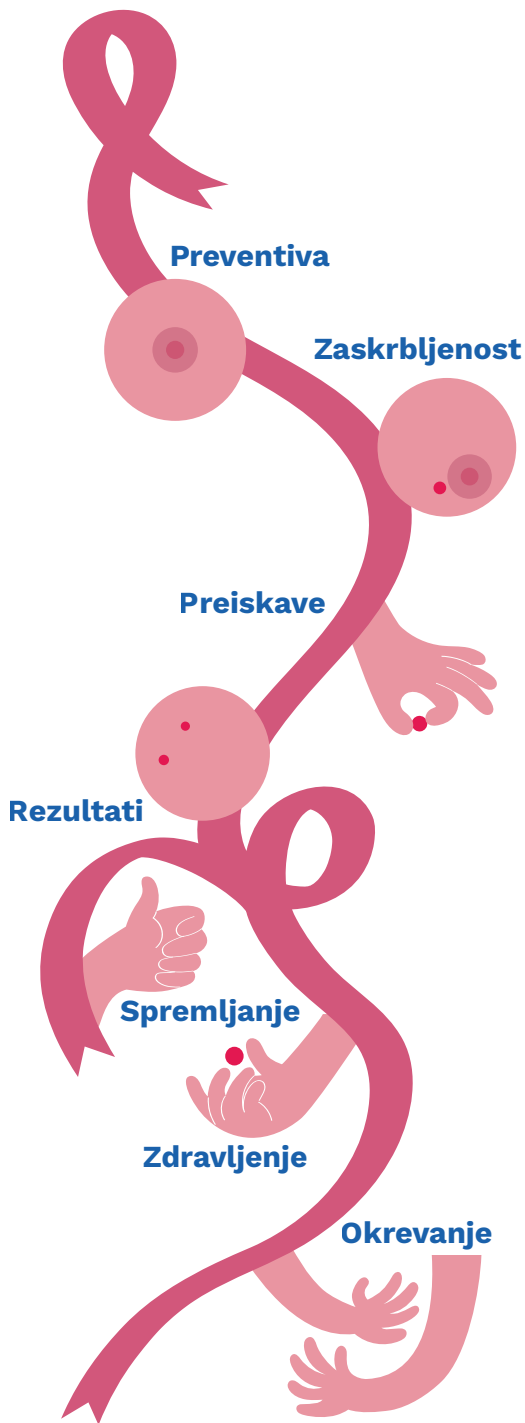


Merck Sharp & Dohme inovativna zdravila d.o.o.,
Amaterska ulica 2, 1000 Ljubljana,

tel.: +386 1 520 42 01, fax: +386 1 520 43 50
Pripravljen v Sloveniji, 11/2022; SJ-KEY-00492 EXP: 11/2024

Samo za strokovno raven.

H – Predpisovanje in izdaja zdravila je na recept, zdravilo pa se uporablja samo v bolnišnicah. Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila Keytruda, ki je na voljo pri naših strokovnih sodelavcih ali na lokalnem sedežu družbe.



Rak dojke in jaz

Pregleden spletni vodič za informirano soočanje z rakom dojke za vas in vaše bližnje, pripravljen v sodelovanju s strokovnjaki.

→ rakdojk.si



OSREDOTOČENI NA UČINKOVITOST IN PRENOSLJIVOST^{1, 2}

ON SE BO
TISTO
POME



NUBEQA® – izviren zaviralec AR, ki podaljša življenje brez metastaz
preživetje moškega z nmCRPC z MINIMALNIM VPLIVOM na njegovo kakovost življenja

Moški zdravljeni z
zdraviloma Nubeqa® + ADT
imajo v primerjavi z ADT:*

40 MESECEV
mediani
čas MFS¹

31 %
MANŠE TVEGANJE
za smrt³

POGOSTOST
ND PRIMERLJIVA
z ADT²

*Mediana MFS: 40,4 meseca z zdraviloma Nubeqa + ADT v primerjavi z 18,4 meseca z ADT; HR: 0,41 (95 % CI, 0,34–0,50) P < 0,001; ND: neželene dogodke; HR: razmerje ogroženosti; CI: interval zaupanja

ADT: zdravljenje z odlegnitvijo androgenov; AR: androgenski receptor; MFS: preživetje brez metastaz; nmCRPC: nemetastatski, na kastraciji občutljivi; ND: neželeni dogodki; HR: razmerje ogroženosti; CI: interval zaupanja

Viri: 1. Povzetek glavnih značilnosti zdravila NUBEQA® (darolutamid). 2. Fizazi K, Shore N, Tammela TL *et al.* *N Engl J Med.* 2011;364:1119–1129. 3. Tammela T *et al.* *J Clin Oncol.* 2020;38(suppl 15):5514.

NUBEQA 300 mg filmsko obložene tablete

Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten povzetek značilnosti zdravila!

▼ Za to zdravilo se izvaja dodatno spremljanje varnosti.

KAKOVOSTNA IN KOLIČINSKA SESTAVA: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 300 mg darolutamida. Obloga tablete: kalcijev hidrogenfosfat, laktoza monohidrat, magnezijev stearat (E 470b), povidon (E 1201). Filmska obloga: hipromeloza, laktoza monohidrat, makrogol (E 1521) titanov dioksid (E 171), laktoza monohidrat. **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Zdravilo NUBEQA je indicirano za zdravljenje odraslih moških z nemetastatskim, na kastraciji občutljivim, nmCRPC. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Priporočen odmerek je 600 mg darolutamida (dve tableti po 300 mg) dvakrat na dan.



Zapis življenja oblikujemo v življenjsko pomembna zdravila

V družbi Amgen smo prepričani, da so odgovori na najbolj pereča medicinska vprašanja zapisani v besedah naše DNA. Smo pionirji na področju biotehnologije in svoje globoko razumevanje govorice teh besed uporabljamo za ustvarjanje življenjsko pomembnih zdravil – zdravil, namenjenih neizpolnjenim potrebam bolnikov z resnimi boleznimi za dramatično izboljšanje njihovega življenja.

AMGEN®

Amgen zdravila d.o.o.
Ameriška ulica 2, Ljubljana, Slovenija
www.amgen.si

Abirateron Mylan



1000 mg

filmsko obložene tablete
abirateronacetat



Ena tableta na dan.¹

Vir: 1. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Abirateron Mylan (junij 2022).

Skrajsan povzetek glavnih značilnosti zdravila

Abirateron Mylan 500 mg (1000 mg) filmsko obložene tablete. Sestava: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 500 mg (1000 mg) abirateronacetata, kar ustreza 446 mg (893 mg) abiraterona. **Pomožne snovi z znanim učinkom:** Ena 500 mg (1000 mg) filmsko obložena tableta vsebuje 68 mg (136 mg) laktoze monohidrata. **Indikacije:** Uporaba skupaj s prednizonom ali prednizonom: za zdravljenje na novo diagnosticiranega hormonsko občutljivega metastatskega raka prostate z visokim tveganjem (mHSPC) pri odraslih bolnikih v kombinaciji z zdravljenjem z deprivacijo androgenov (ADT); za zdravljenje proti kastraciji odpornega metastatskega raka prostate (mCRPC) pri odraslih bolnikih, ki nimajo simptomov ali imajo blage simptome po neuspešnem zdravljenju z deprivacijo androgenov in pri katerih kemoterapija še ni klinično indicirana; za zdravljenje mCRPC pri odraslih bolnikih, pri katerih je bolzen napredovala med ali po zdravljenju s kemoterapijo z docetaksom. **Odmerjanje:** Priporočeni odmerjek je 1000 mg v enem odmerku na dan, ki ga bolnik ne sme zaužiti skupaj s hrano. **Odmerjek prednizona ali prednizona:** mHSPC: zdravilo se jemlje skupaj s 5 mg prednizona ali prednizona na dan; mCRPC: zdravilo se jemlje skupaj z 10 mg prednizona ali prednizona na dan. Med zdravljenjem je treba pri bolnikih, ki niso bili kirurško kastrirani, nadaljevati medikamentozno kastracijo z analogi gonadorelina (LHRH). **Priporočeno spremljanje:** Koncentracije aminotransferaz v serumu je treba izmeriti pred začetkom zdravljenja, v prvih treh mesecih zdravljenja na vsaka dva tedna, nato pa enkrat na mesec. Krvni tlak, koncentracijo kalija v serumu in zastajanje tekočine je treba spremljati enkrat na mesec. Bolnike s pomembnim tveganjem za kongestivno srčno popuščanje je treba spremljati v prvih treh mesecih zdravljenja na vsaka dva tedna, nato pa enkrat na mesec. Če med zdravljenjem pride do hepatotoksičnosti (povečanje koncentracije ALT ali AST za več kot 5 kratnik zgoraj normalne vrednosti), je treba zdravljenje takoj prekiniti. Bolnikom z okvaro ledvic ali jeter ni treba prilagajati odmerkov. **Pediatrična populacija:** Uporaba ni smiselna. **Način uporabe:** Peroralna uporaba. Tablete je treba vzeti kot enkratni odmerjek enkrat na dan na prazen želodec, najmanj dve uri po jedi, in po zaužitju tablet se vsaj eno uro ne sme jesti. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov; ženske, ki so noseče oziroma bi lahko bile noseče; huda okvara jeter [Child Pugh razreda C]; uporaba sočasno s prednizonom ali prednizonom, v kombinaciji z Ra 223. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Zdravilo lahko povzroča hipertenzijo, hipokalemijo in zastajanje tekočin. Previdnost pri uporabi zdravila pri bolnikih z anamnezo kardiovaskularne bolezni. Pri bolnikih s pomembnim tveganjem za kongestivno srčno popuščanje je potrebno pred začetkom zdravljenja oceniti srčno funkcijo. Če se razvijejo klinični znaki ali simptomi, ki kažejo na hepatotoksičnost, je treba takoj izmeriti koncentracijo aminotransferaz v serumu. Zdravila ne smejo jemati bolniki s hudo okvaro jeter. Pri ukinitvi prednizona oziroma prednizona je potrebna previdnost, bolnika pa je treba opazovati glede razvoja adrenokortikalne insuficience. Pri bolnikih z napredovalim metastatskim rakom prostate lahko pride do zmanjšanja kostne gostote. Pri bolnikih z rakom prostate, zdravljenih s ketokonazolum, lahko pričakujemo nižjo stopnjo odziva na zdravljenje. Uporaba glukokortikoidov lahko poslabša hiperglikemijo. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo, ki so prejeli pioglitazon ali repaglinid, so po odmerjanju abirateronacetata skupaj s prednizonom oziroma prednizonom poročali o primerih hipoglikemije. Varnost in učinkovitost sočasne uporabe abirateronacetata in citotoksične kemoterapije ni bila ugotovljena. Pri bolnikih z metastatskim rakom prostate se lahko pojavita anemija in splošna disfunkcija. Pri bolnikih, ki so se zdravili z abirateronacetatom, so poročali o primerih miopatie in rabdomioleze. Zdravljenje z abirateronom in prednizonom/prednizonom v kombinaciji z Ra 223 je kontraindicirano. Priporočljivo je, da se zdravljenja z Ra 223 ne uvede še najmanj 5 dni po zadnjem odmerjanju zdravila Abirateron Mylan v kombinaciji s prednizonom/prednizonom. To zdravilo vsebuje laktozo. Bolniki z redko dedno intoleranco za galaktozo, odsotnostjo encima laktaze ali malabsorpcijo glukoze/galaktoze ne smejo jemati tega zdravila. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcije:** Zdravila se ne sme jemati skupaj s hrano. **Možnost vpliva drugih zdravil na izpostavljenost abirateronu:** Med zdravljenjem se uporabi močnih induktorjev CYP3A4 (izogibate, razen v primerih, ko ni druge možnosti zdravljenja). **Možnost vpliva abiraterona na izpostavljenost drugim zdravilom:** Pri sočasni uporabi z zdravili, ki jih aktivira ali presnavlja CYP2D6, zlasti tistimi z majhno terapevtsko širino, je potrebna previdnost. Med zdravljenjem, ki jih presnavlja CYP2D6, spadajo metoprolol, propranolol, desipramin, venlafaksin, haloperidol, risperidon, propafenon, flekainid, kodein, oksikodon in tramadol. Bolnike je treba spremljati glede znakov toksičnosti, povezanih s sočasno uporabo substratov CYP2C8 z ozkim terapevtskim oknom. Med zdravljenjem, ki jih presnavlja CYP2C8, sodita pioglitazon in repaglinid. Možno je zvišanje koncentracije zdravil, ki se izločajo z OATP1B1. **Sočasna uporaba z zdravili, ki podaljšajo interval QT:** Pri uporabi skupaj z zdravili, ki podaljšajo interval QT, ali zdravili, ki lahko sprožijo torsade de pointes razreda IA ali razreda III, antiaritmiki, metadonon, moksifloksacinon, antipsihotiki, itd., je potrebna previdnost. **Sočasna uporaba s spirinolaktonom:** Ni priporočljiva. **Neželjeni učinki:** Zelo pogosti: okužba sečil, hipokalemija, hipertenzija, driska, zvišana koncentracija alanin aminotransferaze in/ali zvišana koncentracija aspartat aminotransferaze, periferi edemi. **Pogosti:** sepsa, hipertrigliceridemija, srčno popuščanje, angina pectoris, atrijska fibrilacija, tahikardija, dispneja, izpuščaji, hematurija, zlom. **Občasni:** adrenalna insuficienca, druge aritmije, miopatija, rabdomioleza. **Redki:** alergičski šok, fulminantni hepatitis, akutna odpoved jeter. **Neznana pogostost:** anafilaktične reakcije, miokardni infarkt, podaljšanje intervala QT. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom:** Mylan Ireland Limited, Unit 35/36 Grange Parade, Ballydoyle Industrial Estate, Dublin 13, Irsko.

Način in režim izdaje zdravila: Rp/Spec. **Datum zadnje revizije besedila:** junij 2022.

Za podrobnejše informacije prosimo glejte celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila.

SAMO ZA STROKOVNO JAVNOST; Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept zdravnika specialista, Datum priprave gradiva: oktober 2022

Za več informacij smo vam na voljo v podjetju Viatris d.o.o., Dolenska c. 242c, 1000 Ljubljana.
Tel.: 01 23 63 180, e-pošta: viatrisis@viatris.com, www.viatris.com/sl-si

ABI-2022-0053



VIATRIS

