

## **KLINIČNA POT CELOSTNE REHABILITACIJE BOLNIKOV Z RAKOM DOJKE**

Pripravili novembra 2019: Nikola Bešič, Simona Borštnar, Andreja Gornjec, Teja Kovačec Hermann, Tamara Josimović, Bojan Pelhan, Vesna Homar, Denis Mlakar Mastnak, Nataša Kos, Nada Rotovnik Kozjek, Mateja Kurir, Tanja Marinko, Andreja Škufca Smrdel, Branka Stražišar, Tanja Španić, Lorna Zadravec Zaletel

### **KAZALO**

1. Namen klinične poti	2
2. Področje uporabe	2
3. Pojmi in krajšave	2
4. Klinična pot	3
4.1. Izvajalci	3
4.2. Kazalci kakovosti	4
4.3. Diagram klinične poti	5
5. Vprašalniki	
5.1. Prvi vprašalnik za bolnike z rakom dojke	23
5.2. Drugi vprašalnik za bolnike z rakom dojke	24
5.3. Standardizirana vprašalnika o kvaliteti življenja EORTC	25
6. Priloge (farmakološko zdravljenje)	31

## 1. Namen klinične poti

Ta klinična pot opredeljuje pot bolnika s postavljeno diagnozo raka dojke po predlagani mreži celostne rehabilitacije. Pripravljena je na osnovi *Priporočil za celostno rehabilitacijo bolnic z rakom dojke*<sup>1</sup>.

Ta klinična pot vključuje tudi vprašalnik 1 za bolnike, vprašalnik 2 in vprašalnik o kakovosti življenja, kiso priloženi na koncu v prilogah.

## 2. Področje uporabe

Klinična pot se bo med leti 2020 in 2022 preverjala v okviru *Pilotne raziskava o individualizirani celostni rehabilitaciji bolnic z rakom dojke 2019-2022*, ki jo bo izvajal Onkološki inštitut Ljubljana ob finančni podpori Ministrstva za zdravje RS in Agencije za raziskovalno dejavnost RS.

Revidirana različica klinične poti bo predvidoma usklajena in dopolnjena po zaključku pilotnega projekta in nato validirana na Strokovnem svetu Onkološkega inštituta Ljubljana in kasneje na ustreznem RSK-ju.

## 3. Pojmi in krajšave

OIL – Onkološki inštitut Ljubljana

UKC LJ – Univerzitetni klinični center Ljubljana

UPK - Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

URI SOČA – Univerzitetni rehabilitacijski inštitut SOČA, Ljubljana

ZD – zdravstveni dom

CR – celostna rehabilitacija

KCR – koordinator celostne rehabilitacije, ki je po profilu medicinska sestra

FRM – specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine

LO – lečeči onkolog

DZ – zdravnik družinske medicine

LT – terapevt s specialističnim znanjem za limfno drenažo

KD – klinični dietetik

---

<sup>1</sup> Zbornik, *Onkološki vikend (32 ; 2019 ; Portorož)*, Ljubljana : Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva : Onkološki inštitut, 2019

## 4. Klinična pot

### 4.1. Izvajalci

Na primarni ravni zdravstvenega varstva je predvideno sodelovanje naslednje organizacije:

- ZD Ljubljana
- Drugi zdravstveni domovi in koncesionarji s področja OE ZZS Ljubljana in Kranj z ustrezno izobraženim kadrom oz. izvajanjem ustreznih programov\*.

Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva bodo sodelovale naslednje organizacije:

- Ustrezno opremljeni centri s področja OE ZZS Ljubljana in Kranj z ustrezno izobraženim kadrom oz. izvajanjem ustreznih programov\*.

Na terciarni ravni zdravstvenega varstva bodo sodelovale naslednje organizacije:

- OIL
- UKC LJ
- UPK
- URI SOČA

\*za podrobnosti o usposobljenosti za izvajanje diagnostike in zdravljenja po tej klinični poti glej sklop 4.3. *Diagram*.

### 4.2. Kazalci kakovosti

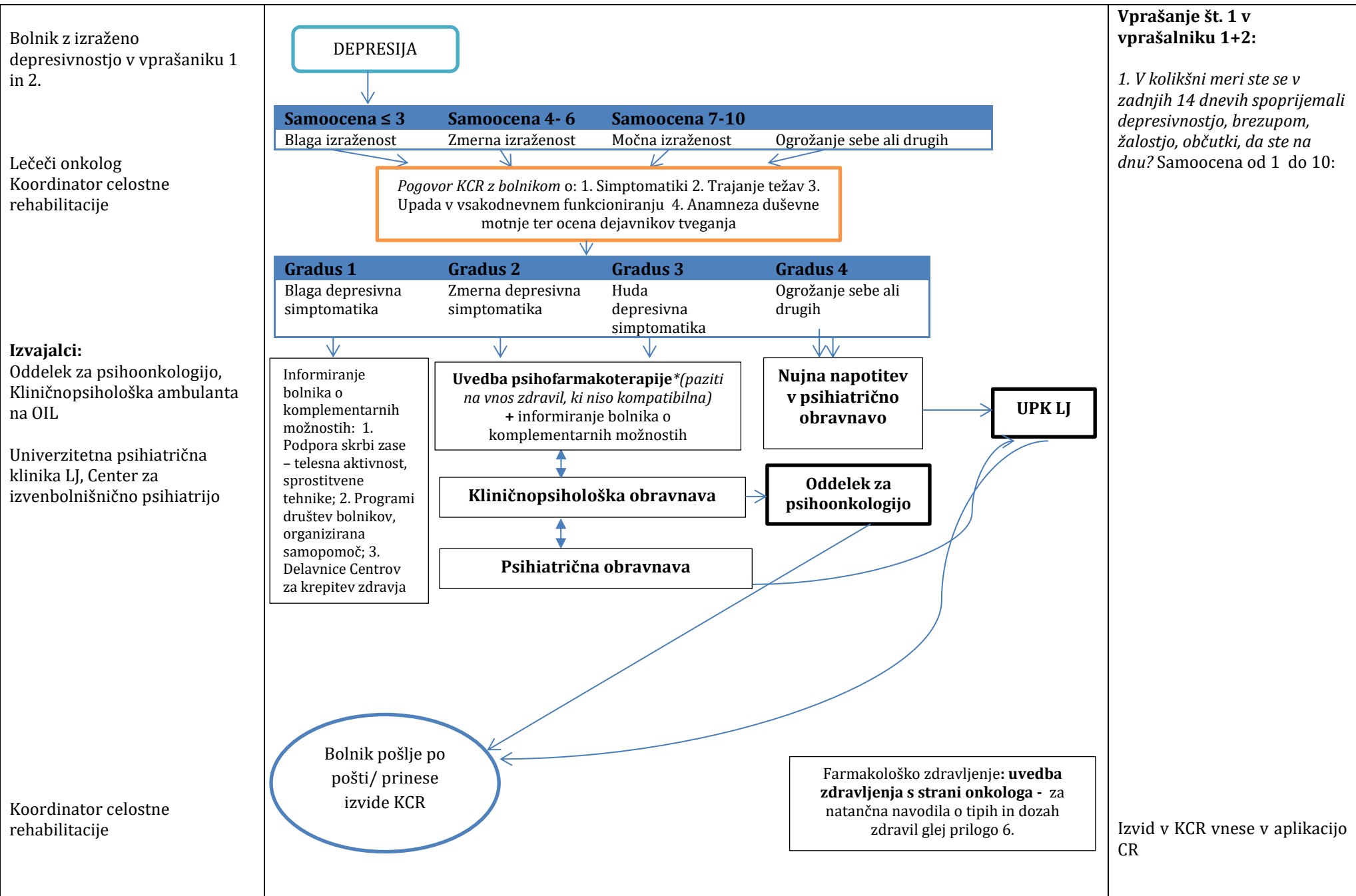
Kazalca kakovosti za to klinično pot sta:

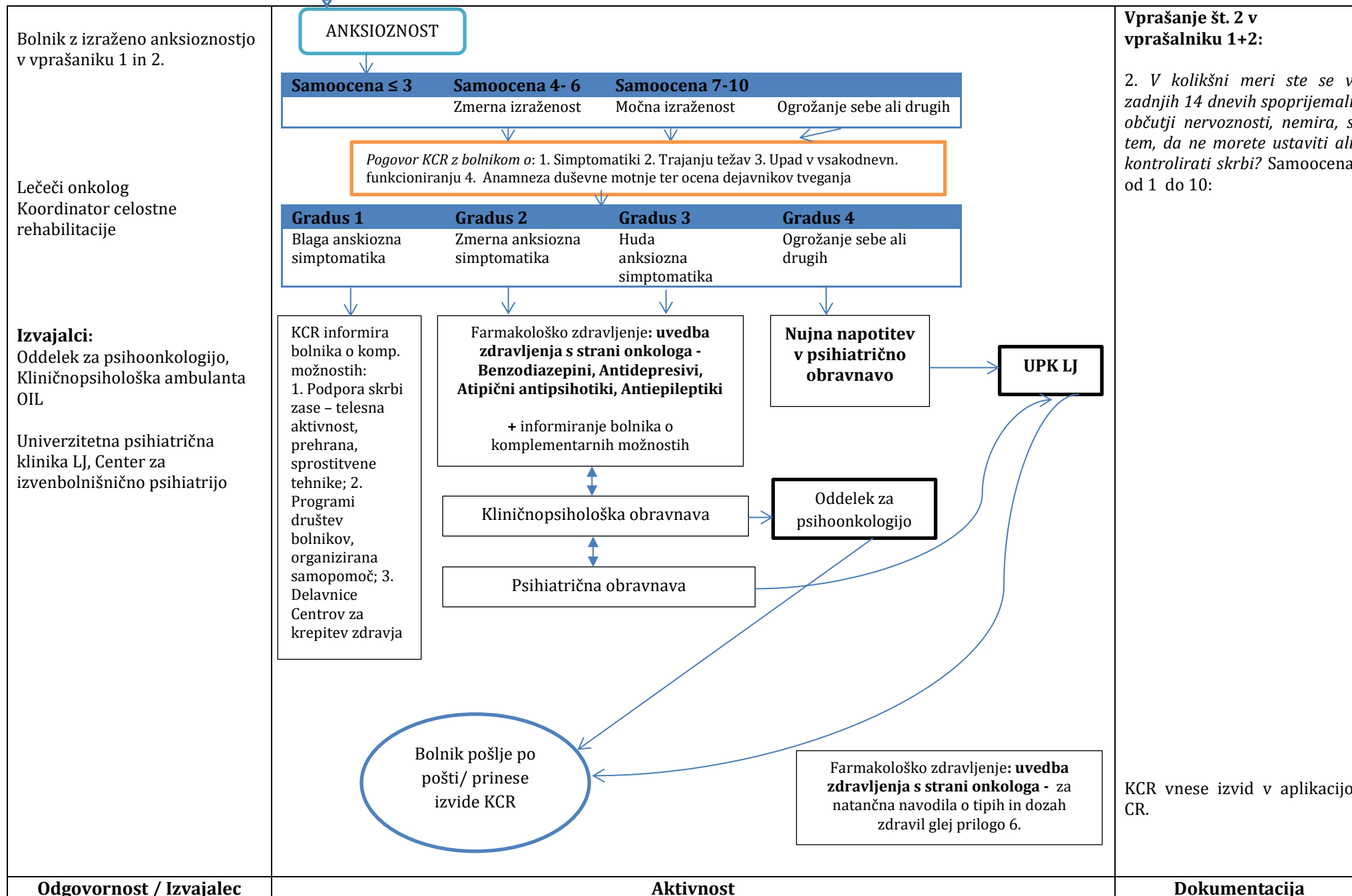
- Spremembe v kvaliteti življenja, ki jih odraža standardizirani vprašalnik o kvaliteti življenja EORTC;
- Bolniška odsotnost zaradi zdravljenja raka dojke je krajša od 170 delovnih dni.

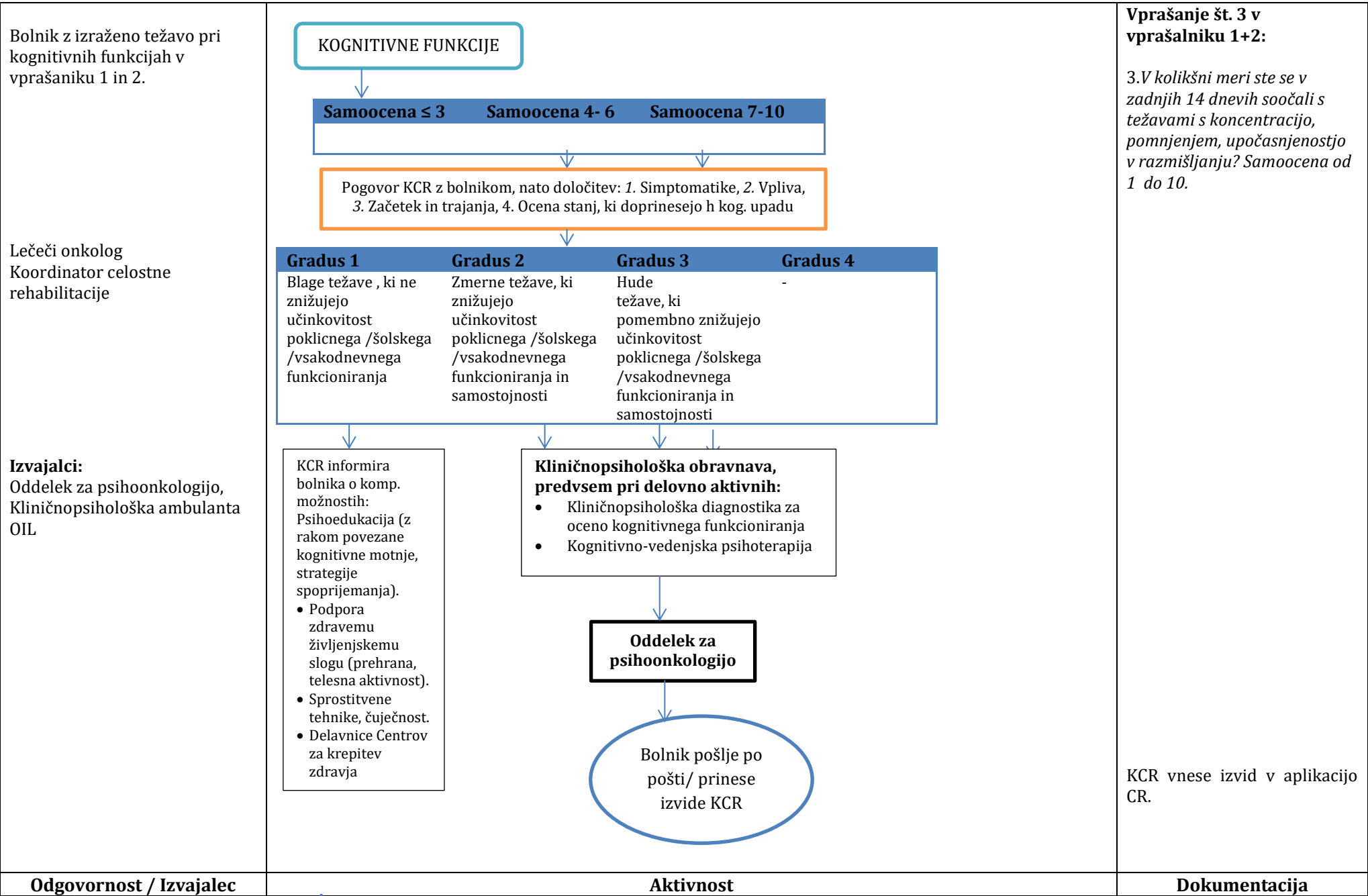
### 4.3. Diagram

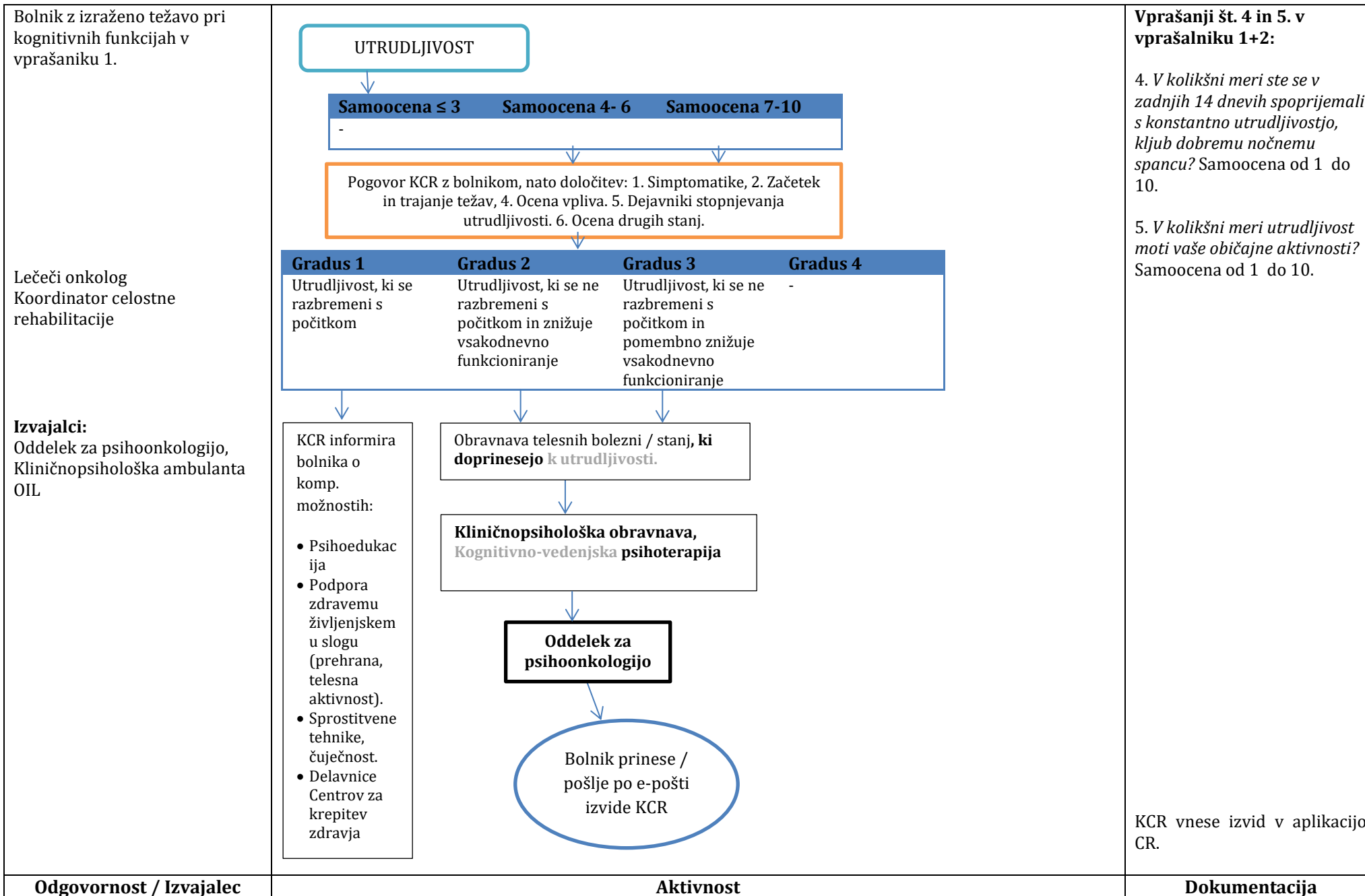
Odgovorna oseba / Izvajalec	Aktivnost	Dokumentacija
<p>Bolnik Lečeči onkolog</p> <p>Lečeči onkolog Koordinator celostne rehabilitacije</p> <p>Koordinator celostne rehabilitacije</p> <p>Lečeči onkolog Koordinator celostne rehabilitacije</p>	<pre> graph TD     A([Bolnik z diagnozo raka dojka na OIL]) --&gt; B[DA: Želi sodelovati v individualizirani celostni rehabilitaciji]     A --&gt; C[NE: Ne želi sodelovati v celostni rehabilitaciji]     B --&gt; D([LO ga napoti do KCP])     D --&gt; E([Bolnik pri KCP izpolni dokumentacijo:])     E --&gt; F[Soglasje za vključitev v CR]     E --&gt; G[Vprašalnik 1]     E --&gt; H[Vprašalnik 2]     E --&gt; I[Oba vprašalnika EORTC]     F --&gt; J([KCP pregleda odgovore bolnika v vprašalniku 1 / vprašalniku 2])     G --&gt; J     H --&gt; J     I --&gt; J     J --&gt; K((1. LO in KCP v primeru gradusov nad 3 napotita bolnika po 15 sklopih CR (glej strani 5-23) 2. KCP pred napotitvijo preveri razpoložljivosti pri izvajalcih in skupaj z LO napoti po tej klinični poti))     K --&gt; A     </pre>	<p>Prejme identifikacijsko številko pacienta za informacijski sistem javnega zavoda. Za primer OIL: številko ob sprejemu, vnešen v Web Doctor</p> <p><b>Ob postavitvi diagnoze:</b> Soglasje (informed consent) Vprašalnik 1 Oba vprašalnika EORTC Vnos v aplikacijo CR</p> <p><b>Ob pregledu pri 6, 12 mesecih po zaključenem zdravljenju:</b> Vprašalnik 2 in oba vprašalnika EORTC</p> <p>LO IN KCP bolnika napotita z napotnico (<b>zelo hitro</b>)</p>
Odgovorna oseba / Izvajalec	Aktivnost	Dokumentacija







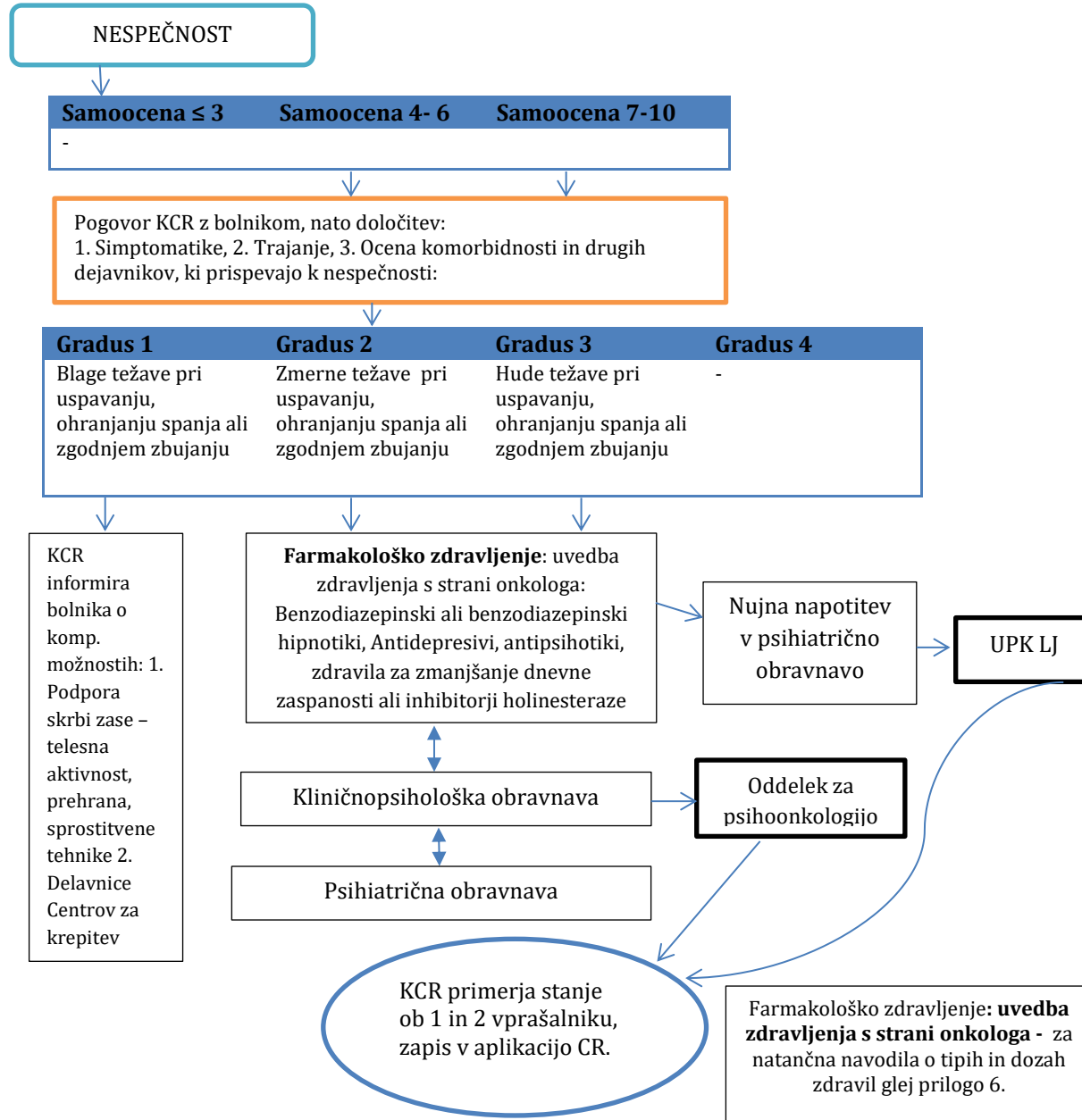






Lečeči onkolog  
 Koordinator celostne  
 rehabilitacije

**Izvajalci:**  
 Oddelek za psihoonkologijo,  
 Kliničnopsihološka ambulanta  
 OIL  
 Univerzitetna psihiatrična  
 klinika LJ, Center za  
 izvenbolnišnično psihiatrijo

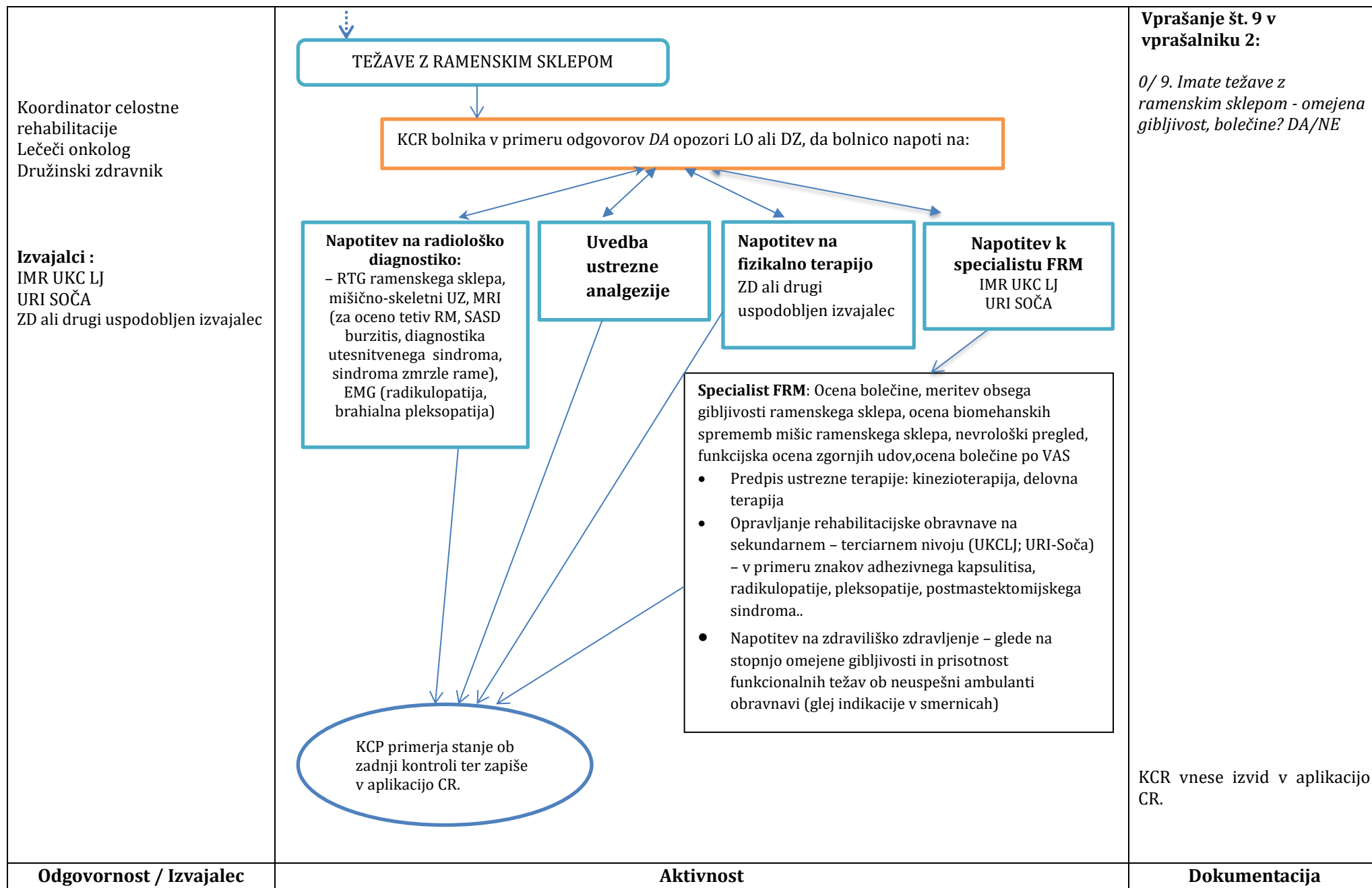


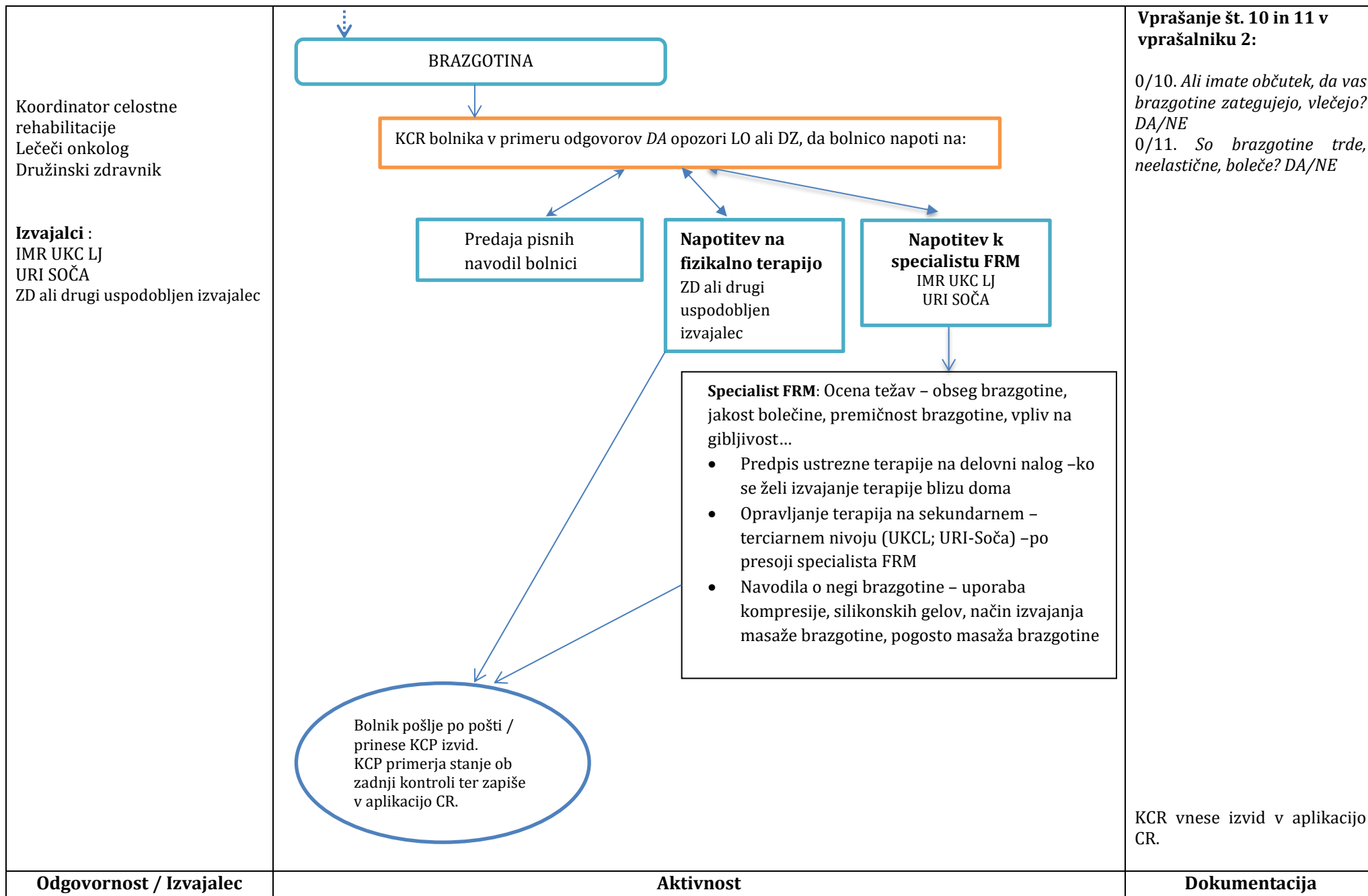
**Vprašanje št. 6 v vprašalniku 1+2:**

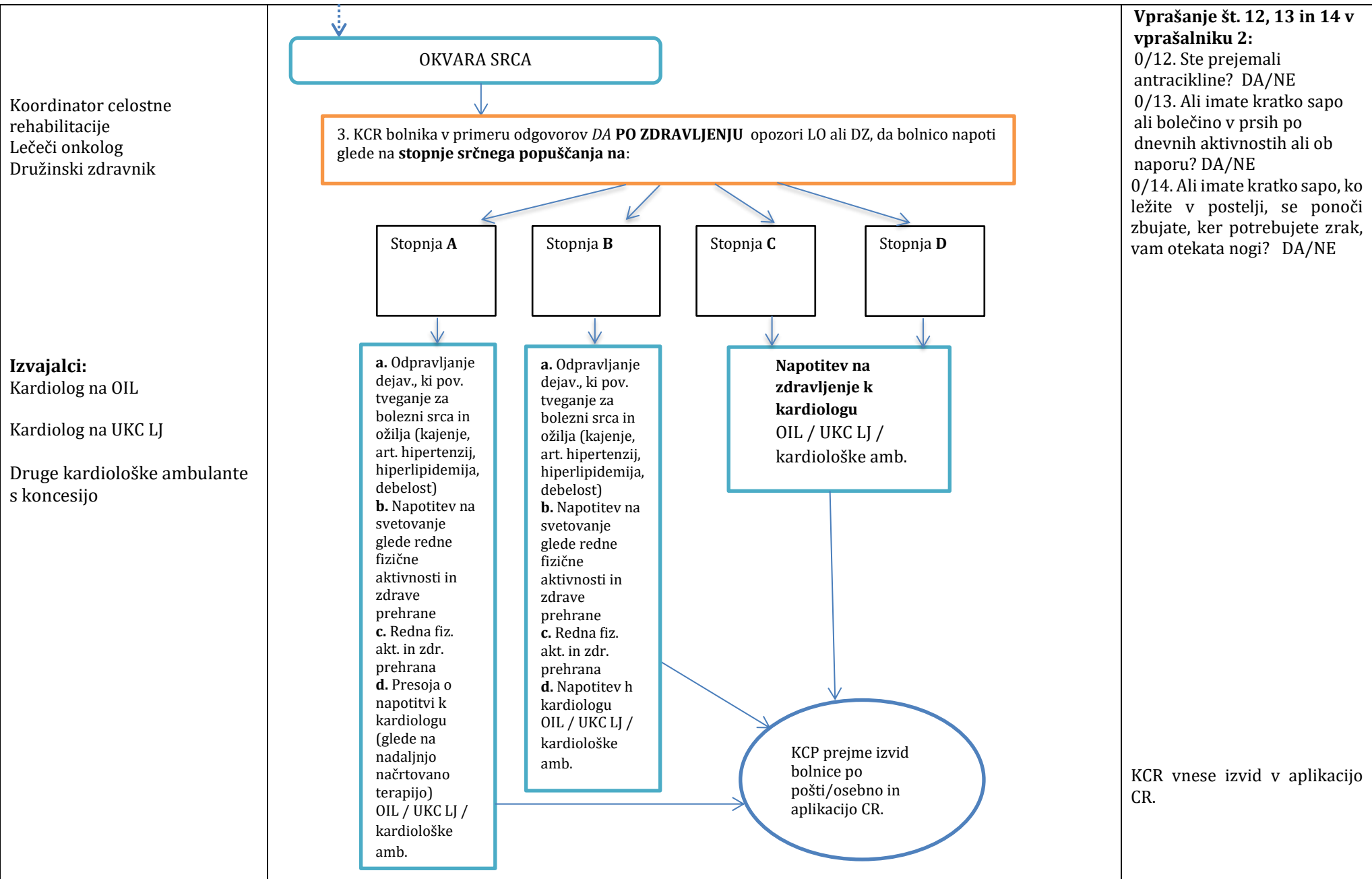
6. V kolikšni meri ste se zadnjih 14 dnevih soočali s težavami, da zvečer zaspate, ostanete speči ali se zjutraj prezgodaj zbudate? Samoocena od 1 do 10.

KCR vnese izvid v aplikacijo CR.

Odgovornost / Izvajalec	Aktivnost	Dokumentacija
<p>Lečeči onkolog Koordinator celostne rehabilitacije Družinski zdravnik</p> <p><b>Izvajalci:</b> IMR UKC LJ URI SOČA</p> <p><b>Izvajalci:</b> IMR UKC LJ URI SOČA Drugi usposobljeni izvajalci (imajo zaposlenega LT)</p>	<p style="text-align: center;">LIMFEDEM</p> <p style="text-align: center;">KCR bolnika v primeru odgovorov <i>DA</i> in po pogovoru z LO ali DZ poda <b>1. ustna in pisna navodila za nego kože, vaje in elevacijo uda (zloženka, knjižica)</b> in <b>2. napoti v bolnika na obravnavo:</b></p> <p style="text-align: center;">IMR UKC LJ URI SOČA</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 22%;"> <p><b>Limfedem 0 (Ia) stopnje:</b> Latentni ali subklinični limfedem, moten limfni prenos in subtilne spremembe v tkivu. Latenten je lahko nekaj mesecev ali let.</p> </div> <div style="width: 22%;"> <p><b>Limfedem I stopnje:</b> Zgodnje kopičenje tekočine relativno bogato s proteini. Oteklina je vtisljiva, mehka, splashni preko noči ali ob dvigu uda.</p> </div> <div style="width: 22%;"> <p><b>Limfedem II stopnje:</b> Pri dvigu (elevaciji) uda oteklina ne splashni. Na začetku je vtisljiv, v pozni II fazi ni več vtisljiv zaradi razvoja fibroze in podkožnega maščevja</p> </div> <div style="width: 22%;"> <p><b>Limfedem III stopnje:</b> Limfostatska elefantiaza. Edem ni vtisljiv, prisotne so trofične spremembe kože (akantoza, fibroza, odlaganje maščobnega tkiva, hiperpigmentacija, papilozne spremembe)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">Specialist FRM: Ocena stopnje limfedema + Predpis ustrezne terapije + Predpis elastične kompresijske rokavice (navadne ali iz vzdolžno tkanega materiala)</p> <p style="text-align: center;">IMR UKC LJ / URI SOČA Drugi usposobljeni izvajalci = z zaposlenim LT</p> <p style="text-align: center;">KCR primerja stanje ob zadnji kontroli ter zapiše v aplikacijo CR.</p>	<p><b>Vprašanja št. 7. in 8 v vprašalniku 2:</b></p> <p>0/ 7. Ali imate občutek napete, mravljinčaste ali težke roke? <i>DA/NE</i></p> <p>0/ 8. Imate oteklino zgornjega uda? <i>DA/NE</i></p> <p>KCR vnese izvid v aplikacijo CR.</p>
Odgovornost / Izvajalec	Aktivnost	Dokumentacija

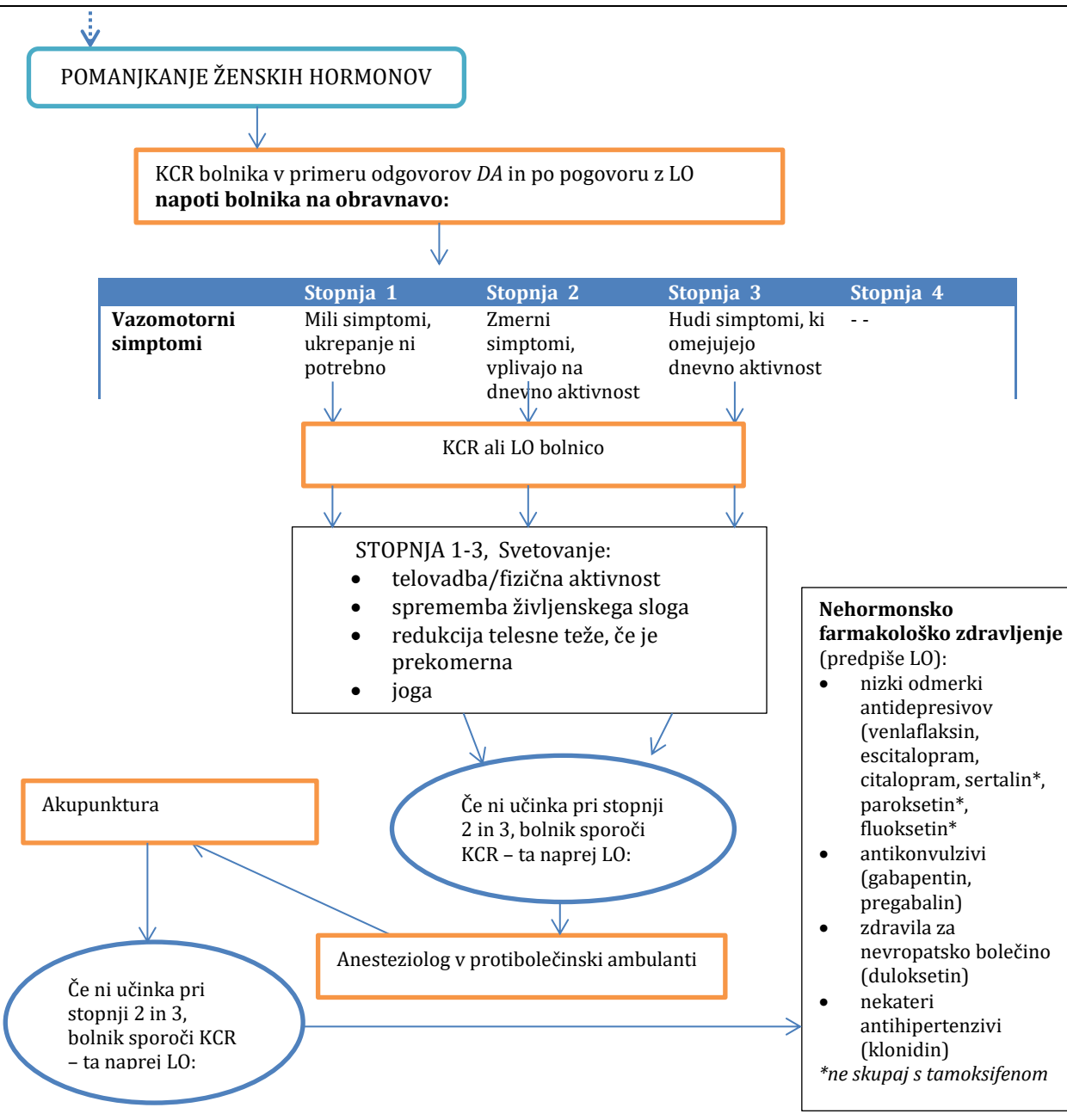






Lečeči onkolog  
 Koordinator celostne  
 rehabilitacije  
 Družinski zdravnik  
 Anesteziolog OI

**Izvajalci:**  
 Protibolečinska ambulanta  
 OIL  
 Akupunktura na OIL  
 Ambulanta DZ



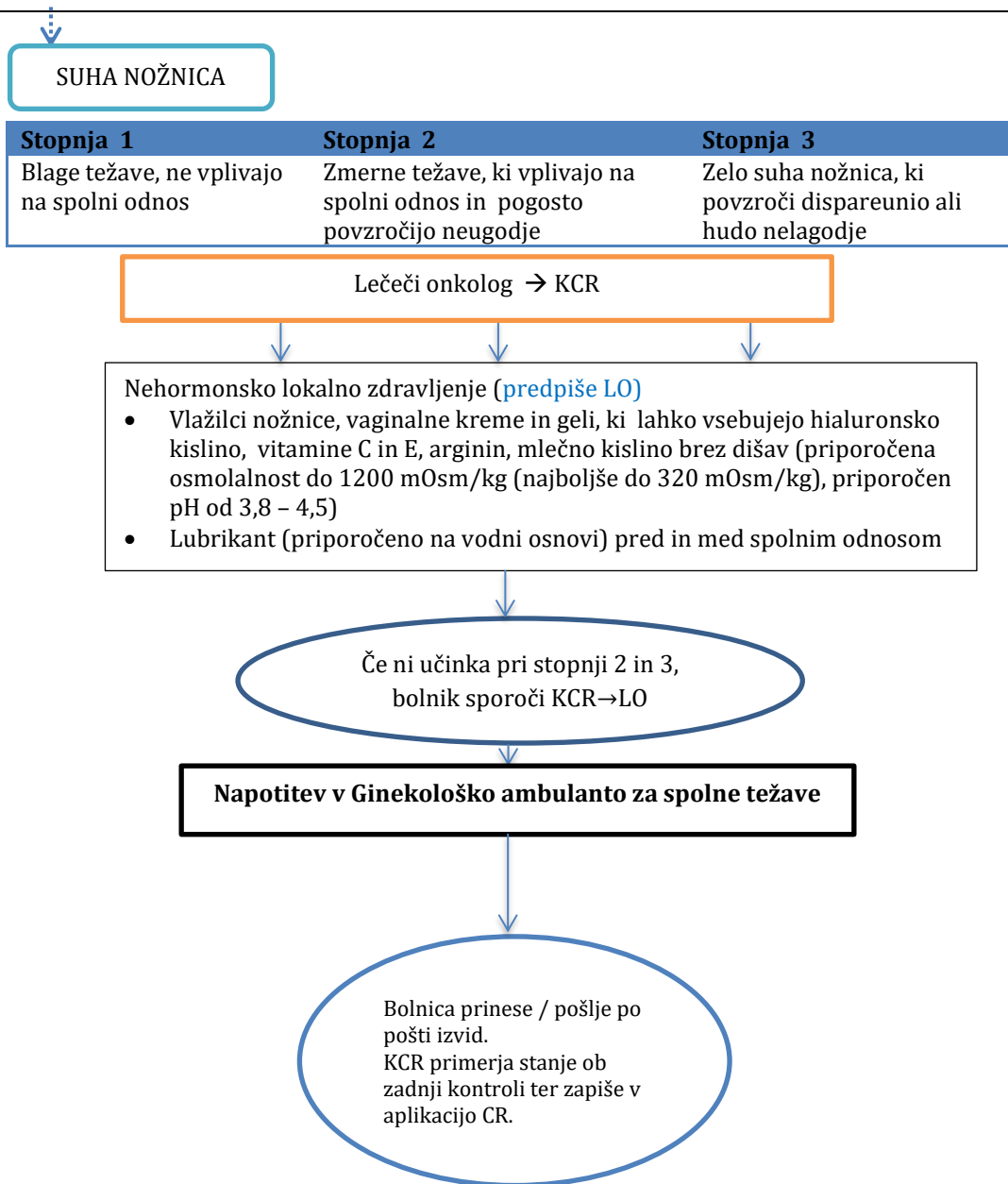
**Vprašanja št. 8 v vprašalniku 1 in 15 v vprašalniku 2:**

8./15. Ste imeli težave z vročinskimi vali / nočnim potenjem? DA/NE

KCR vnese izvid v aplikacijo CR.

Lečeči onkolog  
Koordinator celostne  
rehabilitacije  
Ginekolog v ambulanti OI

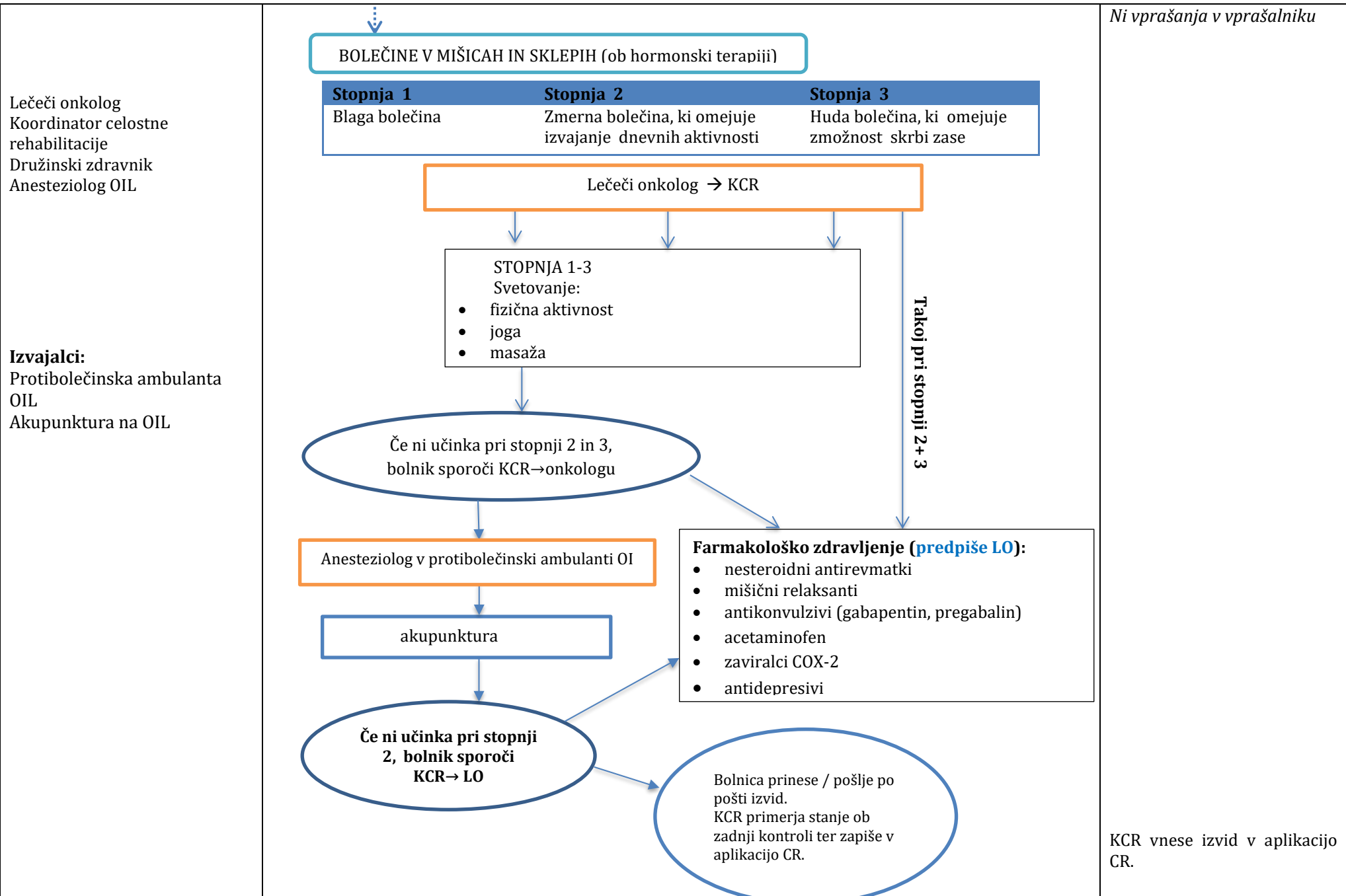
**Izvajalci:**  
Ginekološka ambulanta za  
spolne težave na OIL



**Vprašanje št. 8 v vprašalniku 1 in vprašanje št. 15. v vprašalniku 2:**

8./15. Ste imeli druge težave, povezane z menopavzo (npr. suha nožnica, inkontinenca)?  
DA/NE

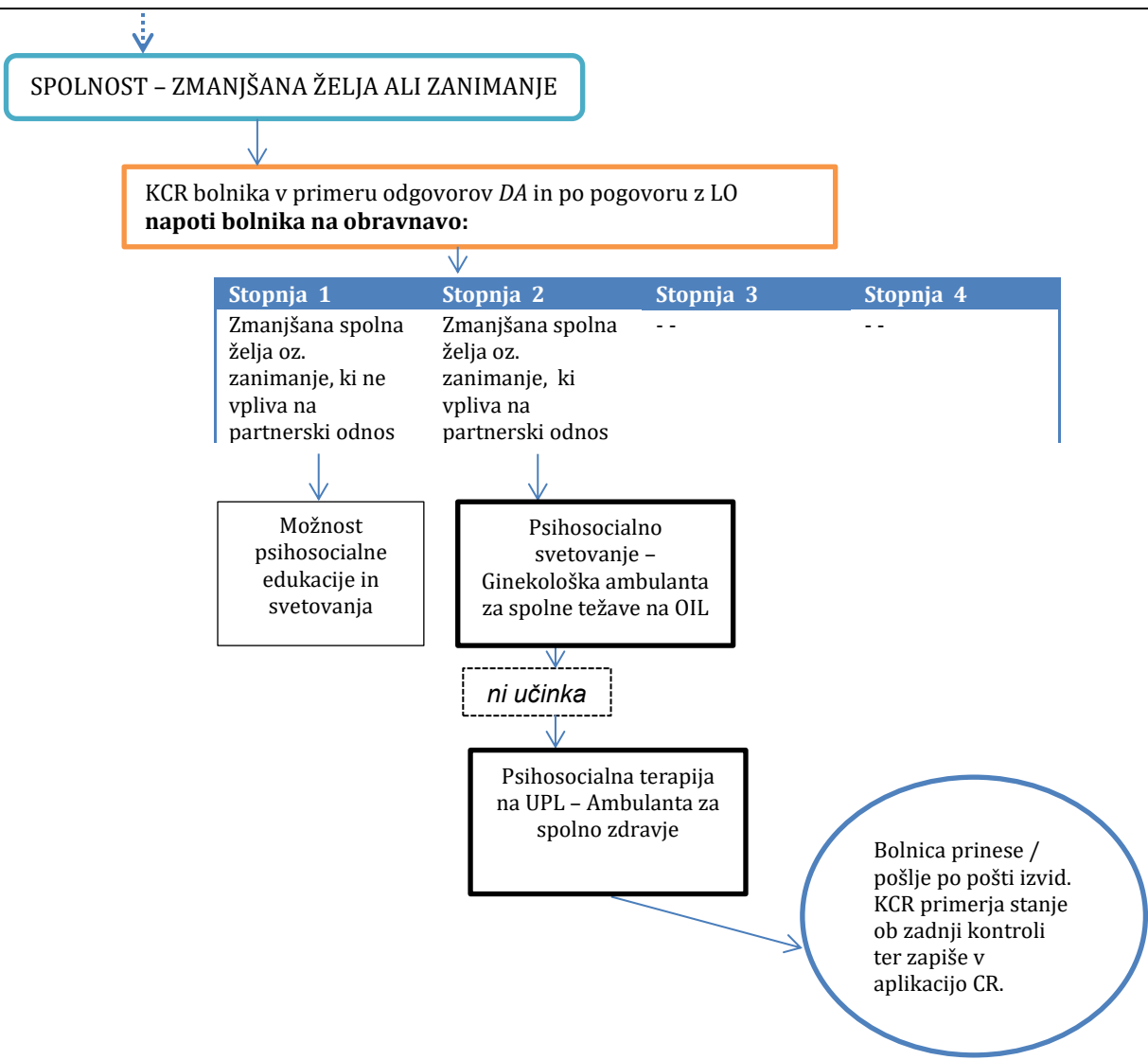
KCR vnese izvid v aplikacijo CR.





Lečeči onkolog  
 Koordinator celostne  
 rehabilitacije

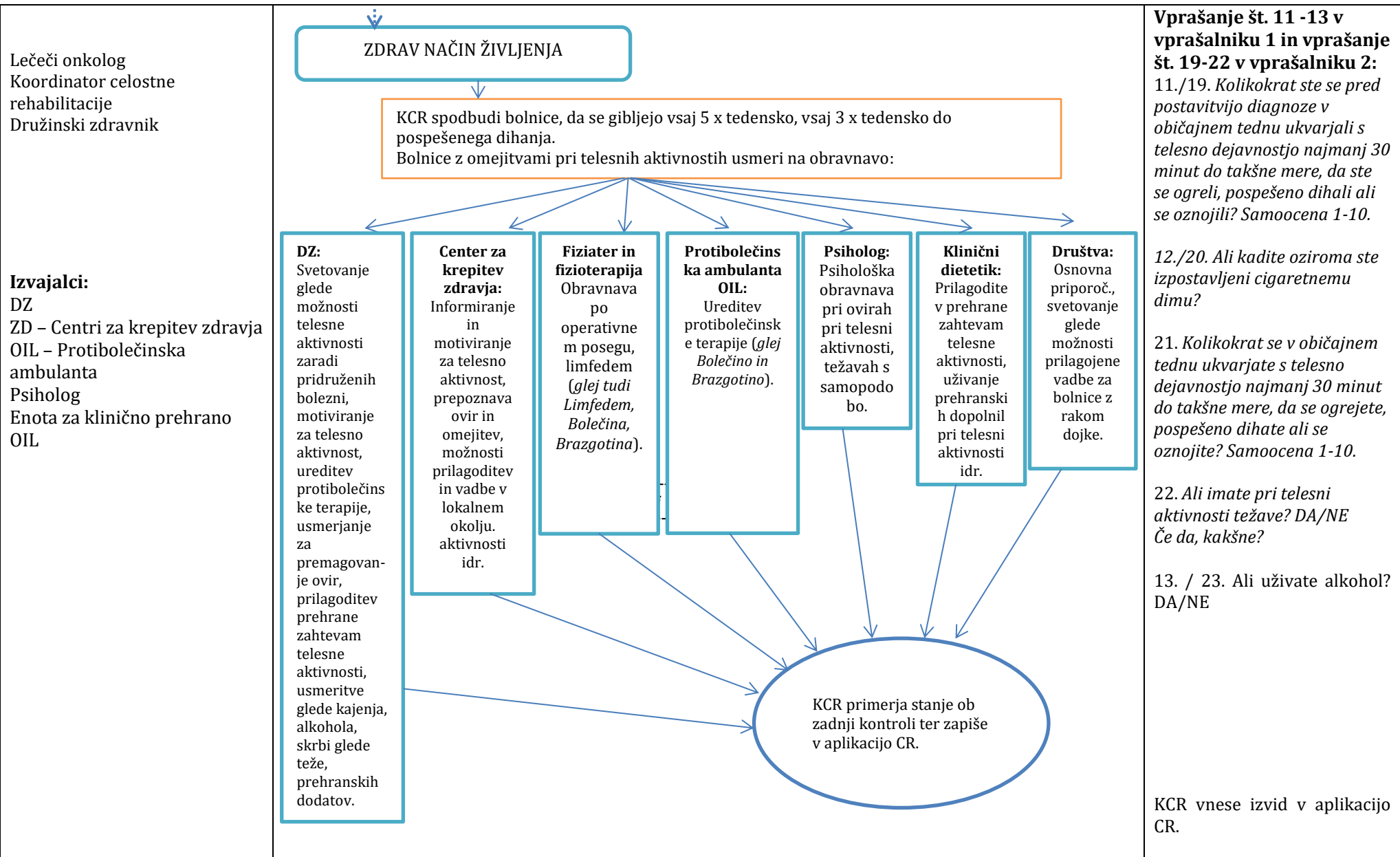
**Izvajalci:**  
 Ginekološka ambulanta za  
 spolne težave na OIL  
 UPL – Ambulanta za spolno  
 zdravje

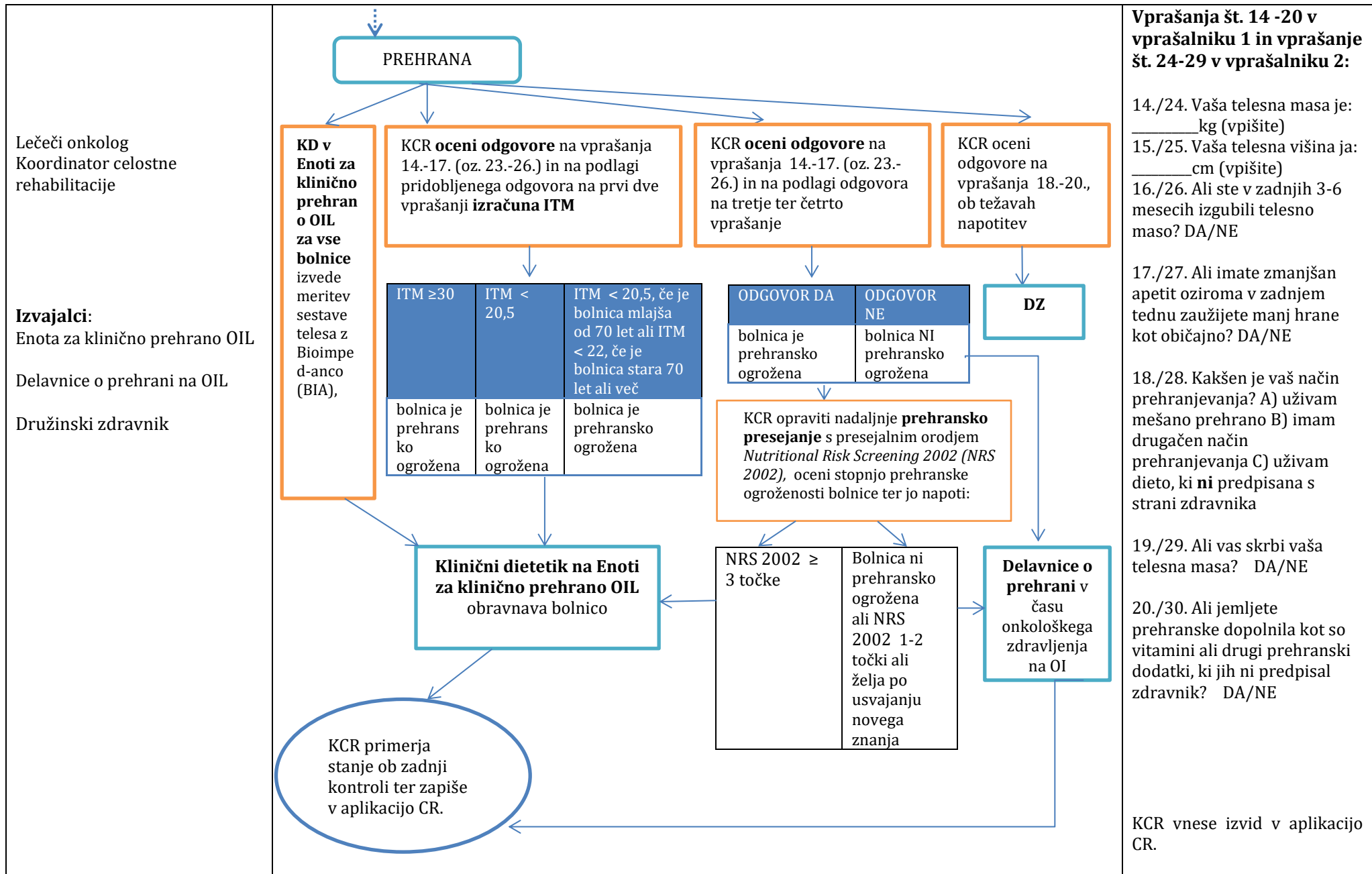


**Vprašanje št. 9 in 10 v vprašalniku 1 in vprašanje št. 17 in 18 v vprašalniku 2:**  
 9./17. Imate kakšno skrb, težave glede vaše spolne funkcije, spolne aktivnosti, spolnega življenja? DA/NE

10./18. Vam te skrbi povzročajo stisko? DA/NE

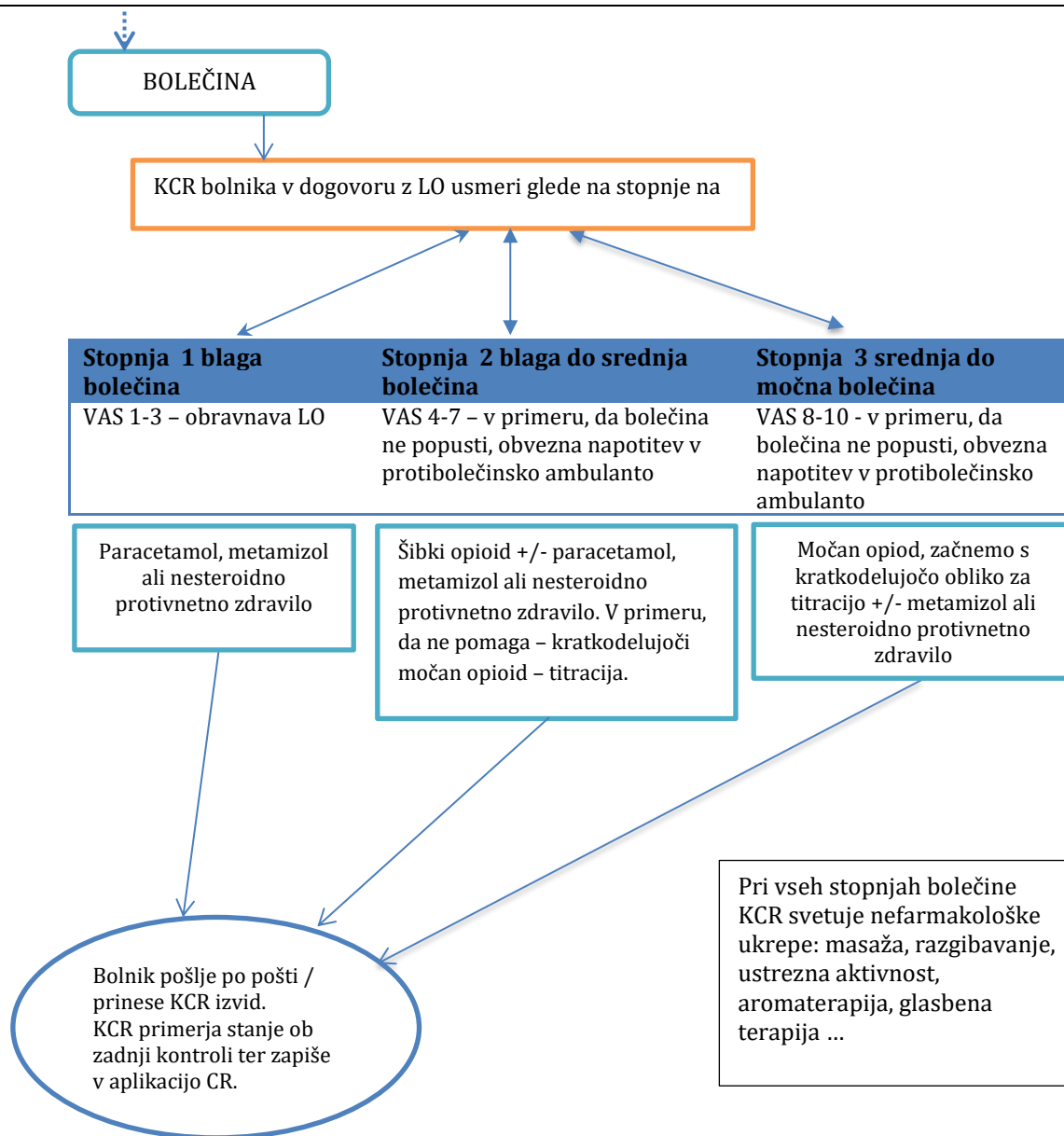
KCR vnese izvid v aplikacijo CR.





Lečeči onkolog  
 Koordinator celostne  
 rehabilitacije  
 Družinski zdravnik

**Izvajalci:**  
 Protibolečinska ambulanta  
 OIL



**Vprašanja št. 21 -22 v vprašalniku 1 in vprašanje št. 31-32 v vprašalniku 2:**

21./31. Ali imate kakršnokoli bolečino? DA/NE

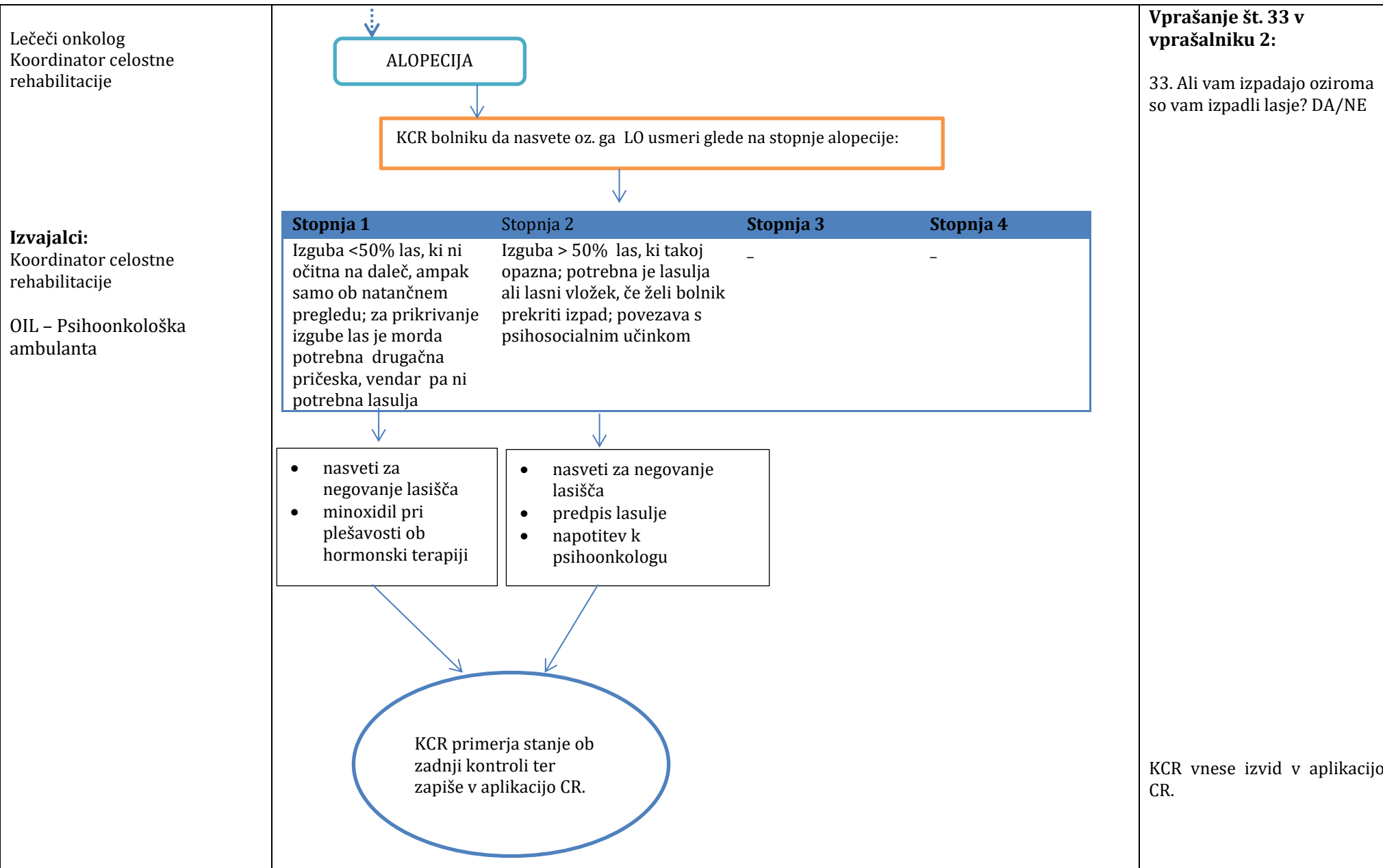
22./32. Kako bi ocenili vašo bolečino v zadnjem mesecu na skali od 0 (je ni) do 10 (je ekstremna)? *Samoocena od 1 do 10.*

.....  
 V primeru nevropatske bolečine LO pri vseh stopnjah bolečine uvede še

- Antikonvulzive (karbamazepin, gabapentin, pregabalin)
- Antidepresive (amitriptilin, venlafaksin in duloksetin)

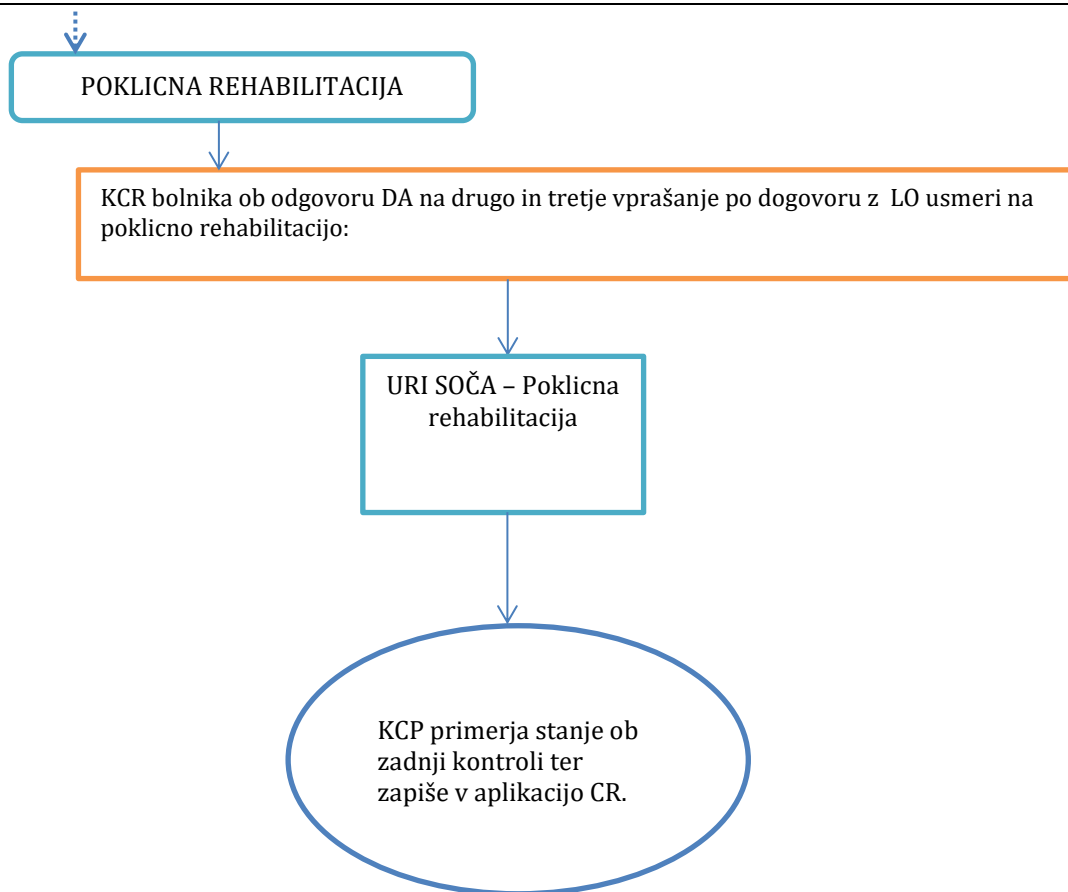
V primeru nociplastične bolečine – večje bolečine, kot je pričakovano, napotitev v protibolečinsko ambulanto ali v URI Soča.

KCR vnese izvid v aplikacijo CR.



Lečeči onkolog  
Koordinator celostne  
rehabilitacije

**Izvajalci:**  
URI SOČA – Poklicna  
rehabilitacija



**Vprašanje št. 23 v  
vprašalniku 1 oz.  
vprašanja št. 34-36 v  
vprašalniku 2:**

23./34. Ali se želite vrniti na delovno mesto? DA/NE

35. Ali pričakujete da boste imeli v primeru vrnitve na delovno mesto težave? DA/NE

36. Ali želite strokovno pomoč pri vračanju v delovni proces (poklicna rehabilitacija)? DA/NE

KCR vnese izvid v aplikacijo CR.

## Priloge

### 5.1. PRVI VPRAŠALNIK | *Namenjen bolnikom ob postavitvi diagnoze raka dojke:*

Anksioznost, depresivnost in duševna stiska	1. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih spoprijemali z depresivnostjo, brezupom, žalostjo, občutki, da ste na dnu? <i>Samoocena od 1 do 10.</i> 2. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih spoprijemali z občutji nervoznosti, nemira, s tem, da ne morete ustaviti ali kontrolirati skrbi? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Kognitivne funkcije	3. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih soočali s težavami s koncentracijo, pomnjenjem, upočasnjenostjo v razmišljanju? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Utrudljivost	4. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih spoprijemali s konstantno utrudljivostjo, kljub dobremu nočnemu spancu? <i>Samoocena od 1 do 10.</i> 5. V kolikšni meri utrudljivost moti vaše običajne aktivnosti? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Nespečnost	6. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih soočali s težavami, da zvečer zaspate, ostanete speči ali se zjutraj prezgodaj zbudate? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Funkcionalnost	/
Brazgotina	/
Okvara srca	/
Simptomi, povezani s pomanjkanjem ženskih hormonov	7. Ste imeli težave z vročinskimi vali/nočnim potenjem? DA/NE 8. Ste imeli druge težave, povezane z menopavzo (npr. Suha nožnica, inkontinenca)? DA/NE
Spolnost	9. Imate kakšno skrb, težave glede vaše spolne funkcije, spolne aktivnosti, spolnega življenja? <i>Samoocena od 1 do 10.</i> 10. Vam te skrbi povzročajo stisko? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Zdrav način življenja	11. Kolikokrat ste se pred postavitvijo diagnoze v običajnem tednu ukvarjali s telesno dejavnostjo najmanj 30 minut do takšne mere, da ste se segreli, pospešeno dihali ali se oznojili? <i>Samoocena od 0 do 10.</i> 12. Ali kadite oziroma ste izpostavljeni cigaretnemu dimu? DA/NE 13. Ali uživate alkohol? DA/NE
Prehrana in prehransko stanje	14. Vaša telesna masa je: _____ kg (vpišite) 15. Vaša telesna višina ja: _____ cm (vpišite) 16. Ali ste v zadnjih 3-6 mesecih izgubili telesno maso? DA/NE 17. Ali imate zmanjšan apetit oziroma v zadnjem tednu zaužijete manj hrane kot običajno? DA/NE 18. Kakšen je vaš način prehranjevanja? A) uživam mešano prehrano B) imam drugačen način prehranjevanja C) uživam dieto, ki ni predpisana s strani zdravnika. 19. Ali vas skrbi vaša telesna masa? DA/NE 20. Ali jemljete prehranske dopolnila kot so vitamini ali drugi prehranski dodatki, ki jih ni predpisal zdravnik? DA/NE
Bolečina	21. Ali imate kakršnokoli bolečino? DA/NE 22. Kako bi ocenili vašo bolečino v zadnjem mesecu na skali od 0 (je ni) do 10 (je ekstremna)? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Alopecija	/
Poklicna rehabilitacija	23. Ali ste v rednem delovnem razmerju? DA / NE

## 5.2. DRUGI VPRAŠALNIK | *Namenjen bolnikom po zaključenem zdravljenju:*

Anksioznost, depresivnost in duševna stiska	1. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih spoprijemali depresivnostjo, brezupom, žalostjo, občutki, da ste na dnu? <i>Samoocena od 1 do 10.</i> 2. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih spoprijemali občutji nervoznosti, nemira, s tem, da ne morete ustaviti ali kontrolirati skrbi? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Kognitivne funkcije	3. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih soočali s težavami s koncentracijo, pomnjenjem, upočasnjenostjo v razmišljanju? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Utrudljivost	4. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih spoprijemali s konstantno utrudljivostjo, kljub dobremu nočnemu spancu? <i>Samoocena od 1 do 10.</i> 5. V kolikšni meri utrudljivost moti vaše običajne aktivnosti? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Nespečnost	6. V kolikšni meri ste se v zadnjih 14 dnevih soočali s težavami, da zvečer zaspate, ostanete speči ali se zjutraj prezgodaj zbudate? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Funkcionalnost	7. Ali imate občutek napete, mravljinčaste ali težke roke? DA/NE 8. Imate oteklino zgornjega uda? DA/NE 9. Imate težave z ramenskim sklepom - omejena gibljivost, bolečine? DA/NE
Brazgotina	10. Ali imate občutek, da vas brazgotine "zategujejo, vlečejo"? DA/NE 11. So brazgotine trde, neelastične ali boleče? DA/NE
Okvara srca	12. Ste prejeli antracikline? DA/NE 13. Ali imate kratko sapo ali bolečino v prsih po dnevni aktivnosti ali ob naporu? DA/NE 14. Ali imate kratko sapo, ko ležite v postelji, se ponoči zbudate, ker potrebujete zrak, vam otekata nogi? DA/NE
Simptomi, povezani s pom. ženskih hormon.	15. Ste imeli težave z vročinskimi vali/nočnim potenjem? DA/NE 16. Ste imeli druge težave, povezane z menopavzo (npr. Suha nožnica, inkontinenca)? DA/NE
Spolnost	17. Imate kakšno skrb, težave glede vaše spolne funkcije, spolne aktivnosti, spolnega življenja? <i>Samoocena od 1 do 10.</i> 18. Vam te skrbi povzročajo stisko? <i>Samoocena od 1 do 10.</i>
Zdrav način življenja	19. Kolikokrat se v običajnem tednu ukvarjate s telesno dejavnostjo najmanj 30 minut do takšne mere, da se segrejete, pospešeno dihate ali se oznojite? <i>Samoocena.</i> 20. Ali imate pri telesni aktivnosti težave? DA/NE Če da, kakšne? 21. Ali kadite oziroma ste izpostavljeni cigaretne dimu? DA/NE 22. Ali uživate alkohol? DA/NE
Prehrana in prehransko stanje	23. Vaša telesna masa je: _____ kg (vpišite) 24. Vaša telesna višina ja: _____ cm (vpišite) 25. Ali ste v zadnjih 3-6 mesecih izgubili telesno maso? DA/NE 26. Ali imate zmanjšan apetit oziroma v zadnjem tednu zaužijete manj hrane kot običajno? DA/NE 27. 18. Kakšen je vaš način prehranjevanja? A) uživam mešano prehrano B) sem vegetarijanka in ne uživam živil živalskega izvora C) sem vegetarijanka in uživam tudi beljakovine živalskega izvora BD) imam drugačen način prehranjevanja C) uživam dieto, ki ni predpisana s strani zdravnika Ali vas skrbi vaša telesna masa? DA/NE 28. Ali jemljete prehranske dopolnila kot so vitamini ali drugi prehranski dodatki, ki jih ni predpisal zdravnik? DA/NE
Bolečina	29. Ali imate kakršnokoli bolečino? DA/NE 30. Kako bi ocenili vašo bolečino v zadnjem mesecu na skali od 0 (je ni) do 10 (je ekstremna)? 0-10
Alopecija	31. Ali vam izpadajo oziroma so vam izpadli lasje? DA/NE
Poklicna rehabilitacija	32. Ali se želite vrniti na delovno mesto? DA/NE 33. Ali pričakujete da boste imeli v primeru vrnitve na delovno mesto težave? DA/NE 34. Ali želite strokovno pomoč pri vračanju v delovni proces (poklicna rehabilitacija)? DA/NE



### 5.3. VPRAŠALNIK O KVALITETI ŽIVLJENJA |



#### EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Zanima nas nekaj podatkov o vam in vašem zdravju. Prosim, odgovorite na vsa vprašanja, da obkrožite številko, ki vam najbolj ustreza. Ni "pravih" ali "napačnih" odgovorov. Zbrani podatki bodo ostali strogo zaupni.

Vpišite začetnici vašega imena in priimka:

--	--	--	--	--

Datum rojstva (dan, mesec, leto):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Današnji datum (dan, mesec, leto):

54

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Ne	Malo	Precej	Zelo
1. Ali imate težave pri opravljanju napornejših del, kot je nošnja težje nakupovalne torbe ali kovčka?	1	2	3	4
2. Ali imate težave ob <u>dolgem</u> sprehodu?	1	2	3	4
3. Ali imate težave ob <u>kratkem</u> sprehodu zunaj hiše?	1	2	3	4
4. A je potrebno ostati ležati v postelji ali pa sedeti v stolu po dnevi?	1	2	3	4
5. Ali potrebujete pomoč pri jedi, oblačenju, umivanju ali uporabi stranišča?	1	2	3	4

#### Vaše počutje v preteklem tednu:

	Ne	Malo	Precej	Zelo
6. Ste bili omejeni pri opravljanju dela ali pri drugih dnevnih aktivnostih?	1	2	3	4
7. Ste bili omejeni pri svojem hobiju ali drugih aktivnostih v prostem času?	1	2	3	4
8. Ste težko dihali?	1	2	3	4
9. Ste imeli bolečine?	1	2	3	4
10. Ste potrebovali počitek?	1	2	3	4
11. Ste imeli težave s spanjem?	1	2	3	4
12. Ste se počutili slabotno?	1	2	3	4
13. Ste bili brez apetita?	1	2	3	4
14. Vam je bilo slabo?	1	2	3	4
15. Ste bruhal?	1	2	3	4
16. Ste bili zaprti?	1	2	3	4

Prosim obrnite stran

**Vaše počutje v preteklem tednu:**

	Ne	Malo	Precej	Zelo
17. Ste imeli drisko?	1	2	3	4
18. Ste bili utrujeni?	1	2	3	4
19. So vas bolečine ovirale pri vaših dnevni dejavnostih?	1	2	3	4
20. Ste imeli težave s koncentracijo, npr. pri branju časopisa ali gledanju televizije?	1	2	3	4
21. Ste bili napeti?	1	2	3	4
22. Ste bili zaskrbljeni?	1	2	3	4
23. Ste bili razdražljivi?	1	2	3	4
24. Ste bili brezvoljni (depresivni)?	1	2	3	4
25. Ste imeli težave s spominom?	1	2	3	4
26. Ali je vaše fizično stanje ali zdravljenje kaj oviralo vaše <u>družinsko</u> življenje?	1	2	3	4
27. Ali je vaše fizično stanje ali zdravljenje kaj oviralo vaše <u>družabno</u> življenje?	1	2	3	4
28. Vam je vaše fizično stanje ali medikamentozno zdravljenje povzročilo finančne težave?	1	2	3	4

**Pri naslednjih vprašanjih obkrožite tisto številko od 1 do 7, ki vam najbolj ustreza**

29. Kako bi ocenili vaše splošno zdravstveno stanje v preteklem tednu?

1      2      3      4      5      6      7

zelo slabo

odlično

30. Kako bi ocenili splošno "kvaliteto vašega življenja" v preteklem tednu?

1      2      3      4      5      6      7

zelo slabo

odlično



## **EORTC QLQ - BR23**

Bolniki včasih navajajo naslednje znake/simptome ali težave. Prosimo, označite, v kolikšni meri ste (morda) vi občutili te simptome ali težave v preteklem tednu.

<b>Vaše počutje v preteklem tednu:</b>	<b>Ne</b>	<b>Malo</b>	<b>Precej</b>	<b>Zelo</b>
31. Ste imeli suha usta?	1	2	3	4
32. Sta hrana in pijača imeli drugačen okus kot ponavadi?	1	2	3	4
33. So bile vaše oči boleče, vnete oz. so se vam solzile?	1	2	3	4
34. So vam kaj izpadali lasje?	1	2	3	4
35. Na to vprašanje odgovorite le v primeru, če ste opazili izpadanje las: Vas je izpadanje las vznemirilo?	1	2	3	4
36. Ste se počutili, kot da ste bolni ali da vam ni dobro?	1	2	3	4
37. Ste imeli navale vročine?	1	2	3	4
38. Ste imeli glavobole?	1	2	3	4
39. Ste se zaradi bolezni ali zdravljenja počutili telesno manj privlečni?	1	2	3	4
40. Ste se zaradi bolezni ali zdravljenja počutili manj ženstveno?	1	2	3	4
41. Ste težko prenesli pogled na svoje golo telo?	1	2	3	4
42. Ste bili nezadovoljni s svojim telesom?	1	2	3	4
43. Ste bili zaskrbljeni za svoje zdravje v prihodnosti?	1	2	3	4
<b>V preteklih štirih tednih:</b>	<b>Ne</b>	<b>Malo</b>	<b>Precej</b>	<b>Zelo</b>
44. V kolikšni meri vas je zanimala spolnost /ste občutili željo po spolnosti?	1	2	3	4
45. V kolikšni meri ste bili spolno dejavni?(z ali brez spolnih odnosov)	1	2	3	4
46. Odgovorite na to vprašanje le, če ste bili spolno dejavni: Kako prijetna vam je bila spolnost?	1	2	3	4

[Prosim obrnite stran](#)

**Vaše počutje v preteklem tednu:**

	Ne	Malo	Precej	Zelo
47. Ste imeli kake bolečine v roki ali rami?	1	2	3	4
48. Ste imeli zateklo roko?	1	2	3	4
49. Ste težko dvignali roko ali jo premikali v stran?	1	2	3	4
50. Ste imeli kake bolečine v področju prizadete dojke?	1	2	3	4
51. Je bilo področje prizadete dojke oteklo?	1	2	3	4
52. Je bilo področje prizadete dojke bolj občutljivo?	1	2	3	4
53. Ste imeli probleme s kožo v področju prizadete dojke? (npr. srbeča, suha, luskasta koža)	1	2	3	4

## 6. Priloga – Farmakološko zdravljenje

Povzemamo vsebine farmakološkega zdravljenja za bolnike z rakom dojke za sklop psihičnih težav, ki so navedene v veljavnih *Smernicah za celostno rehabilitacijo raka dojke* z novembra 2019.

### 6.1. Sklop Depresija: farmakološko zdravljenje s strani onkologa

Antidepresivi –PRVA IZBIRA so SSRI:

- escitalopram (7 dni ½ tbl a 10mg, nato 1tbl zjutraj), pa potem ostali
- Mirtazapin (15mg zvečer, 14 dni nato 30mg zvečer) (če izstopajo naslednji simptomi: nespečnost, anksioznost, inapetenca, hujšanje...)
- Venlafaksin (37,5-75mg začetni odmerek), duloksetin (30-60 mg začetni odmerek)(če izstopa bolečinski sindrom)
- Bupropion\* 150mg zjutraj (če izstopa utrujenost)

Pozor: bupropion, duloksetin, paroksetin, fluoksetin močni zaviralci cyp2d6, sertralin in citalopram šibki do zmerni zaviralci cyp2d6 (tamoksifen!!)

### 6.2. Sklop Anksioznost: farmakološko zdravljenje s strani onkologa

- **BENZODIAZEPINI:** za kratkotrajno stabilizacijo; pozor za možne interakcije z onkološko terapijo: ne dlje kot 4 - 6 tednov zaradi potenciala za razvoj odvisnosti; če lečeči zdravnik presodi, da bo zdravljenje potrebno dlje kot 6 tednov, je prva izbira zdravilo iz skupin v nadaljevanju.

#### kratkodelujoči:

bromazepam 1,5mg do 3x dan,  
alprazolam 0,25mg do 3x na dan

#### Srednjedelojoči:

diazepam 2 mg/dan do 3x na dan,  
lorazepam 1mg, do 3x na dan

**Dolgodelujoči:** klonazepam 0,5mg, 2x na dan

- **ANTIDEPRESIVI:** SSRI ali mirtazapin, velja enako kot pri zdravljenju depresije
- Nizki odmerki **ATIPičNIH ANTIPSIHOTIKOV**(off label predpisovanje):  
kvetiapin: 12,5-25mg pp do 3x na dan  
Olanzapin 2,5mg do 2x  
Sulpirid (registriran): 50mg pp do 3x/dan
- **ANTIPILEPTIKI:** gabapentin ali pregabalin (75mg/dan na začetku)

### 6.3. Sklop Nespečnost: farmakološko zdravljenje s strani onkologa

**Farmakološko zdravljenje:**

Pozor na zdravljenje nespečnosti kot simptoma anksioznosti/depresije. Pozor na možne interakcije z onkološko terapijo.

**1) Benzodiazepinski ali benzodiazepinski hipnotiki** za kratkotrajno obvladovanje nespečnosti (ne dlje kot 4 t zaradi adiktivnega potenciala) : priporočilo:

zolpidem 5-10mg zvečer

nitrazepam 5mg zvečer

**2) antidepressivi:**

trazodon: 1/3 tbl zvečer, zdrobiti

Mirtazapin 15mg zvečer, po 14 dneh 30mg zvečer

**3) Antipsihotiki:**

kvetiapin 12,5-75mg zvečer

Olanzapin 2,5-5mg zvečer

**Zdravila za zmanjšanje dnevne zaspanosti** (psihostimulanti modafinil, metilfenidat) ali inhibitorji holinesteraze (donepezil