

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

Nalepka bolnika

KLINIČNA POT ZA BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA (EOL – End OF Life)

Prireditev Liverpoolske klinične poti

Bolnikovi podatki:	
IME BOLNIKA:	
DATUM ROJSTVA:	
SPOL:	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
ODDELEK:	

Navodila za uporabo:

1. Vsi **cilji** so v **odebeljenem** tisku. Ukrepi so v normalnem tisku.
2. Če cilj ni dosežen, prosimo, izpolnite tudi vprašalnik odstopanj na strani 12

Kriteriji za uporabo Klinične poti oskrbe bolnika v zadnjih dneh življenja:

1. Po mnenju lečečega onkologa in paliativnega tima gre za bolnika s terminalno fazo neozdravljive bolezni.
2. Prisotna sta vsaj dva dodatna stanja (označi):
 - Bolnik je vezan na posteljo
 - Bolnik je v pol-zavestnem stanju (semi-komatozen)
 - Tekočino lahko uživa le po požirkih
 - Ne more več uživati zdravil v obliki tablet

**ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)**

Prosimo, da se **vsi** izpolnjevalci klinične poti vpišete v spodnjo tabelo:

DATUM	IME	PRIIMEK	DELOVNO MESTO	PODPIS

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
 (PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

1. DEL	OCENA BOLNIKOVEGA STANJA ob sprejemu
DATUM SPREJEMA	
DATUM IZPOLNJEVANJA OBRAZCA	
DIAGNOZA	Osnovna:
	Sekundarna:
	Pridružene bolezni:
	Srčni vzpodbujevalec, radioaktivni vsadki: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

FIZIČNA KONDIICIJA		DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	težave s požiranjem	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	slabost	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	bruhanje	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	zaprtje	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	zmedenost	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	razburjenost	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	zaskrbljenost	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	nemirnost	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	driska	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	pri zavesti	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	težave pri uriniranju	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	vstavljen urinski kateter	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	povečan sekret v dihalih	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	dispneja	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	bolečina	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	preležanine	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	drugo	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

V nadaljevanju ankete je potrebno v primerih kadar cilj ni dosežen (označiš NE) dodatno zabeležiti in razložiti odstopanje (varianco) na strani 12.

BLAŽILNA OSKRBA	CILJ 1: Pregled predpisanih zdravil in izločitev nepotrebnih.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Zdravila per os zamenjana s subkutanimi ali drugače (črpalke), če je potrebno • Nepotrebna zdravila ukinjena (glej prilogo ...) 	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
	CILJ 2: Predpisana subkutana zdravila po potrebi (glej prilogo ...).	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Bolečina – analgezija • Razburjenost - sedativi • Slabost/bruhanje - antiemetiki • Povečan sekret v dihalih – antiholinergiki 	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
	CILJ 3: Nepotrebne intervencije končane.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Odvzemi krvi • Ukinjeni antibiotiki • Ukinjene iv oblike zdravil • Nadomeščanje tekočin 	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
	Bolnik ni primeren za REANIMACIJO.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	Podpis zdravnika: Datum:		
	CILJ 3a: Prenehanje nepotrebnih negovalnih posegov.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Obračanje bolnika z namenom čimboljšega ugodja in preprečevanja preležanin na 2 uri • Odvajanje blata in urina z neinvazivnimi postopki 		
	CILJ 3b: Proti bolečinska črpalka vstavljena v štirih urah po zdravnikovem naročilu.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	Podpis medicinske sestre: Datum:		
CILJ 4: Sposobnost komuniciranja z osebjem zadovoljivo.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Bolnik • Svojci/skrbniki 	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/>	
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

PSIHOLOŠKA OSKRBA	CILJ 5: Psihološke funkcije bolnika so bile opredeljene.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Zavedanje diagnoze <ul style="list-style-type: none"> a) Bolnik Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> b) Svojci/skrbniki Da <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> • Prepoznavanje umiranja <ul style="list-style-type: none"> a) Bolnik Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> b) Svojci Da <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> • Ocena mentalnega zdravja Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Ocena psihične stabilnosti Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Ocena kognitivnih funkcij Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Prisotnost otrok Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> 		

OSKRBA DUHOVNIH POTREB	CILJ 6: Poskrbljeno je za duhovne potrebe:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	a) bolnika Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		Koma <input type="checkbox"/>
	b) svojcev/skrbnikov Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
	• Ocenjeno stanje bolnika/svojcev (strah za sebe/druge) Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
	• Ocenjena potreba po duhovni podpori oz. prisotnosti religioznega predstavnika Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
	Verska pripadnost:		
	Ponujena pomoč duhovnega in/ali religioznega predstavnika. Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
	Kontaktni podatki oseb za duhovno in/ali religiozno podporo:		
Posebne potrebe, želje zdaj, ob in po smrti:			
CILJ 7: Ocenjena potreba po komplementarnih oblikah terapije.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Nov uporabnik Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Aromaterpija Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Muzikoterapija Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Uporaba ventilatorjev za lajšanje dispneje Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Ponujene relaksacijske metode za svojce Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> • Star uporabnik – nadaljevanje komplementarne terapije potrebno Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> 			

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

KOMUNIKACIJA	CILJ 8: Opravljen je dogovor s svojci glede obveščeni o smrti svojca.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
	Čas obveščanja (obkroži): <input type="checkbox"/> Kadarkoli <input type="checkbox"/> Ne ponoči			
	Ob predvideni smrti preko noči želijo ostati preko noči ob svojcu.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	
	Kontaktni podatki osebe, ki bo prejela obvestilo o smrti: Ime, priimek: Telefon/mobi: Sorodstveni odnos do bolnika: Druga kontaktna oseba (če prva ni dosegljiva): Ime, priimek: Telefon/mobi: Sorodstveni odnos do bolnika:			
	CILJ 9: Svojci so obveščeni o poteku dela na kliniki, kjer leži bolnik.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Parkiranje, ponudniki prehrane v bližini • Telefonske govorilnice • Urnik obiskov 			
	CILJ 10: Osebni zdravnik je obveščen o bolnikovem stanju.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Osebnega zdravnika potrebno obvestiti o stanju bolnika • Ob smrti je potrebno obvestiti osebnega zdravnika 			**	**

	CILJ 11: Načrt oskrbe je bil predstavljen in dogovorjen z:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	a) bolnikom	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/>
	b) svojci/skrbniki	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
	CILJ 12: Svojci/skrbniki so izrazili razumevanje načrtovane oskrbe bolnika.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

Podpis izpolnjevalca ankete:

Datum:

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

Datum izpolnjevanja ankete: _____
 Zaporedna št. : _____

nalepka bolnika

Anketni list je potrebno izpolnjevati vsakih 24 ur.

V tabelo vnašaj naslednje oznake: + cilj dosežen, o odstopanje od zaželenega, kljub uvedenim ukrepom, - cilj ni dosežen.

2a. DEL	SPREMLJANJE BOLNIKOVIH PROBLEMOV					
	4:30 -	8:30 -	12:30 -	16:30 -	20:30 -	24:30 -
	8:30	12:30	16:30	20:30	24:30	4.30
BOLEČINA						
CILJ: Bolnik nima bolečin.						
<ul style="list-style-type: none"> • Če pri zavesti verbalno izraženo • Brez bolečin ob gibih • Bolnik je umirjen 						
VZNEMIRJENOST						
CILJ: Bolnik ni vznemirjen.						
<ul style="list-style-type: none"> • Brez znakov delirija, terminalne razdraženosti, nemirnosti • POZOR – razdraženost lahko zaradi retence urina 						
POVEČAN SEKRET DIHALNIH POTI						
CILJ: Povečan sekret dihal ne predstavlja dodatnih težav.						
<ul style="list-style-type: none"> • Obračanje • Uvedena ustrezna zdravila • Pogovor o simptomu s svojci/skrbniki 						
SLABOST / BRUHANJE						
CILJ: Bolnik ne bruha in ne čuti slabosti.						
<ul style="list-style-type: none"> • Če pri zavesti verbalno izraženo 						
DISPNEA						
CILJ: Bolnik ne navaja dispneje.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uporaba ventilatorčkov. 						
DRUGI SIMPTOMI						

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
 (PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

2b. DEL	ZDRAVLJENJE, UKREPI					
USTNA NEGA	8:30 -	12:30 -	16:30 -	20:30 -	24:30 -	4:30 -
	12:30	16:30	20:30	24:30	4.30	8:30
CILJ: Usta so vlažna in čista. <ul style="list-style-type: none"> • Glej navodila za nego ust • Ustna nega vsaj na 4 ure • Svojci/skrbniki vključeni v nego ust (če želijo) 						
TEŽAVE OB ODVAJANJU URINA						
CILJ: Bolniku je udobno. <ul style="list-style-type: none"> • Če retenca vstavljen urinski kateter • Če izražena splošna oslabeledost uporaba plenit 						
ZDRAVILA (če niso potrebna obkroži – NEPOTREBNA □)						
CILJ: Vse aplikacije zdravil so varne in natančne. <ul style="list-style-type: none"> • Če je v uporabi črpalka, kontrole le te na 4 ure 						
PODPIS IZPOLNJEVALCA ANKETE	DOPOLDAN		POPOLDAN		PONOČI	

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

Datum izpolnjevanja ankete: _____
 Zaporedna št. : _____

nalepka bolnika

Anketni list je potrebno izpolnjevati vsakih 12 ur.
 V tabelo vnašaj naslednje oznake: + cilj dosežen, o odstopanje od zaželenega, kljub uvedenim ukrepom, - cilj ni dosežen.

2.c DEL		
MOBILNOST, SKRB ZA PRELEŽANINE	7:00	19:00
CILJ: Bolnik se počuti udobno <ul style="list-style-type: none"> • Bolnika se premika le z namenom večjega udobja in preprečevanja preležanin • Skrbna nega za higieno kože, obraza 		
PREBAVA		
CILJ: Bolnik ni vznemirjen zaradi obstipacije ali driske.		
PSIHOLOŠKA OSKRBA		
CILJ: Bolnik se zaveda svojega stanja. <ul style="list-style-type: none"> • Bolnik je obveščen o postopkih in posegih • Dotiki in verbalna komunikacija prisotni • Komplementarna terapija se izvaja 		
CILJ: Svojci/skrbniki so pripravljani na neizbežno smrt bližnjega. <ul style="list-style-type: none"> • Pogovor o prisotnih simptomih bolnika, njihovo prepoznavanje, obravnava za doseg največjega udobja bolnika • Pogovor o možnih simptomih pri svojcih (utrujenost, anksioznost, depresija,...) 		
DUHOVNA / RELIGIOZNA OSKRBA		
CILJ: Ustrezna spiritualna/religiozna podpora ponujena. <ul style="list-style-type: none"> • Ponuditi ustrezno spiritualno/religiozno oskrbo 		
SKRB ZA SVOJCE / SKRBNIKE		
CILJ: Potrebe svojcev/skrbnikov so prepoznane in ustrezna pomoč ponujena. <ul style="list-style-type: none"> • Oceni potrebo po medicinski pomoči, pomoči socialne službe • Oceni potrebo po komplementarni terapiji svojcev • Ponujena pomoč HOSPIC 		
PODPIS IZPOLNJEVALCA ANKETE	DOPOLDAN	POPOLDAN

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

EVIDENCA SMRTI:

Datum smrti: _____

Čas smrti: _____

Oddelek / št. sobe kjer je bolnik ležal: _____

Prisotnost

družinskih članov: _____
zdravnika: _____
medicinske sestre: _____
drugi _____

Kdo je potrdil smrt? _____

Obdukcija opravljena: DA NE

Če je odgovor da:

- na zahtevo svojcev
- na zahtevo zdravnika
- drugo _____

Koga od svojcev smo obvestili o smrti? _____

Čas obvestila: _____

Način obvestila: telefonsko telegram

So se svojci osebno zglasili v ustanovi? DA NE

So se svojci poslovili od umrlega? DA NE

Pogrebni zavod obveščen? DA NE

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

OSKRBA PO BOLNIKOVI SMRTI	CILJ 13: Obvestiti osebnega zdravnika o bolnikovi smrti. Datum:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	CILJ 14: Izpeljani potrebni postopki glede registriranja smrti: • Prijava smrti	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	CILJ 15: Izpeljani potrebni dodatni postopki po smrti: Prijava infektivnih bolezni Bolnikove religiozne potrebe	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	CILJ 16: Svojci / skrbniki so prejeli informacije o postopkih po smrti: • Informativna knjižica • Ustrezna navodila	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	CILJ 17: Bolnikovo premoženje in lastnina izročeno svojcem /skrbnikom:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	CILJ 18: Opravljeni vsi administrativni postopki in svetovanja:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	CILJ 19: Svojci prejeli informativno brošuro o žalovanju.	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
PODPIS IZPOLNJEVALCA ANKETE			
Ali sta bila izpolnjena oba opazovalna lista 4 / 12h pred smrtjo?		Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

ODDELEK ZA PALIATIVNO OSKRBO
KLINIČNA POT BOLNIKA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA
(PRIREJENO PO LIVERPOOLSKI KLINIČNI POTI)

ANALIZA ODSTOPANJ (VARIANC)

Datum	Zakaj je prišlo do odstopanja?	Ukrepi	Podpis	Delovno mesto

