

# IZVAJANJE CELOSTNE PALIATIVNE OSKRBE V LJUBLJANSKI REGIJI



Ljubljana 2010

# **POROČILO PILOTNEGA PROJEKTA PALIATIVNE OSKRBE (PO):**

## **IZVAJANJE CELOSTNE PALIATIVNE OSKRBE V LJUBLJANSKI REGIJI**

Čas poteka projekta: od junija 2009 do oktobra 2010

### **Odgovorni člani pilotnega projekta paliativne oskrbe na Onkološkem inštitutu v Ljubljani (OI)**

**Prim. Jožica Červek, dr. med.,** spec. int. onk., strokovni vodja pilotnega projekta

**Tanja Žagar, univ. dipl. psih.,** koordinator pilotnega projekta

**Mag. Klelija Štrancar, univ. dipl. teol.,** koordinator paliativne oskrbe

**Boštjan Zavratnik, dipl. zdrav.,** koordinator in izvajalec zdravstvene nege

**Leonida Marinko, dipl. soc. del.,** koordinator socialne oskrbe na OI in socialne obravnave v pilotnem projektu



## KAZALO

POVZETEK POROČILA.....	5
<b>A) IZVAJANJE PROJEKTA .....</b>	<b>7</b>
A1) Potek projekta v regiji .....	7
A2) Vzpostavljanje povezave s primarnim zdravstvenim varstvom (družinski zdravniki, patronažna služba).....	7
A3) Problem informiranosti.....	8
A4) Potek koordinacije obravnave na vseh ravneh .....	8
A5) Koliko oddelkov je bilo vključenih v projekt, katere ustanove so se v projekt vključevale v regiji.....	9
A6) Najpogostejše ovire pri izvajanju projekta .....	10
A7) Povzetek:.....	11
<b>B) PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKOV PO KLINIČNIH POTEH.....</b>	<b>12</b>
<b>C) IZOBRAŽEVANJE IN OBJAVE .....</b>	<b>14</b>
C1) Izobraževanja za zaposlene na OI Ljubljana .....	14
C2) Izobraževanja za druge izvajalce zdravstvenega varstva v PO v regiji .....	17
C3) Izobraževanja za druge izvajalce zdravstvenega varstva v PO izven regije.....	20
C4) Pregled objav v strokovnem tisku in medijih javnega obveščanja.....	21
C5) Prepoznavanje potreb po izobraževanju.....	23
<b>D) PREDLOGI NA NADALJNI RAZVOJ PALIATIVNE OSKRBE V USTANOVI IN REGIJI     24</b>	
<b>E) SPREMLJANJE KAZALNIKOV IN STATISTIČNIH PODATKOV.....</b>	<b>26</b>
E1) Vprašalniki o zadovoljstvu .....	26
E2) Vnos statističnih podatkov .....	26
<b>F) DOKUMENTACIJA.....</b>	<b>27</b>
F1) Predlogi sprememb pri uporabi kliničnih poti v PO.....	27

## KAZALO TABEL

- Tabela 1. Število bolnikov, vključenih v pilotni projekt PO glede na klinični poti  
Tabela 2. Število bolnikov, vključenih na klinični poti glede na lokacijo obravnave  
Tabela 3. Število obravnav, vključenih v pilotni projekt PO glede na kraj odpusta

## KAZALO PREGLEDNIC

- Preglednica C1. Izobraževanja za zaposlene na OI Ljubljana  
Preglednica C2. Izobraževanje za druge izvajalce zdravstvenega varstva v PO v regiji  
Preglednica C3. Izobraževanja za druge izvajalce zdravstvenega varstva v PO izven regije  
Preglednica C4. Objave v strokovnem tisku in medijih javnega obveščanja

## SEZNAM PRILOG

- Priloga 1. Program kroženja za zdravnike specialiste družinske medicine, na Akutnem oddelku za PO  
Priloga 2. Vsebina predavanj za osnovno paliativno oskrbo  
Priloga 3. Storitve socialne delavke na OI  
Priloga 4. Storitve psihološke in duhovne oskrbe na OI  
Priloga 5. Program Šole za paliativno oskrbo: Oskrba bolnika ob koncu življenja  
Priloga 6. Program Izobraževanja v ZD Ribnica  
Priloga 7. Klinična pot paliativne oskrbe (KPPO)  
Priloga 8. Klinična pot umirajočega (KPU)  
Priloga 9. Mreža izvajalcev PO izven OI, vključenih v pilotni projekt v času 2009/10  
Priloga 10. Raziskava: Finančna ocena porabe zdravil in diagnostika v zadnjih šestih dneh življenja na OI

## POVZETEK POROČILA

Po naročilu Ministrstva za zdravje je v treh slovenskih regijah, od junija 2009 do oktobra 2010 potekal pilotni projekt o izvajanju celostne paliativne oskrbe.

Namen projekta je bil preizkusiti ustreznost v Državnem programu paliativne oskrbe predlagani model, celostne in nepretrgane PO, preizkusiti delovanje mreže izvajalcev in služb vključenih v to PO, preizkusiti proces koordinacije, izdelati strokovne in časovne standarde PO, potrditi ustreznost kakovosti kazalnikov PO in izdelati finančno oceno PO na vseh ravneh.

Izvajalec pilotnega projekta in koordinator v Ljubljanski regiji je specialistični tim za paliativno oskrbo na Onkološkem Inštitutu (STPO). V pilotni projekt so bili vključen Onkološki Inštitut, Nevrološka klinika in Klinika za abdominalno kirurgijo iz UKC. Iz osnovnega zdravstvenega varstva pa družinski zdravniki, patronažna služba, DSO in Hospic.

V pilotni projekt smo vključili 108 bolnikov, ki so bili oskrbovani po klinični poti na vseh ravneh obravnave (prirejena Edmontonova klinična pot), ob prepoznavi umiranja pa oskrbovani po Klinični poti umirajočega (Liverpoolski model).

V obdobju pilotnega projekta je STPO organiziral 42 izobraževanj in strokovnih srečanj za seznanjenost s projektom predvsem pa za prenos znanja iz PO. Na ta način smo ublažili pomanjkljivo znanje in nerazpoznavnost PO. Z istim namen je bilo objavljenih 15 strokovnih člankov in poročil v medijih javnega obveščanja.

Izvedli smo dve klinični raziskavi: 1. Uporaba zdravil v zadnjih šestih dneh življenja in njihova finančna ocena na OI; 2. Uporaba citostatikov in in bioloških zdravil v zadnjih dneh življenja. Obe raziskavi ugotavljata neustrezno in nepotrebno uporabo zdravil ob koncu življenja zaradi nepoznavanja procesa umiranja in nepoznavanja parametrov kratkega preživetja.

Na področju ugotavljanja novih storitev v PO smo vsebinsko in časovno opredelili storitve: za psihološko in duhovno oskrbo bolnikov in svojcev ter storitve na področju socialne obravnave.

Predlagane klinične poti, ki so bile pripravljene v okviru projekta smo z dodatnimi prilagoditvami spremenili v preglednejšo in logično izpeljano obliko za bolnike z rakom.

Velika in najpogostejša ovira pri izvajanju nepretrgane paliativne oskrbe je bil problem namestitve bolnika v drugo ustanovo, ker ljubljanska regija nima nobenih paliativnih enot. Ta ugotovitev velja celo za UKC, ustanovo z največjim številom bolnikov tudi glede PO.

Ob odpustu v domačo oskrbo pa smo se soočali z nezadostno strokovno podporo svojcem, ker zdravstveni domovi nimajo organizirane PO.

V načrtu za nadaljnji razvoj PO na OI in v Sloveniji je:

- kadrovska okrepitev specialističnega PT na OI,
- prenos znanja iz PO na vse izvajalce PO za bolnike z rakom,
- uvajanje standardov,
- sodelovanje v razvoju PO (klinične raziskave doma in sodelovanje z drugimi centri).

V bližnji prihodnosti pa bodo naša prizadevanja usmerjena v pomoč pri ustanavljanju stacionarnih paliativnih enot v ljubljanski regiji (DSO, UKC, Hospic).

Odgovornim ustanovam za dodelitev dodatkov in pripomočkov bomo priporočali skrajšanje postopkov za bolnike v PO.

## A) IZVAJANJE PROJEKTA

### *A1) Potek projekta v regiji*

Pilotni projekt »Celostno izvajanje paliativne oskrbe v ljubljanski regiji« je potekal v obdobju od junija 2009 do oktobra 2010.

V pilotni projekt v ljubljanski regiji so bile vključene naslednje ustanove:

OI: - Oddelek za akutno paliativno oskrbo na OI; bolniški oddelki

UKC: - KO za abdominalno kirurgijo

- Nevrološka klinika v Ljubljani.

Večina bolnikov, vključenih v pilotni projekt, je bila vključena na Oddelku za akutno paliativno oskrbo. Potek projekta in strokovni nadzor vključevanja bolnikov na ostalih bolniških oddelkih OI in 15 bolnikov v UKC so opravljali člani tima za specialistično paliativno oskrbo (TSPO).

Po končani paliativni obravnavi na OI, so bili nekateri bolniki odpuščeni v domačo oskrbo in v nekatere zdravstvene ustanove. Nepretrgana in strokovna paliativna oskrba je bila zagotovljena z **vzpostavljeno povezavo s primarnim zdravstvenim varstvom (družinski zdravniki, patronažna služba) in UKC-jem.**

V nadaljevanju paliativne oskrbe so se poleg teh na primarni ravni v pilotni projekt PO vključevali zdravstveni domovi (ZD) s patronažno službo, Centri za socialno delo (CSD), DSO po vsej ljubljanski občini (omrežna številka 01). V primeru, da je bolnik iz ljubljanske občine bil premeščen v bolnišnico ali zavod v drugi občini (npr. Zdravilišče Laško, Dom Stara Gora na Primorskem), smo mu sledili (glej Prilogo 9).

### *A2) Vzpostavljanje povezave s primarnim zdravstvenim varstvom (družinski zdravniki, patronažna služba)*

S formalnim vzpostavljanjem smo začeli junija 2009, in sicer s predstavitvijo pilotnega projekta preko telefona, elektronske in pisne pošte. Z odgovornimi osebami v zgoraj navedenih ustanovah, smo se dogovorili za uradno predstavitev projekta 10. 9. 2010 na Onkološkem inštitutu.

Hkrati je potekala vzpostavitev povezav po oddelkih znotraj OI, kjer so potekala formalna izobraževanja za zdravnike in medicinske sestre skupaj na Oddelku za internistično onkologijo in na Oddelku za radioterapijo ter sprotne individualne



izobraževanja s posamezniki, ki so se srečali s projektno dokumentacijo (poudarek na PO po kliničnih poteh).

### ***A3) Problem informiranosti***

Kljub uvodnemu sestanku septembra 2009, ki je bil namenjen predstavitvi pilotnega projekta PO predstavnikom različnih ustanov (UKC: KO za abdominalno kirurgijo ter Nevrološka klinika, družinski zdravniki, patronažna služba, predstavniki CSD, predstavniki DSO-jev v Mestni občini Ljubljana) informacije niso dosegle pravega zadovoljivega učinka, ker udeleženci informativnih sestankov niso posredovali informacije ostalim sodelavcem.

### ***A4) Potek koordinacije obravnave na vseh ravneh***

Najuspešneje je potekala koordinacija **z društvom Hospic** s področnega območja Maribor: koordinacija in informiranost je potekala dvostransko in kontinuirano (nepretrgano) vse do smrti bolnika. Tako bolnik kot njegovi svojci so imeli dober občutek (občutek varnosti) zaradi usklajenega sodelovanja. Medicinske sestre hospica so učinkovito sodelovale z potrebnimi službami, informirale in svetovale bolniku in družini. Sodelovanje z društvom Hospic enote Maribor je bil vzor uspešne koordinacije.

Koordinacija **s primarnim zdravstvom** je potekala od primera do primera različno. Izkušnje so pokazale, da večina družinskih zdravnikov za pilotni projekt ni vedelo, če pa so zanj slišali, niso vedeli kaj le ta pomeni. Ko je bil projekt s posameznimi družinskimi zdravniki (tekom tel. pogovorov glede odpustov v domačo oskrbo) predstavljen, so z odobravanjem sprejeli to pobudo in način sodelovanja. Koordinatorja PO sta to komunikacijo, zlasti v času priprav bolnika na odpust v domačo oskrbo (zlasti na kliničnih oddelkih) uspešno vzpodbujala. Izkazalo se je, da niti v enem primeru taka vrsta koordinacije ni bila zavrnjena. Iz tega lahko potegnemo sklep, da je povezava med lečečim onkologom in družinskim zdravnikom uspešna, če sodeluje posrednik (koordinator). Poleg tega je bila dodatna ustna (telefonska) informacija prijaznejša in celovitejša od (le)odpustnega pisma. Proti koncu projekta je bilo že nekaj primerov, ko so se družinski zdravniki telefonsko obračali na koordinatorja PO zaradi informacij in svetovanj. Glede na vrsto informacij in svetovanj, jih je koordinator primerno usmerjal.

Koordinacija **s patronažno službo** je potekala podobno kot z drugimi službami. V večini primerov s projektom niso bile seznanjene. Nekaj so o tem slišale, vendar kaj natančno to je, niso vedele. V vseh primerih pa so se pozitivno odzvale in z zanimanjem poslušale razlago projekta, zlasti ko je šlo za bolnika, za katerega so skrbele. Končni sklep vseh sodelujočih patronažnih med. sester v projektu je bila ugotovitev, da je ta način obravnave palativnih bolnikov in družine zelo potreben in dobrodošel ter njim v

razbremenitev med drugim tudi zaradi povezave s paliativnim timom (funkcija svetovanja in usmerjanja izvajalcem na primarni ravni ter podpora bolniku in predvsem družini).

Zelo učinkovita se je izkazala tudi koordinacija **z bolnikom in njegovo družino**. Po odpustu so bolnik in njegova družina dobili natančne informacije glede nadaljnje oskrbe in telefonskih števil različnih služb, kamor lahko pokličejo v primeru potreb. Najpogosteje sta po odpustu vzdrževala stik z družino koordinatorja PO, ki sta podpirala družino še tudi po smrti bolnika. Tovrsten način spremljanja poteka na OI že od leta 2005/06; v času projekta pa se je okrepil.

Koordinacija **s socialnimi službami na terenu** je bila zanemarljiva. Največkrat je potekala v obliki povezav v zvezi s sprejemom v DSO, vendar v glavnem na formalni in administrativni ravni.

Pomembna je bila koordinacija **z lečečimi onkologi po kliničnih oddelkih in specialističnih ambulantah**. Zdravniki, ki so pridobili izkušnje sodelovanja s PT, so svojo prakso nadaljevali; koordinacija se je posledično izkazala kot pomoč in olajšanje njihovega dela, zlasti je ta povezava pripomogla k izboljšanju kakovosti dela oz. obravnave bolnika. Zdravniki-onkologi ki teh izkušenj nimajo, ostajajo zaenkrat zadržani. Izid PO projekta je za samo ustanovo OI uspešen, saj je intenzivnost njegovega poteka pripomogla k večji informiranosti in izvajanju osnovne PO.

Nekaj težav se je pri koordinaciji pokazalo **v službi ZN**, ki ni dovolj prepoznala potreb in pomena PO. Še vedno prevladuje mnenje, da je delo PO nega oz. skrb le za umirajočega bolnika. V ozadju je prepoznati zgolj medicinski model obravnave bolnikov.

#### ***A5) Koliko oddelkov je bilo vključenih v projekt, katere ustanove so se v projekt vključevale v regiji***

Na OI so bili v projekt vključeni **Oddelek za akutno PO, 7 bolnišničnih oddelkov** (internistična onkologija, oddelki radioterapije in kirurgije) ter **specialistične ambulante na OI**.

Poleg OI sta bili vključeni **UKC-KO za abdominalno kirurgijo in Nevrološka klinika**. K projektu je bila povabljen tudi *Psihiatrična klinika Ljubljana*; tam smo izvedli tudi dve predstavitvi projekta, glej tabelo 2), vendar se za vključevanje bolnikov niso odločili. Sodelovali so pri izvajanju paliativne oskrbe in koordinaciji pri bolnici, ki je bila odpuščena z OI v njihovo oskrbo na Oddelek za gerontopsihiatrijo.

K sodelovanju v pilotni projekt PO je bil povabljen tudi Internistični oddelek za gastroenterologijo, vendar se povabilu niso odzvali.

V projekt so bili vključeni izvajalci paliativne oskrbe iz naslednjih **ZD v regiji** in izven (kadar je bil bolnik odpuščen izven regije)-skupno število 60.

Poleg zdravnikov družinske medicine so se vključevale tudi PMS po potrebi. Patronažna služba je pokazal večjo skrb za bolnika in svojce ter večjo pripravljenost za sodelovanje v pilotnem projektu kot zdravniki družinske medicine. Pri bolnikih, ki niso potrebovali patronažne medicinske sestre, je bila slednja telefonsko obveščena, obvestila jo je oddelčna medicinska sestra z oddelka OI, kjer je bil hospitaliziran bolnik. V kolikor je bila PMS vključena v obravnavo bolnika, smo skupaj spremljali bolnika in družino. Telefonska povezava s PMS; pogostost glede na stanje bolnika in potrebe družine.

V poteku pilotnega projekta so bile opredeljen storitve socialnega delavca (Priloga 3) in storitve psihološke in duhovne oskrbe ter koordinatorja PO (Priloga 4).

Poleg storitev je bila izvedena retrospektivna študija: Finančno breme zdravlil in diagnostike; analiza v zadnjih 6 -ih dnevih življenja (*glej Prilogo 10*).

### ***A6) Najpogostejše ovire pri izvajanju projekta***

V izvajanju pilotnega projekta smo prepoznali dve bistveni oviri ob drugih naštetih. Prva ovira pilotnega projekta je nepretrgana oskrba po odpustu z OI. Ker v Sloveniji ni realiziran Državni program paliativne oskrbe z ustrezno mrežo paliativnih enot v vseh predelih Slovenije kot so paliativni oddelki v reg. bolnišnicah, negovalne bolnice, hospici, prezasedenost DSO in neorganizirana pomoč svojcem bolnika, ki je v domači oskrbi. Druga ovira je pomanjkanje znanja iz PO pri vseh zdravstvenih delavcih in drugih udeleženi v PO:

- slaba informiranost o principih paliativne oskrbe ter o pilotnem projektu in posledična nezainteresiranost izvajalcev paliativne oskrbe tako na sekundarni kot na primarni ravni; udeleženci informativnih sestankov niso prenesli pridobljenih informacij sodelavcem;
- preobsežna dokumentacija (od 27-ih bolnikov, ki so bili odpuščeni v domačo oskrbo, smo dobili nazaj 13 izpolnjenih kliničnih poti paliativne oskrbe (KPPO), nekateri so napisali le opombo, da je dokumentacija preobsežna in nepregledna ter, da nimajo časa, da bi jo izpolnjevali;
- informirano soglasje (podpisovanje soglasja) (V našem zdravstvenem sistemu še ni vpeljana navada, da se za prehod v paliativno oskrbo podpiše soglasje. Čeprav je izveden družinski sestanek in so bolnik in svojci seznanjeni s stanjem bolezni in končanim antitumorskim zdravljenjem ter s principi paliativne oskrbe, ostane obrazec velikokrat nepodpisan; v času projekta je bilo glede podpisovanja soglasij veliko posredovanja koordinatorja, da je razložil pomen soglasja;

- pomanjkljiva kultura timskega dela (posledica nesodelovanja je nepretočnost komunikacij, odprtost komunikacije, spoštovanje sodelavcev, kar zmanjša kakovost oskrbe bolnika in svojcev. Vzajemno sodelovanje in timski pristop pa poveča zaupanje bolnika in svojcev v osebe, ki skrbijo zanj; tak odnos v timu zmanjša breme posameznika in izboljša počutje sodelavcev),
- rigidna hierarhična struktura zdravstvenega sistema;
- nesprejemanje novosti (klinične poti in timskega dela);
- slaba organizacija dela, povezana s težkim sprejemanjem nove dokumentacije, ki bi v končni fazi olajšala delo. Vendar se je potrebno najprej z njo seznaniti in jo vključiti v dnevno rutino);
- nezadovoljstvo in kritizerstvo;
- slabi medosebni odnosi; pomanjkanje odprte komunikacije;
- prevladujoči medicinski model zdravljenja;
- ujetost v rutinsko delo;
- iskanje izgovorov; najpogosteje čas kot ovira;
- spregledane duhovne potrebe (nepoznavanje tega področja), slaba osveščenost za duhovne potrebe bolnika in svojcev, zdravstvenega osebja in oskrbovalcev;
- neenakovreden odnos do ne-medicinskih sodelavcev;
- odsotnost supervizije ter preprečevanje »sindroma izgorelosti« zaposlenih.

### **A7) Povzetek:**

Koordinacija (povezovanje) različnih izvajalcev PO (zdravniki družinske medicine, medicinske sestre, patonažne medicinske sestre, socialna služba, bolnik z družino in onkologi) je za PO ključnega pomena za nepretrgano PO.

Pri koordinaciji se je v vseh primerih interes za PO projekt pokazal v osebnem kontaktu (telefonsko ali osebno – individualni pristop) in v konkretnih izkušnjah.

Uspeh koordinacije je bil premosorazmeren z osebno zavzetostjo, odgovornostjo, ustreznim znanjem in komunikacijskimi sposobnostmi ter spretnostmi izvajalcev paliativne oskrbe.

## B) PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKOV PO KLINIČNIH POTEH

Klinična pot je dokument, t. j. vodilo za oskrbo bolnika po sodobnih, strokovnih smernicah, ki Oskrbovalci mu sledijo z namenom, da je oskrba bolj strokovna in učinkovita. KP zagotavlja tudi natančen nadzor nad stanjem bolnika in postopki, zagotavlja ustrezno, natančno medicinsko dokumentacijo in koordinacijo oskrbe. Oskrba po klinični poti zagotavlja multiprofesionalno oskrbo, individualno blaženje simptomov in nepretrgano oskrbo ne glede na kraj in ustanovo. Posredno vpliva tudi na kolektivno izobraževanje udeležencev v paliativni oskrbi in določa vlogo vsakega posameznega oskrbovalca.

V obdobju od oktobra 2009 do junija 2010 je bilo v pilotni projekt celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji vključenih 108 bolnikov. Paliativno oskrbo smo izvajali po dveh kliničnih poteh: Klinična pot paliativne oskrbe (KPPO); Klinična pot umirajočega (KPU).

Od tega jih je bilo 64 vključenih na KPPO, 23 na KPPO in KPU ter 21 na KPU (tabela 1 in 2).

Tabela 1. Število bolnikov, vključenih v pilotni projekt PO glede na klinični poti

Klinična pot	Število vključenih bolnikov
KPPO	64
KPPO in KPU	23
KPU	21
Skupaj	108

Tabela 2. Število bolnikov, vključenih v klinični poti glede na lokacijo obravnave

Klinična pot	Število vključenih bolnikov
KPPO hospitalna obravnava	83
KPPO ambulantna obravnava	4
KPU	21
Skupaj	108

Opomba: 2 od ambulantno obravnavanih bolnikov sta bila obravnavana tudi hospitalno, vendar sta bila vključena ambulantno

Od 108 vključenih bolnikov v obdobju projekta je bilo 72 bolnikov obravnavanih izključno na OI, 66 jih je umrlo; 27 bolnikov je bilo odpuščenih v domačo oskrbo, 16 jih je umrlo, 4 bolniki so bili odpuščeni v druge bolnišnice, vsi so umrli; 5 bolnikov pa je bilo odpuščenih v domove starejših občanov, 3 so umrli (tabela 3).

Tabela 3. Število obravnav, vključenih v pilotni projekt PO glede na kraj odpusta

<b>Ustanova</b>	<b>OI</b>	<b>Umrli</b>	<b>Domača oskrba</b>	<b>Umrli</b>	<b>Druge bolnišnice</b>	<b>Umrli</b>	<b>Dom starejših občanov (DSO)</b>	<b>Umrli</b>
	72	66	27	16	4	4	5	3

## C) IZOBRAŽEVANJE IN OBJAVE

Z ozirom, da paliativna oskrba v obveznem zdravstvenem varstvu ni opredeljena in izvajalci zdravstvenega varstva v svojih učnih programih ne pridobijo osnovnih znanj, je bil eden od pomembnih ciljev pilotnega projekta, povečati znanje in razpoznavnost na tem področju. Dodatno izobraževanje je sploh omogočilo nepretrgano paliativno oskrbo izven OI. Izobraževanje so izvajali člani ožjega in širšega specialističnega paliativnega tima na OI (TSPO).

V izobraževanje smo vključili vse zdravnike in medicinske delavce na bolniških oddelkih OI, v ljubljanski regiji in izven, zdravstvene delavce ter sodelavce iz socialnih in psiholoških služb, prostovoljce, študente in laično javnost. Izvedli smo 42 predavanj in strokovnih sestankov. Vključenih je bilo nekaj nad 400 udeležencev (glej razpredelnico: B1, B2, B3).

Na Oddelku za akutno paliativno oskrbo je letu 2009/10 v okviru specializacije opravljalo enotedenski staž 21 specializantov družinske medicine ter 4 zdravniki na sekundariatu, po nekaj mesecev. Znanja in veščine, pridobljene v tem obdobju, navajamo v prilogi 1.

### *C1) Izobraževanja za zaposlene na OI Ljubljana*

Naslov strokovnega srečanja	Datum	Kraj	Organizator	Izvajalec	Udeleženci (struktura)	Število udeležencev
Šola: Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja, 22. Onkološki vikend	13., 14.6. 2009	Portorož	Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut LJ, Zveza slovenskih društev za boj proti raku	Specialistični tim za paliativno oskrbo na OI Lj	Zaposleni na OI Lj, zdravniki in med. sestre iz ostalih predelov Slovenije	prib. 90
Predstavitev dokumentacije in načrta za izvajanje izobraževanj po kliničnih oddelkih na OI: sestanek z vodstvom OI	28.9. 2009	Stavba C,	Projektna skupina pilotnega projekta PO na OI	J. Červek, T. Žagar	Vodstvo OI (generalna direktorica, strokovni direktor, direktor za izobraževanje in	7

IZVAJANJE CELOSTNE PALIATIVNE OSKRBE V LJUBLJANSKI REGIJI

					raziskovanje, pravna služba, služba za stike z javnostjo	
Usmerjeno uposabljanje za prostovoljce na OI	13.10. 2009	Stavba C, velika predavalni ca	OI	K. Štrancar s sodelavci iz ZN	prostovoljci	prib. 23
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljski regiji: predstavitev projekta in dokumentacije (kliničnih poti)	23.10. 2009	OI- oddelek H2	Projektna skupina na OI za pilotni projekt PO	J. Červek T. Žagar	Zdravniki, radioterapevti	prib. 20
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljski regiji-razprava o predlogih, mnenjih in izboljšavah glede dokumentacije	5.11. 2009	OI, oddelek C3	OI	Projektna skupina na OI za pilotni projekt PO	Projektna skupina na OI za pilotni projekt PO: J. Červek, T. Žagar, K. Štrancar, B. Zavratnik in L. Marinko	5
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljski regiji- predstavitev projekta in dokumentacije	11.11. 2009 2009	OI-stavba C, mali seminar	Projektna skupina na OI za pilotni projekt PO	J. Červek T. Žagar	Predstavniki zdravstvene nege C1, C 2	5
Skrb za bolnika in njegovo družino v času neozdravljive bolezni	25.11. 2009	OI-stavba C, predavalni ca	Tim za specialistično paliativno obravnavo OI	K. Štrancar, T. Žagar	Medicinske sestre	prib. 15
Koordinacija paliativne oskrbe in prostovoljnega dela	2.12. 2009	OI-Stavba C, predavalni ca	OI	K. Štrancar, T. Žagar	zdravniki	prib. 40
Izvajanje celostne paliativne oskrbe na OI in v ljubljski regiji- predstavitev programa in projekta ter dokumentacije, organizacija PO na OI	4.12. 2009	OI- oddelek H1, C1, D1	Projektna skupina na OI za pilotni projekt PO	J. Červek T. Žagar	Zdravniki, internisti	prib. 20
Potek pilotnega projekta PO: Izvajanje celostne paliativne oskrbe na OI- sestane s strokovnim direktorjem o poteku projekta, težavah in dilemah	6.1. 2010	Pisarna strokovne ga direktorja	OI-strokovni direktor	J. Červek, T. Žagar	J. Žgajnar J. Červek, T. Žagar	3



IZVAJANJE CELOSTNE PALIATIVNE OSKRBE V LJUBLJANSKI REGIJI

Izvajanje celostne paliativne oskrbe na oddelku za radioterapijo- edukacija o izpolnjevanju dokumentacije	26.1. 2010	OI- oddelek H2	Tim za specialistično paliativno obravnavo	T. Žagar	Diplomirana medicinska sestra	1
Izvajanje celostne paliativne oskrbe na OI, v ljubljanski regiji- predstavitev projekta in dokumentacije (klinične poti)	29.3. 2010	OI- oddelek H2	Projektna skupina na OI za pilotni projekt PO	J. Červek T. Žagar	Medicinske sestre	12
Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji	14.5. 2010	OI-avla, stavba D	Medicinske sestre na OI v sodelovanju s prostovoljci OI	Medicinsk e sestre na OI v sodelovan ju s prostovolj ci OI	Osebe OI	prib. 50
Obravnavo z opiodi povzročene zaprtja pri onkoloških bolnikih, s predstavitvijo izkušenj zdravljenja z metilnaltreksonijevim bromidom na OI (zdravilo Relistor)	2.6. 2010	OI-stavba C, velika predavalni ca	Specialistični tim za paliativno oskrbo	B. Zavratnik	Zdravniki, medicinske sestre	prib. 20
Prebijajoča bolečina pri onkoloških bolnikih in nova možnost zdravljenja s podjezično tableto s fentanilom (zdravilo Abstral)	2.6. 2010	OI-stavba C, velika predavalni ca	Specialistični tim za paliativno oskrbo OI	S. Lahajnar Čavlovič	Zdravniki, medicinske sestre	prib. 15
Kemoterapija in tarčna zdravila v zadnjih tednih življenja	16.6. 2010	OI-stavba C, velika predavalni ca	Specialistični tim za paliativno oskrbo OI	J. Červek, B. Zakotnik	zdravniki	prib. 70
Spremljanje umirajočega – predavanje za prostovoljce OI	22.6. 2010	OI, stavba C, mali seminar	Koordinator za prostovoljno delo, K. K. Štrancar	J. Červek	prostovoljci OI	prib. 20

**C2) Izobraževanja za druge izvajalce zdravstvenega varstva v PO v regiji**

Naslov izobraževanja/predavanja	Dat.	Kraj	Organizator	Izvajalec	Udeleženci (struktura)	Št. udel.
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji: predstavitev pilotnega projekta PO v regiji strokovni direktorici Univerzitetnega kliničnega centra Lj (UKC), dr. Drnovšek	17.6. 2009	UKC	OI kot koordinator za ljubljansko regijo	A. Peternelj, J. Červek	Strokovni direktor UKC, glavna medicinska sestra UKC	4
Izvajanje pilotnega projekta PO v ljubljanski regiji: sodelovanje s Hospicem	30.6. 2009	OI, stavba C, timska soba na C3	Projektna skupina za pilotni projekt PO na OI	J. Červek, T. Žagar, K. Štrancar	Tatjana Fink, predsednica društva Hospic, Tatjana Žargi	5
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji—koordinacijski sestanek za ZD, DSO, CSD, nego na domu, psihiatrično bolnišnico in UKC	10.9. 2009	OI, stavba C, sejna soba	OI	J. Červek, T. Žagar	Družinski zdravniki, patronažne medicinske sestre, socialni delavci	26
Izvajanje pilotnega projekta PO v ljubljanski regiji: sodelovanje z Nevrološko kliniko Ljubljana	24. 9. 2009	Pisarna strokovnega direktorja Nevrološke klinike Lj	Projektna skupina za pilotni projekt PO na OI	T. Žagar, K. Štrancar	Prof. dr. David B. Vodušek, strokovni direktor Nevrološke klinike v UKC	3
Izvajanje pilotnega projekta PO v ljubljanski regiji: sodelovanje z Kliničnim oddelkom (KO) za abdominalno kirurgijo v UKC	29. 9. 2009	KO za abdominalno kirurgijo, 4. nad., sejna soba	Projektna skupina za pilotni projekt PO na OI	J. Červek, T. Žagar, U. Lunder, A. Peternelj	Prof. dr. Alojz Pleskovič, vodja oddelka za abdominalno kirurgijo v UKC Lj, Dr. Zdravko Štor	6
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji-predstavitev pilotnega projekta	1. 10. 2009	KO za abdominalno kirurgijo, 4. nad., pisarna glavne med.sestre	Projektna skupina za pilotni projekt PO na OI	T. Žagar, K. Štrancar	Fani Poberaj, glavna medicinska sestra na KO za abdominalno kirurgijo	3

IZVAJANJE CELOSTNE PALIATIVNE OSKRBE V LJUBLJANSKI REGIJI

		F. Poberaj				
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji-predstavitev pilotnega projekta	14.10.2009	UKC, KO za abdominalno kirurgijo	OI	J. Červek, K. Štrancar	Medicinske sestre	15
Celostno izvajanje paliativne oskrbe v ljubljanski regiji-sestane o vodeju dokumentacije (klinične poti) bolnika v pilotnem projektu PO	22.10.2009	UKC, nevrološka klinika	OI	T. Žagar, K. Štrancar	Maja Medvešček, vodilna medicinska sestra	3
Praktični prikaz izpolnjevanja dokumentacije, paliativna oskrba po kliničnih poteh	5.11.2009	UKC, KO za abdominalno kirurgijo	OI	M. Ivanetič, T. Žagar	Medicinske sestre	6
Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja: hipodermokliza: Predstavitev s.c. vnosa zdravil	6.11.2009	UKC, abdominalno kirurgijo	OI	M. Logonder, B. Zavratnik	Medicinske sestre	12
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji-predstavitev pilotnega projekta regiji	10. 11. 2009	UKC, Nevrološka klinika, predavalnica Zdravstvena vzgoja 2	OI	J. Červek, T. Žagar	Medicinske sestre	11
Celostno izvajanje pilotnega projekta v ljubljanski regiji-predstavitev pilotnega projekta PO	2. 12. 2009	Nevrološka klinika	OI	J. Červek, T. Žagar, A. Peternej	zdravniki	10
Celostno izvajanje paliativne oskrbe v ljubljanski regiji-predstavitev pilotnega projekta	9.12.2009	Psihatrična klinika Polje	OI	J. Červek, T. Žagar	Strokovna direktorica, pravnica	7
Proces umiranja, Psihosocialna/duhovna oskrba in njegove	13.1.2010	Skupnost socialnih zavodov	OI	J. Červek, K. Štrancar, T. Žagar	Predstavniki domov starejših občanov	prib. 30
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji-predstavitev pilotnega	20.1.2010	Psihatrična klinika Polje	OI	J. Červek, T. Žagar	Zdravniki, medicinske sestre	10

IZVAJANJE CELOSTNE PALIATIVNE OSKRBE V LJUBLJANSKI REGIJI

---

regiji						
Strokovno izobraževanje v ZD Ribnica	2.2.2010	ZD Ribnica	OI	J. Červek, S. Lahajnar, T. Žagar, B. Zavratnik, M. Logonder	Družinski zdravniki, patronažne medicinske sestre	43
Proces umiranja	14. 4. 2010	UKC, abdominalna kirurgija	OI	J. Červek	Medicinske sestre	12
Bolnik z rakom in njegova obravnava v primarnem zdravstvu	16. 4. 2010	OI, stavba C, velika predavalnica	OI LJ, Sektor internistične onkologije, Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za internistično onkologijo	J. Červek, B. Zakotnik, J. Benedik, M. Ebert	Zdravniki, specializanti	prib. 80
Oskrba bolnika ob koncu življenja-Šola za paliativno oskrbo	7. in 8. 5. 2010	OI, stavba C,	OI	J. Červek, B. Zakotnik, J. Benedik, K. Mahkovi-Hergouth, B. Zavratnik, K. Štrancar, M. Ebert, H. Uršič., M. Logonder	Izvajalci paliativne oskrbe, poudarek na izvajalcem na primarne varstvu	78

### **C3) Izobraževanja za druge izvajalce zdravstvenega varstva v PO izven regije**

<b>Naslov izobraževanja/predavanja</b>	<b>Datum</b>	<b>Kraj</b>	<b>Organizator</b>	<b>Izvajalec</b>	<b>Udeleženci (struktura)</b>	<b>Število udeležencev</b>
Skrb za bolnika in njegovo družino v času neozdravljive bolezni	5.10. 2009	Filozofska fakulteta Ljubljana	Filozofska fakulteta Ljubljana	K. Štrancar, T. Žagar	Študenti Univerze v Ljubljani	30
Delirij v paliativni medicini	13. 10. 2009	Kulturna dvorana Beltinci	Strokovno društvo med. sester, babic in zdrav. tehnikov Pomurja, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Pomursko zdravniško društvo	J. Červek	Zdravniki, medicinske sestre in drugi izvajalci paliativne oskrbe Pomurja	prib. 60
Okrogla miza: Smisel paliativne oskrbe ob koncu življenja-Predstavitev paliativne oskrbe širši strokovni javnosti v Sloveniji	14.11. 2009	Medicinska fakulteta, Ljubljana, velika predavalnica	Slovensko katoliško zdravstveno združenje-SKZZ	Predavateljici iz OI: J. Červek, K. Štrancar	širša javnost (Zdravniki, medicinske sestre, psihologi, študentje idr.)	80
37. strokovni seminar: »Bolnik z rakom na zdravljenju doma-priporočila za zdravstveno nego«  -Parenteralna prehrana v paliativni oskrbi  -Psihosocialna/duhovna oskrba bolnika in njegove družine  -Posebnosti dovajanja zdravil v paliativni oskrbi in hidracija bolnika s hipodermoklizo  Priporočila za zdravstveno nego pri zdravljenju bolečine na domu	4.3. 2010	Rogaška Slatina	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji			prib. 100
Obravnava nekaterih najpogostejših simptomov v paliativni oskrbi	25. 3. 2010	Zdravniško društvo	Terme Ptuj, Grand Hotel Primus,	J. Benedik	zdravniki	60

onkoloških bolnikov		Ptuj-Ormož	dvorana Cicero			
Decision-making about withholding and withdrawing artificial nutrition and hydration in palliative care	15., 16. 4. 2010	7th EONS (European Nursing Society) Spring Convention in partnership with V&V The Hague, The Netherlands	7th EONS (European Nursing Society)	B. Zavratnik, L. Petrica	multidisciplinarna udeležba	podatek ni znan
Pilotni projekt PO  Priložnost za prepoznavanje potreb različnih služb, programov, storitev v slovenskem prostoru	21.4.-23.4. 2010	Brdo pri Kranju	Kongres socialnega dela; Fakulteta za socialno delo	L. Marinko	Socialni delavci iz vse Slovenije	prib. 100
Standardni postopki medicinskih sester v zvezi s podkožno hidracijo in apliciranjem zdravil	10. 5. 2010	OI Ljubljana	OI Ljubljana	B. Zavratnik, M. Logonder	patronažne medicinske sestre iz ZD Koper	prib. 10

#### ***C4) Pregled objav v strokovnem tisku in medijih javnega obveščanja***

##### **Strokovne publikacije**

- Červek J., Žagar T., Zakotnik B., Benedik J., Štrancar K. in Lahajnar S. *ESMO Designed Center of Integrated Oncology and Palliative Care*, April 2009
- Zbornik predavanj: *Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja*. 22. onkološki vikend. Ljubljana : Kancerološko združenje SZD : Onkološki inštitut : Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Portorož, 2009
- Objava v *European Journal of Palliative Care*: Ebert, M. *Care of the Dying – the last hours of life*, May 2009
- Objave v reviji *Onkologija*, letnik XIII, št. 2, str. 89-154, december 2009:  
Benedik, J. Prehrana v paliativni medicini, str. 117  
Jelen Jurič J. Hipodermokliza-postopek parenteralne hidracije, str. 120
- Unk, M. 22. Onkološki vikend; Portorož 2009

- Červek J. Paliativna (blažilna) oskrba in obvladovanje najpogostejših simptomov, poglavje v knjigi Onkologija, 2009
- Červek, J. *Vloga zdravnika družinske medicine v paliativni obravnavi bolnika z rakom*. Onkologija, letnik XIV, št. 1, str. 60-63
- Žagar T. in Štrancar K. *Prostovoljstvo kot oblika socialne podpore in upanja pri bolnikih z rakom*. Objava v zborniku: Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 36.strokovni seminar, Rogla, 2. in 3. 4. 2009
- Štrancar K. in Pahor M. *Ljudje v bližini smrti : kvalitativna raziskava, objavljeno v Obzorniku zdravstvene nege*, Letn.43, št. 2 (2009), str. 119-127.

### **Objave v medijih javnega obveščanja**

#### V časniku Delo:

- ❖ »Tenkočutno in strokovno lajšanje bolezní, ki ni (več) ozdravljiva« (Intervju s prim. J. Červek, novinar: Dragica Bošnjak)

#### Priloga Dnevnika: Moje zdravje

- ❖ »Vsak človek naj umre dobre smrti« (Intervju s prim. J. Červek, novinar: Mojca Lorenčič)
- ❖ »S človečnostjo nad tabu« (Intervju z mag. K. Štrancar, T. Žagar, novinar: Tjaši Artnik Knibbe)
- ❖ »Pomoč bolnikom, posredno pa tudi zdravstvenemu osebju« (Intervju z mag. Klelijo Štrancar in prostovoljkami: Katjo Terčelj Verovšek in Marijo Blaznik, novinar: Saša Bojc)

#### TV objave

- ❖ TV oddaja tednik: »Prispevek o prostovoljstvu« (Novinar: Amalija Jelen Mikša)

### ***C5) Prepoznavanje potreb po izobraževanju***

Med potekom pilotnega projekta PO smo ugotavljali potrebo, da poda pobudo in opozori zdravstveno politiko in inštitucije, odgovorne za izobraževanje zdravstvenih delavcev, da se program osnovne paliativne oskrbe uvede v obvezne učne programe vseh zdravstvenih delavcev, v programe specializacij, predvsem pa v programe specializacij onkologov in zdravnikov družinske medicine.

Vsebina programa za znanje iz osnovne paliativne oskrbe je razvidna iz priloge 2.

Zdravniki družinske medicine predvsem iz regij, zunaj ljubljanske občine so potrdili zgoraj navedeno potrebo. Izpostavili so problem pomanjkanja znanja na področju PO in prosili za dodatna izobraževanja. Potrebe po izobraževanju izražajo tudi patronažne medicinske sestre.

Potreba je po večjem znanju zdravstvenih delavcev iz PO na OI in drugih zdravstvenih ustanovah, pridobivanju osnovnih znanj iz PO, predvsem pa znanju za uporabo kliničnih poti (KPPPO in KPU).

Družinski člani, ki bodo oskrbovali bolnika, morajo biti na tako oskrbo pripravljeni in seznanjeni z možnostjo stalne strokovne pomoči, ki jo omogačjo zdravnik družinske medicine in patronažna medicinska sestra (PMS), osebje Hospica, TSPO na OI ter možnostjo za ponovno hospitalizacijo. Seznanjeni naj bodo tudi s predvidenimi simptomi in možnimi zapleti ter spremembami v času umiranja.

Obstaja pa tudi potreba po izobraževanju civilne družbe.

#### **Kontinuirano izobraževanje TSPO na OI (povezave s tujimi paliativnimi centri in obiski, udeležbe na kongresih, simpozijih itd.)**

Paliativna oskrba bo človekova pravica samo takrat, ko bo prepoznavni, sestavni del obveznega zdravstvenega varstva in ko bo vključena v obvezne izobraževalne programe v zdravstvenih delavcev. Sicer pa ostala, kot je sedaj, odvisna od prizadevanja posameznikov in dostopna le majhnemu številu obolelih.



## **D) PREDLOGI NA NADALJNI RAZVOJ PALIATIVNE OSKRBE V USTANOVI IN REGIJI**

OI je državni center za obravnavo bolnikov z rakom in jim zagotavlja vse možne oblike celostne oskrbe. Po strokovni usposobljenosti ima raven terciarne ustanove. PO je sestavni del oskrbe bolnikov z neozdravljivim rakom.

Z ozirom na zahtevnost in strokovno usposobljenost izvajalcev, se PO deli na:

- osnovno
- specialistično.

Osnovna PO na OI se izvaja na bolniških oddelkih, v ambulantah, specialistična PO pa na Oddelku za akutno PO.

Specialistična PO je strokovno zahtevnejša, ki v celoti pokriva potrebe paliativne oskrbe. Ta dejavnost ne nadomešča osnovne oskrbe pač pa osnovno oskrbo podpira in dopolnjuje glede na specifičnost in komplekonost ugotovljenih potreb (svetovalna in podporna vloga).

Tim za SPO na sekundarni in terciarni ravni opravlja tudi izobraževanja, funkcijska usposabljanja in raziskovanja.

Z organizacijo PO in izvajanjem ter strokovno usposobljenostjo izvajalcev je v specialističnem timu, je OI zadostil mednarodnim strokovnim zahtevam. Septembra 2009 je sprejel mednarodno akreditacijo kot center odličnosti (definicija centra podana v »White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1«; *European Journal of Palliative Care*, 2009; 16(6)).

Po smernicah v navedenem dokumentu so naše obveze v nadaljnem izvajanju paliativne oskrbe naslednje: edukacija, to je prenos znanj na ostale izvajalce paliativne oskrbe, pomoč pri ustanavljanju paliativnih enot, razvijanje standardov in uvajanje novosti v razvoju PO.

Tudi v naprej bomo opravljali klinične raziskave iz PO.

V času pilotnega projekta so se potrdile nekatere potrebe. Zato bomo v našem bodočem delu posebno skrb posvečali naslednjim dejavnostim:

- *potreba po večji povezanosti paliativne oskrbe na OI z izvajalci PO v drugih zdravstvenih ustanovah in v domači oskrbi (učinkovita pomoč po telefonu).*

Razmišljamo o skupnem informacijskem sistemu, kam bi koordinatorji vpisovali informacije o bolnikovem stanju dostopna vsem, ki želijo dodatno spremljati bolnika po odpustu z OI.

- večji poudarek na razvoju in uporabi psihosocialne in duhovne podpore.
- Prizadevanja za vključitev izobrazbe iz osnovne paliativne oskrbe v učne programe Medicinske fakultete, zdravstvenih in medicinskih šol.
- Zahtevo po boljšem poznavanju veščin komunikacije s sodelavci, bolniki in svojci ter poudarek na tesnejšem timskem delu.
- Vključevanje usposobljenih prostovoljcev v PO.

## **E) SPREMLJANJE KAZALNIKOV IN STATISTIČNIH PODATKOV**

### ***E1) Vprašalniki o zadovoljstvu***

Težko smo dobili povratne informacije (vprašalniki) glede zadovoljstva svojcev v času PO oskrbe. Vprašalnike smatrajo svojci kot obremenilne z vidika administracije in pisanja, predvsem pa čustvene obremenitve. Do sedaj smo dobili le 9 vprašalnikov.

Vprašalnike o zadovoljstvu izvajalcev PO smo konec meseca marca poslali vsem vključenim izvajalcem v pilotnem projektu (43 na primarni ravni). Do sedaj smo dobili vrnjenih 21 vprašalnikov, od tega jih je bilo izpolnjenih 16.

Tim za specialistično paliativno oskrbo na OI je prejel številne neformalne pohvale, zahvale in vzpodbude (pisne, telefonske in osebne).

### ***E2) Vnos statističnih podatkov***

Vnos statističnih podatkov bo pokazal nove storitve, ki že v obstočem seznamu storitev niso navedene niti plačane. Poleg novih storitev bo statistični vnos pokazal kadrovske in časovne normative v paliativni oskrbi. Ti pokazatelji bodo omogočili ciljano plačevanje novih storitev.

Pravi odnos izvajalcev paliativne oskrbe do dokumentacije se je pokazal šele pri vnosu podatkov. Dokumentacija je bila v večini primerov nepopolno izpolnjena.

Največje pomanjkljivosti pri izpolnjevanju KP so bile naslednje: tabela za ocenjevanje simptomov je skoraj pri vseh vključenih bolnikih izpolnjena, ostali podatki o stanju bolnika, ki so pod tabelo pa so v večini primerov izpolnjeni pomanjkljivo. Pri sprejemu ali odpustu bolnika smo bili izvajalci PO v večini primerov prisotni ob zdravniku ali medicinski sestri, ki je izpolnjeval/a dokumentacijo in takrat smo ga/jo lahko opozorili na del, ki ga je moral/a izpolniti. Pri obravnavi na bolniškem oddelku pa je bilo redno spremljanje zaradi časovnega razpona hospitalizacije težje; pri obravnavi doma pa smo lahko svetovali le preko telefona.

Najprimerneje je bila izpolnjena dokumentacija iz Nevrološke klinike (skoraj ni bilo manjkajočih podatkov).

## **F) DOKUMENTACIJA**

### ***F1) Predlogi sprememb pri uporabi kliničnih poti v PO***

Predlagane klinične poti, ki so bile pripravljene v okviru projekta smo z dodatnimi prilagoditvami (spremembami), glede na potrebe bolnikov z rakom, je uporabnost preglednejša in logično izpeljana.

Prvotne predlagane verzije so bile nepregledne z ogromnim številom podatkov, da si se v njih dobesedno izgubil, z zamegljeno celotno sliko, bolnik kot celota je izginil.

V zadnji sprejeti inačici so podatki lepo razporejeni, pregledni; možna je hitrejša ocena simptomov. V bodoče bomo uporabljali 8. verzijo KPPO, glede na navedene ugotovitve.

#### Dokumentacija KPU

- pripravili smo dopolnjeno dokumentacijo, spremembe so sledeče:
  - o celotna KPU oblikovno in grafično preurejena – lepši izgled in pregled
  - o na 1. strani dodani kriteriji za uporabo KPU
  - o na 1. strani odločitev za ukinitvev KPU odstranjena
  - o na 2. strani spremenjena in dopolnjena tabela Ocena pacientovega stanja
  - o na 2. strani dodano ustno predajanje informacij o obstoječi infrastrukturi – ker na OI takšnih informacij v pisni obliki še nimamo (se pa pripravljajo)
  - o na 4. strani smo odstranili cilj 9.3 (Svojci ali skrbniki so prejeli zloženko KPU o soočanju z umiranjem oziroma podobno zloženko) in 9.4 (Pacientov osebni izbrani zdravnik je obveščen, da pacient umira.) ker v praksi tega ne izvajamo
  - o na 5. strani še razvijamo in iščemo najboljšo verzijo dokumentiranja, da bi bilo potrebno v čim manjši meri vpisovati izjeme v poročanju na 6. stran – tako omogočimo boljši pregled in bolj kakovostno vpisovanje informacij
  - o 7. stran povsem preurejena naši praksi na OI
- Zloženka KPU o soočanju z umiranjem je po naši presoji neprimerni način komunikacije s svojci – tukaj je potreben osebni stik in pogovori
- Pacientov osebni zdravnik je obveščen šele po smrti bolnika – v času umiranja tega ne počnemo – delno tudi za to ker v našem okolju ni tako tesno vzpostavljena povezava med osebnimi zdravniki in našo ustanovo

- Ob preizkusu nove verzije KPU se je izkazalo, da je predvsem pri spremljanju bolnikovih težav problem vpisovanja izjem v tabele – za to smo preuredili oziroma še preurejamo ta del klinične poti, da bi bil čim bolj enostaven in pregleden
- Za strokovno PO na bolniških oddelkih OI je pomembna vpeljava kliničnih poti. Zato je potrebno dodatno izobraževanje zdravstvenega osebja ob hkratnem nadzoru nad izvajanjem
- Pripravljamo tudi algoritem in navodila za uporabo najpogostejših in vnaprej predpisanih zdravil v PO: navodila glede različne poti vnosa zdravil, minimalni čas med posameznimi odmerki, maksimalno dnevno dozo in podatke o razpolovnem času posameznih zdravil in ostale posebnosti.

Prirjene klinične poti, ki jih bomo uporabljali so v prilogi 7 in 8.

## Priloga 1

# PROGRAM IZOBRAŽEVANJA ZA SPECIALIZANTE DRUŽINSKE MEDICINE NA ODDELKU ZA AKUTNO PALIATIVNO OSKRBO

1. Vsakodnevno vodenje dnevnika (anekdotski zapisi)
2. Paliativna oskrba z uporabo kliničnih poti:
  - Klinična pot umirajočega (LKP): 2x
  - Klinična pot, prirejena po Edmontonu: 2x
3. Redna udeležba sestankov multidisciplinarnega paliativnega tima
  - vsak dan ob 8.45 na odd. CIII
4. Prepoznavna in oskrba simptomov umiranja:
  - težko dihanje
  - splošna oslabelost
  - terminalno hropenje
  - nesposobnost požiranja
5. Subkutana hidracija:
  - vstavi vsaj 2 podkožni igli
6. Uporaba elastomerske črpalke
  - v času kroženja obišče Ambulanto za analgezijo

**Zadnji dan kroženja: usmerjen razgovor**

**Namen razgovora: pregled dnevnika in vprašanja (obojestranska)**



## Priloga 2

# **PALIATIVNA (BLAŽILNA) OSKRBA IN PALIATIVNA MEDICINA OBVLADOVANJA NAJPOGOSTEJŠIH SIMPTOMOV NEOZDRAVLJIVE BOLEZNI**

## **Uvod**

- definicija
- obdobja v paliativni oskrbi
- strokovni nivoji paliativne oskrbe (osnovna PO, specialistična PO)
- mreža paliativnih enot
- pravna in etična načela paliativne oskrbe

## **Simptomi napredovale bolezni**

- lokalni
- splošni
- iatrogeni
- medsebojna odvisnost simptomov
- prepoznavna in stopenjska ocena
- obravnava simptomov (multidisciplinarni tim)
- zdravila za paliativno oskrbo

## **Veščine komunikacije in sporočanja resnice**

## **Pomen kliničnih poti v oskrbi bolnikov**

- klinična pot, prirejena po Edmontonu
- klinična pot umirajočega (liverpoolski model)

## **Terminalno obdobje neozdravljive bolezni**

- obravnava bolnikov ob koncu življenja
- simptomi odpovedi vitalnih organov
- terminalni delirij
- paliativna sedacija
- prepoznavna umiranja (diagnoza umiranja)
- 2 poti (vzorca umiranja): običajna in težka





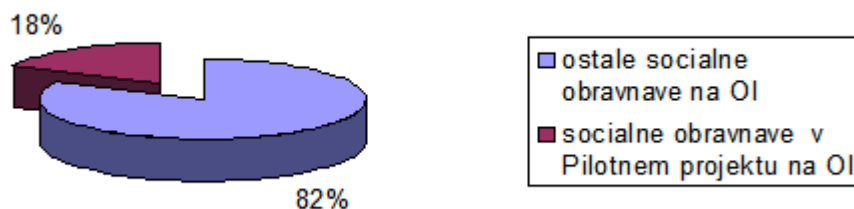
## Priloga 3

# POROČILO O IZVAJANJU SOCIALNE OBRAVNAVE V PILOTNEM PROJEKTU PALIATIVNE OSKRBE

Leonida Marinko

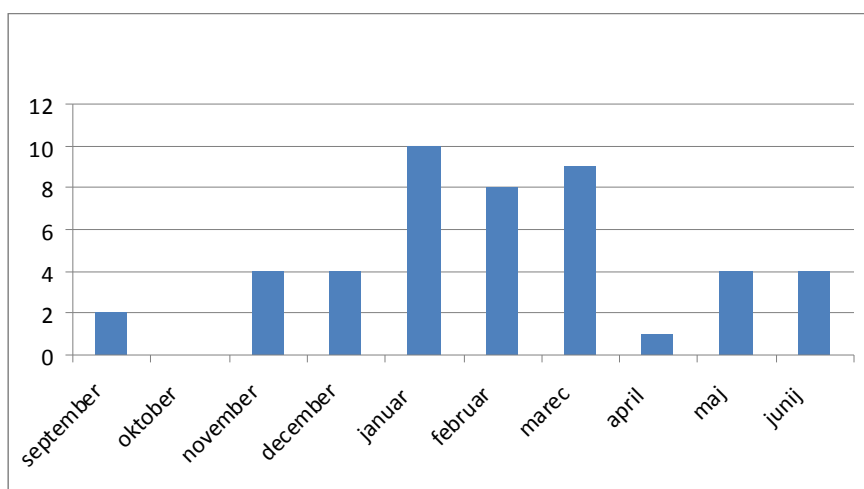
### 1. Statistični prikaz obravnjav socialne delavke s komentarji

*Graf 1. Prikaz razmerja obravnjav socialne delavke v obdobju 1.9.2009 do 30.6.2010*



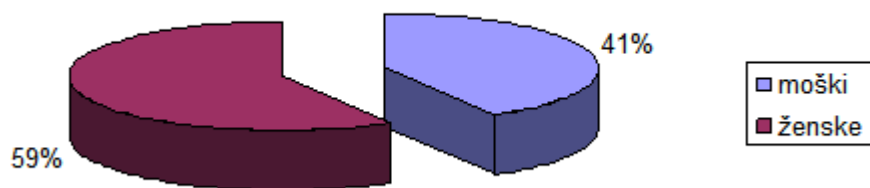
Na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OIL) smo v Pilotni projekt PO vključili 108 pacientov/k. Socialna delavka je bila vključena v 46 primerih. Za primerjavo bi navedla še to, da smo v tem obdobju v Medico socialni službi zabeležili 258 obravnjav socialne delavke. 212 pacientov/k pa je socialna delavka obravnavala na drugih bolniških oddelkih OIL.

*Graf 2. Porazdelitev socialnih obravnjav v Pilotnem projektu po mesecih*



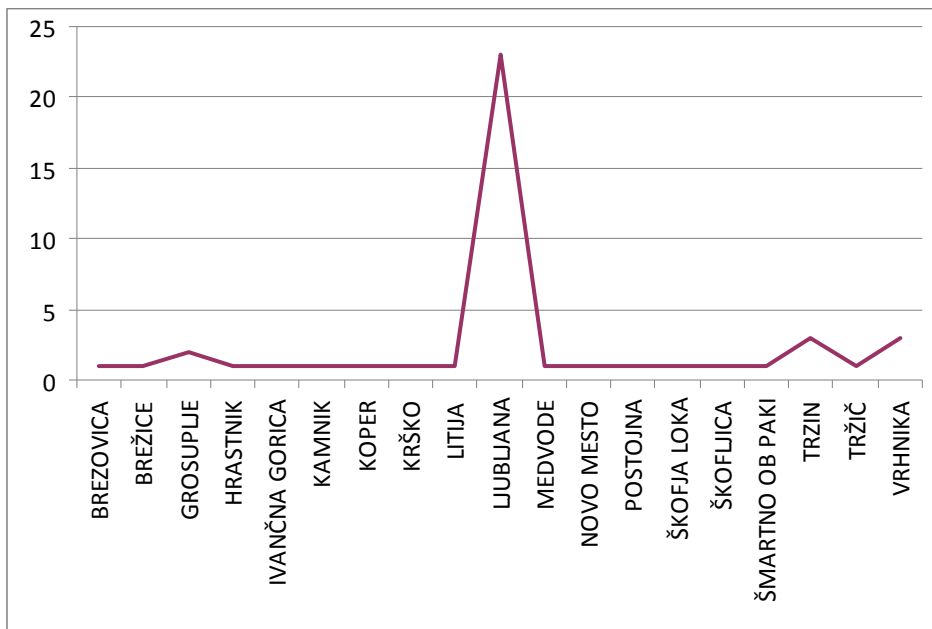
V Medico socialni službi sva zaposleni dve socialni delavki. V času izvajanja Pilotnega projekta PO je večino dela opravila ena socialna delavka, zaradi daljše odsotnosti sodelavke (porodniška) in posledično uvajanja nove sodelavke pripravnice. Specialistični tim PO je želel in pričakoval večjo prisotnost socialne delavke, vendar to ni bilo izvedljivo, zaradi zgoraj navedenih dejstev.

*Graf 3. Pacienti vključeni v pilotni projekt PO glede na spol*



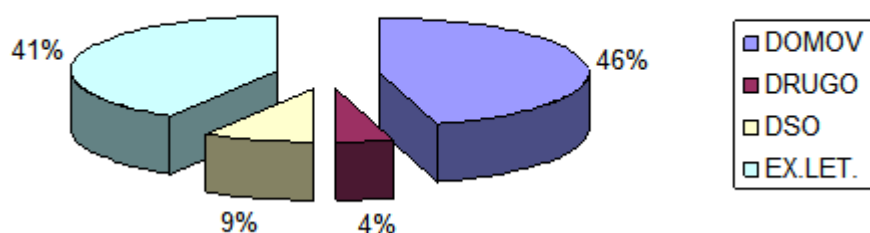
V 46 primerih obravnave socialne delavke je bilo vključenih 27 žensk in 19 moških.

*Graf 4. Porazdelitev socialnih obravnav glede na stalno bivanje pacienta*



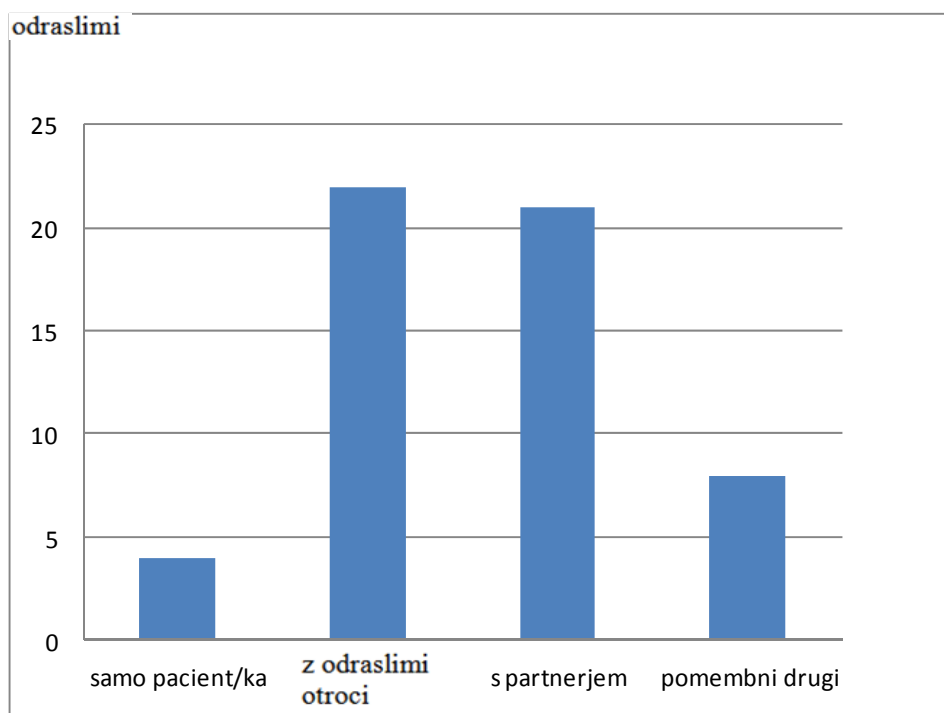
V 36 primerih je šlo za paciente/ke iz Ljubljane in bližnje okolice.

Graf 5. Kam je bil pacient odpuščen po zaključeni obravnavi?

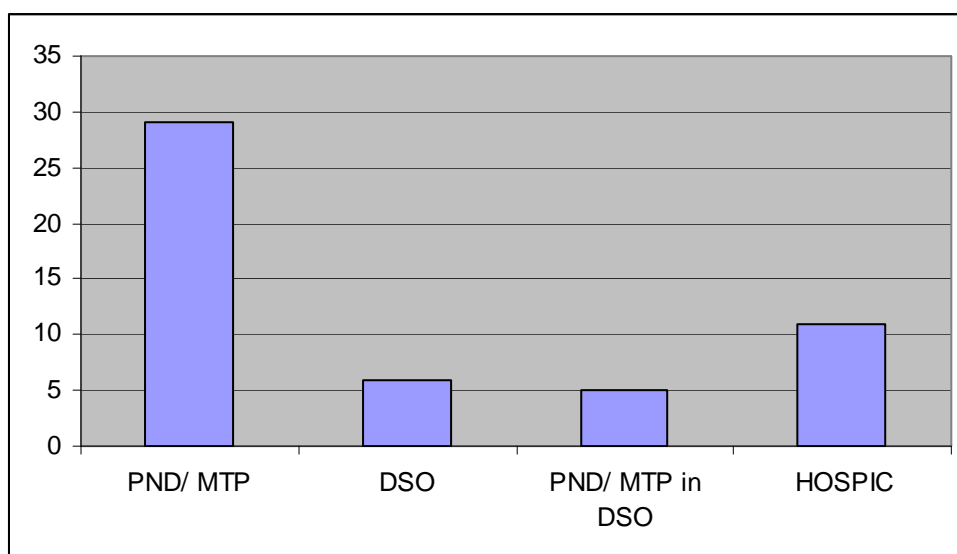


V skoraj polovici (21 pacientov) primerov je prišlo do odpusta v domačo oskrbo. Štirje pacienti so bili premeščeni v Dom starejših občanov, 1 na PBZ v Sežani, 1 v Psihiatrično kliniko Ljubljana, 19 pacientov pa je umrlo na OIL. 8 pacientov med umrlimi na OIL je čakalo na domsko oskrbo, katere niso dočakali zaradi prezasedenosti domov v ljubljanski regiji oz. bližnji okolici.

Graf 6. Vključeni v socialno obravnavo poleg pacienta

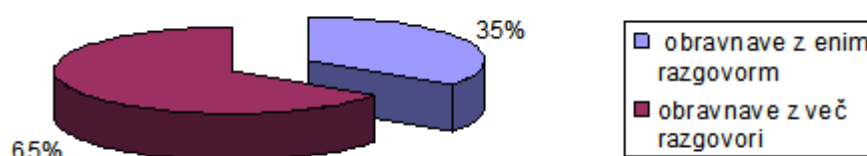


Graf 7. Najpogostejša socialna podpora (svetovanje, urejanje...)



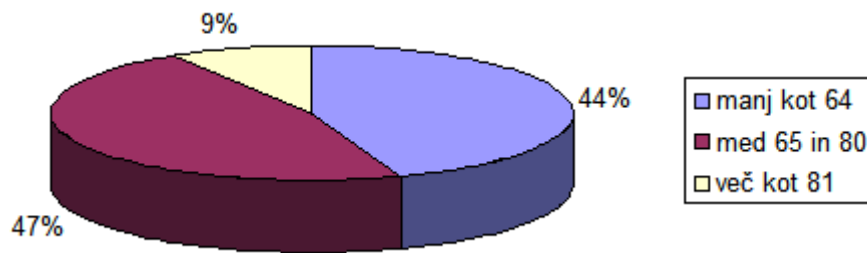
V 29 primerih smo urejali in informirali pacienta/svojca o socialno varstveni storitvi, Socialni oskrbi na domu in ustreznih medicinsko tehničnih pripomočkih za nego na domu, v 6 primerih smo urejali samo institucionalno varstvo, v 5 primerih pa smo hkrati urejali tako socialno oskrbo na domu kot institucionalno varstvo. V 11 primerih smo še posebej priporočili pacientu/svojcu storitve slovenskega društva Hospic.

Graf 8. V koliko primerih je socialna delavka opravila več kot en pogovor z pacientom/ svojci



Iz tega grafa je razvidno, da je pri obravnavah socialne delavke pogosto potreben več kot le en razgovor. Zato sem v nadaljnem besedilu mojega poročila predlagala dve pomembni storitvi socialnega delavca v PO in jih tudi časovno ovrednotila (glej prilogo 2) in sicer sta to t.i. Prvi pogovor in Ponovni pogovor.

Graf 9. Starost pacientov vključenih v pilotni projekt PO



Dvajset pacientov je bilo mlajših od 65 let, 21 je bilo starih med 65 in 80 let, samo 4 pa so bili starejši nad 80 let.

Iz tega je razviden velik delež pacientov mlajših od 65 let. Pri njih je treba upoštevati naslednje:

- da je to delavno aktivno prebivalstvo,
- običajno s šolo obveznimi otroci,
- neurejenim invalidsko upokojitvenim statusom,
- partnerjem, ki je zaposlen itd...

V praksi trenutno obstaja velik problem namestitve v institucionalno obliko varstva, še posebej če se izkaže, da gre za samsko osebo ali osebo katerih svojci skrbi in nege doma ne zmorejo, so domovi v Ljubljani in bližnji okolici prezasedeni, starostna meja za sprejem pa je 65 let.

V Sloveniji institucionalna oblika varstva za mlajše bolnike s težko kronično boleznijo ne obstaja. Rešitev vidim samo v Hišah hospicev ali posebnih »prilagojenih« paliativnih oddelkih znotraj posameznih domov za starejše, ki morajo biti demografsko enakomerno razporejenih po Sloveniji. Primer dobre prakse sem si imela priložnost ogledati v Newcastlu, Anglija.

## **2. Dokumentacija in storitve socialnega delavca razvite na O.I. tekom izvajanja Pilotnega projekta.**

### Dokumentacija in storitve

V času izvajanja pilotnega projekta sem razvijala in pripravila obrazec socialne anamneze (priloga 1) in storitve socialnega delavca v PO (priloga 2), ki mi bo služil kot podlaga za opis posamezne storitve.

Ocenjujem, da je obstoječe stanje obračunavanja storitev socialne delavke v zdravstveni dejavnosti neustrezno. V vsaki slovenski bolnišnici so se lotili drugačnega načina obračunavanja in vrednotenja dela. Kode, ki jih beleži zelena knjiga so zastarele in neuporabne. Zaradi sedanjih neustreznih storitev, bi bilo smiselno unesti nove, primernejše. Storitve, ki jih predlagam so naslednje: Prvi pogovor, Ponovni pogovor, Koordinacija interna, Koordinacija eksterna, Družinska konferenca, Administrativno delo, Spremljanje po odpustu, Izobraževanje in kakovost.

V kolikor se bo projekt nadaljeval, bi v naši službi predlagane storitve in obrazce testirali in v naslednjem letu izdelali poročilo, ki bi vsebovalo tudi podroben opis oz. časovni standard posamezne storitve.

### 3. Naloge socialnega delavca v PO

Naloge so naslednje: informiranje o pravicah in postopkih socialnega varstva, zdravstvenega varstva, pokojninsko invalidskega varstva, ugotavljanje družinskega/socialnega statusa, urejanje pomoči na domu, urejanje sprejema v institucionalno varstvo.

### 4. Opažanja, prednosti, slabosti, ključni problemi, v času izvajanja Pilotnega projekta

#### Opažanja, prednosti

*Družinski sestanki*, ki jih izvajamo na Oddelku za akutno paliativno oskrbo so se izkazali za zelo učinkovite. Prednost vidim v boljši komunikaciji med posameznimi člani tima, v tem da so pacient in svojci pomirjeni in seznanjeni s stanjem in nadaljnim potekom bolezni (jasna navodila), ter da je odpust bolje organiziran in načrtovan.

Pri svojem delu sem opazila tudi prednosti *spremljanja pacienta/družine po odpustu* (priloga 3, storitev Spremljanje po odpustu). Spremljanje po odpustu opravljajo tudi drugi člani SPT, že od ustanovitve SPT na OI. Zaradi enotnega vodenja spremljanja na domu bo potrebna jasna in pregledna koordinacija, da ne bi prihajalo do nepotrebnih sovpadajočih »spremljanj«.

Mnenja sem, da oboje skupaj vodi do manj pogostih kriznih stanj in hospitalizacij.

Prav tako je zelo pomembno sodelovanje in povezovanje z izvajalci na primarni ravni (glej prilogo 2, storitev *Koordinacija eksterna*), ker se na primarni ravni krog vključenih poveže.

#### Slabosti

*Kadrovska problematika.*

Glede na število postelj, ambulantnih pregledov, naraščanja rakavih bolezni, staranja prebivalstva, bi na OIL za nemoten in kontinuiran potek dela potrebovali vsaj 3 socialne delavce, tudi zaradi dejstva, da se poleg specialistične PO, ki poteka na Oddelku za akutno PO, izvaja osnova paliativna oskrba na vseh oddelkih OIL. V SPT se naloge psihosocialne in duhovne oskrbe prepletajo, tako da del socialne oskrbe nosijo tudi drugi člani tima.

Nujno potrebna bi bila tudi *supervizija* za zaposlene v specialističnem timu PO, katero na OIL ne izvajamo.

#### Ključni problemi

Z podelitvijo nove koncesije za izvajanje socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu, glede na povečane potrebe MOL-a težave niso povsem odpravljene. Nekaterim onkološkim pacientom iz takšnih ali drugačnih razlogov tovrstna oskrba na domu ni dovolj, da bi lahko polno živeli v svojem domačem okolju, kljub pomoči družine, svojcev, sosedske pomoči...

Problem celostne oskrbe se kaže zlasti pri onkoloških pacientih, ki so samski, imajo šibko socialno mrežo, nizek socialno-ekonomski status itd.

Izkušnje iz prakse so pokazale, da je še posebej kritičen položaj tistih, ki so mlajši od 65 let in pri katerih ni možnosti premestitve v negovalno bolnišnico, ki jo Ljubljana še vedno nima, oziroma so premladi za sprejem v dom starejših občanov.

Kaže se potreba po večjem številu socialnih oskrbovalk, tudi v popoldanskem času in med vikendi, po Hišah hospic po celotni državi ali posebnih paliativnih oddelkih znotraj domov za starejše občane, ki bi bili namenjeni predvsem mlajši populaciji.

Glede pravice do Dodatka za pomoč in postrežbo, ki izhaja iz ZPIZ-a predlagam, da se pacientom z napredujočo boleznijo in pričakovano življenjsko dobo manj kot 6 mesecev ali pa pacientom obravnavanim po smernicah paliativne oskrbe, omenjeni dodatek dodeli po skrajšanem postopku.

Predlagam časovno omejitev dodelitve dodatka na 10 dni. Predlog naj poda zdravnik specialist. Predlagan primer navajam po angleškem vzoru. ( UK pozna Attendance Allowance, glej prilog 3)

### Izobraževanje

Predlagam da OIL organizira enodnevni posvet in povabi domove za starejše občane, izvajalce socialne oskrbe, centre za socialno delo in patronažno varstvo v ljubljanski regiji, z namenom ugotavljanja ali je prišlo do kakih premikov, seznanjenosti in ozaveščanja o paliativni oskrbi v preteklem letu.



*Predlog storitev socialnega delavca v paliativni oskrbi na O.I..*

<b>Opredelitev zdravstvene storitve</b>	<b>Časovni normativ v minutah</b>	<b>Šifra</b>	<b>Kadrovski normativ</b>	<b>Točkovna vrednost</b>
PRVI POGOVOR Z <input type="checkbox"/> bolnikom <input type="checkbox"/> sorodnikom <input type="checkbox"/> pomembnim drugim	70 min		1 socialni delavec	
PONOVNI POGOVOR Z <input type="checkbox"/> bolnikom <input type="checkbox"/> sorodnikom <input type="checkbox"/> pomembnim drugim	50 min		1 socialni delavec	
KOORDINACIJA INTERNA <input type="checkbox"/> zdravnik – spec onkolog <input type="checkbox"/> DMS <input type="checkbox"/> fizioterapevt <input type="checkbox"/> delovni terapevt <input type="checkbox"/> psiholog <input type="checkbox"/> drugi zdr.del oz. sodelavec	20 min		1 socialni delavec	
KOORDINACIJA EKSTERNA <input type="checkbox"/> Center za socialno delo <input type="checkbox"/> Dom starejših občanov <input type="checkbox"/> Hospic <input type="checkbox"/> izvajalec Pomoči na domu <input type="checkbox"/> patronažna med ses./ osebni zdravnik <input type="checkbox"/> drugi	40 min		1 socialni delavec	
DRUŽINSKA KONFERENCA Instrumentalna definicija problema in soustvarjanje rešitev	60 min		1 socialni delavec	
ADMINISTRATIVNO DELO Vodenje poročil in storitev, pisanje in pošiljanje dopisov izven O.I. (navazuje se tudi na eksterno koordinacijo)	30 min		1 socialni delavec	
SPREMLJANJE PO ODPUSTU <input type="checkbox"/> SPO v primeru odpusta v domačo oskrbo <input type="checkbox"/> SPO v primeru premestitve v IV <input type="checkbox"/> SPO v primeru smrti	20 min		1 socialni delavec	
IZOBRAŽEVANJE IN KAKOVOST <input type="checkbox"/> spremljanje novosti in zakonodaje na področju SV <input type="checkbox"/> supervizija, intervizija <input type="checkbox"/> udeležba na predavanjih, strokovnih srečanjih, kongresih... <input type="checkbox"/> mentorstvo <input type="checkbox"/> evalvacija dela <input type="checkbox"/> uvajanje novosti in izobraževanje	60 min		1 socialni delavec	

## Priloga 4

# PALIATIVNA OSKRBA NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU Z VIDIKA KOORDINACIJE, PSIHOLOŠKE IN DUHOVNE OSKRBE TER PROSTOVOLJNEGA DELA

K. Štrancar in T. Žagar

## UVOD

Koordinator v paliativni oskrbi (PO) na Onkološkem inštitutu (OI) že od vsega začetka svoje zaposlitve pokriva tri strokovna področja dela: psihološko/duhovno oskrbo, prostovoljno delo (PD) ter koordinacijo. Takoj na začetku nastopa službe (2005) je bil imenovan za koordinatorja PO na OI in koordinatorja PD. Vsa nadaljnja leta se je razvijal profil koordinatorja PO, prav tako tudi koordinatorja PD. V tem času pa se je zaradi potreb, ki so se pokazale v praksi razvoja PO razvila v okviru koordiniranja tudi psihološka in duhovna oskrba. Pilotni projekt *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji* (2009/10) je dodatno vzpodbudil razvoj naštetih področij, ki so slabo prepoznane in upoštevane. Gre za obliko skrbi, ki zajema človeka v njegovi celosti, to pomeni, da so upoštevane vse njegove potrebe; telesne, psihične, socialne in duhovne. V oskrbo so vključeni tudi svojci oz. tisti, ki za bolnika skrbijo.

## 1. KOORDINATOR PALIATIVNE OSKRBE NA OI

V času pilotnega projekta se je jasneje izoblikoval profil *koordinator PO* in s tem jasnejša opredelitev njegovih delovnih nalog.

### Razvoj dela koordinacije PO na OI

Leta 2003 je bil ustanovljen tim za PO, h kateremu se je leta 2005, ko je bil na OI ustanovljen Oddelek za akutno paliativno oskrbo s specialističnim paliativnim timom (SPT), priključil še koordinator PO in prostovoljnega dela. Naloge koordinatorja niso bile natančno definirane, ker tega profila v zdravstvu ni bilo (in ga tudi sedaj ni). Glede na zahteve PO in njenega pristopa do bolnika in njegovih najbližjih, se je koordinator vključil v dejavnost na način povezovanja, informiranja in svetovanja. To povezovanje pomeni, da se koordinator glede na zaznane potrebe pri bolniku poveže z različnimi strokovnimi službami, tako v ustanovi kot izven nje. (Glej shemo 1).

Koordinacija TSPO s TOPO se je najučinkoviteje izkazala v specialističnih ambulantah in na kliničnih oddelkih na OI.

Za kakovostno koordinacijo pa je potrebna ustrezna strokovna izobrazba.

Koordinator izpolnjuje potrebna znanja za to delo, saj ima znanja iz nekaterih področij kot so, zdravstvo, teologija, sociologija in socialno delo ter filozofija. Poleg tega ima tudi praktične izkušnje z delom in spremljanjem umirajočih bolnikov (doma in v tujini). Naknadno je bila v delo vključena tudi univ. dipl. psih. s triletnimi izkušnjami prostovoljnega dela na OI, delovno prakso v Splošni bolnišnici Novo mesto, enoletnimi izkušnjami na Oddelku za otorinolaringologijo, dodatnimi znanji iz vedenjsko-kognitivne terapije, enomesečnimi srečanji na Balintovih skupinah. Delo in strokovna znanja obeh so se odlično izkazali pri delu z bolniki in njihovimi svojci. To potrjujejo izjave samih bolnikov in njihovih najbližjih, ki teh storitev (uslug) v taki obliki še niso bili deležni. Koordinator pa s povezovanjem olajšuje tudi delo samega tima.

Koordinator predstavlja vez med osnovnimi timi za PO na kliničnih oddelkih in SPT, je nadalje vez med Onkološkim inštitutom in kraji, kamor je bolnik odpuščen (domača oskrba, druge institucije). Poleg navedenih povezav skrbi tudi za nepretrgano paliativno oskrbo bolnika in njegove družine od vključitve pa vse do smrti, prav tako nudi svojcem podporo v času žalovanja (glej shemo 1).

### **Smernice za nadaljnji razvoj dela koordinatorja OI**

Razvijati profil koordinatorja za PO na:

1. strokovni ravni
2. osebnostni ravni

#### **Ad1 Strokovna raven:**

znanja iz humanističnih, družboslovnih ved ter z znanja iz paliativne oskrbe;

stalno izpopolnjevanje v pridobivanju:

- razvoj (spremljanje) stroke
- sposobnosti povezovanja različnih strokovnih služb,
- presoji različnih potreb bolnika in oskrbovalcev ter nujnost ukrepanja
- nudenju psihološke/duhovne podpore

#### **Ad2 Osebnostna raven:**

globok čut odgovornosti do sočloveka in zase, kar vključuje osnovne človeške lastnosti kot so: razsodnost, potrpežljivost, iskrenost, sprejemanje drugega (empatija), spoštovanje vseh udeležencev PO.

Osebnostne karakteristike so pomemben dejavnik kakovostnega in uspešnega dela ter obratno. Zato je pomembno, da koordinacijo opravlja oseba, ki združuje tako strokovno znanje s področja PO in drugih ved kot tudi vse zgoraj naštetih osebnostnih lastnosti.

Koordinator ni zgolj povezovalac, pač pa v stiku z bolnikom in njegovo družino nudi psihosocialno in duhovno podporo. Za to potrebuje dodatna znanja s področja paliativne oskrbe in različnih humanističnih in družboslovnih smeri kot so teologija, filozofija, psihologija, sociologija ipd.

## **2. PSIHOLOŠKA IN DUHOVNA OSKRBA V PO**

### **Razvoj psihološke in duhovne oskrbe ter opredelitev specialističnih storitev**

Pri delu koordinatorja z bolniki in njihovimi svojci se je pokazala potreba po psihološki in duhovni podpori. Prvi stik z bolnikom in njegovimi svojci zahteva temeljit pogovor, ki se nanaša na trenutna doživljanja stiske, strahu in negotovosti. Na njem se gradijo vsa nadaljnja srečanja in pogovori, ki so temelj rednega/nepretrganega spremljanja (continuity of care) zlasti po odpustu v domačo oskrbo.

Psihološka in duhovna oskrba se nanaša na novico o neozdravljivi bolezni. Pri prepoznavanju teh potreb igra pomembno vlogo takojšnja odzivnost nudenja podpore in pomoči. Obsega naslednje storitve:

- **uvodni razgovor z bolnikom ali svojci**, ki vključuje predstavitev paliativne oskrbe in paliativnega tima bolniku in njegovim svojcem ter njegovo vključitev v paliativno oskrbo;
- **pogovor o bolezni z bolnikom in svojci** je namenjen prepoznavanju trenutnega problema in podpori pri iskanju načinov reševanja kriznih situacij ter koordinaciji družinskih sestankov;
- **psihološko in duhovno vodenje bolnika in svojcev v bolnišnici** odkriva problem in ga razrešuje. Gre za nudenje psihološke in duhovne podpore bolniku in družini v obliki nepretrganega spremljanja ter pomeni podporo svojcem/družini pri doživljanju v času težke bolezni in umiranja, spopadanja s strahovi, iskanje pomoči in dodatnih informacij, pogovore in podporo pri doživljanju občutkov osamljenosti in nemoči.  
Temeljna naloga pa je podpora pri iskanju njihovih lastnih odgovorov na vprašanja, ki so vezana na pomene in cilje življenja in smrti.
- **spremljanje bolnika in svojcev izven bolnišnice (konzultacije po telefonu, elektronski pošti, osebni obiski)** je enaka dejavnost kot spremljanje v bolnišnici. Vključuje dodatno konzultacijo z lečečimi onkologi in podporo v procesu umiranja na bolnikovem domu, zlasti z potrjevanjem občutka, da niso sami in prepuščeni sebi.

- **psihološka in duhovna podpora svojcem ob žalovanju**; psihološka in duhovna podpora se nadaljuje v čas po smrti. Podpora nudi aktivno poslušanje in pomoč pri razčiščevanju (analiziranju) dogodkov pred smrtjo in v času smrti, preverjanju ali so za pokojnega storili dovolj, podpora pri razreševanju občutkov krivde, jeze, kar vse izhaja iz hude oblike osebne stiske in žalosti. Pri spremljanju in podpori je težišče na razumevanju in reševanju notranjih konfliktov, ki družino utesnjujejo v času žalovanja.

#### **Pri psihološkem vodenju uporabljamo tudi nekatere psihoterapije in tehnike:**

- kognitivno-vedenjska psihoterapija-uporabimo, kadar želimo osebo naučiti funkcionalnejšega vedenja (pogosto pri depresivnosti jo učimo organiziranja novih aktivnosti, funkcionalnejšega mišljenja; uporablja se pri spreminjanju samopodobe in pri različnih strahovih-anksioznostih)
- tehnike, specifične za paliativno oskrbo (ohranjanje dostojanstva-»dignity therapy«, sprava-»forgiveness therapy«)

Praksa koordinacije, ki vključuje tudi psihološko in duhovno podporo, je dobila svojo potrditev v času pilotnega projekta *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski regiji* (2009/10), ko so te storitve dobile značaj specialističnih /ambulantnih storitev, kar pomeni, da imajo svojo vsebinsko podlago, časovno, kadrovsko in točkovno opredelitev. Storitve so internega značaja in se beležijo v računalniški program Excel. V juliju 2010 se bodo predvidoma začele beležiti v elektronski »kartotečni« sistem »Web doctor«, in s tem dobile enakovreden prostor ob medicinski obravnavi (glej prilogo 1).

#### **Smernice za nadaljnji razvoj strokovne enote psihološke in duhovne oskrbe v PO**

Nadaljnje delo bo pokazalo, kam bo šel razvoj: koordinator bo vedno potreboval zgoraj omenjena znanja za psihološko in duhovno podporo bolnikom in njihovim družinam. Sicer pa ostaja odprta pot nadaljnjemu razvoju psihološke in duhovne podpore bodisi v povezavi s koordinatorstvom PO bodisi v smeri samostojne strokovne enote.

### **3. KOORDINACIJA PROSTOVOLJNEGA DELA NA OI**

#### **Razvoj prostovoljnega dela in smernice za nadaljnje delo**

Z razvojem PO je vzporedno potekal razvoj PD v obliki družabništva. Poleg različnih društev za samopomoč je prostovoljno delo v obliki družabništva pomemben del psihosocialne podpore bolnikom in njihovim najbližjim. Predstavlja dodano vrednost k zdravstveni oskrbi bolnikov in prispevek k humanizaciji bolnišnice kot institucije. Za razliko od društev za samopomoč, ki ravno tako nudijo psihosocialno podporo bolnikom

in svojcem pa so prostovoljci OI notranje organizirana enota, ki s svojim delovanjem in organizacijo spada pod OI.

Osebe, ki želijo delovati kot prostovoljci na OI, morajo skozi določen »proces«: uvodni razgovor s koordinatorjem PD (preverjanje motivacija za PD), pisna izpolnitev osebnega kartona (osebni in drugi potrebni podatki prostovoljca), podpis *Dogovora* (med prostovoljcem in OI), uvodno in usmerjeno izobraževanje (SF in OI), 3-mesečna poskusna doba, redno udeleževanje mesečnih supervizij s psihologinjo, udeleževanje sprotnih izobraževanj, poznavanje in upoštevanje *Pravil PD* itd.

### **Učinki dela PD**

- višja kakovost bolnikovega bivanja v bolnišnici (razbremenitev bolnikov, tesnoba, strah)
- prijetnejše vzdušje (humanizacija bolnišnice kot institucije)
- poglobljaje odgovornosti do sočloveka
- razvijanje socialnega čuta (solidarnost, občutljivost, zaznavanje, dovzetnost za potrebe drugega ipd.)

### **Prostovoljstvo predstavlja:**

- pomembno vlogo pri celostni oskrbi bolnika;
- možnosti oz. vire, ki prispevajo k spodbujanju in ohranjanju bolnikovega upanja;
- poglobljanje medgeneracijske povezanosti (dijaki, študentje, zaposleni in nezaposleni, upokojenci);
- prispevek k detabuizaciji bolezni rak (vnašanje drugačnega razumevanja v družbo);
- vseživljenjsko učenje.

### **Smernice za nadaljnje delo PD:**

- osveščanje zdravstvenega osebja in javnosti o namenu in rezultatih/učinkih/koristnosti PD;
- ozaveščati zdravstveno osebje, da so prostovoljci del OI prav tako del zdravstvenega tima in sestavni del OI;
- skrb za ovrednotenje PD;
- itd..

## **Povzetek**

Na OI so področja dela: koordinacija PO, psihološka in duhovna oskrba ter koordiniranje PD združena v enem delovnem mestu kot sestavni del TSPD, ki ga sedaj opravljata dve osebi (Koordinator PO in prostovoljnega dela na OI in koordinator PO za ljubljansko regijo).

## **4. EDUKACIJA (izobraževanje, strokovna srečanja in objave)**

V okviru psihološke in duhovne oskrbe je bilo izvedenih 7 predavanj za zunanje sodelavce.

- Prostovoljstvo kot oblika socialne opore in upanja pri onkoloških bolnikih, 36. strokovni seminar: podporni onkološki zdravstveni nega in zdravljenje, Rogla, april 2009;
- Oskrba bolnika in svojcev v času neozdravljive bolezni, predavanje v okviru Dneva duševnega zdravja na Filozofski fakulteti, oktober 2009;
- Oskrba bolnika in njegove družine v času neozdravljive bolezni, predavanje za zdravstveno nego v okviru internih izobraževanj na Onkološkem inštitutu, november, 2009;
- Koordinacija paliativne dela, predavanje za zdravnike na Onkološkem inštitutu, predavanje v okviru internih izobraževanj za zdravnike, december 2009;
- Psihosocialna in duhovna oskrba bolnika in njegovih svojcev v času neozdravljive bolezni, predavanje za medicinske sestre na Onkološkem inštitutu, november 2009;
- Psihosocialna oskrba bolnika in njegove družine ob koncu življenja, Zdravstveni dom Ribnica, februar 2010;
- Psihosocialna in duhovna oskrba bolnika in njegove družine v zadnjem obdobju življenja, 37. strokovni seminar: »Bolnik z rakom na zdravljenju doma-priporočila za zdravstveno nego; Rogaška Slatina, marec 2010
- Šola za paliativno oskrbo: Oskrba bolnika ob koncu življenja, Onkološki inštitut Ljubljana, 7. in 8. maj 2010.

## 5. RAZISKOVALNO DELO

Klinična raziskava *The Contribution of Psychological and Spiritual Care to the Holistic Approach to Palliative Patients' care*, ki je bila izvedena v letu 2009/10 na Onkološkem inštitut v Ljubljani in bila predstavljena na 12. svetovnem kongresu *Hope, Meaning and Science for Quality of Care in Psycho-Oncology and Palliative Care*.

**Namen** raziskave je bil prepoznati obseg in pomen potreb po psihološki in duhovni podpori pri bolnikih z rakom, identificirati (prepoznati) dimenzije psihološkega in duhovnega blagostanja, ki so najpogosteje izražene ter prepoznati prekrivanje med psihološkim in duhovnim področjem v paliativni oskrbi.

**Povzetek** raziskave potrjuje potrebo in sovpadanje psihološke in duhovne dejavnosti oz. podpore. S sprejetjem raziskave in odzivu na kongresu smo dobili potrditev, da je naša načrtovana in v delovni praksi zgrajena pot pravilna. To pomeni, da je psihološko/duhovna oskrba enakovredna in pomembna oblika celostne oskrbe, čeprav še ne dovolj prepoznana in upoštevana.

## 6. POLJUDNE IN STROKOVNE OBJAVE KOORDINATORIC PO V LETU 2009/10

- Štrancar, K. Spoprijemanje z neozdravljivo boleznijo. V zborniku: *Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja /22. onkološki vikend*, junij 2009, Ljubljana, Kancerološko združenje SZD : Onkološki inštitut : Zveza slovenskih društev, za boj proti raku, 2009.,str. 71-79.
- Žagar T. in Štrancar K. Prostovoljstvo kot oblika socialne opore in upanja pri onkoloških bolnikih, *Zbornik zdravstvene in babiške nege*, 2009
- Červek J. , Žagar T., Benedik J., Zakotnik B. Lahajnar S. in Štrancar K. ESMO Designed Center of Palliative Care, *Publikacija European Association of Palliative Care*, Onkološki inštitut, 2009
- Štrancar K. in Žagar T. The Contribution of Psychological and Spiritual Care to the Holistic Approach to Palliative Patients' care. *12<sup>th</sup> World Congress of International Psycho-oncology Society: Hope, Meaning and Quality Of Care in Palliative Care*, 2010
- Štrancar K. in Žagar T. Psihosocialna in duhovna oskrba bolnika in njegove družine v zadnjem obdobju življenja, *Zbornik zdravstvene in babiške Slovenije nege*, 2010



- Štrancar K. in Žagar T. Publikacija ob 25-letnici Bolniške župnije v Ljubljani, *Izkustva prostovoljnega dela*, 2009
- Štrancar K. in Žagar T. *Koordinator paliativne oskrbe*. V: *Ecce Homo*. Publikacija okrogle mize na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Smisel paliativne oskrbe ob koncu življenja, organizator, Slovensko katoliško, 2009
- Štrancar K. in Žagar T. S človečnostjo nad tabu, intervju v reviji »*Moje zdravje*« *priloga Dnevnika*, 114/26. April 2010/letnik V (novinarka: Tjaši Artnik Knibbe)

Shema 1. Multidisciplinarni tim (TSPO) in strokovne enote za PO



Priloga 1.

## PSIHOSOCIALNA PODPORA IN DUHOVNO SPREMLJANJE V PALIATIVNI OSKRBI STORITVE

V paliativi se dnevno zapisuje specifikacija opravljenega dela in čas, ki se za to porabi (statistična analiza v Excelu). Najpogostejše aktivnosti so zapisane v tabeli, skupaj s časom, ki se porabi za posamezno aktivnost.

Tabela: Prikaz **psihosocialne/duhovne podpore** v obliki storitev

Opredelitev zdravstvene storitve	Časovni normativ v minutah	Interna šifra	Kadrovski normativ	Točkovna vrednost
- UVODNI RAZGOVOR Z BOLNIKOM ALI SVOJCI	50 min	98010/1 98010/2	1 psiholog 1 koordinator duhovne oskrbe	30,00
- POGOVOR O DOŽIVLJANJU BOLEZNI Z BOLNIKOM IN/ALI SVOJCI	60 min	98020/1 98020/2	1 psiholog 1 koordinator duhovne oskrbe	49,80
- PSIHOLOŠKO IN DUHOVNO VODENJE BOLNIKA IN SVOJCEV V BOLNIŠNICI	50 min	98030/1 98030/2	1 psiholog 1 koordinator duhovne oskrbe	30,00
- VODENJE BOLNIKA IN SVOJCEV IZVEN BOLNIŠNICE (konzultacije po telefonu, elektronski pošti, osebni obiski)	30 min	98040/1 98040/2	1 psiholog 1 koordinator duhovne oskrbe	18,00
- PSIHOLOŠKA IN DUHOVNA PODPORA SVOJCEM OB ŽALOVANJU	75 min	98050/1 98050/2	1 psiholog 1 koordinator duhovne oskrbe	45,00

Opombe:

- **uvodni razgovor z bolnikom ali svojci**: vključuje predstavitev paliativne oskrbe in paliativnega tima bolniku in njegovim svojcem ter njegovo vključitev v paliativno oskrbo

- **pogovor o bolezni z bolnikom in svojci**: vključuje prepoznavo trenutnega problema in podporo pri iskanju načinov reševanja kriznih situacij ter koordinacijo družinskih sestankov

- **psihosocialno in duhovno vodenje bolnika in svojcev v bolnišnici**: vključuje razgovor glede na specifiko problema. Gre za nudenje psihosocialne/duhovne podpore bolniku in družini v obliki nepretrganega spremljanja in pomeni podporo pri doživljanju svojcev/družine v času težke bolezni in umiranja, spopadanja s strahovi, iskanje pomoči in dodatnih informacij, pogovore in podporo pri

doživljanju občutkov osamljenosti in nemoči. Temeljna naloga pa je podpora pri iskanju njihovih lastnih odgovorov na vprašanja, ki so vezana na pomene in cilje življenja in smrti.

**-vodenje bolnika in svojcev izven bolnišnice (konzultacije po telefonu, elektronski pošti, osebni obiski):** vključuje enako dejavnost kot spremljanje v bolnišnici z dodatno konzultacijo z lečečimi onkologi in podporo v procesu umiranja na bolnikovem domu, zlasti z potrjevanjem občutka, da niso sami in prepuščeni sebi.

**- psihosocialna in duhovna podpora svojcem ob žalovanju:**

psihol/duh podpora se nadaljuje v čas po smrti. Podpora nudi aktivno poslušanje in pomoč pri razčiščevanju (analiziranju) dogodkov pred smrtjo in v času smrti, preverjanju ali so za pokojnega storili dovolj, podpora pri razreševanju občutkov krivde, jeze, kar vse izhaja iz hude oblike osebne stiske in žalosti. Pri spremljanju in podpori je težišče na razumevanju in reševanju notranjih konfliktov, ki družino utesnjujejo v času žalovanja.

- kognitivno-vedenjska psihoterapija-uporabimo, kadar želimo osebo naučiti funkcionalnejšega vedenja (pogosto pri depresivnosti jo učimo organiziranja novih aktivnosti, funkcionalnejšega mišljenja; uporablja se pri spreminjanju samopodobe in pri različnih strahovih-anksioznostih)

- tehnike, specifične za paliativno oskrbo: »dignity therapy, forgiveness therapy«

## Priloga 5

# ŠOLA ZA PALIATIVNO OSKRBO BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA

Petek, 7. 5. 2010

13:00-14:00 Registracija

14:00-14:15 Pozdravni nagovor

14:15-14:30 Testiranje znanja pred šolo (anonimno)

14:30-15:00 **Bolnik ob koncu življenja**

Jožica Červek

Vsebina: definicija paliativne oskrbe in terminalne faze, patofiziološke spremembe med umiranjem, najpogostejši simptomi, kriteriji za oceno preživetja, ključna zdravila

15:00-15:30 **Splošna oslabelost, stradanje in dehidracija**

Branko Zakotnik

Vsebina: patofiziologija dehidracije, stradanja in ukrepanje

15:30-16:00 Odmor

16:00-16:30 **Motnje v delovanju dihal, srca in ledvic v času umiranja**

Mirjana Rajer

Vsebina: patofiziološke spremembe, najpogostejši simptomi, ukrepi

16:30-17:00 **Motnje v delovanju živčevja**

Jernej Benedik

Vsebina: motnje v komunikaciji, motnje zavesti, delirij, pomen preizkusa spoznavnih sposobnosti

17:00-17:30 **Zdravstvena nega ob koncu življenja**

Boštjan Zavratnik

Vsebina: nega kože, sluznic, hidracija, preprečevanje preležanin

17:30-18:00 **Zdravljenje bolečine pri umirajočem bolniku**

Ksenija Mahkovic Hergouth

Vsebina: izbira zdravila in poti vnosa

Sobota, 8. 5. 2010

- 09:00-09:15      **Paliativna sedacija (PS)**  
Jožica Červek  
Vsebina: indikacije za PS, pravni predpisi in etična vprašanja, zdravila
- 09:15-09:45      **Klinična pot oskrbe umirajočega (Liverpoolska pot)**  
Jernej Benedik  
Vsebina: predstavitev in pomen klinične poti za oskrbo umirajočega, obravnava simptomov in uporaba zdravil v terminalni fazi
- 09:45-10:15      **Duhovna oskrba bolnikov in svojcev**  
Klelija Štrancar  
Vsebina: duhovna podpora bolniku in pomoč svojcem
- 10: 15-10.40      **Postavitev organiziranega izvajanja paliativne oskrbe**  
Andreja Peternelj  
Vsebina: organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji in predstavitev pilotnega projekta
- 10:40-11:00      Odmor
- 11:00-14:15      Učne delavnice:  
• **Pogovor z bolniki in svojci**  
Maja Ebert Moltara  
• **Oskrba malignih kožnih ran**  
Helena Uršič  
• **Obravnava bolečine**  
Mira Logonder, Ksenija Mahkovic Hergouth
- 14:15-14:25      Testiranje znanja po šoli (anonimno)
- 14:25              Zaključek

## Priloga 6

# OSKRBA BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA

Zdravstveni dom Ribnica

2. 2. 2010

**Predavatelji:** prim. J. Červek, dr. med., spec. int. onk., prim. mag. S. Lahajnar, spec.anest., M. Logonder, viš. med. ses., B. Zavratnik, dipl. zdrav., mag. K. Štrancar, univ. dipl. teol./T.Žagar, univ. dipl. psih.

J. Červek

**Uvod v paliativno oskrbo**

**Oskrba umirajočega bolnika**

13.00-13.50

S. Lahajnar

**Zdravljenje bolečine pri umirajočem bolniku (izbira zdravila in pot vnosa)**

13.50-14.10

Mira Logonder

**Obravnava bolečine (praktični prikaz vnosa zdravil v podkožje)**

14.10-14.30

odmor (14.30-15.00)

B. Zavratnik

**Zdravstvena nega ob koncu življenja**

15.00-15.20

K. Štrancar/T. Žagar

**Psihosocialna in duhovna oskrba ob koncu življenja**

15.20-15.40

15.40-16.00 (diskusija)



**Priloga 7**  
**KLINIČNA POT PALIATIVNE OSKRBE (KPPO)**  
**- ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA -**

nalepka bolnika

Datum sprejema ..... odpusta.....

Naslov bivališča.....

Ime in priimek svojca.....

Razmerje.....

Tel.št. bolnika/svojca/zak. zastopnika.....

	IME IN PRIIMEK / TELEFON		IME IN PRIIMEK / TELEFON
Napotni zdravnik		Osebni zdravnik	
Lečeči zdravnik		PMS*	
Timska MS		Timska MS v DSO*	
Socialni delavec		Hospic	

\* MS - medicinska sestra, PMS – patronažna medicinska sestra, DSO – dom starejših občanov

● - izpolni zdravnik, □ - izpolni MS, ★ - tim PO

A SPREJEM BOLNIKA	<p>● <b>Osnovna diagnoza:</b>.....</p> <p><b>Sekundarna diagnoza:</b>.....</p> <p><b><u>Razlog sprejema v paliativno obravnavo :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Ureditev simptomov    <input type="checkbox"/> Terminalna oskrba    <input type="checkbox"/> Psihološka podpora    <input type="checkbox"/> Duhovna podpora    <input type="checkbox"/> Socialna oskrba</p> <p><input type="checkbox"/> Drugo .....</p>											
	<p>★ <b><u>Cilji obravnave</u></b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>											
	<p>★ <b><u>Socialna anamneza:</u></b></p> <p>Poklic .....    <input type="checkbox"/> Zaposlen    <input type="checkbox"/> Upokojenec</p> <p>Živi:    <input type="checkbox"/> sam    <input type="checkbox"/> v zavodu    <input type="checkbox"/> z bližnjimi (podatki o svojcih/razmerje).....</p> <p>.....</p> <p>Pričetek postopka socialne obravnave:    <input type="checkbox"/> v ustanovi    <input type="checkbox"/> doma    <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Bolnik ima možnost dolgoročne oskrbe na domu oz. zavodu :    <input type="checkbox"/> DA    <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Opis dosedanje obravnave .....</p> <p>.....</p>											
	<p>★ <b><u>Ocena telesne zmogljivosti po Karnovskem % (obkroži).</u></b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>100% - normalna aktivnost, noben simptom</td> <td>50% - potrebuje znatno pomoč, potrebna je pogosta medicinska oskrba</td> </tr> <tr> <td>90% - normalna aktivnost, blažji simptomi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>80% - normalna aktivnost s trudom, simptomi</td> <td>40% - nesposoben, posebna oskrba in pomoč</td> </tr> <tr> <td>70% - nesposobnost opravljanja normalnih aktivnosti, še sposobnost skrbeti zase</td> <td>30% - težka nesposobnost, potrebna neprestana oskrba</td> </tr> <tr> <td>60% - potrebuje občasno pomoč, skrbi za osebne potrebe</td> <td>20% - zelo prizadet, potrebna je aktivna neprestana oskrba</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10% - proces umiranja</td> </tr> </table>	100% - normalna aktivnost, noben simptom	50% - potrebuje znatno pomoč, potrebna je pogosta medicinska oskrba	90% - normalna aktivnost, blažji simptomi		80% - normalna aktivnost s trudom, simptomi	40% - nesposoben, posebna oskrba in pomoč	70% - nesposobnost opravljanja normalnih aktivnosti, še sposobnost skrbeti zase	30% - težka nesposobnost, potrebna neprestana oskrba	60% - potrebuje občasno pomoč, skrbi za osebne potrebe	20% - zelo prizadet, potrebna je aktivna neprestana oskrba	
100% - normalna aktivnost, noben simptom	50% - potrebuje znatno pomoč, potrebna je pogosta medicinska oskrba											
90% - normalna aktivnost, blažji simptomi												
80% - normalna aktivnost s trudom, simptomi	40% - nesposoben, posebna oskrba in pomoč											
70% - nesposobnost opravljanja normalnih aktivnosti, še sposobnost skrbeti zase	30% - težka nesposobnost, potrebna neprestana oskrba											
60% - potrebuje občasno pomoč, skrbi za osebne potrebe	20% - zelo prizadet, potrebna je aktivna neprestana oskrba											
	10% - proces umiranja											





A- Posebnosti zdravstvene nege	<b>□ Načrt zdravstvene nege</b>
	<b><u>Dihanje</u></b> Traheostoma: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> da Samostojnost pri oskrbi trheostome: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Ostalo/posebnosti: .....
	<b><u>Hranjenje in pitje</u></b> Način hranjenja: <input type="radio"/> per os <input type="radio"/> nazogastrična sonda <input type="radio"/> gastrostoma <input type="radio"/> jejuno-ileo sonda <input type="radio"/> parenteralno Samostojnost pri hranjenju in pitju: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Zobna proteza: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> da ..... Želje glede hrane..... Ostalo/posebnosti: .....
	<b><u>Izločanje in odvajanje</u></b> Črevesna stoma: <input type="radio"/> brez <input type="radio"/> ileostoma <input type="radio"/> cekostoma <input type="radio"/> kolostoma <input type="radio"/> transversostoma <input type="radio"/> sigmostoma Urinska stoma: <input type="radio"/> brez <input type="radio"/> urostoma <input type="radio"/> leva nefrostoma <input type="radio"/> desna nefrostoma Samostojnost pri oskrbi stome: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Urinski kateter: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> da: datum vstavitve..... velikost.....Ch Dreni, drenaže: <input type="radio"/> brez <input type="radio"/> abdominalni <input type="radio"/> torakalni <input type="radio"/> RWS <input type="radio"/> drugo..... Ostalo/posebnosti: .....
	<b><u>Gibanje in ustrezna lega, oblačenje in slačenje, osebna higiena in urejenost</u></b> Samostojnost pri hoji: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Samostojnost pri posedanju: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Samostojnost pri spreminjanju položaja v postelji: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Samostojnost pri oblačenju / slačenju: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Samostojnost pri osebni higieni: <input type="radio"/> samostojen <input type="radio"/> delno odvisen <input type="radio"/> odvisen Omejitve v gibanju: <input type="radio"/> brez omejitev <input type="radio"/> opornica <input type="radio"/> mavec <input type="radio"/> imobilizacija <input type="radio"/> mirovanje <input type="radio"/> prepoved gibanja Ocena ogroženosti po Waterlow shemi:..... Zaščita pred nastankom razjede zaradi pritiska: <input type="radio"/> ni potrebna <input type="radio"/> namestitev zaščitnih oblog <input type="radio"/> anti-dekubitorna blazina Ostalo/posebnosti: .....
	<b><u>Spanje in počitek</u></b> Spanje in počitek: <input type="radio"/> normalno <input type="radio"/> nespečnost ⇒ vzrok:..... Ostalo/posebnosti: .....
	<b><u>Kognitivne funkcije</u></b> Govor: <input type="radio"/> razločen <input type="radio"/> nerazločen <input type="radio"/> ne more govoriti <input type="radio"/> drugo..... Vid: <input type="radio"/> normalen <input type="radio"/> normalen s korekcijo ( <input type="radio"/> očala <input type="radio"/> kontaktne leče) <input type="radio"/> prizadet levo <input type="radio"/> prizadet desno Sluh: <input type="radio"/> normalen <input type="radio"/> normalen s slušnim aparatom <input type="radio"/> prizadet levo <input type="radio"/> prizadet desno Orientacija: <input type="radio"/> orientiran v času in prostoru <input type="radio"/> neorientiran v času <input type="radio"/> neorientiran v prostoru Pozornost: <input type="radio"/> normalna <input type="radio"/> zmanjšana <input type="radio"/> slaba <input type="radio"/> odsotnost <input type="radio"/> semikomatozno stanje <input type="radio"/> komatozno stanje Dojemanje: <input type="radio"/> normalno <input type="radio"/> zmanjšano <input type="radio"/> slabo <input type="radio"/> odsotnost <input type="radio"/> semikomatozno stanje <input type="radio"/> komatozno stanje Ostalo/posebnosti: .....
	<b><u>Bolnikovo videnje njegovih največjih težav</u></b> ..... ..... .....
	<b><u>Bolnikove želje / cilji</u></b> ..... ..... .....

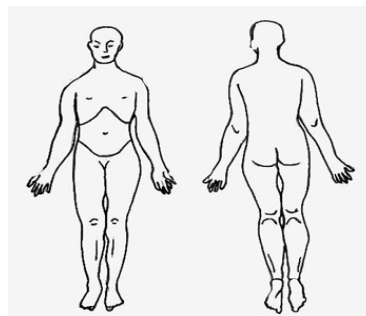
**Spremljanje bolnikovih težav** ( s poudarkom na pojavu sprememb v stopnji obstoječih težav oz. pojavu novih težav):

Ocena težave \ Datum	Začetna ocena										
Bolečina											
Težko dihanje											
Kašelj											
Bruhanje											
Slabost											
Zaprtje											
Kolcanje											
Nemir											
Utrujenost											
Izguba apetita											
Omotičnost											
Strah											
Zaskrbljenost											
Depresivnost / stiska											
Nespečnost											

★ **Subjektivna ocena**

SIMPTOM/TEŽAVA	OCENA	SIMPTOM/TEŽAVA	OCENA
Bolečina		Utrujenost	
Težko dihanje		Izguba apetita	
Kašelj		Omotičnost	
Bruhanje		Strah	
Slabost		Zaskrbljenost	
Zaprtje		Depresivnost/stiska	
Kolcanje		Nespečnost	
Nemir			

## Vriši lokacijo bolečine



ni prisotna (0); blaga- (1, 2, 3); srednje močna- (4, 5, 6); zelo močna – (7, 8, 9); najhujša – (10)

● **Status:**

KPSS – kratek preizkus spoznavnih sposobnosti,

*Motnje komuniciranja* ○ da ○ ne *Motnje orientiranosti:* ○ blaga ○ srednja ○ močna ○ *Motnje zavesti*  
○ Zmedenost ○ KPSS.....

*Inaktivnost telesna:* ○ blaga ○ srednja ○ močna *Inaktivnost kognitivna:* ○ blaga ○ srednja ○ močna

○ *Izguba telesne teže v kg* (zadnje ..... mesece)..... *Neješčnost:* ○ da ○ ne ○ NSG/PEG

○ *Kaheksija* ○ Mukozitis ○ Dehidracija ○ Suha usta ○ Dispneja ○ Napet trebuh

○ Hepatomegalija ○ Ascites ○ Plevralni izliv ○ Edemi ○ Stoma ..... ..

○ *Drugo* .....

○ Razjeda zaradi pritiska (napiši lokacijo in stopnjo):.....

○ Maligna rana .....

○ Druge rane.....

★ **Ocena telesne zmogljivosti po Karnovskem % (obkroži).**

**100%** - normalna aktivnost, noben simptom

**50%** - potrebuje znatno pomoč, potrebna je pogosta medicinska oskrba

**90%** - normalna aktivnost, blažji simptomi

**40%** - nesposoben, posebna oskrba in pomoč

**80%** - normalna aktivnost s trudom, simptomi

**30%** - težka nesposobnost, potrebna neprestana oskrba

**70%** - nesposobnost opravljanja normalnih aktivnosti, še sposobnost skrbeti zase

**20%** - zelo prizadet, potrebna je aktivna neprestana oskrba

**60%** - potrebuje občasno pomoč, skrbi za osebne potrebe

**10%** - proces umiranja

□ **Kontinuirano dajanje zdravil:**

**Uporaba elastomerske črpalke:** ○ podkožno ○ intravenozno / port

○ ..... dnevna elastomerska črpalka ○ elektronska črpalka

Datum / ura nastavitve.....

Datum / ura menjave .....

**Epiduralni kateter:** ○ bolus ○ kontinuirano Datum vstavitve:.....

Ocena vbojnega mesta ob odpustu.....

○ ..... dnevna elastomerska črpalka ○ elektronska črpalka

Datum / ura nastavitve.....

Datum / ura menjave .....

**Subarahnoidni kateter:** Datuma vstavitve:.....

Ocena vbojnega mesta ob odpustu.....

○ ..... dnevna elastomerska črpalka ○ elektronska črpalka

Datum / ura nastavitve.....

Datum / ura menjave .....

C – Vključenost bližnjih in drugih služb	<p>★ <b><u>Bližnji pri obravnavi bolnika sodelujejo:</u></b>  <input type="radio"/> Potrebujejo pomoč    <input type="radio"/> Potrebujejo dodatna znanja    <input type="radio"/> Ne zmorejo sodelovati</p> <p><b><u>Bližnji potrebujejo psihosocialno podporo:</u></b>    <input type="radio"/> DA    <input type="radio"/> NE</p> <p><b><u>Bolnik in bližnji so seznanjeni z vlogo hospica in z možnostjo vključitve v obravnavo:</u></b>    <input type="radio"/> DA    <input type="radio"/> NE</p> <p>Vrsta pomoči:.....</p> <p><b><u>O odpustu so obveščeni:</u></b>  <input type="radio"/> osebni zdravnik    <input type="radio"/> patronažna medicinska sestra    <input type="radio"/> medicinska sestra v DSO    <input type="radio"/> hospic  <input type="radio"/> služba za pomoč na domu    <input type="radio"/> o socialni problematiki obveščen pristojni center za socialno delo    <input type="radio"/> drugo</p> <p><b><u>Kontakti:</u></b>.....  .....</p> <p><b><u>Bolnik odpuščen v:</u></b>    <input type="radio"/> domačo oskrbo    <input type="radio"/> drugo bolnišnico.....  <input type="radio"/> socialnovarstveno ustanovo.....    <input type="radio"/> drugo.....</p>	
	C – Opis prisotnih težav in potreb ob odpustu ter predlog načrta oskrbe bolnika	<p><input type="checkbox"/> <b><u>Predlog načrta zdravstvene nege:</u></b></p>
<p><b><u>Dihanje in krvni obtok</u></b>  Dihanje: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Čiščenje dihalnih poti: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Dihalne stome: .....  Krvni obtok: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Žilni kateter: <input type="radio"/> ne    <input type="radio"/> da</p>		
<p><b><u>Prehranjevanje in pitje</u></b>  Način hranjenja: <input type="radio"/> per os    <input type="radio"/> sonda    <input type="radio"/> stoma  <input type="radio"/> Dieta in dodatki  Bolnik je pri aktivnosti:  <input type="radio"/> samostojen    <input type="radio"/> delno odvisen    <input type="radio"/> odvisen</p>		
<p><b><u>Higiena telesa, stanje kože in sluznic, oblačenje</u></b>  Koža: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Zobovje: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Ustna sluznica: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Rane: <input type="radio"/> ne    <input type="radio"/> da  Razjeda zaradi pritiska: <input type="radio"/> ne    <input type="radio"/> da  Bolnik je pri osebni higieni, oblačenju:  <input type="radio"/> samostojen    <input type="radio"/> delno odvisen    <input type="radio"/> odvisen</p>		
<p><b><u>Telesna temperatura</u></b>    <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja</p>		
<p><b><u>Izločanje</u></b>  Izločanje urina: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Urinski kateter: <input type="radio"/> ne    <input type="radio"/> da št.....  Dat.vstavitve.....dat.menjave.....  Urinska stoma: <input type="radio"/> ne    <input type="radio"/> da  Izločanje blata: <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja  Dreni, drenaže: <input type="radio"/> ne    <input type="radio"/> da</p>		
<p><b><u>Gibanje</u></b>  Bolnik je: <input type="radio"/> pokreten    <input type="radio"/> slabo pokreten  <input type="radio"/> nepokreten    <input type="radio"/> prepoved gibanja  Bolnik je pri gibanju v postelji:  <input type="radio"/> samostojen    <input type="radio"/> delno odvisen    <input type="radio"/> odvisen  Pripomočki: <input type="radio"/> ne    <input type="radio"/> da</p>		
<p><b><u>Spanje, počitek, aktivnosti</u></b>    <input type="radio"/> bp    <input type="radio"/> odstopanja</p>		
<p>★ <b><u>Dodatna priporočila izvajalcev paliativne oskrbe:</u></b></p>		

**Priporočeno jemanje zdravil ob odpustu:**

Zdravilo	Odmerek	x/dan	Ura jemanja / apliciranja	Namen
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	
			2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24	

Zdravilo po potrebi	Odmerek	Do x/dan	Čas med dvema odmerkoma	Namen

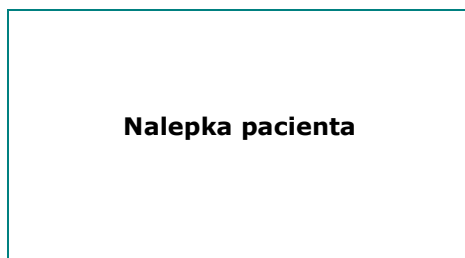
Obliž	Odmerek	Na x dni	Datum in ura naslednje menjave	Namen

Datum.....

Podpis .....



## Dokumentiranje odločanja večpoklicnega tima



### Kriterij za uporabo KPU:

Vsi možni reverzibilni vzroki sedanjega stanja so upoštevani. Po mnenju **večpoklicnega (multidisciplinarnega) tima se je začelo umiranje in za pacienta velja vsaj dvoje od navedenega:**

- Vezan je na posteljo.
- Tekočino lahko uživa le po požirkih.
- Ima motnje zavesti / je semikomatozen.
- Ne more več zaužiti tablet.

### Odločitev večpoklicnega tima o uporabi KPU:

Datum uvedbe KPU:..... Ura uvedbe KPU:.....

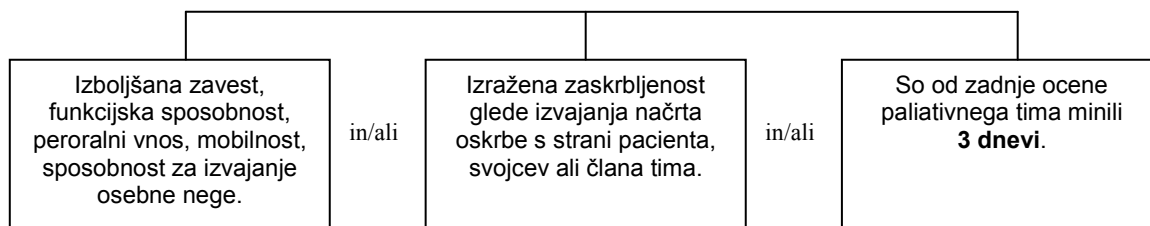
Ime (tiskano):..... Podpis:.....

**Podpiše naj se zdravstveni delavec, ki je s KPU pričel.**

**Odločitev je v najkrajšem času potrjena s strani osebnega ali lečečega zdravnika.**

Ime (tiskano):..... Podpis:.....

### Ocena paliativnega tima in pregled trenutnega načrta oskrbe, kadar je izpolnjen eden ali več spodnjih pogojev:



**Ocenimo potrebo po podpori specialističnega tima za paliativno oskrbo in/ali po drugem mnenju, če je to potrebno. Vsak datum in čas ponovnega ocenjevanja zabeležimo na str. 1. O načrtu sproti seznanjamo pacienta in svojce.**

### Zabeleži vse ponovne ocene večpoklicnega tima (vključno s ponovno oceno na vsake 3 dni)

Datum ponovne ocene:..... Datum ponovne ocene:.....

Datum ponovne ocene:..... Datum ponovne ocene:.....

Datum ponovne ocene:..... Datum ponovne ocene:.....

Datum ponovne ocene:..... Datum ponovne ocene:.....

**Če je vodenje po KPU ukinjeno, prosimo, zabeležite tukaj:**

Datum..... Ura.....

Vzroki za ukinitvev KPU:.....

.....

.....



Prvi del Začetna ocena (skupna ocena zdravnika in medicinske sestre)				
<b>Diagnoza in osnovne informacije</b>	DIAGNOZA:..... Komorbidnosti:..... ..... Narodnost:.....			
	<b>Ocena pacientovega stanja:</b>			
	Bolečina	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Urejeno <input type="checkbox"/>	Kontinenenca za blato	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>
	Nemir	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Urejeno <input type="checkbox"/>	Kontinenca za urin	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>
	Slabost	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Urejeno <input type="checkbox"/>	Urinski kateter	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>
	Bruhanje	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Urejeno <input type="checkbox"/>	Zmedenost	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>
	Dispneja	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Urejeno <input type="checkbox"/>	Pri zavesti <input type="checkbox"/> Motena zavest <input type="checkbox"/> Nezavesten <input type="checkbox"/>	
	Lahko požira	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>	Povečana sekrecija v dihalih	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Urejeno <input type="checkbox"/>
Zaprtje	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Urejeno <input type="checkbox"/>	Ima druge simptome (npr: edem, srbenje)	Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> .....	
<b>Komuniciranje</b>	<b>Cilj 1.1: Pacient lahko polno in aktivno sodeluje v komuniciranju.</b>			
	Doseženo <input type="checkbox"/> Izjema v poročanju <input type="checkbox"/> Nezavesten <input type="checkbox"/>			
	Ovire za potencialne težave komuniciranja so bile ocenjene. Prvi jezik..... Drugi prepoznani problemi..... Druge ovire pri komuniciranju..... Upoštevaj: demenco (uporaba ocenjevalnih orodij), nevrološka stanja in zmedenost.			
	Ali ima pacient zapisano vnaprejšnjo voljo? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>			
	Komentarji:..... .....			
	<b>Cilj 1.2: Pacientovi bližnji lahko aktivno sodeluje v komuniciranju</b>			
	Doseženo <input type="checkbox"/> Izjema v poročanju <input type="checkbox"/>			
	Prvi jezik..... Drugi prepoznani problemi..... Druge ovire za komuniciranje:.....			
<b>Cilj 1.3: Pacient se zaveda umiranja</b>				
Doseženo <input type="checkbox"/> Izjema v poročanju <input type="checkbox"/> Nezavesten <input type="checkbox"/>				
<b>Cilj 1.4: Pacientovi bližnji se zavedajo, da pacient umira</b>				
Doseženo <input type="checkbox"/> Izjema v poročanju <input type="checkbox"/>				
<b>Cilj 1.5: Informacija za kontakt pacientovih bližnjih</b>				
Doseženo <input type="checkbox"/> Izjema v poročanju <input type="checkbox"/>				
Prvo kontaktno ime:..... Razmerje s pacientom:..... Tel. št.:..... GSM:..... Kdaj lahko kličemo: Kadarkoli <input type="checkbox"/> Ne ponoči <input type="checkbox"/> V primeru bližajoče se smrti, želi ostati preko noči v bolnišnici <input type="checkbox"/>				
Drugo kontaktno ime:..... Razmerje s pacientom:..... Tel. št.:..... GSM:..... Kdaj lahko kličemo: Kadarkoli <input type="checkbox"/> Ne ponoči <input type="checkbox"/> V primeru bližajoče se smrti, želi ostati preko noči v bolnišnici <input type="checkbox"/>				
Naslednje kontaktno ime - je lahko drugo kot zgoraj Ni podatka <input type="checkbox"/>				
Ime:..... Ostali podatki kontakta:.....				
<b>Cilj 2: Pacientkovi bližnji so seznanjeni z obstoječo infrastrukturo in podporo.</b>				
Dobili so pisne/ustne informacije. Doseženo <input type="checkbox"/> Izjema v poročanju <input type="checkbox"/>				

Prvi del      Začetna ocena (skupna ocena zdravnika in medicinske sestre)																															
<b>Duhovnost</b>	<p><b>Cilj 3.1: Pacient ima možnost pogovora o tem, kar je pomembno zanj v tem času, npr. želje, občutki, vera, vrednote.</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/>    Nezavesten <input type="checkbox"/></p> <p><b>Je imel pacient priložnost pogovora o zgornjem</b>      Da <input type="checkbox"/>    Ne <input type="checkbox"/>    Nezavesten <input type="checkbox"/></p> <p>Religija, prosimo, specificiraj:.....</p> <p>Pacient ima možnost podpore strokovnjaka za duhovno oskrbo      Da <input type="checkbox"/>    Ne <input type="checkbox"/></p> <p>Če ne, navedi razloge:.....</p> <p>Sedanje potrebe:.....</p> <p>Potrebe ob smrti:.....</p> <p>Potrebe po smrti:.....</p>																														
	<p><b>Cilj 3.2: Pacientovi bližnji imajo možnost pogovora o tem, kaj je pomembno zanj v tem času, npr. želje, občutki, vera, vrednote</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></p> <p>Komentarji.....</p> <p>.....</p> <p><b>Je bližnji uporabil to možnost pogovora</b>      Da <input type="checkbox"/>    Ne <input type="checkbox"/></p>																														
<b>Zdravila</b>	<p><b>Cilj 4.1: Pacient ima predpisano terapijo po potrebi za naslednjih šest simptomov, ki se lahko razvijejo v zadnjih urah in dneh življenja</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Bolečina    <input type="checkbox"/> Nemir    <input type="checkbox"/> Sekrecija dihal    <input type="checkbox"/> Slabost / Bruhanje    <input type="checkbox"/> Dispneja    <input type="checkbox"/> Povišana telesna temperatura</p> <p>Do sedaj predpisana zdravila so se pregledala in tista, ki niso utemeljena, ukinila.</p>																														
	<p><b>Cilj 4.2: Oprema za kontinuirano dovajanje podkožne infuzije zdravil je na voljo, če je pacientu potrebna</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/>    Že nameščena <input type="checkbox"/>    Ni potrebna <input type="checkbox"/></p>																														
<b>Sedanje intervencije</b>	<p><b>Cilj 5.1: Pacientove potrebe za intervencije so pregledali člani večpoklicnega tima</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trenutno ne prejema / ni odvzeto</th> <th>Prekinjeno</th> <th>Nadaljevanje</th> <th>Začetek</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>5a: Rutinske krvne preiskave</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>5b: Intravenozni antibiotiki</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>5c: Merjenje krvnega sladkorja</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>5d: Rutinsko merjenje vitalnih znakov</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>5e: Dodani kisik v vdihanem zraku</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Trenutno ne prejema / ni odvzeto	Prekinjeno	Nadaljevanje	Začetek	<b>5a: Rutinske krvne preiskave</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>5b: Intravenozni antibiotiki</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5c: Merjenje krvnega sladkorja</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>5d: Rutinsko merjenje vitalnih znakov</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>5e: Dodani kisik v vdihanem zraku</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Trenutno ne prejema / ni odvzeto	Prekinjeno	Nadaljevanje	Začetek																										
<b>5a: Rutinske krvne preiskave</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<b>5b: Intravenozni antibiotiki</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<b>5c: Merjenje krvnega sladkorja</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<b>5d: Rutinsko merjenje vitalnih znakov</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<b>5e: Dodani kisik v vdihanem zraku</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<p><b>5.2: Pacient ima sprejeto odločitev: NI ZA REANIMACIJO</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></p>																															
<b>Prehrana</b>	<p><b>Cilj 6: Potrebo po umetnem hranjenju je ocenil paliativni tim</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></p> <p>Če pacient že prejema parenteralno prehrano, zabeleži pot vnosa      NGS <input type="checkbox"/>    PEG/PEJ <input type="checkbox"/>    I.V. <input type="checkbox"/></p> <p>Ali je parenteralna prehrana potrebna?      Ni potrebna <input type="checkbox"/>    Prekinjena <input type="checkbox"/>    Se nadaljuje <input type="checkbox"/></p>																														
	<p><b>Cilj 7: Potrebo po parenteralnem nadomeščanju tekočin je ocenil paliativni tim</b>      Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></p> <p>Če pacient že prejema parenteralno dovajanje tekočin, prosim označite    I.V. <input type="checkbox"/>    S.C. <input type="checkbox"/>    PEG/PEJ <input type="checkbox"/>    NGS <input type="checkbox"/></p> <p>Ali je parenteralno dovajanje tekočin potrebno?    Ni potrebno <input type="checkbox"/>    Prekinjeno <input type="checkbox"/>    Se nadaljuje <input type="checkbox"/>    Se prične <input type="checkbox"/></p>																														
<b>Dovajanje tekočin</b>																															

**Liverpoolska klinična pot umiranja (KPU) - podpora obravnavi v zadnjih urah in dnevih**

<b>Prvi del      Začetna ocena (Skupna ocena zdravnika in medicinske sestre)</b>		
<b>Oskrba kože</b>	Cilj 8: Ocenimo stanje pacientkove kože <span style="float: right;">Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></span>	
<b>Razlaga načrta oskrbe</b>	Cilj 9.1: Pacientu smo v celoti razložili trenutni načrt oskrbe <span style="float: right;">Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/>    Nezavesten <input type="checkbox"/></span>	
	Cilj 9.2: Svojcem ali skrbnikom smo v celoti razložili trenutni načrt oskrbe <span style="float: right;">Doseženo <input type="checkbox"/>    Izjema v poročanju <input type="checkbox"/></span>	
	Ime prisotnih svojcev ali skrbnikov ter njihovo razmerje do pacienta:..... ..... Imena prisotnih zdravstvenih delavcev: .....	
Če ste pri katerem od ciljev oskrbe zabeležili "izjemo v poročanju", prosimo, da to zabeležite na obrazec Spremljanje izjem v poročanju, gl.str.6.		
<b>Podpis</b>	<b>Prosim, podpišite se, ko končate začetno oceno</b>	
	Ime zdravnika (tiskano): .....	Ime medicinske sestre (tiskano): .....
	Podpis:..... Datum.....Ura.....	Podpis:..... Datum.....Ura.....
<b>Zabeležke začetne ocene večpoklicnega tima za nadaljnjo obravnavo</b>		
<b>Datum</b>	<b>Informacije o: Načrt oskrbe za vzdrževanje integritete kože, prehrane/hidracije – vključiti vse pomembne informacije, ki se nanašajo na pacienta; ocena potreb svojcev ali skrbnikov</b>	

**Seznam zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v oskrbi pacienta**

<i>Ime in priimek (tiskano)</i>	<i>Podpis</i>	<i>Inicialke</i>	<i>Strokovni naslov</i>	<i>Datum</i>

**Drugi del: Sprotno spremljanje načrta oskrbe – KPU**

Nalepka pacienta

Dan / datum .....

**List Sprotno spremljanje načrta oskrbe zamenjajte vsak dan!**

Oznake, ki jih zabeležimo znotraj določenega časovnega obdobja **D** = Doseženo **Iz** = Izjema v poročanju (razlago izjeme v obravnavi vpišite v list »Spremljanje izjem v poročanju«, gl.str.6). Doseganje ciljev spremljamo, če je le mogoče vsake štiri ure.

<b>V okence se ne podpisujte, temveč vpišite D ali Iz</b>	<b>ura:</b>	<b>ura:</b>	<b>ura:</b>	<b>ura:</b>	<b>ura:</b>	<b>ura:</b>
<b>Cilj a: Pacient nima bolečin</b> Če je pacient pri zavesti, to sam izrazi. Ob gibanju ne občuti bolečine.						
<b>Cilj b: Pacient ni vznemirljen</b> Pacient ne kaže znakov nemira ali stiske. Če pa jih kaže izključimo reverzibilne vzroke.						
<b>Cilj c: Pacient nima izločkov/sluzi iz dihalnih poti</b> Oceni potrebo po spremembi položaja. Potrebna zdravila uvedemo pravočasno.						
<b>Cilj d: Pacient ne čuti slabosti</b>						
<b>Cilj e: Pacient ne bruha</b>						
<b>Cilj f: Pacient nima težkega dihanja</b> Izrazi pacient sam, če je pri zavesti. Pacientu lahko spremenimo položaj. Pacientu damo zdravilo za težko dihanje po potrebi.						
<b>Cilj g: Pacient nima težav z izločanjem urina</b> Uporaba inkontinenčnih pripomočkov ter urinskega katetra, kadar je to potrebno.						
<b>Cilj h: Pacient nima težav z izločanjem blata</b> Spremljamo zaprtje/drisko, stanje kože. Zadnje izločanje blata:.....						
<b>Cilj i: Pacient nima drugih simptomov</b> Pacientovi drugi simptomi: ..... Če drugi simptomi niso prisotni, označite to z NP.						
<b>Cilj j: Pacient prejema oskrbo v okolju, ki je primerno njegovim osebnim potrebam</b> Zagotavljanje zasebnosti, tišina, glasba, tema, svetloba, slike, fotografije, dosegljiv zvonec za klicanje medicinske sestre.						
<b>Cilj k: Pacientovo psihično dobro počutje je zagotovljeno</b> Prisotnost ob postelji. Spoštljiva verbalna in neverbalna komunikacija, pozorno poslušanje. Pacienta se dotikamo, če je to primerno. Za zadovoljevanje duhovnih/verskih/kulturnih potreb se lahko vključi izvajalec duhovne oskrbe.						
<b>Cilj l: Dobro počutje svojcev ali oskrbovalcev, ki so ob pacientu, je zagotovljeno</b> Že sama navzočnost ob pacientovi postelji je lahko znak skrbi in podpore. Pozorni smo na duhovne/verske/kulturne potrebe.						
<b>Cilj m: Pacientovo udobje in varnost ob jemanju zdravil sta zagotovljena</b> Pacient ima nameščen podkožni metuljček, za dajanje zdravil po potrebi. Pacient prejema le tista zdravila, ki mu trenutno koristijo. Če pacient ne prejema zdravil, označite to z NP.						
<b>Cilj n: Pacient prejema tekočine za podporo njegovih osebnih potreb</b> Pozorni smo na znake aspiracije in/ali dihalne stiske. V primeru, da je pacient simptomatsko dehidriran in sam ni sposoben zaužiti tekočine, presodimo o smiselnosti parenteralne hidracije.						
<b>Cilj o: Pacientova usta so vlažna in čista</b>						
<b>Cilj p: Skrbimo, da je pacientova koža neprizadeta</b> Upoštevamo pacientove osebne potrebe. Ocena po lestvici Waterlow.						
<b>Cilj r: Pacientova osebna higiena je urejena</b> Osebno higieno izvajamo glede na osebne potrebe. V izvajanje vključimo tudi svojce ali skrbnike.						
<b>Podpis osebe, ki je izvajala ocenjevanje</b>						

Liverpoolska klinična pot umiranja (KPU) - podpora obravnavi v zadnjih urah in dnevih

<b>Spremljanje izjem v poročanju</b>		
<b>Opis izjeme (Zakaj ? Kaj je problem?)</b>	<b>Izvedene aktivnosti</b>	<b>Izid (ali ste problem rešili?)</b>
<p><i>Cilj:</i></p>     <p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>
<p><i>Cilj:</i></p>     <p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>
<p><i>Cilj:</i></p>     <p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>
<p><i>Cilj:</i></p>     <p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>
<p><i>Cilj:</i></p>     <p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>
<p><i>Cilj:</i></p>     <p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>	<p><i>Podpis:.....</i></p> <p><i>Datum/ ura:.....</i></p>

## Liverpoolska klinična pot umiranja (KPU) - podpora obravnavi v zadnjih urah in dnevih

<b>Tretji del</b>	<b>Oskrba po smrti</b>
<b>Ugotovitev smrti</b>	

Datum smrti: ..... Ura smrti: ..... Mesto obravnave: .....

Prisotne osebe: .....

Podpis: .....

<b>Cilj 10 Imamo podatke o kontaktni osebi za sporočanje smrti</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
Če nimamo, obvestimo odgovornega delavca, ki pridobi podatke svojcev oz. uredi odvoz trupla na Žale.		
Datum: ..... Podpis odgovornega delavca: .....		
<b>Cilj 11 Bližnji umrlega so obveščeni o smrti</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
Zdravnik je, glede na željo bližnjih, sporočil smrt po telefonu v roku ene ure od smrti:		
<input type="checkbox"/> ni potrebno, bližnji so bili ob smrti prisotni <input type="checkbox"/> da, datum: ..... ura: ..... <input type="checkbox"/> ne, bližnji se niso javili ⇒ telegram <b>(med vikendom poteka postopek sporočanja o smrti pacienta samo preko telefona)</b>		
<input type="checkbox"/> Poslan telegram, datum: ..... ura: .....		
<b>Cilj 11.1 Informacijo o smrti je bila sporočena v arhiv / sprejemno pisarno</b> (zaradi statistične obdelave podatkov)	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
<b>Cilj 11.2 Odvoz umrlega iz bolniškega oddelka</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
<input type="checkbox"/> Umrlega so odpeljali iz oddelka v prosekuro dve uri po smrti. Datum: ..... ura: .....		
<b>V primeru, da po 24. urah (oz. 60-ih urah med vikendom) pogrebna služba umrlega ne odpelje, delavec v prosekuri obvesti koordinatorja oz. odgovorno MS na oddelku.</b>		
Datum: ..... ura: .....		
<b>Cilj 12 Osebnega izbranega zdravnika ste obvestili o pacientovi smrti</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	Datum: <input type="checkbox"/> Izjema
Osebnemu izbranemu zdravniku se pošlje pisno obvestilo o pacientovi smrti.		
<b>Cilj 12.1 Postopki za oskrbo umrlega po sprejetih bolnišničnih standardih</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
Ravnajte se po specifičnih religioznih / duhovnih / kulturno značilnih potrebah ali željah.		
<b>Cilj 12.2 Postopki po smrti</b> (preveri sledeče)	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
Na primeren način obrazložite možnost ogleda trupla.	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Družino obvestite o potrebi po odstranitvi srčne naprave ali spodbujevalnika pred upepelitvijo.	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP
Na primeren način se pogovorite o postopkih po smrti.	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Vnesite informacije o pacientovi smrti v bolnišnično datoteko.	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Cilj 12.3 Družini/bližnjim ste razložili bolnišnični postopek po smrti</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
<input type="checkbox"/> Družini/drugim ste predali informacijo o kraju in času za dvig potrdila o ugotovljeni smrti.		
<b>Cilj 12.4 Bolnišnična navodila o rokovanju s pacientovimi predmeti in lastnino so upoštevana</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
<input type="checkbox"/> Pacientovo lastnino zabeleži odgovorna oseba in to potrdi s podpisom. <input type="checkbox"/> Pacientova lastnina je zbrana, popisana in varno shranjena.		
<b>Cilj 12.5 Potrebna dokumentacija in nasveti posredovani pravi osebi</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> Izjema
<b>Cilj 12.6 Izročena zloženka o žalovanju</b>	<input type="checkbox"/> Doseženo	<input type="checkbox"/> izjema

Podpis: .....

Datum: .....



## Priloga 9

### **MREŽA IZVAJALCEV PALIATIVNE OSKRBE IZVEN OI, KI SO SE NEPOSREDNO VKLJUČILI V PILOTNI PROJEKT: IZVAJANJE CELOSTNE PO V LJUBLJANSKI REGIJI**

<b>Zdravstveni domovi</b>
ZD-Grosuplje
ZD Kamnik
ZD Ljubljana Moste
Zdravstveni zavod Revita
ZD Idrija
ZD-Radovljica
ZD-LJ-Center
Zasebna ambulanta;dr. Jože Vidmar
ZD-Bežigrad
ZD Mengeš
ZD-Videm-Dobropolje
Zdravstveni zavod Zdravje LJ
ZD-Metelkova
ZD Litija
ZD LJ-Moste-Fužine
ZD-Bežigrad
ZD Grosuplje, dr. Taseski
ZD Ribnica
ZD Šentvid
Zasebna ambulanta LJ: Vesna Rojc Pečnik
ZD Izola
ZD Postojna
ZD Šiška
ZD Kranj
Psihiatrična bolnišnica Polje
Zasebna amb. Dobropolje
ZD Vrhnika
ZD Sežana
ZD Pivka
Zasebna amb. Škofja Loka, dr. Pintar Hafner Romana
Zasebna ordinacija Medicus
dr. Marjana Grosek Pšeničnik; zasebna ambulanta, Dunajska cesta 22



Klinični oddelek za gastroenterologijo
ZD Brežice
ZD Preddvor
ZD Ivančna Gorica
ZD Tržič
ZD Ljubljana Center
ZD Hrastnik)
ZD Ljubljana -Vnanje Gorice
Železničarski zdravstveni dom Ljubljana
ZD Medvode
ZD Lovrenc na Pohorju
ZD Ljubljana-Vič
ZD Bohinj
ZD Domžale – ZP Mengeš
ZD Moravče
ZD Moste-Polje
ZD Polje – Lj.
ZD Krško
ZD Logatec

<b>Domovi starejših občanov</b>
DSO Trnovo
DSO Kuzma
DSO Zimzelen
<b>Druge ustanove/bolnišnice</b>
Psihiatrična klinika Ljubljana, Oddelek za psihogerontologijo
Varstveno delovno center Nova gorica, enota Stara gora
Bolnišnica Sežana
KOPA Golnik

## Priloga 10

### Uporaba zdravil v zadnjih šestih dneh življenja in njihova finančna ocena na OI

P. Tavčar, T. Žagar, P. Mlakar, B. Zavratnik, J. Červek, M. Ivanetič

## Namen

---

- ▶ razlike v porabi zdravil
  - ▶ P - bolniki v paliativni oskrbi
  - ▶ K - kontrolna skupina – bolniki vodeni standardno

## Vključitveni kriteriji

- ▶ hospitalizacija  $\geq$  6 dni
- ▶ bolnik je umrl na OI v letu 2010
  - ▶ dan smrti = dan 1
- ▶ vzrok smrti je neozdravljiv napredovali rak

▶ 3

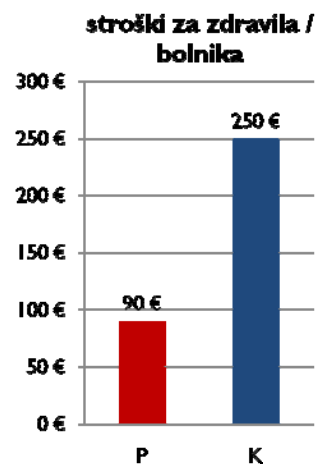
## Diagnoze

	P	K
ledvica, mehur	7	7
dojka	4	4
debelo črevo, danka	3	3
pankreas	3	3
maligni melanom	2	2
grlo, požiralnik, želodec	2	2
maternica	1	1
peritonej	1	1
možgani	1	1
pljuča	1	1
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>25 bolnikov (M 9, Ž 16)</b>	<b>25 bolnikov (M 11, Ž 14)</b>
<b>povprečna starost</b>	<b>65,6 let (43 – 83)</b>	<b>65,2 let (40 – 82)</b>

▶ 4

## Stroški za zdravila

	P	K
št. bolnikov	25	25
stroški za zdravila (v 6 dnevih)	2.300 €	6.300 €
stroški za zdravila (v 6 dnevih) / bolnika	90 €	250 €
št. zdravil / bolnika	11,7 (4 – 20)	15,6 (6 – 41)

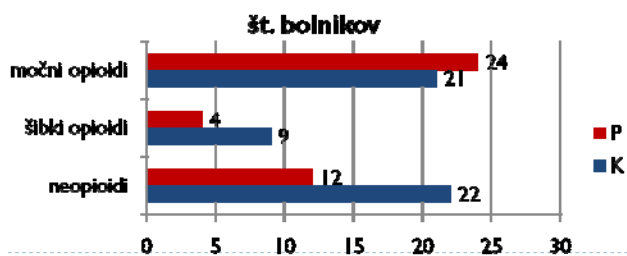


▶ 5

## Najpogosteje predpisana zdravila - analgetiki

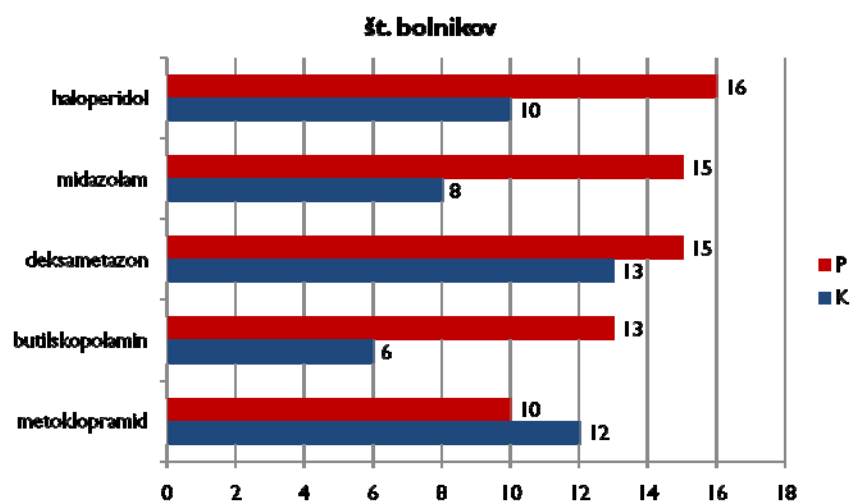
### ▶ Močni opiodi

	P	K
št. bolnikov	24 (96%)	21 (84%)
stroški	540 €	420 €
elast. čr. (sc)	5 bolnikov	5 bolnikov
EDK	1 bolnik	/



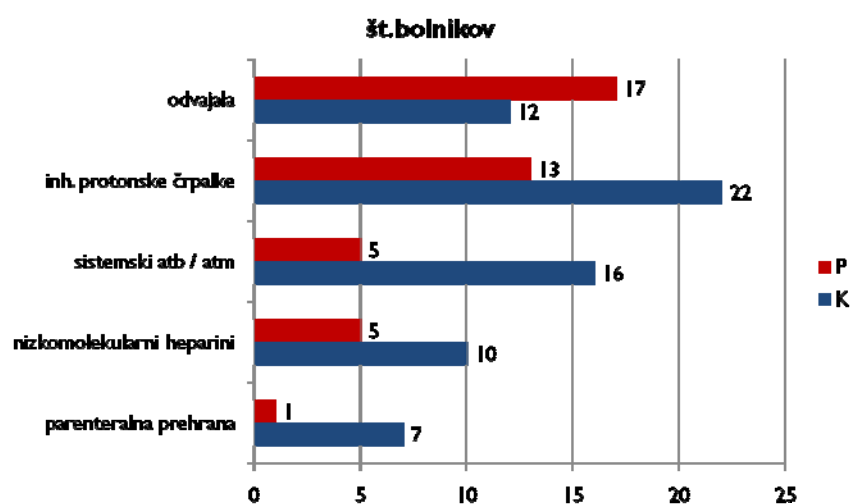
▶ 6

## Najpogosteje predpisana zdravila (2)



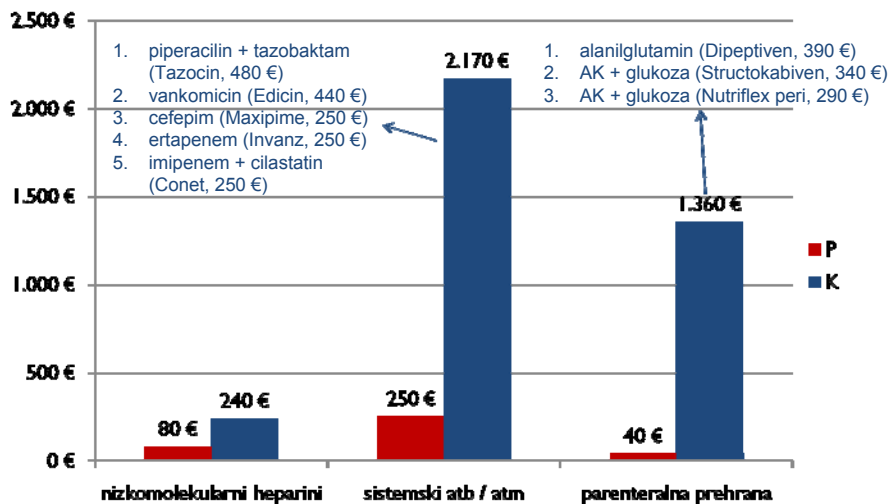
▶ 7

## Najpogosteje predpisana zdravila (3)



▶ 8

## Stroški za nekatere skupine zdravil



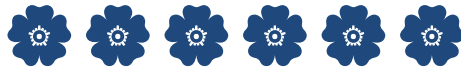
▶ 9

## Polifarmacija

- ▶ **H.T., 41 zdravil**
- ▶ Morphin amp
  - ▶ Dipidolor amp
  - ▶ Oxycontin tbl
  - ▶ Zinacef amp
  - ▶ Conet amp
  - ▶ Edicin amp
  - ▶ Diflazon amp
  - ▶ Metronidazol amp
  - ▶ Ultop amp, kaps
  - ▶ Reglan amp, tbl
  - ▶ Portalak sirup
  - ▶ Fragmin br.
  - ▶ Edemid tbl, amp, forte amp
  - ▶ Aldactone tbl
  - ▶ Analgin amp
  - ▶ Akineton tbl
  - ▶ Haldol amp
  - ▶ Zyprexa tbl
  - ▶ Fluzeepam kaps
  - ▶ Prostigmin amp
  - ▶ Arterenol amp
  - ▶ Alburnorm
  - ▶ 5% glukoza
  - ▶ Ringer laktat
  - ▶ Voluven
  - ▶ Volulyte
  - ▶ Tetraspan
  - ▶ Omegaven
  - ▶ Aminomix
  - ▶ Dipeptiven
  - ▶ Selen amp
  - ▶ Vitalipid amp
  - ▶ Soluvit amp
  - ▶ Addamel amp
  - ▶ Magnezijev sulfat amp
  - ▶ Kalijev klorid amp
  - ▶ Kalijev fosfat amp



▶ 10



---

 simvastatin

 atorvastatin

## Zaključek (1)

---

- ▶ stroški za zdravila v zadnjih 6 dnevih so pri bolnikih v paliativni oskrbi 2,5-krat manjši kot pri standardno vodenih bolnikih
- ▶ razlika v stroških je posledica predpisovanja sistemskih antibiotikov in antimikotikov ter parenteralne prehrane

## Zaključek (2)

---

- ▶ bolečina v obeh skupinah “dobro” urejena
- ▶ v paliativni skupini večja poraba
  - ▶ butilskopolamina
  - ▶ midazolama
  - ▶ haloperidola
  - ▶ odvajal
- ▶ v kontrolni skupini večja poraba
  - ▶ neopioidnih analgetikov
  - ▶ inhibitorjev protonске črpalke
  - ▶ sistemskih antibiotikov / antimikotikov
  - ▶ nizkomolekularnih heparinov
  - ▶ parenteralne prehrane

---

▶ 13

## Priporočila

---

- ▶ Ohranimo samo ključna zdravila, ki bodo bolniku omogočala kvalitetnejše poslednje trenutke življenja (analgetiki, antiemetiki, sedativi, anksiolitiki, antiholinergiki).
- ▶ Po potrebi zamenjamo pot vnosa zdravil.
- ▶ Opustimo vsa nepotrebna zdravila (antibiotike, antidepresive, odvajala, antiaritmike, antikoagulate, vitamine).
- ▶ Spremembe pojasnimo bolniku in svojcem.

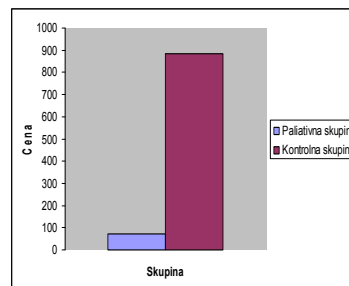
---

▶ 14



## Stroški za posege/preiskave

	P	K
št. bolnikov	25	25
stroški za preiskave (v 6 dneh)	1.765 €	22.109 € (4115 €*)
stroški za preiskave (v 6 dneh) / bolnika	71 €	884 € (165 €)
št. preiskav / bolnika	21	43

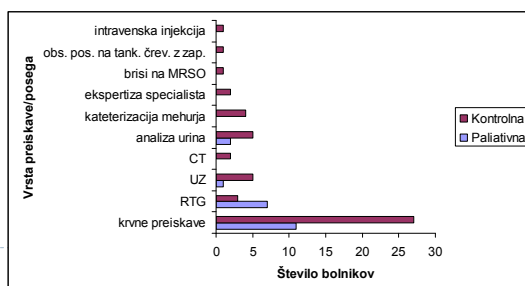


Opmemba (\*): Po ceni izstopa operacija: obs. pos. na tank, deb. črev., zapleti. Cena v 6 dneh za preiskave pri kontrolni KS je bila s to operacijo 22.109 evrov, pri PSI pa 1765 evrov, brez operacije je bila cena posegov/preiskav v zadnjih 6-dnevh pri KS 4115 evrov, kar je za 2,3 več kot v paliativni skupini.

► 15

## Najpogosteje izvedene preiskave

Vrsta preiskave/posega	P	K
krvne preiskave	11	27
RTG	7	3
UZ	1	5
CT	0	2
analiza urina	2	5
kateterizacija mehurja	0	4
ekspertiza specialista	0	2
brisi na MRSO	0	1
obstruktivni poseg na tankem črevesju-op.	0	1
intravenska injekcija	0	1



► 16