



Datum: \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Patientens namn: \_\_\_\_\_

Verksamhet/Vårdenhet: \_\_\_\_\_

Mål: Att patienten upplever fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt välbefinnande. Att patienten och närstående upplever värdighet och största möjliga livskvalitet. Optimal symtomlindring och fokus på vårdinsatser som gagnar patienten.

STATUSOMRÅDE	PROBLEM OCH RISKER	DATUM FÖR AKTUELLA PROBLEM			
		PÅBÖRJAT	AVSLUTAT	PÅBÖRJAT	AVSLUTAT
Kommunikation	01 Nedsatt kommunikativ förmåga	<input type="checkbox"/>			
	02 Förvirring	<input type="checkbox"/>			
Kunskap Utveckling	03 Otillräcklig kunskap	<input type="checkbox"/>			
Andning Cirkulation	04 Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>			
	05 Ödem	<input type="checkbox"/>			
Nutrition Ätande	06 Illamående Kräkning	<input type="checkbox"/>			
	07 Nutritionsproblem	<input type="checkbox"/>			
	08 Törst Dehydrering	<input type="checkbox"/>			
	09 Nedsatt munhälsa	<input type="checkbox"/>			
Elimination	10 Urininkontinens	<input type="checkbox"/>			
	11 Urinretention	<input type="checkbox"/>			
	12 Förstoppning	<input type="checkbox"/>			
	13 Diarré	<input type="checkbox"/>			
Hud Vävnad	14 Tryckskada	<input type="checkbox"/>			
	15 Klåda	<input type="checkbox"/>			
	16 Sår	<input type="checkbox"/>			
Aktivitet ADL	17 Nedsatt rörlighet förflyttningsförmåga	<input type="checkbox"/>			
	18 Nedsatt aktivitetsförmåga ADL	<input type="checkbox"/>			
	19 Fatigue Utmattning Trötthet	<input type="checkbox"/>			
Sömn Vila	20 Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>			
Smärta Sinnesintryck	21 Smärta	<input type="checkbox"/>			
Intimitet Sexualitet	22 Begränsad möjlighet till intimitet närhet	<input type="checkbox"/>			
Psykosocialt	23 Ängslan Oro Rädsla Ångest	<input type="checkbox"/>			
	24 Nedsatt välbefinnande Nedstämdhet	<input type="checkbox"/>			
	25 Bristande stöd patient närstående	<input type="checkbox"/>			
Andligt/Kulturellt	26 Existentiell oro	<input type="checkbox"/>			
Säkerhet	27 Fall och fallskada	<input type="checkbox"/>			
Individuell vårdplan <sup>IVP</sup>	28 Ange problem:	<input type="checkbox"/>			
Individuell vårdplan <sup>IVP</sup>	28 Ange problem:	<input type="checkbox"/>			
Individuell vårdplan <sup>IVP</sup>	28 Ange problem:	<input type="checkbox"/>			
Vårdåtgärder för palliativ vård avslutas <small>Ange orsak och sammanfattning på baksidan</small>		<input type="checkbox"/>	Datum	Sign	



**VÅRDDIAGNOS**  NEDSATT KOMMUNIKATIV FÖRMÅGA

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Patient, närstående och personal kan kommunicera med varandra på ett tillfredsställande sätt.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Använder hörapparat						
Använder glasögon						
Närstående bistår vid kommunikation						
Använder tolk vid samtal <small>språk</small>						
Kommunikationshjälpmedel <small>ex läsplatta</small>						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Bedöm kommunikation och kognitiv förmåga vid varje möte och dokumentera vid förändring

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_



**VÅRDDIAGNOS**     AKUT/TILLFÄLLIG FÖRVIRRING     KRONISK FÖRVIRRING

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Symtomlindring vid akut tillstånd. Optimal sinnesnärvaro. Balans mellan symtomfrihet och sedering.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Uteslut bakomliggande orsaker*						
Demensutredning						
Övervaka medvetandegrad och orienteringsförmåga						
Kartlägg förändring över dygn						
Anpassning av miljön (lappar)						
Minimera stimuli						
Närvaro, social samvaro						
Ordinera vak, lämna ej ensam						
Kontinuitet i vårdrelationen						
Info. till patient och närstående om medicinsk behandling						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Dagligen vid akut förvirringstillstånd. Dokumentera vid förändring

Resultat och utvärdering

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

\*t.ex. infektion, hypoxi, smärta, urinretention, förstoppning, högt/lågt blodsocker, högt kalcium eller annan elektrolytrubbning

Patient id: \_\_\_\_\_





**VÅRDDIAGNOS**     **OTILLRÄCKLIG KUNSKAP OM SIN SITUATION**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Patient och närstående är välinformerade om planerad vård och behandling. Känner trygghet i livssituationen

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Muntlig information						
Skriftlig information						
Informerande samtal						
Individanpassad undervisning						
Upprepad info./undervisning						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Regelbunden uppföljning med utgångspunkt i det som bekymrar patienten.

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_



DATUM	TEAMANTECKNING	SIGN

Läsexemplar





**VÅRDDIAGNOS**

**ANDNINGSBESVÄR** Avser t ex andnöd, snabb/långsam andning, andfåddhet, rosslig andning.

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Fria luftvägar. Fri från ångest, lufthunger och obehag från andningsvägarna.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömningsinstrument:  ESAS  IPOS Annat \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Andningsfrekvens						
Saturationskontroll						
Hjälp med lägesändring						
Höjd huvudända						
Hjärtslagsläge						
Hjälp med munvård						
Fläkt						
Luft på grimmalmask						
Andningsträning						
Inhalationsträning						
Fysisk träning						
Gånghjälpmedel						
Syrgas						
Individuell handlingsplan för hantering av akut andnöd						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan







**VÅRDDIAGNOS**     **ÖDEM**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Förhindra ödemutveckling. Inga komplikationer som smärta, sår, försämrad rörlighet eller trombos.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Utred bakomliggande orsaker						
Ultraljud Dopplerundersökning						
Mätning av ödemomfång						
Viktkontroll						
Högläge i säng						
Fotvagga i sittande						
Kompressionsbehandling						
Fysisk träning						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl.läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:     Vid vårdkontakt     Annat

Resultat och utvärdering

Datum

---

Sign

Datum

---

Sign

Datum

---

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan







### VÅRDDIAGNOS

ILLAMÅENDE

KRÄKNING

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Fri från kräkning. Hanterbart illamående.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömningsinstrument:  ESAS  IPOS Annat \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Utred bakomliggande orsaker*						
Lägesändring <input type="checkbox"/> undvik <input type="checkbox"/> testa						
Vätskelista						
Vätskebalans						
Intravenös/subkutan infart						
Akupunktur						
Akupressur						
TENS						
Smittskyddsåtgärder						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Vid varje vårdkontakt och efter given behandling

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

\* t ex dålig munhälsa, infektion, läkemedel, hinder

Patient id: \_\_\_\_\_



**VÅRDDIAGNOS**     **UNDERNÄRING**     **RISK FÖR UNDERNÄRING**     **ANNAT NUTRITIONSPROBLEM**

Beskriv problemet

pga \_\_\_\_\_

Datum

Sign

**Mål: Näringsintag tillräckligt för att upprätthålla ork och aktivitetsnivå i dagligt liv.**

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning:    Ätsvårigheter     ja     nej    Längd(m)    Vikt (kg)    BMI (kg/m<sup>2</sup>)    MNA  
                   Nedsatt aptit         ja     nej  
                   Ofrivillig viktnedgång     ja     nej    Individuellt uträknat näringsintag    \_\_\_\_\_    \*kcal/dag

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Viktkontroll <small>Ange frekvens</small>						
Info. om näringsbehov, risker						
Kost- vätskeregistrering max 3 dagar						
Näringsdryck ange mängd och sort						
Kosttillskott						
Kost efter önskemål önskekost						
Åtstödjande insatser						
Specialkost						
Intravenös infart						
Parenteral nutrition vätska						
Sond enl. ord.						
Sondnäring enl. dietist						
Nutritiv gastrostomi (t.ex. PEG)						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: En gång per     Vecka     Månad     Var tredje månad     Annat

Resultat och utvärdering

Datum

Sign

Datum

Sign

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

\*Intag för uppegående 30 kcal/ kg kroppsvikt. Intag för sängliggande 25 kcal/kg kroppsvikt

Patient id: \_\_\_\_\_







**VÅRD DIAGNOS**  TÖRST  RISK FÖR DEHYDRERING  DEHYDRERING

Beskriv problemet

---

Datum Sign

Mål: Vätskebalans. Individuellt vätskeintag \_\_\_\_\_ ml|dygn Ca 30 ml/kg kroppsvikt & dygn

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Utred bakomliggande orsaker						
Vätskelista i max tre dagar						
Påminnelse om att dricka						
Viktkontroll <small>Ange frekvens</small>						
Läkemedelsgenomgång						
Parenteral vätska enl.läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Fortlöpande vid tecken på uttorkning.

Resultat och utvärdering

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id:



DATUM	TEAMANTECKNING	SIGN

Läsexemplar

Patient id:      )  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
)


**VÅRDDIAGNOS**
 **NEDSATT MUNHÄLSA** t ex skadad munslemhinna, krustor, svampinfektion

Beskriv problemet

---



---



---

Datum

Sign

Mål: Intakt och fuktig slemhinna, fri från infektion.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

 Bedömningsinstrument:  ROAG     Annat \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Hjälp med munvård						
Salivstimulerande preparat						
Saliversättning						
Kontakt med tandvården						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

 Planerad utvärdering: En gång per  Vecka     Månad     Annat

Resultat och utvärdering

 Datum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Sign

 Datum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Sign

 Datum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan





**VÅRDDIAGNOS**  **URININKONTINENS**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: God hygien, torr och hel hud.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Kontakt med uroterapeut						
Inkontinensutredning						
Inkontinenshjälpmedel						
Hjälp med nedre toalett						
Hudinspektion						
Fuktavstötande salva						
Blåstråning						
Bäckenbottenträning						
Värdera behov av urinkateter (KAD)						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_



**VÅRDDIAGNOS**  **URINRETENTION**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Funktionell urintömning. Förhindra övertänjning av blåsa. Individuellt ordinerad maxvolym i blåsan: \_\_\_\_\_ ml

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning:  Bladderscan  Annat \_\_\_\_\_

Upprepa efter nytt miktionsförsök vid RES > 200ml. Åtgärda efter läkarkontakt vid RES > 400 ml

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Hjälp till toaletten						
Påminnelse om toalettbesök						
Urinmätning						
Blåspalpatation						
Intermittent tappning (RIK)						
Urinkateter (KAD)						
Läkemedelsgenomgång						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Var fjärde timma  Dagligen  Annat

Resultat och utvärdering

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan







VÅRDDIAGNOS  RISK FÖR FÖRSTOPPNING  FÖRSTOPPNING

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: För patienten normal tarmfunktion. Fri från obehag. God vätsketillförsel.

Individuellt uträknat vätskebehov: \_\_\_\_\_ ml <sup>30 ml/kg kroppsvikt och dygn.</sup>

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: Mjuk bukpalpation och eventuell försiktig undersökning per rectum.

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Avföringsregistrering						
Vätskeregistrering i max 3 dagar						
Info. om kost, dryck, fysisk aktivitet						
Hjälp med toalettbesök						
Hjälp med fysisk aktivitet						
Mjuk bukmassage						
Fysisk träning						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Dagligen  Var tredje dag  Annat

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id:



**VÅRDDIAGNOS**  **DIARRÉ**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: För patienten normal tarmfunktion. God vätsketillförsel. God hygien. Fri från hudirritation.

Individuellt uträknat vätskebehov: \_\_\_\_\_ ml 30ml/kg kroppsvikt och dygn

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Utredning av bakomliggande orsaker						
Uteslut infektion, faecesodling						
Hjälpmedel, blöja, bäddskydd						
Hjälp med nedre toalett						
Hudinspektion						
Fuktavstötande salva						
Stoppande kost t.ex. blåbär						
Tillförsel av extra vätska						
Vätskeersättning enl. ord.						
Smittskyddsåtgärder						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Dagligen  Var tredje dag  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_



**VÅRDDIAGNOS**     RISK FÖR TRYCKSKADA     TRYCKSKADA

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Hel hud|påvisad sårhäkning. Inga nyttillkomna tryckskador. God sitt- och liggkomfort.

Bedömningsinstrument:

Modifierad Nortonskala     Trycksårskortet Särbedömning

Annat \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Info. om riskfaktorer och vård						
Översyn av närings- och vätskeintag						
Näringsdryck <small>ange sort och antal</small>						
Inspektion av huden						
Mjukgörande hudsalva						
Tryckavlastande madrass						
Tryckavlastande sittdyna						
Tryckavlastande hjälpmedel						
Lägesändring						
Vändschema Sittschema						
Omläggning enl. ord.						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:

Dagligen

Var tredje dag

Vid vårdkontakt

Annat \_\_\_\_\_

Resultat och utvärdering

Datum

Sign

Datum

Sign

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_





**VÅRDDIAGNOS**  **KLÅDA**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Hel hud. Fri från klåda.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Utred bakomliggande orsaker						
Inspektion av huden						
Mjukgörande hudsalva						
Nagelvård, bomullsvantar						
Fläkt, svalt på rummet						
Spritavtvättning (Alsollösning)						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Dagligen  En gång per vecka  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_





VÅRDDIAGNOS  SÅR

Beskriv problemet

---

---

Datum Sign

Individuellt mål:

Teamsamverkan: Kontakt tagen med:

Bedömning:

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN

Planerad utvärdering:  Dagligen  En gång per vecka  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum

---

Sign

Datum

---

Sign

Datum

---

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: ( )



**VÅRDDIAGNOS**

- NEDSATT RÖRLIGHET  NEDSATT GÅNGFÖRMÅGA  
 NEDSATT FÖRFLYTTNINGSFÖRMÅGA

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Förbättra eller upprätthålla fysisk rörlighet i kroppens muskler och leder.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Miljöanpassning						
Motiverande samtal						
Muskel-, led- styrketräning						
Kontrakturprofylax						
Förflyttningsträning						
Balansträning						
Fysisk träning						
Hjälpmedelsutprovning						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  En gång i veckan  En gång i månaden  Annat

Resultat och utvärdering

Datum

---

Sign

Datum

---

Sign

Datum

---

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan







**VÅRDDIAGNOS**     **NEDSATT AKTIVITETSFÖRMÅGA | ADL**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Fungerande vardag. Upprätthålla integritet och självkänsla.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Hjälp med personlig hygien						
Hjälp med påklädning						
Hjälp med ätande						
Hjälp med toalettbesök						
Hjälp med läkemedelsintag						
Hjälp med att skapa balans i dagliga aktiviteter						
Hjälp med hushållsaktiviteter						
Hjälp med att transportera sig						
Hjälp med att klara meningsfulla aktiviteter						
Personlig ADL-träning						
Hjälpmedelsutprovning						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:     Dagligen     En gång per vecka     Vid vårdkontakt     Annat

Resultat och utvärdering

Datum

Sign

Datum

Sign

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_





**VÅRDDIAGNOS**

**FATIGUE | UTMATTNING** TOTAL ORKESLÖSHET

**TRÖTTHET**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Största möjliga livskvalitet. Att energin läggs på det som patienten prioriterar. Hanterbar vardag.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Kontakt med biståndshandläggare						
Stödinsatser i hemmet						
Hjälp med ADL						
Planera aktiviteter då patienten är som piggast på dagen						
Planera för ostörd vila dagtid						
Hjälp med att planera och prioritera aktiviteter						
Hjälpmiddelsutprovning						
Fysisk träning						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Dagligen  En gång per vecka  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_







### VÅRDDIAGNOS SÖMNSVÅRIGHETER

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: För patienten acceptabel sömnkvalitet. Utvilad efter sömn.

Individuellt mål för ostörd nattsömn (tim): \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Tillämpa goda sömnrutiner						
Identifiera störande faktorer						
Symtomkontroll						
Fysisk aktivitet						
Planera ostörd nattsömn						
Planera ostörd vila dagtid						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Dagligen  En gång per vecka  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum

Sign

Datum

Sign

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id:





**VÅRDDIAGNOS**     AKUT SMÄRTA     KRONISK SMÄRTA     CANCERRELATERAD SMÄRTA

Beskriv problemet

Smärtanalys Typ, karaktär, lokalisation, intensitet, duration, utlösande/linnrande faktorer

Datum

Sign

Mål: Symtomlindring. Optimal komfort. Individuellt mål: \_\_\_\_\_

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömningsinstrument:     Abbey Pain Scale     ESAS     FLACC     IPOS     VAS|NRS  
 Annat \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Smärtskattning <small>Ange frekvens</small>						
Hjälp med lägesändring						
Mjuk hudmassage						
Avslappning						
Fysisk träning						
Värme/kylbehandling						
TENS						
Akupunktur						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel mot smärta enl. läkemedelslista						
Läkemedel mot förstoppning enl. läkemedelslista <small>(om opioidbeh.)</small>						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Regelbunden utvärdering så länge smärtgenombrott pågår.

Resultat och utvärdering

Datum

Sign

Datum

Sign

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id:





**VÅRDDIAGNOS**  **BEGRÄNSAD MÖJLIGHET TILL INTIMITET OCH NÄRHET**  **SEXUELLA BESVÄR**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Känsla av fysisk närhet, intimitet och sexuellt välbefinnande trots sjukdom och behandlingsbiverkningar.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Skapa förutsättningar för närhet						
Skapa förutsättningar för avskildhet						
Samtal om sexualitet						
Samtal med partner						
Kontakt med sexualrådgivare						
Hjälpmedel						
Info. om läkemedelsbiverkningar						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Enligt överenskommelse. \_\_\_\_\_

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Datum \_\_\_\_\_

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan



Patient id:





DATUM	TEAMANTECKNING	SIGN

Läsexemplar

Patient id:

( ) ( )



**VÅRDDIAGNOS**     **ÄNGSLAN | ORO**     **RÄDSLÅ**     **ÅNGEST**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Lugn och harmoni. Optimal livskvalitet. Hanterbar situation.

Bedömningsinstrument:

HAD

Annat

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Utred bakomliggande orsaker						
Uppmuntra närvaro (närstående)						
Ökad närvaro (personal)						
Ordination av vak						
Musik enl. önskemål						
Stödsamtal						
Mjukmassage						
Avslappning						
Tyngdtäcke (bolltäcke kedjetäcke)						
Fysisk träning						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering: Regelbunden utvärdering så länge oron förekommer.

Resultat och utvärdering

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

---

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan









**VÅRDDIAGNOS**  **NEDSATT VÄLBEFINNANDE**  **NEDSTÄMDHET**

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Optimal livskvalitet och värdighet. För patienten normal sinnesstämning.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömningsinstrument:  ESAS  HAD  IPOS Annat \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Lugn miljö, närvaro						
Stödsamtal						
Musik						
Taktil massage						
Planera meningsfull aktivitet förströelse						
Miljöanpassning miljöombyte						
Läkemedelsgenomgång						
Läkemedel enl. läkemedelslista						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Dagligen  En gång per vecka  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum

Sign

Datum

Sign

Datum

Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id:



**VÅRDDIAGNOS**

**BRISTANDE STÖD  
ÖVERBELASTNING I VÅRDANSVAR  
FÖRÄNDRADE FAMILJERELATIONER**

avser patient

avser närstående

avser patient

avser närstående

avser patient

avser närstående

Beskriv problemet

---

Datum

Sign

Mål: Hanterbar ansvarssituation.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Observera hantering av vardagliga krav						
Info. om resurser; hemtjänst, hemsjukvård, växelvård etc.						
Förm. kont. med Försäkringskassa, skola, barnomsorg etc.						
Blankett "Läkarutlåtande - Närståendepenning"						
Ordinera tillsyn vak som avlastning för närstående						
Avlastande insatser stöd						
Stödsamtal med familj partner						
Stödsamtal med barn						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  En gång i veckan  En gång i månaden  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum	_____	_____
		Sign
Datum	_____	_____
		Sign
Datum	_____	_____
		Sign

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_

DATUM	TEAMANTECKNING	SIGN



**VÅRDDIAGNOS**

**EXISTENTIELL ORO** AVSER ANDLIG, SJÄLSLIG, RELIGIÖS ELLER KULTURELL ORO

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Andligt, existentiellt och kulturellt välbefinnande.

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Samtal om livsfrågor						
Kontakt med religiös/andlig företrädare						
Skapa möjlighet för avskildhet och religionsutövning						
Tillgodose kulturella behov						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id:



VÅRDDIAGNOS  RISK FÖR FALL OCH FALLSKADA

Beskriv problemet

---



---

Datum

Sign

Mål: Inga fall och fallskador

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Har patienten fallit förut  ja  nej Finns oro för fall  ja  nej Oro från patienten själv, närstående eller vårdpersonal

Bedömningsinstrument:  Downton Fall Index  Stratify Annat \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN
Initiera teambaserad fallriskutredning						
Info. om riskfaktorer och vård						
Översyn av miljö bostadsanpassning						
Ökad tillsyn						
Fysisk träning						
Hjälpmedelsutprovning						
Hjälpmedel						
Läkemedelsgenomgång						
Övriga åtgärder						

Planerad utvärdering:  En gång i veckan  En gång i månaden  Vid vårdkontakt  Annat

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan







VÅRDDIAGNOS \_\_\_\_\_

Beskriv problemet

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Mål: \_\_\_\_\_

Teamsamverkan: Kontakt tagen med: \_\_\_\_\_

Bedömning: \_\_\_\_\_

ÅTGÄRDER	PÅBÖRJAT DAT	SIGN	AVSLUTAT DAT	SIGN	KOMMENTAR	SIGN

Planerad utvärdering: \_\_\_\_\_

Resultat och utvärdering

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Dokumentera fortlöpande teamanteckningar på baksidan

Patient id: \_\_\_\_\_

