



HUR MÅR PATIENTEN

SYMPTOM OCH STATUS 01

FUNKTION I DET DAGLIGA LIVET 02

SAMTAL OCH BEDÖMNINGAR

MEDICINSKA BESLUT 03

INFORMATION 06

BRYTPUNKTSSAMTAL 07

VAD ÄR VIKTIGT NU

ÖNSKEMÅL OCH PRIORITERINGAR 04

VAD VILL PATIENTEN VETA OCH GÖRA

FÖRSTÅELSE 03

DELAKTIGHET 05

SOCIALT SAMMANHANG

NÄRSTÅENDE 05

BARN SOM NÄRSTÅENDE 06

PLANERING

SAMORDNING 08

VÅRDINSATSER 08

UPPDATERING AV BESLUTSSTÖD 09

SAMTYCKE 09

SIGNATURFÖRTYDLIGANDE 09

MÅL MED NVP DEL 2

Att tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov med syfte att patienten ska leva med största möjliga välbefinnande. Att patient och närstående ges möjlighet att göra de prioriteringar som är viktiga och meningsfulla vid allvarlig sjukdom eller då tiden kvar i livet är begränsad.

SYFTET MED NVP ÄR ATT

Kvalitetssäkra vården

Ge stöd till att omsätta teoretisk kunskap om palliativ vård till klinisk praktik

Öka trygghet och livskvalitet för både patienten och närstående genom att behoven identifieras, åtgärdas, följs upp och dokumenteras på ett strukturerat sätt

Öka trygghet för personalen genom att viktiga aspekter uppmärksammas

Öka möjligheten för gemensam planering och delaktighet

Skapa en gemensam bild av behov och möjligheter

BESLUTSSTÖD FÖR PALLIATIV VÅRD

Beslutsstödet erbjuder ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda patientens palliativa vårdbehov, önskemål och prioriteringar.

Genom att använda NVP DEL 2 kan vården kvalitetssäkras för patienter med begränsad tid kvar i livet. Innehållet täcker de frågor och områden som är viktiga att ta ställning till oavsett om det är en vecka kvar i livet eller ett år.

Beslutsstödet kan användas såväl inom hälso- och sjukvården som inom den kommunala omsorgen oberoende av patientens ålder och diagnos. Dock omfattar inte NVP vården av barn under 18 år.



Datum: _____ Personnummer: _____

Patientens namn: _____

Verksamhet|Vårdenhet: _____

Huvuddiagnos|Bidiagnoser _____

2.1 SYMTOM OCH STATUS

VAL AV BEDÖMNINGSTRINSTRUMENT:

ABBEY PAIN SCALE ESAS FLACC IPOS VAS/NRS ANNAT _____

SYMTOM	datum _____	datum _____	datum _____
Smärta	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Orkeslöshet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Nedstämdhet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Oro Ångest	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Förvirring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Sömnighet Dåsighet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Nedsatt aptit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Nedsatt välbefinnande	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Andfåddhet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Patienten är kognitivt adekvat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> varierande <input type="checkbox"/> ej bedömbart	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> varierande <input type="checkbox"/> ej bedömbart	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> varierande <input type="checkbox"/> ej bedömbart
Patienten är kommunicerbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> varierande <input type="checkbox"/> ja via tolk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> varierande <input type="checkbox"/> ja via tolk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> varierande <input type="checkbox"/> ja via tolk
	_____ sign	_____ sign	_____ sign

Symtomens påverkan på
det dagliga livet _____

_____ |
sign



Kommentar

sign

2.2 FUNKTION I DET DAGLIGA LIVET

FUNKTIONSNIVÅ*

	datum _____	datum _____	datum _____
Fullt aktiv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Nedsatt fysisk förmåga men uppegående	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sängliggande stilla i stol < 50% av dagen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Sängliggande stilla i stol > 50% av dagen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Helt sängliggande	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

*Enligt WHO's Performance Status|ECOG

PATIENTEN BEHÖVER HJÄLP MED

Personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På- och avklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflyttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mat och dryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hushållsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten klarar ADL självständigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ sign	_____ sign	_____ sign

Aktuella hjälpmedel

Kommentar

sign



2.3 FÖRSTÅELSE

Patienten uttrycker förståelse för att tiden kvar i livet är begränsad ja nej ej bedömbart
Närstående uttrycker förståelse för att patientens tid kvar i livet är begränsad ja nej ej bedömbart

Kommentar

_____ |
sign

2.4 MEDICINSKA BESLUT läkare •

Symtomlindrande läkemedel ordinerade ja nej
Ställningstagande till utsättning av icke relevanta läkemedel ja nej
Ställningstagande till pågående medicinska insatser* ja nej
Ställningstagande till behandlingsbegränsningar** ja nej

Beslut

*Ex avseende utredning, behandling
**Ex avseende HLR, respirator, intensivvård, dialys

Kommentar

_____ |
sign läkare •



■ 2.5 ÖNSKEMÅL OCH PRIORITERINGAR

datum

FRÅGOR SOM KAN VARA AKTUELLA

- Hur, när och till vem ska information ges?
- Vem/vilka är särskilt viktiga för dig?
- Vad behöver vi veta om dig för att kunna ge dig bra vård?
- Vad är viktigt för dig nu?
- Är det något du oroar dig för?
- Har du några önskemål?
- Är det något du gärna vill göra?
- Har du särskilda kulturella önskemål som vi behöver känna till?
- Har du en tro som är viktig för dig som vi behöver känna till?
- Var vill du vara och vårdas?
- Annat av betydelse, till exempel husdjur.

_____ |
sign

datum

_____ |
sign

datum

_____ |
sign

Patienten har skriftligt uttryckt önskemål (t ex Vita arkivet|Livsarkivet) ja nej

Patientens önskemål om vilka som får fatta beslut när han/hon inte längre kan eller vill

_____ |
sign



2.6 PATIENTENS DELAKTIGHET

Patienten kan vara delaktig i beslut om vård och behandling ja nej ej bedömbart

Patienten vill vara delaktig i beslut om vård och behandling ja nej ej bedömbart

Kommentar

|
sign

2.7 NÄRSTÅENDE

Kontaktuppgifter till närstående

Namn, relation, tel (första hand)

Namn, relation, tel (andra hand)

Har närstående behov av tolk ja nej

Ange vem och vilket språk

Finns oro hos närstående ja nej

Har närstående behov av stöd ja nej

Ange orsak* och vilket stöd**

*Till exempel pga oro, bristande socialt nätverk, existentiella|andliga|religiösa behov, överbelastning

** Till exempel samtalsstöd, kontakt med kurator, företrädare för religiöst samfund, avlastande insatser

Närståendes önskemål och delaktighet

|
sign



2.8 BARN SOM NÄRSTÅENDE (0-18 ÅR)

Finns barn som närstående ja nej

Antal barn _____ Födelseår | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Är patienten ensam vårdnadshavare om ja, kontakta kurator ja nej

Samtal genomfört med vårdnadshavare om vad barnet|barnen vet om diagnos|prognos ja nej

Informationsbroschyr lämnad till vårdnadshavare ja nej

Finns behov av samtal med barnet|barnen om ja, öppna Bilaga - Barn som närstående - NVP Del 2 ja nej ej aktuellt

Har kurator informerats om barnfamilj ja nej

Kommentar _____

_____ |
sign

2.9 INFORMATIONSMATERIAL

Skriftlig information|broschyr lämnad till patient till närstående ej aktuellt
Ange vilken _____

Information om närståendepenning lämnad till patient till närstående ej aktuellt

Blanketten Läkarutlåtande-närståendepenning ifylld finns redan ja nej

Information lämnad om patientförening närståendeförening ej aktuellt

Övrigt _____

_____ |
sign



2.10 BRYTPUNKTSSAMTAL läkare •

Patienten har behov av samtal om vårdens inriktning och innehåll ja nej ej bedömbart

Närstående har behov av samtal om vårdens inriktning och innehåll ja nej ej bedömbart

Brytpunktssamtal har genomförts datum _____ datum _____ datum _____ ej aktuellt

Närvarande vid samtalet patient

närstående med patientens samtycke | förmodade samtycke

annan

läk

ssk

usk

Samtalets innehåll

datum _____

sign läkare •

datum _____

sign läkare •

datum _____

sign läkare •

Patientens syn på behandlingsinsatser och livsförlängande behandling*

datum _____

*Ex avseende utredning, behandling, behandlingsbegränsningar, livsuppehållande behandling, vårdinsatser etc.

sign läkare •



2.11 SAMORDNING

Fast vårdkontakt NAMN | TEL _____

Kontaktsjuksköterska NAMN | TEL _____

Patienten har behov av kontakt med

arbetsterapeut dietist fysioterapeut kurator

psykolog tolk religiös/andlig företrädare

annan medicinsk specialitet _____ annan _____

ej aktuellt

Behov av upprättande av Samordnad Individuell Plan (SIP) finns redan ja nej

Behov av kontakt med biståndshandläggare finns redan ja nej

Behov av kontakt med palliativt konsultteam remiss skickad _____ finns redan ja nej

Behov av specialiserad palliativ vård remiss skickad _____ är inskriven ja nej

Kommentar _____

_____ |
sign

2.12 VÅRDINSATSER

Patientens vårdbehov är tillgodosedda i nuläget ja nej datum _____ |
sign

Patienten bedöms vara i behov av:

Vårdåtgärder enligt NVP Vårdåtgärder för palliativ vård Del 2 datum _____ |
sign

Utökad beslutsstöd enligt NVP Del 2^D Patienten kan ha enbart dagar upp till någon vecka kvar i livet datum _____ |
sign

Enligt enhetens plan för vårdåtgärder datum _____ |
sign

Patient id: _____



2.13 UPPDATERING AV BESLUTSSTÖD

Vid nästa

mottagningsbesök|hembesök
 slutenvårdstillfälle
 annat _____
 datum _____ datum _____ datum _____

_____ |
sign

2.14 SAMTYCKE

Patienten ger sitt medgivande till att annan berörd vårdgivare får ta del av detta dokument

ja
 nej
 förmodat samtycke

Kopia skickas till

_____ |
sign

2.15 SIGNATURFÖRTYDLIGANDE

Namn <small>textat</small>	_____	Befattning	_____	_____
Namn <small>textat</small>	_____	Befattning	_____	sign
Namn <small>textat</small>	_____	Befattning	_____	sign
Namn <small>textat</small>	_____	Befattning	_____	sign
Namn <small>textat</small>	_____	Befattning	_____	sign

Läsexemplar



INFORMERANDE SAMTAL FÖR BARN SOM NÄRSTÅENDE

Informerande samtal genomfört _____ datum _____ ej aktuellt
 med barn med barn och vårdnadshavare med barn och annan närstående _____

Vårdpersonal närvarande

kurator läkare sjuksköterska annan _____

Samtalets innehåll

_____ |
sign

KONTAKTPERSON I VÅRDEN UTSEDD

Namn, yrke _____

Kontaktuppgifter _____

Kontaktuppgifter lämnat till barnet|barnen ja ej aktuellt
_____ |
sign

FINNS BEHOV AV STÖD TILL BARNET|BARNEN*

Ange vilket _____

* Kan vara t.ex. socialt, praktiskt eller samtalsstöd
_____ |
sign

BEHOV AV ATT SAMORDNA KONTAKT MED

elevhälsa kurator psykolog skola|förskola socialtjänst sorgegrupp

vårdcentral annan _____

ej aktuellt

Kommentar _____

_____ |
sign