



HUR MÅR PATIENTEN

SYMTOM OCH STATUS 01

FUNKTION I DET DAGLIGA LIVET 02

SAMTAL OCH BEDÖMNINGAR

BRYTPUNKTSSAMTAL 02

BEDÖMNING AV VÅRDBEHOV 03

SOCIALT SAMMANHANG

NÄRSTÅENDE 02

BARN SOM NÄRSTÅENDE 02

PLANERING

SAMORDNING 03

SAMTYCKE 03

SIGNATURFÖRTYDLIGANDE 03

MÅL MED NVP DEL 1

Att identifiera och samordna patientens palliativa vårdbehov i syfte att patient och dess närstående ges möjlighet att planera, förbereda sig och göra de prioriteringar som är viktiga och meningsfulla vid allvarlig sjukdom eller då tiden kvar i livet är begränsad.

SJUKDOMAR MED ETT SANNOLIKT PALLIATIVT VÅRDBEHOV:

Cancer (stadium III/IV)
KOL (stadium III/IV)
Hjärtsvikt (stadium III/IV)
Neurologisk sjukdom (ex. Stroke, ALS, MS, Parkinson)
Leversvikt (grad III/IV)
Njursvikt (stadium IV/V)
Demens (medelsvår till svår fas)
Multisjuk patient med svår organsvikt

BEDÖMNING AV PALLIATIVT VÅRDBEHOV

Bedömningen kan användas för vuxna patienter som är i övergången från kurativa insatser till att vara i behov av mer palliativa insatser med huvudmålet att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom stöd och symptomlindring.

Den lämpar sig för verksamheter inom såväl akutsjukvården, primärvården, kommunens vårdboenden samt hem-sjukvården och specialiserad palliativ vård.

SJUKDOMSUTVECKLING SOM KAN TALA FÖR ETT PALLIATIVT VÅRDBEHOV

Progredierande sjukdomsutveckling
Progredierande funktionsnedsättning
Påtaglig oro, ångest, stress hos patienten eller närstående
Progredierande viktminskning
Upprepade oplanerat akutbesök som följd av kronisk sjukdom

Läsexemplar



Datum: _____ Personnummer: _____

Patientens namn: _____

Verksamhet|Vårdenhet: _____

Huvuddiagnos|Bidiagnoser _____

1.1 SYMPTOM OCH STATUS

VAL AV BEDÖMNINGSSINSTRUMENT:

ABBEY PAIN SCALE ESAS FLACC IPOS VAS/NRS ANNAT _____

SYMPTOM

	symtomgradering				symtomgradering		
Smärta	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/>	Sömnhighet Dåsighet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/>
Orkeslöshet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/>	Nedsatt aptit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/>	Nedsatt välbefinnande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/>	Andfåddhet	<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"/>
Förvirring	<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 ja nej varierande ej bedömbart

Patienten är kommunicerbar ja nej varierande ja via tolk

Symtomens påverkan på det dagliga livet _____

Kommentar _____

sign



1.2 FUNKTION I DET DAGLIGA LIVET

FUNKTIONSNIVÅ*

- Fullt aktiv 0
- Nedsatt fysisk förmåga, men uppegående 1
- Sängliggande | stilla i stol < 50% av vaken tid 2
- Sängliggande | stilla i stol > 50% av vaken tid 3
- Helt sängliggande 4
- Aktuella hjälpmedel
- _____
- _____
- _____

PATIENTEN BEHÖVER HJÄLP MED

- Personlig hygien
- På- och avklädning
- Toalettbesök
- Förflyttning
- Mat och dryck
- Hushållsaktiviteter
- Transporter
- _____
- Patienten klarar ADL självständigt

*Enligt WHO's Performance Status|ECOG

_____ |
sign

1.3 NÄRSTÅENDE

- Är patienten ensamboende? ja nej
- Finns oro hos närstående? ja nej
- Finns behov av stöd till närstående? ja nej
- Finns barn (0-18 år) som närstående? ja nej
- Samtal genomfört med vårdnadshavare om vad barnet|barnen vet om diagnos|prognos ja nej

_____ |
sign

1.4 INFORMERANDE SAMTAL | BRYTPUNKTSSAMTAL läkare •

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

Samtal har genomförts datum _____ ja ej aktuellt

med patient med patient och närstående med närstående (med patientens samtycke | förmodade samtycke)

Samtalets innehåll

datum _____

_____ |
sign läk•

1.5 SAMORDNING

Fast vårdkontakt 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

1.6 BEDÖMNING AV VÅRDBEHOV

Patientens vårdbehov är tillgodosedda i nuläget

Patienten bedöms vara i behov av fördjupad bedömning/insättande av vårdåtgärder Enligt NVP Del 2

Ny bedömning planeras nästa mottagnings/hembesök slutenvårdstillfälle annat _____ datum _____

_____ |
sign

1.7 SAMTYCKE

Patienten ger sitt medgivande till att annan berörd vårdgivare får ta del av detta dokument förmodat samtycke ja nej

Kopia skickas till _____

_____ |
sign

1.8 SIGNATURFÖRTYDLIGANDE

Namn textat _____

Befattning _____ |
sign

Namn textat _____

Befattning _____ |
sign

_____ |
_____ |
Patient id: _____ |
_____ |