

Plats för egen logga

Enhetens namn:

Patientens namn: Avdelning: Personnr:

Vårdplan för döende enligt LCP (Utbildning)

References:

The National Council for Palliative Care (2006) Changing Gear: Guidelines for managing the last Days of Life in Adults. London: The National Council for Palliative Care

Ellershaw JE, Wilkinson S (2003) Care of the dying: A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press

www.lcp.nu

Instruktioner:

1. Alla mål är markerade med **fet** stil. Åtgärder som direkt leder till målen har normal stil.
2. Riktlinjer för palliativa åtgärder återfinns i slutet av vårdplanen. Använd dessa vid behov.

Ansvarig/läkaren är fri att agera utifrån sin professionella bedömning men varje avsteg från vårdplanen måste kommenteras i multidisciplinära noteringar.

Kriterier för att använda vårdplanen

Alla åtgärdbara orsaker till tillståndet skall ha övervägts

Det multiprofessionella teamet har enats om att patienten är döende och två av följande kriterier kan vara uppfyllda:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Patienten är sängbunden | <input type="checkbox"/> | Medvetandesänkt | <input type="checkbox"/> |
| Kan endast dricka små klunkar | <input type="checkbox"/> | Kan inte längre svälja tabletter | <input type="checkbox"/> |

Ansvarig läkare: Ansvarig sjuksköterska: Datum:



Signaturlista för all personal som dokumenterar i vårdplanen

Namn (textat)	Namnsteckning	Signatur	Yrke	Datum



Namn: Personnr: Startdatum:

Klockslag:

Del 1	Initial bedömning																																																
Diagnos och patientdata	Primär: Sekundär: Inskrivningsdatum: Personnr: Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/>																																																
Status	<table border="0"> <tr> <td>Oförmögen att svälja</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>Medvetenhet/insikt</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Illamående</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>Vid medvetande/vaken</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kräkningar</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>Urinvägsbesvär</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Förstoppning</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>KAD</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Förvirring</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>Rosslig andning</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Agitation</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>Dyspné/andnöd</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Motoriskt oro</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>Smärta</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ängest/oro</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>Övrigt</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Oförmögen att svälja	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Medvetenhet/insikt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Illamående	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vid medvetande/vaken	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Kräkningar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Urinvägsbesvär	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Förstoppning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	KAD	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Förvirring	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Rosslig andning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Agitation	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Dyspné/andnöd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Motoriskt oro	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Smärta	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ängest/oro	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Övrigt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Oförmögen att svälja	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Medvetenhet/insikt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Illamående	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vid medvetande/vaken	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Kräkningar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Urinvägsbesvär	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Förstoppning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	KAD	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Förvirring	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Rosslig andning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Agitation	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Dyspné/andnöd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Motoriskt oro	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Smärta	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Ängest/oro	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Övrigt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																												
Symtomlindring	<p>Mål 1: Tagit ställning till aktuell medicinering, ej nödvändig medicinering är utsatt Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Nödvändiga perorala läkemedel omräknade till subkutan administrering och pump vid behov påbörjad. Ej nödvändig medicinering är utsatt.</p> <p>Mål 2: Subkutan vid behovsmedicinering är ordinerad i läkemedelsjournalen</p> <p>(se riktlinjer längst bak i vårdplanen)</p> <table border="0"> <tr> <td>Smärta</td> <td>Analgetika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Agitation/oro/ängest</td> <td>Anxiolytika/sedativa</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rosslig andning</td> <td>Antikolinergika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Illamående och kräkningar</td> <td>Antiemetika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andnöd</td> <td>Sedativa/opioid</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Mål 3: Icke nödvändiga åtgärder är avslutade</p> <table border="0"> <tr> <td>Blodprovstagning</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>ej tillämpl. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antibiotika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>ej tillämpl. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intravenös tillförsel (vätska/läkemedel)</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>ej tillämpl. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dokumenterat att hjärt-lungräddning ej ska utföras</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inplanterad defibrillator är inaktiverad</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nej <input type="checkbox"/></td> <td>ej tillämpl. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Diagnos, status samt mål 1-3 är bedömda och dokumenterade:</p> <p>Läkarens signatur: Datum:</p> <p>Mål 3a: Beslut är fattat att avsluta icke nödvändiga omvårdnadsåtgärder Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Exempelvis vändschema – lägesändringar endast för välbefinnandet – överväg antidecubitusmadrass, avsluta blodtrycks-, puls- och tempregistrering, vätskelista och saturationsmätning.</p> <p>Mål 3b: Pump är kopplad inom 4 timmar efter läkarordination Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ej tillämpl. <input type="checkbox"/></p> <p>Sjuksköterskans signatur: Datum: Klockslag:</p>	Smärta	Analgetika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Agitation/oro/ängest	Anxiolytika/sedativa	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Rosslig andning	Antikolinergika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Illamående och kräkningar	Antiemetika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Andnöd	Sedativa/opioid	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Blodprovstagning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>	Antibiotika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>	Intravenös tillförsel (vätska/läkemedel)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>	Dokumenterat att hjärt-lungräddning ej ska utföras	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		Inplanterad defibrillator är inaktiverad	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>								
Smärta	Analgetika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																														
Agitation/oro/ängest	Anxiolytika/sedativa	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																														
Rosslig andning	Antikolinergika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																														
Illamående och kräkningar	Antiemetika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																														
Andnöd	Sedativa/opioid	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																														
Blodprovstagning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>																																														
Antibiotika	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>																																														
Intravenös tillförsel (vätska/läkemedel)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>																																														
Dokumenterat att hjärt-lungräddning ej ska utföras	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>																																															
Inplanterad defibrillator är inaktiverad	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ej tillämpl. <input type="checkbox"/>																																														



Namn: Personnr: Datum:

Del 1		Initial bedömning fortsättning				
Psykologiskt/insikt	Mål 4: Förmåga att kommunicera på svenska är bedömd som adekvat	a) Patient	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ej kontaktbar <input type="checkbox"/>	
		b) Närstående	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
	Mål 5: Insikt om tillståndet är bedömd	Insikt om diagnos	a) Patient	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ej kontaktbar <input type="checkbox"/>
			b) Närstående	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
		Insikt om att han/hon är döende	a) Patient	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ej kontaktbar <input type="checkbox"/>
			b) Närstående	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Religiöst/ andligt stöd	Mål 6: Bedömning av religiösa och andliga samt existentiella behov är utförd	a) med patienten	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ej kontaktbar <input type="checkbox"/>	
		b) med närstående	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
	Patient/närstående känner oro för egen/andras del. Överväg stöd från andlig företrädare. Beakta speciella kulturella behov. Religiös tradition, om ja specificera:					
	Erbjudit stöd från sjuksköterska:					
	Internt stöd Tel/sök nr: Namn: Datum/kl:					
	Externt stöd Tel/sök nr: Namn: Datum/kl:					
	Speciella behov i nuläget, inför döden, vid dödsfallet & efter dödsfallet är identifierade.					
Kommunikation med närstående	Mål 7: Tagit reda på hur närstående ska informeras om patientens förestående död		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
	Dygnet runt <input type="checkbox"/> Ej natttid <input type="checkbox"/> Övernattar på enheten/avd. <input type="checkbox"/>					
	Kontakta i 1:a hand:					
	Relation till patient:	Tel. nr:				
	I 2:a hand:					
	Relation till patient:	Tel. nr:				
	Mål 8: Närstående har fått enhetens information om		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
	Parkering; Logi; Mat och dryck; Telefon; Tvätt och toalettutrymmen på avdelningen; Besökstider; Övrig relevant information.					
Kommunikation med andra vårdgivare	Mål 9: Distriktsläkaren/vårdcentralen/inremitterande känner till patientens tillstånd		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
	Överväg att informera DL/VC/inremitterande att patienten är döende, avboka återbesökstider.					
Sammanfattning	Mål 10: Planeringen av vården är förklarad och diskuterad med	a) Patient	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ej kontaktbar <input type="checkbox"/>	
		b) Närstående	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
	Mål 11: Närstående har förstått den planerade vården		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
	Närstående är medvetna om att vårdplan enl. LCP påbörjas och att även närståendes behov är identifierade och dokumenterade.					
Om du har kryssat "nej" vid något mål hittills kommentera i multidisciplinära anteckningar.						
Vårdpersonalens signatur: Datum:						



Namn:..... Personnr:..... Datum:.....

Del 2 Kontinuerlig bedömning							
Koder (markera i rutor) U = Uppnått P = Problem/kommentar							
Patient problem/fokus	Ifylles var 4:e timme	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Smärta Mål: Patienten besväras ej av smärta <ul style="list-style-type: none"> • Patienten anger smärtfrihet • Smärtfri vid förflyttning/omvårdnad • Förefaller lugn och fridfull 							
Oro/Agitation Mål: Patienten besväras ej av oro/agitation <ul style="list-style-type: none"> • Patienten visar inga tecken på förvirring, dödsångest, oro (motoriskt orolig, plockig) • Uteslut urinretention som orsak 							
Sekretion i luftvägar Mål: Patienten besväras ej av kraftig sekretion <ul style="list-style-type: none"> • Läkemedel finns att tillgå så snart symtom uppstår • Symtomet diskuterat med närstående 							
Illamående och kräkning Mål: Patienten mår ej illa eller kräks <ul style="list-style-type: none"> • Patienten anger inget illamående, ingen kräkning 							
Andnöd Mål: Patienten besväras ej av andnöd <ul style="list-style-type: none"> • Patienten anger ingen andnöd • Övervåg lägesändring 							
Övriga symtom (t ex ödem, klåda, hicka)							
Behandling/Åtgärder Munvård Mål: Fuktig och ren mun <ul style="list-style-type: none"> • Enligt munvårdsrutiner • Munvård ska utföras minst var fjärde timme • Närstående deltar i munvård 							
Vattenkastningsproblem Mål: Besvärsfri patient <ul style="list-style-type: none"> • Urinvägskateter vid retention • Urinvägskateter eller inkontinensskydd vid läckage orsakat av allmän svaghet 							
Medicinering (om läkemedel ej krävs ange ej tillämplig) Mål: All medicinering ges säkert och korrekt <ul style="list-style-type: none"> • Om läkemedelspump används, kontrollera den minst var fjärde timme 							
Vårdpersonalens signatur							
Om Du har markerat med "P" vid något mål komplettera under rubriken "Problem/kommentar". Upprepa denna sida varje dygn. Spara kopia på avdelningen.							



Namn:.....Personnr:..... Datum:

Del 2 Kontinuerlig bedömning			
Koder (markera i rutor) U = Uppnått P = problem/kommentar			
Ifylles var tolfte timme		08.00	20.00
Rörlighet/Tryck-sårsprofilax	Mål: Patienten ligger bekvämt med rätt och säker utrustning För patientens välbefinnande används tryckavlastande hjälpmedel såsom specialmadrasser. Huden inspekteras i förebyggande syfte. Personlig hygien/tvättning i sängen, ögonvård		
Tarmfunktion	Mål: Patienten besväras ej av förstoppning eller diarré		
Insikt /psykologiskt stöd	Patient Mål: Patienten har på lämpligt sätt blivit medveten om sin situation <ul style="list-style-type: none"> • Patienten är informerad om vidtagna åtgärder • Kommunikation med patienten genom tal och beröring 		
	Närstående Mål: Närstående är förberedda på patientens förestående död med målet att acceptera och uppnå sinnesro. <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollera att av patient namngivna närstående/tonåringar/barn är införstådda med situationen • Kontrollera att närstående som ej varit med vid tidigare kontakter är införstådda • Bekräfta att patienten är döende och att alla åtgärder är vidtagna för patientens välbefinnande • Förklara de fysiska symtomen som kan uppkomma hos närstående t ex trötthet (utmattning) • Psykologiska symtom t ex oro/ depression • Erbjud kontakt med präst/andlig företrädare 		
Religiöst/ andligt stöd	Mål: Erbjud lämpligt religiöst/andligt stöd <ul style="list-style-type: none"> • Patienten/omgivningen kan uppleva oro för sig själv/ andra • Stöd av präst/ andlig företrädare kan vara av värde 		
Omsorg om närstående	Mål: Behoven hos de som besöker patienten tillgodoses <ul style="list-style-type: none"> • Uppmärksamma hälsobehov och behov av socialt stöd 		
Vårdpersonalens signatur			

Om Du har markerat med "P" vid något mål, komplettera under rubriken "Problem/kommentar".
Upprepa denna sida varje dygn. Spara kopia på avdelningen.

Ansvarig sjuksköterskans signatur Natt:Fm:Em:Natt:.....



Namn: Personnr:

Del 3 Efter dödsfallet

Dödsdatum: Klockslag:

Närvarande vid dödsfallet:

Underskrift: Tidpunkt för underskrift:

Omhändertagande efter dödsfall	Mål 12: Primärvården/inremitterande är informerad om att pat avlidit. Datum Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Mål 13: Omhändertagande av den avlidne enligt gällande rutiner Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Finns speciella religiösa/etniska/kulturella behov
	Mål 14: Handläggningen efter dödsfallet är genomgången och utförd Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Kontrollera följande:<ul style="list-style-type: none">• Förklara möjligheter till visning• Ställningstagande till obduktion• Rapportering vid risk för smittsam sjukdom• Inplantat som kan explodera avlägsnas• Dödsbevis/dödsorsaksintyg utfärdat• Journalanteckning/epikris• Registrering i Svenska Palliativregistret
	Mål 15: Information till närstående är given om enhetens rutiner vid dödsfall Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Informationsmaterial avseende dödsfall överlämnat
	Mål 16: Omhändertagande av den avlidnes personliga tillhörigheter enligt enhetens rutin Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Personliga tillhörigheter tas i förvar• Värdeföremål bokförs och förvaras i säkerhet/inlåsta
	Mål 17: Övrig information och rådgivning är given till berörda personer Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Information om dödsbevis och dödsorsaksintyg• Informationsbroschyr avseende begravning överlämnad (Finns utgivet av Sveriges Begravningsbyråers Förbund/Fonus/Ignis)
	Mål 18: Informationsbroschyr om sorg/sorgearbete är lämnad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Informationsbroschyr avseende sorg överlämnad (ex <i>Vägar genom sorg</i> Sthlms Läns Landsting)
	Om du har kryssat "Nej" i någon ruta ovan, kommentera i multidisciplinära anteckningar. Underskrift av vårdpersonalen: Datum:

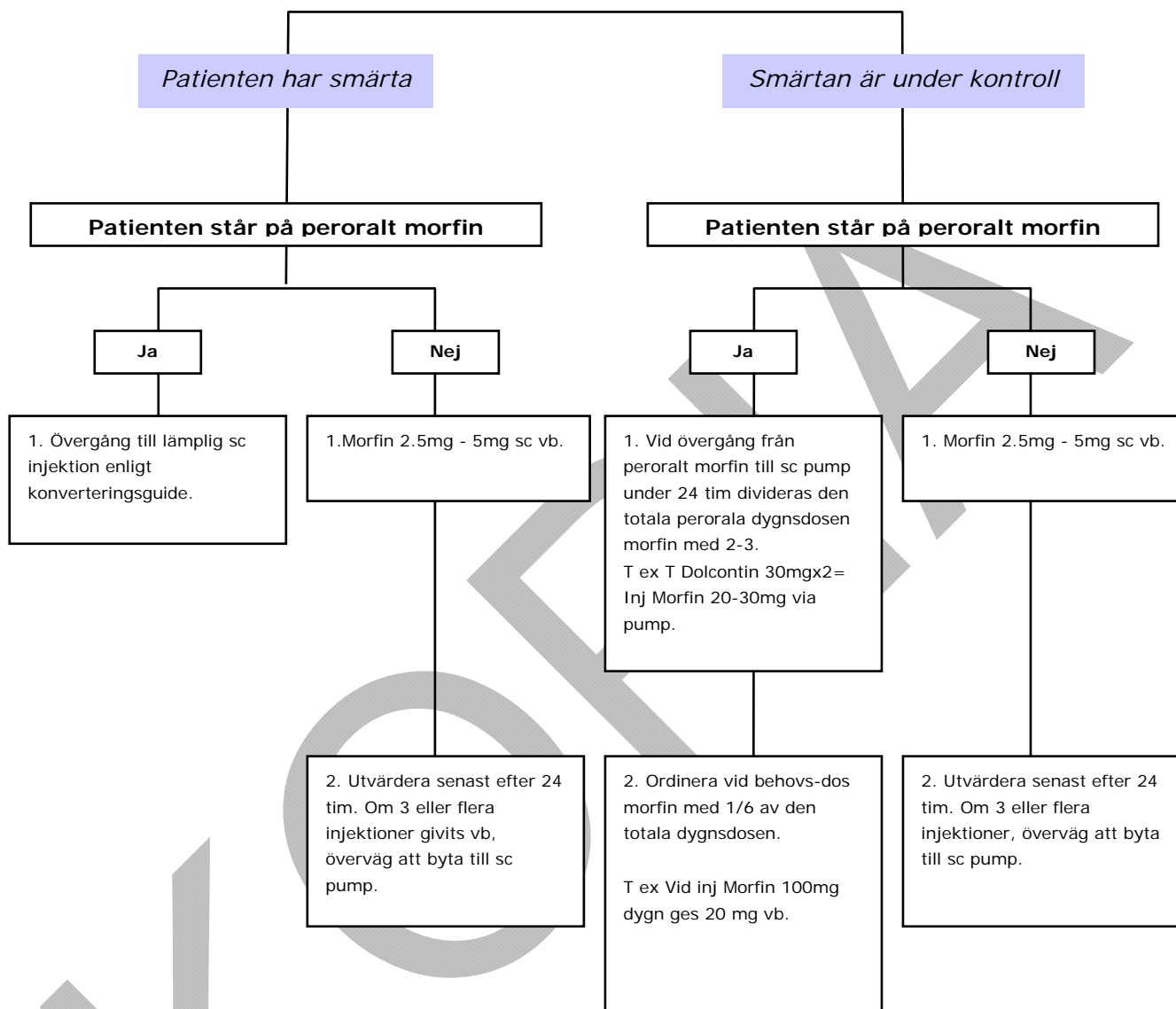
Har du fyllt i senaste 4- och 12-timmars observationen?



Namn: Personnr: Sidnummer

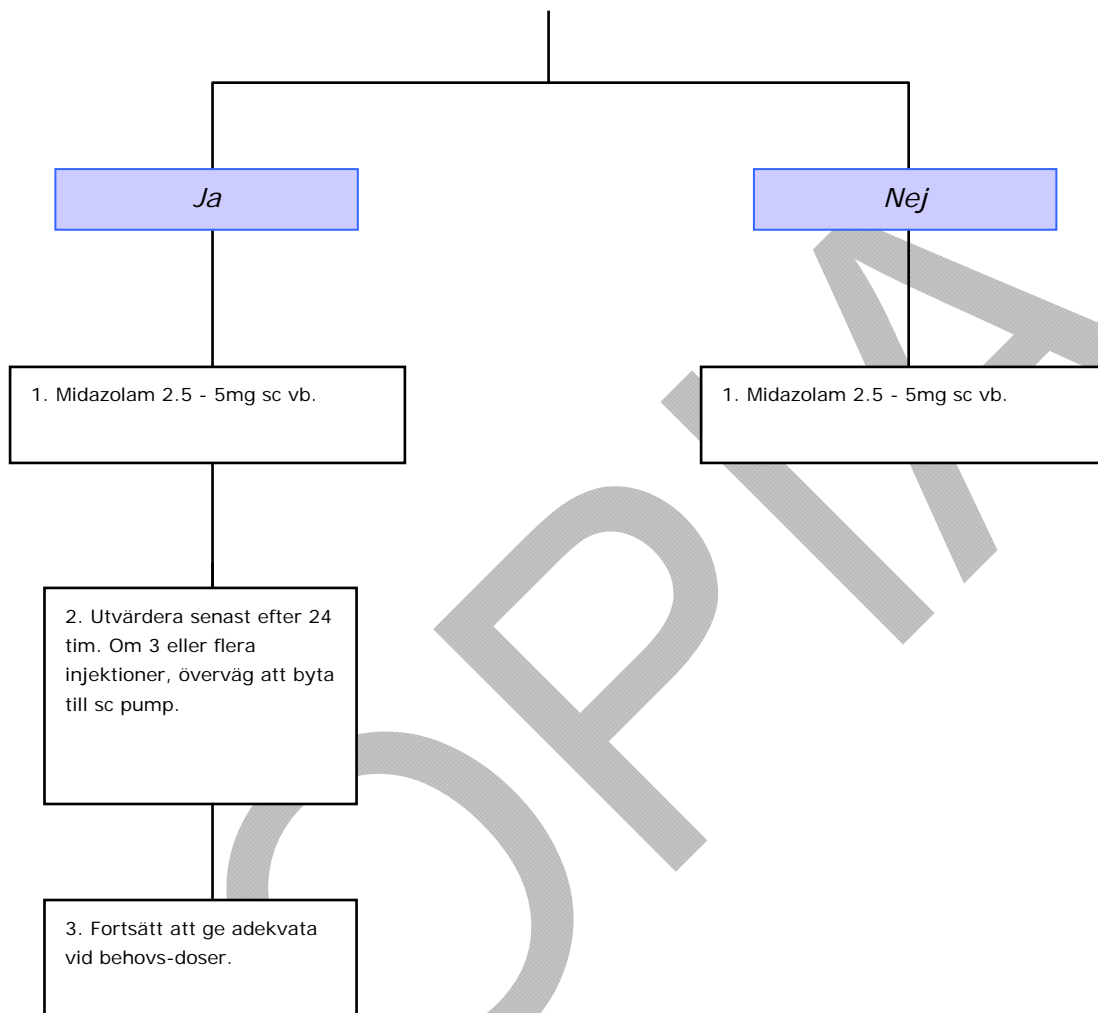
Problem/kommentar		
Problem/orsak	Åtgärd	Resultat
Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....
Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....
Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....
Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....
Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....	Signatur..... Datum/klockslog.....

Smärta

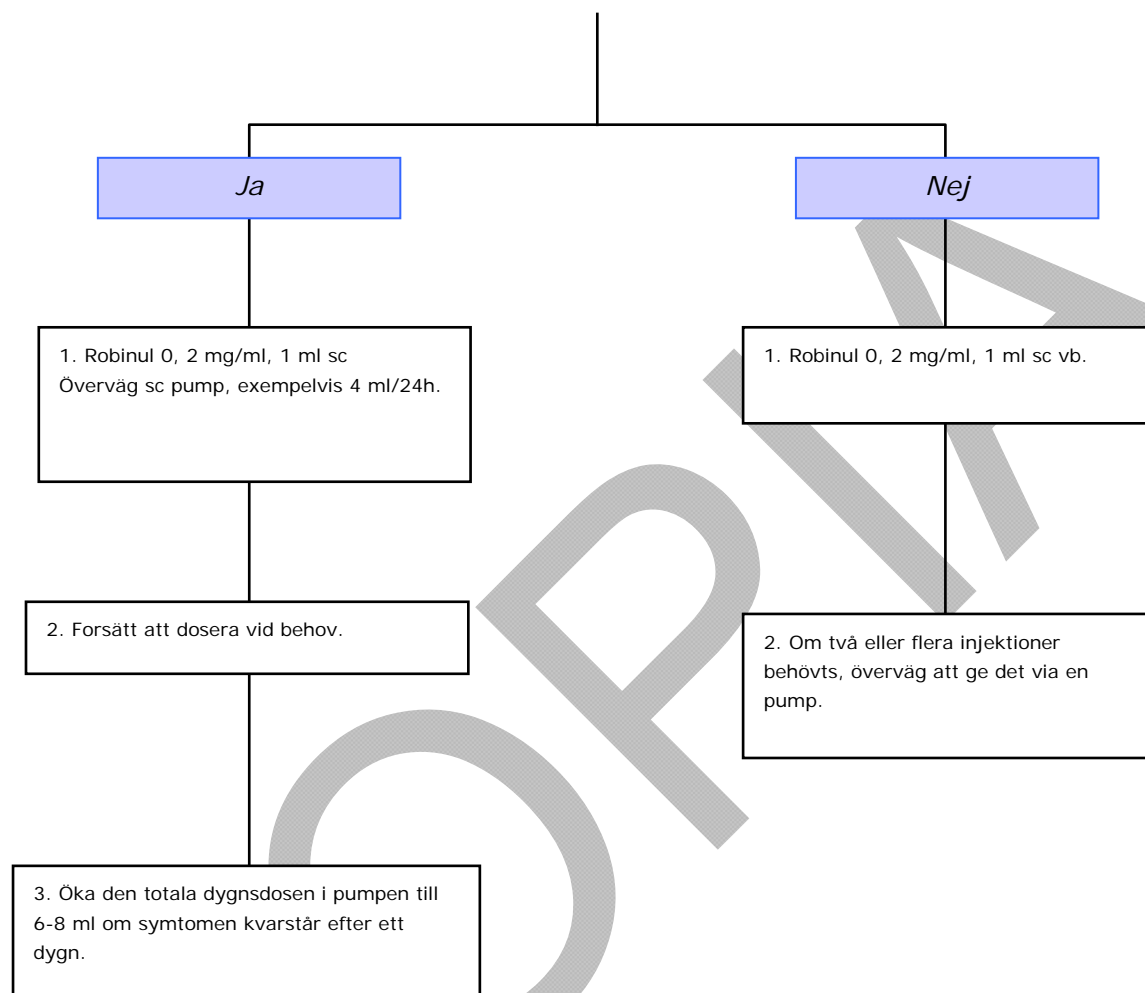


För att byta mellan opioider se konverteringsguide

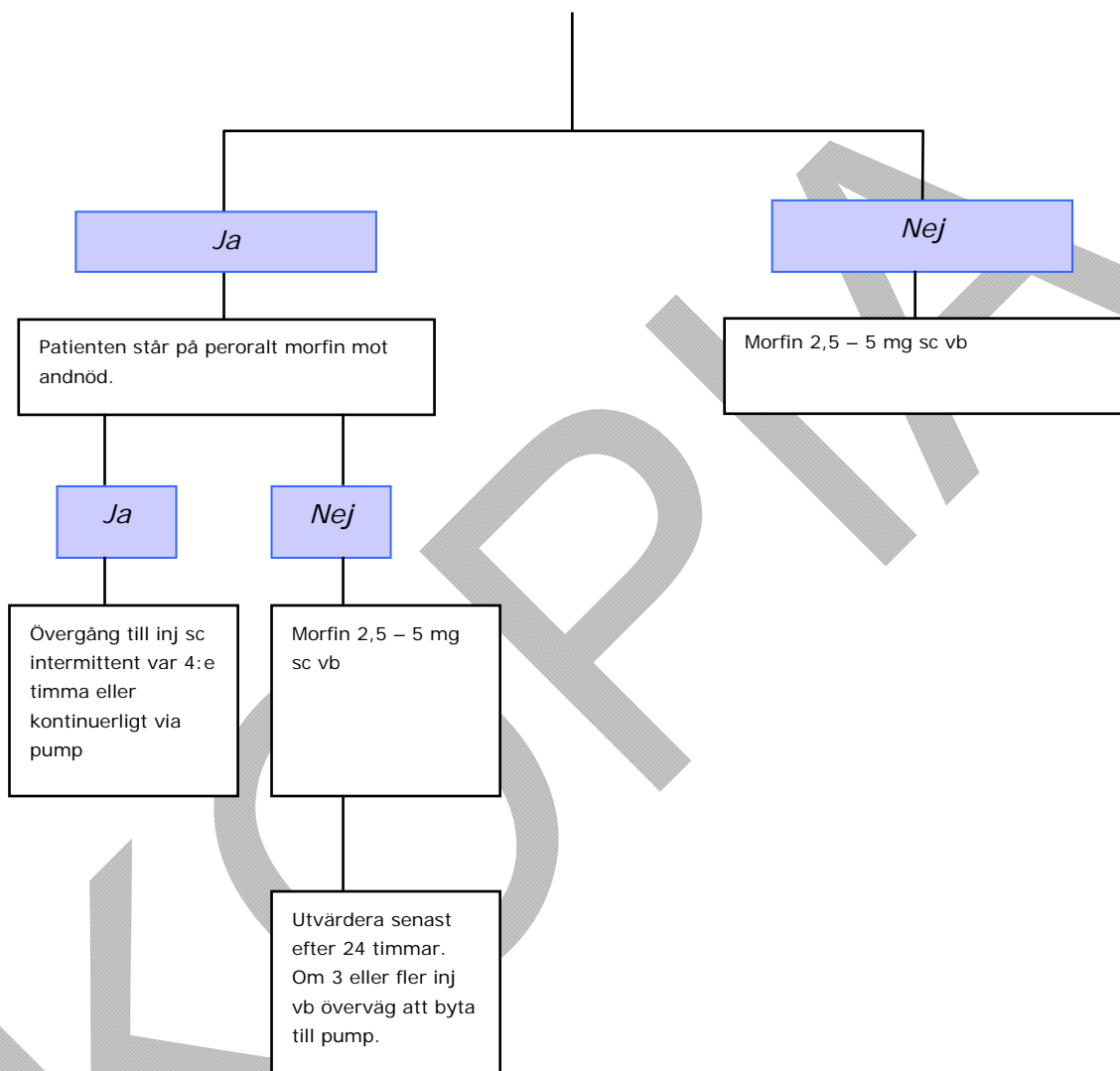
Motorisk oro och agitation



Rosslig andning



Andnöd



Överväg tillägg av bensodiazepin, t.ex. midazolam 2,5mg sc vb

Illamående och kräkning

