



Namnelapp

Livets siste dagar

Rammeverk for ein individuelt tilpassa plan for lindring i livets slutfase

Bruk av denne planen føreset kommunikasjon med pasienten og pårørende slik at deira behov og ønskje er kartlagde og dei er informerte om at pasienten er døyande. Sjekk om det er gjennomført førehandssamtalar med tilhøyrande plan.

Kriterium for å bruke denne planen for lindring til døyande:

- 1. Alle moglege reversible årsaker til pasienten sin tilstand er vurderte.** ☐
- 2. Behandlingsteamet, minimum lege og sjukepleiar, er einige om at pasienten er døyande.** ☐

I tillegg vil minst to av dei følgjande punkta vanlegvis vere oppfylte:

- ☐ Pasienten er sengeliggjande
- ☐ Ein får i lengre periodar ikkje kontakt med pasienten
- ☐ Pasienten klarer berre å drikke små slurkar
- ☐ Pasienten kan ikkje lenger svelge tablettar

Brukar-retteleiing:

- Alle mål er skrivne med **utheva** skrift. Vurderingar og tiltak som vert tilrådde for å nå måla, er skrivne med vanleg skrift.
- Tilrådingar for symptomlindring er tilgjengelege på www.helse-bergen.no/palliasjon.
- Helsepersonell står fritt til å gjere sine egne faglege vurderingar, men endringar i forhold til tilrådde tiltak bør dokumenterast.
- Kontakt lokalt/regionalt palliativt team ved behov for råd, eller fornya vurdering av tilstand.

Når denne planen vert sett i gang, brukast den som dokumentasjon for dei vurderingar som inngår i planen.

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følgjer verksemda sine vanlege retningslinjer.

Bruken av planen skal vurderast fortløpande og alltid revurderast og dokumenterast dersom:

- **pasienten sin tilstand vert betre**
- **det vert uttrykt tvil, bekymring eller usemje knytt til bruken av planen**
- **planen er brukt i inntil tre døgn**

Dato/klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sjukepleiar:

EKSEMPEL

Namn.....

Avd.....

Dato:

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)		
Diagnose og personopplysningar	Hovuddiagnose:	Bidiagnosar:		
	Personnummer:	☐ Mann ☐ Kvinne		
	Innlagt dato:	Nasjonalitet: Behov for tolk: ☐ ja ☐ nei		
Symptom og funn	Smerter	☐ ja ☐ nei	Vaken	☐ ja ☐ nei
	Uroleg, agitert	☐ ja ☐ nei	Bevisst	☐ ja ☐ nei
	Forvirra	☐ ja ☐ nei	I stand til å svelgje	☐ ja ☐ nei
	Rastlaus	☐ ja ☐ nei	Vannlatingsproblem, UVI	☐ ja ☐ nei
	Anspent, engsteleg	☐ ja ☐ nei	Innlagt urinkateter	☐ ja ☐ nei
	Surkling i luftvegane	☐ ja ☐ nei	Obstipert	☐ ja ☐ nei
	Kvalme/brekningar, oppkast	☐ ja ☐ nei	Ødem	☐ ja ☐ nei
	Dyspne	☐ ja ☐ nei	Anna (f.eks. kløe)	☐ ja ☐ nei
Delmål ved første vurdering	Mål 1 Aktuell medisinerer er vurdert og ikkje formålstenlege medikament er seponerte			☐ ja ☐ nei
	Formålstenlege perorale medikament er endra til subkutane, og subkutan pumpe er sett i gang dersom tenleg. Ikkje formålstenlege medikament er seponerte.			
	Mål 2 Behovsmedisinering til subkutan administrasjon er ordinert for følgjande symptom etter verksemda sine prosedyrar:			
	Smerter	☐ ja ☐ nei		
	Uro, agitasjon	☐ ja ☐ nei		
	Surkling i luftvegane	☐ ja ☐ nei		
	Kvalme, brekningar og oppkast	☐ ja ☐ nei		
	Dyspne	☐ ja ☐ nei		
	Mål 3 Ikkje formålstenlege tiltak er seponerte			
	Avgjerdene bygger på grundig vurdering av alle aktuelle tiltak.			
Blodprøver	☐ ikkje aktuelt	☐ ja ☐ nei		
Antibiotika	☐ ikkje aktuelt	☐ ja ☐ nei		
Væskebehandling	☐ ikkje aktuelt	☐ ja ☐ nei		
Ernæringsbehandling	☐ ikkje aktuelt	☐ ja ☐ nei		
Journalført at hjarte-lungeredning ikkje er aktuelt (HLR-)	☐ ja ☐ nei			
Ev. andre tiltak seponerte.....				
Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)			☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei	
Kontakt pasienten sin kardiolog Sjå lokale retningslinjer og prosedyrar Gje ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørande				
Underskrift lege for mål 1-3:		Dato:		
Mål 3a Pleietiltak er revurdert og ikkje formålstenlege pleietiltak avslutta			☐ ja ☐ nei	
Skal ein ha eit regime for å snu pasienten, eller berre gjere det ved behov, vurdere antidecubitusmadrass, vurdere huda, skal ein framleis måle BT, puls og temp, osv.				
Munnen er fukta og rein			☐ ja ☐ nei	
Pasienten sine personlege hygieniske behov er vurdert			☐ ja ☐ nei	
Mål 3b Subkutan pumpe er sett i gang innan 4 timar etter forordning av legen			☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei	

Namn.....

Avd.....

Dato:

Del 1	Første vurdering – framhald
Innsikt/forståing	Mål 4 Evne til å kommunisere er vurdert som adekvat hjá pasienten ☐ komatøs ☐ ja ☐ nei hjá pårørende (familie eller andre) ☐ ja ☐ nei Mål 5 Innsikt i pasienten sin tilstand er vurdert: Pasienten er klar over diagnosen ☐ komatøs ☐ ja ☐ nei Pårørende er klar over diagnosen ☐ ja ☐ nei Pasienten er klar over at han/ho er døyande ☐ komatøs ☐ ja ☐ nei Pårørende er klar over at pasienten er døyande ☐ ja ☐ nei Behov hjå barn/ungdom som pårørende er vurderte ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei
Åndeleg/eksistensiell omsorg	Mål 6 Åndelege/eksistensielle behov er vurderte hjá pasienten ☐ komatøs ☐ ja ☐ nei hjá pårørende ☐ ja ☐ nei Vurder spesielle behov i forhold til familien sin kulturelle bakgrunn. Vurder støtte frå prest eller annan kontaktperson. Pasienten si trusretning eller livssyn er kjent ☐ ikkje aktuelt Dersom ja, kva: ☐ ja ☐ nei Det er gjeve tilbod om kontakt med prest / annan kontaktperson ☐ ja ☐ nei Namn: tlf: dato: Kommentarar (spesielle behov no, i samband med dødsfallet, etter dødsfallet):
Kommunikasjon med pårørende	Mål 7 Det er avtalt korleis pårørende skal få beskjed dersom tilstanden til pasienten endrar seg ☐ ja ☐ nei - uansett tidspunkt på døgnet ☐ - ikkje om natta ☐ - pårørende overnatter ☐ Næraste pårørende: tlf: Relasjon til pasienten: Ev. annan pårørende: tlf: Relasjon til pasienten: Mål 8 Pårørende har fått informasjon om institusjonen ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei Informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annan praktisk informasjon.
Kommunikasjon med primærhelsetjenesta	Mål 9 Fastlege/sjukeheimslege er klar over tilstanden til pasienten ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei Heimesjukepleie/sjukeheim er informert ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei
Samandrag	Mål 10 Plan for vidare behandling og pleie er forklart for og drøfta med pasienten ☐ komatøs ☐ ja ☐ nei pårørende ☐ ja ☐ nei Mål 11 Pårørende gir uttrykk for at dei forstår kva som er planen vidare ☐ ja ☐ nei Pårørende er klar over at vidare behandling og pleie har fokus på at pasienten er døyande. Pårørende har fått komme fram med sine ønskje og bekymringar, og desse er dokumenterte. Sjølve plandokumentet kan drøftast dersom dette vert vurdert som formålstenleg. Skriftleg informasjon kan vere aktuelt, ev. tilpassa alder og språk. Særskild for heimetenesta: Det er diskutert å ikkje gjenoppliva og å ikkje ringe 113. Dei pårørende har tilgjengeleg telefonnummer for assistanse heile døgnet.
Dersom du har svara «nei» på eit av delmåla, bør du utdjupe svaret på siste sida.	
Underskrift:	Stilling: Dato:

Namn.....

Avd.....

Dato:

Del 2 Planen er revurdert etter bruk i inntil tre døgn: ☐ ja ☐ nei		Fortløpande vurderingar: Ein bør sjå til pasienten jamleg; kor hyppig må ein vurdere i kvart enkelt tilfelle. Dokumenter kvar 4. time i institusjon, og ved kvart (daglege) tilsyn i heimen. <i>Vurderingar gjorde til andre tidspunkt, skriv på siste sida.</i>					
Fortløpande vurderingar		Kryss "ja" eller "nei" for kvart punkt. Dersom svaret er <u>JA</u> , skriv tiltak og resultat på siste sida.					
Vurder om følgjande er til stades:		04:00/ kl.....	08:00/ kl.....	12:00/ kl.....	16:00/ kl.....	20:00/ kl.....	24:00/ kl.....
Smerter - Pasienten seier det - Pasienten har smerter ved bevegelse - Pasienten verkar smertepåverka - Vurder behov for å endre leie		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Uro/forvirring - Pasienten viser teikn på delirium, dødsangst eller rastløyse ("plukkar") - Utelukk smerter/urinretensjon som årsak - Vurder behov for å endre leie		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Surkling i luftvegane - Medikament skal gjevast så snart symptom oppstår - Vurder behov for å endre leie - Symptomet er drøfta med pårørande		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Kvalme/brekningar - Pasienten seier det - Pasienten verkar kvalmepåverka		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Oppkast - Vurder behov for leieforandring		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Dyspne (tung pust) - Pasienten seier det - Pasienten ser ut til å streve med pusten - Vurder behov for å endre leie		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Munntørtheit - Tilby drikke til pasient som er i stand til å svelge - Gje munnstell, sjå retningslinjer for munnstell - Munnen skal vurderast minst kvar 4. time - Pårørande kan gjerne ta del i munnstellet		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Vannlatingsproblem - Legg inn kateter dersom retensjon - Bruk kateter eller bleier dersom tilstanden fører til inkontinens		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Andre symptom Pasienten er plagd med:		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Medikament		Dersom svaret er <u>NEI</u> , skriv tiltak og resultat på siste sida.					
Alle medikament er gjevne korrekt i samsvar med forordning - Subkutan pumpe skal kontrollerast minst kvar 4. time		☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Underskrift							
Bruk nytt ark for kvart døgn							

Namn.....

Avd.....

Dato:

Del 2		Fortløpande vurderingar – framhald:	
Kryss "ja" eller "nei" for kvart punkt. Dersom svaret er NEI, skriv tiltak og resultat på siste sida.			
Delmål		08:00/ kl.....	20:00/ kl.....
Liggestilling/ trykkområde	Pasienten ligg godt i trygge omgivelser - Klinisk vurdering av: Huda, ev. trykksår, behov for å endre leie, spesialmadrass, personleg hygiene, stell av auge	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Tarmfunksjon	Tarmfunksjonen er i orden (utan obstipasjon eller diaré)	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Innsikt/forståing	Pasienten er klar over situasjonen ☐ komatøs - Pasienten får nødvendig informasjon og støtte gjennom ord, berøring og nærvær Pårørande er førebudde på at døden snart inntreffer - Vurder forståing hjå pårørande, inkludert born og ungdom og dei som ikkje var til stades ved første vurdering - Forsikre deg om at dei forstår kva slags tiltak som vert gjort for å lindre - Tilby støtte frå prest eller annan kontaktperson	☐ ja ☐ nei ☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei ☐ ja ☐ nei
Åndeleg/ eksistensiell omsorg	Behovet for åndeleg/eksistensiell omsorg er ivaretatt - Støtte frå prest eller annan åndeleg rettleiar kan vere til hjelp - Vurder spesielle behov i forhold til familien sin kulturelle bakgrunn	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Ivaretaking av dei pårørande	Pårørande sine behov er ivaretatte - Vurder pårørande sine behov for helsehjelp eller sosial støtte - Forviss deg om at dei er kjende med og finn fram til tilboda ved institusjonen	☐ ja ☐ nei	☐ ja ☐ nei
Andre behov/ omsyn	Spesielle behov/omsyn er ivaretatte	☐ ja ☐ nei ☐ ikkje aktuelt	☐ ja ☐ nei ☐ ikkje aktuelt
Underskrift:			
Underskrift av sjukepleiar:		Dag:	Kveld: Natt:
Bruk nytt ark for kvart døgn			
Utfyllande kommentarar om forløpet (frå alle yrkesgrupper):			

Namn.....

Avd.....

Dato:

Utfyllande kommentarer om forløpet (frå alle yrkesgrupper):

EKSEMPEL

Namn.....

Avd.....

Dato:

Del 3	Ved dødsfallet
--------------	-----------------------

Dato:

Klokkeslett:

Kven var til stades:

Pårørande varsla dersom ikkje til stades: ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei

Utfyllande kommentarar om dødsfallet:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
Dersom svaret er nei, skriv tiltak og resultat på siste sida	
Rutinar/prosedyrar	Mål 12 Fastlege/sjukeheimslege er informert om dødsfallet ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei Ta kontakt neste arbeidsdag dersom dødsfallet skjer utanom arbeidstida Heimesjukepleie/sjukeheim er informert om dødsfallet ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei Andre som bør informerast, kven ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei Mål 13 Verksemda sine prosedyrar ved dødsfall og ved stell av døde er følgde ☐ ja ☐ nei (spesielle religiøse/kulturelle behov er ivaretekne) Mål 14 Verksemda sine prosedyrar etter dødsfall er følgde ☐ ja ☐ nei Sjekk følgjande punkt: - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD ved kremasjon - obduksjon - registrering av dødsfallet / dødsattest fylt ut - journalen avslutta og epikrise skriven - beskjed formidla til ev. andre offentlege instansar Mål 15 Verksemda sine prosedyrar for pasienten sine verdisaker og eigedelar er følgde ☐ ikkje aktuelt ☐ ja ☐ nei - Eigedelar og verdisaker er signerte for av identifisert person - Gjenstandar er pakka for seinare avhenting - Verdisakene er registrerte og lagra på ein trygg stad
	Ivaretaking av etterlatne Mål 16 Pårørande har fått informasjon om rutinar ved dødsfall ☐ ja ☐ nei Mål 17 Skriftleg informasjon til etterlatne er gjeven til pårørande ☐ ja ☐ nei - Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")
	Underskrift: _____ Dato: _____

Namn.....

Avd.....

Når målet ikkje er nådd eller symptom er til stades:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

Problem (delmål ikkje nådd eller symptom til stades)	Tiltak (Dokumentasjon av medikament- utlevering skal førast på kurve)	Effekt/resultat
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:

Namn.....

Avd.....

Når målet ikkje er nådd eller symptom er til stades:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

Problem (delmål ikkje nådd eller symptom til stades)	Tiltak (Dokumentasjon av medikament- utlevering skal førast på kurve)	Effekt/resultat
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett: