



Pasientdata

## Livets siste dager

### Plan for lindring i livets slutfase, til bruk i palliativ enhet

#### Bruksveiledning:

- Alle mål er skrevet med **uthevet** skrift. Tiltak, som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift.
- Retningslinjer for symptomlindring er tilgjengelig på [www.helse-bergen.no/palliasjon](http://www.helse-bergen.no/palliasjon).
- Helsepersonell står fritt til å gjøre sine egne faglige vurderinger, men enhver endring i forhold til anbefalinger i denne planen skal dokumenteres på siste side.

Bruk av denne planen forutsetter kommunikasjon med pasienten og de pårørende slik at deres behov og ønsker er kartlagt og de er informert om at pasienten er døende.

#### Kriterier for å bruke denne planen for lindring til døende:

1. **Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.**
2. **Behandlingsteamet, minimum lege og sykepleier, er enige om at pasienten er døende.**

I tillegg vil minst to av følgende punkter vanligvis være oppfylt:

- Pasienten er sengeliggende
- Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar
- Pasienten klarer bare å drikke små slurker
- Pasienten kan ikke lenger svelge tablett

Når denne planen settes i gang, erstatter den annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes.

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følger enhetens vanlige retningslinjer.

#### Bruk av planen skal vurderes fortløpende og alltid revurderes dersom:

- **pasientens tilstand bedres**
- **det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet knyttet til bruken av planen**
- **planen er brukt i inntil tre døgn**

Dato/klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sykepleier:

**Referanser:**

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Oslo: Helsedirektoratet, revidert utgave 2013. IS-2091.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, revidert utgave 2019. IS-2800.

Ellershaw JE, Wilkinson S, red. Care of the dying: A pathway to excellence. 2. utgave. Oxford: Oxford University Press, 2011.

International Collaborative for Best Care for the Dying Person

<https://www.bestcareforthedying.org/>

Nasjonale faglige råd: Lindrende behandling i livets slutfase. Helsedirektoratet, 2018.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

EKSEMPEL

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)		
Diagnose og personopplysninger	Hoveddiagnose:	Bidiagnoser:		
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:		
	Innlagt dato:			
Symptomer og funn	Er i stand til å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Kvalm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsbesvær, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Forvirret	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Urolig, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Rastløs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Anspent, engstelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Annet (f.eks. ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Delmål ved første vurdering	<b>Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig. Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.			
	<b>Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er ordinert for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer:</b>			
	Smertes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Uro, agitasjon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Kvalme og brekninger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
<b>Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak er seponert</b>				
<b>Beslutningene bygger på grundig vurdering av alle aktuelle tiltak.</b>				
Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Væskebehandling	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Ernæringsbehandling	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Journalført at hjerte-lungeredning ikke er aktuelt (HLR-)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Ev. andre tiltak seponert.....				
<b>Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)</b>		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Kontakt pasientens kardiolog				
Henvis til lokale retningslinjer og prosedyrer				
Gi ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørende				
Legens underskrift:		Dato:		
<b>Mål 3a Det er tatt en avgjørelse om å avslutte uhensiktsmessige pleietiltak</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Skal en ha et regime for å snu pasienten, eller gjøre det bare ved behov, vurdere antidecubitusmadrass, vurdere huden, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv.				
<b>Mål 3b Subkutan pumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen</b>		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Sykepleierens underskrift:		Dato:	Klokkeslett:	

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 1		Første vurdering – fortsettelse			
Innsikt/forståelse	<b>Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat</b>	hos pasienten	<input type="checkbox"/> komatøs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		hos de pårørende (familie eller andre)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	<b>Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert:</b>	Pasienten er klar over diagnosen	<input type="checkbox"/> komatøs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		De pårørende er klar over diagnosen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Pasienten er klar over at han/hun er døende	<input type="checkbox"/> komatøs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		De pårørende er klar over at pasienten er døende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Behov hos barn/ungdom som pårørende er vurdert	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Åndelig/ eksistensiell omsorg	<b>Mål 6 Åndelige/eksistensielle behov er vurdert</b>	hos pasienten	<input type="checkbox"/> komatøs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		hos de pårørende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn. Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder.			
		Pas. trosretning eller livssyn er kjent	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Hvis ja, hvilken/hvilket:			
		Gitt tilbud om kontakt med prest / annen kontaktperson		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Navn: ..... tlf: ..... dato: .....			
		Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):			
Kommunikasjon med de pårørende	<b>Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand</b>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		- uansett tidspunkt på døgnet	<input type="checkbox"/>		
		- ikke om natten	<input type="checkbox"/>		
		- pårørende overnatter på avdelingen	<input type="checkbox"/>		
		Nærmeste pårørende: ..... tlf: .....			
		Relasjon til pasienten: .....			
		Evt. annen pårørende: ..... tlf: .....			
		Relasjon til pasienten: .....			
	<b>Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om avdelingen</b>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Skriftlig informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annen praktisk informasjon.			
Kommunikasjon med primær- helsetjenesten	<b>Mål 9 Fastlegen eller sykehjemslegen er klar over pasientens tilstand</b>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Hjemmesykepleien/sykehjemmet er informert dersom de er tjenesteyter		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Sammendrag	<b>Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med</b>	pasienten	<input type="checkbox"/> komatøs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		de pårørende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	<b>Mål 11 De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre</b>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		De pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende. De pårørende har fått komme frem med sine ønsker og bekymringer, og disse er dokumentert. Selve plandokumentet kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig. Skriftlig informasjon kan være aktuelt, ev. tilpasset alder og språk.			
Hvis du har svart «nei» på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.					
Underskrift:		Stilling:		Dato: .....	

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 2	Fortløpende vurderinger: Pasienten bør tilses jevnlig, hyppigheten vurderes individuelt. Vurderinger gjort til andre tidspunkt, beskrives fortløpende på siste side.					
Fortløpende vurderinger	Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.					
	Er målet oppnådd?					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
<b>Smerter</b> <b>Mål: at pasienten er smertefri</b> - Pasienten sier det - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Uro/forvirring</b> <b>Mål: at pasienten er rolig og avslappet</b> - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk smerter/urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Surkling i luftveiene</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget med surkling</b> - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet med de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Kvalme og oppkast</b> <b>Mål: at pasienten ikke er kvalm/ikke kaster opp</b> - Pasienten sier det - Pas. virker fredfull	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Dyspne (tung pust)</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget av tung pust</b> - Pasienten sier det - Pas. virker ikke tung i pusten - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Andre symptomer</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget (f eks av ødemer, kløe)</b> .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Behandling/prosedyrer</b>						
<b>Munnstell, drikke</b> <b>Mål: at munnen er fuktig og ren</b> - Tilby drikke til pas. som er i stand til å svelge - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende kan gjerne delta i munnstell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Vannlatingsbesvær</b> <b>Mål: at pasienten er ubesværet</b> - Legg inn kateter hvis retensjon - Bruk kateter eller bleier hvis pas. generelle tilstand fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Medikamenter</b> <b>Mål: at alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning</b> - Subkutan pumpe kontrollert minst hver 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift						
Bruk et nytt ark for hvert døgn						





Navn.....

Avd.....

**Når målet ikke er oppnådd:**

**Analyse av problem, tiltak og resultat:**

Hvilket delmål ble ikke oppnådd?	Tiltak for å oppnå målet (Dokumentasjon av medikament- utlevering skal føres på kurve)	Effekt/resultat (Ble målet oppnådd?)
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: