



# Checklista för vård i livets slutskede

Vårdcentral: \_\_\_\_\_

PAL: \_\_\_\_\_

MPT-läkare: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Diagnos: \_\_\_\_\_

Bedömningsdatum: \_\_\_\_\_

**Giltig tills vidare om inget annat anges**

Åtgärder:	Datum:	Sign:
Är det aktuellt med HLR vid hjärtstopp? Om nej: Medicinskt beslut pga kroniska sjukdomens prognos Patientens egen önskan	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Med beslut <input type="checkbox"/> Pat önskan	
Medicinsk bedömning gjord av läkare att patienten är i livets slutskede?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Brytpunktssamtal hållits av (läkares namn) _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Till sjukhus vid försämring? Ev. kommentar:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> (bara om det uppenbart kan gagna pat. t.ex. vid fraktur)	
Patient informerad och införstådd med vårdnivå enligt ovan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Närstående informerade och införstådda med vårdnivå enligt ovan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Vårdlaget informerat och införstådda med vårdnivå enligt ovan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Trygghetsordinationer insatta?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
KAD får sättas v.b. ?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Symtomskattningsinstrument (VAS, IPOS, ROAG, Abbey pain scale) används kontinuerligt av sjuksköterska/undersköterska?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Medicinska insatser som ej är till nytta är avslutade (prover, parenteral vätska, läkemedel)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Har patienten pacemaker, ICD eller annan elektronisk anordning? Kommentar:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Klinisk undersökning vid förväntat dödsfall kan göras av sjuksköterska:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Efter dödsfall, kontakt med läkare för dödsbevis + dödsorsaksintyg:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

## Trygghetsordinationer – var god se sida 2



# Trygghetsordinationer

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Mot smärta, andnöd, dyspné:

- T. Paracetamol 500 mg, 1–2 v.b. Max 4 gram/dygn.
- Till opiatnaiv patient: Inj. morfin 10 mg/ml, 2,5–5 mg (0,25–0,5 ml) s.c. v.b. Upprepa vid otillräcklig effekt.
- Pat står på morfin/morfinanalog: \_\_\_\_\_ mg/dygn, vilket motsvarar \_\_\_\_\_ mg morfin s.c. Extradoser är ca 1/6 av dygnsdosen. Ordination: Inj. morfin 10 mg/ml \_\_\_\_\_ mg (\_\_\_\_\_ ml) s.c. v.b. Vid otillräcklig effekt efter 20–30 min, upprepa morfidosen tills smärtlindring är uppnådd. Ingen begränsning i antalet doser.

## Mot oro/ångest:

- T. Oxascand 5 mg, 1–2 tabletter v.b. 1–3 ggr/dygn.
- Inj. Midazolam, 5 mg/ml, 1–2,5 mg (0,2–0,5 ml) s.c. v.b. Effekt inom 20–30 min, därefter utvärdering. Vid otillräcklig effekt, upprepa dos. När eftersträvad effekt uppnåtts, summera doserna och använd den sammanräknade dosen som riktmärke vid nästa administrationstillfälle.
- Vid svår motorisk oro, förvirring, hallucinationer eller delirium: Inj. Haldol 5 mg/ml, 2,5 mg (0,5 ml) s.c. v.b. Max 3 ggr/dygn.

## Mot kramper:

- Rektallösning Stesolid/Diazepam 5 mg. Kan upprepas efter 10 minuter vid utebliven effekt.
- Vid kraftiga generella kramper: Inj. Midazolam, 5 mg/ml, 5 mg (1 ml) **i.m.** Effekt inom 1–5 min. Max 1 gång.

## Mot rosslighet:

- Vid hjärtsviktsorsakad andnöd: Inj. Furix 10 mg/ml, 20–40 mg (2–4 ml) s.c. v.b.
- Inj. Robinul, 0,2 mg/ml, 0,2–0,4 mg (1–2 ml) s.c. v.b. Max 4 ggr/dygn.

## Mot illamående:

- T. Postafen 25 mg  T. Haldol 1–2 mg  T./supp/i.v. Primperan 10 mg  T./i.v. Ondasetron/Zofran 4–8 mg v.b.
- Inj. Haldol 5 mg/ml, 1–2 mg (0,2–0,4 ml) s.c. v.b. Max 3 ggr/dygn.
- Inj. Betapred 4 mg/ml, 1 ml s.c. Max 2 ggr/dygn.

## Mot förstoppning:

- Cilaxoral, 10–20 droppar v.b.
- Rektallösning Resulax/Klyx v.b.

## Övrigt:

- Ordination övriga medicinska åtgärder: \_\_\_\_\_

## Ordinerande läkare:

Underskrift

Namnförtydligande

Datum