

Andning

Vid orolig/rosslig andning kan personal prova att höja sängens huvudända, öppna ett fönster. Ha ett lugnt förhållningssätt och guida patienten i att försöka lugna ner andningen. Om detta inte hjälper ska kontakt med sjuksköterska tas. Observeras kontinuerligt.

Munvård

Spraya/smörj munhålan med fuktgel minst två gånger i timmen. Torka ur hela munhålan inklusive tänder, tunga, gom, munbotten och kindernas insida med en munvårdspinne. Smörj läpparna. Borsta tänder/protes 1-2ggr/dygn

Smärta

Smärtskattning skall göras minst var 4:e timma samt vid behov. Välj en av smärtskalorna nedan; VAS när patienten själv medverkar. APS för bedömning som görs av personal.

Oro, förvirring

Oro kan vara ett symptom på att någon av de övriga bedömningspunkterna felar. Om alla punkterna är ua och patienten ändå ter sig orolig bör sjuksköterska kontaktas.

Lägesändring inklusive hudinspektion

Görs regelbundet. Det behöver inte vara regelrätta vändningar, det kan vara flytt av en kudde eller justering av sängens huvudända. Inspektera hela hudkostymen minst 2 gånger per dygn. Var uppmärksam på, och anteckna förändringar i, hudkostymen.

Illamående

Illamående markeras som "ua" eller "P" för problem, ska noteras minst en gång per pass. Vid problem som inte avhjälpas med enklare insatser såsom frisk luft eller lägesändring ska sjuksköterska kontaktas.

Abbey Pain Scale – För bedömning av smärta hos personer som har svårt att själva beskriva sin smärta.

Observera personen, helst i rörelse och besvara frågorna.

Inte alls=0 Sällan=1 Ibland=2 Ofta=3

1. Röstuttryck/ljud – t ex gnyr, jämrar sig eller låter

2. Ansiktsuttryck – t ex spänd, rynkar näsan, grimaserar

Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3

3. Förändrat kroppspråk – t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel eller ihopkrupen

4. Förändrat beteende – t ex ökad förvirring, matvägran, ökad eller minskad kroppsaktivitet

5. Fysiologisk förändring – t ex förändrad kroppstemperatur, puls/bt, svettningar, rodnad/blekhet i hyn

6. Kroppsliga förändringar – t ex rivet skinn, tryckskador, kontrakturer eller andra skador



0480 – 41 80 40
palliativ.se

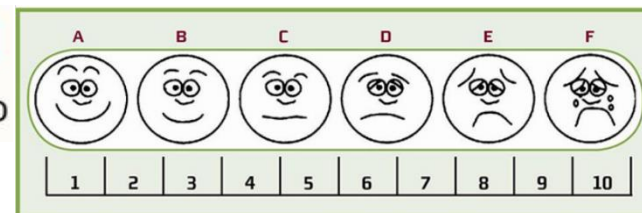
Typ av smärta: Långvarig Akut Blandad

Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Summa:



VAS-skala



Ssk-kontakt

Notera vem som ringer/tar emot samtal/kommer till patienten. Sjuksköterskans eventuella åtgärder dokumenteras av sjuksköterskan i journalen.

Urin- och tarmfunktion

Notera när patienten haft urin/avföring (samt om toalett/flaska/inkontinensskydd används). Vid KAD ska urinproduktion registreras minst en gång per arbetspass. Sjuksköterska ska informeras om det inte varit någon avföring på 12h, om inkontinensskyddet upplevs som helt torrt 6h efter byte samt om KAD-påsen inte fyllts på under passet.

Dokumentet är en journalhandling, scannas in!

Författare: Veronica Lindqvist
Version 1.0 Datum: 200110 Uppdaterad:-