



Behovsvurdering for lindrende behandling (BLB) - Del 1

Målsetting:

- Å identifisere pasientens behov for lindrende behandling og gjøre en koordinert vurdering av behovene
- Å gi pasienten mulighet til å planlegge, forberede og/eller gjøre viktige og meningsfulle prioriteringer ved alvorlig sykdom eller når en vet at levetiden er begrenset

Dato	
Pasientens navn	
Personnummer	
Hoveddiagnose	
Bidiagnoser	
Navn på enhet	

1.1 Symptomer og status

Verktøy som kan brukes

- ESAS-r
- EAPC grunnleggende datasett

			NRS				NRS
Smerter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Depresjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Tung pust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Angst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Slapphet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Søvnvansker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Døsighet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Nedsatt velvære	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Nedsatt matlyst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Forvirret	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Kvalme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	

NRS numerisk skala som går fra 0 (ingen plage) til 10 (verst tenkelig plage).

Tiltak for å lindre symptomer v/NRS > 3 er igangsatt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt
--	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------------

Pasienten er kognitivt adekvat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Varierer	<input type="checkbox"/> Ikke mulig å bedømme
Pasienten kan kommunisere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Varierer	<input type="checkbox"/> Ja, med tolk

1.2 Funksjoner i dagliglivet (ADL)

Pasientens funksjonsstatus beskrives i henhold til ECOG funksjonsstatus:

Ingen funksjonsbegrensninger	<input type="checkbox"/> 0
Kan utføre lettere oppgaver/aktiviteter selv	<input type="checkbox"/> 1
Oppegående >50 % av våken tid gjennom døgnet	<input type="checkbox"/> 2
Sengeliggende/i stol >50 % av våken tid gjennom døgnet	<input type="checkbox"/> 3
Fullt sengeliggende, avhengig av hjelp	<input type="checkbox"/> 4

Pasienten trenger hjelp til:

Personlig hygiene	<input type="checkbox"/>
Av- og påkledning	<input type="checkbox"/>
Toalettbesøk	<input type="checkbox"/>
Forflytning	<input type="checkbox"/>
Mat og drikke	<input type="checkbox"/>
Husarbeid	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>
Annet _____	<input type="checkbox"/>
Klarer ADL uten hjelp	<input type="checkbox"/>

Aktuelle hjelpemidler	
-----------------------	--

Antall tilsyn fra Hjemmesykepleien:	<input type="checkbox"/> i løpet av døgnet <input type="checkbox"/> i løpet av uken <input type="checkbox"/> ikke etablert kontakt
-------------------------------------	--

1.3 Pårørende

Bor pasienten alene?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Er pårørende bekymret?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har pårørende behov for støtte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har pasienten barn som pårørende (0-18 år)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har enhetens personell kartlagt hva barnet/barna vet om diagnose og prognose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

1.4 Informasjonssamtale

Pasienten har hatt samtale med lege om sykdommen og målsetting for behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Dato Sign:
---	-----------------------------	------------------------------	---------------

Pasient og pårørende har hatt samtale med lege om sykdommen og målsetting for behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har fått brosjyre om sjekklisten BLB	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten er orientert om utfallet av kartleggingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har fått brosjyre om forhåndssamtale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har gjennomført forhåndssamtale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har fått tilbud om forhåndssamtale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	

1.5 Resultat av kartleggingen

Pasienten har behov for:

	Henvist dato
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	
<input type="checkbox"/> Ressurssykepleier	
<input type="checkbox"/> Fysioterapi	
<input type="checkbox"/> Ergoterapeut	
<input type="checkbox"/> Ernæringsfysiolog	
<input type="checkbox"/> Prest / representant for tro- eller livssynssamfunn	
<input type="checkbox"/> Psykolog	
<input type="checkbox"/> Tolk	
<input type="checkbox"/> Sosionom	
<input type="checkbox"/> Palliativt team	
<input type="checkbox"/> Plass på palliativ sengeenhet	
<input type="checkbox"/> Tilsyn lege	
<input type="checkbox"/> Frivillig	
<input type="checkbox"/> Sykehjemsplass	
<input type="checkbox"/> Annet _____	
<input type="checkbox"/> Ingen av disse	

1.6 Videre oppfølging

Fastlege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Pasienten gir tillatelse til at kopi av sjekklisten sendes til fastlegen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hjemmesykepleie (HSY)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Pasienten gir tillatelse til at kopi av sjekklisten sendes til HSY	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Poliklinisk time	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sjekklisten BLB-Del 2 er tilgjengelig og kan tas i bruk ved en ny innleggelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Oppfølging av palliativt uteteam	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Annet _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei