



Stöd till personal som sitter VAK

Vak skall vid vård i livets slutskede erbjudas om patienten inte uttryckligen bett om att få vara själv eller om närstående vill vara med patienten. Omvårdnadspersonal som utför vårdåtgärden vak ska i möjligaste mån vara erfaren och känd för patienten.

Omvårdnadspersonal ansvarar för:

- Se till att telefonnummer finns till sjuksköterska dag, kväll/natt.
- Ta del av vårdplanen "Vård i livets slutskede" i patientens pärm.
- Värna om den döendes välbefinnande, försöka skapa en trygg miljö, var uppmärksam på förändringar/försämringar och skatta symtom såsom smärta, oro, andnöd, illamående.
- Kontakta sjuksköterska om patientens tillstånd eller beteende förändras.
- Dokumentera åtgärder och observationer i VIVA.
- Var närvarande och samtala till den döende även om denne inte är kontaktbar.
- Ta stöd av övrig omvårdnadspersonal om behov finns.

Observationer att göra på patienten, se nedan. Utförda åtgärder och observationer ska dokumenteras i VIVA.

Medvetande	Svarar på tilltal, sover eller är medvetandesänkt.
Cirkulation	Ansiktsfärg, kallsvettig, febrig, varm/kall, marmorering i huden.
Andning	Snarkande andning, rosslig andning, andningsuppehåll.
Hud	Hudinspektion, observera tecken på rodnader, framför utsatta punkter. Om torr hud, smörja med mjukgörande.
Ögon	Tvätta ur ögonen vid behov, använd kompresser fuktade i ljummet vatten.
Munhälsobedömning	Gör munhälsobedömning enligt ROAG om HSL-beställning finns. Krävs även kunskap/information om instrumentet.

Dokumentägare: Lena Broberg
Gäller för: Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, Sociala omsorgsförvaltningen, Vård- och äldreförvaltningen/
Version: 1
Senast reviderad: 2024-04-23
Revidering av dokumentet sker kontinuerligt.



Munvård	Rengör och fukta munhålan med munvårdspinnar fuktade med vatten, kan även fuktas med ex. Proxident spray. Smörj läpparna regelbundet med cerat eller olivolja.
Dryck/mat	Om patienten är vaken och vill och kan, så hjälp patienten att dricka eller äta.
Inkontinensvård	Observera om det kommer urin och/eller avföring. Byt inkontinensskydd efter behov. Om patienten har KAD, observera att det rinner.
Hygien	Hjälp med personlig hygien efter behov.
Positionering	Se till att patienten ligger bekvämt. Lägesändring efter behov. Se till att sängkläder är rena, torra och släta. Vänd på kudden, täcken efter behov.
Miljö	Försök skapa den miljö patienten hade önskat t.ex. spela musik, läsa ur tidning eller bok eller ta hänsyn till tystnad. Vädra i rummet efter behov och önskemål.
Känslomässigt	Observera eventuell oro, svåra tankar, plockighet, tårar. Finns behov av samtal eller att träffa någon viss person? familjemedlem, vän, diakon, präst eller annan religionsföreträdare?
Smärtskattning	Smärtskatta vid påbörjat pass och därefter vid behov. Använd skattningsinstrument VAS, SÖS eller Abbey Pain Scale
Symtomskattning	Skatta vid behov övriga symtom som orkeslöshet, illamående, nedstämdhet, oro/ångest, sömnlighet/dåsighet, välbefinnande och andfåddhet. Använd skattningsinstrument ESAS, VAS eller SÖS
Smärta eller andra symtom	Påtar smärta, jämrar sig, rynkar näsa, ser rädd ut, har motorisk oro, vaggar, förvirrad, rastlös, illamående, rosslig andning etc. Kontakta sjuksköterska för rapport, råd, stöd, behov av injektion.
Symtomskattning efter given injektion	Utvärdera effekt 30-45 minuter efter given injektion, använd skattningsinstrument VAS eller SÖS. Kontakta sjuksköterska om injektionen inte haft tillräcklig god effekt.
Närstående	Kontakta närstående efter önskemål.



	Lyssna på närståendes frågor och funderingar. Svara om du kan.
	Ta hjälp av sjuksköterska vid behov.