

Checklista för vård i livets slutskede

Sparas i omvårdnadsjournalen

Namn: _____

Personnummer: _____

Ansvarig sjuksköterska: _____

| Läkaråtgärd: | Datum: | Signatur |
|--|--------|----------|
| Bedömning av ansvarig läkare att kund är i livets slutskede, beslut om ej-HLR | | |
| Brytpunktsamtal med kund och ev. närstående | | |
| Dokumentera i journal | | |
| Medicingenomgång | | |
| Ordination av vidbehovsläkemedel mot, smärta, andnöd, rosslighet, illamående, oro/ångest | | |

| Sjuksköterskeåtgärd: | Datum: | Signatur |
|---|--------|----------|
| Närvara vid brytpunktsamtal med kund och ev. närstående, lämna broschyr om sista tiden | | |
| Dokumentera ej-HLR i journal samt uppdatera symbol i signeringssystem | | |
| Kopiera och lägg in individuell läkemedelslista i kunds pärm på avd. och i ssk pärm, tillse att läkaren dokumenterat ordination i sin journal alt in i pascal | | |
| Se över läkemedelslista, signeringslista och läkemedel i skåp efter överenskommelse med läkaren, sätt ut och avsluta enligt individuell plan | | |

| | | |
|--|---------------|-----------------|
| Bedömning och beslut om individuell plan för symtomskattning enligt validerad skattningsskala och tidsintervall, dokumenteras i journal | | |
| Närståendekontakt: | | |
| Kontakta i första hand: Namn och relation: _____ Telefonnummer: _____ Önskemål om delaktighet i vården <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ej på natten När vill närstående bli kontaktade (dokumenteras i journal) <input type="checkbox"/> Vid försämring <input type="checkbox"/> Vid dödsfall <input type="checkbox"/> Alla tider på dygnet <input type="checkbox"/> Ej på natten | | |
| | Datum: | Signatur |
| Bedömning om behovet finns av extravak | | |
| Individuell plan för nutrition | | |
| Särskilda önskemål utifrån livsåskådning | | |
| Munhälsobedömning och plan- lägg in munvårdsbricka till kund | | |
| Lägg in plan för vändning, munvård och symtomskattning enligt validerat instrument i signeringssystemet | | |
| Meddela Jourhavande sjuksköterska om förändring | | |

| | | |
|---|---------------|-----------------|
| Paramedicinare: | Datum: | Signatur |
| Bedömning av förflyttning och trycksårsprofylax | | |
| Handled personal i mjuka vändningar och att få kund att ligga skönt | | |
| Bedömning av sängmiljön | | |
| Dokumentera i journal | | |



| När döden inträffat: | Datum: | Signatur |
|---|--------|----------|
| Önskar närstående vara med vid omhändertagandet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Finns särskilda önskemål om klädsel, lämna ev brochyr om när livet tar slut | | |
| Lämna informationsfolder till närstående | | |
| Registrera kund i palliativa registret | | |
| Erbjud efterlevnadssamtal efter 6 v | | |
| Avsluta kund enligt rutin. | | |

Den palliativa vårdens fyra hörnstenar:

1. Lindring av svåra symtom som smärta, illamående och oro.
2. Betydelsen av teamarbete mellan olika professioner, allt efter den sjukes behov.
3. Kontinuitet i vården och bra kommunikation mellan den sjuke, närstående och vårdpersonal, oavsett huvudman.
4. Att närstående får tillräckligt stöd, eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från närstående. Vården ska därför ges i samverkan med dem och deras önskemål så mycket som möjligt. De närstående måste känna att de får information och att deras närvaro och medverkan är betydelsefull.