2024-03-14 Susanne Karlsson

Checklista för vård i livets slutskede

Checklistan startas/ tas fram när kundens allmäntillstånd försämrats och behov av senare palliativ vård inleds. Sparas i omvårdnadsjournalen

Namn:

Personnummer:

Ansvarig sjuksköterska:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Läkaråtgärd:** | **Datum:** | **Signatur** |
| Bedömning tillsammans i teamet utifrån NVP blankett ”Bedömning av palliativt vårdbehov Del 1” |  |  |
| Bedömning av ansvarig läkare att kund är i livets slutskede, beslut om ej-HLR |  |  |
| Brytpunktsamtal med kund och ev. närstående |  |  |
| Medicingenomgång  |  |  |
| Ordination av vidbehovsläkemedel mot, smärta, andnöd, rosslighet, illamående, oro/ångest- in i Pascal |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sjuksköterskeåtgärd:** | **Datum:** | **Signatur** |
| Bedömning tillsammans i teamet utifrån NVP blankett ”Bedömning av palliativt vårdbehov Del 1”  |  |  |
| I Epsilon, Starta en Hälsoplan med namnet **”Palliativ vård/ vård i livets slut”**KVÅ QX006***Från och med nu sker all dokumentation i denna hälsoplan*** |  |  |
| Dokumentera i planen att ”Bedömning av palliativt vårdbehov Del 1” är genomfört. AW013Det som framkommit i bedömningen ska dokumenteras under olika KVÅ i hälsoplanen med tillhörande åtgärder. |  |  |
| Närvara vid brytpunktsamtal med kund och ev. närstående, lämna broschyr om sista tiden. Dokumentera med KVÅ XV028  |  |  |
| Dokumentera ej-HLR i journal verifierat av läkare samt uppdatera symbol KVÅ GD002 |  |  |
| Dokumentera läkemedelsgenomgången KVÅ XV022Skriv ut listan och byt ut i pärm och på exp. |  |  |
| Bedömning och beslut om individuell plan för symtomskattning enligt validerad skattningsskala ska dokumenteras och planeras.Ta fram NVP Kontinuerlig bedömning Del 2D. Tidsintervall och åtgärder dokumenteras i journal.  |  |  |
| Lägg in ny signeringslista i SignIt ”Kontinuerlig bedömning Del 2D” enligt tidsintervall på schema.Personal följer/signerar då enbart på pappers-signeringslistan för varje del som bedömts. I SignIt signerat att man genomfört enligt intervallet- och som en påminnelse. |  |  |
| **Kontakta närstående** och säkerställ kontaktuppgifter i Epsilon.Dokumentera KVÅ QT011 |  |  |
| Kontakta i första hand:Namn och relation: Telefonnummer: Önskemål om delaktighet i vården* Ja
* Ej på natten

När vill närstående bli kontaktade (dokumenteras i journal)* Vid försämring
* Vid dödsfall
* Alla tider på dygnet

Ej på nattenSärskilda önskemål utifrån livsåskådning, dokumentera KVÅ PS003 |  |  |
| Sammankalla till ett Team-möte med omvårdnadspersonal och informera om ”Kontinuerlig bedömning Del 2D” dokumentera KVÅ AU124 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| POSTADRESS | BESÖKSADRESS | TELEFON | E-POST | SMS | WEBB | ORG.NUMMER |
| Nacka kommun, 131 81 Nacka | Stadshuset, Granitvägen 15 | 08-718 80 00 | info@nacka.se | 716 80 | [www.nacka.se](http://www.nacka.se/) | 212000-0167 |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bedömning om behovet finns av extravak KVÅ XV014 |  |  |
| Munhälsobedömning och plan- lägg in munvårdsbricka till kund dokumentera KVÅ AE004 och QN012 |  |  |
| Lägg in ”Kontinuerlig bedömning Del 2D” samt ett Abbey pain Scale kort på kundens rum.  |  |  |
| Meddela Jourhavande sjuksköterska om förändring och beställ besök var 4:e timme |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paramedicinare:** | **Datum:** | **Signatur** |
| Bedömning tillsammans i teamet utifrån NVP blankett ”Bedömning av palliativt vårdbehov Del 1” |  |  |
| Dokumentera i den palliativa hälsoplanen (ssk har öppnat) Det som framkommit i bedömningen. Dokumenteras under olika KVÅ i hälsoplanen med tillhörande åtgärder. |  |  |
| Bedömning av förflyttning KVÅ PM001 och trycksårsprofylax KVÅ QH001 |  |  |
| Handled personal i mjuka vändningar och att få kund att ligga skönt KVÅ PM001 |  |  |
| Bedömning av sängmiljön KVÅ QT010 |  |  |
| Utprovning och förskrivning av hjälpmedel |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Fullständig utförande av Munvård QN012 |  |  |
| Bedömning av smärta PB009- enligt Abbey pain scale (i mätvärden ) |  |  |
| Smärtreducerande behandling QB008 |  |  |
| Läkemedelstillförsel, subkutant DT021Läkemedelstillförsel, rektal DT020 |  |  |
| Bedömning av beröringsfunktioner och temperatur PB008 |  |  |
| Bedömning av förnimmelser i samband med hjärt-kärlfunktioner och andningsfunktioner PD010 |  |  |
| Bedömning av besvär relaterat till matsmältning PE007 |  |  |
| Bedömning av urineringsfunktioner PF001 |  |  |
| Bedömning av huden PH001 |  |  |
| Bedömning av risk för trycksår PH002 |  |  |
| Stöd vid oro QA009 |  |  |
| Bedömning av medvetandesfunktioner PA001 |  |  |
| Bedömning av andningsfunktioner PD007 |  |  |
| Anpassning av den fysiska miljön QT010 |  |  |
| Bedömning av att ändra kroppsställning PM001 |  |  |
| Stöd vid personlig vård QN001 |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **När döden inträffat:** | **Datum:** | **Signatur** |
| Önskar närstående vara med vid omhändertagandet?* Ja
* 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 vSkicka närståendeenkät från palliativa registret |  |  |
| 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.*

**Denna blankett är en journalhandling arkiveras i kundens akt.**