|  |
| --- |
| **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 0-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 brochyr om sista tiden |  |  |
| Dokumentera 0-HLR i journal samt uppdatera symbol i MCSS  |  |  |
| Kopiera och lägg in individuell läkemedelslista i kunds pärm på avd. och i ssk pärm |  |  |
| 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 Ja Ej på nattenNär vill närstående bli kontaktade (dokumenteras i journal)Vid försämring Vid dödsfall Alla tider på dygnet 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 i MCSS |  |  |
| 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? 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 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.*