

Checklista palliativ vård, inför, under och efter vård i livets slutskede

Patient: _____ Boende / Teamtillhörighet: _____

Personnummer: _____

Ansvarig Läkare: _____ Sjuksköterska: _____

Åtgärder (Grönmarkerad = läkare , blå = sjuksköterska)	Datum	Signatur
Brytpunktsamtal/medicinsk vårdplanering genomfört av patientansvarig läkare		
Brytpunktsamtalet är dokumenterat i lifecare XV028		
Medicinsk bedömning gjord av läkare att patienten är i livets slutskede samt ställningstagande till 'Ej HLR' (diagnos Z515)		
Läkare tagit beslut om aktuell medicinering, ej nödvändig medicinering utsatt.		
Läkare tagit beslut om att avsluta icke nödvändiga åtgärder		
Patient och /eller närstående har varit delaktiga i ovanstående Säkerställ att de har tagit till sig och förstått information		
Överlämnat informationshäfte "Till dig som är närstående"		
Efterfrågan och /eller bedömning av religiösa och andliga, samt existentiella behov har gjorts		
Trygghetsordinationer ordinerade		
Delegering för att konstatera dödsfall		
Hälsoplan öppnad för vård i livets slutskede		
Starta upp kontakt med palliativt ombud/hemvård/boendepersonal för att samordna vården kring patienten.		
Information, handledning till team/pers. grupp fortlöpande		
Till utförare -HSL uppdrag		
Se över Hälsoplaner och avsluta allt som är inaktuellt så även avsluta HSLuppdrag		
Lämna ut omvårdnadschema Palliativ vård * skattningsskalor för minst 1 vecka till omv.pers så det finns hemma hos patienten. (Skriv på frekvens /intervall på skattningarna)		
Palliativt omvårdnadsmaterial lämnas ut, tas med av vård och omsorgspersonal (hemvård)		
Bedömning av extravak. Inhämta anhörigas önskemål och meddela omv personalen beslut så att dom beställer extravak. Se rutin		
Samordna behov av hjälpmedel med ansvarig arbetsterapeut/fysioterapeut (madrass, glidlakan, övriga hjälpmedel).		
Bedöm behov av trygghetsordinationer se över så det finns aktuella läkemedel på boendet för kommande dygn. Iordningställ tillfälligt medicinskåp för injektioner (sprutor lkm/nålar inkl signeringslistor och narkotikajournal (gäller ordinärt boende/LSS).		
Skapa regelbundna insatser /bedömning i att göra Lifecare för hela dygnet. Uppföljning av symtombehov av symtomlindring minst var 4:e timme.		
Bedömning behov av sc. nål		
Anhörigstöd/samtal		

När palliativ vård bedöms vara aktuell ansvarar Patientansvarigsjuksköterska för dagen för att - förutom att Hälsoplanen skall finnas tillgänglig skall även omvårdnadsschema med signeringslista finnas tillgänglig för omvårdnadspersonalen

- smärtskattning/vändschema/munvård.
- observation av förekomst av urin och avföring
- observation intag av dryck och föda
- Inspektion av hud i samband med omvårdnad, lägesändring – Trycksårsbedömning
- ROAG, ska utföras veckovis och vid behov

Adekvat behandling mot smärta	Datum	Signatur

Adekvat behandling mot illamående	Datum	Signatur

Adekvat behandling mot andningsproblematik	Datum	Signatur

Adekvat behandling mot ödem	Datum	Signatur

Adekvat behandling mot eliminationsproblematik	Datum	Signatur

Adekvat trycksårsprofylax	Datum	Signatur

Adekvat munvård	Datum	Signatur

Adekvat behandling mot oro/ångest	Datum	Signatur

Adekvat behandling mot nedstämdhet/depression	Datum	Signatur

Efterlevandesamtal erbjudet/genomfört	Datum	Signatur

Om en åtgärd bedöms som "ej aktuell" ska det framgå av checklistan. Utförligare förklaring av insatt åtgärd dokumenteras i journalen

