

Vård i livets slut, checklista vid medicinsk vårdplanering

Checklistan utgår från standardvårdplanen för palliativ vård. Målet med planen är att tillgodose psykiska, fysiska, sociala, andliga och existentiella behov/ önskemål i livets slutskede samt tillgodose närståendes behov av stöd.

Namn.....Personnr.....

.....
Ansvarig läkare (fast vårdkontakt)

Utse läkare till fast vårdkontakt	Datum:	Sign:
Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slut	Datum:	Sign:
Läkaranteckning med beslut om behandlingsbegränsning, inklusive O-HLR i UMS	Datum:	Sign:
Muntlig och skriftlig information till patient/närstående, relevanta broschyrer utdelade	Datum:	Sign:
Information till samtliga professioner i teamet som är delaktiga i patientens vård	Datum:	Sign:
Uppmärksamma önskemål om hur och var vården ska ges i livets slutskede och i förekommande fall erbjuda hembesök	Datum:	Sign:
Uppmärksamma existentiella, andliga och kulturella behov/ önskemål	Datum:	Sign:
Beslut och planering dokumenterad i respektive patientjournal	Datum:	Sign:
I förekommande fall uppdatera FMA-blanketten	Datum:	Sign:
Blankett Dödsfall – Underlag för konstaterande av väntat dödsfall och Transportintyg ifyllt	Datum:	Sign:
Palliativa vid behovsläkemedel för symtomlindring är ordinerade	Datum:	Sign:
Administrering av palliativa vid behovsläkemedel är påbörjat	Datum:	Sign:
Ansvarig läkare är informerad om att administrering av palliativa vid behovsläkemedel har påbörjats	Datum:	Sign:
Information om närståendepenning Närståendepenning för anställda - Försäkringskassan (forsakringskassan.se)	Datum:	Sign:
Önskemål om närstående ska kontaktas nattetid	Datum:	Sign:
Bedöma behov av tät tillsyn eller kontinuerlig närvaro	Datum:	Sign:
Önskemål om närvarande vid dödsögonblicket	Datum:	Sign:
Erbjuda samtalsstöd, se bilaga 6	Datum:	Sign:
Bedöma behov av stöd från specialiserad palliativ vård	Datum:	Sign:
Regelbunden skattning av samtliga symtom enligt Symtomcirkeln, se bilaga 4 i Palliativ vård i samverkan	Datum:	Sign:
Munhälsobedömning inklusive ordinerad munvård	Datum:	Sign:
Kontinuerlig observation av urin- och avföringsfunktioner dagligen	Datum:	Sign:
Regelbunden bedömning av hud och trycksårsk	Datum:	Sign:

Tryckavlastande åtgärder samt ordination av individuellt anpassade lägesändringar	Datum:	Sign:
Fallriskbedömning	Datum:	Sign:
Efter dödsfall, se länk Samverkan vid dödsfall - åtgärder	Datum:	Sign:
Efterlevandesamtal erbjudet	Datum:	Sign:
Kontinuerligt erbjuda stöd och handledning för medarbetare	Datum:	Sign: