

## Planeringsunderlag vid vård i livets slutskede i hemsjukvården

Ifylls gemensamt av ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska.

Boende/Distrikt: ..... Personnummer.....  
 ..... Namn: .....  
 Adress: .....

### Diagnoser och aktuella problem:

.....

### Information till patient och närstående:

Har personen fått ett brytpunktssamtal?  Ja  Nej

Har personens närstående fått ett brytpunktssamtal?  Ja  Nej  Har inga närstående

Vilka närstående?.....av vilken läkare?.....

### Symptomkontroll/Checklista Ifylles av läkare (för åtgärder se medicinlistan och omvårdnadsjournalen)

Checklistan ska ses som ett instrument och kom-ihåg-lista för planeringen.

Finns symtomet skriv JA eller NEJ i vänsterrutan. Förväntas symtomet skriv JA eller NEJ i högersterrutan.

Symtom	Datum: Läkarinitialer:		Datum: Läkarinitialer:		Datum: Läkarinitialer:	
	Finns	Förväntas	Finns	Förväntas	Finns	Förväntas
Smärta						
Ängest/ oro						
Illamående						
Förstoppning						
Muntorrhet/ törst						
Rosslighet						
Annat:.....						

Kommentar:.....

Har patienten implantat?  Ja  Nej

Finns journalanteckning om att sjuksköterska får fastställa tidpunkt för dödsfallet?  Ja  Nej

Undertecknad är ansvarig läkare och kan utfärda dödsbevis

Datum ..... Namn.....

Vårdcentral/avdelning/mottagning .....

### Checklista för omvårdnad Ifylles av sjuksköterska (uppdatera status när du sätter kryss)

Omvårdnadsbehov	Nutrition/ munvård	Elimination	Hud / Ögon vård	Hud / Trycksårsprofylax	Andligt/ kulturellt
Datum ssk					
Datum ssk					

Ansvarig  
sjuksköterska:.....

ERBJUD EFTERLEVANDESAMTAL!

## Manual för planeringsunderlag vid vård i livets slutskede i hemsjukvården

### Brytpunkt

För att kunna sätta adekvata mål för vården i livets slutskede bör en brytpunkt identifieras, då livsuppehållande och aktivt funktionsbevarande åtgärder inte längre är meningsfulla och då målet för vården istället övergår till att lindra döendet. Denna brytpunkt kommuniceras med patienten genom brytpunktssamtal med läkare.

### Förväntat dödsfall

När läkare bedömer att det rör sig om ett förväntat dödsfall kan denne ge sjuksköterskan i kommunal hälso- och sjukvård information om att hen får göra en klinisk undersökning när patienten har avlidit. Detta ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen av både läkare och sjuksköterska. Dödsfallet meddelas sedan läkare enligt *rutin för kontakt mellan sjuksköterska i kommun och läkare vid förväntat dödsfall*.

Detta innebär inte alltid att ett planeringsunderlag ska upprättas då brytpunkten kan vara långt innan den allra sista tiden i livet.

### Planeringsunderlag

Planeringsunderlaget ska användas i livets allra sista tid. Det används vid vårdplaneringen som ett instrument för kvalitetssäkring. Det är utformat som en checklista. Planeringen initieras av ansvarig sjuksköterska.

Underlaget placeras i omvårdnadspärmen eller annan plats där dokument förvaras hos patienten. Läkaren står för den medicinska planeringen och sjuksköterskan för omvårdnadsplaneringen. Redan här kan man planera för ett eventuellt efterlevandesamtal. Giltighetstiden för planeringsunderlaget är **två** veckor.

### Symtomkontroll/checklista

Checklista för symtomkontroll ifylls av patientansvarig läkare. Listan skall ses som ett instrument och kom ihåg lista för de vanligaste förväntade symtomen. Möjlighet finns för tre uppdateringar. Behövs fler uppdateringar – tag ett nytt planeringsunderlag. Glöm inte numrera bladen. Läkemedelsordination förs in på aktuell ordinationshandling.

### Omvårdnadschecklista

Checklista för omvårdnad fylls i av planeringsansvarig sjuksköterska. Vid omvårdnadsbehov kryssa i checklistan och uppdatera status i omvårdnadsjournalen.

Möjlighet finns till 2 uppdateringar. Vid behov skrivs ett nytt planeringsunderlag som numreras.