

Planeringsunderlag vid vård i livets slutskede i hemsjukvården Kronobergs län

Gäller för: Region Kronoberg

Innehållsförteckning

1	Syfte.....	2
2	Tillvägagångsätt	2
3	Brytpunkt.....	2
4	Förväntat dödsfall	2
5	Dokumentation	2
5.1	Symtomkontroll/checklista.....	2
5.2	Omvårdnadschecklista.....	2
5.3	Planeringsunderlag	2
5.4	Hälso- och sjukvårdsjournalen	3
5.5	Uppmärksamhetssymbolen.....	3
5.6	Giltighetstid	3
6	Efterlevandesamtal.....	3
7	Relaterade rutiner	3
7.1	Referenser	3

Riktlinjen i samarbete med Länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) representerad av Karin Svensson MAS Lessebo kommun

1 Syfte

Planeringsunderlag ska användas i livets allra sista tid. Det används vid vårdplaneringen som ett instrument för kvalitetssäkring.

2 Tillvägagångsätt

Planeringen initieras av ansvarig sjuksköterska. Planeringsunderlaget är utformat som en checklista och finns under blanketter i Cambio Cosmic.

Patientens läkare ansvarar för den medicinska planeringen och sjuksköterskan för omvårdnadsplaneringen.

3 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 symtom i slutskedet. Denna brytpunkt kommuniceras med patienten genom brytpunktssamtal med läkare.

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

4 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*.

5 Dokumentation

5.1 Symtomkontroll/checklista

Checklista för symtomkontroll fylls i av patientansvarig läkare. Listan skall ses som ett instrument och kom- ihåg lista för de vanligaste förväntade symtomen. Möjlighet finns för tre uppdateringar, sedan påbörjas ett nytt planeringsunderlag. Bladen ska numreras. Läkemedelsordination förs in på aktuell ordinationshandling.

5.2 Omvårdnadschecklista

Checklista för omvårdnad fylls i av ansvarig sjuksköterska, som även uppdaterar status i omvårdnadsjournalen.

5.3 Planeringsunderlag

Planeringsunderlaget finns under blanketter i Cambio Cosmic.
Planeringsunderlaget placeras i omvårdnadspärmen eller annan lämplig plats hos patienten.

5.4 Hälsa- och sjukvårdsjournalen

Dokumenteras i regionens journal av läkare i mallen **Brytpunktssamtal (?)** och i kommunens journal av sjuksköterska. Information ska finnas lätt tillgänglig för personal.

5.5 Uppmärksamhetssymbolen

Läkare dokumenterar i uppmärksamhetssymbolen (UMS) under *vårdrutinavvikelse annat* och ange term *behandlingsstrategi*. Länka till blankett **Planeringsunderlag** och mallen **Brytpunktssamtal**. Notera att omprövningstid alltid ska sättas till samma datum som planeringsunderlaget vid registreringen i UMS

Länka till rutin för UMS.

5.6 Giltighetstid

Planeringsunderlaget är giltigt i **två** veckor. Möjlighet finns till 2 uppdateringar.

Vid behov skrivs ett nytt planeringsunderlag. Versionerna ska numreras.

6 Efterlevandesamtal

Planera för ett eventuellt efterlevandesamtal.

7 Relaterade rutiner

Begränsningar av livsuppehållande behandling

Hjärt och lungräddning, HLR, på särskilt boende i Kronoberg

7.1 Referenser

[SOSFS 2011:7 Livsuppehållande behandling](#). Socialstyrelsens författningssamling. 2011.

[Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal](#). Socialstyrelsen. 2011.

[Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning \(HLR\)](#). Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning. 2013.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare