

Ansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	Upprättad av Anke Wilken (SSK) Anneli Jonsson (DSK) Lotta Tyrberg (MAS) ÖG	Berörda verksamheter Hälsa och omsorg	Fastställt datum 2024-06-12
Dokumentnamn Rutin för vård i livets slut och omhändertagande av avliden	Ledningssystem Enligt SOSFS 2011:9	Reviderad	Diarienummer

Innehåll

1.	Allmänt	2
2.	Fyra hörnstenar för palliativ vård	2
3.	Allmän och specialiserad palliativ vård	2
4.	Brytpunkt	2
5.	Brytpunktssamtal	3
6.	Den palliativa vården	3
7.	Omhändertagande av dödsfall	3
8.	Konstaterande av dödsfall	4
9.	Efterlevandesamtal	4
10.	Kvalitetssäkring av vården i livets slutskede	5

1. Allmänt

Palliativ vård är en aktiv helhetsvård i ett skede där sjukdom inte längre svarar på botande behandling. Palliativ vård handlar om att se över hela livssituationen och omfattar personer med sjukdomar som inte går att bota.

Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov.

Utifrån patientens och närståendes önskemål och behov planeras den palliativa vården av professionerna i teamet. Målet är att stödja patienten att leva med största möjliga välbefinnande och värdighet till livets slut.

2. Fyra hörnstenar för palliativ vård

För att lindra fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt lidande ska den palliativa vården bygga på de fyra hörnstenarna:

1. Symtomlindring – förebygga och lindra symtom
2. Teamarbete – multiprofessionella team för att tillgodose patientens behov
3. Kommunikation/relation – av kvalitet för att främja patientens livskvalitet
4. Närståendestöd – för att känna delaktighet samt få information och stöd efter behov

3. Allmän och specialiserad palliativ vård

Enligt Socialstyrelsens rapport *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 Palliativ vård i livets slutskede Indikatorer och underlag för bedömningar** beskrivs allmän och specialiserad palliativ vård enligt nedan:

”Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskaper och kompetens i palliativ vård och bedrivs inom sjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden i samarbete med primärvården.

Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Denna vård erbjuds inom en specialiserad palliativ verksamhet eller inom en enhet med allmän palliativ vård med stöd från ett palliativt team.”

* Artikelnummer 2016-12-12 Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2016

4. Brytpunkt

Brytpunkt för palliativ vård är vid den gräns då vården ändrar riktning från att det huvudsakliga målet har varit livsförlängande, till att vara lindrande. Brytpunkten föregås av

en helhetsbedömning av patientens tillstånd, önskemål och medicinsk bedömning som leder till ett ställningstagande om att ändra vårdens mål och innehåll.

5. Brytpunktssamtal

Ett brytpunktssamtal ska ske mellan ansvarig läkare och patienten om ett ställningstagande om att övergå till palliativ vård. Samtalet kan förklaras som en form av vårdplanering där mål och riktning på vården planeras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

I samarbete med ansvarig läkare tar OAS initiativ till ett så kallat brytpunktssamtal. Närstående bjuds in efter patientens önskemål. Det är av vikt att teamet kring patienten görs delaktig.

Det ska tydligt framgå i patientjournalen att vården övergått till att vara palliativ samt att ett brytpunktssamtal utförts.

Mer än ett samtal kan behövas beroende på var i processen patienten befinner sig.

6. Den palliativa vården

För att kunna ge en personcentrerad palliativ vård av kvalitet följs Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP). Se separat rutin.

Vårdprogrammen beskriver det palliativa vårdförloppet, från tidig till sen fas. Särskilt fokus har lagts på vikten av att i rätt tid identifiera palliativa vårdbehov, patient och närståendes behov av samtal, samt på omvårdnad och symtomlindring.

Teamet i den allmänna palliativa vården består av läkare, sjuksköterska, omsorgspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut kompletterad med kompetens från dietist och demenssjuksköterska. Hela teamet behöver göras delaktig och erbjudas handledning och fortbildning i palliativ vård.

7. Omhändertagande av dödsfall

Det hör till hälso- och sjukvården att ta hand om avlidna.

När någon avlidit är ett professionellt och etiskt förhållningssätt viktigt. Hälso- och sjukvårdens uppgifter ska fullgöras med respekt för den avlidne och de närstående ska visas hänsyn och omtanke.

Kommunerna ansvarar för att ta hand om de personer som avlider i särskilda boendeformer, vistas på korttidsplats SoL, eller bor på gruppbostad LSS. I ordinärt boende omfattas patienter som är inskrivna i det mobila teamet samt patienter med omfattande, kontinuerligt och långvarigt insatser från sjuksköterska och är inskrivna i hemsjukvården.

Kommunens ansvar upphör när kroppen lämnats ut för att bisättas och begravas.

Rutiner för hantering av dödsfall finns samlade i en skåneövergripande handbok. Handboken tydliggör gränsdragningar, ansvarsområden samt ger konkret stöd vid praktiska situationer kopplade till dödsfall.

[Handbok för omhändertagande av dödsfall utanför vårdinrättning i Skåne](#)

8. Konstaterande av dödsfall

Huvudprincipen är att läkare konstatera dödsfallet. Undantag kan göras vid förväntade dödsfall. Behandlande läkare kan då konstatera dödsfallet genom att hämta uppgifter från tjänstgörande sjuksköterska. Underlaget får inte vara äldre än en månad.

Blanketten ”*Underlag för konstaterande av väntat dödsfall*” används.

Sjuksköterska som konstaterat dödsfallet och fyllt i lappen ”underlag för konstaterande av väntat dödsfall” lägger blanketten i utgående postfack märkt ”vårdcentralen”. Sjuksköterska skriver in i digitala kalendern till OAS som dagen efter har i uppdrag att lämna intyget till vårdcentralen.

Blanketten ”Mottagningsbevis” ska fyllas i och skrivas under av vårdcentralen i samband med överlämnandet av intyget.

Blanketten ska därefter skannas in i patientens journal.

9. Efterlevandesamtal

OAS kontaktar närstående och erbjuder ett efterlevande samtal. Efterlevandesamtalet bör ske på en ostörd plats där trygghet och avskildhet kan skapas. Det kan vara på vårdenheten, i närståendes hem eller per telefon beroende på närståendes önskemål och vad som är praktiskt genomförbart.

- Samtalet bokas sex till åtta veckor efter dödsfallet noteras i digital kalender samt i patientjournalen
- Information lämnas om hur lång tid samtalet förväntas ta (max 90 minuter)
- Överenskommelse görs om samtalet ska vara fysiskt eller via telefon
- För stöd vid samtalet används svenska palliativ registrets [Efterlevandesamtal i stickformat](#)
- Utfört samtal dokumenteras i patientjournaler

10. Kvalitetssäkring av vården i livets slutskede

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som möjliggör en systematisk och kontinuerlig utveckling av vården i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående.

En enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet besvaras. Personalen använder sedan resultaten för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från registret för uppföljning.

För patienter som avlider i särskilt boende, korttidsboende eller ordinärt boende med insatser från hemsjukvård ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att registrera i palliativ registret.