

Ansvarig
Vellinge kommun
Näsets läkargrupp
Vellinge vårdcentral
Capio

Upprättad den
2013-10-21

Upprättad av
Företrädare från respektive verksamheter

Reviderad den
2024-05-14

Samverkansrutin för kommunal palliativ vård i livets slutskede

Bakgrund

Med palliativ vård menas en symtomlindrande vård i stället för botande vård. I detta skede är sjukdomen obotlig. Vid en palliativ inriktning kan det fortfarande vara månader kvar av livet.

Med palliativ vård i livets slutskede är vården fortfarande lindrande men börjar närma sig slutet och patienten har dagar eller veckor kvar att leva. Vid övergång till vård i livets slutskede är det aktuellt med insättning av injektioner och dokumentet förväntat dödsfall skrivs av ansvarig läkare.

Syfte

Att samtliga parter som är delaktiga i denna samverkansrutin arbetar på likvärdigt sätt för att identifiera, besluta och samordna patientens palliativa vårdbehov samt ha följsamhet till beslut, regelverk och riktlinjer.

Regelverk, nationella riktlinjer och film

- [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\)](#)
- [Nationellt vårdprogram för palliativ vård](#)
- [Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede](#)
- [Film om Åldrande, skörhet och sista tiden i livet](#)

Regelverk och nationella riktlinjer ska alltid ligga till grund för den vård som erbjuds inom primärvård och kommun. Verksamheterna ansvarar själv över implementering och uppföljning.

Vårdbegränsningar

Vårdbegränsningar ska beslutas av läkare och dokumenteras i primärvårdens journalsystem, särskild framtagen journalmall används för detta [manual-for-behandlingsbegransningar](#).

Ansvarig läkare tillser att ansvarig sjuksköterska i kommunen erhåller utskrift av journalanteckning om vårdbegränsning som sätts in i patientens HSL pärm. Läkaren ansvarar för att informera patient och/eller anhöriga om beslutet.

Brytpunktssamtal

Läkaren har det medicinska ansvaret och därmed ansvaret för patientens behandling men brytpunktssamtalet kan initieras av alla som är involverade i vården.

Brytpunktssamtal ska ske som ett personligt möte i en miljö som främjar det svåra samtalet. Endast i undantagsfall får samtal med anhörig ske per telefon.

Brytpunktssamtal sker vid olika skede både vid övergång från livsförlängande till lindrande inriktning men sker även vid övergång till palliativ vård i livets slutskede.

Brytpunktssamtalet följer Socialstyrelsens riktlinjer [Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp](#)

Dokumentation ska ske i respektive verksamhets patientjournal. Kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för att upprätta en vårdplan/hälsoplan som förvaras i patientens hem.

Samverkan

Samverkan sker i vårdteam tillsammans med patient och anhörig utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Anhörigstöd

Anhöriga ska kontinuerligt informeras av ansvarig sjuksköterska och/eller läkare samt erbjudas delta i brytpunktssamtal, vård och omsorgsplanering samt andra möten om patienten inte har andra önskemål.

Förväntat dödsfall

Läkare kan delegera uppgiften att utföra den kliniska bedömningen att döden har inträtt. Detta sker genom upprättade av blankett förväntat dödsfall. Ansvaret för upprättande av Blankett förväntat dödsfall åligger läkare. Blanketten skall komma ansvarig sjuksköterska tillhanda utan dröjsmål. Blanketten förvaras i HSL-pärm i patientens

hem. Delegering för klinisk bedömning är giltig en månad och behöver uppdateras innan dokumentet blir ogiltigt [rutin-vid-dödsfall-i-kommunal-halso-och-sjukvard](#)

Palliativregistret

För att förbättra och följa den palliativa vårdens kvalitet och utveckling ska fastställda kvalitetsindikatorer enligt Svenska Palliativregistret användas [Start - Svenska palliativregistret](#).

- Vårdplan
- Dokumenterat brytpunktssamtal
- Vidbehovsordination av opioid mot smärta
- Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel
- Smärtskattning sista levnadsveckan
- Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Utan trycksår (kategori 2–4)
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket

Ansvarig sjuksköterska ska registrera dödsfall i Palliativregistret enligt särskild rutin. Information inhämtas från berörd vårdpersonal och läkare och ska användas som en möjlighet till reflektion mellan den personal som varit involverade i vården kring patienten. Vellinges resultat i Palliativregistret ska regelbundet lyftas i verksamheterna för att identifiera förbättringsområden, planera åtgärder och uppföljning.

Efterlevandesamtal

Ansvarig sjuksköterska som vårdat en patient i livets slutskede, oavsett var dödsfallet skett, bör ha som rutin att kontakta efterlevande anhöriga och erbjuda ett samtal. De flesta samtal kan ske per telefon men det kan även behövas att man kallar till ett möte där även den ansvariga läkaren och vårdpersonal deltar.

Uppföljning

Samverkansrutin följs upp och utvärderas regelbundet, minst årligen, vid lokal samverkansgrupp HS-avtal för att säkerställa kvalitet, nära vård och samverkan kring patienten.