

Framtagen av: Medicinskt ansvariga	Sökord i diariet: Omhändertagande Livets slut Avlidna	Fastställt år: 2015-06-10
Fastställt av: Medicinskt ansvariga	Målgrupp:	Revideras: Kontinuerligt
	Diarienummer: VON F 2017/00215 003	

Omhändertagande vid livets slut och av avlidna i särskilt boende

Syfte	3
Mål	3
Ansvar	4
Kriterier för bestämmande av människans död	4
Indirekta kriterier	5
Fastställa dödsfallet	5
Förväntat dödsfall	5
Ej väntade dödsfall	6
Själv mord.....	7
Identifikation av avliden	7
Omhändertagande av den avlidne	8
Dokumentation i omvårdnadsjournalen	8
Dödsbevis, intyg och obduktion – läkarens ansvar	8
Kontakt med begravningsbyrå	9
Transport och överlämnande	9
Arbetsgång inför transport av avliden.....	9
Registrering i Svenska Palliativregistret	10
Referenser	10
Bilaga 1 - Checklista vid och efter dödsfallet	11
Vid väntade dödsfall och om läkaren gett klartecken vid oväntade dödsfall gäller följande.....	11
Anhörigas avsked	12
Transport till bårhus	12
När kroppen lämnas ut till begravningsbyrå	12
Utvärdering och kvalitetsindikatorer	13

Syfte

Syftet med detta dokument är att skapa enhetliga rutiner för vården i livets slutskede och omhändertagandet av avlidna på särskilt boende i Norrköpings kommun.

Mål

Vården ska utgå från Nationellt vårdprogram för palliativ vård och från Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Vården i livets slutskede ska genomsyras av ett palliativt förhållningssätt med en helhetssyn på människan. Målet för vården är att göra det möjligt för människor att leva meningsfullt tills de dör var de än vårdas. Vård och behandling ska genomföras på ett sådant sätt att hög kvalitet erhålls och att trygghet skapas. Att tillgodose patientens och närståendes behov av information och samtal är en viktig del av vården och en förutsättning för att skapa delaktighet.

Norrköpings kommun ska följa de nationella målvärden som är framtagna utifrån kvalitetsområden i Svenska Palliativregistret.

Kvalitetsområden	Målvärde %
Närstående har erbjudits uppföljande samtal efter dödsfallet	100
Patienten är informerad av läkare om sin situation (brytpunktssamtal).	100
Patienten ges möjlighet att dö på den plats hon/han själv önskar	100
Patienten säkerställs god omvårdnad avseende munhälsa. Munhälsan är bedömd	100
Patienten säkerställs god omvårdnad avseende trycksår/förebyggande åtgärder. Avliden utan trycksår	90
Patienten behöver inte dö ensam. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90
Patienten är smärtskattad med validerat smärtskattningsinstrument	100

Patienten är lindrad från smärta	100
Patienten är symtomskattad med validerat symtomskattningsinstrument	100
Patienten är lindrad från illamående	100
Patienten är lindrad från ångest	100
Patienten är lindrad från rosslig andning	100
Det finns läkemedel i injektionsform att ge vid behov för smärtgenombrott, ångest, illamående och andningsbesvär	100
Närstående är informerade av läkare om patientens situation	100

Vårdplan ska upprättas när läkaren har bedömt (brytpunktsbedömning) att patienten är i livets slutskede.

När patienten avlidit ska uppgiften fullgöras med respekt för den avlidne och de efterlevande ska visas hänsyn och omtanke.

Ansvar

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att vården i livets slutskede planeras i nära samarbete med läkare, patient och närstående. Läkaren har ansvar för brytpunktsbedömning och att brytpunktssamtal genomförs.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen hör det till hälso- och sjukvård att ta hand om avlidna. Att ansvaret för omhändertagandet av avlidna har bestämts tillhöra hälso- och sjukvården innebär inte någon inskränkning av det ansvar som socialtjänsten, polisen, räddningstjänsten eller begravningsväsendet har.

Att fastställa att döden har inträtt samt att utfärda dödsbeviset och intyget om dödsorsaken är uppgifter som endast får utföras av läkare.

Kriterier för bestämmande av människans död

En människas död ska fastställas med hjälp av kriterier. Kriterierna är kännetecknen som visar på varaktigt hjärt- och andningsstillestånd som lett till total hjärnfarkt.

Indirekta kriterier

Vid den kliniska undersökningen ska samtliga indirekta kriterier vara uppfyllda:

1. ingen palpabel puls,
2. inga hörbara hjärtljudd vid auskultation,
3. ingen spontanandning, och
4. ljusstela, oftast vida, pupiller.

Vid den kliniska undersökningen av en människa med konstaterad eller misstänkt förgiftning eller nyfött barn ska observationstiden efter avslutad livsuppehållande behandling vara minst 20 minuter för att dödsfallet ska kunna fastställas. Läkare ska alltid kontaktas omedelbart för ställningstagande till kompletterande undersökningar.

Fastställa dödsfallet

Att fastställa att döden inträtt samt att utfärda dödsbevis och intyg om dödsorsak är uppgifter som endast får utföras av läkare. Dödförklaringen ska ske så snart det är praktiskt möjligt, läkaren behöver inte omedelbart infinna sig för att utföra detta.

Tidpunkten för dödens inträde kan fastställas med ledning av uppgifter från vårdpersonalen, närstående eller annan med kännedom om förhållandena.

Förväntat dödsfall

Vid förväntat dödsfall kan läkare fastställa att döden har inträtt utan att själv se den döde. En förutsättning är att läkaren kan basera fastställandet på en undersökning som gjorts av sjuksköterska utifrån de indirekta kriterierna.

Innan läkaren kan utfärda ett dödsbevis ska läkaren göra en noggrann yttre undersökning av den döda kroppen om det inte är uppenbart att en rättsmedicinsk undersökning ska göras. Den yttre undersökningen kan överlåtas till sjuksköterska om läkaren undersökt den döde kort tid före dödsfallet.

Vid förväntat dödsfall kan läkaren efter genomförd brytpunktsbedömningen i samråd med sjuksköterska upprätta dokumentet ”Meddelande om patient med förväntad kort överlevnad boende i hemmet eller kommunal boendeform”.

Dokumentet ger läkaren möjlighet att inhämta sjuksköterskans observationer kring indirekta kriterier och yttre undersökning och behöver då inte personligen inhämta uppgifterna.

- Originaldokumentet/kopia av ”Meddelande om patient med förväntad kort överlevnad boende i hemmet eller kommunal boendeform” ska förvaras i den analoga läkarjournalen på boendet. Sjuksköterskan ska dokumentera i

den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen under ”Observera” vilket datum dokument ”Meddelande om patient med förväntad kort överlevnad boende i hemmet eller kommunal boendeform” är utfärdat, av vilken läkare, och giltighetstid.

- En kopia av ”Meddelande om patient med förväntad kort överlevnad boende i hemmet eller kommunal boendeform” ska förvaras i den boendes läkemedelsskåp.
- Vid ett förväntat dödsfall dokumenterar sjuksköterskan sina observationer kring indirekta kriterier och den yttre undersökningen i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Dokumentet ”Meddelande om patient med förväntad kort överlevnad boende i hemmet eller kommunal boendeform” undertecknas av sjuksköterska efter genomförd bedömning och skickas snarast åter till den läkare som enligt överenskommelse ska konstatera dödsfallet och utfärda dödsbevis. Läkaren ska också meddelas muntligt av sjuksköterska i anslutning till dödsfallet (nästkommande vardag).
- I samband med brytpunktsbedömning ska det fastställas vem som kontakter närstående och när. Uppgiften ska vara journalförd i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. I de fall inga anhöriga finns kända ska det framgå i dokumentationen vem som kontakter Ekonomiskt bistånd på

Arbetsmarknadskontoret för vidare omhändertagande. Ett eventuellt godmansuppdrag avslutas i och med dödsfallet.

Ej väntade dödsfall

Om personal påträffar en patient på särskilt boende som förmodas vara avliden ska sjuksköterska kontaktas omgående och klockslag noteras.

- Sjuksköterskan ska i dessa fall alltid snarast göra ett hembesök hos personen för att bedöma indirekta kriterier såsom puls, hjärtljud, spontanandning och pupiller.
- Inför läkarsamtalet ska sjuksköterskan inhämta uppgifter om patienten enligt kommunikationsverktyget SBAR (Situation – Bakgrund – Aktuellt – Rekommendation) och ha som underlag till kommunikationen med läkaren.
- Sjuksköterskan kontakter därefter omgående läkare.
 - Vardagar dagtid kontaktas ansvarig läkare
 - Jourtid, d v s kväll, natt, helger kontaktas jourläkare.

- Sjuksköterska och läkare kommer överens om vem av dem som underrättar närstående. En sjuksköterska kan inte delegera uppgiften vidare att underrätta närstående om oväntade dödsfall.
- Läkaren har ansvar för att konstatera dödsfall och genomföra bedömning för att kunna utföra dödsbevis. Dödförklaringen ska ske så snart det är praktiskt möjligt. Läkaren avgör om polisanmälan ska göras och om obduktion är aktuell.
- Läkaren behöver inte omedelbart inställa sig utan kan t.ex. ta hänsyn till sina övriga arbetsuppgifter. Tidpunkten för dödens inträde får fastställas med ledning av uppgifter från vårdpersonal, anhöriga eller andra med kännedom om förhållandena.
- Inträffar dödsfallet under natten gör sjuksköterska och jourläkaren en gemensam bedömning om hembesök ska göras i direkt anslutning eller kan vänta till dagen därefter.
- I de fall jourläkaren inte gjort hembesök under natten och konstaterat dödsfallet kontakter sjuksköterskan läkaren som har dagjour under helgen alternativt vardag ansvarig läkare och kommer överens om tid för
- Har dödsfallet skett under helgen ska alltid sjuksköterska informera ansvarig läkare om dödsfallet första vardagen efter helg. Jourläkaren har ansvar för att meddela den avlidnes ansvarige läkare om dödsfallet.

Själv mord

Om en patient har begått självmord ska det anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Det gäller för patient i samband med vård, undersökning och behandling inom hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska kontaktas i förekommande fall.

Identifikation av avliden

En sjuksköterska eller någon annan som är säker på den avlidnes identitet ska förse kroppen med identitetsband. Ett plast skyddat identitetsband, av sådan kvalitet att skriften inte kan utplånas av fukt, ska fästas runt den avlidnes handled.

Blankett bårhusmeddelande fästs på underbenet. Obligatoriska uppgifter på bårhusmeddelandet är den avlidens namn och personnummer samt vilket särskilt boende som är aktuellt. Även information om ansvarig läkares kontaktuppgifter, läkares bedömning om kliniskobduktion, rättsmedicinsk undersökning, förekomst av implantat t ex pacemaker ska finnas dokumenterad samt om värdeföremål följer med till bårhuset. En kopia av bårhusmeddelande behålls av det särskilda boendet och sparas i omvårdnadsjournalen i samband med transporten till bårhuset.

Omhändertagande av den avlidne

Den döde ska tas omhand på ett så värdigt och naturligt sätt som möjligt. Omhändertagandet bör anpassas efter den dödes och de närståendes önskemål. När ett dödsfall **har fastställts** ska all medicinsk behandling avslutas och eventuella katetrar och sonder ska tas bort.

Dokumentation i omvårdnadsjournalen

I hälso- och sjukvårdsjournalen ska sjuksköterskan i samband med dödsfallet dokumentera:

- Bedömning av de indirekta kriterierna.
- Bedömning av den yttre undersökningen av den döda kroppen.
- Datum och klockslag för det inträffade dödsfallet.
- Aktuella omständigheter omkring dödsfallet.
- Förekomst av implantat, ex pacemaker och annat som kan vara aktuellt vid borttagandet.
- Vilken läkare som konstaterar dödsfallet, utfärdar dödsbevis och dödsorsaks intyg och på vilken vårdenhets läkarjournalen finns att tillgå.
- Att information om att personen har avlidit har givits till den läkare som ska utfärda erforderliga handlingar.
- Om närstående är informerade.
- Om polisanmälan eller/och obduktion kommer att ske.

Dödsbevis, intyg och obduktion – läkarens ansvar

Vid dödsfall ska läkaren utan dröjsmål utfärda bevis och intyg om dödsorsaken. Läkaren får inte vara släkting eller på annat sätt närstående till den avlidne.

Dödsbevis utfärdas av den läkare som fastställt att döden inträtt sedan han

- undersökt den döda kroppen (undantag se kap 6) och satt sig in i omständigheterna kring dödsfallet
- tagit ställning till om polisanmälan ska göras

Dödsorsaksintyg utfärdas

- i första hand av den läkare som vårdat den avlidne under hans sista tid

- i annat fall av den läkare som undersökt kroppen

Obduktion beslutas om av läkare.

Kontakt med begravningsbyrå

Hälso- och sjukvårdsansvaret i kommunens särskilda boenden innefattar skyldigheten att ta hand om den avlidne tills dess att den avlidne lämnas ut till begravningsbyrå enligt avtalet ”Transport till bårhus”.

Sjuksköterska har ansvar att beställa transport av avliden varje dag mellan kl. 07.00 -19.00.

Transport och överlämnande

Transporten ska i normalfall ske samma eller nästkommande dag från det att sjuksköterskan kontaktat begravningsbyrån. De flesta särskilda boenden innehåller egna lägenheter vilket innebär att vid dödsfall på natten kan den avlidne oftast vara kvar i bostaden till dagen efter.

Om behov finns av akut transport, ska den senast ske inom tre timmar efter det att sjuksköterskan kontaktat begravningsbyrån.

Arbetsgång inför transport av avliden

- Bårhusmeddelande ska vara ifyllt och vara fäst vid fotled. Sjuksköterskan ansvarar för att bårhusmeddelandet omfattar aktuell information
 - ✓ identitetsuppgifter
 - ✓ kontaktuppgifter till läkare
 - ✓ notering om läkarens bedömning och ställningstagande för kliniksobduktion och rättsmedicinsk undersökning
 - ✓ markering om att pacemaker eller annan batteridrivna medicinteknisk utrustning finns
 - ✓ vilket särskiltboende som varit aktuellt relaterat till fakturering för nyttjande av bårhusplats
 - ✓ om värdeföremål till bårhuset skickas med
- ID-band ska fästas runt handled
- KAD/sonder tas bort.
- CVK ska finnas kvar.

- Löständer ska ha satts i innan likstelhet uppträder.
- Privata kläder och värdeföremål kan följa med kroppen till bårhuset.

Kommunen debiterar samtliga dödsbon en avgift för transport till bårhus.

Registrering i Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Målet är att alla som avlider på särskilt boende ska registreras i registret. Sjuksköterskan ansvarar för att frågeställningarna i dödsfallsenkäten besvaras efter dödsfallet och att enkäten registreras i registret.

Inrapporterad data ska ligga till grund för det fortlöpande förbättringsarbetet. När brister konstateras i vården i livets slutskede ansvarar berörda chefer och sjuksköterskor att analys genomförs, kartläggning av bakomliggande orsaker sker och att nödvändiga åtgärder vidtas.

Medicinskt ansvariga gör uppföljning av vården i livets slutskede årligen genom granskning av resultaten i Svenska Palliativregistret.

Referenser

- *SOU 2001:6 Döden angår oss alla – värdig vård i livets slut* ISBN 91-38-21385-0
- *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*
- *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:29) om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall*
- *Vårdhandboken (131010) www.vardhandboken.se*
- *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:28) om kliniska obduktioner m. m*
- *Svenska kommunförbundets cirkulär 1994:227 Kommunens ansvar för avlidna*
- *SFS 1987:269 Lag om kriterier för bestämmande av människans död*
- *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död, 3 kap*
- *Svenska Palliativregistret www.palliativ.se*
- *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*
- *Socialstyrelsen 2013. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendation och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*

Bilaga 1 - Checklista vid och efter dödsfallet

- Tänk på att arbeta lugnt och stilla.
- Datum och klockslag för dödsfallet ska noteras.
- Kontakta sjuksköterska eller läkare enligt fastställd rutin på enheten.
- Underrätta närstående enligt den planering som finns för den enskilde eller efter överenskommelse med läkaren.

Vid väntade dödsfall och om läkaren gett klartecken vid oväntade dödsfall gäller följande

- Sjuksköterskan utför undersökningen av den döde enligt fastställd rutin vid väntade dödsfall.
- Dokumentera i omvårdnadsjournalen enligt anvisningar.
- Meddela snarast den läkare som ska skriva dödsbevis och dödsorsaksintyg om att döden har inträtt.
- Om det inte redan finns dokumenterat i vårdplan, fråga närstående om särskilda önskemål beträffande omhändertagande och försök att tillmötesgå dem. Tänk på att olika religioner har olika seder kring döden och ta hänsyn till detta.
- Visa respekt och låt den döde få behålla sin integritet.
- Om dödsfallet nyligen inträffat vänta gärna en stund med iordningställandet av den döde relaterat till utsöndring av vätskor.
- Tvätta och gör rent om det behövs.
- Lägg den avlidne plant.
- Slut ögonen.
- Har den döde tandprotes sätts den på plats snarast om den passar. Detta bör ske innan likstelheten inträffar.
- Ta bort värdeföremål ex. ringar, halsband.
- Finns katetrar och/eller sonder ska de tas bort.

- CVK ska finnas kvar.
- Identifiering med ID-band fäst vid handled
- Blankett ”Bårhusmeddelande” fäst runt fotled.
- Sjuksköterska kontrollerar att bårhusmeddelandet innehåller alla aktuella uppgifter
 - ID- uppgifter
 - kontaktuppgifter till läkare
 - notering om läkarens bedömning och ställningstagande för kliniksobduktion och rättsmedicinskundersökning
 - markering om att pacemaker eller annan batteridrivna medicinteknisk utrustning finns
 - vilket särskiltboende som är aktuellt relaterat till fakturering för nyttjande av bårhusplats
 - eventuella värdeföremål som följer med den avlidne

Anhörigas avsked

- Plocka ordning i rummet men ta inte bort alla personliga tillhörigheter.
- Låt anhöriga ta avsked och låt det ta den tid de behöver.
- Erbjud närstående efterlevandesamtal.

Transport till bårhus

- Sjuksköterska beställer transport av begravningsbyrå enligt avtal och förbereder transporten till Vrinnevisjukhusets bårhus.
- Privata kläder och värdeföremål kan följa med kroppen till bårhuset, vilket ska vara dokumenterat på bårhusmeddelandet.

När kroppen lämnas ut till begravningsbyrå

- En gemensamkontroll görs av ID-märkning.

- Sjuksköterskan kontrollerar att bårhusmeddelandet innehåller all aktuell information.
- Kroppen sveps in i ett lakan av begravningsbyrån.
- I journalen ska anteckning göras om vilken begravningsbyrå som hämtar.
- Den som hämtar ska bekräfta med namnteckning, på den del av bårhusmeddelandet som tillhör SÄBO, att kroppen tagits emot och om eventuella värdeföremål följer med till bårhuset. Begravningsbyrån lämnar även en skriftlig kvittens att kroppen mottagits.
- Kopia av bårhusmeddelandet och kvittensen från begravningsbyrån läggs i den avlidnes journal.

Utvärdering och kvalitetsindikatorer

- Utvärdera i teamet den vård patienten fått i livets slutskede.
- Registrera kvalitetsindikatorer i Svenska Palliativregistret.