

Samtal vid allvarlig sjukdom – rutin och dokumentation

Förändringar sedan föregående version

Justerat under dokumentation.

Bakgrund, syfte och mål

Bakgrund

Det nationellt framtagna vårdförloppet för palliativ vård inleds vid misstanke om palliativa vårdbehov hos patienter med en eller flera livshotande sjukdomar. Samtal vid allvarlig sjukdom är ett samtal där hälso- och sjukvårdspersonal och en person vars tillstånd kan leda till döden inom dagar, veckor eller år, och/eller dennes närstående, diskuterar innehållet i den fortsatta vården utifrån patientens hälsotillstånd, behov och önskemål. Samtal vid allvarlig sjukdom hålls tidigt och återkommande i vårdprocessen. Detta ställer krav på tydlig kommunikation, gemensam förståelse och korrekt dokumentation.

Om patienten bedöms vara i livets slutskede kallas samtalet

Brytpunktsamtal vid övergång till vård i livets slutskede,

var god se separat styrdokument.

Vanliga ämnen som tas upp vid samtalet är:

- vad personen och närstående vet och vill veta om sjukdomen eller tillståndet
- vad som är viktigt för personen och närstående, såsom hopp och rädslor
- sjukdomens eller tillståndets förväntade förlopp

- möjligheter till symtomlindring, hjälp och stöd samt rätt att avstå från olika insatser
- närståendes behov av information och stöd samt möjlighet och vilja att vara delaktiga
- hur man ska hantera situationer där personen inte själv kan eller vill framföra sin vilja.

Samtal vid allvarlig sjukdom kan genomföras av läkare och/eller sjuksköterska, gemensamt eller var för sig beroende på patientens behov och situation.

Genom att tidigt initiera samtal om prognos, diagnos och framtida vårdbehov, ges förutsättningar att utforma den fortsatta vården på bästa möjliga sätt. I utformningen ska hänsyn tas till både patientens och närståendes resurser och styrkor.

Syfte

Syftet med denna rutin är att:

- Säkerställa att patientens rätt enligt Patientlagen (2014:821) tillgodoses genom att ge utrymme för hen att på olika sätt påverka och delta i sin egen vårdprocess.
- Säkerställa en enhetlig, strukturerad och korrekt dokumentation av samtal vid allvarlig sjukdom i Melior på Skaraborgs Sjukhus (SkaS), i enlighet med nationella vårdförloppet vid palliativ vård
- Ge patienten utrymme för sina önskemål-och skapa förutsättningar för att utforma den fortsatta vården på bästa möjliga sätt, med hänsyn till både patientens och närståendes resurser och styrkor.
- Säkerställa att patientens och, i förekommande fall, närståendes information, önskemål och ställningstaganden dokumenteras på ett tydligt och tillgängligt sätt.
- Skapa gemensam förståelse inom vårdteamet kring vårdens mål, inriktning och eventuella begränsningar av vårdinsatser.

- Betona att samtalet kan upprepas flera gånger under olika faser av sjukdomsförloppet för att kontinuerligt säkerställa delaktighet och anpassning av vården.

Mål

Målet med rutinen är att:

- Alla patienter vars tillstånd kan leda till döden inom dagar, veckor eller år ska ha ett dokumenterat **samtal vid allvarlig sjukdom** i aktiviteten *Samtal vid allvarlig sjukdom* i Melior.
- Dokumentationen ska ge en samlad, tydlig och patientsäker bild av bakgrund, given information, patientens önskemål samt planerad vård och behandling.
- Underlätta samordning och kontinuitet i den fortsatta vården, även vid överflyttning mellan vårdenheter och vårdnivåer.
- Bidra till att vården utformas i enlighet med patientens preferenser, värderingar och behov samt att stöd till närstående uppmärksammas och planeras.

Dokumentation

Dokumentation av Samtal vid allvarlig sjukdom ska ske i Melior under **Fri aktivitet**. Dokumentationen ska vara tydlig, lättåtkomlig och därmed säkerhetsställa spårbarhet, kontinuitet och patientsäkerhet.

- Datum ska anges för varje term.
- Vid ny eller uppdaterad information ska dubblett av term tas.
- Samtliga uppgifter ska vara väl synliga i journalmappen.

Aktivitet: Samtal vid allvarlig sjukdom – mall

Syfte: Dokumentera strukturerat samtal vid allvarlig sjukdom för att säkerställa delaktighet, patientsäkerhet och planering av fortsatt vård.

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Uppdaterad senast | Ange dagens datum vid varje dokumentationstillfälle.
Lista alla närvarande personer med namn och relation/roll. |
| 2. Närvarande | Notera om samtalet genomförts av läkare, sjuksköterska eller gemensamt. |
| 3. Bakgrund | Kort sammanfattning av sjukdomsförlopp och betydelsefulla händelser som leder fram till samtalet. |
| 4. Bedömning | Beskriv aktuell medicinsk situation. |
| 5. Information | Redogör för vilken information som givits till patient och närstående, inklusive respons och förståelse. |
| 6. Önskemål | Dokumentera patientens uttryckta önskemål och prioriteringar. Hänsyn till patientens och närståendes resurser och styrkor. |
| 7. Planering | Samordning med kommun, dietist, kurator, palliativa team, öppen retur m.m. Basera planen på bakgrund, bedömning, information och önskemål. |
| 10. Uppföljning | Ange om samtalet ska upprepas vid senare skede av sjukdomsförloppet. Dokumentera datum för nästa planerade samtal om relevant. |

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anna Johansson, (annjo522), Enhetschef

Granskad av: Jan Hallström, (janha47), Överläkare

Godkänd av: Annette Trengde Jarlshammar, (anntr2),
Utvecklingschef

Dokument-ID: SKAS9730-1455443510-250

Version: 2.0

Giltig från: 2026-04-17

Giltig till: 2028-04-16