

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede – dokumentation

Förändringar sedan föregående version
Rutinen är bearbetad utifrån Skaraborgs Sjukhus strukturförändring för palliativ vård.

Bakgrund, syfte och mål

Bakgrund

När den medicinska bedömningen är att patienten befinner sig i livets slut och vårdinriktningen är vård i livets slutskede, håller **läkare** ett Brytpunktssamtal med patient (och/eller närstående). Övergång till vård i livets slutskede sker när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Denna övergång utgör en viktig brytpunkt i vårdprocessen och ställer krav på tydlig kommunikation, gemensam förståelse och korrekt dokumentation.

Samtal kring vårdens inriktning och palliativ planering som hålls i tidigare faser är också en central del av vårdförloppet. Sådana samtal kallas **Samtal vid allvarlig sjukdom** och ska dokumenteras under sökordet ”Samtal vid allvarlig sjukdom”.

Ett brytpunktssamtal är ett samtal mellan **ansvarig eller tjänstgörande läkare** och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Under brytpunktssamtalet

diskuteras innehållet i den fortsatta vården utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Brytpunktsamtal är ett administrativt uttryck som framför allt används inom och mellan professioner.

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 brytpunktssamtal vid övergång till vård i livets slutskede i Melior på Skaraborgs Sjukhus (SkaS), i enlighet med nationella vårdförloppet för palliativ vård.
- 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.

Mål

Målet med rutinen är att:

- Alla patienter där beslut om övergång till palliativ vård i livets slutskede fattas ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal i aktiviteten *Brytpunktssamtal* i Melior.
- Dokumentationen ska ge en samlad, tydlig och patientsäker bild av bakgrund, medicinsk bedömning, given information, patientens önskemål samt planerad vård och behandling.
- Underlätta samordning och kontinuitet i den palliativa 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 brytpunktssamtal ska ske i aktiviteten *Brytpunktssamtal i Melior*. All dokumentation ska vara tydligt daterad och samlad i aktiviteten för att säkerställa 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: Brytpunktssamtal

Uppdaterad senast

Dagens datum.

Närvarande

Dokumentera samtliga närvarande med namn samt relation till patienten eller roll i handläggningen.

Bakgrund

Kort sammanfattning av betydelsefulla händelser i sjukdomsförloppet som leder fram till brytpunktssamtalet.

Bedömning

Aktuell medicinsk situation

Information

Tydlig beskrivning av vilken information som givits till patienten och, i förekommande fall, närstående samt patientens respons. Tydliga formuleringar är viktiga för arbetslagets trygghet i fortsatt kommunikation med patient och närstående.

Önskemål

Patientens efterfrågade och uttryckta önskemål, exempelvis avseende

symtomlindring, närståendes medverkan, permission samt existentiella, kulturella eller andliga aspekter.

Planering

Planerad och överenskommen farmakologisk och icke-farmakologisk behandling, exempelvis symtomlindring och samordning med kommun, dietist, kurator, palliativa team samt eventuell öppen retur. Planeringen ska baseras på samtliga ovanstående rubriker.

Remiss vid behov till Palliativa konsultteamet

Datum då remiss skickas.

Begränsade vårdinsatser

När patienten nått palliativ fas behöver beslut om begränsade vårdinsatser inte omprövas vid nytt vårdtillfälle eller vid överflyttning till annan vårdenhet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anna Johansson, (annjo522), Enhetschef

Granskad av: Jan Hallström, (janha47), Överläkare

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

Dokument-ID: SKAS9730-1455443510-251

Version: 1.0

Giltig från: 2026-02-17

Giltig till: 2028-02-17