

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-06-18

Innehållsansvar: Anna Johansson, (annjo58), Systemförvaltare

Giltig till: 2027-06-18

Granskad av: Annette Trengé Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Brytpunktssamtal - dokumentation

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighetstid.

Bakgrund, syfte och mål

Rutinen beskriver hur aktiviteten *Brytpunktssamtal ska användas i Melior på SkaS. Aktiviteten används till samtliga patienter där behandlingsplan övergår till palliativ vård. Dessutom innehåller detta en anvisning för genomförande av brytpunktssamtal.

Vem är ansvarig för att dokumentera i aktiviteten

*Brytpunktssamtal?

Behandlande hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för dokumentation i Melior. När annan än läkare dokumenterar i mallen skall denna kontrasieras av läkare.

Avgränsningar

Brytpunktssamtal är ämnat för de patienter där beslut om övergång till palliativ vård är taget.

Arbetsbeskrivning

När ska registreringen ske i relation till vårdprocessen?

- När beslut är taget att övergå till palliativ vård, d v s när behandling inte längre har som mål att bota sjukdom eller förlänga livet utan lindra de symtom som den livshotande sjukdomen ger upphov till.
- När behov finns av att dokumentera patientens önskemål inför livets slutskede.

Hur skapas aktiviteten *Brytpunktssamtal?

- Aktiviteten skapas som ”Fri aktivitet” väl synlig på patientens journalmapp.
- Endast en aktivitet *Brytpunktssamtal får skapas per patient.

Däremot ska återkommande samtal om vård- och behandling dokumenteras i aktuell vårdkontakt för patienten under adekvat term, t.ex. *Rondanteckning eller [*specialitet*]Anteckning.

Beskrivning av dokumentation i aktiviteten *Brytpunktssamtal

All dokumentation ska vara synlig med datum i aktiviteten!

- Ange datum för varje term.
- Ta **dubblett** av term om ny uppgift/information ska dokumenteras.

*Brytpunktssamtal

Term	Innehåll
Uppdaterad senast	Dagens datum.
Närvarande	Dokumentera samtliga närvarande med namn och relation till patienten/roll i handläggningen.
Bakgrund	Kort sammanfattning om betydelsefulla händelser i sjukdomsförloppet som leder fram till brytpunktssamtalet.
Bedömning	Aktuell situation. Klargörande av tidig/sen palliativ fas. Inkludera prognos och motivering till beslut.
Information	Ange med tydlighet vilken information som givits till patienten och ev. anhöriga samt patientens respons. Tydlighet i formuleringarna är viktiga för arbetslagets trygghet i sin kommunikation med patient och närstående.
Önskemål	Patientens efterfrågade och uttryckta önskemål om t.ex. symtomlindring, närståendemedverkan, permission, existentiella och kulturella aspekter.
Planering	Planerad och överenskommen farmakologisk och icke farmakologisk behandling som t.ex. symtomlindring, samordning (kommun, dietist, kurator, palliativa team, ev. öppen retur mm) planering baseras på samtliga ovanstående rubriker.
Remiss till Palliativa teamet	Datum då remiss skickas.
Begränsade vårdinsatser	Då patienten nått palliativ fas behöver detta beslut inte omprövas vid nytt vårdtillfälle, alternativt vid överflyttning till annan vårdenheter.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anna Johansson, (annjo58), Systemförvaltare

Granskad av: Annette Trengde Jarlshammar, (antr2),
Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Dokument-ID: SKAS9735-1906344767-8

Version: 10.0

Giltig från: 2025-06-18

Giltig till: 2027-06-18