

Dödfall, förväntat i hemmet - Rutin - Primärvård Region Gävleborg

Titel: Dödsfall, förväntat i hemmet – Rutin – Primärvård Region Gävleborg	Dokumentkategori: Rutin	Omfattning: Primärvård Region Gävleborg
Dokumentägare: Bitr. HSD	Dokumentansvarig: Kvalitetssamordnare VO Primärvård Gävle	Beslutsinstans: Bitr. HSD
Diarienummer:		Datum för översyn: Se giltigt tom

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	2
2.	Allmänt	2
3.	Ansvar och roller	2
4.	Beskrivning	3
4.1.	Läkarbedömning.....	3
4.2.	Ifyllande av blankett "Dödfallsblankett, förväntat dödsfall 09-875717" 3	
4.3.	Rapportering till berörda distriktssköterskor/sjuksköterskor	3
4.4.	Klinisk undersökning av den avlidne	4
4.4.1.	Indirekta kriterier	4
4.5.	Administration.....	4
4.6.	Omhändertagande av den avlidne	4
4.7.	Transport av den avlidne.....	4
4.8.	Avvikelse rapportering.....	5
5.	Dokumentinformation	5
6.	Referenser	5

1. Syfte och omfattning

Syftet med rutinen är att distriktssköterska/sjuksköterska inom primärvård och kommun skall veta hur handläggandet sker vid förväntade dödsfall i hemmet eller på VÅBO (vård- och omsorgsboende).

2. Allmänt

Det är viktigt att distriktssköterska/sjuksköterska vet vem/vilka patienter som bedömts av läkare vara förväntade. Vid förväntade dödsfall kan därmed distriktssköterska/sjuksköterska göra den kliniska undersökningen, som sedan ligger till grund för att läkaren skall kunna fastställa dödsfallet. Denna rutin är ett komplement till [Dödsfall - Fastställande - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg 09-864658](#)

3. Ansvar och roller

Fastställande av dödsfall

Enl. författningarna ([SOSFS 2015:15](#), [SOSFS 2005:10](#)) skall en legitimerad läkare fastställa att döden inträffat. Detta fastställande skall ske enligt direkta eller indirekta kriterier.

Uppgiften får inte delegeras eller på annat sätt överlåtas.

”En läkare får fastställa att döden har inträtt utan att personligen ha gjort den kliniska undersökningen om:

1. **dödsfallet är förväntat** på grund av sjukdom eller nedsatt hälsotillstånd med förmodad begränsad överlevnad, eller
2. kroppen uppvisar uppenbara dödstecken i form av förändringar som inte är förenliga med liv.

Förutsättningarna för att läkaren inte ska behöva göra undersökningen är att

1. en **legitimerad sjuksköterska** har gjort denna undersökning och meddelat läkaren resultatet, och
2. läkaren har **tillgång till relevanta och tidsmässigt aktuella uppgifter** om den dödes tidigare medicinska tillstånd.” ([SOSFS 2005:10, 3 kap, 6§](#))

4. Beskrivning

4.1. Läkarbedömning

För att dödsfallet skall vara bedömt som förväntat, skall detta vara bedömt av läkare samt vara tydligt dokumenterat i patientens journal. I oklara situationer äger distriktssköterska/sjuksköterska **alltid** rätt att konsultera läkare.

Läkarbedömning avseende patient inskriven i Palliativa teamet*

Distriktssköterska/sjuksköterska ska ha fått muntlig eller skriftlig information enligt Dödsfallsblankett från ansvarig läkare som har bedömt att dödsfallet är förväntat. Sker muntlig information ska den följas av skriftlig information så snart det är möjligt.

4.2. Ifyllande av blankett “[Dödfallsblankett, förväntat dödsfall 09-875717](#)”

I samband med ovanstående läkarbedömning enl 4.1 ifylls sida 1 av [blanketten](#) i 2 exemplar. Blanketten förvaras lämpligen hos patienten.

Vid förändring av patientens medicinska tillstånd till de bättre skall brådskande omvärdering av ställningstagandet ske av läkare.

Omvärdering ska även ske varje månad. Bedömning och omvärderingar skall dokumenteras i journal och på blanketten.

Sida 2 ifylls i samband med den kliniska bedömningen av den avlidne.

4.3. Rapportering till berörda distriktssköterskor/sjuksköterskor

Ansvarig distriktssköterska/sjuksköterska i hemsjukvården ansvarar att överrapportering sker till berörda distriktssköterskor/sjuksköterskor, inklusive kvälls- och nattpatrull. Kopia på journalanteckning/blankett “[Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall](#)” faxas/lämnas till kvälls- och nattpatrull, enl överenskomna rutiner.

4.4. Klinisk undersökning av den avlidne

”Fastställandet av ett dödsfall skall göras skyndsamt. Tidpunkten för dödens inträde får bestämmas med ledning av uppgifter från vårdpersonal, anhöriga eller andra personer med kännedom om de aktuella omständigheterna.” (SOSFS 2005:10, 3 kap, 5§)

4.4.1. Indirekta kriterier

”Fastställande av en människas död med hjälp av indirekta kriterier skall göras genom en klinisk undersökning. Kriterierna är kännetecken som visar på varaktigt hjärt- och andningsstillestånd som har lett till total hjärninfarkt.

Vid den kliniska undersökningen skall samtliga dessa kriterier vara uppfyllda:

ingen palpabel puls (konstatera pulslöshet på handled samt halspulsåder)
inga hörbara hjärtljud vid auskultation (lyssna med stetoskop på hjärtat minst 30 sekunder)
ingen spontanandning, och
ljusstela, oftast vida pupiller.” (kontroll av pupiller bilateralt med lampa).

4.5. Administration

I patientens journal dokumenteras tidpunkt för dödsfallet, när undersökningen genomfördes, att identifiering har skett och att identitetsband är anbringat på höger handled, vilka som var närvarande, om närstående meddelats samt fakta i samband med själva dödsfallet.

Blankett [Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall](#) kompletteras genom att sidan 2 ifylles.

Om närstående inte varit närvarande vid dödsögonblicket ska de underrättas så snart som möjligt. Vid väntade dödsfall kan de underrättas per telefon vid lämplig tidpunkt.

Ett ex av blanketten skickas med den avlidne och ett ex skickas till ansvarig läkare på HC. Muntlig rapportering till ansvarig läkare görs så snart som möjligt. Vid fastställande av dödsfall under jourtid meddelas ansvarig läkare, alternativt via distriktssköterska/sjuksköterska på HC, nästföljande vardag.

Om patienten är inskriven i Palliativa teamet skickas ett ex av blanketten samt journalanteckning via fax eller med internpost till Palliativa teamet senast påföljande vardag. Om dödsfallet inträffar kl.08-17 kontaktas alltid Palliativa teamets läkare. Inträffar dödsfallet mellan 17:00-08:00 meddelas teamets läkare nästföljande vardag.

4.6. Omhändertagande av den avlidne

Se [Vårdhandboken](#) om hur det praktiska omhändertagandet och iordningställandet av den avlidne görs.

4.7. Transport av den avlidne

För patient boende på särskilt boende samt patient inskriven i hemsjukvård i ordinärt boende, ansvarar kommunen för att kroppen transporteras till och förvaras i bårhus till dess kistläggning kan ske. Transport sker med transportör, vanligen begravningsentreprenör, som är upphandlat i regionen, se [Avtalsförteckning](#).

4.8. Avvikelse rapportering

Vid avsteg från denna rutin rapporteras händelsen som en avvikelse i Platina

5. Dokumentinformation

Rutinen har granskats av chefläkare i primärvården samt företrädare för HVK, fastställt av Bitr. HSD.

6. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Dödsfall - Fastställande - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg 09-864658	Platina
Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall – Hälso- och sjukvård Region Gävleborg 09-150087	Platina
Vårdhandboken	www.vardhandboken.se/
Avtalsförteckning	Plexus
Senaste version av SOSFS 2005:10 Socialstyrelsens föreskrifter om kriterier för bestämmande av människans död - Socialstyrelsen	www.socialstyrelsen.se
Senaste version av HSLF-FS 2015:15 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall - Socialstyrelsen	www.socialstyrelsen.se
Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död	www.riksdagen.se