



Fastställande av förväntat dödsfall utan läkarundersökning - Rutin

Avgränsning

Rutinen gäller endast inom kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård i Varbergs kommun dvs. vid förväntat dödsfall på särskilt boende eller i ordinärt boende där patienten är inskriven i den kommunala hemsjukvården.

Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människas död.

Åtgärder innan dödsfallet inträffar

Läkaren genomför ett brytpunktssamtal med patient och/eller anhöriga/närstående.

Behandlingsansvarig läkare och patientansvarig sjuksköterska beslutar gemensamt i varje enskilt fall när rutinen ska gälla, dvs. att sjuksköterska som tjänstgör vid den tidpunkt då dödsfallet inträffar, ska genomföra den kliniska undersökningen av kroppen enligt checklista.

Läkaren och sjuksköterskan dokumenterar beslutet i respektive journal. Beslutet ska tas i nära anslutning till det förväntade dödsfallet och inte vara äldre än 2 veckor, ansvarig sjuksköterska bevakar detta.

Sjuksköterskan dokumenterar beslutet i journalen i delen "Vård i livets slut" under sökord "Planering och beslut".

På samma ställe dokumenterar sjuksköterskan om det finns ett implantat som ska tas bort efter dödsfallet; t ex pacemaker, defibrillator, insulin- eller infusionspump samt nervstimulator.

Åtgärder i samband med det förväntade dödsfallet

Sjuksköterska genomför skyndsamt en undersökning av kroppen enligt "*Checklista/åtgärdslista för sjuksköterska vid undersökning för fastställande av väntat dödsfall*".

Sjuksköterskan informerar anhöriga om dödsfallet. Om anhöriga önskar kontakt med läkare i samband med dödsfallet ska läkare kontaktas.

Dokumenttyp: Rutin	Sida 1 av 2
Giltigt f.r.o.m: 160125	Version/D.nr: 1
Befattning: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Upprättad av: Gun Andersson



Sjuksköterskan förser kroppen med identitetsband runt handleden och/eller runt vristen.

Sjuksköterskan fyller i *bårhusblanketten*. Den ska vara ifylld och finnas på plats vid kroppen när begravningsbyrån kommer. Det är en förutsättning för att de ska kunna ta med sig den avlidne.

Bårhusblanketten fylls i med uppgift om:

- den dödes identitet
- tidpunkt för dödsfallet
- läkare som konstaterat/ska konstatera dödsfallet
- vårdenhet där läkaren är verksam
- förekomst av implantat
- känd smittrisk

Uppgifter om obduktion, rättsmedicinsk undersökning eller uttagande av implantat ska inte fyllas i på blanketten.

Checklista/åtgärdslista

Sjuksköterskan fyller i samtliga uppgifter och skriver under "*Checklista/åtgärdslista för sjuksköterska vid undersökning för fastställande av förväntat dödsfall*".

Checklistan/Åtgärdslistan skickas/lämnas till behandlingsansvarig läkare på aktuell vårdenhet.

Rapportering, via telefon, av det inträffade dödsfallet ska ske närmaste vardag efter dödsfallet till behandlingsansvarig vårdenhet.

Mottagaren på vårdenheten ansvarar för att den lämnas till patientens läkare eller person som ersätter denne. Läkare på aktuell vårdenhet är ansvarig för att dödsbevis och intyg om dödsorsak upprättas och skickas till ansvarig myndighet.

Sjuksköterskan dokumenterar i omvårdnadsjournalen att muntlig och skriftlig information har förmedlats till aktuell vårdenhet.

Dokumenttyp: Rutin	Sida 2 av 2
Giltigt f.r.o.m: 160125	Version/D.nr: 2
Befattning: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Upprättad av: Gun Andersson