

Brytpunktssamtal

Innehåll

Syfte och omfattning.....	1
Bakgrund.....	1
Roller och ansvar.....	2
Verksamhetschefens ansvar enligt SOSFS 2011:7	2
Ansvarig läkares ansvar är att:	2
Beskrivning	3
Dokumentation	3
Brytpunktssamtal	4
Behandlingsmål.....	4
Behandlingsbegränsning.....	4
Remiss till palliativ enhet.....	4
Dokumenthistorik	4
Referenser	4
Palliativa enheter i Region Uppsala.....	5
Webbutbildningar	5

Syfte och omfattning

Syftet med denna riktlinje är att tydliggöra vad som menas med Brytpunktssamtal och vad som ska dokumenteras under det sökordet i den medicinska journalen.

Med Brytpunktssamtal menas i den här rutinen informationssamtalet med patient och/eller närstående om övergången till sen palliativ fas, det vill säga den fas av ett obotligt fortskridande sjukdomstillstånd då endast symtomlindrande och inte livsförlängande behandling bedöms aktuell eller möjlig. Det är detta informationssamtal om övergång till palliativ vård i livets slutskede som ska dokumenteras under rubriken Brytpunktssamtal.

Bakgrund

Palliativ vård är den vård vi ger en patient när ett sjukdomstillstånd inte går att bota och sjukdomstillståndet förr eller senare kommer att leda till att patienten avlider tidigare än annars skulle

vara fallet. Att utifrån patientens prioriteringar och medicinska tillstånd tydliggöra målen med vården och behandlingsbegränsningar är centralt för att kunna säkerställa en god och värdig vård i livets slutskede. Genomförande och dokumentation av brytpunktsamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede är avgörande för kvalitetssäkring av god vård i livets slutskede.

Palliativ vård innebär att utifrån en helhetssyn på en människas behov lindra och möta fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov med fokus på livskvalitet och inte livsförlängande behandling till varje pris.

Att en sjukdom eller ett sjukdomstillstånd inte kan botas är alltid inte liktydigt med att endast en kort tid återstår av livet. Vid kroniska sjukdomar som exempelvis hjärtsvikt, kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, eller demenssjukdom lever patienten med sin sjukdom resten av sitt liv. Det innebär att sjukdomsförloppet vid kronisk fortskridande sjukdom innehåller flera övergångar där målen med vården gradvis ändrar inriktning. Med andra ord finns det ofta flera, eller en rad, brytpunkter.

- En första, principiellt viktig, brytpunkt är övergången från målet att bota sjukdomen till målet att begränsa sjukdomens utbredning, spridning, eller konsekvenser. I den här fasen (tidig palliativ fas) kan och är ofta både sjukdomsbegränsande och livsförlängande behandling fortfarande aktuell. Vårdnivån justeras i praktiken gradvis utifrån allmäntillstånd och prognos i dialog med den som är sjuk och närstående.
- En annan central brytpunkt är övergången från möjligheten att ge sjukdomsbegränsande och/eller livsförlängande behandling till enbart symtomlindrande behandling (sen palliativ fas). Socialstyrelsens fullständiga term för den här brytpunkten är brytpunkt vid övergång till palliativ vård i livets slutskede. En sjukdomsbegränsande behandling kan i vissa fall, som exempelvis vid hjärtsvikt, även vara symtomlindrande och fortgår då även under sen palliativ fas. En liknande situation råder vid exempelvis KOL.

Med brytpunktsamtal i den här rutinen avses just informationssamtalet om övergång från tidig till sen palliativ fas, det vill säga till den fas av sjukdomsförloppet när endast symtomlindrande och inte livsförlängande behandling längre är aktuell. Detta informationssamtal ska enligt Socialstyrelsens riktlinjer dokumenteras i journalen. Genomförande och dokumentation av brytpunktsamtal är en av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för god palliativ vård.

Beslut om att avstå från livsförlängande behandling ska fattas av legitimerad läkare (den fasta vårdkontakten) i samråd med minst en annan legitimerad yrkesutövare (kan, men behöver inte vara en läkare, det kan exempelvis också vara en sjuksköterska och de behöver inte tillhöra samma huvudman). Den person läkaren samråder med ska tydligt informeras om detta samt att personen kommer att namnges i detta syfte i journalen. Det är den läkare som är fattar beslutet som är ansvarig för beslutet, inte den person som den legitimerade läkaren samrått med.

Roller och ansvar

Verksamhetschefens ansvar enligt SOSFS 2011:7

- Att en fast vårdkontakt utses för patienter när patienten eller de som för patientens talan begär det. Vid livshotande tillstånd ska en legitimerad läkare utses som fast vårdkontakt.
- Att säkerställa att vården så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

Ansvarig läkares ansvar är att:

- när det är aktuellt genomföra och dokumentera brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede (sen palliativ fas) under rubriken Brytpunktsamtal i den medicinska journalen.

- I dialog med patient och/eller närstående tydliggöra den medicinska planeringen, dvs klargörande av målen med vården, och dokumentera denna under behandlingsmål
- dokumentera aktuella behandlingsbegränsningar enligt rutin.

Beskrivning

Vid ett brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede ska innehållet i den fortsatta vården diskuteras med patient och/eller närstående utifrån patientens sjukdomstillstånd, behov och önskemål. Så långt det är möjligt bör ansvarig läkare personligen informera den som är sjuk och/eller hans närstående när vården ändrar inriktning och varför. Välj rätt tillfälle för samtalet och var lyhörd för hur mycket information patient/närstående vill ha eller orkar med i det aktuella läget.

Patientens och närståendes delaktighet i dialogen inför beslut om behandlingsinriktning är viktig och eftersträvarsvärd, detta gäller i varje situation där vårdens mål ändras. Det handlar både om patienters och närståendes lagstadgade rätt att vara delaktiga i vården och om etik och människosyn. Det är patienten som styr hur mycket information närstående ska få.

Ibland måste informationssamtalet om övergång till palliativ vård i livets slutskede hållas endast med anhöriga om den som är sjuk hastigt försämrats i sitt tillstånd eller själv inte kan medverka, som exempelvis vid svår demenssjukdom.

Brytpunktsamtal är alltså i det här sammanhanget det *principiella* informationssamtal till patient och/eller närstående med information/dialog om det beslutet att vården behöver övergå till palliativ vård i livets slutskede (sen palliativ fas) där fokus är symtomlindring och inte längre livsförlängning till varje pris.

Ibland likställs brytpunktsamtal med informationssamtalet om att ett sjukdomstillstånd inte kommer att gå att bota (övergång i tidig palliativ fas) och att sjukdomen/sjukdomstillståndet förr eller senare kommer att leda till döden. Just i det här sammanhanget och den här rutinen är det dock övergången till palliativ vård i livets slutskede (sen palliativ fas som avses).

Utöver genomförande och dokumentation av brytpunktsamtal behöver också beslut om behandlingsbegränsningar dokumenteras enligt rutin. Behandlingsbegränsningar avser de konkreta avsteg från potentiellt livsförlängande behandling som är bedöms aktuella. Beslut om behandlingsbegränsningar kan vara aktuella utan att det är aktuellt att övergå till palliativ vård i livets slutskede (sen palliativ fas).

Dokumentation

För planering av vård i palliativ fas är det viktigt både för vårdpersonalen och vårdtagaren att

- att patient och närstående så långt det är möjligt är informerade om övergång till palliativ vård i livets slutskede (sen palliativ fas) och att detta är dokumenterat i journalen under sökordet Brytpunktsamtal.
- målen med vården är klargjorda och dokumenterade i journalen (under sökordet behandlingsmål)
- att beslut om behandlingsbegränsningar är dokumenterat enligt rutin i den medicinska journalen.
- Att den legitimerade läkaren vid beslut om behandlingsbegränsningar som innebär att man avstår från livsförlängande behandling dokumenterat samråd med minst en annan legitimerad yrkesutövare (kan exempelvis vara legitimerad läkare eller sjuksköterska och dessa personer kan tillhöra olika huvudmän)

Brytpunktssamtal

Dokumentera på sökordet **Brytpunktssamtal**

- när (tidpunkt) brytpunktssamtalet skett
- motivering till övergång till palliativ vård i livets slutskede (sen palliativ fas)
- vilka som har informerats
- aktuella behandlingsbegränsningar dokumenteras separat enligt rutin (se nedan).

Behandlingsmål

Beslutade mål med vården dokumenteras på sökordet **Behandlingsmål**.

Behandlingsbegränsning

Beslut om behandlingsbegränsning fattas av ansvarig legitimerad läkare i dialog med patient och med närstående, när det är aktuellt/möjligt. Närståendes inställning är viktig att känna till men beslutet fattas formellt alltid av läkare. Om beslutet innebär att avstå från livförlängande behandling ska den legitimerade läkaren enligt hälso- och sjukvårdslagen rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare (kan exempelvis vara legitimerad läkare eller sjuksköterska och dessa personer kan tillhöra olika huvudmän).

Behandlingsbegränsning dokumenteras i två steg:

Steg 1 i journalen i en särskild journalmall "*Administrativ, Beslut behandlingsbegränsning*"

Steg 2 med registrering i Uppmärksamhetssignalen som Vårdrutinavvikelse dit journalanteckningen obligatoriskt länkas. Se [Begränsad behandling som vårdrutinavsteg](#)

Remiss till palliativ enhet

Inför remiss till någon av de enheter som utför specialiserad palliativ vård i hemmet eller i slutenvård, är det ofta men inte alltid en grundförutsättning att ett brytpunktssamtal har hållits. Det ska av remissen framgå att patienten informerats om att sjukdomsförloppet är i palliativ fas, att målen med vården i första hand är sjukdomsbegränsning och/eller symtomkontroll, och att patient och närstående är informerade om vårdens inriktning. Aktuella behandlingsbegränsningar skall vara klargjorda och dokumenterade enligt gällande rutin.

Vård på specialiserad palliativ enhet är inte kopplad till vissa sjukdomar eller var i sjukdomsförloppet den som är sjuk befinner sig. Det är symtombilden med fysiska symtom inklusive psykosociala behov som styr om vårdbehoven kan tillgodoses på allmän eller specialiserad palliativ vårdenhet.

Dokumenthistorik

2020-04-08 Revidering med uppdatering av länkar.

Författare: ordförande programråd palliativ vård Johan Sundelöf, medicinsk redaktör Barbro Nordström.

2022-01-10 Revidering av dokumentationsrutin gällande brytpunktssamtal och behandlingsbegränsning.

Processledare LAG Palliativ vård (Lokal arbetsgrupp för palliativ vård) Johan Sundelöf, dokumentkoordinator patientsäkerhet Ann-Sofie Geschwindt.

Referenser

[SOSFS 2011:7. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling Socialstyrelsen Vem får utse fast vårdkontakt till en patient](#)

[Nationellt vårdprogram palliativ vård](#)

[Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede](#)

Svenska palliativregistret www.palliativ.se

Palliativa enheter i Region Uppsala

<http://www.lul.se/sv/Vard-halsa/Sjukvard/Sjukhus/Lasarettet-i-Enkoping/Avdelningar--mottagningar/Narvardsavdelningen-i-Enkoping-och-Habo/>

Webbutbildningar

[Att hålla brytpunktssamtal Film 20 min](#)

<https://pkc.sll.se/utbildning/webbutbildningar/>