

Dödsfall utanför sjukhus 15/4 2025

Johan Gudmundson, familjeläkare Timrå HC
informationsläkare läkemedelskommittén

- Palliativa arbetsstätt och läkemedel från ett primärvårdsperspektiv
- Juridik: dödsbevis och dödsorsaksintyg
- Förväntade dödsfall



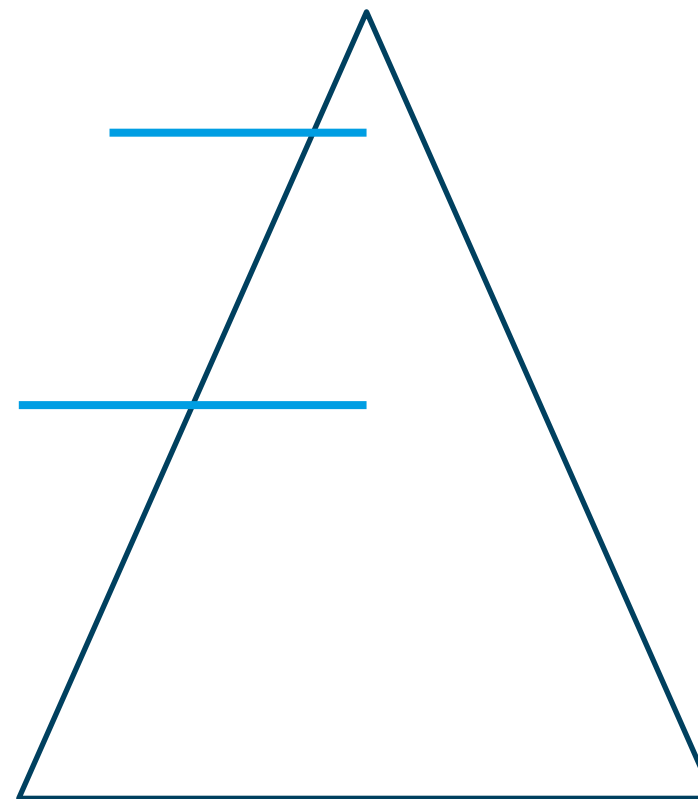
Vid dödsbädden, Edvard Munch

Olika behov – olika vårdnivå?

- Palliativmedicin och hospice har möjlighet att ta hand om de svårare fallen med behov av *kvalificerade* palliativa insatser dygnet runt

Många kan skötas i ordinarie hemsjukvård eller särskilt boende av rondande läkare

Bör vara prioriterade för fast vårdkontakt
Dvs samma läkare följer upp m direkta och indirekta kontakter kring patienten (tillgänglig telefon)



Viktigt med regelbunden uppföljning

Rekommendationer om strukturerad bedömning av symtom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- regelbundet analysera och skatta smärta hos patienter i livets slutskede med smärta (*prioritet 2*)
- regelbundet skatta symtom med skattningsinstrument hos patienter i livets slutskede (*prioritet 3*).

Nationellt kunskapsstöd, SoS, 2013

Som del i en klinisk bedömning kan skattningsskalor hjälpa. Försök att jobba in några skalor för smärta/oro/sömn på på *dina enheter* (*boenden, hemsjukvård*) (även nyttigt för "vanliga" patienter m t ex BPSD eller krämpor). :

- [Visuell Analog Skala – VAS](#) el [Numerisk Skala – NRS](#)
- Hos **icke-verbala** patienter [Abbey Pain Scale](#), APS
- [Edmonton Symptom Assessment Score-revised](#), ESAS-r

Abbey Pain Scale, APS

Namn:				Personnummer:			
Datum:							
Klockslag:							
Ljuduttryck till exempel gnyr, jämrar sig, gråter	Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3						
Ansiktsuttryck till exempel ser spänd ut, rynkad panna/ihopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut	Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3						
Förändrat kroppsspråk till exempel rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel	Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3						
Förändrat beteende till exempel ökad förvirring, vill inte äta, förändring i det vanliga beteendemönstret, tillbakadragen	Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3						
Fysiologisk förändring till exempel förändrad kroppstemperatur, puls/BT, svettningar, rodnad, blekhet	Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3						
Kroppslig förändring till exempel hudskador, trycksador, artrit, kontrakturer	Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3						
Summa:							
Signatur:							

Följ!
Utvärdera insatser!

Typ av smärta: Långvarig ☐ Akut ☐

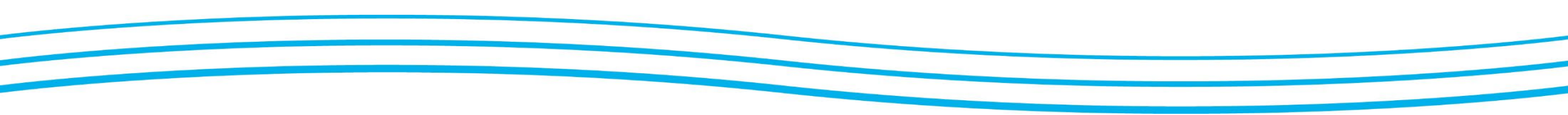
Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Smärta

- Oavsett diagnoser bakom sjukdomstillståndet är ofta smärta ett vanligt symptom i livets slutskede. (Gör ont bara att ligga till sängs)
- Tryckavlastande åtgärder, vändschema, madrasser, god omvårdnad med närvaro
- Opioider ofta basbehandling i sent palliativt skede (om smärtmekanismen är opioidkänslig, dvs smärta pga vävnadsskada, ischemi, etc)
- Ev en plats för paracetamol, NSAID-läkemedel (skelettsmärta t ex), steroider, läkemedel mot neuropatisk smärta och kramplösande medel (antikolinergika lindrar smärtor från kramp i tarm/gallvägar)
- Opioider även effekt på upplevd andfåddhet/oro som bonus
- Glöm inte att ta höjd för ev pågående opioidbehandling vid ställningstagande till doserna. [Konverteringstabell](#). Överväg regelbunden sc inj var 4.-6. timme. alt fentanylplåster (gå in i underkant vid konvertering)

Andnöd

- Om möjligt påverka orsaken – ascites/hjärtsvikt eller annat som förbättras av annan kroppsställning. Sekretmobilisering
- Opioider
- Loopdiuretikum om vätskebelastning (t ex hjärtsvikt)



Ångest

- Vanlig reaktion på kris och sorg
- Samtal, information, närvaro
- Ibland läkemedel. I tidig palliativ fas kan antidepressiva testas (Mirtazapin har en ibland eftersträvad effekt på sömn och aptit, även SSRI/SNRI) viss tid till effekt, och viss risk för biverkningar
- Bensodiazepiner. Oxazepam tablett eller Midazolam injektionsform

Förvirring

- Hypoaktiv eller hyperaktiv konfusion
- Multifaktoriellt, rätt vanligt. Orsaker många, men ev ökad kalciumhalt i blodet (cancerrelaterat), infektioner, smärta, urinstämning, läkemedelsbiverkningar och psykisk ohälsa
- Om ingen kausal behandling möjlig och man upplever att patienten far illa (hallucinerar, verkar rädd och orolig, utagerande), ev haloperidol
- Tänk på att förvirring, uppvarvning, och sänkt intellektuell funktion är biverkan till både neuroleptika och bensodiazepiner (och opioider)

Rosslande

- Ofta tecken på att någon är så pass medvetandesänkt att hon/han inte märker och kan göra sig av med slem och annat skräp i luftvägarna. Ofta medvetslös. Nog mer anhöriga som oroas av detta. (Information)
- Icke-farmakologisk behandling med lägesändring i säng eller varsam munvård är också att rekommendera.
- Saknas evidens för effekt av uttorkande farmaka (Robinul/glykoperrinium)

Palliativa paketet?



- Förr en liten ask läkemedel som hämtades från förrådet till varje patient
- Varje ordination bör vara utifrån ett behov här och nu eller ett som är lätt att förutse kommande dagarna (pga oförmåga att ta emot tablettbehandling eller försämring i grundsjukdomarna)
- Ingen anledning att sätta in "allt" till alla, framförallt inte i tidig palliativ fas hos patienter som ännu inte utvecklat symptom. Distriktssköterska i hemsjukvård eller sköterska på Säbo får i stället kontakta enheten som har ansvar, ev sekundärjour för primärvården, om behov uppkommer
- Av de läkemedel som finns oftast anledning att överväga morfin och midazolam, mer sällan övriga läkemedel

Palliativa paketet, forts



- Viktigt att utvärdera effekt och biverkningar och ha möjlighet att höras av för ev dosjustering eller terapibyte
- Planera för uppföljning regelbundet. Se det som att det finns anledning att sätta ut mediciner som inte används och utvärdera doser för de som används. Har något nytt tillstött?
- Finns i kommunalt läkemedelsförråd (pris enl särskilt avtal vid rekvisition för HC; hellre än dyrare recept)
- Mallar i journalsystemet även för dospatienter (som då syns för ssk med tillgång till Pascal)
- Planera för att patienten kan behöva sc läkemedel om hon slutar svälja stående behandlingar med opioider och bensodiazepiner
- Muntliga ordinationer ska så snart det är möjligt dokumenteras skriftligt

Behandlingsbegränsningar

Situationer då frågan om livsuppehållande behandling, inklusive HLR, är till gagn för patienten aktualiseras i situationer när patienten har:

- Kort förväntad överlevnad
- Kraftigt nedsatt funktion i ett eller flera organ
- Avancerad cancersjukdom där behandlingsmöjligheter saknas
- Svår hjärnskada eller gravt nedsatt minnesfunktion, och som en följd därav ett stort beroende av andra

(Svenska Läkaresällskapet: [Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning, 2 uppl, 2021](#))

[- Regionalt PM om Behandlingsbegränsningar - 382820](#)

Hjärt-lungräddning

- Generellt säger lagen att patienter inom kommunal hälso- och sjukvård ska i händelse av plötsligt oväntat hjärtstopp behandlas med HLR. "Ej HLR"-beslut ska respekteras både av sjukvårds- och omsorgspersonal. (detta dock ett individuellt beslut utifrån den enskildes förutsättningar och önskemål) – finns IVO-fall där personal på eget bevåg avstod HLR.
- Vid förväntade dödsfall **ska** förhandsbeslut om ej HLR finnas, för att skapa lugn och ro för den sjuke, anhöriga och inte orsaka lidande
- Beslut att inte ge HLR är inte samma som att inte ge annan behandling, inkl att skicka till sjukhus vid behov av detta

Förankring två legitimerade

- Läkare behöver tillräcklig medicinsk kompetens (minst legitimation) och god kunskap om patientens aktuella livssituation, medicinska tillstånd, och om möjligt patientens egen åsikt för att ta ställning till frågor som gäller HLR.
- Ställningstagandet bör fattas i samråd mellan **läkare** och **sjuusköterskor** i vårdteamet och med dem som känner patienten bäst. Vidare bör samråd ske med patienten och/eller närstående. Det är läkaren som har det slutgiltiga ansvaret för beslutet

Planering för när du inte är där

- Betänk att din arbetsvecka troligtvis inte överstiger 40 av 168 av veckans timmar
- Viktigt att dokumentera i patientjournalen vad ni kommer överens om vid ev brytpunktssamtal och ronder, beslut om behandlingsbegränsningar, etc. En kollega kan ta vid och hjälpa distriktssköterskan med bedömning och ev förändrade ordinationer. Om patientens tillstånd är väl dokumenterat går det att göra detta lättare.
- Snabba förlopp över några dagar ibland, därför kanske lämpligt att skriva själv och inte diktera ställningstaganden kring palliativ vård, aktuellt status och symptom

Läkares uppgifter vid dödsfall i hemmet och på särskilt boende

- Ge dödsbud, polisen kan ev göra detta om man tar fallet (överenskommelse på plats). Om patienten bor på boende är ofta anhöriga meddelade i min erfarenhet.
- Göra en egen *mindre dödsfallsutredning*. Dvs bedöma om dödsorsaken är “naturlig” eller kan vara orsakad av yttre faktorer eller yttre orsaker inte utan rimligt tvivel kan avskrivas.
- Polisanmälan om yttre faktorer inte kan uteslutas
- Dödsbevis till Skatteverket
- Dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen
- Behov av psykologiska insatser för anhöriga?

Skäl för polisanmälan

- Olycka, förgiftning, självmord, våld.
- När en missbrukare anträffas död (högre risk förgiftningar, våld)
- När någon anträffas död och **tidigare sjukdomsbild** inte kan förklara dödsfallet, dvs. vid plötslig oväntad död hos både spädbarn och vuxna
- När någon har avlidit i samband med ett myndighetsingripande
- Misstanke om fel eller försummelse inom hälso- och sjukvården
- Vid framskriden förruttnelse
- Identiteten går inte att fastslå
- (Man vill få upplysningar av särskild vikt för miljöskydd, arbetarskydd eller trafiksäkerhet)

Dödsbevis

Den läkare som vid ett dödsfall har fastställt att döden inträtt skall ansvara för att dödsbeviset utfärdas. Beviset skall lämnas senast första vardagen efter det att dödsfallet konstaterades.

Innan dödsbeviset utfärdas, skall en läkare göra en noggrann yttre undersökning av den döda kroppen om det inte står klart att en rättsmedicinsk undersökning skall göras.

Den yttre undersökningen får också underlåtas om en läkare har undersökt den döde så kort tid före dödsfallet att det föreligger ett tillförlitligt underlag för att utesluta att det kan finnas skäl för en rättsmedicinsk undersökning.
(praxis 1 månad)

([Begravningsförordningen, 15 §](#))

Kriterier för bestämmande av människans död SOSFS 2005:10, 6 §

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 fortsatt liv.

Förutsättningarna för att läkaren inte skall 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.

☐ Ersätter tidigare utfärdat dödsbevis

DÖDSBEVIS

Till

Skatteverket/
Polismyndigheten vid polisanmälan

Den avlidnes personuppgifter

Personnummer/samordningsnummer (12 siffror)	Födelsedatum (8 siffror) och kön om personnr/samordn.nr saknas		
	☐ Kvinna	☐ Man	☐ Går ej att avgöra
Efternamn	Förnamn		
Bostadsadress	Postnummer	Postort	
Identiteten styrkt genom			

Dödsdatum

År mån dag (fyll ut med nollor om exakta uppgifter saknas)	Om dödsdatum ej säkert, anträffad död	År mån dag
☐ Säkert ☐ Ej säkert		

Dödsplats

Kommun (om okänd dödsplats, kommunen där kroppen påträffades)	☐ Sjukhus	☐ Särskilt boende
	☐ Ordinärt boende	☐ Annan/okänd

Barn som avlidit senast 28 dygn efter födelsen

(uppgifterna om modern fylls i endast för barn utan personnummer)

☐ Dödfött ☐ Avlidit inom 28 dygn efter födelsen	
Moderns efternamn och förnamn	Moderns personnr/samordn.nr/födelsedatum

Explosivt implantat

Har den avlidne haft ett implantat som kan explodera vid kremering?	Om ja, har implantatet avlägsnats?
☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej

Explosivt implantat

Har den avlidne haft ett implantat som kan explodera vid kremering?	Om ja, har implantatet avlägsnats?
☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej

Yttre undersökning

Har yttre undersökning av kroppen genomförts?	År mån dag	☐ Nej, rättsmedicinsk undersökning ska göras
☐ Ja ☐ Nej, den avlidne undersökt kort före döden		

Polisanmälan¹

Finns skäl för polisanmälan?
☐ Nej ☐ Ja, om dödsfallet har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (skada/förgiftning) eller fel/försummelse i vården eller den dödes identitet är okänd, ska polisanmälan göras och dödsbeviset lämnas till Polismyndigheten

Underskrift av utfärdande läkare

Ort och datum	Läkarens namnteckning	
Läkarens efternamn och förnamn		Befattning
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

Dödsorsaksintyg

- **Varför** dog någon? Skriv **bakomliggande diagnos**, snarare än ett symtom på döden som alla avlidna uppvisar:
UNDVIK "cirkulationsstopp"/"andningsstopp" o dyl
HELLRE metastaserad cancer, hjärtsvikt, hjärtinfarkt, kakexi pga demenssjukdom där nån slutat äta, etc... (inte lätt att säga om det är hyperkalemi och arrytmi, lungemboli eller infektion som är omedelbar dödsorsak.)
- Ska vara inne till Socialstyrelsen inom 3 veckor. Görs en klinisk obduktion hinner man alltså få svar.
- Läkaren som konstaterade dödsfallet har ansvar för att det görs och ofta den som sitter med **mest information** efter kontakt m anhöriga, ev andra aktörer, hembesök, etc. Kan överlåtas på t ex PAL/rondande läkare om denna har mer kännedom om patienten. (funktionsbrevlåda HC t ex, be om bekräftelse att uppgiften övertagits)
- Polisens / Rättmedicinalverkets ansvar om dödsfallsutredningen görs av dem

Läkarens utlåtande om dödsorsaken¹

Sjukdoms- eller skadeförlopp som ledde till den terminala dödsorsaken					
	Den terminala dödsorsaken var	Ungefärlig debut (år mån dag)	Akut	Kronisk	Uppgift saknas
A			☐	☐	☐
B	som var en följd av		☐	☐	☐
C	som var en följd av		☐	☐	☐
D	som var en följd av		☐	☐	☐

Andra sjukdomar eller skador som bidragit till dödsfallet	Ungefärlig debut (år mån dag)	Akut	Kronisk	Uppgift saknas
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐

Opererad inom fyra veckor före döden

☐ Nej	☐ Uppgift om operation saknas				
☐ Ja	<table border="1"> <tr> <th>Operationsdatum (år mån dag)</th> <th>Tillstånd som föranledde ingreppet</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Operationsdatum (år mån dag)	Tillstånd som föranledde ingreppet		
Operationsdatum (år mån dag)	Tillstånd som föranledde ingreppet				

Skada/förgiftning

☐ Olycksfall	☐ Själv mord	Datum för skada/förgiftning (år mån dag)
☐ Avsiktligt vållad av annan	☐ Oklart om avsikt förelegat	
Kort beskrivning av hur skadan/förgiftningen uppkom (utan att röja eventuellt andra inblandades identiteter)		

Dödsorsaksuppgifterna grundar sig på

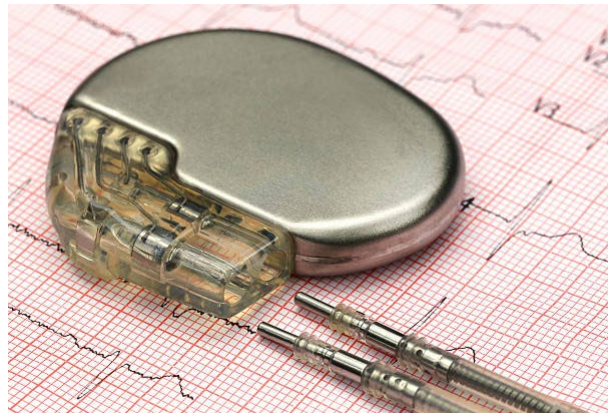
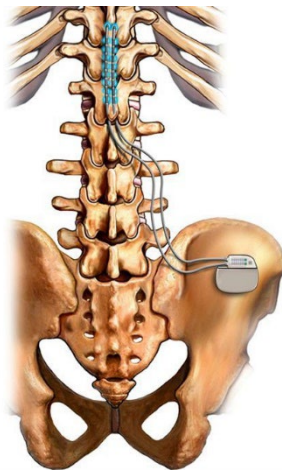
☐ Undersökning före döden	☐ Yttre undersökning efter döden	☐ Klinisk obduktion
☐ Rättsmedicinsk obduktion	☐ Rättsmedicinsk likbesiktning	

Underskrift av utfärdande läkare

Ort och datum	Läkarens namnteckning	
Läkarens efternamn och förnamn		Befattning
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

Pacemaker och andra explosiva implantat

- Pga att de innehåller explosiva batterier med giftigt kvicksilver ej möjligt att jordbegrava eller kremuera patienter med implantat kvar
- Tas oftast om hand av obduktionstekniker efter remiss (konsultationsremiss)
- Inte alla bårhus har obduktionstekniker, t ex Ånge.
- Om läkaren kan detta (ev utbildning via obduktionsavdelningen): Uttagning. Sy igen ordentligt och tätt, annars läcker kroppen.
- Ring PM-mottagningen om frågor - t ex om ICD-dosor. (risk för stötar)



Diskussion

- Tidsaspekt – inte OK som läkare att utan egen undersökning dödförklara någon som inte undersökts av läkare sista månaden. Planera gärna för hembesök när det börjar dra ihop sig, så kan man undvika oplanerade jourärenden och samtidigt resonera om palliativa ordinationer.
- Lagom mycket palliativa läkemedel i rätt tid. Inte samma paket till alla. Anpassa doserna efter ev tidigare långtidsbehandling med opioider/bensodiazepiner.
- Kommunikationskanaler hemsjukvård – läkare? Säker mejl och telefonnummer till varandra ett minimum.

Länkar – Underlag

- [Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning \(Socialstyrelsen\)](#)
- [Nationellt vårdprogram palliativ vård - RCC Kunskapsbanken](#)
(All palliativ vård, oavsett diagnos och vårdnivå)
- [Dödsfallsutredning – AllmänMedicin](#)
- [Läkartidningen ABC om Handläggning av dödsfall](#)
- Styrdokument "Dödsfall - omhändertagande utanför sjukhusvård" [258984](#)