

|   |   |                                |  |
|---|---|--------------------------------|--|
| Område:<br>Trygg och säker hälso- och<br>sjukvård och rehabilitering                  | Version:<br>5                           | Giltig fr.o.m:<br>2018-02-01   | Ersätter:<br>Version 4, Vö 413/2014,<br>Vv 438/2014, Nf 513/2015 |
| Ansvarig:<br>MAS Palliativa vårdsamordnare  | Ansvarig för revidering:<br>MAS och PVS |                                | Granskad av:<br>MAS  |
| Beslutad av:<br>MAS Palliativa vårdsamordnare   | Beslutad datum:<br>2015-12-02           | Revideras datum:<br>2019-06-01 | Intern/extern:<br>båda   |
| Omfattar enhet/verksamhet:<br>Vård och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade |   |                                | Ärendenummer:<br>Sov 271/2017                                    |

# Sjuksköterskans ansvar vid allmän palliativ vård

# Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Innehållsförteckning</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>Bakgrund</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>Syfte</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>Initiering allmän palliativ vård</b> .....                                     | <b>3</b>  |
| Tidig palliativ fas.....  | 3         |
| <i>Validerade skattningsinstrument som ska användas för symtomskattning</i> ..... | 4         |
| Sen palliativ fas .....   | 5         |
| <b>Dödförklaring</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>Efter dödsfallet</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>Bilaga 1:1</b> .....   | <b>8</b>  |
| ESAS .....  | 8         |
| <b>Bilaga 1:2</b> .....   | <b>9</b>  |
| Abbey Pain Scale .....  | 9         |
| <b>Bilaga 2</b> .....   | <b>10</b> |
| Beslut om palliativ vård .....  | 10        |
| <b>Bilaga 3</b> .....   | <b>11</b> |
| Blodtransfusion .....   | 11        |
| <b>Bilaga 4</b> .....   | <b>12</b> |
| Checklista för planering av palliativ vård sen fas. Sjuksköterska .....           | 12        |
| <b>Bilaga 5</b> .....   | <b>13</b> |
| Checklista efter dödsfallet, Sjuksköterska .....                                  | 13        |

## Bakgrund

Bedömning av och övergång till palliativ vård kan initieras inom slutenvården, öppenvården eller av sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården.

I kommunala hälso-och sjukvård är sjuksköterskan ansvarig för att uppmärksamma läkaren när den enskildes hälsotillstånd har behov att aktualisera för palliativ vård.

Ansvarig läkare har samtal så kallat brytpunktssamtal med den enskilde om ställningstagandet att övergå till palliativ vård och diskuterar innehållet i den fortsatta vården utifrån den enskildes tillstånd, behov och önskemål. Övergången från kurativ till palliativ vård är en process över tid och den enskilde ska erbjudas fortlöpande samtal om vårdens innehåll och om livsfrågor.<sup>1</sup>

## Syfte

Syfte med rutinen är att tydliggöra sjuksköterskans ansvar vid palliativ vård.

## Initiering allmän palliativ vård

### Tidig palliativ fas

- Sjuksköterska besöker den enskilde så snart som möjligt när uppdrag för behov av inskrivning i allmän palliativ vård inkommer från palliativ vårdsamordnare/utskrivningssamordnare/eller primärvården. Vid första besöket görs en symtomskattning enligt Edmonton Assessment Scale (ESAS). *Se bilaga 1:1 ESAS.*
- Sjuksköterska informerar den enskilde och närstående om syftet med palliativ vård samt ger information om närståendepenning och palliativa trygghetsplatser<sup>2</sup> samt lämna information broschyr om palliativa trygghetsplats.
- Sjuksköterska upprätta ett palliativ vårdåtagande, HSL- beslut samt vårdplan palliativ vård i Treserva.<sup>3</sup>
- Röd hemmapärm palliativ vård görs i ordning och lämnas hemma hos den enskilde. Under flik ett i pärmen placeras blankett beslut om palliativ vård. *Se Bilaga 2.* Hemma pärm palliativ vård ska medfölja den enskilde till sjukhus, palliativ trygghetsplats och korttidsplats.
- Informera den enskilde och närstående om kontaktvägar för att komma i kontakt med sjuksköterska och andra kontakter vid behov.

---

<sup>1</sup> Riktlinje Palliativ vård

<sup>2</sup> Rutin Palliativ trygghetsplats

<sup>3</sup> Metodstöd Dokumentation Palliativ vård

- Sjuksköterska bokar hembesök med ansvarig läkare från vårdcentralen för inskrivning i allmän palliativ vård. Sjuksköterskan ska delta i hembesöket tillsammans med läkare som genomför:
  - Brytpunktssamtal om vårdens inriktning och planering av kommande vård. I de fall remiss för inskrivning i allmän palliativ vård inkommer från sjukhuset genomförs ett **uppföljande** brytpunktssamtal.
  - Fysisk undersökning inklusive inspektion av munhålan.
  - Uppföljning av symtomskattning enligt ESAS.
  - Ställningstagande till Hjärt- lungräddning (HLR). Läkare och sjuksköterska dokumenterar i sina respektive journalsystem.
  - Ställningstagande till medicinsk plan för speciella behov såsom buktappning, infektionsrisk, blodtransfusion och samtalsstöd. *Se bilaga 3 Blodtransfusion.*
  - Genomgång av läkemedel för att utvärdera medicinska åtgärder, undersökningar/provtagningar m.m. som inte längre gagnar den enskilde. Läkare tar ställning till ordinationer på symtomlindrande vid behovs läkemedel för **tidig fas** respektive **sen fas**. I dokumentet palliativ vård- Ordination i sen fas ska läkare ordinera individuellt anpassad dos för symtomlindrande läkemedel vid behov.
  - Läkare och sjuksköterska dokumenterar i sina respektive journalsystem.
- Har den enskilde minderårig barn under 18 år ska sjuksköterska uppmärksamma behovet av information och stöd samt samordna kontakter. Dokumentera i journalen ålder på barn samt utförda åtgärder och stöd som finns behov av.
- Sjuksköterska kontaktar/besöker den enskilde minst en gång i veckan eller efter den enskildes behov och önskemål. Tänk på behov av stöd i form av samtal till den enskilde och närstående.
- Sjuksköterska följer upp den enskildes hälsotillstånd kontinuerligt för symtomskattning och rapporterar detta till läkare. Sjuksköterska bokar nytt hembesök med läkare vid behov och önskemål från den enskilde och närstående.

#### **Validerade skattningsinstrument ska användas för symtomskattning**

- Edmonton Symptom Assessment Scale ( ESAS) instrument som skattar nio vanliga symtom hos den enskilde i livets slutskede.
- Visual Analogue Scale (VAS) den enskilde anger sin smärta med en markör eller ett kryss.
- Numeric Rating Scale (NRS) den enskilde kan ange siffra verbalt på en linjal eller sätter ett kryss.

- Vid kognitivt nedsatt förmåga används symtomskattningsinstrument Abbey Pain Scale (APS) den enskilde observeras och grad av påverkan bedöms. *Se bilaga 1:2 Abby Pain Scale.*
- Vid utökade behov av omsorgsinsatser gör sjuksköterskan en bedömning hos den enskilde. Sjuksköterska beställer tillfälligt utökad tid för omsorgsinsatser i Tresa som HSL- beslut upp till 14 dagar. Beslutet dokumenteras i journal och biståndshandläggare meddelas om behovet. På kväll och helg kan sjuksköterska och omvårdnadspersonal ta tillfälligt beslut om tillfälliga omsorgsinsatser. Tillfälligt utökade insatser är insatser av akut karaktär, sådant som inte kan vänta till morgondagen. <sup>4</sup> Detta gäller endast Vård och omsorgsförvaltningen.
- Om den enskilde inte har omsorgsinsatser sedan tidigare ska sjuksköterska kontakta enhetschef och biståndshandläggare vardagar för att initiera behov av tillfälliga omsorgsinsatser.
- I förvaltningen för funktionshindrade tar tjänstgörande sjuksköterska kontakt med ansvarig enhetschef i samband med utökat behov av insatser hos den enskilde och insatser utifrån behov startas upp. På kväll och helg kan sjuksköterska besluta om tillfälligt utökade omsorgsinsatser.

## Sen palliativ fas

- Sjuksköterska i kommunen bedömer utifrån patientens hälsotillstånd om behovet finns att larmet går direkt till sjuksköterska via larmcentralen. Sjuksköterska kontaktar Tunstall som är trygghetslarm leverantör för beställning av direktlarm och lämnar aktuella telefonnummer till sjuksköterskor dag, kväll och natt.
- Sjuksköterska kontaktar läkare för uppdatering av palliativa vid behovsordination symtomlindring för sen fas när den enskildes hälsotillstånd förändras. Palliativ vid behovsordination får påbörjas utan läkarkontakt om den är uppdaterad senaste månaden och läkare ska kontaktas senast nästkommande vardag. Om palliativa vid behovsordination är äldre än en månad ska läkare kontaktas innan användning. Palliativ vid behovsordination läggs i hemma pärmen under flik läkemedel.
- Sjuksköterska gör munvårdsbedömning med stöd av ROAG bedömningsinstrument och gör ordning produkter som den enskilde behöver inför munvård enligt Örebro kommun upphandlade munvårdsprodukter.
- Smärtskattning bör göras minst en gång per arbetspass samt före och efter given smärtlindring.
- Läkemedel som ordineras vid behov i sen palliativ fas tas ur akut- och buffertförråd. Vid förmodat längre tids behov av dessa läkemedel ska läkaren förskriva recept.
- Subcutan infart (Neoflon) används för den enskilde som har ett mer kontinuerligt behov av symtomlindrande subcutan injektioner för att inte sticka så ofta. Byte av

---

<sup>4</sup> Rutin för beslut om tillfälliga SoL-insatser vid försämrat hälsotillstånd nattetid

subkutan infart sker minst var 3:e upp till 7:e dag eller oftare vid behov. Inspektion av insticksstället sker dagligen.

- Sjuksköterska kontaktar Medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS och i samråd med MAS kan i särskilda fall administrering av subcutan injektion i infart Neoflon delegeras till omvårdnadspersonal. Sjuksköterska delegerar och ger instruktion till omvårdnadspersonal om hur injicering av subcutan injektion görs. Sjuksköterskan iordningställer sprutor med uppdragen dos. Sprutorna märks noga med läkemedelsnamn, datum och tid för iordningställande. Förvaring av iordningställda sprutor ska ske på säkert ställe.<sup>5</sup>
- Sjuksköterska ska i samråd med enhetschef kalla till en teamträff vid den enskildes försämring. Personalen behöver känna trygghet för att kunna förmedla trygghet till den döende och närstående. Det är viktigt att alla i teamet är införstådda med att den enskilde nu är i livets slutskede och att det handlar om den allra sista tiden. Det är lämpligt att redan nu samtala om hur den palliativa vården ska utföras, vem ansvarar för vad och hur man går till väga vid dödsfallet.
- Sjuksköterska använder checklista och ger omvårdnadsordinationer till omvårdnadspersonalen och informerar löpande till omvårdnadspersonalen om hur vården är planerad. *Se bilaga 4 Checklista planering vård/ omsorg vid livets slut*
- Instruera och delegera enligt gällande rutin.<sup>6</sup> Följ upp och efterfråga omvårdnadspersonalens behov av stöd/utbildning/handledning.
- Sjuksköterska fattar beslut om vak och informerar enhetschef. Sjuksköterska ska kontakta vak och besöka den döende minst en gång per pass samt vid behov för uppföljning av symtom, effekt av symtomlindring samt stöd till närstående och vak.
- Sjuksköterska ska till vak lämna sitt telefonnummer samt telefonnummer till minst en kollega som arbetar samma arbetspass i närliggande hemvårdsområde.<sup>7</sup>
- Skriv ut och påbörja dödsfallsenkäten från svenska palliativregistret och fylla i de frågorna som kan vara aktuella inför dödsfall.

## Dödförklaring

Uppgiften att fastställa att döden har inträtt är en läkaruppgift och får inte delegeras till sjuksköterska. Läkaren kan dock fastställa att döden inträtt utan att själv ha sett den döde utifrån undersökning som utförts av sjuksköterska avseende upphörd andning, inga pulsslag, ingen hjärtverksamhet och ljusstela pupiller<sup>8</sup>. Dödförklaringen skall ske så snart detta är praktiskt möjligt. Tidpunkten för dödsfall får fastställas utifrån uppgifter från vårdpersonal och eller närstående.

---

<sup>5</sup> Rutin Läkemedelshantering

<sup>6</sup> Rutin Delegering av Läkemedel

<sup>7</sup> Rutin Vak vid palliativ vård i livets slutskede

<sup>8</sup> HSLF-FS 215:15 Socialstyrelsen föreskrift och allmänna råd om vissa åtgärder i hälso- och sjukvård vid dödsfall.

Om närstående har önskemål om att en läkare medverkar vid undersökningen ska ansvarig distriktsläkare informeras om detta. I dessa fall bör läkaren komma snarast, oavsett vilken tid på dygnet dödsfallet inträffar. Om sjuksköterskan känner sig osäker eller av någon annan anledning inte anser sig kunna utföra denna undersökning ska ansvarig distriktsläkare kontaktas. Denne är då skyldig att så snart som möjligt göra denna undersökning. Detta behöver dock inte ske nattetid.

## Efter dödsfallet

- Sjuksköterska ska så snart som möjligt utföra den undersökning som ligger till grund för läkarens fastställande av döden.
- Sjuksköterska ID-märker den avlidne, där namn, personnummer, datum, signatur och klockslag för dödsögonblicket eller när den avlidne påträffades antecknas. ID-band fästs på fotleden.
- Sjuksköterskan fyller i blankett om *Hornbinnedonation*.
- Sjuksköterskan skriver i blankett *Transportsedel avliden* som följer med den avlidne vid hämtning. Där antecknas om den avlidne bär implantat t.ex. pacemaker, infusions- eller insulinpump, eller har en smittfarlig sjukdom.
- Sjuksköterska börjar fylla i checklista efter dödsfall samt dokumenterar i Treserva i fast vårdplan palliativ vård. Ansvarig sjuksköterska kompletterar checklista. *Se bilaga 5 Checklista efter dödsfallet.*
- Sjuksköterska kompletterar dödsfallsenkäten vid uppföljningssamtalet tillsammans med teamet. Sjuksköterska ska ta del av dokumentationer i Treserva för att kunna svara på samtliga frågor i svenska palliativregistret. Svar "vet ej" ska undvikas i dödsfallenkät i svenska palliativregistret. Har den döde varit inskriven i allmän palliativ vård och har haft palliativ vårdplan då räknas dödsfallet som förväntat.
- Vid personalgruppens uppföljning efter dödsfall utses någon ur personalgruppen som har haft etablerad kontakt med den döde och närstående att kontakta den närmaste närstående 6-8 veckor efter dödsfallet för ett efterlevandesamtal.
- Sjuksköterska dokumenterar i Treserva datum för personal uppföljningssamtal, efterlevandesamtal samt att dödsfallsenkäten i svensk palliativregistret är registrerad.
- Samtliga dödsfall ska registreras av palliativt ombud i svensk palliativregistret i snar anslutning till dödsfallet. Registrering ska ske på den enhet där den enskilde har vårdats vid dödstillfället.
- Avsluta vårdåtagande i Treserva.

# Bilaga 1:1

## ESAS



ÖREBRO

### ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

Modifierat instrument av palliativa vårdsamordnare Örebro kommun  
Edmonton Regional Palliative Care Program (1996, 2001). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)  
<http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/esas.pdf>

Namn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Klockan: \_\_\_\_\_

Markera din skattning av symptomet med ett kryss på linjen

|                             |                              |                                  |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Ingen smärta                | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Värsta tänkbara smärta           |
| Ej orkeslös                 | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Värsta tänkbara orkeslöshet      |
| Inget illamående            | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Värsta tänkbara illamående       |
| Ingen nedstämdhet           | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Värsta tänkbara nedstämdhet      |
| Ingen oro/ångest            | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Värsta tänkbara oro/ångest       |
| Ingen sömnhet/dåsighet      | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Värsta tänkbara sömnhet/dåsighet |
| Bästa möjliga aptit         | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Ingen aptit                      |
| Bästa möjliga välbefinnande | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sämsta tänkbara välbefinnande    |
| Ingen andfåddhet            | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Värsta tänkbara andfåddhet       |
| Ingen förstoppning          | 0 ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Helt förstoppad                  |

Skattat av: Patient  Med hjälp av personal  Personal



## Bilaga 1:2

**Abbey Pain Scale** – för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal

Namn på personen \_\_\_\_\_ Pnr \_\_\_\_\_

Bedömarens namn \_\_\_\_\_ Datum och tid \_\_\_\_\_

Senast givna smärtlindring \_\_\_\_\_ Datum och tid \_\_\_\_\_

1. **Röstuttryck/ljud** – t ex gnyr, jämrar sig eller låter

*Inte alls=0*                      *Sällan=1*                      *Ibland=2*                      *Ofta=3*

1

2. **Ansiktsuttryck** – t ex spänd, rynkar näsan, grimaserar eller ser rädd ut

*Inte alls=0*                      *Sällan=1*                      *Ibland=2*                      *Ofta=3*

2

3. **Förändrat kroppsspråk** – t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel eller ihopkrupen

*Inte alls=0*                      *Lite=1*                      *Måttligt=2*                      *Mycket=3*

3

4. **Förändrat beteende** – t ex ökad förvirring, matvägran, ökad eller minskad kroppsaktivitet

*Inte alls=0*                      *Lite=1*                      *Måttligt=2*                      *Mycket=3*

4

5. **Fysiologisk förändring** – t ex förändrad kroppstemperatur, puls eller blodtryck, svettningar, rodnad eller blekhet i hyn

*Inte alls=0*                      *Lite=1*                      *Måttligt=2*                      *Mycket=3*

5

6. **Kroppsliga förändringar** – dvs rivet skinn, trycksador, kontraktorer eller andra skador

*Inte alls=0*                      *Lite=1*                      *Måttligt=2*                      *Mycket=3*

6

**Summera antalet poäng och markera grad och typ av smärta nedan**

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

Typ av smärta:

Långvarig      Akut      Blandad

## Bilaga 2

### Beslut om palliativ vård

Gäller patient:

Namn:

Personnr:

Palliativ beslut taget av läkare (namn samt arbetsplats)

Datum:

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska namn och telefonnummer:

## Bilaga 3

### Blodtransfusion

Blodtransfusion gällande personer som är inskrivna i allmän palliativ vård och bor i eget boende eller i särskilt boende.

Sjuksköterska från Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASIH) kan hjälpa till med blodtransfusion i hemmet/boendet om deras sjuksköterskebemanning tillåter.

Detta bör ske i början av veckan så att ASIH har större möjligheter att planera för blodtransfusionen.

Vid behov av blodtransfusion ska sjuksköterska i Örebro kommun (ÖK) kontakta sjuksköterska på ASIH telefonnummer 602 82 60. Sjuksköterska från ASIH hämtar blodet på blodcentralen. Transfusionsjournalen förvaras hos ASIH.

### Sjuksköterskans ansvar i Örebro Kommun

- Kontroller att blodtransfusionen är ordinerad och signerad av läkare och att det tydligt framgår hur många enheter blod som den enskilde ska ha.
- Faxe ordination till ASIH, fax nr 602 82 69. På faxet ska också namn, faxnr och telefonnummer till sjuksköterska i Örebro kommun framgå.
- Informera den enskilde och ordinerande läkare om tid för transfusion då läkaren är medicinskt ansvarig.
- Kontrollera så att den enskilde är blodgrupperad sedan tidigare, telefonnummer till Blodcentralen 602 19 88.
- Ta blodprov för BAS-test och beställa blod. Remiss för BAS-test/blodbeställning finns på vårdcentralen eller för utskrift från Örebro kommun Intranät. Notera på blodbeställningen: Antal enheter, Beställande avdelning: Vårdcentralensnamn och Leverans till: ASIH

## Bilaga 4

### Checklista för planering av palliativ vård sen fas. Sjuksköterska

|   |  |                             |  |                |       |
|---|--|-----------------------------|--|----------------|-------|
| Namn:   |  | Personnummer:               |  |                |       |
|   |  |                             |  | Ja             | Datum |
| Dokumentera i Treserva, se Metodstöd dokumentation vårdplan palliativ vård  |  |                             |  |                |       |
| Finns behov av att trygghetslarmet ska besvaras av sjuksköterska?   |  |                             |  |                |       |
| Är den döendes status uppdaterat?   |  |                             |  |                |       |
| Träff med teamet för planering av vård/omsorg vid livets slut, se checklista  |  |                             |  |                |       |
| Är omvårdnadsåtgärder ordinerade? Exempelvis munbedömning, använd validerad smärtskattning skala etc.   |  |                             |  |                |       |
| Är palliativa vid behovsläkemedel ordinerade?   |  |                             |  |                |       |
| Är arbetsterapeutiska åtgärder ordinerade? Exempelvis lägesändringar etc.   |  |                             |  |                |       |
| Är närstående informerade om Närståendepenning?   |  |                             |  |                |       |
| Finns uppgift i journalen om att läkare kan fastställa döden på den undersökning som sjuksköterska utfört och behöver inte kontaktas jourtid. |  |                             |  |                |       |
| Finns uppgift i journalen om att KAD får sättas vid behov?  |  |                             |  |                |       |
| Finns uppgift i journalen om när närstående vill kontaktas?   |  |                             |  |                |       |
| Finns uppgift i journalen om att närstående är informerade om förväntat dödsfall/brytpunktssamtal?  |  |                             |  |                |       |
| Är foldern "Livets sista tid" lämnad till närstående?   |  |                             |  |                |       |
| Finns uppgift i journalen om  | Den döende personens individuella önskemål?          |                             |  |                |       |
|   | Hur närstående vill medverka i vården?               |                             |  |                |       |
|   | Speciella önskemål till exempel kläder?              |                             |  |                |       |
|   | Speciella önskemål om avsked, religiösa arrangemang? |                             |  |                |       |
| Information om att den enskilde är döende är given till:  |  | Läkare                      |  | Arbetsterapeut |       |
|   |  | Omvårdnadspersonal dag/natt |  | Enhetschef     |       |
|   |  | Sjuksköterska dag/natt      |  |                |       |

## Bilaga 5

### Checklista efter dödsfallet, Sjuksköterska

|   |                                   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|
| Namn:   | Personnummer:                     |  |   |
| Tidpunkt för dödsfallet och närvarande  |                                   |  |   |
| Händelseförlopp   |                                   |  |   |
| Sjuksköterska som undersökt/ID märkt den döde och skrivit <i>Transportsedel avliden</i> , fyllt i blankett Hornhinnedonation. |                                   |  |   |
| Pacemaker, defibrillator, insulinpump, infusionspump, nervstimulator eller annat implantat exempelvis subcutan venport        |                                   |  |   |
| Närstående underrättade   |                                   |  |   |
| Vem kontaktar begravningsbyrå?  |                                   |  |   |
| Ansvarig läkare underrättad?  |                                   |  |   |
| Uppsägning av APO-dos   |                                   |  |   |
| Uppsägning av andra leveranser till exempel inkontinensmaterial   |                                   |  |   |
| Datum för personaluppföljning   |                                   | Dokumentera i fast Palliativ vårdplan/Uppföljning            |   |
| Vem ansvarar för efterlevandesamtal?  |                                   | Dokumentera datum i fast vårdplan Palliativ vård/Uppföljning |   |
| Registrering i Svenska palliativregistret   |                                   | Dokumentera datum i fast vårdplan Palliativ vård/Uppföljning |   |
| Aktuella att informerade om dödsfallet kan vara:  | Enhetschef/<br>verksamhetschef    |  | Omvårdnads-<br>personal dag/natt                    |
|   | Arbetsterapeut                    |  | Sjukgymnast   |
|   | Biståndshandläggare<br>VoO. Mott. |  | Assistent,<br>verksamhetstödjare/<br>driftplanerare |
|   | Boendesamordnare                  |  | Debitering  |