

Dokumenttyp Rutin	Beslutad av Vård- och omsorgsförvaltningen	Giltig fr.o.m. 2022-11-01
Dokumentansvarig Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Gäller för Vård- och omsorgsförvaltningen Arbete- och välfärdsförvaltningen	Senast reviderad 2022-11-16

Allmän Palliativ vård i sen fas, checklistor och stöd

Ett komplement till befintliga Blekingerutiner som nås på Ledningssidan:

- Samverkan VILS (vård i livets slutskede)
- Planeringsunderlag vid vård i livets slutskede

Samt dokument:

- Formulär VILS
- Abbey pain scale

Innehållsförteckning:

Innehåll Rubrik	Sida
Innehållsförteckning	1
Inledning	2
Planeringsunderlag och VILS (Skriv ut till vak-pärm från sjuksköterska)	3
Rekommendation till vem som bör sitta vak	3
Processkarta palliativ vård	4
Oklarheter gällande HLR eller ej HLR	4
Efterlevandestöd och samtal	5
Att tänka på vid varje start av pass (Skriv ut till vak-pärm)	5
Checklista generell allmän palliativ vård sent skede (Skriv ut till vak-pärm)	6
Checklista för återkommande symtomskattning (Skriv ut till vak-pärm)	7
Checklista för Hygien (Skriv ut till vak-pärm)	8
Schema för vändning och munvård (Skriv ut till vak-pärm)	9
Telefonlista samt Bemanningslista (Skriv ut till vak-pärm)	10
Abbey Pain Scale (Skriv ut till vak-pärm)	11
VAS/ NRS (Skriv ut till vak-pärm)	12
Begrepp och termer i palliativ vård (Skriv ut till vak-pärm)	13
Innehållsförteckning Pärms innehåll och ordning (Skriv ut till vak-pärm)	15

Inledning

Palliativ vård definition av WHO (World Health Organization)

Palliativ vård kännetecknas av en helhetssyn på människan. Genom att stödja individen att leva med värdighet, med största möjliga välbefinnande och livskvalitet i samband med obotlig sjukdom där livets slut närmar sig. En god palliativ vård ska omfatta alla, oavsett ålder och diagnos.

Vård i livets slut är centralt i palliativ vård och innebär lindrande vård. Den palliativa vården delas in i två faser, en tidig och en sen fas. Behoven och längden kan variera i både tidig och sen fas.

Världshälsoorganisationens definition betraktar den palliativa vården, döendet som en normal process och syftar till att hjälpa patienten att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut samtidigt som den palliativa vården varken skall påskynda eller uppskjuta döden.

Denna rutin ska fungera som en checklista/ lathund som alltid ska tas fram då en brukare bedöms vara i sent palliativt skede som ett komplement till VILS-dokument. Inblandad personal ska även läsa övriga ovan nämnda rutiner.

Beslut om vak tas av ansvarig sjuksköterska som dokumenterar detsamma. Ssk Journalför beslut i HSL, Usk journalför beslut i SoL, Usk meddelar planerare. Jourtid rings personal in av usk. EC meddelas via meddelande i LifeCare av ssk. Om brukare saknar hemsjukvård eller inte bor på SÄBO ska EC hemtjänst kontakta SSK för bedömning och vidare ställningstagande.

EC ansvarar för att beslutet dokumenteras i SoL-journal (kan delegeras till USK).

Avslutat vak ska genast meddelas planerare och EC av SSK.

Rutinen bygger på de fyra hörnstenarna i palliativ vård,

- *Symtomlindring*, som innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. I samråd med patienten förebygga och lindra symtom samtidigt som integritet och autonomi beaktas.
- *Teamarbete*, markerar betydelsen av samarbete mellan olika professioner, allt efter patientens behov.
- *Kommunikation* och relation handlar om att främja patientens livskvalitet. Det innebär god kommunikation och goda relationer inom och mellan teamet men också i förhållande till patienten och närstående.
- *Närståendestöd* bör ges under sjukdomstiden men även efter dödsfallet. Närstående ska kunna känna sig delaktiga i vården och få information och stöd utefter sina behov och förutsättningar. Närstående bör i tid informeras om Försäkringskassans närståendestöd för att kunna vara mer med den sjuke.

Den tidiga palliativa fasen kan vara både månader och år och det är självklart med palliativa insatser i syfte att förlänga livet, som till exempel kirurgi, specifik läkemedelsbehandling, strålning och cytostatikabehandling. Man vill minska obehag och svåra symtom och hjälpa den sjuke att leva så aktivt och normalt så länge som möjligt. Exempel på sjukdomar som kan ha en lång tidig fas är spridd långsamväxande cancer i bröst eller prostata, svår hjärtsvikt, obotlig neurologisk sjukdom och demens.

I den sena fasen, som innebär palliativ vård i livets slutskede är det mycket av det som är självklart i den tidiga fasen av sjukdomen som är verkningslöst och snarare kan ha skadlig effekt på patienten. Den sena fasen kan vara dagar till enstaka månader. Målet i sen fas är bästa möjliga livskvalitet och ju närmare livets slutskede patienten kommer i sin sjukdom desto fler terapeutiska åtgärder måste omvärderas vad gäller nyttoeffekt och åtgärderna har inte längre förutsättningar att gagna patienten. I den sena fasen bör VILS-dokument upprättas och ställningstagandet till HLR ska vara tydligt och väl

kommunicerat till berörd personal vilket ansvarig sjuksköterska ansvarar för. Sen fas är ibland svårare att känna igen vid demens, hjärt- och lungsjukdomar och neurologiska sjukdomar än vid t.ex. cancer eftersom den nedåtgående sjukdomsutvecklingen oftare sker i etapper med perioder av återhämtning som inte alltid finns vid cancersjukdomars sista fas. Vanliga symtom i sen fas av vård i livets slutskede är smärta, ångest, muntorrhet, illamående, andnöd, hosta, rosslighet, orkeslöshet, förstoppning och diarré.

Planeringsunderlag och VILS (Vård i livets slutskede)

För att kunna sätta mål för vård i livets slutskede behöver en brytpunkt identifieras då livsuppehållande och aktivt funktionsbevarande åtgärder inte längre är meningsfulla och målet för vården övergår till palliativ vård i livets slutskede. Brytpunkten palliativ vård i livets slutskede föregås av en helhetsbedömning av patientens tillstånd, som leder fram till ett ställningstagande om att ändra vårdens mål, inriktning och innehåll. I samband med brytpunkten genomförs brytpunktssamtal med patienten och dennas närstående. Ofta är det omvårdnadspersonalen som är nära den sjuke som först ser en förändring i tillståndet och en sjuksköterska kontaktas. Det är läkarens ansvar att göra en medicinsk bedömning och att ha ett brytpunktssamtal. Brytpunkten bör egentligen ses som en dialog med flera samtal, där även familj och närstående förutom vårdteamet kan delta.

Vanligtvis föreligger nedanstående:

- Det finns diagnos på livshotande sjukdom.
- Den sannolika överlevnadstiden är mindre än fyra veckor.
- Något ytterligare kan inte göras för att förlänga eller förbättra funktionsförmågan utan att försämra livskvaliteten och öka lidandet

Giltighetstiden för planeringsunderlaget är två veckor!

Därefter görs ett nytt ställningstagande och om kriterierna fortfarande gäller kan VILS dokumentet förlängas, även det är giltigt i högst två veckor.

Rekommendation till vem som planeras för vården i den sena palliativa fasen då vak ordinerats

- Tillfråga anhöriga om de själva vill sitta vak. För även en dialog om de önskar sitta vak hela tiden eller delar av tiden. Tydliggör för anhöriga att detta är en möjlighet och inte ett krav.
- Om anhöriga sitter vak, görs regelbundet tillsyn efter överenskommelse/ dialog mellan anhöriga och omvårdnadspersonal.
- I de fall enheten ska sitta vak fördelas arbetet mellan de omvårdnadspersonal som är i tjänst. I första hand ska ordinarie omvårdnadspersonal som är väl känd av brukare/patient sitta vak.
- Enhetschef avgör i samråd med omvårdnadspersonal om fördelning av arbetspasset. Enhetschef ska förvissa sig om att den som ska sitta vak känner sig trygg i situationen. Enhetschef tillser att raster följer lag samt främjar en god arbetsmiljö.

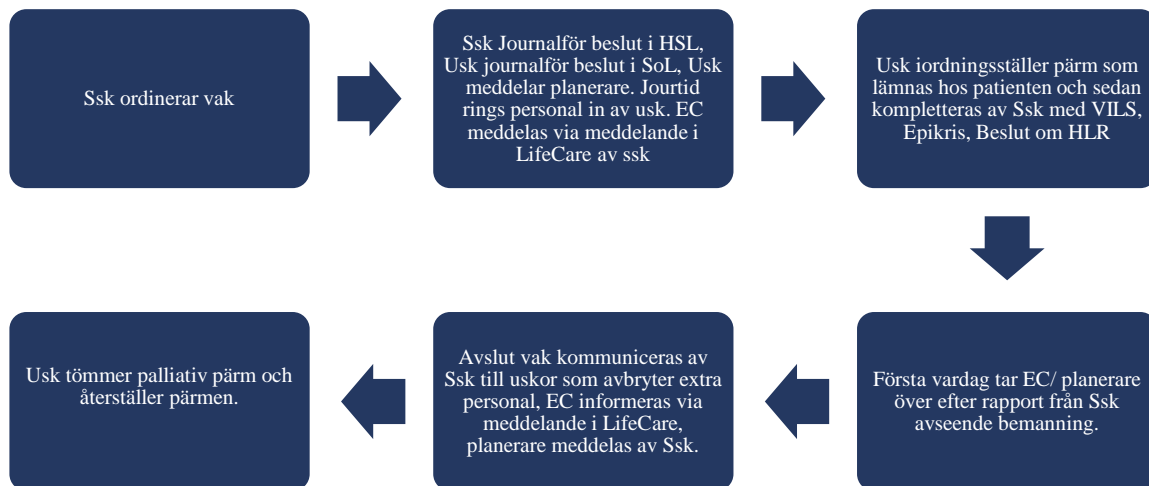
Jourtid ansvarar Chef i beredskap som med fördel kan kontakta och delegera till lämplig USK.

- Den som sitter vak ska ha god kännedom om samtliga rutiner som är framtagna för vården i livets slutskede (se inledning av rutinen) och kontrollfrågor bör ställas av enhetschef. Företrädesvis är detta ordinarie personal på enheten/ området.
- Vikarie tas in vid behov och övertar de arbetsuppgifter som ordinarie omvårdnadspersonal skulle ha utfört. Detta ska framgå till de som arbetar samt den personal som tas in.

Det åligger EC att bedöma om vikarien är känd och lämplig att arbeta med vård i livets slutskede.

- Vak nattetid inom hemtjänst tillsätts av ansvarig enhetschef.
- Palliativ vård och vak är prioriterad verksamhet varför andra eventuella möten såsom APT ska avbokas av EC för den personal som deltar i den palliativa vården.
- Enhetschef ansvarar och sammanställer i samråd eller delegerat till planerare för planering avseende upplägg vak och dokumenterar samt informerar berörda. Tidsplanering med schema så långt fram som är möjligt ska finnas tillgängligt för berörda inklusive anhöriga som eventuellt vakar.
- På bemanningslistan ska aktuella telefonnummer skrivas, EC ansvarar för att aktuella telefonnummer finns på bemanningslistan.

Processkarta palliativ vård



Oklarheter gällande HLR eller Ej HLR?

Vid akut ordinerat vak och beslut gällande HLR saknas, gäller ej HLR.

Skulle det finnas oklarheter gällande HLR eller ej HLR så säger den från regionen övergripande rutinen att ett av tre vanligt förekommande kriterier är att ”något ytterligare kan inte göras för att förlänga eller förbättra funktionsförmågan utan att försämra livskvalitén och öka lidandet”.

Finns det anhöriga så ska läkare eller sjuksköterska genast genomföra dialog om ställningstagande för HLR eller ej samt kommunicera och dokumentera det tvärprofessionellt. Stor vikt bör läggas vid etisk riktighet, se gärna ”Etiska riktlinjer för hjärt- lunggräddning, framtagen av svenska läkarsällskapet, svensk sjuksköterskeförening svenska rådet för hjärt-lungräddning”: https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2021/02/Rev_Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning_andra_upplagan_2021.pdf

Sannolikt mynnar det ut i att ställningstagande finns etiskt för att inga åtgärder (HLR) att förbättra eller förlänga funktionsförmågan ska göras då vak ordinerats. Döden är i denna senare fas av palliativ vård förväntad. Vak ska inte blandas ihop med det som idag kallas oros-vak. Om Vak ordination upphör återgår patienten till att följa ordinarie vårdplan.

Beslut om ej HLR ska vara dokumenterat under Observera i journalen alt om HSL uppdrag saknas längst ned i genomförandeplanen under viktig information som ej får ändras eller tas bort utan avstämning med EC och Ssk.

Efterlevandestöd och samtal (Skall erbjudas och dokumenteras i palliativt register)

Palliativ vård slutar inte i och med dödsfallet, utan inbegriper visst organiserat stöd till närstående för att hantera sin situation även efter dödsfallet. Samtalen utformas olika beroende på syfte och planeras i tvärprofessionellt samråd och SSK är ansvarig.

Att tänka på/ läsa vid varje start av arbetspass (gäller samtlig omvårdnadspersonal):

- Ta ordentlig överrapportering från avgående vak och ställ frågor v.b.
- Gå igenom samtliga checklistor och aktuell dokumentation.
- Kontakta Ssk om viktig information saknas.
- Kommunikation brukare och anhöriga, presentera dig med namn och försiktig beröring, ögonkontakt. Berätta alltid högt vad du gör med patienten (även om patienten är medvetandesänkt). Presentera dig även för anhöriga.
- Skapa en övergripande bild av patienten (Ligger patienten bekvämt? Ser det bekvämt ut?).
- Bemötande av patient och anhöriga. (Vid svår sjukdom drabbas även relationerna. När en familjemedlem är svårt sjuk och är i livets slutskede blir hela familjen involverad på ett eller annat sätt. Situationen kan bli mycket påfrestande för den närstående. De kan ha vårdat den sjuke under en längre tid och fått mycket kunskaper om hur hon/ han önskar bli vårdad och reagerar. Om dessa insatser av närstående möts med respekt kan det leda till ett bra samarbete mellan närstående och personal.)
- Beakta religion och kultur. Önskar anhöriga kontakt med religiös eller samfunds företrädare? I första hand bör anhöriga sköta denna kontakt men vi är behjälpliga vid behov.
- Psykologiskt, andligt och existentiellt stöd
Existentiella frågor handlar om livet, om förväntningarna och besvikelserna, om kärleken och relationerna, om skuld, mening och tro samt om tankar och rädslor kring döendet och döden. Många vill i livets slut sammanfatta livet för någon. Att få dela sina tankar med någon som är van vid, och tillåter samtal om liv och död, kan vara ett stöd och en möjlighet till att bearbeta livet.
- Journalför angående de två punkterna ovan.
- Kommunicera till/ med teamet, d.v.s. inblandade undersköterskor och sjuksköterskor (ev förändringar i behandling mående eller liknande ska kommuniceras till sjuksköterska utan dröjsmål).
- Ansvarig sjuksköterska ska som minimum varje påbörjat arbetspass kontakta omvårdnadsnära personal som arbetar med den palliativa vården för avstämning.
- Uppmärksam på patients och närståendes önskemål (ta upp fråga). Det är samtlig personals ansvar att kommunicera med anhöriga.
- Är checklistor för Symtom, Hygien, vändning och munvård dokumenterade och vid behov bytta?
- Luft/ värme i rummet ok? Vädra?

- Miljön i stort (städa undan hjälpmedel etc så det blir fint och luftigt i rummet)
- Dokumentera samtliga observationer och insatser i Lifecare.
- Arbeta utifrån checklistor
- Sjuksköterska ska utan dröjsmål rapportera eventuella förändringar i behandling direkt till berörd personal muntligen och skriftligen (dokumentation). Usk tillser att detta dokumenteras i SoL-journal och överrapporteras.

Checklista generell, allmän palliativ vård sent skede

Generell checklista	Datum	Signatur
SoL anteckning i journal om beslut vak		
Bemanning		
Meddela planerare		
Anhöringsamtal (vilja till delaktighet i vak, ensam, tillsammans? Närståendes önskemål gällande religion, kultur, övrigt?)		
Att tänka på vid varje start av pass		
Checklista symtom		
Checklista hygien		
Abbey pain scale om kognitiv svikt föreligger eller svårigheter att uttrycka sig verbalt föreligger. (Bestäm tillsammans med SSK)		
VAS/ NRS skala		
VILS-dokument Obs! Giltighetstid 2v		
Beslut HLR eller ej HLR		
Aktuella läkemedelslistor		
Palliativt register (fylls i av Ssk i samråd med Usk)		
Meddela planerare om avslut		
Efterlevandestöd och samtal. (I samband med dödsfallet eller efter en tid därefter ska ett efterlevandesamtal erbjudas.)		
Debriefing/ avslutningssamtal för personal (viktigt att fånga ffa ny personal och ifall dödsfallet varit dramatiskt)		
Utvärdering, vad var bra, vad kan bli bättre. EC protokollför och tar upp på lämpligt sätt vb. Delge MAS om intressant för större spridning. Utförs i samband med vaks slut eller så snart som möjligt.		
Pärm töms av USK och innehåll lämnas till SSK som journalför det Ssk bedömer relevant, därefter förstörs samtliga dokument. Pärmen återställs sedan genom att nya dokument skrivs ut från ledningssidan och sätts in i pärmen. Pärmen ställs sedan tillbaka på av verksamheten angiven plats.		

Checklista för Hygien (Kontrolleras dagligen) dokumenteras enligt rutin i SoL.
Signera i rutan.

(Beakta att ställningstagande för åtgärder bör vara kopplat till situation och var i faser den enskilde befinner sig. Åtgärder nedan kan vara mer av ondo än godo och bedömning görs från fall till fall och från dag till dag.)

Hygien Dagligen	Datum:		Datum:		Datum:	
	Kontroll	Åtgärdat	Kontroll	Åtgärdat	Kontroll	Åtgärdat
Munvård, tänder, protesvård						
Rakning						
Kläder						
Nagelvård						
Hårvård, tvätt eller torrschampoo						
Hud, kontroll hudkostym						
Katetervård, Drän						
Annat						

Schema för vändning och munvård

Sängen ska vara bäddad med glid och draglakan för skonsam hantering.

(Beakta att ställningstagande för åtgärder bör vara kopplat till situation och var i fasen den enskilde befinner sig. Åtgärder nedan kan vara mer av ondo än godo och bedömning görs från fall till fall och från dag till dag.)

Datum	Tid	Hö	Vä	Rygg	Munvård	Signatur



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

Observera personen och bedöm graden av påverkan med skalan 0 till 3 i punkt 1 till 6 nedan!

Namn på personen _____ Pnr _____

Bedömarens namn _____ Datum o Tid _____

Senast givna smärtlindring _____ Datum o Tid _____

1. **Röstuttryck/ljud** – t ex gnyr, jämtrar 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, tryckskador, kontrakturer 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

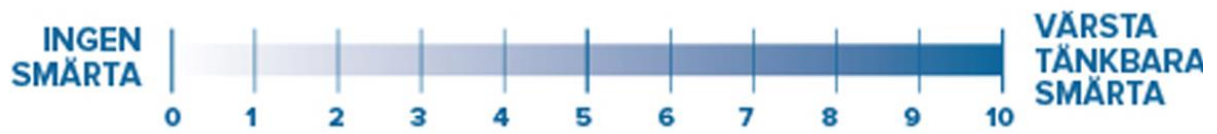
Översatt till svenska 2011-07-25 från Jennifer Abbey, Neil Piller, AnitaDe Bellis, Adrian Esterman, Deborah Parker, Lynne; Giles and Belinda Lowcay (2004) The Abbey pain scale: a 1minute numerical indicator for people with end-stage dementia, *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 10, No 1pp 6-13.
 Svenska Palliativregistret, www.palliativ.se, info@palliativ.se, 0480-41 80 40, Södra Långgatan 2, 392 32 Kalmar



VAS



NRS



Begrepp och termer i palliativ vård

Kommunikationen inom hälso- och sjukvården sker till stor del via språket, både muntligen och skriftligen. Därför är det viktigt att informationen förstås på samma sätt av alla i vården berörda. Väldefinierade begrepp kan då underlätta kommunikationen och samverkan mellan vårdgivare. Nedan förklaras en del begrepp närmre.

- Palliativ vård

Syftet med palliativ vård inom hälso- och sjukvård är att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja personen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. Inom den palliativa vården ses döendet som en normal process och syftar till att hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet vid livets slut och varken påskynda eller skjuta upp döden.

- Palliativ vård i livets slutskede

Vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet. Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en åskådlig framtid och det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Brytpunktssamtal genomförs vid övergången till palliativ vård i livets slutskede, d.v.s. sen palliativ fas.

- Allmän palliativ vård

Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Vården bedrivs dygnet runt. Kommunen ansvarar för palliativ vård i ordinärt boende eller i särskilt boende upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarestöd ska utgå från primärvården.

- Specialiserad palliativ vård

Palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov. Vården ska utföras dygnet runt av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård kan ges till patienten inom en specialiserad palliativ verksamhet, eller inom en verksamhet som bedriver allmän palliativ vård med stöd från ett palliativt konsultteam.

- Palliativ insats

Syftet med insatsen är att lindra symtom och främja livskvalitet vid fortskridande, obotlig sjukdom eller skada.

- Brytpunktssamtal

Palliativ vård i livets slutskede är den vård som ges efter den brytpunkt där målet inte längre är livsförlängande eller livräddande utan där vården är inriktad på livskvalitet och symtomlindring.

Enligt Socialstyrelsens termbank definieras brytpunktssamtal till palliativ vård i livets slutskede som samtal mellan ansvarig läkare och patient om ställningstagande att övergå till

palliativ vård i livets slutskede. Innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Vid flera sjukdomstillstånd, inte bara cancersjukdomar, kan den palliativa fasen vara lång och flera brytpunkter uppstår under ett framåtskridande sjukdomsförlopp.

Hur lång tid en människa har kvar och leva är alltid svårt att exakt förutsäga. Istället får vi tänka i termer ”att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid”. För att skapa möjlighet för patienten och de närstående att förbereda sig är det en viktig betydelse att få insikt i att livet lider mot sitt slut. De som har en insikt i sin situation har mycket större möjligheter att planera för och ta vara på den sista tiden i livet.

För hälso- och sjukvården är det i vissa situationer möjligt att erbjuda en person med ett obotligt sjukdomstillstånd med kort överlevnad olika behandlingar med olika syften. Oavsett vilken typ av behandling patienten väljer kommer den att vara symtomlindrande och inriktad på livskvalitet – inte botande.

I Hälso- och sjukvårdslagens § 2b, som även gäller i livets slutskede, framgår att patienten ska ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och den vård och behandling som finns. För att detta lagstadgade krav ska kunna uppfyllas, är aktiv läkarmedverkan en odiskutabel förutsättning. När en patient har förlorat sin förmåga att tillgodogöra sig information är det lagens mening att informationen istället ska lämnas till en närstående.

Ett brytpunktssamtal bör ledas av behandlingsansvarig läkare, som informerar att patienten befinner sig i livets slutskede, att patienten inte gagnas av livsförlängande terapier och att den fortsatta vården inriktas på livskvalitet och symtomlindring. Vidare är det viktigt att patienten och närstående kan uttrycka sina farhågor, önskemål och behov inför livets sista tid.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska bör gärna närvara vid samtalet för att säkerställa kontinuiteten.

Brytpunktssamtalet ska dokumenteras i patientjournalen, av både läkare och sjuksköterska.

- Vak

Vak sätts in i livets slutskede och innebär att någon är hos brukaren/ patienten hela tiden och syftar till att brukaren/patienten ska känna trygghet i det palliativa skedet.

Innehållsförteckning Pärm för vak

(skall se exakt lika ut överallt och finnas ett antal klara att tas i bruk vid behov som efter användande returneras till EC som rensar och iordningsställer ny pärm)

Flik	Innehåll
0	Beslut om HLR eller ej HLR
1	Epikris
2	Rutin Allmän Palliativ vård och vak i sent skede, Att tänka på vid varje start av pass. Sid. 1-5.
3	Planeringsunderlag och VILS
4	Checklista generell allmän palliativ vård sent skede
5	Checklista för återkommande symtomskattning
6	Checklista för Hygien
7	Schema för vändning och munvård
8	Telefonlista samt Bemanningslista
9	Abbey Pain Scale
10	VAS/ NRS
11	Begrepp och termer i palliativ vård
12	Pärms ordning (denna sida)