



# Riktlinjer för palliativ vård och vård i livets slutskede

<b>Dokumenttyp</b> Riktlinjer	<b>Fastställd av</b> Vård och omsorgsnämnden	<b>Beslutsdatum</b> 2019-12-18	<b>Reviderat</b> 2019-12-09
<b>Dokumentansvarig</b> MAS Ingela Mindemark		<b>Förvaring</b> G/Castor	<b>Dnr</b> VON.2019.77
<b>Dokumentinformation</b> Ersätter riktlinjer daterade 2017-12-19 VON 2017.64			



### Definition av palliativ vård enligt WHO

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande (icke-botbar) sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidandet genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existensiella problem. Palliativ vård kan även ges tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med livsförlängande behandling, såsom cytostatika och strålbehandling.

Enligt Socialstyrelsens termbank:

Palliativ vård: Hälsa- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existensiella behov samt stöd till närstående.

Palliativ vård i livets slutskede: Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

### Palliativ vård innebär bland annat att

- Lindra smärta och andra plågsamma symtom
- Bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process
- Inte syfta till att påskynda eller fördröja döden
- Tillämpa ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienten att leva så aktivt som möjligt fram till döden
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patienten sjukdom och efter dödsfallet
- Omfatta även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer

Den palliativa vården kan sammanfattas i fyra ledord:

- Närhet
- Helhet
- Kunskap
- Empati

**Målet med den palliativa vården** är framför allt att hjälpa patienten att uppnå **bästa möjliga livskvalitet** genom att lindra symtom och ge existensiellt stöd. För att nå målet behöver man "ligga steget före" genom att planera för situationer och symtom som kan uppstå och behöver åtgärdas akut.

Vid palliativ vård ska en plan för vården finnas samt nödvändiga ordinationer.

I planen ska en medicinsk vårdplanering ingå med:

- planerade åtgärder vid försämring av grundsjukdomen,
- brytpunktssamtal med patient och/eller närstående,

- Patientens egna önskemål tas upp om hen önskar vårdas på sjukhus vid försämring
- om livsuppehållande åtgärder ska sättas in eller inte,
- om och när läkare ska kontaktas,
- ordinationer av läkemedel vid behov mot smärta, ångest, illamående, rosslighet, andnöd och andra symtom som kan bli aktuella. Läkemedlen behöver inte vara i injektionsform.

Plan skapas i Treserva under Planering, frastexter finns. Viktig information ska finnas under Observera.

### **Livsuppehållande åtgärder**

Vid palliativ vård i livets slutskede är direkt livsuppehållande åtgärder inte längre aktuella, t ex hjärt-lungräddning. Beslut om "Ej HLR"(HjärtLungRäddning) ska grundas på en medicinsk bedömning och fattas av leg läkare som ansvarar för vården av patienten. Beslutet om "Ej HLR" ska vara dokumenterat så att all personal som vårdar patienten har omedelbar tillgång till informationen. Samma sak gäller i de fall patienten själv har framfört att hjärt-lungräddning inte ska genomföras.

### **Vård i livets slutskede**

Det är svårt att exakt förutsäga hur lång tid en svårt sjuk människa har kvar att leva. Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid.

Det är ibland svårt att avgöra när en sjukdom som inte går att bota t ex diabetes, demens, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtsvikt eller s.k. multisjuka (personer som har flera sjukdomar), går över till palliativ vård i livets slutskede. Det är av yttersta vikt att läkaren i samråd med andra yrkesgrupper försöker bedöma när detta skede av sjukdomen inträder. Svårt sjuka och närstående som har insikt om situationen har mycket större möjligheter att planera för och ta vara på den sista tiden i livet.

### **Kvalitetskriterier vid vård i livets slutskede:**

#### **Jag ...**

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

För att vård i livets slutskede (VILS) ska starta ska följande vara uppfyllt:

- Patienten skall vara informerad om diagnos och prognos i de fall detta är möjligt = brytpunktssamtal som är läkares ansvar. Ska dokumenteras i respektive patientjournal.
- Närstående skall vara informerade om diagnos och prognos (tänk på att informera om möjligheten till närståendepenning, [www.forsakringskas-san.se](http://www.forsakringskas-san.se)), brytpunktssamtal som är läkares ansvar. Ska dokumenteras i respektive patientjournal.

Senast i samband med brytpunktssamtalet bör vårdteamet även:

- Fråga var patienten/vårdtagaren vill vårdas.
- Informera om patientens/vårdtagarens rätt att tacka nej till föreslagna vårdåtgärder.
- Etablera tydliga kontaktvägar; t ex vilka närstående som ska kontaktas vid försämring och/eller ökat hjälpbehov och deras aktuella telefonnummer (dokumentera också om och hur närstående vill bli kontaktade nattetid), men också hur de närstående ska komma i kontakt med vårdpersonalen.
- Informera närstående om möjlighet till samtalsstöd t ex personal på enheten, kurator på vårdcentral eller kommunens anhörigstöd och delta-gande i omvårdnaden av patienten.
- Revidera läkemedelslistan och ordinera vidbehovsläkemedel i injektionsform. Doser och preparat enligt REK-listan i Sörmland och Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede, reviderat 2016. Läkares ansvar.
- Avsluta omvårdnadsåtgärder, medicinska undersökningar och provtagningar som inte längre gagnar patienten.
- Initiera rutin för bedömning av symtom, munhälsa och risk för trycksår.
- Lämna broschyr "Livets sista tid" till närstående, sjuksköterskas ansvar. Fler ex finns hos MAS.

Dokumenteras i patientjournalen under Vård i livets slut och Observera. Plan för Vård i livets slut (VILS) skapas. I denna plan dokumenteras sedan alla händelser och åtgärder. Övriga inaktuella planer avslutas.

I ett vårdteam ingår all personal som vårdar patienten såsom läkare, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, kontaktpersonal och paramedicinare. Även närstående och den sjuka skall i möjligaste mån delta i planeringen av vården, i dokumentationen skall det klart och tydlig framgå för all berörd personal vad som gäller i olika situationer.

I Oxelösunds kommun ska ingen som inte så önskar behöva dö i ensamhet. I första hand bör närstående (med stöd av vårdteamet) sitta hos den döende. Behov av vak bedöms av tjänstgörande sjuksköterska, som informerar omvårdnadspersonal. Enhetschef informeras av omvårdnadspersonal (kan ske i efterhand om behov uppstår på annan tid än dagtid måndag - fredag). Gällande rutiner för bemanning ska tillämpas.

Kriterier som ska vara uppfyllda för att vak ska sättas in:

- Beslut av läkare om vård i livets slutskede finns
- Döden beräknas vara nära förestående
- Personen har inte uttryckt önskan om att vara ensam
- Närstående är tillfrågade och kan inte sitta vak

Behov av vak utvärderas dagligen och dokumenteras i plan. Om behovet upphör kan vak avslutas. Ibland kan täta tillsyner vara tillräckligt innan vak sätts in. Intervall för tillsyn ska vara ordinerade och dokumenterade i plan.

## **Vårdåtgärder i livets slutskede**

### **Välbefinnande**

Att främja välbefinnande och att ge en god symtomlindring är de absolut viktigaste uppgifterna för vårdpersonal vid vård av svårt sjuka och döende människor. För att säkerställa bästa möjliga omvårdnad i livets slutskede krävs närhet och närvaro. Närstående behöver också ses och stöttas.

### **Hudvård och trycksår**

Målsättningen är att den svårt sjuke ska ligga bekvämt i en ren säng. Vänd ofta på kuddar och använd gärna stillsam beröring. Att smörja händer och fötter, ge lugn och mjuk massage kan också minska oro och öka välbefinnandet. Lägesändringar i relation till symtom och för att förebygga trycksår är viktiga, men under livets sista timmar och om personen ligger lugnt och behagligt undviker man ofta vändschema. Små lägesförändringar och tryckavlastande madrasser/öronkudde kan användas i tryckförebyggande syfte.

### **Munhälsa**

Att vara fräsch i munnen är mycket viktigt för livskvalitet och välbefinnande. Munhälsan ska bedömas regelbundet hos personer som vårdas i livets slut. Identifierade brister och risker ska åtgärdas och följas upp. Att fukta munnen regelbundet är ett sätt att motverka den muntorrhet som är vanlig vid vård i livets slutskede.

### **Elimination – urin och avföring**

Problem med inkontinens och/eller svårigheter att tömma blåsan är vanligt de sista dagarna i livet. Urinretention, det vill säga svårigheter att tömma blåsan kan orsakas av förstoppning, som bör åtgärdas först. Vid oro och förvirring bör urinretention uteslutas som orsak. Kan undersökas med bladderscanner. Om blåsan är full kan det bli nödvändigt att tömma den med hjälp av en kateter. Det är inte alltid nödvändigt att låta katetern sitta kvar. Det handlar om att hålla personen ren, torr och luktfri så att den sjuke kan känna värdighet och högsta möjliga välbefinnande.

### Vätska och näring

Döende människor slutar att äta och dricka, vilket är ett naturligt steg i döende-processen. Kroppens organ sviktar successivt, behovet av näring och vätska avtar och hungerkänslan försvagas. Grundprincipen vid palliativ vård i livets slutskede är att droppbehandling med vätska eller näring inte gagnar den döende och ska därför avbrytas eller inte inledas i detta skede. Vad gäller intag via munnen får patienten själv välja den mat hon/han bäst tycker om. Även om patienten inte äter lagad mat kan man inte avsluta metabonnemanget, ofta går det bra med t ex kräm eller filmjök. Till slut vill patienten inte äta alls utan bara dricka och ibland räcker det med endast god munvård.

### Vårdmiljö

Att skapa en estetisk, trygg och behaglig miljö för den döende och de närstående är också viktiga vårdåtgärder i livets slut.

Var uppmärksam på att rummet där den döende vårdas, så långt detta är möjligt, har en inbjudande atmosfär och ger utrymme för närstående genom att:

- det är rent och bekvämt i sängen
- de närstående kan sitta eller ligga bekvämt
- sjukvårdsmaterial och disk är bortplockat
- ljud, ljus och doft upplevs behagligt (till exempel om radio/TV är på eller inte, om dörr eller fönster ska vara öppna eller stängda, om det finns något vackert att vila ögonen på, att använda favoritparfym och att papperskorgar är tömda).

### Symtomlindring

Att ge en god symtomlindring är en av de absolut viktigaste uppgifterna för vårdpersonalen vid vård av svårt sjuka och döende människor. För att upptäcka eventuella symtom är det av största vikt att ha rutiner för hur patienterna ska tillfrågas om vad som besvärar dem, och i hur hög grad. Bedömningsinstrument som kan användas är VAS, NRS eller ESAS (Patienter med nedsatt kognitiv förmåga bör bedömas med hjälp av observationsinstrument t ex Abbey Pain Scale.

### Subcutan infart

Används för att patienten ska slippa upprepade subcutana stick. Vid livets slut försämras perifer blodcirkulation och då bör av det skälet infarten placeras så centralt på kroppen som möjligt. Undvik lår, svullna/ödematösa och spända vävnader då läkemedelsupptaget är sämre där. Infarten placeras på bröst eller överarm, bestäm i dialog med patienten vad som föredras, om det är möjligt. Placering på buken, runt naveln, kan vara ett alternativ beroende på situation.

Indikation, typ av infart, infartens storlek och placering dokumenteras i journalen samt eventuella tecken på komplikationer och vidtagna åtgärder.

## Symtomlindring

### Lindring vid andnöd

Andnöd är en subjektiv upplevelse, där det bara är patienten som vet hur det känns just nu. Andnöden kan uppkomma som en följd av fysiska aktiviteter, men också som en reaktion på känslomässiga upplevelser. I livets slutskede kan andnöd i vila orsaka försämrad livskvalitet.

**Omvårdnadsåtgärder:** Lägesändring kan lindra, prova att resa upp huvudändan lite eller vända. Stötta med kuddar under armar och i svanken. Lätta på åtsittande kläder eller öppna fönster. Man kan också låta en svag luftström från en fläkt blåsa mot ansiktet, Det är viktigt att förmedla trygghet och lugn genom samtal och personlig närvaro.

**Läkemedelsbehandling:** För att lindra andnöd ges opioid, Morfin är förstahandsval.

### Lindring av rosslande andning

Mot slutet av livet när krafterna avtar alltmer, när den svårt sjuke inte är i stånd att svälja, hosta upp slem och inte själv kan vända sig, kan en rosslande andning förekomma – ett symptom som inte plågar patienten, men kan upplevas som obehaglig för närstående.

**Omvårdnadsåtgärder:** Lägesändring i sängen inklusive en kortare stunds framstupa sidoläge och varsam munvård där munnen torkas ren från slem och munslimhinnan fuktas, kan lindra.

**Läkemedelsbehandling:** Behandling av rosslande andning kan vara farmakologisk (Robinul, risk för torra slemhinnor i mun och ögon samt urinretention).

### Lindring vid förvirring

En förvirrad patient är oförmögen att fatta beslut kring viktiga aspekter på det återstående livet och på vård och behandling. Förvirringen gör också att det blir svårt att kommunicera. Det finns olika typer av förvirring (delirium): Hyperaktiv (beteendestörningar, hallucinationer, vanföreställningar, rastlös, motorisk oro), hypoaktiv (svårt att bibehålla uppmärksamhet, förefaller deprimerad, tyst och svarar dåligt, långsam eller stilla, tillbakadragen, trött och slö) eller en blandning av båda.

Delirium i livets slutskede kan ge upprördhet och motorisk oro, stönande och ljud som saknar mening.

**Omvårdnadsåtgärder:** Mänsklig närvaro, lugnt samtal och försiktig beröring är viktiga omvårdnadsåtgärder för att lindra förvirringen. Vårdmiljön bör präglas av så få stimuli som möjligt och man bör sträva efter att upprätthålla en regelbunden dygnsrytm för patienten.

**Läkemedelsbehandling:** Haldol är förstahandsval om läkemedelsbehandling behöver tillgripas. Vid hyperaktiv eller blandad typ kan Midazolam behövas som ett komplement. Vid motorisk oro i livets slutskede kan urinretention vara en behandlingsbar anledning.

### Lindring av illamående

Illamående vid långt framskriden sjukdom och hos patienter i livets slutskede kräver ofta läkemedelsbehandling.

**Omvårdnadsåtgärder:** Undvikande av starka dofter och hastiga lägesförändringar är också viktiga.

**Läkemedelsbehandling:** Vid ospecifikt illamående av oklart ursprung är Haldol ett alternativ.

### Lindring av smärta

God smärtlindring i livets slutskede kräver att man uppmärksammar såväl de fysiska lidandet som den psykiska smärtan, social problematik och separation samt andliga och existentiella dimensioner av lidandet.

Validerade smärtskattningsinstrument hjälper till att upptäcka om en patient har smärta oavsett orsak eller underliggande sjukdom. Den visuella analoga skalan (VAS) är mest känd, men ofta används en motsvarande elvgradig NRS-skala från 0 till 10 (Numeric Rating Scale). ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) är ett instrument för skattning av flera symtom från inga symtom till värsta tänkbara. För kognitivt sviktande patienter kan Abbey Pain Scale användas.

Det är viktigt att svårt sjuka patienter vet att smärta kan lindras, men det går aldrig att lova att all smärta ska försvinna. Behandlingen kan också bli till priset av biverkningar såsom sänkt vakenhet eller nedsatt kognitiv förmåga.

En noggrann smärtanalys bör alltid göras.

**Omvårdnadsåtgärder:** Lägesändring, fysioterapeutiska och psykologiska åtgärder.

**Läkemedelsbehandling:** Morfin är förstahandsalternativ bland mer potenta opioider, utom vid nedsatt njurfunktion. Opioider har ingen maxdos utan doseringen styrs av den smärtstillande effekten och biverkningarna. Behovet av extrados styr eventuell ökning av underhållsdos. Vid behovsdos bör vara 1/6 till 1/10 av den totala dygnsdosen. Om mängden Morfin att injicera blir mycket hög och plågsam för patienten kan mer potent opioid ordinerars.

Vanliga biverkningar vid opioidbehandling är: Andningsdepression (inte så vanligt om patienten stått på opioid ett tag), förstoppning är närmast ofrånkomligt, men kan förbyggas, illamående kan förebyggas, trötthet är vanlig i behandlingens inledning, kognitiv dysfunktion – större risk vid behandling av äldre och svårt sjuka.

### Lindring av ångest

Vanliga symtom vid ångest är rädsla, oro, spändhet och nedstämdhet. Gråttackar är vanliga, liksom ältande tankar och grubblerier. Fysiskt uppträder ofta hjärklappning och hyperventilering, motorisk rastlöshet och sömnstörningar.

Sömnsvårigheter kan vara ett tecken på att den sjuke har nattliga smärtor eller andra symtom som behöver behandlas på ett effektivare sätt. Många läkemedel kan ge ångest som biverkan såsom kortison, antikolinergika, nyinsatt antidepressiv mediciner, opioider och besosediazepiner. Abstinens kan också ge ångest. Under döendefasen är det vanligt med en period av oro. Oftast är detta förknippat med motorisk oro med svårighet att finna viloställningar. Den döende kan bli plockig, nyper och fingrar på sängkläderna eller vill klä av sig. Det är inte alltid lätt att förstå varför, men givetvis ska man utesluta behov av smärtlindring eller toalettbesök.

**Omvårdnadsåtgärder:** Den bästa behandlingen av en persons oro är att vårdpersonal ger den sjuke tid att prata om sin oro. Ett aktivt lyssnande kombinerat med raka, klara besked om situationen löser oftast många bekymmer. Lugnt samtal, musik och försiktig beröring är ofta de allra bästa omvårdnadsåtgärderna.



Närståendes röster är extra viktiga eftersom det välkända ofta ger trygghet. Taktill massage kan prövas.

**Läkemedelsbehandling:** Om läkemedelsbehandling behövs kan man i första hand prova med Zopiklon till natten. Om oron stegras eller övergår i ångest bör läkemedel mot ångest ordinerar dagtid. Oxazepam är förstahandspreparat. Även Midazolam kan användas.

### **Att vara döende innebär att kroppens livsfunktioner sakta avstannar** FYSISKA SYMTOM I LIVETS ABSOLUTA SLUTSKEDE

- Kan inte äta eller dricka, sväljreflexen upphör
- Sover mest
- Orkar inte med stöd gå/åka till toaletten. Orkar inte heller sitta uppe.
- Orkar inte prata, "hummar" istället eller säger ingenting. Svårt att väcka och få respons på tilltal.
- Behöver hjälp med hygien och förflyttningar i sängen. OBS Om den döende har mycket ont i kroppen, ge smärtlindrande en halvtimme innan förflyttning eller omvårdnad.
- Händer och fötter är kalla och ofta blåfärgade (dålig syresättning av huden). Det kan endast röra sig om dagar i livet. Trots att huden är kall upplever sig den döende sig varm och överhettad (temperaturcentrum i förlängda märgen fungerar inte, det mesta av blodet finns i vitala organ centralt i kroppen). Lägg inte på filter, personen blir ofta orolig av detta. Informera närstående varför detta inte görs. Missförstånd kan annars uppstå. Temperaturtagning är inte att rekommendera.
- Njurarna upphör med urinproduktionen. Tänk på att känna på magen så att inte urin står kvar i blåsan, kan behöva tappas eller KAD sättas om ingen spontanurin finns. Den döende kan vara orolig på grund av kvarstående urin i blåsan.
- Oftast kommer det ingen avföring det sista dygnet.
- Hostreflexen upphör och andningen blir rosslig eftersom den döende inte kan hosta upp. När döden närmar sig kan andningsmönstret ändra sig. Cheyne-Stoke-andning är vanligt i slutet av livet. Att kippa efter andan och uppehåll av andningen beror på minskad syretillförsel till inre organ. Många närstående har minnen av personens slem som for upp och ner i halsen flera år efteråt.
- Blodtrycket sjunker och pulsen blir svagare.
- Sugreflexen upphör
- Alla muskler slappnar av och ansiktsmimiken ser rofylld ut, ibland med ett leende på läpparna
- Hörseln är kvar till sista andetaget. Informera närstående om hur väl den döende hör. Hornhinnereflexen är den sista reflex som lämnar kroppen.

Att vaka hos en döende: se Rutiner för att sitta vak

### **Närståendestöd**

Tänk på att närstående kan vara vem som helst i den sjukes nätverk, det behöver inte alltid vara en ur familjen eller släkten. Närstående kan ha olika behov av stöd som dessutom kan variera under den sjukes vårdtid. Stödet innefattar både emotionellt stöd i form av samtal och att de närstående är informerade om vad som händer samt information om vårdalternativ, närståendepenning och annat praktiskt stöd som kan behövas under patientens sjukdomstid. Barn har också rätt till anpassad information liksom ärliga svar på sina frågor. Det bästa stöd man kan ge närstående är att de vet att deras anhörig får en god vård. Fråga de närstående hur de mår och vilket stöd de behöver. Se de närstående genom att hälsa och berätta om vad som ska göras med den sjuke. Erbjud närstående att delta i vården. Fråga efter de närståendes kunskaper om hur den sjuke vill ha det.

Anhörigstöd finns i kommunen:

<http://www.oxelosund.se/omsorg-och-hjalp/anhorigstod/>

### **Efterlevandesamtal**

Det är ett tillfälle att få ge synpunkter och avsluta relationen till personalen. Efterlevandesamtalen bör erbjudas några veckor till någon eller några månader efter dödsfallet.

### **Efter dödsfallet.**

När döden väl har inträffat är det inte bråttom. De närstående kan sitta en stund tillsammans med den döde och eventuellt med en personal om man inte önskar vara ensam.

Överlämna gärna broschyren "Vad gör jag nu?" till närstående. Fler ex finns hos MAS.

Se "Att tänka på vid dödsfall i särskilt boende".

På varje säbo-enhet ska det finnas en låda med stearinljus, värmeljus, tändstickor, ljusstake, ljuslykta, vas, diktbok, psalmbok eller annan religiös symbol, fina duk. Man kan även lägga dit andra passande saker som vackra stenar, båt, fina vykort m m.

Omhändertagande av den döda kroppen: Se Rutiner för åtgärder vid dödsfall.

Om den avlidne har pacemaker eller annat explosivt implantat informeras ansvarig läkare snarast. Läkare ansvarar för borttagandet av ev implantat.

Information till närstående om bortförande av den döda kroppen: Tjänstgörande sjuksköterska på särskilt boende kontaktar begravningsbyrå enligt Rutiner för bårbilshämtning. Kostnaden debiteras dödsboet av begravningsbyrå (enligt SKL Cirkulär 1994:227 Kommuners ansvar för avlidna).

Vid dödsfall i ordinärt boende ansvarar regionen för transport och kostnaden debiteras dödsboet.

Sjuksköterska ansvarar för att erbjuda närstående efterlevandesamtal. Närstående skall ges möjlighet att önska vem de vill samtala med. Dokumenteras i patientjournalen att erbjudandet framförts.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att dödsfallet blir registrerat i Svenska palliativregistret, dokumenteras i patientjournalen.

Mer att läsa:

Palliativ vård i livets slutskede Nationellt vårdprogram dec 2016

<http://media.palliativ.se/2017/01/Vårdprogram.pdf>

Svenska palliativregistret: Kunskapsstöd för vårdpersonal

<http://palliativregistret.se/forbattringsarbete/kunskapsstod-nytt/>

Socialstyrelsens "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning" 2013

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/palliativ-varld/>

Vårdhandboken, avsnittet om Vård i livets slutskede och dödsfall

<http://www.varldhandboken.se/Texter/Vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/Over-sikt/>

Palliativa rådet i Sörmland

<https://www.fou.sormland.se/rad/palliativa-radet/>