



Dokumentnamn Direktiv Omhändertagande vid livets slut och av avlidna Patienter med hemsjukvård i ordinärt boende samt patienter anslutna till PAH, primärvårdsansluten hem-sjukvård			Sida 1 (10)
Framtagen av MAS	Godkänd av	Upprättad 2012-08-21 Reviderad 2013 2014 2015 2016 2018 2021 2022	Revideras 2025

DIREKTIV

Omhändertagande vid livets slut och av avlidna. Patienter med hemsjukvård i ordinärt boende samt pati- enter anslutna till PAH, primärvårdsansluten hemsjukvård

1 Syfte

Syftet med detta dokument är att skapa enhetliga rutiner för vården i livets slutskede och omhän-
dertagandet av avlidna i ordinärt boende. Direktivet gäller för patienter som har hemsjukvård i
ordinärt boende samt patienter anslutna till PAH, primärvårdansluten hemsjukvård.

2 Mål

Vården ska utgå från Nationellt vårdprogram för palliativ vård och från Nationellt kunskapsstöd
för god palliativ vård. Vården i livets slutskede ska genomsyras av ett palliativt förhållningssätt
med en helhetssyn på människan. Målet för vården är att göra det möjligt för människor att leva me-
ningsfullt tills de dör var de än vårdas. Vård och behandling ska genomföras på ett sådant sätt att
hög kvalitet erhålls och att trygghet skapas.

Teamsamverkan i syftet att optimera omvårdnad, vård och behandling ska vara en ledstjärna i
vård i livets slutskede.

Att tillgodose patientens och närståendes behov av information och samtal är en viktig del av
vården och en förutsättning för att skapa delaktighet.

När patienten avlidit ska uppgiften fullgöras med respekt för den avlidne och de efterlevande ska
visas hänsyn och omtanke.

3 Ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det ett hälso- och sjukvårdsansvar att ta hand om avlidna.
Att ansvaret för omhändertagandet av avlidna har bestämts tillhöra hälso- och sjukvården inne-
bär inte någon inskränkning av det ansvar som socialtjänsten, polisen, räddningstjänsten eller
begravningsväsendet har.

Den avlidne ska tas om hand på ett värdigt, professionellt och respektfullt sätt.

Ett etiskt förhållningssätt är en förutsättning vid omhändertagandet. Alla berörda (närstående,
vårdpersonal, begravningsentreprenör etc) ska känna sig trygga i att den avlidne respekteras,
omhändertas och förflyttas på ett säkert och vördnadsfullt sätt.



Att fastställa att döden har inträtt samt att utfärda dödsbeviset och intyget om dödsorsaken är uppgifter som endast får utföras av läkare.

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att vården i livets slutskede planeras i nära samarbete med läkare, patient och närstående.

Läkaren ansvarar för att brytpunktsbedömning och brytpunktssamtal genomförs med beslut om vårdnivå. Vårdplan ska upprättas när läkaren har bedömt (brytpunktsbedömning) att vården ändrat inriktning och patientens önskemål om fortsatt vård och behandling tillsammans med läkares ställningstagande kommuniceras och dokumenteras om vård i livets slutskede.

Leg personal upprättar vårdplaner för omvårdnad, vård och behandling.

4 Kriterier för bestämmande av människans död

Enligt 1§ lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död är en människa död när samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort i alla hjärnans delar, dvs total hjärninfarkt.

Åtgärder som vidtas i samband med fastställande av ett dödsfall ska dokumenteras i patientjournalen

Vid den kliniska undersökningen ska samtliga indirekta kriterier vara uppfyllda:

1. ingen palpabel puls,
2. inga hörbara hjärtljud vid auskultation,
3. ingen spontanandning, och
4. ljusstela, oftast vida, pupiller.

Vid den kliniska undersökningen av en människa med konstaterad eller misstänkt förgiftning ska observationstiden efter avslutad livsuppehållande behandling vara minst 20 minuter och kompletteras med EKG-registrering under observationstiden för att dödsfallet ska kunna fastställas. Det medför att läkare alltid ska kontaktas omedelbart vid misstänkt eller konstaterad förgiftning för ställningstagande till kompletterande undersökningar och beslut om när observationstiden ska avslutas.

5 Information

Sammanhållen journalföring

Brytpunktssamtal, planerade insatser och fortsatt uppföljning är synlig i sammanhållen journalföring.

Rapportering till läkare vid dödsfall

Leg sjuksköterska ska efter genomförd bedömning av den avlidne, när det finns ett dokumenterat brytpunktssamtal och det är ett förväntat dödsfall, omgående meddela den läkare på vårdcentralen i Valdemarsvik som ska konstatera dödsfallet och utfärda dödsbevis. Utanför vårdcentralens öppettider kontaktas primärvårdsläkarsjousen.

Om brytpunktsbedömning genomförts av annan vårdcentral eller vårdgivare ska denna läkare kontaktas.

Vid oväntat dödsfall kontaktas alltid läkare omgående dygnet runt.



6 Förväntat dödsfall Brytpunktsbedömning

Dokument "Vård i livets slutskede brytpunktsbedömning läkare".

Vid förväntat dödsfall kan läkare fastställa att döden har inträtt utan att själv se den döde. En förutsättning är att läkaren kan basera fastställandet på en undersökning som gjorts av sjuksköterska utifrån de indirekta kriterierna.

En brytpunktsbedömning av läkare måste vara utförd och finnas dokumenterad i cosmic och i kommunens journal.

I samband med brytpunktsbedömningen kan läkare besluta att sjuksköterska i kommunen kan bistå denne med att notera det förväntade dödsfallet. Detta dokumenteras av läkaren i cosmic. Det ska även fastställas vem som kontaktar närstående och när.

Uppgiften ska vara journalförd i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

Den yttre undersökningen kan överlåtas till sjuksköterska om läkaren undersökt den döde kort tid före dödsfallet.

Vid förväntat dödsfall ska läkaren efter genomförd brytpunktsbedömningen dokumentera i cosmic.

Dokumentationen ger läkaren möjlighet att inhämta sjuksköterskans observationer kring indirekta kriterier och yttre undersökning och behöver då inte personligen inhämta uppgifterna.

- Dokumentet "Vård i livets slutskede brytpunktsbedömning läkare" ur cosmic ger läkaren möjlighet att inhämta sjuksköterskans observationer kring indirekta kriterier och yttre undersökning och behöver då inte personligen inhämta uppgifterna.
- Dokumentet " Vård i livets slutskede brytpunktsbedömning läkare " ska förvaras i patientens röda pärm på boendet. Läkaren drar ut dokumentet ur cosmic och överlämnar till kommunsjuksköterska om inte sjuksköterskan kan dra ut dokumentet. Den medicinska vårdplanen och ordinationen av palliativa läkemedel ska också förvaras i patientens röda pärm, flik 5. Sjuksköterskan ska dokumentera i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen vilket datum dokumentet är utfärdat, av vilken läkare, och giltighetstid.

Lokal rutin för vc i Valdemarsvik och Valdemarsviks kommun för patienter som har brytpunktsbedömning skriven av läkare på vc i Valdemarsvik

Beslutad av MLA vc Valdemarsvik och godkänd av MAS 2022 03 29

- Vid ett förväntat dödsfall dokumenterar sjuksköterskan sina observationer kring indirekta kriterier och den yttre undersökningen i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen under sökordet "avliden".



- Dokumentation i patientjournalen under sökordet "avliden" skrivs därefter ut och undertecknas av sjuksköterska och lämnas hand i hand till sekreterare eller läkare på vc i Valdemarsvik närmast följande vardagsmorgon.
- Läkaren ska meddelas muntligt av sjuksköterska i anslutning till dödsfallet.
- Att läkarkontakten är tagen med vårdcentralen ska dokumenteras i patientjournalen.

Läkare konstaterar dödsfallet och utfärdar dödsbevis.

Innan läkaren kan utfärda ett dödsbevis ska läkaren göra en noggrann yttre undersökning av den döda kroppen om det inte är uppenbart att en rättsmedicinsk undersökning ska göras.

Ett eventuellt godmansuppdrag avslutas i och med dödsfallet. Om anhöriga saknas när en person avlider ska enhetschef snarast kontakta boutredaren. Denne övertar då ansvaret och efterforskar om det finns närstående.

Sjuksköterska kontaktar den begravningsentreprenör som kommunen har avtal med för transport av den avlidne till bårn, se lokal rutin.

Läkarinformation och dokumentation brytpunktssamtal

Normalt är leg sjuksköterska involverad i processen kring brytpunktssamtalet och då krävs ingen ytterligare kontakt från läkare.

När kommunens leg sjuksköterska inte varit involverad i vårdplanen eller brytpunktssamtalet för en patient, men läkaren beslutat att leg sjuksköterska i kommunen kan bistå denne med att notera det förväntade dödsfallet, ska beslutet omkring patienten dokumenteras och rapporteras av läkaren till den kommunala hälso- och sjukvården.

Leg sjuksköterska ska dokumentera följande uppgifter i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen i vårdplanen för palliativ vård;

- vilket datum brytpunktssamtalet har genomförts,
- namnet på den läkare som tagit beslutet att kommunens leg sjuksköterska kan observera de indirekta kriterierna och genomföra den yttre undersökningen av den avlidne,
- namnet på den läkare som ska konstatera dödsfallet och utfärda dödsbevis.

Uppgifter om brytpunktsbedömning ska även finnas i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen under sökordet "Observera". Alla iakttagelser och information i samband med ett dödsfall ska dokumenteras enligt fastställt direktiv om dödsfall.

När brytpunktssamtalet genomförts av annan vårdgivare

Om brytpunktssamtalet genomförts inom slutna hälso- och sjukvård eller av annan vårdgivare ska informationen lämnas av sjuksköterska till patientansvarig läkare vid kommande konsultationstid. Patientansvarig läkare går, tillsammans med patienten, igenom brytpunktsbedömningen så att det är gällande för den aktuella vård och behandling inom det kommunala vårdgivaransvaret som patienten erhåller och dokumenterar brytpunktsbedömningen.



Patienter inskrivna i primärvårdsansluten hemsjukvård, PAH. Dokumentationen sker endast för dessa patienter i cosmic:

Dokumentation skrivs av sjuksköterska i cosmic och signeras.

Dessa patienter har alltid en dokumenterad brytpunktsbedömning från läkare. Signerad dokumentationstext skrivs ut när sjuksköterska observerat de indirekta kriterierna och genomfört den yttre kliniska undersökningen av den avlidne enligt kommunens direktiv. Lämnas i handen till sekreterare eller patientansvarig läkare närmast följande vardagsmorgon.

7 Vid oväntat dödsfall eller när dokumentation om brytpunktsbedömning saknas.

Se Region Östergötland "Beredskapsjourens uppdrag och hantering av dödsfall inom Primärvården i Region Östergötland" Mars 2022.

Oväntade dödsfall ska enligt regelverk undersökas och konstateras av läkare.

- Sjuksköterskan kontakter omedelbart beredskapsjouren för bedömning.
- Beredskapsjouren bör då åka ut och konstatera dödsfallet.
- Beredskapsjouren bedömer hur skyndsamt det behöver göras utifrån övriga uppdrag.
- Beredskapsjouren ansvarar för att dödsbevis utfärdas senast nästföljande vardag.
- Beredskapsjouren ansvarar för att kontakta aktuell VC/ansvarig läkare nästföljande vardag för utfärdande av dödsorsaksintyg inom 60 dagar.
- Beredskapsjouren kan vid oplanerade hembesök, oväntade dödsfall eller vid myndighetsutövande be sjuksköterska från hemsjukvården att medfölja till den aktuella platsen.
- Leg. sjuksköterska eller läkare ansvarar för att anhöriga/närstående underrättas om det inte gäller ett polisiärt ärende.

Dödsfall utanför sjukhus Se Region Östergötlands PM för Dödsfall utanför sjukhus, Dokumenta, nr 032 52

Sammanfattningsvis oväntade dödsfall utanför sjukhus

- Primärvården har ett uttalat ansvar för att vara nåbar för polismyndigheten dygnet runt för att kunna konstatera dödsfall och utfärda dödsbevis.
- Beredskapsjouren hanterar primärvårdens uppdrag jourtid.
- Vid oväntade dödsfall är det alltid viktigt att kontakt kan upprättas direkt och att väntan minimeras för närstående, ambulanssjukvård och/eller polis. Handläggning kan i vissa fall behöva fördröjas på grund av arbete med ett mer prioriterat ärende men får inte fördröjas på grund av tidpunkt i slutet av arbetspasset.
- Vid samtal till SOS Alarm där det går att säkerställa att döden inträffat förmedlar operatören kontakt med primärvården för konstaterande av dödsfallet.
- Polisen kan vid behov kalla ut läkare för att konstatera dödsfall på offentlig plats. Det är då läkare inom primärvården som kallas ut.
- Särskilda förhållanden: Polis och ambulans larmas ut. Polisens eller ambulanspersonalens bedömning gäller. Det kan t.ex. gälla misstankar om brott, påbörjande av förundersökning. Det kan också gälla en situation där omständigheter i övrigt gör att det är lämpligast att föra den avlidne från platsen. (situationer där minderåriga finns bör särskilt beaktas).
- Andra oklara förhållanden: SOS Alarm kan bistå ambulanspersonal och läkare inom primärvården med kontakt till andra myndigheter, t.ex. polis och socialtjänst.
- När polisen redan på plats har beslutat om rättsmedicinsk obduktion, kan konstaterande av



dödsfallet ske enligt följande två alternativ.

Det är polisen som beslutar om vilket.

- 1. Polisen kontakter primärvården och ber läkare komma till platsen för att konstatera dödsfallet. Läkaren konstaterar dödsfallet och skriver dödsbevis. Primärvården ansvarar för krisstödsinsatsen.

- 2. Den avlidne transporteras till akutmottagningen, med hjälp av ambulans. Läkaren på akutmottagningen konstaterar dödsfallet och skriver dödsbevis.

Akutmottagningen ansvarar för krisstödsinsatsen.

Själv mord

Om en patient har begått ska läkare kontaktas. Läkare ska alltid infinna sig för en undersökning snarast och ingenting får röras i bostaden. Läkare ansvarar för att polis kontaktas.

Verksamheten som ansvarat för patientens hälso- och sjukvård utreder händelsen.

8 Fastställa dödsfallet

Att fastställa att döden inträtt samt att utfärda dödsbevis och intyg om dödsorsak är uppgifter som endast får utföras av läkare. Dödförklaringen ska göras skyndsamt.

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 visar 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

Tidpunkten för dödens inträde kan fastställas med ledning av uppgifter från vårdpersonalen, närstående eller annan med kännedom om förhållandena.

Läkare dokumenterar i cosmic.

9 Identifiering av avliden

Plastskyddat identitetsband av sådant utförande att skriften inte kan utplånas av fukt ska fästas runt den avlidnes handled efter att sjuksköterska har identifierat den avlidne.

Blankett bårhusmeddelande fästes på underbenet.

En kopia av blankett bårhusmeddelande behålles och förs till omvårdnadsjournalen.

Sjuksköterska som är säker på den avlidnes identitet kan förse kroppen med identitetsband innan en läkare har fastställt att döden inträtt.



Se Region Östergötland "Beredskapsjourens uppdrag och hantering av dödsfall inom Primärvården i Region Östergötland" Mars 2022;

- Obligatoriska uppgifter är personnummer, namn, adress och plats för dödsfallet.
- Dödsdatum och klockslag
- Polisanmält – nej
- Pacemaker – ja eller nej, skall framgå av journalhandlingar
- Klinisk obduktion¹ – nej, om inte annat framgår i brytpunktsbedömningen
- Läkare som fastställt dödsfallet: På blanketten ska i rutan för "läkare som fastställt dödsfallet" anges namnet på den läkare som har rondningsansvar för patientens bostadsadress när det finns en brytpunktsbedömning.
Rutan namnförtydligande fylls inte i.
I rutan för telefonnummer skrivs 010-104 46 69.
- Beredskapsjourens namn och tjänstgörande sjuksköterskans namn om läkare konstaterat dödsfallet på plats. Informera vårdcentralens läkare nästkommande vardag.
- Dödsbevis utfärdat – nej. Lägg till "utfärdas nästföljande vardag".
- Namnförtydligande och telefonnummer
- OBS! Ev. Smitta som ex. Covid-19 noteras på bårhusmeddelande.

1) Gällande ruta klinisk obduktion på bårhusmeddelandet finns tre kryssalternativ; ja/nej/ej bestämt (avvakta). Att bestämma om obduktion skall göras bör beslutas av ansvarig läkare/PAL på dagtid. Det bör framgå i brytpunktsbedömningen i de undantagsfall där obduktion ska göras. Om det framgår i brytpunktsbedömningen att obduktion ska göras kryssar sjuksköterskan i ja, obduktion ska göras.

Eventuellt medföljande värdesaker eller föremål dokumenteras på blankett "Avvisitering". Blanketten är en originalhandling och ska medfölja den avlidne. Kopia sparas i patientens journal. Ifyllda dokument kontrolleras av begravningsentreprenör innan den avlidne transporteras från boendet. Dokument lämnas som bekräftar att patienten är omhändertagen av begravningsentreprenören

10 Omhändertagande av den avlidne

Den döde ska tas omhand på ett värdigt och respektfullt sätt

Omhändertagandet bör anpassas efter den dödes och de närståendes önskemål.

Etniska och religiösa aspekter, se www.vardhandboken.se

Skyddsutrustning ska alltid användas vid risk för kontakt med kroppsvätskor.

Vid covid-19 smitta ska sjuksköterska som ansvarar för att omhänderta avliden patient med misstänkt eller bekräftad covid-19 smitta säkerställa att informationen om smitta når alla professioner som ska omhänderta den avlidne.

Handhavande:

Medarbetare som iordningsställer den avlidne ska använda skyddsutrustning.



- Den avlidne förses i vanlig ordning med identitetshandling som ska fästas runt vaden. På identitetshandlingen ska även texten misstänkt eller bekräftad covid-19 smitta anges.
- Sjuksköterska drar i vanlig ordning ut dokumentationen ur cosmic som ska lämnas till läkare som ska konstatera dödsfallet.
På dokumentet ska sjuksköterska skriva att patienten är misstänkt eller bekräftat covid-19 smittad och sedan signera dokumentet. Lämnas därefter till vårdcentralen hand i hand till läkare.

11 Dokumentation i omvårdnadsjournalen

I hälso- och sjukvårdsjournalen ska sjuksköterskan i samband med dödsfallet dokumentera:

- Bedömning av de indirekta kriterierna.
- Bedömning av den yttre undersökningen av den döda kroppen.
- Datum, klockslag och plats för det inträffade dödsfallet.
- Aktuella omständigheter omkring dödsfallet.
- Förekomst av implantat, ex pacemaker och annat som kan vara aktuellt vid borttagandet.
- Vilken läkare som konstaterar dödsfallet, utfärdar dödsbevis och dödsorsaks intyg och på vilken vårdenhets läkarjournalen finns att tillgå för erforderliga handlingar ska kunna utfärdas.
- Att information om att personen har avlidit har givits till den läkare som ska utfärda erforderliga handlingar.
- Om anhöriga/närstående är informerade.
- Om polisanmälan eller/och obduktion kommer att ske.

När patientens journal ska anslutas läggs den i procapita under sökordet avlidna och journalen dras ut på papper, sorteras och arkiveras enligt dokument "Bevarande och gallring av journalhandlingar".

För PAH patienter dokumenteras endast i cosmic. Journalen ska inte dras ut och arkiveras i den kommunala akten. Patientens kommunala papper sorteras och arkiveras enligt dokument "Bevarande och gallring av journalhandlingar". Dokument från cosmic ska inte arkiveras då det tillhör annan vårdgivare, men om det finns skriven text på ska arkivering ske.

12 Kontakt med begravningsbyrå

Hälso- och sjukvårdsansvaret i kommunens särskilda boenden innebär skyldighet kontakta den begravningsentreprenör som finns enligt avtal eller informera anhöriga att anlita den begravningsentreprenör de önskar för att ta hand om den avlidne.

En förutsättning för att kroppen kan överlämnas är att läkare har fastställt att döden inträtt och bedömt att det inte behövs någon obduktion eller polisanmälan.

För de anhöriga är det i allmänhet en fördel om den döde finns kvar i sin bostad till dess att utlämnande sker till begravningsbyrån.

Om inga anhöriga finns kända, se under kapitel 6.



Covid-19

Vid kontakt med begravningsentreprenör i samband med beställning av transport ska information om misstänkt eller bekräftad covid-19 smitta lämnas muntligt av sjuksköterska vid beställningen. Detta gäller tills beslut kommer om annan handläggning.

13 Transport och överlämnande

Transport av avliden till bårrum bör som regel ske vardagar mellan kl. 07 – 19. Vid dödsfall på natten kan den avlidne oftast vara kvar i bostaden till på morgonen.

Sjuksköterska avgör efter att alla åtgärder och läkarkontakter vidtagits och i samråd med anhöriga när den avlidne kan transporteras till bårhus. Den avlidne kan tidigast lämna bostaden efter tre timmar efter att alla åtgärder vidtagits.

Tjänstgörande sjuksköterska erbjuder och informerar anhöriga om kommunens avtal och att det innefattas endast av transport av avlidna till bårhus. Region Östergötland debiterar dödsboet för transportkostnad enligt avtal. Avgiften ingår inte i högkostnadsskyddet.

Sjuksköterska beställer transport efter anhörigas samtycke. Anhöriga kan avböja sjuksköterskans erbjudande om transport enligt avtal och välja att själva kontakta valfri begravningsbyrå för transport till bårrum. Observera att anhöriga då alltid ska informeras om att den kontaktade begravningsbyrån avgör vilken avgift som debiteras. Transporten ska då beställas av anhöriga. I detta fall uppstår ett betalningsförhållande mellan dödsboet och transportören.

Begravningsentreprenören ska vid transport täcka den avlidne med bårkapell eller liknande. Övertäckning med filt, lakan etc anses inte lämpligt och får endast användas i undantagsfall. Kvittensblankett ska fyllas i av begravningsentreprenören innan transport från bostaden, kvittensen sparas. Chef ansvarar för att ta fram rutin.

Transportören ska bära SISgodkända, fotoförsedda IDkort/ företagskort synligt för identifiering. Transport sker till bårrum/kylrum på Vammarhöjden eller enligt läkares beslut.

14 Dödsbevis, intyg och obduktion – läkarens ansvar

Vid dödsfall ska läkaren utan dröjsmål utfärda bevis och intyg om dödsorsaken. Läkaren får inte vara släkting eller på annat sätt närstående till den avlidne.

Dödsbevis utfärdas av den läkare som fastställt att döden inträtt sedan han

- undersökt den döda kroppen (undantag se kap 6) och satt sig in i omständigheterna kring dödsfallet
- tagit ställning till om polisanmälan ska göras

Dödsorsaksintyg utfärdas

- i första hand av den läkare som vårdat den avlidne under hans sista tid
- i annat fall av den läkare som undersökt kroppen

Obduktion beslutas om av läkare.



15 Registrering i Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är att alla som avlider ska registreras i registret. Sjuksköterskan ansvarar för att frågeställningarna i dödsfallsenkäten besvaras efter dödsfallet och att enkäten registreras i registret om det finns ett kommunalt ansvar om registreringen.

Inrapporterad data ska ligga till grund för det fortlöpande förbättringsarbetet.

När brister konstateras i vården i livets slutskede ansvarar berörda chefer och leg personal för att analys genomförs, kartläggning av bakomliggande orsaker sker och att nödvändiga åtgärder vidtas.

Sjuksköterska ansvarar även för att erbjuda, och om anhörig tackar ja, genomföra eftersamtal med anhörig.

Medicinskt ansvariga gör uppföljning av vården i livets slutskede kontinuerligt genom uttag av resultat i Svenska Palliativregistret.