
Ojämlig tillgång till specialiserad palliativ vård i Sverige

En rapport från Svenska palliativregistret i samarbete med Nationella
rådet för palliativ vård

Februari 2026



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Rapporten berör inte	5
Rapportens metodologi och inbyggda svagheter	5
Frågor som kräver dialog och samsyn i specialiserad palliativ vård	7
Statistik	7
Specialistkompetens	7
Nyckeltal	8
Kriterier som används i denna rapport	9
Specialiserat palliativt konsultteam	9
Specialiserad palliativ mottagning	9
Palliativmedicinsk jourlinje	9
Specialiserad palliativ slutenvårdsenhet	9
Regionvisa kommentarer till inventeringens resultat	10
Blekinge	10
Dalarna	10
Gotland	10
Gävleborg	10
Halland	10
Jämtland/Härjedalen	11
Jönköping	11
Kalmar	11
Kronoberg	11
Norrbotten	12
Skåne	12
Stockholm	12
Södermanland	12
Uppsala	13
Värmland	13
Västerbotten	13
Västernorrland	13
Västmanland	14
Västra Götaland	14
Örebro	15

Östergötland.....	15
Vita fläckar per indikator – kommunvisa kartor	16
Palliativa slutenvårdsplatser per 100 000 invånare.....	17
Specialister i palliativ medicin och palliativ omvårdnad per 100 000 invånare	21
Anställda kuratorer och/eller rehabiliteringskompetenser (arbetsterapeut och fysioterapeut)	23
Tillgång till någon form av specialiserad palliativ kompetens	25
Sammanställt av:	27
Bakgrundsdocument	28
Bilaga 1. Behov av specialiserad palliativ kompetens	29
Bilaga 2. Palliativa slutenvårdsplatser	30
Bilaga 3. Sammanfattande förslag till åtgärder från NRPV	31

Sammanfattning

Enligt internationella rapporter beräknas cirka 25% (i Sverige årligen 22 500–23 000 personer) ha så pass komplexa palliativa vårdbehov under kortare eller längre tid att man behöver stöd av specialiserad palliativ kompetens i någon form. Det kan vara kontakt med ett specialiserat palliativt konsultteam, palliativmedicinsk jourlinje, inskrivning i palliativt hemsjukvårdsteam eller behov av specialiserad palliativ slutenvård på eller utanför sjukhus.

Nationella rådet för palliativ vård och Svenska palliativregistret har under tredje kvartalet 2025 utfört en manuell inventering av befintliga specialiserade palliativa enheter i samtliga 21 regioner i Sverige. Syftet är att tydliggöra den ojämlika tillgången till specialiserad palliativ vård. Via en ökad medvetenhet om vad som saknas hoppas vi att ansvariga beslutsfattare kommer agera på ett sätt som leder till en mer likvärdig och förutsägbar tillgång till specialiserad palliativ vård för landets invånare.

Resultaten bekräftar stora skillnader i tillgången till olika former av specialiserad palliativ vård, både mellan och inom olika regioner. Skillnader som är betydligt större än vad skillnader i invånarnas reella behov kan motivera.

- Cirka 8 500 personer fick under 2024 inte något stöd av specialiserad palliativ kompetens trots att de behövt det. Detta innebär att en tredjedel av alla som förväntats ha behov av specialiserad palliativ vård inte fick tillgång det.
- Många specialiserade palliativa verksamheter har inte ett tydligt uppdrag från sin huvudman eller etablerad rutin att följa verksamhetens resultat i förhållande till nationella mål för infrastruktur och kompetens.
- På det flesta sjukhus i landet saknas specialiserade palliativa konsultteam och specialiserade palliativa slutenvårdsplatser. Specialister i palliativ medicin/vård behövs på alla sjukhus för att minska risken för både över- och underbehandling samt medverka till tidig identifiering av patienter med palliativa vårdbehov och bidra till optimal lindring.
- Vissa specialiserade palliativa enheter i landet har fortfarande begränsningar gällande vilka patienter som kan erbjudas stöd. Det kan gälla barn och ungdomar under 18 år, patienter som inte har cancer eller ALS, som bor eller vårdas på vissa ställen eller bedöms ha längre än tre månader kvar att leva.
- Tillgången till läkare och sjuksköterskor som har formell specialistutbildning i palliativ medicin/omvårdnad är bristfällig inom vissa palliativa enheter.
- Kompetens i form av kurator, arbetsterapeut och fysioterapeut har inte fast tjänstgöringsgrad på vissa palliativa enheter.

Med tanke på att palliativ vård redan av Prioriteringsutredningen 1996 fick högsta prioritet (tillsammans med akut livräddande åtgärder) och att påtagliga brister i den palliativa vården betonats av Socialstyrelsen redan 2016, är det hög tid för tydliga åtgärder för att minska dessa orimliga ojämlikheter gällande tillgången till specialiserad palliativ vård i Sverige. Denna rapports utgångspunkter för vilka typer av specialiserad palliativ vård som behövs är i linje med de rekommendationer som framförs i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård av vuxna och personcentrerat sammanhållet vårdförlopp för palliativ vård.

Bakgrund

I Sverige avlider årligen mellan 90 000 och 95 000 personer. Skillnaden mot förr är att vi tack vare moderna medicinska behandlingar kan leva längre med obotliga sjukdomar som t ex cancer, hjärtsvikt, KOL, ALS, njursvikt eller demens. Palliativ vård under de månader eller år då man lever med sin livshotande sjukdom har visat sig minska lidande och förbättra livskvaliteten för både den som är sjuk och de närstående.

Majoriteten av patienter med palliativa vårdbehov kan få sina behov tillgodosedda inom allmän palliativ vård. Det vill säga vård som ges inom regional hälso- och sjukvård så som sjukhus och primärvård samt inom kommunala vårdformer (hemsjukvård, särskilda boendeformer). Utifrån internationella erfarenheter anger det nationella vårdprogrammet för palliativ vård av vuxna att cirka 25% av alla som dör har så pass komplexa behov att någon form av kontakt behövs med den specialiserade palliativa vården, dvs läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, kuratorer, dietister med specialiserad utbildning och kompetens i just palliativ medicin/vård. Komplexa behov kan till exempel vara symtom, psykosocialt och/eller existentiellt lidande som inte blir tillräckligt lindrade trots behandlingsförsök eller när det gäller barn/ungdomar som drabbats.

För att den specialiserade palliativa vården ska vara tillgänglig för alla som har dessa komplexa behov oavsett diagnos, bostadsort, ålder, vårdform eller tid kvar att leva, så behövs tillgång till olika former av specialiserad palliativ vård över hela landet. Sådana vårdformer är:

- Specialiserad palliativ mottagning
- Specialiserat palliativt konsultteam
- Specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam
- Specialiserade palliativa vårdplatser på sjukhus
- Specialiserade palliativa vårdplatser utanför sjukhus
- Specialiserad palliativmedicinsk jourlinje

Flera studier pekar på vikten av tidig integrering av palliativa vårdinsatser parallellt med sjukdomsinriktad behandling, vilket även stöds av Socialstyrelsen uppdaterade riktlinjer för palliativ vård. Det innebär att palliativ vård och palliativa vårdbehov inte bara är aktuellt i livets absoluta slutskede utan kan vara av betydelse även när den sjuke har sex till tolv månader eller mer kvar att leva. Tillgång till mottagningar och konsultteam är betydelsefullt för att kunna upptäcka och möta behovet av palliativa vårdinsatser tidigare i sjukdomsförloppet.

Kompetensstöd till vårdpersonal där patienten vårdas är ofta en viktig del av arbetet. Specialiserade palliativa team och palliativa konsultteam kan ge stöd och bidra till kunskapsutveckling inom vården. Att stötta men inte ta över vårdansvaret leder också till ett lärande som kan gagna andra patienter med liknande behov. Dessa team bör verka både inom sjukhus och i samverkan med primärvård och kommunala vårdformer för att erbjuda specialistkompetens inom palliativ medicin och omvårdnad.

Specialiserade palliativa vårdplatser på sjukhus är en effektiv vårdform för de som har så pass komplexa vårdbehov att de behöver sjukhusvård. Tillgång till sjukhusens resurser kan vara avgörande för att lindra svåra symtom och för att kunna tillgodose palliativa vårdbehov. Med specialiserad palliativ kompetens på sjukhus ges förutsättningar för att skapa en tydlig vårdinriktning och minska risken för lidande och fördröjda åtgärder.

En palliativmedicinsk jourlinje 24/7 tillgänglig för all legitimerad vårdpersonal både på sjukhusen och inom primärvården är en förutsättning för att garantera optimal lindring oavsett var och när komplexa

vårdbehov uppstår. Det minskar också risken för icke värdeskapande sjukhusbesök och ökar möjligheten till rätt vård på rätt plats.

Idag saknas en för Sveriges invånare enhetlig infrastruktur för den specialiserade palliativa vården. När en patient med palliativa behov inte fullt ut lyckas få en acceptabel lindring i den ordinarie vården är det rimligt att den sjuke får möjlighet att träffa experter inom palliativ vård. Att bli bedömd av specialister inom palliativ medicin och ett specialiserat team ska vara lika naturligt som att vi vill bli bedömda och opererade av en specialist i kirurgi. Rapporten har lagt tyngdpunkten på antalet specialister bland läkare och sjuksköterskor på befintliga specialiserade palliativa verksamheter. Detta då det är den formella kompetens som krävs för att kunna utbilda ny personal och upprätthålla och utveckla kompetens.

Tillgången till olika palliativa vårdformerna varierar stort över landet. Detta trots tydliga förslag både i Nationella vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens nya riktlinjer. Många beslutsfattare, dvs politiker och chefer, är inte medvetna om dessa brister och den icke värdeskapande vårdkonsumtion som bristerna medför för invånarna.

I denna rapport vill NRPV (Nationella rådet för palliativ vård) och Svenska palliativregistret tydliggöra de vita fläckarna för specialiserad palliativ vård i Sverige. Vi vill med rapporten öka medvetenheten om organisatoriska brister som leder till en ojämlik vård, så att åtgärder inom vårdförvaltningar och utbildningsinstanser kan leda till en förutsägbar och jämlik organisation av specialiserad palliativ vård och adekvat grundutbildning och möjligheter till fortbildning. Tanken är att rapporten även ska kunna vara ett argumentstöd för enskilda specialiserade palliativa enheters förbättringsarbete.

Rapporten berör inte

Denna rapport berör inte ojämlikheterna i landet vad gäller tillgång till:

- Dietister, logopeder, psykologer eller andliga företrädare
- Palliativa kompetens-/kunskapscentra
- Akademiska tjänster (lektorat och professurer) inom palliativ medicin/omvårdnad vid universitet och högskolor som bedriver grundutbildning av läkare och sjuksköterskor
- Forskningsmedel och forskningsaktivitet inom det palliativa området

Rapportens metodologi och inbyggda svagheter

Resultaten bygger på de intervjuade verksamhetsföreträdarnas bild av den aktuella situationen på respektive specialiserad palliativ enhet under sommaren och början av hösten 2025. Förändrade förutsättningar och bemanning över tid kan göra att situationen har förändrats när rapporten läses. Dessutom har de intervjuades svar på protokollets frågor tolkats av de två intervjuarna. Enstaka missförstånd kan inte uteslutas.

Varje intervju har utgått från ett i förväg framtaget protokoll där fokus har varit frågor gällande specialiserade palliativa verksamheternas struktur, det vill säga vad har man för specialiserade verksamheter, hur dessa är bemannade och hur stor del av dessa som är specialister i palliativ medicin/omvårdnad. Dessutom har vissa utfallsmått som till exempel medianvårdtider, andel levande utskrivna och andel inskrivna patienter i hemsjukvårds-verksamheten som avlidit i ordinärt boende efterfrågats. Då det i flera regioner har varit svårt att få fram svar på dessa utfallsmått redovisas inte dessa resultat i denna rapport.

Vissa siffror baserar sig på uppgifter från Svenska palliativregistret. Täckningsgraden gällande ifyllandet av dödsfallsenkäten från specialiserade palliativa vårdenheter, som är fokus för denna rapport, beräknas vara över 95%. Däremot är täckningsgraden från allmän palliativ vård lägre. Detta

innebär rimligen en viss underrapportering av patienter som fått konsultstöd av palliativmedicinsk kompetens när de vårdats inom den allmänna palliativa vården.

Region Stockholm är den enda av landets 21 regioner som har vårdval för palliativ vård. Det har legat bortom denna inventerings resurser att kunna intervjua företrädare för alla dessa hemsjukvårds- och slutenvårdsenheter belägna utanför akutsjukhusen. Fokus för inventeringen i region Stockholm har legat på vilka specialiserade palliativa verksamheter som de sju akutsjukhusen kan erbjuda.

Inventeringen har haft fokus på specialiserad palliativ vård för den vuxna populationen och ger inte en fullständig bild av hur tillgång till vård för barn och ungdomar under 18 år med komplexa palliativ vårdbehov ser ut. Dock rapporteras från flera regioner/delar av regioner om hur den specialiserade palliativa vården är tillgänglig för både barn och ungdomar, framförallt genom en stärkt samverkan mellan barnsjukvård, barnhabilitering och specialiserad palliativ vård.

Frågor som kräver dialog och samsyn i specialiserad palliativ vård

Statistik

Vissa statistiska variabler borde vara så pass intressanta för alla specialiserade palliativa verksamheter att de följs kontinuerligt, rapporteras i årsrapporter och används som diskussionsunderlag inom och mellan olika enheter. Det är notabelt att många tillfrågade enheter inte själva har tillgång till sina egna statistiska mått, utan det krävs en aktiv fråga till någon utanför den egna organisationen som i bästa fall kan extrahera aktuell variabel från befintliga data. I många fall har det inte varit möjligt att få fram svar på en viss variabel. Det gäller särskilt medianvårdtid, andel som avlidit i eget boende och andel som skrivits ut levande från slutenvård.

Under genomförd inventering har vi regelmässigt efterfrågat antal inskrivna patienter/år och medianvårdtid för hemsjukvårdsteam och slutenvårdsplatser (på och utanför sjukhus). Dessutom har vi för hemsjukvårdsteam önskat information om hur stor andel av de inskrivna patienterna som avlidit i eget ordinärt boende, och för slutenvårdsplatser hur stor andel av inskrivna patienter som skrivs ut levande. Vi har inte efterfrågat data på andelen vårdade patienter med andra diagnoser än cancer, men det vore också en intressant variabel att följa fortlöpande. Det palliativa vårdförloppet anger att minst 20% av patienter som fått specialiserat palliativt stöd i någon form bör ha annan huvuddiagnos än cancer.

Vi bedömer att medianvårdtid är ett bättre mått än medelvårdtid då påverkan av ytterlighetspatienter försvinner när medianvärden används. Hur stor andel av inskrivna hemsjukvårdspatienter som till slut väljer att avlida i det egna ordinarie boendet kan ses som en markör för hur befintliga resurser utnyttjas och fungerar. Låg andel kan vara uttryck för mindre välfungerade stöd i hemsjukvården men också för stor tillgång till alternativa vårdformer (t ex slutenvårdsplatser). Hög andel kan tolkas som välfungerande stöd i hemsjukvården eller som bristande tillgång till alternativa vårdformer och/eller för stort tvång att fortsätta vården i hemmet livet ut.

När det gäller andelen patienter som skrivs ut levande från slutenvårdsplatser signalerar detta tydligt om verksamheten mer har hospicekaraktär, dvs där majoriteten av inskrivna patienter vårdas livet ut (=låg andel levande utskrivna) eller om slutenvårdsplatserna används mer interventionellt och majoriteten av patienterna skrivs ut levande efter att symtomlindringen optimerats och/eller att en tydlig behandlingsstrategi lagts upp i dialog med patient och närstående.

Specialistkompetens

Generellt har vi efterfrågat hur många av tjänstgörande läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som är specialister i palliativ medicin respektive omvårdnad. Svaret har formulerats i hela eller delar av heltidstjänster. Bakgrunden är att ska en verksamhet kunna leva upp till epitetet specialiserad palliativ så är det rimligt att en betydande andel av anställd personal är specialister inom sitt verksamhetsområde. Vi presenterar data i form av antalet specialister i palliativ medicin (=läkare)/100 000 invånare och specialister i palliativ omvårdnad (=sjuksköterskor)/100 000 invånare. Specialister räknas med i kalkylen oavsett i vilken av de specialiserade palliativa verksamheterna de arbetar (mottagning, konsultteam, hemsjukvård, slutenvård på eller utanför sjukhus).

Vidare har vi efterfrågat vilka rehabiliteringskompetenser (arbetsterapeut, fysioterapeut) och kuratorer som har regelbunden tjänstgöring på teamet och deras tjänstgöringsprocent. Även om man har tillgång till dessa kompetenser via samarbeten med intilliggande enheter, så menar vi att det finns stora kvalitativa fördelar med att man har knutit dessa till teamet på en bestämd procent varje vecka.

Det gör att deras kompetens fördjupas och att deras deltagande i teamets verksamhet blir förutsägbar och regelbunden.

Förutom de statistiska variabler som efterfrågats i denna rapport (huvudsakligen belysande strukturkvalitet) finns flera väsentliga variabler (gällande framför allt process- och resultatqualitet) i det kvalitetsdokument som är en bilaga till det personcentrerade palliativa vårdförloppet. Även dessa bör regelbundet följas av samtliga specialiserade palliativa enheter.

Nyckeltal

Internationellt finns det angivet vissa nyckeltal för hur många palliativa specialistenheter som rekommenderas per 100 000 invånare. Några sådana nyckeltal finns inte rekommenderade i Sverige. Däremot tar Nationella vårdprogrammet för palliativ vård av vuxna upp exempel på sådana nyckeltal. Om liknande nyckeltal skulle finnas även i Sverige torde det underlätta för beslutsfattare när dimensioneringen av olika specialistverksamheter fastslås och följdenligt budgeteras.

Kriterier som används i denna rapport

I avsaknad av nationellt accepterade kriterier är nedanstående kriterier delvis grundade på Svensk förening för palliativ medicins kvalitetsdokument för specialiserad palliativ vård som också använts av personcentrerat sammanhållet vårdförlopp palliativ vård.

Specialiserat palliativt konsultteam

Vi menar att det krävs läkare och sjuksköterskor som är tydligt schemalagda för arbetet i konsultteamet. Ett specialiserat palliativt konsultteam ska också aktivt visa sig regelbundet på sjukhusets olika avdelningar och regelbundet ha fysisk närvaro utanför sjukhuset som stöd för patienter med palliativa vårdbehov som handläggs inom primärvården eller i kommunala vårdformer. Dessutom behöver det palliativa konsultteamet bemannas med specialister i palliativ medicin och palliativ omvårdnad. När det gäller läkarrollen kan man betrakta konsultuppdraget som något som kräver bakjournskompetens, dvs att man både är specialist i palliativ medicin men dessutom har arbetat som sådan specialist i minst några år.

Specialiserad palliativ mottagning

Detta är en viktig resurs när det gäller tidig integrering av specialiserad palliativ vård. Här menar vi att det måste röra sig om bokningsbara tider på sjukhuset varje vecka där särskilt schemalagda specialister i palliativ medicin/omvårdnad bemannar verksamheten och huvudsakligen riktar sig till patienter med komplexa behov som inte redan är anslutna till den palliativa enhetens övriga specialiserade verksamheter. Beroende på verksamhetens storlek är någon form av kombination med andra arbetsuppgifter oftast ett rimligt upplägg.

Palliativmedicinsk jourlinje

Rimligt är att det är en jourlinje som är bemannad av läkare med palliativmedicinsk kompetens (eller ST-läkare i palliativ medicin i senare delen av sin utbildning) 24 timmar om dygnet 7 dagar i veckan och som kan nås av all legitimerad vårdpersonal oavsett om patienten är ansluten till den specialiserade palliativa verksamhetens enheter eller ej. Kontorstid kan jourlinjen bemannas av palliativmedicinsk specialist som bemannar t ex konsultfunktionen.

Specialiserad palliativ slutenvårdsenhet

Oavsett om dessa vårdplatser ligger på ett akutsjukhus eller separat så krävs det att de är bemannade med specialist i palliativ medicin.

Regionvisa kommentarer till inventeringens resultat

Det finns stora variationer mellan de 21 regionerna i Sverige beträffande hur den specialiserade palliativa vården är organiserad. Nedan följer en kort sammanfattning av hur det ser ut i varje region och vad som saknas i varje region. Regionerna presenteras i bokstavsordning. Överblick kan fås via de kartor som följer på beskrivningen regionvis.

Blekinge

Finns: Den regionövergripande specialiserade palliativa sektionen är en del av verksamhetsområdet för nära vård, geriatrik och akutläkarbilarna. Palliativa hemsjukvårdsteamet (anslutningsteam) samarbetar med kommunens hemsjukvård och utgår från Karlskrona och Karlshamn, verksamheten bedrivs kontorstid.

Saknas: Palliativmedicinsk jourlinje 24/7, organiserad konsultverksamhet på sjukhusets avdelningar och ut mot primärvård och kommunala vårdformer samt palliativ mottagning. Regionen har för närvarande inte tillgång till specialiserad palliativ slutenvård.

Dalarna

Finns: Regionövergripande specialiserad palliativ klinik med sju geografiskt indelade specialiserade hemsjukvårdsenheter som ansluter patienter oavsett diagnos och ålder. Teamen ansluter patienter och ansvarar för vården 24/7 i större delen av regionen. Den specialiserade palliativa kliniken har 8 slutenvårdsplatser på Lasarettet i Falun för alla diagnoser och patienter >18 år och kliniken driver även en egen jourlinje med läkarberedskap 24/7.

Saknas: Specialistläkare i palliativmedicin på slutenvårdsavdelningen, en utvecklad palliativ mottagningsverksamhet och en konsultverksamhet med regelbundna ronder på sjukhusavdelningar. I Älvdalen kan patienter inte anslutas till ASIH som istället har en konsultativ roll gentemot kommunens hemsjukvårdsteam.

Gotland

Finns: Hemsjukvårdsverksamheten utgår från onkologienheten och täcker regionen och alla diagnoser. Patienter kan skrivas in om de har en förväntad överlevnad på max tre månader.

Mottagningsverksamheten vänder sig enbart till onkologiska patienter.

Saknas: Tillgång till hemsjukvårdsverksamhet för patienter med förväntad överlevnad längre än tre månader, mottagningsverksamhet öppet för andra diagnoser än cancer, utvecklad palliativ konsultverksamhet för alla diagnoser på och utanför sjukhuset, palliativmedicinsk jourlinje 24/7, specialiserade palliativa vårdplatser på sjukhus öppna för alla diagnoser och palliativa vårdplatser utanför sjukhuset.

Gävleborg

Finns: Palliativa Teamet i Region Gävleborg arbetar utifrån fyra team konsultativt med kommunernas hemsjukvård för patienter i livets slut över 18 år med cancerdiagnoser eller ALS. Beredskapsjour dagtid finns tillgänglig under helger. Teamet ansvarar för 5 palliativa åtgärdsplatser på onkologens avdelning på Gävle sjukhus.

Saknas: En utvecklad palliativ mottagningsverksamhet, konsultverksamhet med regelbundna ronder på sjukhusavdelningar och en egen palliativmedicinsk jourlinje 24/7.

Halland

Finns: Den specialiserade palliativa enheten arbetar konsultativt uppdelat geografiskt utifrån fyra team mot kommuners distriktsköterskor. I Kungsbacka och Falkenberg samarbetar de specialiserade teamen med kommunen om 15 korttidsplatser vikta för patienter i livets slut. Verksamheterna

bedrivs dagtid, med läkarberedskap även dagtid på helger. Teamen ansluter patienter i alla åldrar och oavsett diagnos för vård i livets slut.

Saknas: En utvecklad palliativ mottagningsverksamhet, konsultverksamhet med regelbundna ronder på sjukhusavdelningar och en egen palliativmedicinsk jourlinje 24/7.

Jämtland/Härjedalen

Finns: Från Östersunds sjukhus utgår det regiontäckande hemsjukvårdsteamet (Storsjögläntan) som arbetar kontorstid med nära samarbete med den kommunala hemsjukvården och jourhavande distriktssköterskor. Ett separat bemannat konsultteam (1 läkare, 2 sjuksköterskor, viss del kurator och arbetsterapeut) besöker regelbundet alla vårdavdelningar på sjukhuset och vid behov kommunala enheter. Åtta vårdplatser på sjukhuset som än så länge endast är tillgängliga för patienter från den kirurgiska divisionen (kir, ort, gyn, ÖNH). Alla åldrar inklusive barn får stöd.

Saknas: En palliativmedicinsk jourlinje 24/7, möjlighet för patienter från andra divisioner än den kirurgiska att använda sig av de palliativa vårdplatserna på Östersunds sjukhus, en utvecklad palliativ mottagningsverksamhet och palliativa slutenvårdsplatser utanför sjukhus.

Jönköping

Finns: Region Jönköpings palliativa team utgår från regionens tre sjukhus. Teamen täcker regionens alla kommuner och arbetar konsultativt i nära samarbete med kommunens hemsjukvårdsteam för patienter i livets slut, oavsett ålder och diagnos. På sjukhusen finns en rutin att medverka vid multidisciplinära konferenser (MDK) för patienter med obotlig cancersjukdom och teamet har regelbundna möten med regionens ALS/motorneuronteam. Teamen ansvarar för patienterna på fem palliativa åtgärdsplatser på onkologen Ryhov samt har tillgång till inläggningsplatser, två stycken på kirurgen Eksjö och två stycken på sjukhuset i Värnamo. Barn med behov av inläggande specialiserad palliativ vård vårdas på barnkliniken.

Saknas: En utvecklad palliativ mottagningsverksamhet, konsultverksamhet med regelbundna ronder på sjukhusavdelningar och en egen palliativmedicinsk jourlinje 24/7.

Kalmar

Finns: Enheten för palliativ medicin utgår från sjukhuset i Kalmar där det finns 10 slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård, LAH och konsultteam. Enheten ansvarar för patienter över 18 år med specialiserade palliativa vårdbehov, teamet tar även emot patienter <18 år men utan läkaransvar som då ligger kvar på hemkliniken. Patienter i Kalmar har tillgång till dygnet runt vård i hemmet med Lasarettansluten hemsjukvård (LAH). Palliativa konsultteam finns på alla tre sjukhusen och arbetar konsultativt mot den kommunala hemsjukvården i regionens övriga kommuner. Enheten är en del av den geriatriska kliniken och har tillsammans en gemensam jourlinje.

Saknas: En utvecklad palliativ mottagningsverksamhet och möjlighet att bli ansluten till LAH för patienter som inte bor i nära anslutning till Kalmar.

Kronoberg

Finns: Regionens palliativa konsultteam täcker regionens alla kommuner och är uppdelat i två enheter som arbetar konsultativt mot kommunens hemsjukvård för patienter över 18 oavsett diagnos. Barnkliniken ansvarar för patienter yngre än 18 år med palliativa vårdbehov, även för de som vistas i hemmet. På sjukhuset i Växjö utför konsultteam veckovisa ronder på fem av sjukhusets avdelningar.

Saknas: Slutenvårdsplatser för specialiserade palliativ vård, utvecklad palliativ mottagningsverksamhet och en egen palliativmedicinsk jourlinje 24/7.

Norrbottnen

Finns: Palliativa vårdplatser och palliativa rådgivningsteam finns på regionens samtliga sjukhus (Piteå, Sunderbyn, Kalix, Gällivare/Kiruna). Barn och ungdomar under 18 år sköts av barnmedicin i Gällivare eller Sunderbyn i dialog med närmaste hälsocentral och vid behov kopplas rådgivningsteamet in.

Saknas: Över hela regionen saknas specialiserade palliativa hemsjukvårdsteam, palliativ mottagning och palliativmedicinsk jourlinje 24/7. Dessutom saknar de palliativa vårdplatserna i Kiruna, Gällivare och Kalix helt läkare som är specialist i palliativ medicin och samtliga fem palliativa vårdavdelningar i regionen saknar helt sjuksköterskor som är specialister i palliativ omvårdnad.

Skåne

Finns: Har länstäckande ASIH-verksamheter som utgår från Helsingborg, Ängelholm, Lund, Malmö, Trelleborg, Ystad, Kristianstad och Hässleholm. När patienter remitteras till en palliativ verksamhet kan de anslutas fullt till ASIH eller till den palliativa mottagningen, där man också gör anslutnings-/bedömningsbesök i hemmet och sedan huvudsakligen stöttar via telefon och/eller ytterligare hembesök. Man har också vissa uppdragspatienter (t ex blodtransfusioner, dropp) som inte är att betrakta som patienter med palliativa vårdbehov. Slutenvårdsplatserna ligger i de flesta fallen inte på sjukhusen utan utanför. Undantag Ystad och Trelleborg. Läkarjourlinje finns 24/7 men de som ringer slussas först till sjuksköterska på teamet eller till den palliativa vårdavdelningen. Barn tas emot över hela regionen.

Saknas: Utvecklad palliativ mottagningsverksamhet på samtliga regionens sjukhus riktad till patienter med komplexa palliativa vårdbehov tidigt i sjukdomsförloppet. Förutom i Ystad och Trelleborg saknas specialiserade palliativa vårdplatser på sjukhusen, och fullt utvecklad konsultverksamhet saknas vid sjukhusen i Ängelholm och Trelleborg.

Stockholm

Finns: Stockholm är landets enda region med vårdval. Dessutom har alla licensierade ASIH-team uppdraget att även stötta patienter som inte har palliativa vårdbehov, vilket utgör en betydande andel av patienterna. Det kan gälla transfusioner, antibiotikabehandling, droppbehandling etc. De många hemsjukvårdsteamet täcker hela regionen med särskilda utmaningar gällande skärgården. De palliativa vårdplatserna finns utanför sjukhusen med undantag för Södertälje och Danderyds sjukhus. En palliativ läkarkonsult besöker regelbundet sjukhusets samtliga vårdavdelningar i Södertälje. NKS Solna har ett konsultteam med läkare och sjuksköterska som fyra dagar i veckan stöttar onkologiska verksamheter och en dag i veckan stöttar onkologiska verksamheter på Huddinge sjukhus. Danderyds sjukhus har ett konsultteam med specialistsjuksköterskor i palliativ vård. Barnhospicet Lilla Erstagården och det palliativa barnteamet som utgår från Astrid Lindgrens barnsjukhus stöttar barn under 18 års ålder.

Saknas: Specialiserade palliativa vårdplatser på alla akutsjukhus förutom Södertälje, palliativa konsultteam som riktar sig till alla vårdavdelningar saknas på NKS Solna, NKS Huddinge, S:t Göran, Södersjukhuset, Norrtälje. Konsultteamet på Danderyds sjukhus saknar helt läkare och läkarna som bemannar de palliativa vårdplatserna (avdelning 98) är inte specialister i palliativ medicin. Palliativmedicinsk jourlinje 24/7 som är tillgänglig för alla med komplexa palliativa behov som inte är inskrivna i ASIH eller på palliativa vårdavdelningar utanför sjukhus saknas i hela regionen förutom i Södertälje.

Södermanland

Finns: Har tre sjukhus i Eskilstuna, Nyköping och Katrineholm. Hemsjukvårdsteam (=SSIH) finns länstäckande och utgår även från Strängnäs och Trosa/Gnesta. Nyköping har rondjourslinje lördag-söndag 9–14 som delas med geriatrikerna. Slutenvårdsplatser finns på sjukhusen i Eskilstuna och Nyköping. På Nyköpings sjukhus besöks samtliga avdelningar under en förmiddag/vecka av SSIH och i

Katrineholm har SSIH varje tisdag en palliativ rond på sjukhuset. Barn får stöd av SSIH men ofta med läkaransvar hos barnkliniken.

Saknas: Fullt utvecklad konsultverksamhet som dagligen tjänstgör som en resurs för de tre sjukhusens ineliggande patienter och patienter som vårdas utanför sjukhusen, specialiserad palliativ mottagningsverksamhet saknas på alla regionens sjukhus, palliativa vårdplatser saknas på sjukhuset i Katrineholm, regionövergripande palliativmedicinsk jourlinje 24/7. Generellt saknas helt läkare som är specialister i palliativ medicin både i hemsjukvårdsteamet och på de palliativa vårdplatserna i Nyköping och Eskilstuna.

Uppsala

Finns: Har verksamheter som utgår från Akademiska sjukhuset, Enköpings lasarett och Tierp. Den palliativa enheten i Uppsala har en regionövergripande konsultverksamhet bemannad med två sjuksköterskor. Där bedrivs också viss mottagningsverksamhet med cirka fyra besök/vecka. Slutenvårdsplatser på sjukhus finns i Enköping och utanför sjukhuset i Uppsala.

Saknas: Läkartjänst knuten till det palliativa konsultteamet, utvecklad palliativ mottagningsverksamhet för patienter med komplexa palliativa vårdbehov tidigt i förloppet oavsett diagnos i Enköping, läkare med specialistkompetens i palliativ medicin saknas i hemsjukvårdsteamet i Uppsala och Tierp och otillräckligt (endast 50%) vid slutenvårdsplatserna utanför sjukhus i Uppsala, specialiserade palliativa vårdplatser på sjukhuset saknas helt i Uppsala, liksom regionövergripande palliativmedicinsk jourlinje 24/7 öppen för alla läkare och sjuksköterskor som ansvarar för patienter med komplexa palliativa vårdbehov.

Värmland

Finns: Regionens specialiserade palliativa vård utförs delvis av närsjukvårdenheter i Arvika, Torsby, Kristinehamn och Säffle för patienter över 18 år oavsett diagnos där teamen har en stödjande funktion till kommunens hemsjukvård. I Karlstad är det specialiserade palliativa konsultteamet organiserat under onkologkliniken och ansluter endast patienter med cancersjukdom, vilket även gäller för regionens specialiserade palliativa slutenvårdsplatser. Regionen har ingen gemensam jourverksamhet men i Karlstad har teamet tillgång till jourlinjen som delas med onkologen.

Saknas: Mottagnings- och konsultverksamheter samt en jourlinje förutom i Karlstad. Patienter med andra diagnoser än cancer som bor i Karlstads kommun och närområdet har inte möjlighet att anslutas till specialiserad palliativ hemsjukvård och inte heller vårdas på de palliativa slutenvårdsplatserna på Karlstads sjukhus.

Västerbotten

Finns: Hemsjukvårdsteam och konsultteam finns på sjukhusen i Skellefteå och Umeå.

Konsultsjuksköterskor finns även i Lycksele med stöd av läkare 10%. Konsultteamet i Umeå består bara av sjuksköterskor. Regionen saknar palliativa vårdplatser på sjukhus men i Umeå finns Axlågårdens hospice som är stiftelsedrivet och bemannas av läkare från Umeås palliativa enhet.

Läkarna på den specialiserade palliativa enheten bemannar en regiongemensam jourlinje 24/7 som är öppen för alla som ansvarar för patienter med palliativa vårdbehov. Den palliativa hemsjukvården i inlandet baseras på primärvården och stöd till de kommunala hemsjukvårdsteamet av konsultteamet i Lycksele. Barn stöttas på samma villkor som vuxna.

Saknas: Läkartjänst på konsultteamet i Umeå, palliativ mottagningsverksamhet i hela regionen, specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på samtliga tre sjukhus.

Västernorrland

Finns: Har en regiongemensam klinik med tydligt skriftligt uppdrag och dessutom ett stiftelsedrivet hospice i Sundsvall. Hemsjukvårdsteamet täcker tillsammans hela regionens yta och utgår från Ånge,

Sundsvall, Sollefteå, Härnösand och Örnsköldsvik. Barn under 18 år stöts av ett speciellt barnteam utgående från barnmedicin Sundsvall.

Saknas: Utvecklad palliativ mottagningsverksamhet i hela regionen liksom palliativmedicinska konsultteam och specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på sjukhus och palliativmedicinsk jourlinje 24/7.

Västmanland

Finns: På Västerås sjukhus finns ett konsultteam som täcker hela regionen och regelbundet besöker samtliga sjukhusets vårdavdelningar inklusive det största korttidsboendet i Västerås. Hemsjukvårdsteam finns också i Fagersta, Sala och Köping men bemannas läkarmässigt från Västerås. I Fagersta och Köping är den palliativa hemsjukvården samorganiserad med det lokala närsjukvårdsteamet. Regionövergripande palliativmedicinsk jourlinje finns 24/7 dit alla läkare och sjuksköterskor som handlägger anslutna patienter får vända sig vid behov. Specialiserade palliativa vårdplatser finns i Västerås utanför sjukhuset (ingen kulvertförbindelse). En nystartad palliativ mottagning vänder sig än så länge till patienter i Västerås, Surahammar och Hallstahammar. Västeråsteamet sköter alla barn och ungdomar under 18 år.

Saknas: Palliativ mottagningsverksamhet som vänder sig till alla regionens kommuner och specialiserade palliativa vårdplatser på sjukhuset i Västerås.

Västra Götaland

Skaraborg

Finns: Östra delen av regionen servas av Alingsås, Borås, Skövde och Lidköping. Alingsås har ett hemsjukvårdsteam vars läkare också rondar fem palliativa vårdplatser på kirurgkliniken. Borås har ett hemsjukvårdsteam samt en konsultläkare som sköter ineliggande anslutna patienter oavsett klinik samt är tillgänglig för frågor angående andra patienter både på sjukhuset och utanför. Skövde har hemsjukvårdsteam och palliativa vårdplatser på sjukhuset. Lidköping har ett hospice som ligger nära sjukhuset. Jourmässigt har endast Skövde palliativ läkarjour tillgänglig på lördag förmiddagar. Borås stöttar även barn, vilket inte är fallet i Alingsås och Skövde.

Saknas: Utvecklad palliativ mottagningsverksamhet på samtliga sjukhus samt utvecklad konsultverksamhet på Alingsås, Skövde och Lidköpings sjukhus, specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på Borås sjukhus, slutenvårdsplatser på sjukhus i Alingsås för patienter med andra diagnoser än kirurgiska, regionövergripande palliativmedicinska jourlinjer 24/7 tillgänglig för alla som ansvarar för patienter med palliativa vårdbehov, tillgång till palliativ hemsjukvård för barn under 18 år i Skövdes upptagningsområde.

NU-sjukvården (Norra Älvsborgs sjukhus i Trollhättan och Uddevalla sjukhus)

Finns: NU sjukvården utgår med sitt palliativa rådgivningsteam från Uddevalla sjukhus och är en stödjande enhet till kommunernas hemsjukvårdsteam. Sammanlagt betjänas 15 kommuner i så kallade Fyrbodal samt Lilla Edet. Alla patienter oavsett diagnos och över 18 år med palliativa vårdbehov kan anslutas till rådgivningsteamet. På Uddevalla sjukhus finns slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård avdelat från kirurgkliniken. Läkarberedskap finns på dagtid även under helger.

Saknas: Palliativ mottagningsverksamhet, utvecklad palliativ konsultverksamhet med planerade ronder, egen palliativmedicinsk jourlinje 24/7 samt tillgång till specialiserad palliativ vård för patienter <18år.

SIMBA (Vårdsamverkan i Kungälv, Stengungsund, Tjörn och Ale kommuner)

Finns: Palliativa rådgivningsteamet för kommunerna Kungälv, Stengungsund, Tjörn och Ale utgår från Kungälv sjukhus. Teamet har en stödjande funktion till kommunernas hemsjukvård.

Saknas: Palliativmedicinsk jourlinje 24/7, egna slutenvårdsplatser, mottagningsverksamhet och organiserad konsultverksamhet med ronder på sjukhuset.

Palliativt centrum Göteborg

Finns: Palliativa rådgivningsteam (PRT) utgår från Sahlgrenska sjukhus palliativa enhet och samarbetar med primärvårdens hemsjukvård i Göteborg, Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö. PRT arbetar kontorstid för alla patienter oavsett diagnos och ålder för vård i livets slut. Sydvästra Göteborg har tillgång till ett ASIH team med dygnet runt vård för specialiserad palliativ vård. Teamet har personal dygnet runt och tillgång till egen jourlinje. Kommunen har tillgång till Änggårdens och Kålltorps Hospice samt Bräcke diakoni med 10 platser vardera för specialiserad palliativ slutenvård. Läkare från palliativa enheten rondar och ansvarar för medicinska insatser och tillhandahåller även en jourlinje som delas med ASIH teamet. Konsultverksamhet bedrivs på Sahlgrenska men är endast organiserad på onkologen och hematologen med veckovisa ronder.

Saknas: ASIH för hela upptagningsområdet med dygnet runt vård och slutenvårdsplatser på sjukhus samt mottagningsverksamhet. Jourlinjen är inte tillgänglig för PRT och saknas således för delar av upptagningsområdet. Konsultverksamhet till andra kliniker än onkologi/hematologi på Sahlgrenska och Östra sjukhuset.

Örebro

Finns: Verksamheten utgår från Karlskoga sjukhus och Örebro. Lindesbergs sjukhus, de norra kranskommunerna och Askersund saknar enheter men kan få telefonstöd av Örebros läkare och gällande punktinsatser stöd av sjuksköterskorna på ASIH. Barn sköts av barnkliniken Örebro med stöd av sjuksköterskorna från ASIH över hela länet. Karlskoga har helgjourslinje klockan 8–17 och viss mottagningsverksamhet. Konsultteamet stöttar regelbundet endast kirurgavdelningarna på Karlskoga lasarett. Under jourtid står geriatriken och medicinkliniken för läkarjouren.

Saknas: Utvecklad palliativ mottagnings- och konsultverksamhet i Örebro och Lindesberg. Konsultverksamheten i Karlskoga stöttar inte patienter från andra kliniker än kirurgkliniken. Palliativmedicinsk jourverksamhet 24/7 saknas över hela regionen. Möjligheterna för patienter boende i regionens mer avlägsna hörn (t ex Lindesberg och Askersunds kommuner) är sämre vad gäller fullgott stöd ifrån den specialiserade palliativa hemsjukvården.

Östergötland

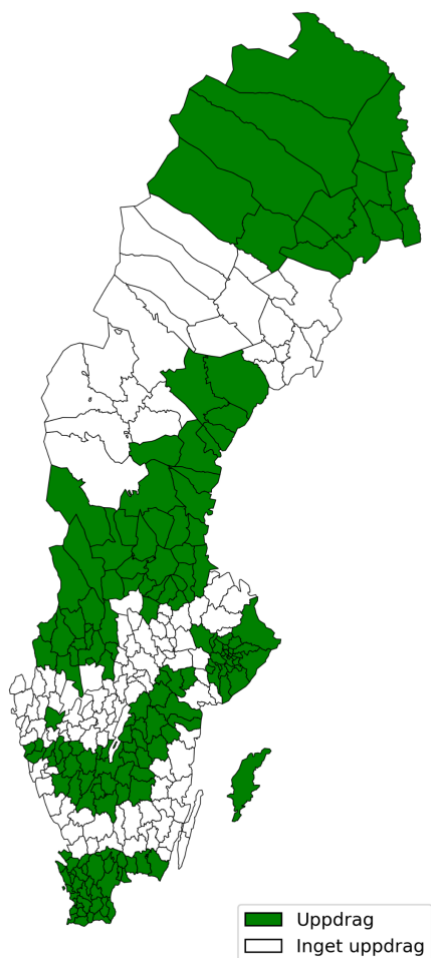
Finns: Regionens specialiserade palliativa vård utgår från sjukhusen i Linköping, Norrköping och Motala och täcker regionens alla kommuner utom Finspång, Valdemarsvik och Kinda. Finspång har ett eget palliativt team som arbetar tillsammans med kommunens hemsjukvårdsteam och använder kommunens korttidsplatser för inneliggande vård. Kinda och Valdemarsvik har för närvarande inga specialiserade palliativa enheter knutna till sina verksamheter men har möjlighet att konsultera de regionala resurserna vid behov.

Slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård finns i Norrköping fyra platser och i Motala sex platser som är avdelade från en medicinavdelning medan teamet i Linköping driver egen avdelning med sju platser. Konsultverksamhet med organiserade veckovisa ronder finns på universitetssjukhuset i Linköping för onkologen, kirurgen, KAVA (kirurgisk allvårdsavdelning) och lungmedicin. Teamet i Linköping bedriver specialiserad palliativ vård i hemmet dygnet runt medan teamen utgående från Norrköping och Motala inte har egen bemanning nattetid utan samarbetar med primärvårdens hemsjukvård. Alla teamen arbetar även konsultativt gentemot primärvårdens hemsjukvård för patienter som bor utanför tätorterna, till exempel på små orter i regionens södra delar (Ydre, Malexander) samt i skärgården. Teamen ansluter patienter oavsett diagnos och ålder för vård i livet slut. Egen jourlinje finns för enheten i Linköping.

Saknas: mottagnings- och konsultverksamheter samt en palliativmedicinsk jourlinje 24/7 för Norrköping, Finspång och Motala. Som nämns ovan saknas specialiserade palliativa enheter i Valdemarsvik och Kinda.

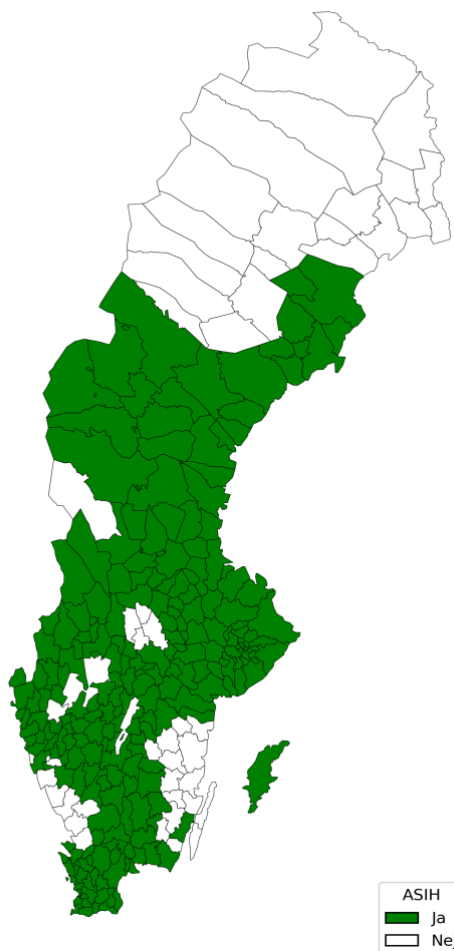
Vita fläckar per indikator – kommunvisa kartor

Sverigekarta: Uppdrag per kommun



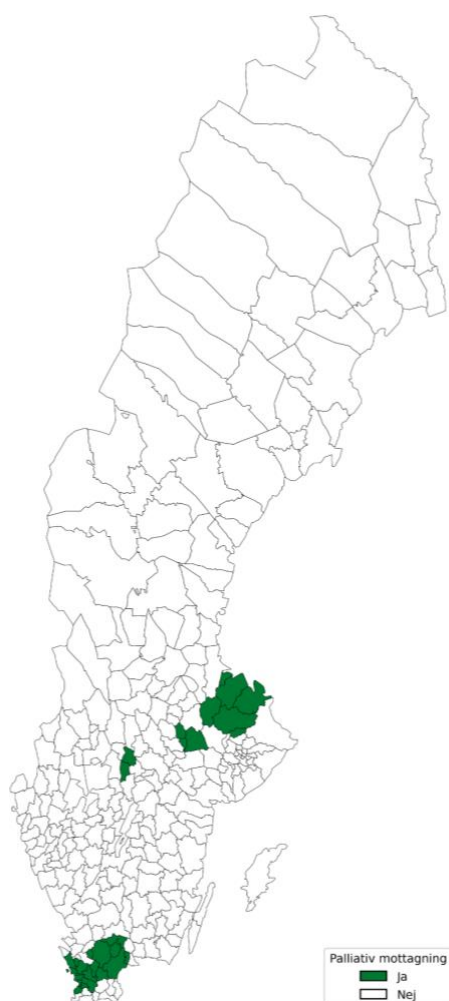
Grönt = Specialiserade palliativa verksamheter har ett tydligt skriftligt uppdrag från högre administrativ nivå.

ASIH



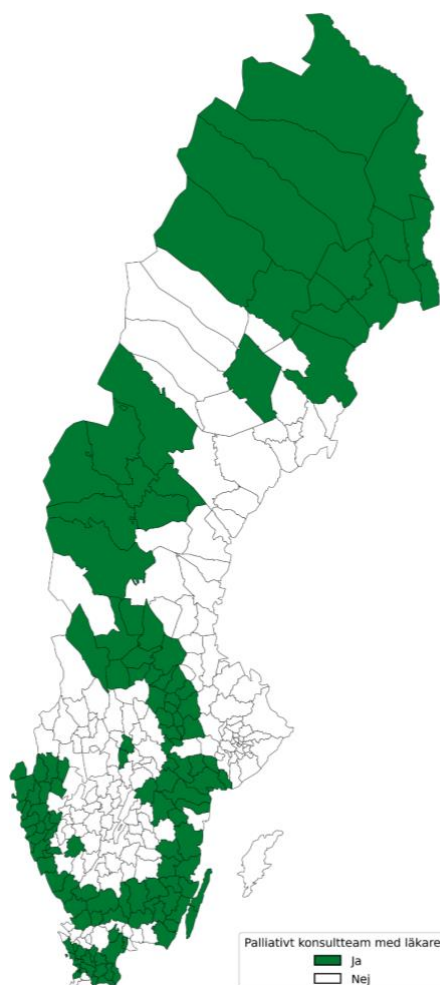
Grönt = Specialiserad palliativ hemsjukvård tillgänglig dygnet runt alternativt kontorstid fem dagar i veckan med samarbete med kommunal personal som även i vissa fall täcker jourtid.

Palliativ mottagning



Grönt = Specialiserad palliativ mottagning för patienter som inte är anslutna till annan specialiserad palliativ verksamhet med bokningsbara tider och bemannad med specialister i palliativ medicin/omvårdnad.

Palliativt konsultteam med läkare



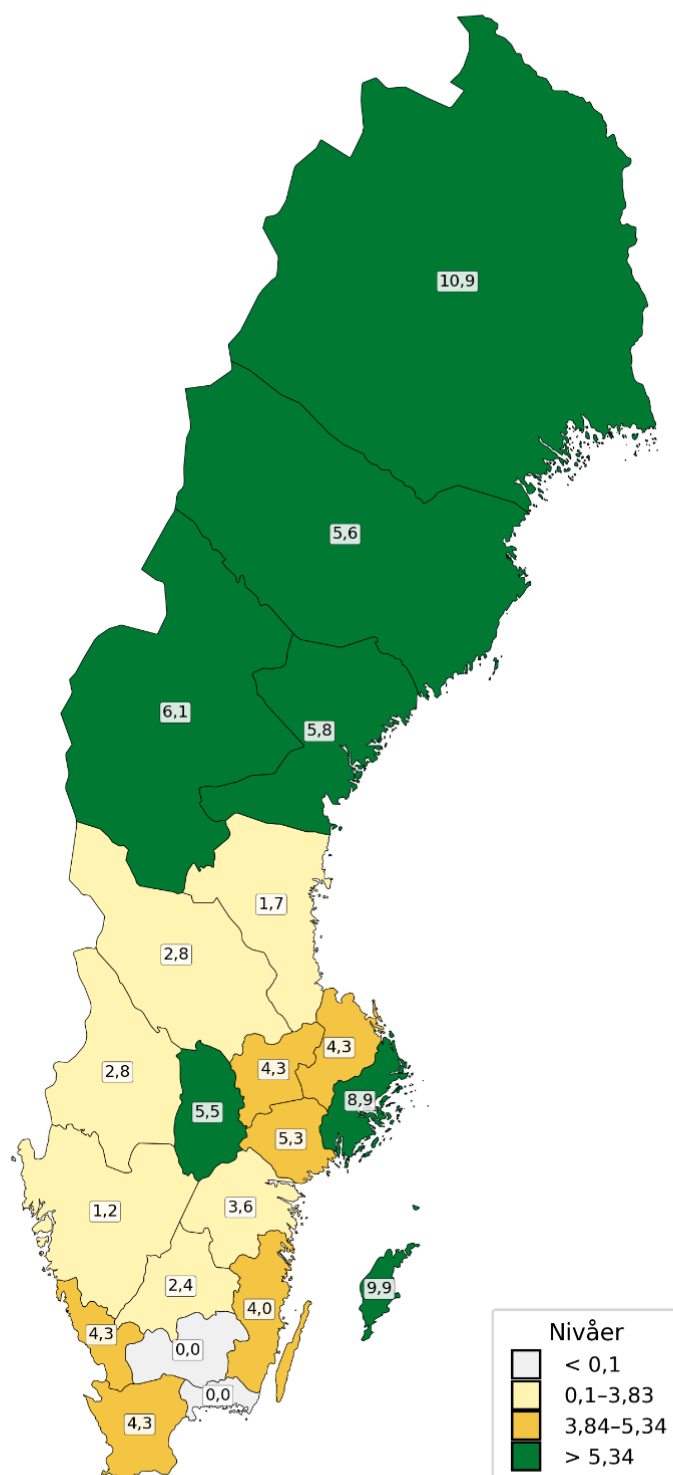
Grönt = Specialiserat palliativt konsultteam som regelbundet arbetar som konsulter och är fysiskt närvarande på sjukhusens olika avdelningar men också tillgängliga för patienter med komplexa palliativa behov utanför sjukhus.

Palliativa slutenvårdsplatser per 100 000 invånare

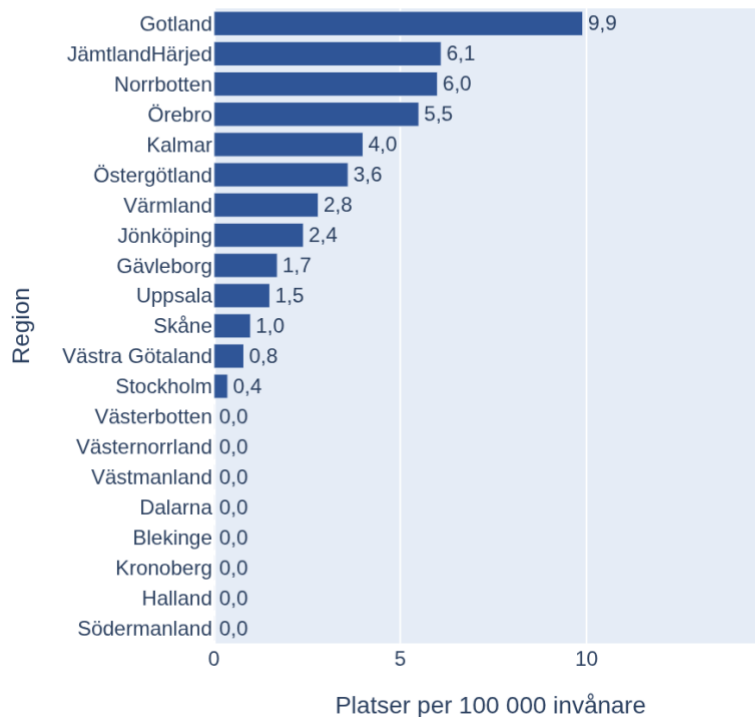
European Association for Palliative Care (EAPC) rekommenderar 8–10 slutenvårdsplatser per 100 000 invånare. Den siffra som redovisas under denna rubrik är summan av slutenvårdsplatser oavsett om de ligger på eller utanför akutsjukhuset och oavsett om de är bemannade med specialister i palliativ medicin eller ej.

I Sverige är det endast region Norrbotten (10,9 vårdplatser/100 000 invånare), Gotland (9,9) och Stockholm (8,9) som kommer upp till de rekommenderade nivåerna. Kronoberg och Blekinge har inga platser alls och övriga regioner har 5–6 vårdplatser/100 000 invånare eller lägre. I Norrbotten finns det slutenvårdsplatser på samtliga fem sjukhus i regionen, men det är endast två av dessa enheter som är bemannade med specialist i palliativ medicin. I Västerbotten och Västernorrland är samtliga specialiserade palliativa slutenvårdsplatser placerade på var sitt hospice. I Jämtland och Örebro är alla specialiserade palliativa slutenvårdsplatserna belägna på respektive sjukhus. I Stockholm finns de allra flesta palliativa slutenvårdsplatserna utanför akutsjukhusen, undantag Södertälje sjukhus.

Antalet slutenvårdsplatser i specialiserad palliativ vård/100 000 invånare



SPSV-platser på sjukhus per 100 000 invånare

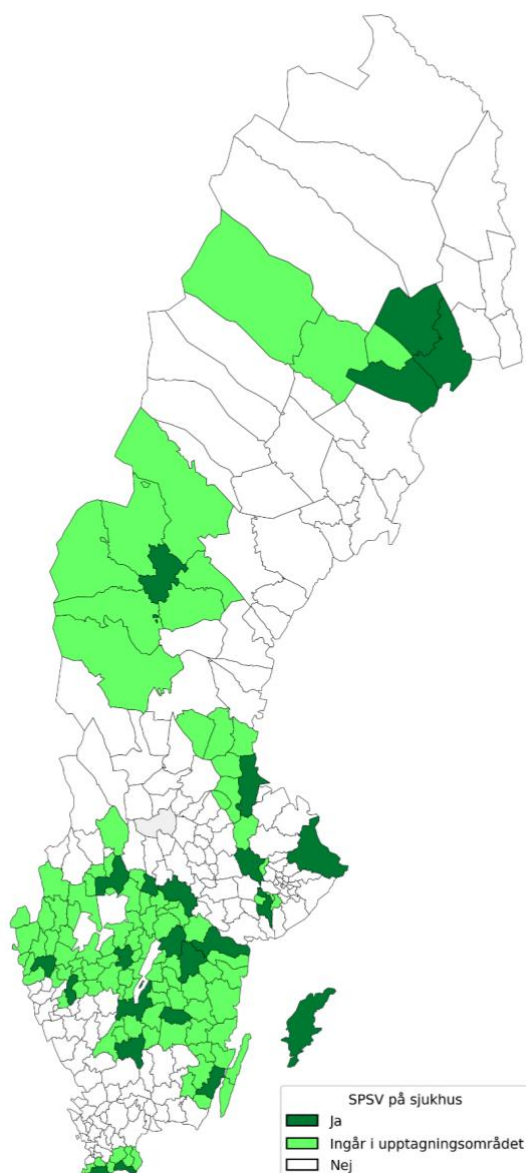


Specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på sjukhus ger möjlighet till tidseffektiv analys och lindring av komplexa palliativa symtom. Tillgången till sjukhusets resurser som röntgen, skopier och andra specialistkonsulter innebär fler möjligheter än om patienten vårdas på specialiserade palliativa slutenvårdsplatser utanför sjukhus. För att platserna ska benämnas som specialiserade i denna rapport krävs bemanning med läkare som är specialist i palliativ medicin.

Från norr till söder visar denna inventering att regionerna Västerbotten, Västernorrland, Dalarna, Västmanland, Södermanland, Halland, Kronoberg, Blekinge har noll specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på sjukhus som uppfyller dessa kriterier.

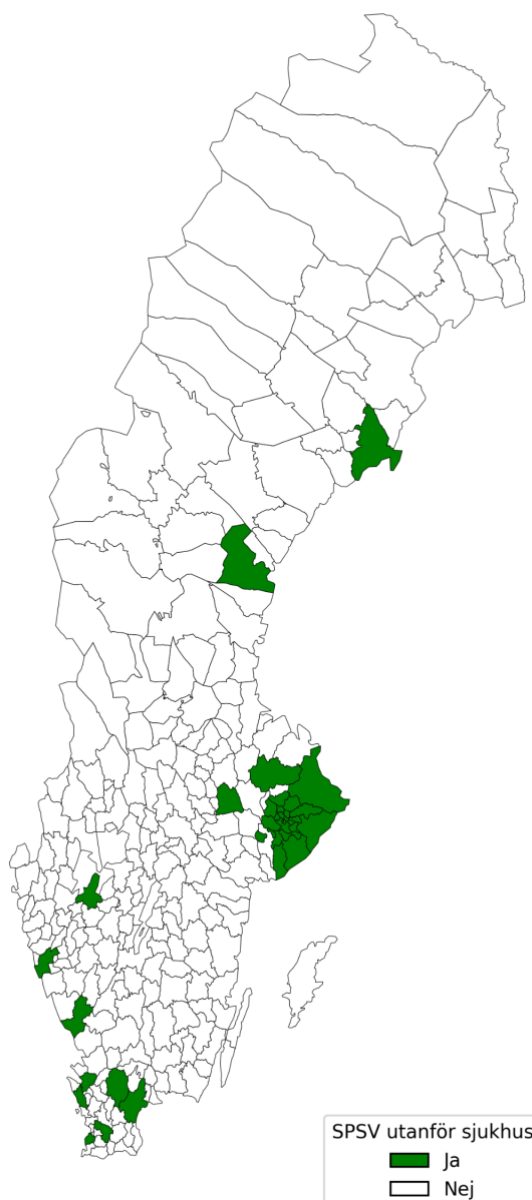
Dessutom har regionerna Stockholm, Uppsala, Skåne, Västra Götaland, Gävleborg mindre än 2 specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på sjukhus per 100 000 invånare.

SPSV på sjukhus



Grönt = Specialiserade palliativa vårdplatser på akutsjukhus som är bemannade med minst en läkare som är specialist i palliativ medicin. Ljusgrönt = kommuner som ingår i grönmarkerat sjukhus upptagningsområde. Vitt = saknar tillgång till specialiserade palliativa vårdplatser på akutsjukhus.

SPSV utanför sjukhus



Grönt = Specialiserade palliativa vårdplatser utanför sjukhus, dvs som ligger utan kulvertförbindelse. Är bemannad med minst en läkarspecialist i palliativ medicin. Endast kommunen där enheten fysiskt är placerad är grönmarkerad oavsett verksamhetens upptagningsområde.

Specialister i palliativ medicin och palliativ omvårdnad per 100 000 invånare

EAPC:s rekommenderar att 1,2-1,5 läkarspecialist ska bemanna slutenvårdsplatserna för 100 000 invånare. Dessutom ska det finnas både ett hemsjukvårdsteam och en konsultverksamhet som bör ha en läkarspecialist vardera. Dessutom ska en palliativmedicinsk jourlinje bemannas. Det gör att 4 specialister i palliativ medicin/100 000 invånare måste vara ett riktmärke för en rimlig bemanning. Till detta kommer förstås behov av underläkare och ST-läkare.

Inventeringen visar att endast vissa delar av region Östergötland (Linköping, Finspång) och region Skåne (Ystad, Kristianstad, Hässleholm) kommer upp till eller över detta tal. I stora delar av region Uppsala, Södermanland, storGöteborg, Värmland (utom Karlstad) och Gävleborg (utom Gävle) är siffran noll eller nära noll.

Vad gäller specialister i palliativ omvårdnad finns inga internationella rekommendationer att luta sig emot. Rimligt är att konsultteamet bemannas med en sjuksköterska som är specialist i palliativ omvårdnad och att både slutenvårdsplatser och hemsjukvårdsteam har som minst två specialister i palliativ omvårdnad var. Det gör ett riktmärke på minst 5 sjuksköterskor som är specialister i palliativ omvårdnad per 100 000 invånare.

Tittar vi över landet från norr till söder är det endast Kalix, Bollnäs, största delarna av region Dalarna, Katrineholm, vissa delar av region Jönköping, region Kronoberg, Kristianstad och Lund som lever upp till detta. Stora delar av Västra Götaland och Västmanland har siffror under 1 specialistsjuksköterska/100 000 invånare. Notera att vi saknar fullständiga uppgifter från region Stockholms alla verksamheter.

Tveklöst gör många palliativa enheter värdefulla insatser tack vare engagerat arbete av läkare och sjuksköterskor som inte formellt har den formella specialistkompetensen inom palliativ medicin/omvårdnad. Men för att sörja för god succession av kompetenta yngre kollegor krävs idag formellt att man är specialist i palliativ medicin för att få vara huvudhandledare till en ST-läkare i palliativ medicin.

Det personcentrerade sammanhållna palliativa vårdförloppet anger att målsättningen för specialiserade palliativa verksamheter bör vara att minst 50% av anställd personal ska besitta relevant specialistutbildning i palliativ medicin/omvårdnad.

För undersköterskor som är specialister i palliativ omvårdnad saknas det tyvärr både rekommendationer och fullständiga uppgifter i vår kartläggning. För specialiserade palliativa verksamheter inom ett geografiskt område så borde en rimlig miniminivå kunna vara två specialister per slutenvårdsenhet och två per hemsjukvårdsenhet (under förutsättning av enheten har den typen av tjänster). Många gånger finns idag undersköterskor som är specialister i palliativ omvårdnad anställda i kommunala vårdformer där man möter många med palliativ vårdbehov. Dessa gör viktiga insatser för sina patienter/vårdtagare men har ofta bristfälliga möjligheter att sprida sina kunskaper och har många gånger helt eller delvis fått finansiera sina två år långa studier (50% studietakt) med egna medel.

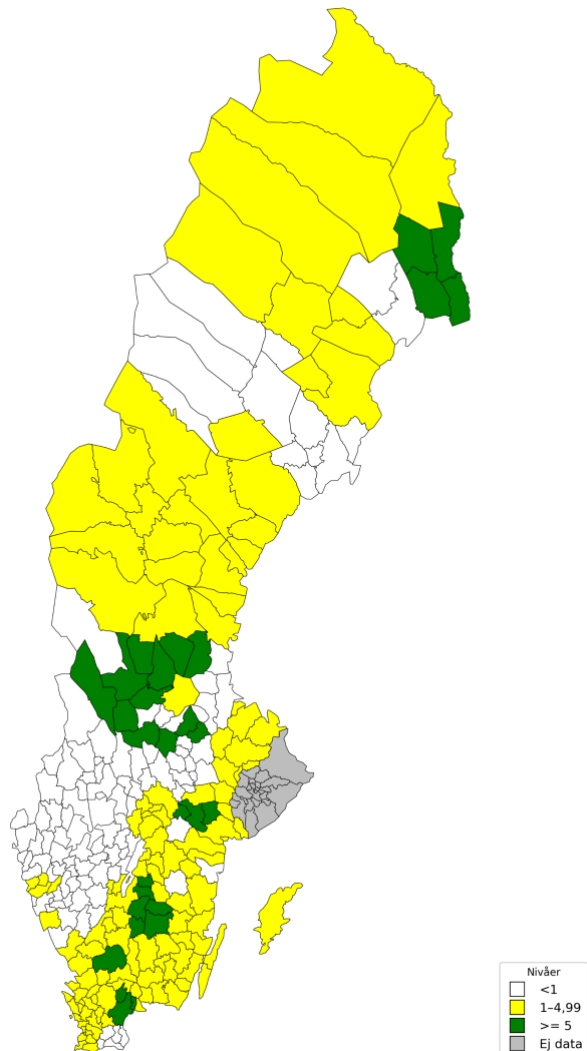
Vad gäller kuratorer bör målsättningen vara att de som är anställda på de specialiserade palliativa verksamheterna har genomgått den ettåriga legitimeringsutbildningen. Om befintliga kuratorer är legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer eller inte har inte kartlagts i denna inventering.

Specialistläkare/100 000 inv.



Det flesta kommunerna i landet saknar en rimlig tillgång (= 4 läkarspecialister eller fler per 100 000 invånare) till läkare som är specialister i palliativ medicin.

Specialistsjuköterskor/100 000 inv.



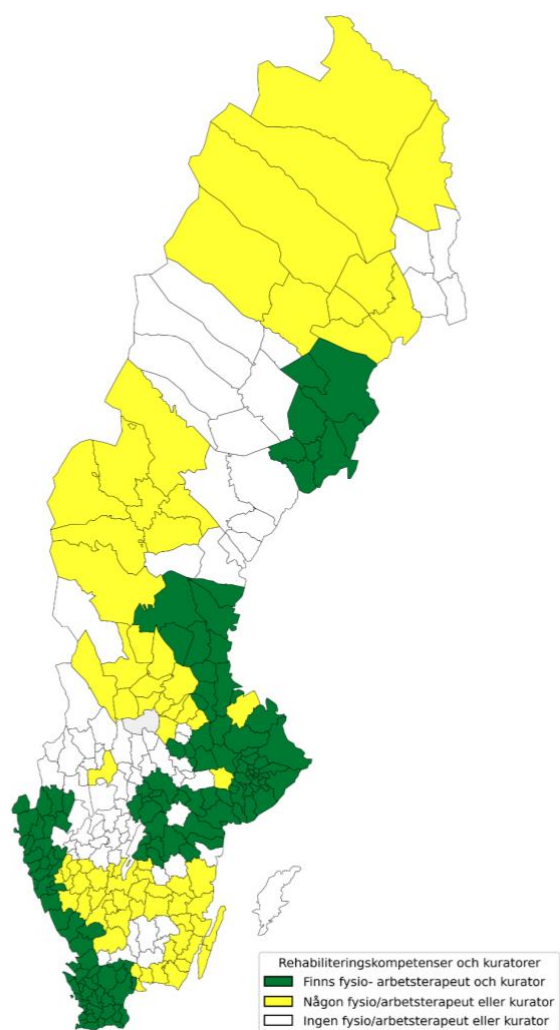
Det flesta kommunerna i landet saknar en rimlig tillgång (= 5 sjuksköterskespecialister eller fler per 100 000 invånare) till sjuksköterskor som är specialister i palliativ omvårdnad.

Anställda kuratorer och/eller rehabiliteringskompetenser (arbetsterapeut och fysioterapeut)

EAPC rekommenderar att de specialiserade palliativa hemsjukvårdsteamerna bemannas med läkare, sjuksköterska och psykosocial kompetens och helst också arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist. Tjänstgöringsgraden för respektive yrkeskategori är inte uttryckt och det finns inte heller rekommendationer gällande andra specialiserade palliativa verksamheter (konsultteam, slutenvårdsenheter).

I denna inventering har vi betonat om kurator, arbetsterapeut och fysioterapeut finns i teamet på regelbunden tydlig tjänstgöringstid som är förutsägbar varje vecka. Många verksamheter anger att de kan utnyttja dessa kompetenser vid behov. Vi menar att om dessa kompetenser är aktiva delar av det specialiserade palliativa teamet gör det stor skillnad vad gäller möjligheten att driva och utveckla dessa delar både inom teamet och gentemot samarbetspartners på och utanför sjukhusen. En rimlig målsättning är därför att dessa kompetenser ska vara aktiva medarbetare på alla specialiserade palliativa enheter.

Rehabiliteringskompetenser och kuratorer



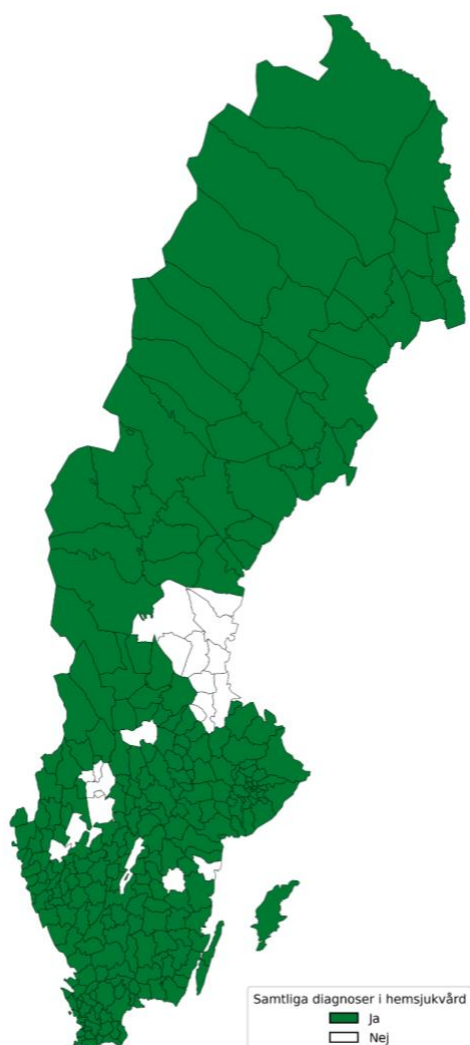
De flesta kommunerna saknar en eller flera av de grundläggande rehabiliteringskompetenserna (arbetsterapeut, fysioterapeut) och/eller kuratorer fast knutna till de specialiserade palliativa teamen.

Läkarjourlinje

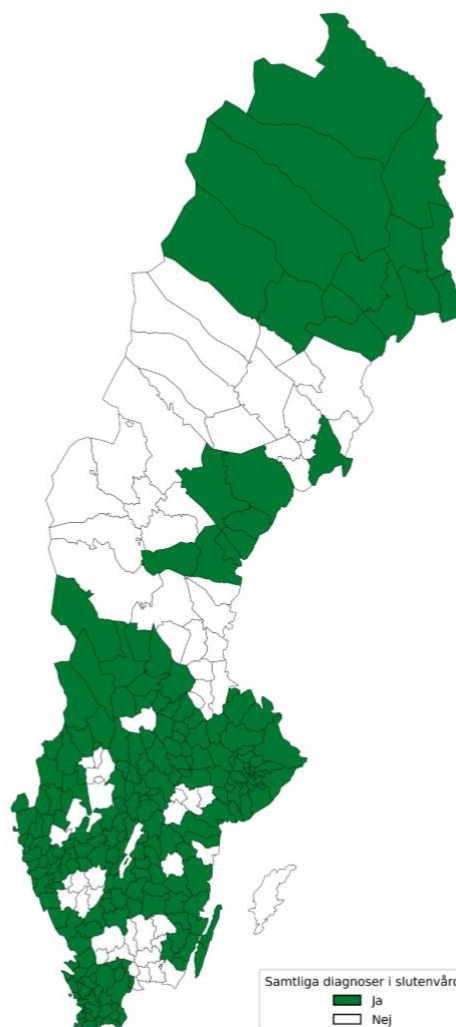


Grönt = Palliativmedicinsk läkarjourlinje bemannad 24/7 och tillgänglig för såväl anslutna som icke anslutna patienter.

Samtliga diagnoser i hemsjukvård



Samtliga diagnoser i slutenvård



Grönt = Områden där patienter oavsett diagnos har möjlighet att få stöd av den specialiserade palliativa kompetensen i området i form av ASIH och/eller palliativa konsultteam.

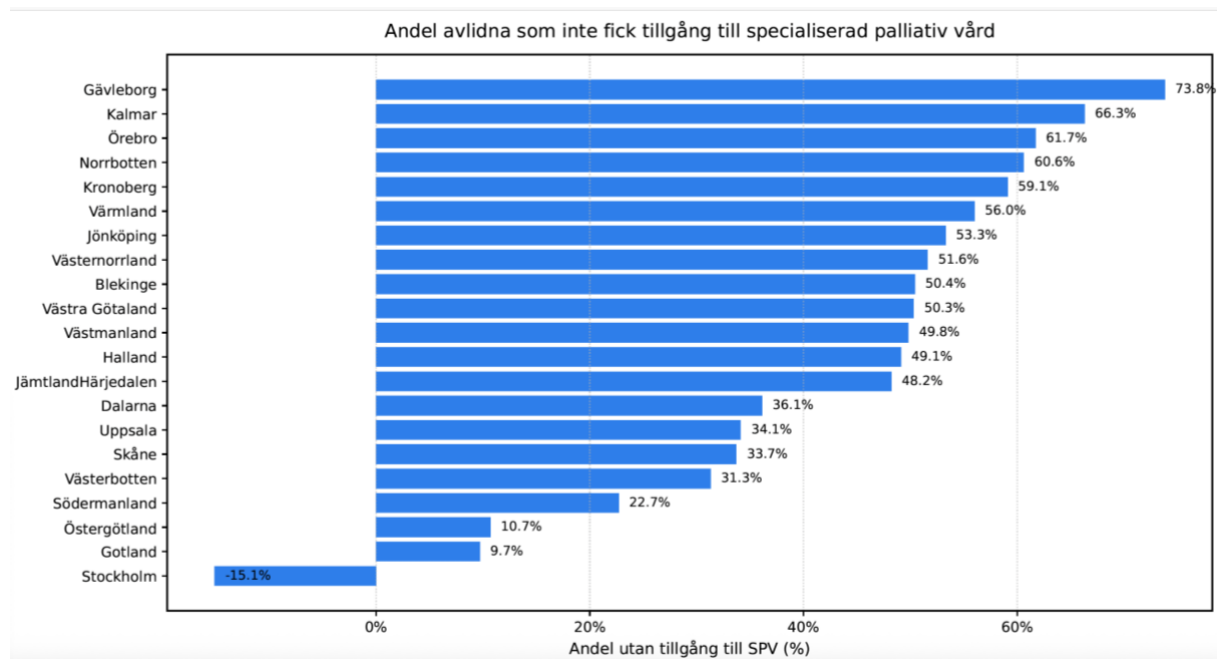
Grönt = Patienter oavsett diagnos har möjlighet att bli inlagda på specialiserade palliativa slutenvårdsenheter (på eller utanför sjukhus).

Tillgång till någon form av specialiserad palliativ kompetens

Via data från Svenska palliativregistret dödsfallsenkät har vi sammanställt hur många individer som rapporterats in från specialiserade palliativa enheter (hemsjukvårdsenheter och slutenvårdsenheter) samt hur många som angetts fått palliativt konsultstöd som avlidit på icke specialiserade enheter. Den totalsiffran har regionvis jämförts med den uppskattade siffran för hur många av samtliga dödsfall som hade behövt någon form av specialiserat palliativt stöd. En siffra som beräknats genom att ta 25% av regionens officiellt registrerade dödsfall.

Resultatet av denna jämförelse visar att i hela landet är det cirka 8500 personer som inte fått stöd från den specialiserade palliativa vården som troligen hade haft nytta av ett sådant stöd. Den enda region där siffrorna för de som fått specialiserat palliativt stöd överstiger det beräknade behovet är region Stockholm. Övriga tjugo regioner har alla ett större eller mindre antal patienter som inte fått tillgång

till specialiserat palliativ kompetensstöd. Se stapeldiagram. Exakta siffror kan ses i tabellform i bilaga 1.



Ovanstående stapeldiagram visar med stor tydlighet att variationen mellan regionerna är mycket stor vad gäller hur stor andel av befolkningen som får tillgång till någon form av specialiserad palliativ vård. En variation som inte kan motsvaras av en så pass stor spridning av befolkningens reella behov. Siffrorna baserar sig på data som rapporterats in till Svenska palliativregistret. En felkälla att beakta är att andelen dödsfall som rapporteras in från vårdinrättningar som bedriver allmän palliativ vård varierar något vilket kan påverka andelen som angivits fått palliativt konsultstöd. Däremot är täckningsgraden från specialiserade palliativa enheter (både hemsjukvård och slutenvård) mycket hög, minst 95%, och den andelen står för en mycket stor andel av antalet patienter som i respektive region fått stöd av specialiserad palliativ kompetens.

Noteras bör region Stockholms siffra vilken anger att 15% fler än den beräknade andelen om 25% av alla dödsfall fått specialiserat palliativt stöd. Anledningarna bakom denna siffra kan vara flera: Att region Stockholm är den enda region som har vårdval för specialiserad palliativ vård (både hemsjukvård och slutenvård) vilket lett till etablering av mellan fyrtio och femtio ASIH-team. Ett antal som är dubbelt så många som skulle behövas enligt EAPC:s rekommendationer om ett ASIH-team per 100 000 invånare. En annan bidragande anledning kan vara det tvång som åligger alla specialiserade palliativa enheter att rapportera in samtliga dödsfall till Svenska palliativregistret vilket ger en i det närmaste hundra procentig täckningsgrad. En tredje anledning skulle kunna vara den stora bristen på vårdplatser på regionens sjukhus vilket gör att många förväntade dödsfall överförs till palliativa slutenvårdsenheter utanför sjukhus under sina sista levnadsdygn och därmed alltid rapporteras in till Svenska palliativregistret. Detta trots att de egentligen inte alltid har komplexa palliativa vårdbehov.

Region Stockholms siffra är också en god illustration av att låga siffror i detta stapeldiagram inte självklart innebär att tillgången till specialiserad palliativ kompetens är optimal i regionen. Övriga resultat i denna rapport visar att såväl specialiserade mottagningar, konsultfunktioner och slutenvårdsplatser på sjukhus saknas i stor utsträckning i region Stockholm. Detta torde innebära att stödet för patienter med komplexa palliativa vårdbehov tidigt i sjukdomsförloppet och för de som vårdas inom den allmänna palliativa vården (inom kommunala boendeformer och på sjukhusavdelningar) är otillräckligt.

Utifrån denna inventerings resultat vill Nationella rådet för palliativ vård föreslå ett antal behövliga åtgärder på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa en fungerande specialiserad palliativ vård.

Dessa förslag finns samlade i bilaga 3.

Sammanställt av:

Bertil Axelsson, professor emeritus i palliativ medicin, ordförande i Nationella rådet för palliativ vård

Martin Dreilich, med dr, specialist i palliativ medicin, ledamot i Svenska palliativregistrets ledningsgrupp

Staffan Lundström, docent, specialist i palliativ medicin, FoUU-ansvarig Svenska palliativregistret

Maria Andersson, specialistsjuksköterska i onkologi, registerhållare i Svenska palliativregistret

Februari 2026

Bakgrundsdocument

1. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. Pall Med 2022, 36(4) 680–697. DOI: 10.1177/02692163221074547.
2. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård. Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, Sveriges regioner och kommuner 20220603.
3. Kvalitetsunderlag för allmän och specialiserad palliativ vård. Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, Sveriges regioner och kommuner.
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npoaldreshalsaochpalliativvard/palliativvard/vardforloppalliativvard.93017.html>
4. Palliativ vård. – vuxna, Nationellt vårdprogram, RCC i samverkan våren 2026.
5. Svenska palliativregistrets årsrapport 2024. www.palliativregistret.se

Bilaga 1. Behov av specialiserad palliativ kompetens

Tabellen visar antalet personer som beräknas ha behov av kortare eller längre stöd av specialiserad palliativ kompetens i någon form (t ex konsult, mottagning eller anslutning till specialiserat hemsjukvårdsteam eller inskrivning i specialiserad palliativ slutenvård). Behovet beräknas vara 25% av antalet dödsfall (= tredje kolumnen). Denna siffra har sedan jämförts med antalet patienter som i Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät har rapporterats från någon form av specialiserad palliativ vårdenhet eller angetts fått stöd av palliativ konsult. Skillnaden har angivits i antal i kolumn fyra och i procent av det beräknade behovet i kolumn fem.

Region	Dödsfall 2024	Spec pall behov	Inte fått spec pall vård	Procent som inte fått
Stockholm	15 410	3852	-583	-15,1
Uppsala	3 090	772	263	34,1
Södermanland	3 063	768	174	22,7
Östergötland	4 213	1 053	113	10,7
Jönköping	3 214	803	428	53,3
Kronoberg	1 859	465	275	59,1
Kalmar	2 697	674	447	66,3
Gotland	673	168	16	9,7
Blekinge	1 783	446	225	50,4
Skåne	12 200	3 050	1 029	33,7
Halland	3 078	769	378	49,1
Västra Götaland	15 083	3 771	1 898	50,3
Värmland	3 113	778	436	56,0
Örebro	2 828	707	436	61,7
Västmanland	2 732	683	340	49,8
Dalarna	3 130	783	283	36,1
Gävleborg	3 217	804	593	73,8
Västernorrland	2 867	717	370	51,6
Jämtland Härjedalen	1 363	340	164	48,2
Västerbotten	2 783	696	218	31,3
Norrbotten	2 872	718	435	60,6
Totalt			8 521	

Bilaga 2. Palliativa slutenvårdsplatser

Tabellen visar regionernas invånarantal, totalantalet palliativa slutenvårdsplatser och sedan hur många palliativa slutenvårdsplatser totalt regionen har per 100 000 invånare (= kolumn fem) och hur många specialiserade slutenvårdsplatser på sjukhus regionen har per 100 000 invånare (= kolumn sex).

Region	Invånare 2024	Totalt antal palliativa slutenvårdsplatser	Antal spec pall vpl på sjukhus	Antal palliativa slutenvårdsplatser per 100 000 invånare	Antal spec palliativa slutenvårdsplatser på sjukhus per 100 000 invånare
Stockholm	2 460 786	220	9	8,9	0,37
Uppsala	399 138	17	6	4,3	1,50
Södermanland	302 431	16	0	5,3	0,00
Östergötland	470 350	17	17	3,6	3,60
Jönköping	370 553	9	9	2,4	2,40
Kronoberg	204 597	0	0	0	0,00
Kalmar	247 181	10	10	4	4,00
Gotland	60 791	6	6	9,9	9,90
Blekinge	156 971	0	0	0	0,00
Skåne	1 428 503	62	14	4,3	0,98
Halland	345 111	8	0	4,3	0,00
Västra Götaland	1 765 805	22	14	1,2	0,80
Värmland	285 912	8	8	2,8	2,80
Örebro	307 900	17	17	5,5	5,50
Västmanland	280 515	12	0	4,3	0,00
Dalarna	289 266	8	0	2,8	0,00
Gävleborg	287 259	5	5	1,7	1,70
Västernorrland	241 459	14	0	5,8	0,00
Jämtland Härjedalen	132 751	8	8	6,1	6,10
Västerbotten	284 703	16	0	5,6	0,00
Norrbotten	248 431	27	15	10,9	6,00
Totalt		502	138		
Rek enl EAPC		800-1000		8-10	

Tillgång till ytterligare data kan fås efter begäran via info@palliativregistret.se

Bilaga 3. Sammanfattande förslag till åtgärder från NRPV

Utifrån resultaten i denna rapport föreslår Nationella rådet för palliativ vård (NRPV) nedanstående behövliga åtgärder på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa en fungerande specialiserad palliativ vård:

Myndigheter och politiker på nationell nivå

- Ålägger samtliga regioner att erbjuda invånarna en jämlik infrastruktur för specialiserad palliativ vård med specialiserade palliativa mottagningar, konsultverksamhet, hemsjukvårdsteam, specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på och utanför sjukhus, samt palliativmedicinsk jourlinjer 24/7.
- Ger i uppdrag till central myndighet, med adekvat kompetens i palliativ medicin, palliativ omvårdnad och palliativ rehabilitering, att utveckla adekvata uppföljningsindikatorer för hur palliativ vård utvecklas i landet.
- Tillhandahåller erforderliga resurser till Svenska palliativregistret för möjligheter till löpande registrering av dessa uppföljningsindikatorer även tidigare i sjukdomsförloppet (idag endast gällande sista levnadsveckan).

Politiker och verksamheter på regional nivå

- Tillser att samtliga regioner kan erbjuda sina invånare en jämlik infrastruktur för specialiserad palliativ vård med specialiserade palliativa mottagningar, konsultverksamhet, hemsjukvårdsteam, specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på och utanför sjukhus, samt palliativmedicinsk jourlinjer 24/7.
- Utformar tydliga uppdragsbeskrivningar i syfte att kunna möta samtliga invånares komplexa palliativa behov oavsett diagnos, ålder, bostadsort i regionen, vårdform (ordinärt boende, särskilda boendeformer, sjukhus) eller tid kvar att leva.
- Tillför resurser till de palliativa enheterna för att möjliggöra etablering och adekvat bemanning av specialiserade palliativa mottagningar, konsultteam, hemsjukvårdsteam, palliativmedicinsk jourlinje 24/7 och specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på samtliga akutsjukhus samt specialiserade palliativa slutenvårdsplatser utanför akutsjukhus.
- Möjliggör för personal som arbetar inom den specialiserade palliativa vården att genomgå behövlig specialistutbildning i palliativ medicin, palliativ omvårdnad samt legitimerande utbildning för kuratorer på betald arbetstid.
- Tillser att datajournalerna underlättar insamlandet av nationellt framtagna indikatorer för att följa utvecklingen av den specialiserade palliativa vården över landet.
- Ålägger samtliga verksamheter att registrera alla dödsfall i Svenska palliativregistret.
- Tillhandahåller adekvata resurser för att samtlig personal inom specialiserad palliativ vård ges möjlighet till adekvat fortbildning och tid till regelbunden reflektion i grupp på arbetstid.

Specialiserade palliativa enheter

- **Uppdrag:** Alla specialiserade palliativa enheter verkar för att få ett tydligt skriftligt uppdrag från sin huvudman (oftast regionledningen). Där ska framgå den geografiska ytan vars invånare ska servas, vilka åldrar och diagnoser som ska kunna erbjudas stöd (vanligtvis alla om det inte finns andra enheter som fullgör det palliativa åtagandet för dessa grupper), samt helst att det ska inkludera både läkarjourlinje öppen för legitimerad personal som även vårdar ej anslutna patienter, palliativ mottagnings- och konsultverksamhet. Vilka enheter som ska ha extra ansvar för det palliativa utbildningsinnehållet under AT-, BT- och ST-tjänstgöring ska också framgå. Enheterna ska bemannas med läkare, sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut och i tillämpliga fall undersköterska. Samarbete med andra kompetenser som t ex dietist, psykolog och andlig företrädare ska vara formaliserat.
- **Statistik/nyckeltal:** Alla specialiserade enheter redovisar årligen till Palliativguiden följande parametrar (något som troligen kommer att via en årlig verksamhetsenkät från Svenska palliativregistret):
 - Totalt antal patienter anslutna till SPHS (specialiserad palliativ hemsjukvård) och SPSV (specialiserad palliativ slutenvård), medianvårdtid, andel icke-cancer, andel avlidna i eget ordinärt boende (SPHS) och andel utskrivna levande (SPSV).
 - Totalt antal specialistläkartjänster i palliativ medicin/100 000 invånare, antal specialistsjuksköterskor i palliativ omvårdnad/100 000 invånare och antal specialistundersköterskor i palliativ omvårdnad/100 000 invånare.
- **Uppföljning:** Alla specialiserade enheter arbetar aktivt med registrering och utvärdering av:
 - Dödsfallsenkäten i Svenska palliativregistret
 - Närståendeenkäten i Svenska palliativregistret
- **Tidig integrering:** Alla specialiserade enheter arbetar aktivt med att utveckla:
 - Palliativ mottagning med regelbundet bokningsbara tider varje vecka för patienter som inte är anslutna till verksamheten.
 - Palliativ konsultverksamhet med speciellt avsatt läkare och sjuksköterska som aktivt deltar med regelbundenhet på sjukhusets samtliga vårdavdelningar och dessutom kan vara ett aktivt stöd för patienter med komplexa behov som vårdas utanför sjukhuset inom hemsjukvård och på olika boendeformer. Både mottagning och konsultverksamhet bör finnas på varje sjukhus i Sverige.
- **Fortbildning:** Alla specialiserade palliativa enheter ska verka för att så många medarbetare som möjligt ska kunna erhålla formell specialistkompetens inom palliativ medicin/omvårdnad samt möjlighet för berörda kuratorer att genomgå ettårig legitimerande utbildning. I dagsläget finns formella utbildningar för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Målsättningen bör vara att minst 50% av läkarna och 25–30% av sjuksköterskor och undersköterskor är specialister inom palliativ medicin/omvårdnad.
- **Rehabiliteringskompetens och kuratorskompetens:**

Alla specialiserade palliativa enheter verkar för att rehabiliteringskompetens i form av minst arbetsterapeut och fysioterapeut samt legitimerad kurator är aktiva delar av teamen med förutsägbart regelbundet tjänsteutrymme på teamet. Även kompetenser som dietist, psykolog och andliga företrädare bör knytas tydligt till de specialiserade palliativa teamens verksamhet.

- **Utvecklingsarbete:** Alla specialiserade enheter ger möjligheter för sina medarbetare att på arbetstid delta i kvalitetsförbättringsprojekt, utformning av lokala riktlinjer/guidelines och delta som lärare i olika utbildningsaktiviteter för kollegor inom allmän palliativ vård. För specialistläkare i palliativ medicin bör denna tid omfatta 20–25% av arbetstiden och för övriga professioner 10%.

Nationella rådet för palliativ vård genom:

Bertil Axelsson, ordförande. Professor emeritus palliativ medicin, Umeå/Östersund

Sofia Dettmann, vice ordförande. Läkare. Svensk förening för palliativ medicin, Västerås

Charlotte Castor, kassör. Sjuksköterska. Docent pediatrik omvårdnad. Föreningen för pediatrik palliativ vård, Lund

Nanna Mossberg, sekreterare. Dietist. Sektionen för dietister inom onkologi, Göteborg

Maria Linde. Socionom. Föreningen för socionomer inom palliativ vård, Stockholm

Ida Malmström. Fysioterapeut. Sektionen för onkologisk och palliativ fysioterapi, Malmö

Ann Mattsson Undersköterska. Undersköterskor för palliativ omvårdnad, Enköping

Maria Nilsson. Arbetsterapeut. Föreningen för arbetsterapeuter inom palliativ vård, Ängelholm

Karin Nygren. Sjuksköterska. Föreningen för chefer/ledare i palliativ vård, Stockholm

Petra Tegman. Sjuksköterska. Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad, Stockholm

Camilla Winberg Österberg. Präst. Nätverk för sjukhuskyrka och teologer inom palliativ vård, Stockholm

Februari 2026