Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2026:

Bilaga: Fördjupad konsekvensanalys

Palliativ vård

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2026

Förord

Den här bilagan innehåller konsekvensanalyser av rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer om palliativ vård. Vi beskriver vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som rekommendationerna väntas få.

I huvudrapporten *Nationella riktlinjer: Palliativ vård – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten* presenterar vi övergripande konsekvensanalyser. I denna bilaga fördjupar vi resonemangen för dig som vill veta mer.

Konsekvensanalyserna presenteras per rekommendationsområde på samma sätt som i huvudrapporten:

- Integrera vården och utbilda personalen
- Erbjud återkommande samtal och stöd
- Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård
- Erbjud stöd till närstående.

Behovet av palliativ vård väntas öka. Rätt vård till patienter med behov av palliativ vård är inte bara viktigt för den enskilda individen, utan också bra för hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten. Med rätt insatser kan man minska lidande, ta hänsyn till patientens individuella önskemål och behov samt undvika oönskade akutinläggningar och medicinska åtgärder som inte gagnar patienten.

Christian Danielsson
Enhetschef
KHT/NR2

Innehåll

Förord **3**

Inledning **5**

Konsekvenser av rekommendationerna **7**

Integrera vården och utbilda personalen 7

Erbjud återkommande samtal och stöd 13

Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård 20

Erbjud stöd till närstående 23

Referenser **27**

Inledning

Det är centralt att planera hälso- och sjukvårdens och delar av socialtjänstens resurser utifrån behovet av palliativ vård. År 2024 avled 91 400 personer folkbokförda i Sverige [1]. De flesta av dem bedöms ha mött en förväntad död och därmed ha kunnat behöva palliativ vård. Vi antar att det skulle kunna vara fler än 70 000 personer som behöver palliativ vård varje år, under sina sista dagar, veckor eller år. Cirka 22 000 tillgång till specialiserad palliativ vård [2]. En halv procent av dem som avlider är under 18 år. År 2024 var det cirka 400 barn [1]. Behovet av palliativ vård är alltså stort och det råder brist på resurser för att fullt ut möta efterfrågan. Detta medför ökade krav på vårdens kapacitet, kompetens och organisation för att säkerställa att alla patienter med behov av palliativ vård får det.

För att säkerställa att alla får tillgång till palliativ vård, oavsett ålder, diagnos, bostadsort eller vårdform, krävs det att det finns rätt förutsättningar. De nio rekommenderade insatserna i dessa riktlinjer hänger ihop och är en förutsättning för en god palliativ vård. Flera av rekommendationerna ökar också möjligheterna till en mer personcentrerad vård, till exempel genom att personalen tar reda på vad som är viktigt för varje enskild patient.

Tillämpningen av begreppet palliativ vård har under det senaste decenniet genomgått en betydande förändring. Tidigare förknippades det främst med vård under livets allra sista dagar. Kunskapen om människors behov av stöd har fått större genomslag, så idag har innebörden breddats och palliativ vård bör erbjudas tidigt i sjukdomsförloppet, samtidigt med behandling som kan förlänga livet. Denna förändring innebär att personalen i hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten behöver stärka sin kompetens i palliativt förhållningssätt. För att kunna möta patienters och närståendes behov utifrån ett palliativt förhållningssätt under hela sjukdomsförloppet är regelbunden fortbildning nödvändigt.

Socialstyrelsens rekommendationer om palliativ vård är högt prioriterade förväntas få flera viktiga konsekvenser för hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten, både i form av ökade kostnader på kort sikt och möjliga besparingar på längre sikt. För att kunna ge palliativ vård som är integrerad med annan vård krävs ett nära samarbete mellan regioner och kommuner. För patienten är det värdeskapande och innebär stora vinster i form av ökad livskvalitet och minskat lidande. Det finns forskning som visar på flera vinster med integrerad palliativ vård, till exempel färre akutbesök och sjukhusinläggningar samt kortare vårdtider [3]. Detta kan ge betydande besparingar för vården. För patienten är det positivt att undvika oönskade akutbesök och inläggningar. En ökad tillgång till specialiserad palliativ vård för patienter med särskilda behov kräver fler team med specialutbildad personal, utbyggnad av befintliga vårdstrukturer och en bättre samordning inom och mellan regioner och kommuner.

Sammanfattningsvis kräver införandet av dessa rekommendationer betydande initiala investeringar, men framför allt innebär de en potential för både kostnadsbesparingar, förbättrad vårdkvalitet och en mer jämlik vård över hela landet på lång sikt. Detta genom minskad belastning på akutsjukvården, bättre livskvalitet för patienter och tillfredställande arbetsmiljö och mindre etisk stress för personalen eftersom de får möjlighet att ge en mer personcentrerad vård i enlighet med patient och närståendes önskemål och värderingar. Beroende på hur utgångsläget ser ut i din region eller kommun, kan rekommendationerna få olika påverkan på er budget.

Konsekvenser av rekommendationerna

Här presenterar vi konsekvensanalyser av Socialstyrelsens rekommendationer om palliativ vård.

➔ **Läs mer:** Rekommendationerna presenteras närmare i huvudrapporten *Nationella riktlinjer: Palliativ vård – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten*.

Integrera vården och utbilda personalen

Till hälso- och sjukvården
För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år:

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
A2	Integrera palliativ vård med annan vård.	Genom hela sjukdomsförloppet kan personal i till exempel sjukhusvården, primärvården eller den kommunala hälso- och sjukvården ge palliativ vård integrerat med annan vård. De kan också konsultera specialister i palliativ vård för bedömning, behandling, uppföljning, vårdplanering med mera.	1

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten
För personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
A5	Erbjud kontinuerlig fortbildning i palliativt förhållningssätt.	Fortbildningen bör inkludera kunskap om de fyra hörnstenarna symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närståendestöd, för att lindra fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt lidande.	2

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om integrerad palliativ vård och fortbildning

Rekommendationerna om integrerad vård och kontinuerlig fortbildning väntas öka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kostnader på kort sikt, men på längre sikt kan de ge betydande besparingar.

Fortbildningen medför kostnader för utbildningsmaterial och frånvarande personal under utbildningstiden. Flera yrkesgrupper berörs, bland annat undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Den största gruppen är hemtjänstpersonal och personal i särskilda boenden för äldre, men säkerställ också att mindre yrkesgrupper som fysioterapeuter och arbetsterapeuter får fortbildning. Hur mycket nya resurser som krävs beror på utgångsläget i din region eller kommun.

Samtidigt väntas akutbesöken och sjukhusinläggningarna minska, och vårdtiderna kortas, när personal med rätt kunskaper kan ge palliativ vård integrerat med annan vård. Det kan exempelvis handla om att fler kan få palliativ vård på särskilda boenden för äldre, i stället för att flyttas till sjukhus när tillståndet försämras. Enskilda individer kan dock komma att behöva mer sjukhusvård, när personalen bättre kan identifiera behoven.

Id A2: Integrera palliativ vård med annan vård

Att integrera palliativ vård med annan vård inom hälso- och sjukvården förväntas medföra både kostnader och potentiella besparingar. Om fler får tillgång till palliativ vård tidigare, medan eventuell livsförlängande behandling fortfarande pågår, kommer följdaktningen behovet av palliativ vård att öka. Det skulle troligen innebära att din region eller kommun behöver fortbilda fler i palliativt förhållningssätt. All involverad personal behöver samverka för att fullt ut integrera palliativa vård och det kan innebära att nya arbetssätt behöver införas både i regional och kommunal vård.

Att anställa ny personal för att täcka det ökade behovet av palliativ vård och att samordna vården skulle innebära ökade personalkostnader för regioner och kommuner, men skulle vara en investering i framtida vård för patienter med behov av palliativ vård. Det ser olika ut hur långt arbetet har kommit i landets verksamheter, enligt Socialstyrelsens anlitade experter. Den exakta kostnaden för varje region och kommun kommer därför variera beroende på hur palliativ vård utförs idag, och hur många patienter inom respektive region och kommun som har behov av palliativ vård.

Exempelberäkning

Här följer en exempelberäkning utifrån två fiktiva scenarier för en patients väg genom vårdkedjan. Exemplen kan ge en fingervisning om kostnaderna, men observera att behoven av palliativ vård skiljer sig stort inom patientgruppen. Lönekostnaderna för personal i alla beräkningar baseras på Statistiska centralbyråns (SCB:s) genomsnittliga löner som presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Genomsnittliga lönekostnader 2023

Yrkeskategori	Månadslön, i kr*	Lönekostnader, inklusive avgifter och OH-kostnader, i kr**	Lönekostnad per timme, i kr**
Specialistläkare	92 200	103 592	1 060
Sjuksköterska	42 700	68 448	491
Specialistsjuksköterska/ barnsjuksköterska	44 700	82 248	514
Undersköterska	31 700	58 328	365
Fysioterapeut	37 200	68 448	428
Arbetsterapeut	36 600	67 344	421
Kurator	38 800	71 392	446

*SCB Lönestatistik 2023 https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/Search/?lon= ** I beräkningen ingår en schablon om 1,84 procent. Den inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16. Beräkningen baseras på 160 arbetstimmar per månad.

Scenario A

En person som bor på ett särskilt boende för äldre (SÄBO) sedan två veckor tillbaka har behov av palliativ vård. Sjukdomstillståndet försämras avsevärt och patienten behöver uppsöka akuten för undersökning med laboratorieprover och röntgen då ingen på SÄBO har identifierat behovet av palliativ vård, tagit ställning till lämplig vårdnivå och dokumenterat den i en strategi för palliativ vård. Patienten vårdas därefter tre dygn på medicinklinik men blir snabbt sämre och flyttas till IVA för intensivvård i tre dygn. En medicinsk bedömning görs och det beslutas att patienten flyttas tillbaka till medicinkliniken för fortsatt vård och avlider där efter fyra dygn (tabell 2).

Scenario B

En person som bor på ett särskilt boende för äldre sedan två veckor tillbaka har behov av palliativ vård. En läkare gör, i samråd med patienten, en medicinsk bedömning utifrån ett palliativt förhållningssätt, tar ställning till lämplig vårdnivå och dokumenterar den i en strategi för palliativ vård. Personens allmäntillstånd försämras avsevärt och utifrån tidigare taget beslut stannar den äldre kvar i det särskilda boendet. Personen avlider sedan på det särskilda boendet (tabell 3).

Jämförelse: Kostnader för scenario A och B

Tabell 2 visar de olika kostnadsposter som uppstår i vårdkedjan i scenario A.

Tabell 2. Exempelberäkning av kostnader i kronor för en fiktiv patients palliativa vård i slutenvård respektive i särskilt boende

Vårdform	Dygns-kostnad, kr	Laboratorie-prover*, kr	Bild-diagnostik*, kr	Kostnad
Särskilt boende, 14 dagar**	2 923	400		41 322
Akuten***	5 022	400	3 500	8 922
Medicinklinik, sju dygn totalt***	60 036	400	3 500	424 152
IVA, tre dygn******	65 000	400	3 500	198 900
TOTAL KOSTNAD Scenario A				**673 296**

Källa: *Schablonkostnader. ** Kolada: Kostnad särskilt/annat boende kr per brukare 2023. *** Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) databas om kostnad per patient (KPP) 2024. ****Svenska intensivvårdsregistrets årsrapport 2018. Kostnaden per dygn varierar och kan uppskattas till 50 000 kr – 80 000 kr. I exempelberäkningen används medelvärdet. ***** I beräkningen ingår en schablon om 1,84 procent. Den inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16. Beräkningen baseras på 160 arbetstimmar per månad.

Tabell 3 visar de olika kostnadsposter som uppstår i vårdkedjan i scenario B.

Tabell 3. Exempelberäkning av kostnader i kronor för en fiktiv patients palliativa vård i särskilt boende

Vårdform	Dygns-kostnad, kr	Laboratorie-prover*, kr	Kostnad
Särskilt boende, 24 dagar**	2 923	400	70 552
Konsultation av specialistläkare och specialistsjuksköterska, N1 timme***	1 574	400	1 974
TOTAL KOSTNAD Scenario B			**72 526**

Källa: *Schablonkostnader. ** Kolada: Kostnad särskilt/annat boende kr per brukare 2023. *** I beräkningen ingår en schablon om 1,84 procent. Den inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16. Beräkningen baseras på 160 arbetstimmar per månad.

Den totala kostnaden för scenario A blir cirka 673 300 kronor (tabell 2). I scenario B, där patienten vårdas i det särskilda boendet under hela perioden med hjälp av verksamhetens personal, blir kostnaden för samma tid cirka 72 500 kronor (tabell 3). Den stora skillnaden beror på att kostnaderna för

palliativ vård är högre i somatisk vård än på särskilt boende. I scenario B ingår konsultation med specialistläkare och specialistsjuksköterska och en schablonkostnad för laboratorieprover. Att patienten kan stanna kvar i det särskilda boendet den återstående tiden i scenario B beror på att den palliativa vården är integrerad med annan vård och att läkaren på det särskilda boendet har gjort en medicinsk bedömning utifrån ett palliativt förhållningssätt.

Som exempelberäkningen visar är slutenvården kostsam och patientens väg mellan vårdformerna kan orsaka onödigt lidande, gagnlösa undersökningar och provtagningar samt att väl avvägda avslut och prioriteringar utifrån patientens perspektiv försvåras.

Id A5: Kontinuerlig fortbildning i palliativt förhållningssätt

Tillämpningen av palliativ vård har utvecklats under det senaste decenniet. Från att tidigare ha varit fokuserat på patienter med cancer i livets slutskede är målet nu att alla med ett eller flera livshotande tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år (oavsett diagnos, ålder, vårdform eller bostadsort), ska erbjudas palliativ vård. Detta ställer ökade krav på kontinuerlig fortbildning av personal som enligt den tidigare tillämpningen inte gav palliativ vård. Även personal som är nyutexaminerad kan ha en begränsad kunskap om palliativ vård, eftersom lärosätenas utbildning i palliativ vård varierar i utbildningar för legitimerad personal.

Behovet av fortbildning omfattar personal i både regioner och kommuner, inom alla vårdformer. Hur mycket fortbildning som behövs varierar beroende på personalkategori, vårdform och personalens nuvarande kompetensnivå, vilket kommer att påverka kostnaden som illustreras i exemplen nedan.

Exempelberäkning

Med antalet verksamma inom regionen och kommunen (tabell 4) som underlag, kan vi konstatera att kontinuerlig fortbildning är aktuellt för ett mycket stort antal.

Tabell 4. Antalet verksamma inom hälso- och sjukvården i olika vårdformer 2024.

Yrkeskategori	Verksamma inom kommunen	Verksamma inom regionen	Totalt
Läkare	-	43 189	43 189
Sjuksköterska*	18 181	68 764	86 945

Yrkeskategori	Verksamma inom kommunen	Verksamma inom regionen	Totalt
Undersköterska**	118 703	45 044	163 747
Fysioterapeut	2 687	8 991	11 678
Arbetsterapeut	3 569	5 907	9 476
Kurator	370	3 931	4 301
Vårdbiträden	76 776	442	77 218

Källa: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/resultat.aspx *Inkluderar både sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. **Inkluderar både undersköterskor och skötare

62 procent av regionerna och 66 procent av kommunerna uppger att det finns rutiner för fortbildning och kompetensutveckling för personalen som möter patienter med behov av palliativ vård [4]. Det kan tyda på att en del av fortbildningsbehovet tillgodoses idag, även om rutiner inte garanterar att fortbildningen faktiskt erbjuds, eller att den erbjuds kontinuerligt. Det saknas också information om *vilka* regioner och kommuner som har rutiner.

Dagens utbud av fortbildning är stort och fortbildningarnas omfattning är varierande, vilket naturligtvis påverkar kostnaden. Här följer två exempel på olika fortbildningar som visar på spännvidden av dessa insatser.

Exempel A

Det första exemplet är ett tvådagars internat om palliativt förhållningssätt vid vård av barn, som ges för personal inom barnsjukvård, palliativ vård och barnhabilitering. Internatet hålls av 16 personer för 110 deltagare per tillfälle. Kostnad per deltagare är drygt 4 100 kronor (inklusive kost och logi, lokaler och material för utbildningen). Vi utgår från att planeringen genomförs av 16 personer från olika professioner, exempelvis två läkare, fyra specialistsjuksköterskor eller barnsjuksköterskor, fyra undersköterskor, två kuratorer, två fysioterapeuter och två arbetsterapeuter. Alla antas lägga 8 timmar på förberedelser. Den totala kostnaden för planeringsarbetet uppgår då till cirka 66 000 kronor (se lönekostnader i tabell 1). Kostnaden för deltagarna är, utöver de 4 100 kronorna per deltagare i anmälningsavgift, två dagars utebliven arbetstid som eventuellt ersätts av annan personal. Om vi antar att en klinik skulle skicka 5 sjuksköterskor och 5 undersköterskor att delta på internatet skulle det innebära en kostnad på cirka 76 000 kronor. Effekterna av internatet beskrivs av deltagarna som mycket positiva. Internatet gav dem insikter och styrka att hantera det svåra arbetet med att ta hand om barn med behov av palliativ vård, och deras familjer [5].

Exempel B

Det finns flera aktörer som erbjuder kostnadsfria återkommande kurser och utbildningar för personalen i både regionerna och kommunerna. Exempel på

sådana aktörer är Palliativt kunskapscentrum i Region Stockholm och Betaniastiftelsen [6, 7]. Trots att kurserna är kostnadsfria för deltagarna uppstår dock en kostnad för den tid personalen är frånvarande från sin ordinarie arbetsplats och en kostnad för att ta fram utbildningarna.

Möjlighet till besparingar på längre sikt

Exemplen visar på de kostnader som uppstår för att skapa fortbildningen och kostnaden för den personal som utbildar eller deltar i fortbildningen. På längre sikt finns dock möjlighet till betydande besparingar, då fortbildningen förväntas stärka personalens trygghet och minska personalomsättningen. Dessutom bidrar den till en bättre integration av palliativ vård med annan vård. Forskningen visar att en sådan integrering kan leda till färre akutbesök och sjukhusinläggningar samt kortare vårdtider [3]. Dessa faktorer sammantaget kan på sikt resultera i betydande ekonomiska besparingar och en personal som är mer rustad att vårda patienterna, vilket skulle kunna innebära en minskad risk för arbetsrelaterad stress och sjukskrivning samt en lägre personalomsättning.

Erbjud återkommande samtal och stöd

Till hälso- och sjukvården
För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år:

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
B3	Erbjud samtal vid allvarlig sjukdom.	Samtalet kan till exempel handla om • vad patienten och närstående vet och vill veta om tillståndet och det förväntade förloppet • vad som är viktigt för patienten och närstående, under sjukdomstiden och när döden närmar sig – till exempel hur familjen kan må så bra som möjligt när ett barn får palliativ vård • möjligheter till stöd och symtomlindring, liksom rätten att avstå från vård • vem som ska föra patientens talan om patienten själv inte kan.	**1**

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
B2	Erbjud regelbunden strukturerad skattning av den samlade symtombördan, som underlag för fortsatt vård.	Skattningen gäller både fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom – till exempel smärta, oro, ångest, ofrivillig ensamhet och känsla av meningslöshet. Symtomen kan skattas med ett samlat symtomskattningsinstrument[1] eller en kombination av instrument som täcker enskilda symtom[2]. Skattningen behöver anpassas till patientens ålder, mognad samt språkliga och kognitiva förmåga.[3]	2
B4	Inkludera en strategi för palliativ vård i den individuella vårdplanen.	Strategin kan till exempel handla om • symtomlindring • livsförlängande behandling • psykologiskt, socialt och existentiellt stöd • omvårdnad • närståendestöd • ansvarsfördelning mellan verksamheter.	2

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten
För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år:

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
B5	Erbjud psykologiskt, socialt och existentiellt stöd.	Det kan till exempel vara stöd för att • hantera oro, dödsångest eller känsla av meningslöshet • samtala med närstående • ha kontakt med olika samhällsfunktioner.	1

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om återkommande samtal och stöd

Rekommendationerna om återkommande samtal och stöd innebär framför allt kostnader för personalens arbetstid. Personalen behöver dessutom fortbildning (se delkapitlet Integrera vården och utbilda personalen). På kort sikt behövs också resurser för praktisk implementering, till exempel för att ta fram nya rutiner. Även journalsystem kan behöva justeras, för att

[1] Till exempel Integrated palliative care outcome scale (IPOS).
[2] Till exempel Edmonton symptom assessment scale (ESAS-R), Visuell analog skala (VAS) eller Numerisk skala (NRS).
[3] Till exempel med hjälp av instrumenten Face, legs, activity, cry and consolability scale (FLACC) och Abbey pain scale (APS).

vårdplaner ska kunna följa med patienten oavsett vårdform (denna utmaning gäller många vårdområden).

Samtidigt kan ni spara resurser på längre sikt, tack vare

- bättre anpassade insatser och mer samordnad vård mellan olika vårdgivare och vårdformer
- bättre arbetsmiljö, som i sin tur kan minska personalomsättningen.

För att nå detta behöver ni integrera insatserna systematiskt i organisationen och erbjuda dem efter individuella behov.

Id B3: Samtal vid allvarlig sjukdom

Samtal vid allvarlig sjukdom är ett samtal där vårdpersonalen och en person med ett livshotande tillstånd diskuterar innehållet i vården utifrån hälsotillstånd, och personens önskemål och prioriteringar inför framtida vård. Samtalet hålls tidigt och återkommande i vårdprocessen och kan även involvera närstående till personen med livshotande sjukdom.

På kort sikt förväntas ökade kostnader för fortbildning av vårdpersonalen (se delkapitlet Integrera vården och utbilda personalen), utveckling av rutiner för dessa samtal och eventuell anpassning av journalsystem. Även personalkostnaderna i både regionerna och kommunerna förväntas öka på grund av de återkommande samtalen. Det kan även krävas organisatoriska förändringar, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp. Utöver direkta vårdkostnader antas rekommendationen leda till förbättrad arbetsmiljö och en trygghet för vårdpersonalen. Dessa faktorer kan indirekt påverka sjukfrånvaro och personalomsättning, vilket i sin tur kan leda till kostnadsbesparingar för regionerna och kommunerna.

Id B2: Regelbunden strukturerad skattning av den samlade symtombördan, som underlag för fortsatt vård

Rekommendationen om regelbunden symtomskattning innebär att en patients samlade symtombörda bedöms systematiskt. Detta kan höja vårdkvaliteten samtidigt som det påverkar verksamhetens budget. Det kommer att krävas fortbildning för att ge personalen kunskap om palliativt förhållningssätt, vilket kommer innebära ökade kostnader (se delkapitlet Integrera vården och utbilda personalen). Dessutom behöver de strukturerade skattningarna integreras och göras löpande av personalen i det dagliga arbetet, i enlighet med patientens önskemål. Verksamheternas rutiner behöver därför ses över, inte minst med tanke på behovet av att kunna dokumentera skattningen i journalsystemet. Allt detta kan komma att

påverka kostnaderna, framför allt på kort sikt, innan rutinerna har implementerats.

Regelbunden strukturerad skattning av den samlade symtombördan stärker kvaliteten i den palliativa vården genom ökad upptäckt av patientens besvärande symtom, förbättrad möjlighet till lindrad symtombörda och ökad livskvalitet. För närstående innebär det en trygghet i att vården är personcentrerad och omsorgsfull. För medarbetare förbättras dokumentation för fortsatt vård och medvetenheten om patienten situation och behov ökar. I nuläget varierar andelen genomförda skattningar av den samlade symtombördan kraftigt mellan och inom kommuner och regioner. Detta tydliggör behovet av kvalitetsutveckling.

Som verksamhetschef har du ansvar för att tydliga, uppdaterade rutiner finns på plats – och att dessa implementeras och efterföljs i praktiken. Genom att integrera skattningarna i befintliga arbetsflöden kan kostnaderna begränsas och effektiviteten öka.

Exempelberäkning

År 2024 rapporterade SPR (med en täckningsgrad om 60 procent) att 26 180 personer (52,5 procent av de 49 881 väntade dödsfallen som rapporterades in) hade fått symtomskattning utöver enbart smärtskattning under sin sista levnadsvecka. För att nå en målnivå på 100 procent skulle det innebära att ytterligare cirka 23 700 personer skulle behöva skattas. Om vi antar att en undersköterska skattar symtomen och att det tar 10–15 minuter per skattning motsvarar detta en kostnad på 1,4–2,2 miljoner kronor (se lönekostnader i tabell 1) – en förhållandevis låg investering i relation till den nytta det ger, både för individen och för vårdsystemet. Extrapolerat till samtliga över 70 000 personer som vi antar är i behov av palliativ vård skulle det innebära att ytterligare drygt 33 250 individer skulle behöva få övrig symtomskattning. Det skulle innebära, om tidsåtgången är 10–15 minuter, en kostnad motsvarande 2–3 miljoner kronor på nationell nivå. Detta är en konservativ beräkning då rekommendationen innebär att skattningen görs regelbundet och inte bara vid ett tillfälle i livets slutskede. Dessutom finns det anledning att tro att skattningar inte görs i lika stor utsträckning i de fall som inte rapporterats in till SPR. Den faktiska kostnaden för varje kommun eller region beror på hur stor del av detta arbete som redan utförs idag och hur stort behovet är.

Id B4: Inkludera en strategi för palliativ vård i den individuella vårdplanen

Att inkludera en strategi för palliativ vård i den individuella vårdplanen minskar risken för både över- och underbehandling, genom att dokumentationen förbättras, vilket i sin tur effektiviserar

informationsöverföringen i vårdkedjan. Det ger en trygghet för patienten, de närstående och hälso- och sjukvårdspersonalen, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.

Regionerna och kommunerna kan spara pengar med bättre samordning mellan olika vårdgivare. Samma sak om vården blir mer resurseffektiv när patientens vilja blir känd. Om alla patienter skulle få en behovsanpassad vård, oavsett var de bor, kan även skillnader i vårdkvalitet mellan regionerna och mellan kommunerna minska. Dessutom kan bättre dokumentation underlätta uppföljning och utvärdering av vårdens effekter.

Vårdplanen dokumenteras i patientens journal, som förs in i verksamhetens journalsystem. Valet av journalsystem blir därför viktigt för att all nödvändig dokumentation ska kunna läsas av alla vårdgivare när patienten förflyttas mellan olika vårdformer.

Kostnaden för att upprätta och revidera en strategi för palliativ vård, samt att inkludera denna i en individuell vårdplan, utgörs huvudsakligen av den arbetstid som vårdpersonalen lägger ned.

Exempelberäkning

En individuell vårdplan i livets slutskede upprättades för 71,5 procent av de 49 881 väntade dödsfall som rapporterades in till SPR 2024, det vill säga i 35 650 fall [8].

Vi antar att det tar ungefär 30 minuter för respektive yrkeskategori (läkare, specialistsjuksköterska, undersköterska samt arbetsterapeut eller fysioterapeut) att inkludera den palliativa strategin i vårdplanen, ta del av annan personals dokumentation och samverka. Om vi också antar att behovet är oförändrat jämfört med 2024, så beräknas kostnaden för att inkludera strategin för de resterande 14 230 vårdplanerna till omkring 10 miljoner kronor (se lönekostnader i tabell 1). Extrapolerat till samtliga över 70 000 personer som vi antar är i behov av palliativ vård skulle det innebära att ytterligare 20 000 individuella vårdplaner skulle behöva upprättas, vilket skulle innebära en kostnad för de fyra ovan nämnda personalkategorierna motsvarande 14 miljoner kronor på nationell nivå.

Detta är en konservativ uppskattning, då det finns skäl att anta att ytterligare tid tas i anspråk för kontinuerlig revidering av strategin för palliativ vård i vårdplanen. I vår exempelberäkning är dokumentationen tidskrävande, men om samverkan blir tydligare mellan yrkeskategorierna och vårdformerna framöver kan arbetet underlättas och effektiviseras. Kostnaden för din region eller kommun beror på i hur stor utsträckning detta arbete görs redan idag.

Id B5: Psykologiskt, socialt och existentiellt stöd

Rekommendationen om att personer med behov av palliativ vård ska erbjudas psykologiskt, socialt och existentiellt stöd innebär flera konsekvenser för hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten ur ett ekonomiskt perspektiv. Införandet kan kräva ökade resurser för att säkerställa att vården har tillgång till personal med rätt kompetens, antingen genom fortbildning (se delkapitlet Integrera vården och utbilda personalen) eller nyanställning. De flesta patienternas behov kan tillgodoses av vårdpersonal med kompetens att föra samtal på en allmän nivå. En del patienter behöver utökat stöd av exempelvis kurator eller psykolog. Vilken personalkategori som hanterar samtalen beror till stor del på patientgrupp och behov.

För att stödet ska kunna erbjudas på ett likvärdigt och kvalitetssäkrat sätt behövs strukturer för hur behoven identifieras, hur insatserna planeras och hur samverkan sker mellan professioner, vårdformer och civilsamhället i form av till exempel olika trossamfund. Dessa förändringar kan innebära en kostnadsökning, särskilt i verksamheter som idag saknar etablerade rutiner. Samtidigt finns en tydlig potential till långsiktiga vinster. När patienter får adekvat stöd för att hantera psykisk, social och existentiell stress kan det öka livskvaliteten och ge bättre möjlighet att hantera livssituationen. Rekommendationen ämnar också leda till vård som är mera personcentrerad.

Rekommendationen kan därför betraktas som en investering i vårdkvalitet. Insatserna innebär en ökad kostnad, men har potential att minska mer kostsamma inslag av vård längre fram. Vinsterna är sannolikt störst för patienter med komplexa symtom eller en livssituation som medför särskilda behov.

Exempelberäkning

Utökat psykologiskt, socialt och existentiellt stöd för patienter med behov av palliativ vård medför kostnader för fortbildning av befintlig personal, anpassning av rutiner och anställning av specialistkompetens. Cirka 70 000 personer per år möter en förväntad död och om ett samtal hålls av en omvårdnadspersonal, till exempel kurator eller sjuksköterska, i 30 minuter vid ett tillfälle per patient, skulle det innebära cirka 18 miljoner kronor i ökade personalkostnader på nationell nivå (tabell 5).

Tabell 5. En exempelberäkning om utökat psykologiskt, socialt och existentiellt stöd till personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år

Regionstorlek	Mindre region	Mellanstor region	Större region	Hela riket
Antal invånare	250 000	500 000	1 000 000	10 000 000
Antal invånare med palliativ vårdbehov*	1 750	3 500	7 000	70 000
Lönekostnad specialistsjuksköterska, 30 min**	257	257	257	257
Total kostnad	450 000	900 000	1 800 000	18 000 000

Källa: Socialstyrelsens egna beräkningar under antagandet om ett samtal med en specialistsjuksköterska i 30 minuter. *Antal patienter baseras på antagandet att 70 000 personer per år avlider en förväntad död. **Lönekostnader baserade på SCB:s genomsnittslöner inklusive sociala avgifter och Tillväxtverkets rekommenderade overheadkostnader om 1,84 procent.

Exemplet i tabell 5 kan ge en fingervisning om kostnaderna som skulle uppstå om alla som antas ha behov av palliativ vård skulle få psykologiskt, socialt och existentiellt stöd i form av ett samtal, men observera att ett enda samtal oftast inte räcker som stöd under patientens vårdtid. Exempelberäkningen visar att den totala kostnaden per region skulle variera beroende på regionens storlek, men skulle kunna förväntas ligga mellan 450 000 kronor (mindre region) och 1,8 miljoner kronor (större region) under det första året (tabell 5). Siffran bör tolkas med försiktighet, eftersom beräkningen utgår från antagandet att inga sådana samtal ges i nuläget, trots att de redan förekommer inom verksamheterna i varierande omfattning. Hur stor kostnaden skulle bli för just din region beror på hur mycket stöd som ges i dagsläget och hur stort behovet är.

Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård

Till hälso- och sjukvården
För personer med

- ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år *och*
- komplexa symtom eller en livssituation som medför särskilda behov:

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
A4	Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård.	Hur vården bäst organiseras beror på förutsättningarna i din region, men se till att vården är tillgänglig för alla aktuella patienter dygnet runt – oavsett om de vårdas på sjukhus, i hemmet eller på särskilt boende. Ni bör ha specialiserade heldygnsvårdplatser och konsultverksamhet samt kunna bedriva specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet (eventuellt i samverkan med andra aktörer). Tillgången till specialistkompetens är viktigare än organisationsformen.	1

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationen om specialiserad vård

Endast en femtedel av alla som avled 2024 och rapporterades till Svenska palliativregistret fick specialiserad palliativ vård [9]. På kort sikt väntas rekommendationen om specialiserad palliativ vård därför öka hälso- och sjukvårdens kostnader för personal, utbildning, nya arbetssätt och omstrukturering. På längre sikt finns dock potential för betydande besparingar och bättre vårdkvalitet. Till exempel skulle kostsamma dygn på sjukhus kunna undvikas, och patienterna få bättre livskvalitet, om fler fick stöd av specialiserad palliativ vård i hemmet.

Effekterna i din region beror på era behov och er nuvarande tillgång till specialiserad palliativ vård. Tillgången varierar och styrs av till exempel geografi, personalresurser och infrastruktur.

Id A4: Tillgång till specialiserad palliativ vård

Rekommendationen gäller patienter med komplexa symtom eller en livssituation som medför särskilda behov. Vad som kräver specialiserad palliativ vård beror också på kompetensen i den övriga vården. Ju mer kompetens i palliativ vård generellt, desto bättre kan den specialiserade palliativa vården användas. Tillgången till specialiserad palliativ vård

varierar idag, och styrs bland annat av befolkningstäthet, avstånd och tillgång till utbildad personal. Det finns ingen officiell siffra på hur många verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård i Sverige. Det finns heller ingen information om med vilken kompetens de bedriver specialiserad palliativ vård. Därför kan vi inte beräkna exempelvis antalet slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård per invånare och region. Vi vet dock att en femtedel av samtliga personer som avled under 2024 fick tillgång till någon form av specialiserad palliativ vård (specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet, slutenvård eller konsultstöd) [9]. Det finns regioner som anger att de inte har tillgång till specialiserad palliativ vård till barn under 18 år [10].

Att säkerställa tillgången till specialiserad palliativ vård kommer sannolikt innebära ökade direkta kostnader (kostnader som direkt kan härledas till vårdkontakten) på kort sikt för regionerna. Detta beror bland annat på att de sannolikt behöver anställa fler specialiserade läkare, sjuksköterskor, kuratorer och andra relevanta yrkesgrupper som kan ge specialiserad palliativ vård. Även om dessa team med olika yrkeskategorier kommer innebära ökade kostnader kan regionerna, genom att se över placering och sammansättning av personal, få bättre patientflöde och därmed öka effektiviteten. För att säkerställa god vårdkvalitet behöver regionerna även fortbilda befintlig personal (se delkapitlet Integrera vården och utbilda personalen).

Trots dessa kostnader finns det goda skäl att anta att tillgång till specialiserad palliativ vård kan leda till betydande kostnadsbesparingar på längre sikt. Specialiserad palliativ vård som är integrerad med annan vård är till exempel associerat med färre besök på akutmottagning och färre inläggningar på sjukhus, enligt en svensk registerstudie på cancerpatienter från 2024 [3].

Exempelberäkningar

Här följer några exempelberäkningar och analyser av tre scenarion för att visa på de ekonomiska konsekvenser som kan komma av olika sätt att bedriva specialiserad palliativ vård. Analysen av de tre scenarierna visar att satsningar på specialiserad palliativ vård både kan förbättra vårdkvaliteten och bidra till betydande ekonomiska besparingar för regionerna. Skillnaderna mellan scenarierna ligger främst i hur kostnader och effekter uppstår där vissa scenarier kräver större initiala investeringar, medan andra ger direkta kostnadsminskningar per patient.

Scenario A

I detta scenario jämför vi ett konsultteam som besöker patienterna i deras hem, med att i stället vårda patienterna på en medicinavdelning. Det regionala konsultteamet består av specialistläkare, sjuksköterskor med

palliativ kompetens och kurator. Den årliga kostnaden för teamet uppgår till cirka 4,8 miljoner kronor (se lönekostnader i tabell 1), exklusive mindre tillägg för transporter och administration.

Denna modell möjliggör att patienter med komplexa symtom och avancerade vårdbehov kan få kvalificerad palliativ vård utan att behöva läggas in på sjukhus.

Även om den direkta driftskostnaden är relativt hög, kan investeringen snabbt bli kostnadseffektiv om teamet bidrar till att minska antalet sjukhusinläggningar. Genomsnittskostnaden för slutenvård på medicinavdelning är 60 036 kronor, enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) databas om kostnad per patient (KPP) 2024.[4] Om teamet vårdar 150–200 patienter per år och vi antar att hälften av dessa, det vill säga 75–100 patienter, undviker en sjukhusinläggning á cirka 60 000 kronor per dygn, uppstår potentiella besparingar i storleksordningen 4,5–6 miljoner kronor årligen. Därmed kan satsningen bli självfinansierande eller till och med leda till nettobesparingar för regionen, samtidigt som patienternas vårdupplevelse förbättras.

Scenario B

I scenario B jämför vi specialiserad palliativ hälso- och sjukvård i hemmet med vård som inte är specialiserad palliativ vård, baserat på den svenska registerstudien från 2024, som nämndes ovan. Patienterna med specialiserad palliativ hälso- och sjukvård i hemmet hade i genomsnitt 1,5 vårddygn på sjukhus, jämfört med 11,5 dygn för kontrollgruppen. Det motsvarar en besparing på cirka 600 000 kronor per patient enligt SKR:s KPP databas. Kostnaden för en patient som vårdas inneliggande i 1,5 dygn på medicinavdelning är90 054 kronor. Vårdas patienten i stället 11,5 dygn är kostnaden 690 414 kronor. Skillnaden mellan dessa vårdande dygn blir 600 360 kronor.

Utöver den ekonomiska vinsten innebär detta scenario förbättrad livskvalitet för patienterna, färre akuta besök och minskad belastning på akutsjukvården. Besparingen i slutenvården är så stor att den vida överstiger kostnaden för att bedriva hälso- och sjukvård i hemmet.

Scenario C

I detta scenario utgår vi från en svensk randomiserad studie från 2016 som visade att hembaserad, personcentrerad palliativ vård för hjärtsviktspatienter minskade den totala vårdkostnaden med cirka 600 000 kronor per patient

[4] Databasen innehåller drygt 94 procent av samtliga vårdtillfällen inom den specialiserade somatiska slutenvården och 74 procent av öppenvårdskontakterna.

under sex månader. Denna modell bygger på ett helhetsperspektiv med fokus på patientens behov, delaktighet och kontinuitet i vården.

Vinsterna är både ekonomiska och humanitära: minskat behov av sjukhusvård, bättre livskvalitet och möjlighet att vårdas hemma även i livets slutskede. Resultaten tyder på att palliativa arbetssätt kan tillämpas framgångsrikt även vid andra kroniska diagnoser än cancer [11].

Möjlighet till besparingar på längre sikt

Om patienten kan vårdas längre i sitt eget boende med stöd av konsultteamet eller annan specialiserad palliativ vård skulle fler kostsamma slutenvårdsdygn kunna undvikas. Det skulle resultera i lägre kostnader för regionen och högre livskvalitet för patienten i form av färre resor till och från sjukhus samt närheten till närstående. Det finns goda skäl att anta att tillgång till specialiserad palliativ vård sammantaget kan leda till betydande kostnadsbesparingar på längre sikt. Till exempel om den hembaserade palliativa vården leder till färre och kortare inläggningar på sjukhus och att patienterna i mindre utsträckning behandlas på intensivvårdsavdelningar [12]. Den exakta kostnaden i din region eller kommun bero på hur många som behöver specialiserad palliativ vård och hur tillgången ser ut idag.

Erbjud stöd till närstående

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten
För närstående till en person med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år:

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
B6	Erbjud psykologiskt, socialt och existentiellt stöd till de närstående som behöver eget stöd.	Det kan till exempel vara stöd för att • hantera oro, dödsångest eller meningslöshet • samtala med den sjuka • ha kontakt med olika samhällsfunktioner.	3

Till hälso- och sjukvården
För närstående till en person som har avlidit:

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
B7	Erbjud efterlevandesamtal.	• Ge stöd i sorgehanteringen, och tala om den avlidnas sjukdomsförlopp. • Identifiera närstående med ökad risk för komplicerad sorg, och lotsa vidare till fortsatt stöd vid behov. • Ge möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten och vårdtiden.	5

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om stöd till närstående

Närstående har mycket olika behov av stöd. Samma person har också ofta olika reaktioner och behov vid olika tidpunkter, både medan den sjuka får palliativ vård och under tiden efter dödsfallet.

Det finns förbättringspotential när det gäller både hur många som får stöd och hur stödet ges. Din region eller kommun behöver ha rutiner för när och hur personalen kan ge stöd till närstående. Det handlar om allt från mycket enkla insatser till större, mer resurskrävande. De varierande behoven gör det svårt att uppskatta kostnaden.

Id B6: Psykologiskt, socialt och existentiellt stöd

Det är viktigt att stödja närstående till personer med livshotande tillstånd eftersom de ofta upplever oro, depression, utmattning och vanmakt under patientens sjukdomstid. Stödet bör erbjudas under hela sjukdomsförloppet och en tid efter dödsfallet av ett multiprofessionellt team, av annan hälso- och sjukvårdspersonal eller av socialtjänstpersonal. Det innebär konsekvenser för både regioner och kommuner i form av ökad tidsåtgång för personalen.

Exempelberäkning

Stödet som efterfrågas av närstående ser olika ut, vilket gör det svårt att uppskatta kostnaden. Enligt SPR:s årsrapport för 2024 upplever närmare 75 procent, av de fall som rapporterats in, att de har fått ett bra stöd inom den specialiserade palliativa vården [9]. I allmän palliativ vård upplever cirka 65 procent att de får det stöd de behöver och cirka 15 procent upplever att de delvis har fått stöd. Detta är en klar förbättring från föregående år då endast 50 procent upplevde att de var nöjda och 20 procent att de var delvis nöjda.

Om stöd ges i form av ett samtal som genomförs av en undersköterska och varar i 30 minuter, uppgår kostnadsökningen på nationell nivå till närmare 3,2 miljoner kronor (se tabell 1 för lönekostnader). Även denna beräkning är försiktigt räknad, då det sannolikt krävs ytterligare tid för upprepade samtal under vårdförloppet. Dessutom finns skäl att anta att samtal i praktiken genomförs i lägre utsträckning för patienter som inte rapporterats in. Kostnaderna i din region eller kommun påverkas av i hur stor utsträckning ni ger stödet idag och hur behovet ser ut.

Id B7: Efterlevandesamtal

Det är av stor vikt att efterlevandesamtal erbjuds samtliga närstående, i syfte att underlätta sorgeprocessen och ge möjlighet att ställa frågor.

Under 2024 avled totalt 91 175 personer i Sverige [1], varav cirka 60 procent rapporterades in till SPR. Andelen efterlevandesamtal som erbjuds varierar mellan 58 och 92 procent mellan olika regioner, med ett nationellt genomsnitt på 78 procent (av de dödsfall som registrerades i SPR) [8]. Det saknas dock kunskap om samtalen rutinmässigt erbjuds alla närstående, såsom barn, syskon eller närstående som bor långt ifrån den avlidne.

Ett efterlevandesamtal uppskattas ta mellan 30 och 60 minuter, enligt Socialstyrelsens anlitade experter, och genomförs vanligtvis av exempelvis en sjuksköterska eller undersköterska, och i vissa fall tillsammans med en läkare.

Rekommendationen kommer att kräva fortbildning för vårdpersonal som träffar patienter med behov av palliativ vård (se delkapitlet Integrera vården och utbilda personalen). Uppföljningskontakten bör tas av den personal som varit involverad i patientens vård, för att skapa kontinuitet och trygghet i kommunikationen med de närstående.

Exempelberäkning

Här följer en exempelberäkning av vad det skulle kunna kosta på nationell nivå att genomföra rekommendationen.

Totalt avled 91 175 personer i Sverige under 2024 [1]. Enligt SPR erbjöds ett efterlevnadssamtal i genomsnitt i 78 procent av de fall som rapporterades till registret (med 60 procent täckningsgrad) [8]. För att uppnå en målnivå på 100 procent skulle ytterligare cirka 20 000 närstående behöva få ett erbjudande om efterlevandesamtal.

Vi antar att

- **50 procent** av de närstående som tillfrågas tackar ja till erbjudandet
- varje samtal varar i **30 minuter**
- samtalen leds av en **undersköterska**.

I vår exempelberäkning skulle det innebära att 10 000 personer skulle få ett efterlevnadsamtal och att det skulle kosta cirka 1,8 miljoner kronor (se tabell 1 för lönekostnader). Skulle samtalen i stället hållas av en sjuksköterska eller kurator skulle kostnaden för samtalen bli 2,6 miljoner kronor respektive 2,2 miljoner kronor. Dessutom finns skäl att anta att efterlevnadssamtal genomförs i lägre utsträckning för patienter som inte rapporterats in, vilket skulle innebära att kostnaderna blir högre än i vår exempelberäkning.

Hur stor kostnaden blir för din region beror dels på i vilken utsträckning efterlevandesamtal redan erbjuds i dagsläget, dels på hur många närstående som väljer att tacka ja till erbjudandet.

Referenser

1. Dödsorsaksregistret. Hämtad 2025-09-18 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/dodsorsaksregistret/
2. Kunskapsbanken. Hämtad 2025-09-10 från: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/vardprogram/den-palliativa-vardens-dimensionering/#chapter-9-3-Berakning-av-befolkningens-palliativa-vardbehov
3. Bojesson A. Early Integration of Specialized Palliative Care with Oncological Treatment. 2024.
4. Cancerfondsrapporten 2024: Palliativ vård. Hämtad 2025-09-10 från: https://www.cancerfonden.se/cancerfondsrapporten/cancervard
5. Palliativ Vård Nr. 1. 2025. Tidskriften för palliativ vård i Sverige. 2025. Hämtad från: https://wp.palliativvard.se/wp-content/uploads/2025/02/Palliativ-vard-0125.pdf
6. Betaniastiftelsen. Hämtad 2025-09-03 från: https://betaniastiftelsen.nu/utbildningar/lindring-bortom-boten-grundutbildning-i-palliativ-vard/
7. Palliativt kunskapscentrum i Region Stockholm. Hämtad 2025-10-03 från: https://www.pkc.regionstockholm.se/
8. Svenska palliativregistret. Hämtad 2025-09-03 från: https://palliativregistret.se/
9. Svenska palliativregistrets årsrapport 2024. Hämtad 2025-09-03 från: https://palliativregistret.se/media/0fkghgas/%C3%A5rsrapport-2024.pdf
10. RCC - Regional inventering av tillgång till specialiserad palliativ vård för barn. Hämtad 2025-09-17 från: https://cancercentrum.se/download/18.d2b18b4195b2913b57f257/1742982193447/regional-inventering-specialiserad-palliativ-vard-for-barn.pdf
11. Sahlen KG, Boman K, Brännström M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. Palliat Med. 2016; 30(3):296–302.
12. Forbat L, Liu WM, Koerner J, Lam L, Samara J, Chapman M, et al. Reducing time in acute hospitals: A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes. Palliat Med. 2020; 34(5):571–9.