Socialstyrelsen



Nationella riktlinjer 2026:

Palliativ vård

Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

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.

ISBN: 978-91-7555-669-7

Artikelnummer: 2026-11-10506

Omslag: Scandinav.se/Plattform

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2026

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om palliativ vård. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, och i vissa fall socialtjänsten. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar – för en god och jämlik vård.

Riktlinjerna kompletteras av andra nationella kunskapsstöd, bland annat personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och nationella vård-program.

Barnkonventionen gäller som svensk lag, och barnrättsperspektivet har varit viktigt i arbetet med riktlinjerna. Experter har bidragit med erfarenhet från olika verksamheter där barn får palliativ vård.

Sjukvårdsregioner, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den förra versionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har tagit hänsyn till alla synpunkter och uppdaterat flera beskrivningar i riktlinjerna. Inga synpunkter har dock medfört behov av att ändra i rekommendationer eller kunskapsunderlag.

Vi vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Huvudbudskap **5**

Säkerställ jämlik tillgång till palliativ vård 5

Identifiera behoven i rätt tid 6

Samverka och integrera palliativ vård med annan vård 6

Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd **7**

Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande 7

Ändrat och nytt i riktlinjerna 8

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap 9

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer 11

Utgångspunkt: om palliativ vård **12**

Vad är palliativ vård? 12

Dagens palliativa vård 14

Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef **17**

Rekommendationerna i korthet 18

1. Integrera vården och utbilda personalen 18
2. Erbjud återkommande samtal och stöd 21
3. Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård 25
4. Erbjud stöd till närstående 27

Implementera riktlinjerna – för en god och jämlik vård **30**

Att implementera effektivt 30

Exempel på risker och utmaningar 32

Etiska principer för prioritering 34

Kompletterande stöd **35**

Deltagare i riktlinjearbetet **39**

Referenser **44**

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer **46**

Bilaga 2. Tillhörande dokument som publiceras på webben **51**

Bilaga 3. Versionshistorik **52**

Huvudbudskap

Fler personer med livshotande sjukdomar behöver få palliativ vård: vård som lindrar lidandet och främjar livskvaliteten. Palliativ vård är inte bara aktuellt när döden är nära, utan ett palliativt förhållningssätt ger en rad fördelar även tidigare i ett sjukdomsförlopp – och behövs ofta samtidigt med behandling som kan förlänga livet.

Engagerad personal och forskare arbetar hela tiden för att förbättra och utveckla palliativ vård, men idag är vården ojämlik på flera sätt. Med dessa nationella riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till en bättre och mer jämlik vård. Hela hälso- och sjukvården behöver en stor förstärkning. På längre sikt kan den leda till besparingar, till exempel i form av kortare sjukhustider och färre akutbesök.

Säkerställ jämlik tillgång till palliativ vård

Du som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården behöver säkerställa att de som behöver det får tillgång till palliativ vård – allmän eller specialiserad. Även i socialtjänsten behövs insatser för denna grupp. Säkerställ tillgång till vård och stöd oavsett:

- **Ålder:** Både barn och vuxna i alla åldrar kan behöva palliativ vård. I vissa fall behöver vården börja redan innan ett barn föds, om fostret har ett livshotande tillstånd.
- **Sjukdom eller tillstånd:** Patienter med till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar, demenssjukdomar och neurologiska sjukdomar har stora behov av palliativ vård, men de har mindre tillgång till vården. Fortfarande har patienter med cancer störst tillgång till specialiserad palliativ vård.
- **Vårdform:** Ett palliativt förhållningssätt behövs i alla vårdformer, både regionala och kommunala oavsett uppdragsgivare, och även i många delar av socialtjänsten. Idag finns bland annat brister i palliativ vård på många av landets sjukhus och på särskilda boenden för äldre.
- **Bostadsort:** God palliativ vård behövs i hela landet. Idag finns tydliga skillnader mellan olika regioner och kommuner i både tillgång och kvalitet.

För en god och jämlik palliativ vård krävs att all hälso- och sjukvårds-personal som möter patienter med livshotande tillstånd får **kontinuerlig fortbildning** i ett palliativt förhållningssätt. Det behövs både i sjukhusvården och i den regionala och kommunala primärvården. I socialtjänsten behövs fortbildningen framför allt för personal som gör

insatser för personliga behov, till exempel i hemtjänsten, i särskilda boenden för äldre och i bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättningar. Personalen behöver både ha tillräcklig kompetens och tillräckligt med tid för att se behoven av palliativ vård och kunna ge rätt stöd.

Identifiera behoven i rätt tid

Fler personer behöver få sina behov av palliativ vård identifierade. Idag tror många att palliativ vård är aktuellt först efter att man till exempel har haft ett brytpunktssamtal och avbrutit all behandling för att förlänga livet. Sådana brytpunktssamtal behövs fortfarande, men som beslutsfattare behöver du arbeta för att utveckla vården: personalen behöver ha ett palliativt förhållningssätt tidigare i sjukdomsförloppet, medan diagnostik och eventuell livsförlängande behandling fortfarande pågår. Socialstyrelsen rekommenderar följande insatser:

- Hälso- och sjukvårdspersonal bör erbjuda återkommande **samtal vid allvarlig sjukdom** till patienter med livshotande tillstånd.
- Parallellt bör patienten få **skatta sin samlade symtombörda**.
- Samtalen och skattningarna bör ligga till grund för en **strategi för palliativ vård**, som inkluderas i patientens individuella vårdplan. Här kan personalen även dokumentera behov av stöd från socialtjänsten.

På så sätt blir behoven synliga, och patienten kan få rätt stöd. Säkerställ att både patienter och närstående erbjuds **psykologiskt, socialt och existentiellt stöd** utöver behandling av fysiska symtom – antingen i hälso- och sjukvården eller i socialtjänsten. En tid efter ett dödsfall bör de närstående också erbjudas **efterlevandesamtal** av hälso- och sjukvårdspersonal.

Samverka och integrera palliativ vård med annan vård

Palliativ vård behöver vara **integrerad med annan vård**, för att kunna möta patienternas och de närståendes behov oavsett var patienterna vårdas. För detta krävs samverkan. Fler patienter behöver få sin vård planerad tillsammans med all involverad personal, och som beslutsfattare behöver du skapa strukturer för samverkan om det saknas i din region eller kommun. Tydliggör vilken aktör som ska göra vad, och vad ni behöver göra tillsammans.

Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd

Dessa riktlinjer är ett stöd för att prioritera resurser. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera, på en övergripande gruppnivå.

Vi vänder oss framför allt till dig som har ett ansvar för resursfördelning i hälso- och sjukvården. Vissa rekommendationer är också riktade till socialtjänsten, och flera rekommendationer till hälso- och sjukvården kan kräva samverkan med socialtjänsten.

Du som beslutsfattare kan arbeta på regional eller kommunal nivå – i privat eller offentlig regi – till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för de kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande: det är alltid personalens ansvar att bedöma vad en enskild patient behöver, i samråd med patienten.

Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutsfattare. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader och ojämlikheter eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Vi ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att upprätthålla. Ett exempel är *brytpunktssamtal vid övergång till vård i livets slutskede*, som numera är en etablerad insats med positiv utveckling [1]. Istället lyfter vi fram att *samtal vid allvarlig sjukdom* behöver erbjudas tidigt och återkommande vid livshotande sjukdomar.

Riktlinjerna är alltså inget heltäckande prioriteringsstöd, och vi ger inga detaljerade behandlingsrekommendationer. Riktlinjerna kompletteras av flera andra kunskapsstöd med olika syften och målgrupper, bland annat det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård samt de nationella vårdprogrammen för palliativ vård för vuxna respektive barn (se

vidare kapitlet Kompletterande stöd). Framöver kommer också vård-programmet för barn att kompletteras med ett särskilt vårdprogram för palliativ vård av barn som ännu inte fötts och barn som får neonatalvård.

I de nationella riktlinjerna får du som beslutsfattare vägledning i *vad* som är prioriterat att utveckla och kvalitetssäkra. Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet beskriver sedan *när* i förloppet som olika insatser bör erbjudas, medan vårdprogrammen ger vägledning i *hur* insatserna bör utföras.

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i webbilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats.

Ändrat och nytt i riktlinjerna

Dessa riktlinjer ersätter Socialstyrelsens tidigare kunskapsstöd *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* från 2013. Där fokuserade vi på äldre i livets slutskede, framför allt med cancer, och på vårdformer som specialiserad palliativ hälso- och sjukvård i hemmet eller motsvarande. Samtidigt lyfte vi fram att palliativ vård behöver omfatta fler diagnoser än cancer, som både vården och forskningen traditionellt har utgått från.[1]

I dessa reviderade riktlinjer pekar vi på att palliativ vård bör ges till personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år – oavsett ålder, diagnos och vårdform. Palliativ vård förbättrar livs-kvaliteten och kan minska symtom även före den allra sista tiden i livet, och behöver därför integreras med annan vård [2].

Några av de utmaningar vi såg 2013 kvarstår, till exempel

- behovet av att samordna vården på alla nivåer
- fortbildning för personal
- hantering av patientens symtom och samtal med patienten om vårdens innehåll
- närståendes behov av eget stöd – de närstående har en särställning i palliativ vård.

Dessa riktlinjer har därför sin tyngdpunkt på rekommendationer av strukturell karaktär, på områden som fortfarande behöver förbättras. Vi ger också färre och mindre detaljerade rekommendationer än i kunskapsstödet från 2013, eftersom det numera finns nationella vårdprogram och vårdförlopp för palliativ vård. Vägledning om detaljerade behandlingar passar nu bättre i vårdprogrammen och vårdförloppen.

[1] Döden angår oss alla (SOU 2001:6) s. 56.

Hösten 2025 publicerade Socialstyrelsen reviderade definitioner av begrepp inom palliativ vård i vår termbank. Definitionerna av *palliativ vård* och *palliativt förhållningssätt* är justerade, och vi har lagt till en definition av *samtal vid allvarlig sjukdom*. Övriga definitioner på området är oförändrade, till exempel *brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede*, *allmän palliativ vård* och *specialiserad palliativ vård*. Se termbank.socialstyrelsen.se.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats.

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens rekommendationer bygger på forskning och erfarenhet hos yrkesverksamma – den bästa tillgängliga kunskapen.

Rekommendationerna om palliativ vård bygger till stor del på beprövad erfarenhet, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med cirka 130 verksamhetsnära experter från hela vårdkedjan och alla sjukvårdsregioner.[2]

Det finns också mycket forskning om palliativ vård, men oftast saknas den typen av kontrollerade studier som ger säkrast bevis för insatsernas faktiska effekt. Det är dessutom svårt att göra kontrollerade studier av personer med livshotande tillstånd, kort förväntad överlevnad och sjunkande medvetandegrad, av etiska och metodologiska skäl. Vidare saknas relevant forskning om den typen av breda insatser som är aktuella för dessa riktlinjer.

Utifrån den kunskap som finns ger vi rekommendationer med olika prioritet, som stöd för att prioritera insatser som bidrar till en jämlik vård (se tabell 1).

[2] Bland annat arbetsterapeuter, fysioterapeuter, kuratorer, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Tabell 1. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden, och bör därför erbjudas i mindre utsträckning).
FoU	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap. I dessa riktlinjer om palliativ vård ingår dock inga FoU-rekommendationer.
Icke-göra	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga. I dessa riktlinjer om palliativ vård ingår dock inga icke-göra-rekommendationer.

De med störst behov ska få företräde

Vi utgår från nyttan och riskerna med de olika insatserna när vi sätter prioritetssiffrorna. Högst prioritet har de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden – eftersom de som behöver vården mest ska få företräde.[3] I rekommendationer till socialtjänsten bedömer vi däremot inte hälsotillståndens svårighetsgrad, eftersom det saknas lagstöd för sådan prioritering där.

Svårighetsgraden för ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken att dö i förtid eller att få ytterligare sjukdom, funktionsnedsättning eller sänkt livskvalitet. Dessa riktlinjer om palliativ vård gäller personer vars hälsotillstånd har en mycket stor svårighetsgrad, eftersom de har livshotande tillstånd. De rekommenderade insatserna har därför generellt hög prioritet. Samtidigt ger vi rekommendationer om insatser för närstående med något lägre prioritet.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden. Det har dock inte varit aktuellt i dessa riktlinjer om palliativ vård. Däremot analyserar vi rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

[3] Se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Se vidare avsnittet Etiska principer för prioritering i kapitlet *Implementera riktlinjerna – för en god och jämlik vård*.

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet Implementera riktlinjerna – för en god och jämlik vård får du mer praktisk vägledning i arbetet med att följa rekommendationerna.
- I webbilagan *Metodbeskrivning* beskriver vi Socialstyrelsens gedigna metod för att ta fram rekommendationer med olika prioritet mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för de hälsotillstånd som är aktuella i riktlinjerna om palliativ vård.

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen utvärderar återkommande hur våra nationella riktlinjer används och påverkar praxis. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna.

Den senaste utvärderingen av Sveriges palliativa vård gjordes 2016 och utgick från indikatorer från 2013 [4]. När vi följer upp och utvärderar vården på nytt kommer vi också att revidera indikatorerna utifrån rekommendationerna i dessa riktlinjer.

Som beslutsfattare kommer du att kunna använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

År 2017 tog Socialstyrelsen också fram nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling [5]. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå [6]. Även målnivåerna kommer att ses över inför nästa utvärdering.

Utgångspunkt: om palliativ vård

Vad är palliativ vård?

Fokus på hela livssituationen

Palliativ kommer från det latinska ordet *pallium* som betyder mantel, ett enkelt klädesplagg som bärs omslutande och skyddande utanpå kläder. Manteln är en symbol för omsorgen om den svårt sjuka människan, som får stöd för hela livssituationen – samtidigt som döden är närvarande och erkänd.

Fackspråkligt definierar Socialstyrelsen palliativ vård så här:

> **Palliativ vård:**
> hälso- och sjukvård som syftar till att lindra lidande och främja livskvalitet för personer med tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år, och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt stöd till närstående

Avgörande för att ge palliativ vård är ett palliativt förhållningssätt, som Socialstyrelsen definierar så här:

> **Palliativt förhållningssätt:**
> förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan, och som prioriterar livskvalitet samt individuella önskemål och behov vid avvägning av insatser
>
> **Helhetssyn** innebär att beakta en persons fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov.
>
> Det palliativa förhållningssättet innebär att en **professionell bedömning** av personens tillstånd, behov och önskemål görs för att stödja personen att leva med största möjliga livskvalitet till livets slut.

Definitionerna uppdaterades 2025. Tidigare gällde palliativ vård enbart obotbara sjukdomar, och fokus var ofta enbart på den allra sista tiden i livet. Nu har vi ett bredare fokus på livshotande tillstånd. Därmed behöver personal i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten kunna bedöma behoven av palliativ vård tidigare. Det handlar inte om att människors behov har förändrats, utan om att möta behoven bättre.

Palliativ vård vilar på de fyra hörnstenarna symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närståendestöd.

Döden är inte alltid nära

Att någon får vård med ett palliativt förhållningssätt betyder inte nödvändigtvis att döden är nära. Ofta får patienten samtidigt behandling för att förlänga livet. Detta är viktigt att poängtera i kommunikationen med patienter och närstående, eftersom många förknippar palliativ vård med den allra sista tiden i livet. Men all personal som möter personer med livshotande tillstånd berörs – i både regionala och kommunala verksamheter. Även vid plötsliga och oväntade komplikationer eller akut insjuknande är det aktuellt att kunna se behov av palliativ vård. För att identifiera de som skulle ha nytta av palliativ vård behövs strukturerade skattningar av behoven, vid sidan av bedömningar av det förväntade sjukdomsförloppet.

Vården behövs vid många sjukdomar

Både barn och vuxna kan behöva vård med ett palliativt förhållningssätt, för många olika sjukdomar, till exempel:

- cancer
- demenssjukdom
- hjärtsvikt eller annan organsvikt
- inlagringssjukdomar (genetiska sjukdomar där kroppen inte kan bryta ner och utsöndra restprodukter)
- kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)
- medfödd kromosomavvikelse eller medfödd funktionsnedsättning
- multisjuklighet – till exempel flera samverkande tillstånd hos äldre, där ingen enskild sjukdom är den primära orsaken till behovet av palliativ vård.

Det är viktigt att sträva efter en god och jämlik vård över hela landet oavsett diagnos, förväntad överlevnadstid, vårdform eller bostadsort.[4] All vård, inklusive palliativ vård, ska ges på samma villkor oavsett till exempel kön, funktionsförmåga, etnicitet, religion, sexuell läggning eller ålder.[5] Både barn och vuxna behöver samtidigt bemötas efter individens unika situation, hälsotillstånd, förutsättningar, mognad, behov och önskemål.[6] Personer med både cancer och Downs syndrom har till exempel andra behov än personer med cancer utan funktionsnedsättning, vilket kan påverka vården.

[4] Se bl.a. 3 kap. 1 § och 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[5] 1 kap. 4 § och 2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567).
[6] 5 kap. 1 § HSL, 1 kap. 7–8 § patientlagen (2024:821), PL, och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Dagens palliativa vård

År 2024 avled 91 400 personer folkbokförda i Sverige [7]. De flesta av dem bedöms ha mött en förväntad död, och palliativ vård har därmed kunnat vara aktuellt. Den vanligaste dödsorsaken var hjärt-kärlsjukdomar följt av cancer [7].

Vi lever allt längre, och får våra livshotande sjukdomar allt senare. Samtidigt är en halv procent av de som avlider under 18 år. År 2024 avled cirka 400 barn, varav 45 dog av cancer [7]. Knappt hälften dog under sitt första levnadsår, främst inom 28 dagar efter födseln. Ett palliativt förhållningssätt kan då behövas redan innan barnet är fött, till exempel i stöd till familjen.

Palliativ medicin är en egen tilläggsspecialitet för läkare sedan 2015,[7] och idag finns drygt 300 specialistläkare i palliativ medicin [8]. Sjuksköterskor och undersköterskor kan specialisera sig i palliativ omvårdnad, medan andra yrkesgrupper kan fördjupa sin kunskap genom olika kurser.

Flera vårdformer är aktuella

Palliativ vård ges dels på sjukhusen, dels i hemmet, i särskilda boenden för äldre och i bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättningar. Oftast kombineras insatser från den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården. Specialiserad palliativ vård erbjuds framför allt på regionernas uppdrag i verksamheter där personalen har särskild kompetens: i och utanför sjukhusen samt i hemmen (men sällan på till exempel särskilda boenden för äldre). Tillgången till specialiserad palliativ vård för barn är dock ofta begränsad [9].

Både svenska och internationella studier visar att många vill dö i sitt eget hem [10, 11]. Avgörande för valet kan till exempel vara tillgången till kvalificerad personal, sjukdomsförloppet och de närståendes inställning och situation [12]. För barn handlar det också om vårdnadshavarnas kapacitet och om hur syskon påverkas [13]. Valet kan vara komplext, och hälso- och sjukvård i hemmet förutsätter att patienten känner sig trygg i hemmet. Knappt en fjärdedel av alla som avled i Sverige 2024 gjorde det i hemmet, enligt Dödsorsaksregistret [7].

Barn bör, liksom vuxna, erbjudas vård med ett palliativt förhållningssätt av personal med rätt kompetens. Vården behöver anpassas så att barnen kan ha en meningsfull och trygg vardag, där förskolan och skolan ofta är en viktig del. Palliativ vård i hemmet för barn ges i både regional och kommunal regi,

[7] Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

men det ser olika ut i olika regioner. Avtalen om ansvar skiljer sig, för både barn och vuxna.

Ett palliativt förhållningssätt behövs också i socialtjänsten, hos personal som gör insatser för personliga behov. Det kan till exempel handla om att personliga assistenter eller hemtjänstpersonal med relevant kunskap ger stöd som gör det möjligt att leva och dö i det egna hemmet, om det är personens önskemål.

Vården är ojämlik

Palliativ vård ska ha högsta prioritet enligt prioriteringsutredningen *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). Vården är dock fortfarande ojämlik och bristfällig på flera sätt, även om utvecklingen är positiv. Det visar både Socialstyrelsens utvärdering från 2016 [4] och senare uppgifter från till exempel Cancerfonden [14], förslaget till ny nationell cancerstrategi [15], Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [16] och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) [17]. Några exempel:

- Det finns tydliga skillnader både inom och mellan regioner när det gäller **tillgången** till olika former av allmän och specialiserad palliativ vård. Även **kvaliteten** varierar, och det finns en brist på resurser [14-16].
- Många får palliativ vård **alltför sent** i sitt sjukdomsförlopp – få patienter får sina behov identifierade tidigt. Det finns en osäkerhet om hur och när behoven ska hanteras. Det kan bero på att beslutet om att ge palliativ vård känns obekvämt för såväl hälso- och sjukvårdspersonalen som patienten och närstående [14].
- Det finns skillnader i **personalens kompetens**. Palliativ vård saknas ofta i grundutbildningen för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och det innehåll som finns skiljer sig stort mellan utbildningar. Dessutom varierar möjligheterna till fortbildning [4, 14, 17].
- Det finns brister i palliativ vård i livets slutskede på många av landets **sjukhus** [18]. Bristerna tycks även gälla sjukhusvården tidigare i sjukdomsförloppet, enligt Socialstyrelsens anlitade experter.
- Specialiserad palliativ vård utvecklades först för patienter med **cancer**, som beräknas orsaka en fjärdedel av dödsfallen i Sverige [7]. Trots ambitionen att vidga förhållningssättet har fortfarande patienter med obotlig cancer bättre tillgång till specialiserad palliativ vård än andra patientgrupper (79 procent av alla som avled med specialiserad palliativ vård 2024 hade cancer) [19]. Tillgången är sämre för patienter med till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar, demens, stroke och neurologiska sjukdomar [19].
- Det finns brister i tillgången till palliativ vård i form av **hälso- och sjukvård i hemmet**, bland annat när det gäller resurser, ansvar och samordning mellan olika vårdaktörer [14].

- Det finns brister i palliativ vård på **särskilda boenden för äldre**, som bidrar till ojämlik vård. IVO har uppmärksammat allvarliga risker för patientsäkerheten [17].
- Få barn behöver palliativ vård i Sverige, men det är viktigt att vården finns tillgänglig för **barn i hela landet** [20]. Detta kräver kompetens i barns sjukdomar och utveckling, kombinerat med kompetens i palliativ vård. Dessutom behövs kunskap om barnrättsperspektiv, där bemötande och delaktighet är viktiga delar.[8]
- Begreppet **palliativ vård tolkas på olika sätt**, bland annat eftersom vården utvecklas och förändras. Skillnaderna kan ge ojämlik tillgång till vården och försvåra samordningen mellan verksamheter [4, 5].

Förbättringsområden

Fler än idag behöver vård med ett palliativt förhållningssätt. Förslaget till ny nationell cancerstrategi [15], Cancerfondsrapporten 2024 om palliativ vård [14] och Socialstyrelsens utvärdering från 2016 [4] tar bland annat upp följande förbättringsområden:

- Personal behöver fortbildning.
- Verksamheter behöver samverka för att få en gemensam god process och palliativ vårdkedja. Till exempel behövs starkare samverkan på länsnivå, mellan den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Fler patienter behöver få sin vård planerad tillsammans med samtliga inblandade aktörer för att vården ska vara patientsäker. Palliativ vård behöver integreras med annan vård.
- Fler verksamheter behöver tillgång till palliativa rådgivningsteam.
- Fler verksamheter behöver erbjuda stöd till närstående och ha rutiner för efterlevandesamtal.
- Fler behöver få tillgång till både allmän och specialiserad palliativ vård, både i hemmet och i andra vårdformer.
- Det behövs rutiner för att säkerställa en god palliativ vård för barn och ungdomar samt deras familjer.

➔ **Läs mer:**

- I arbetet med EU:s cancerplan pågår projekt för att förbättra tillgången och kvaliteten på palliativ vård. Se Socialstyrelsens webbsida EU:s cancerplan.
- Regionala cancercentrum i samverkan har gjort en nationell kartläggning av barn och ungdomars tillgång till palliativ vård [21].

[8] Varje barn har rätt till bästa möjliga hälsa, och när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Se 5 kap. HSL, 1 kap. 8§ PL samt artikel 3 och 24 i barnkonventionen.

Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, och i vissa fall socialtjänsten. Flera av rekommendationerna till hälso- och sjukvården kräver också samverkan med socialtjänsten. Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioritet 1 betyder högsta prioritet.

Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

1. Integrera vården och utbilda personalen
2. Erbjud återkommande samtal och stöd
3. Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård
4. Erbjud stöd till närstående.

Observera att rekommendationerna inte är heltäckande, utan gäller ett antal centrala insatser i palliativ vård, där vägledningsbehovet är stort. En rekommendation gäller specialiserad palliativ vård specifikt, medan övriga gäller palliativ vård generellt. Rekommendationerna ersätter dem i Socialstyrelsens tidigare kunskapsstöd om palliativ vård från 2013.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fyra textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna *Rekommendationslista i Excelformat* och *Kunskapsunderlag*)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna

➔ **Läs mer:**

- I bilaga 1 finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat och bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Fördjupad konsekvensanalys* och *Metodbeskrivning*. Se socialstyrelsen.se/nationella riktlinjer/palliativvard.

Rekommendationerna i korthet

Socialstyrelsen rekommenderar följande insatser:

- Palliativ vård bör vara **integrerad med annan vård**, för att kunna möta patienternas behov oavsett var de vårdas. Arbetssättet kräver att hälso- och sjukvårdspersonalen får **kontinuerlig fortbildning** i ett palliativt förhållningssätt. Även i socialtjänsten behövs sådan fortbildning.
- Hälso- och sjukvårdspersonal bör erbjuda återkommande **samtal vid allvarlig sjukdom** till patienter med tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år.
- Parallellt bör patienten få **skatta sin samlade symtombörda**, regelbundet och strukturerat.
- Samtalen och skattningarna bör ligga till grund för en **strategi för palliativ vård**, som inkluderas i patientens individuella vårdplan.
- Utifrån de aktuella behoven bör personalen erbjuda symtomlindring till patienten samt **psykologiskt, socialt och existentiellt stöd**, även till närstående. Dessa insatser behöver kunna erbjudas i alla vårdformer av ordinarie personal, och inte enbart av personal med särskild kompetens i palliativ vård.
- Patienter med komplexa symtom eller andra särskilda behov bör få **specialiserad palliativ vård** av personal med särskild kompetens – och specialiserad palliativ vård behöver finnas tillgänglig i hela landet.
- En tid efter dödsfallet bör de närstående erbjudas **efterlevandesamtal**.

De rekommenderade insatserna hänger ihop och är viktiga förutsättningar för en god palliativ vård. Flera av insatserna ökar också möjligheterna till en personcentrerad vård, till exempel genom att personalen tar reda på vad som är viktigt för varje patient.

1. Integrera vården och utbilda personalen

Idag tror många att palliativ vård är aktuellt först efter ett så kallat brytpunktssamtal, där man diskuterar att avbryta all livsförlängande behandling mot grundsjukdomen för att övergå till vård i livets slutskede. Brytpunktssamtal fyller fortfarande sin funktion, men som beslutsfattare behöver du också arbeta för att utveckla vården: personalen behöver kunna identifiera behov av palliativ vård tidigt i sjukdomsförloppet, medan diagnostik och eventuell livsförlängande behandling fortfarande pågår.

Palliativ vård behöver sedan **integreras** med patienternas övriga vård: all involverad personal behöver samverka för att fullt ut integrera insatserna. Det behöver vara tydligt vem som ska göra vad.

När palliativ vård ska bedrivas tillsammans med annan vård, för patienter med ett livshotande tillstånd, krävs att hälso- och sjukvårdspersonalen får kontinuerlig fortbildning i ett **palliativt förhållningssätt**. Även i många av socialtjänstens verksamheter är detta viktigt. Se rutorna Palliativt förhållningssätt i kapitlet *Utgångspunkt: om palliativ vård* och Var behövs kontinuerlig fortbildning?

Fortbildningen bör erbjudas regelbundet – det handlar inte om enstaka punktinsatser. Omfattningen kan däremot variera. Fortbildningen kan till exempel innebära utbildnings- och reflektionstillfällen, workshoppar eller kurser för enskilda medarbetare eller grupper, ledda av personer med kunskap om ett palliativt förhållningssätt.

Rekommendationer

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 eller primärvården (regional eller kommunal) 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

Var behövs kontinuerlig fortbildning?
All personal i **hälso- och sjukvården** som möter patienter med livshotande tillstånd behöver kontinuerlig fortbildning i palliativt förhållningssätt, oavsett vilket tillstånd, vilken vårdform eller vilken åldersgrupp det gäller, till exempel i

- primärvården
- sjukhusvården
- vården i ordinärt eller särskilt boende.

I **socialtjänsten** behövs fortbildningen för personal som gör insatser för personliga behov, till exempel

- personal i hemtjänsten
- personliga assistenter
- personal i särskilda boenden för äldre eller bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättningar.

Även biståndshandläggare i socialtjänsten behöver fortbildning för att kunna fatta beslut utifrån ett palliativt förhållningssätt.

Observera: Både samverkan och rätt kompetens hos personalen är reglerat i lagar och föreskrifter:

- Varje vårdgivare och socialnämnd ansvarar för att det finns de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven i författningar när det gäller till exempel **samverkan**.[9]
- Varje vårdgivare är skyldig att se till att de som arbetar i verksamheten har rätt **kompetens** för sina arbetsuppgifter.[10] Även personal i socialtjänsten ska ha lämplig utbildning och erfarenhet.[11]



Så har vi prioriterat

Både rekommendationen om integrerad palliativ vård och rekommendationen om kontinuerlig fortbildning har hög prioritet, eftersom insatserna ökar livskvaliteten hos mycket svårt sjuka personer. Att integrera palliativ vård med annan vård minskar dessutom patienternas symtombörda, enligt forskningen.

Fortbildning är samtidigt en förutsättning för att personalen ska ha beredskap och förmåga att agera enligt ett palliativt förhållningssätt. Därmed

[9] Se 4 kap. 5 och 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
[10] Se 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[11] Se 5 kap. 3 § socialtjänstlagen (2025:400).

är fortbildningen också avgörande för en mer jämlik palliativ vård. Vidare kan fortbildningen öka personalens trygghet och minska personalomsättningen, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns separata motiveringar till varje rekommendation.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

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, istället för att flyttas till sjukhus när tillståndet försämras. Enskilda individer kan dock komma att behöva mer sjukhusvård, när personalen bättre kan identifiera behoven.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.

2. Erbjud återkommande samtal och stöd

Kommunikation, samtal och individuellt stöd är avgörande för en personcentrerad palliativ vård av hög kvalitet. I ett **samtal vid allvarlig sjukdom** diskuterar hälso- och sjukvårdspersonal och en person med ett livshotande tillstånd innehållet i den fortsatta vården, utifrån personens hälsotillstånd, behov och önskemål. Samtalet erbjuds tidigt och återkommande under hela sjukdomsförloppet, och kan även involvera närstående. Det blir en förstärkning av vården i förhållande till det redan etablerade läkarledda *brytpunktssamtalet*, som erbjuds senare, när det är aktuellt att avbryta all livsförlängande behandling.

Parallellt med samtalen bör patienten få **skatta sin samlade symtombörda**, regelbundet och strukturerat. Skattningen blir ett underlag för den fortsatta vården, som hälso- och sjukvårdspersonalen planerar och följer upp tillsammans med patienten.

Både samtalen och skattningarna bör ligga till grund för en proaktiv **strategi för palliativ vård**, som inkluderas i patientens individuella vårdplan.[12] I strategin beskriver hälso- och sjukvårdspersonalen rekommenderade insatser för patientens nuvarande och eventuellt kommande behov, både av hälso- och sjukvård och av socialtjänst.

Utifrån de aktuella behoven bör personalen erbjuda **psykologiskt, socialt och existentiellt stöd**, utöver behandling av fysiska symtom. Stödet kan ha formen av samtalsstöd, gruppträffar, tillgång till en kontaktperson i hälso- och sjukvården, lekterapi med mera. Det erbjuds under hela sjukdomsförloppet av multiprofessionella team, av annan hälso- och sjukvårdspersonal eller av socialtjänstpersonal. Personalen behöver ha tillräcklig tid och kompetens för att se behoven och säkerställa stöd, oavsett var personen får vård eller omsorg. Liknande stöd ges även utanför hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, till exempel av trossamfund eller organisationer i civilsamhället.

Rekommendationer

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, nyttan av olika insatser – och rätten att avstå från vård • vem som ska föra patientens talan om patienten själv inte kan.	1

[12] En vårdplan kan upprättas under vårdtiden i samråd med patienten och eventuella närstående. Den ska dokumenteras i patientens journal. Se 3 kap. 6 § 4 patientdatalagen (2008:355) och 5 kap. 5 § 13 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSL-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
B2	Erbjud regelbunden strukturerad skattning av den samlade symtom-bördan, som under-lag 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[13] eller en kombination av instrument som täcker enskilda symtom[14]. Skattningen behöver anpassas till patientens ålder, mognad samt språkliga och kognitiva förmåga.[15]	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

Observera:

- Information till en patient ska anpassas till patientens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.[16] Både barn och vuxna har rätt till information om bland annat sitt hälsotillstånd och sin vård.[17] Barnets inställning till den aktuella vården ska klarläggas så långt som möjligt, och barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till ålder och mognad.[18] Även barnets vårdnads-

[13] Till exempel Integrated palliative care outcome scale (IPOS).
[14] Till exempel Edmonton symptom assessment scale (ESAS-R), Visuell analog skala (VAS) eller Numerisk skala (NRS).
[15] Till exempel med hjälp av instrumenten Face, legs, activity, cry and consolability scale (FLACC) och Abbey pain scale (APS).
[16] Se 3 kap. 6 § patientlagen (2014:821), PL.
[17] Se 3 kap. 1–2 § PL.
[18] Se 4 kap. 3 § PL och 6 kap. 11 § föräldrabalken.

havare ska få information, om inte sekretess blir aktuellt.[19] Patienter med nedsatt beslutsförmåga till följd av till exempel intellektuell funktionsnedsättning eller demens kan också behöva särskilt anpassad kommunikation, till exempel med visuellt stöd. Även ställföreträdare och närstående kan behöva involveras.

- När någon behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kommunen och regionen tillsammans upprätta en individuell plan, om personen samtycker till det.[20] Den brukar kallas samordnad individuell plan (SIP).

➔ **Läs mer:**

- Även närstående bör erbjudas psykologiskt, socialt och existentiellt stöd. Se delkapitlet Erbjud stöd till närstående.
- Samtal vid allvarlig sjukdom har en KVÅ-kod från och med 2027, som bör användas av all personal som leder samtalet: XV037. Sedan tidigare finns också en KVÅ-kod för brytpunktssamtal: XV018. Mer information om KVÅ-koder finns på Socialstyrelsens webbsida Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Så har vi prioriterat

Alla de rekommenderade insatserna har hög prioritet, eftersom de ökar livskvaliteten och minskar symtomen hos mycket svårt sjuka personer, enligt beprövad erfarenhet. Personerna får bättre möjlighet att hantera sin livssituation och behålla sin funktionsförmåga och autonomi, så långt det är möjligt. Insatserna är också avgörande för en jämlik och personcentrerad palliativ vård, där patienterna och de närstående är trygga och delaktiga. Dessutom effektiviserar samtalen, skattningarna och strategierna vården, underlättar informationsöverföringen i vårdkedjan och förhindrar både underbehandling och överbehandling, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns separata motiveringar till varje rekommendation.

Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

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

[19] Se 3 kap. 3 § PL.
[20] Se 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 10 kap. 8 § socialtjänstlagen (2025:400).

ta fram nya rutiner. Även journalsystem kan behöva justeras, för att 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.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.

3. Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård

Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller en livssituation som medför särskilda behov. Vården utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kompetens i palliativ vård. 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. Idag är tillgången till specialiserad palliativ vård dock mycket ojämlik [18].

Personalen som ger specialiserad palliativ vård

- bedömer och prognostiserar sjukdomsförlopp hos personer med komplexa behov av palliativ vård
- lindrar komplexa fysiska, psykologiska, sociala eller existentiella symtom hos patienter som inte får tillräcklig effekt av den vård som ges av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård
- ger stöd till närstående med komplexa behov
- ger stöd till andra verksamheter, till exempel råd om
  - symtomlindring
  - palliativ vård av barn
  - etiskt välgrundade beslut om att avbryta behandling som inte gagnar patienten, och dialog om detta med patienten, närstående och personal.

Rekommendation

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 specialist-kompetens är viktigare än organisationsformen.	1



Så har vi prioriterat

Specialiserad palliativ vård ökar livskvaliteten hos patienter med komplexa symtom eller andra särskilda behov som inte kan tillgodoses av den övriga vården, enligt forskningen. Det har högsta prioritet att hela denna patientgrupp får tillgång till specialiserad palliativ vård efter behov. En välfungerande specialiserad palliativ vård kan också avlasta och stärka kompetensen i den övriga vården, enligt Socialstyrelsens rekommendations-grupp.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns separata motiveringar till varje rekommendation.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Endast en femtedel av alla som avled 2024 och rapporterades till Svenska palliativregistret fick specialiserad palliativ vård [22]. 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.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.

4. Erbjud stöd till närstående

Det är viktigt att närstående till de som behöver palliativ vård får **eget stöd**, om de behöver det. Det gäller både barn och vuxna. Stödet kan ha formen av samtalsstöd, tillgång till en kontaktperson i hälso- och sjukvården när den sjuka inte själv kan ha kontakt, möjlighet att sova över hos den sjuka, lekterapi med mera. Det erbjuds under hela sjukdomsförloppet och en tid efter dödsfallet av berörda multiprofessionella team, av annan hälso- och sjukvårdspersonal eller av socialtjänstpersonal. Även i till exempel mödrahälsovården och förlossningsvården behövs närståendestöd, när barn dör strax före eller under förlossningen. Personalen behöver ha tillräcklig tid och kompetens för att se behoven och ge stödet, oavsett var den som är sjuk får vård eller omsorg.

I samband med dödsfallet kan närstående också behöva praktisk information, exempelvis om hur den avlidnas kropp tas om hand, om begravning eller om bodelning. Personalen i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kan hjälpa till genom att hänvisa till sådan information.

En tid efter dödsfallet – vanligen efter några veckor eller månader – bör hälso- och sjukvårdspersonalen också erbjuda ett samtal med de närstående, ett så kallat **efterlevandesamtal**. De som vill kan då få tala om den avlidnas sjukdomsförlopp och sina upplevelser, för att bearbeta det som har hänt. Personalen kan också identifiera de närstående som behöver lotsas vidare till mer stöd. Även efterlevandesamtal behöver erbjudas i alla vårdformer.

Rekommendationer

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 • hantera vardagslivet och ha kontakt med olika samhällsfunktioner.	3

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

Id	Rekommendation	Exempel	Prioritet
B7	Erbjud efterlevande-samtal.	• 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**

Observera:

- Vårdgivaren ska utifrån ett barns behov erbjuda information, råd och stöd om barnets förälder, syskon eller styvsyskon, eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller oväntat avlider.[21]
- Socialnämnden ansvarar för att ett barn som har behov av stöd för att en närstående är allvarligt sjuk eller oväntat avlider får de insatser som barnet behöver.[22]
- Socialnämnden ska erbjuda stöd till den som vårdar eller stöder en närstående som är äldre eller långvarigt sjuk.[23]

➔ **Läs mer** om

- barn som anhöriga på Socialstyrelsens webbsidor *Ser du mig?* – se socialstyrelsen.se/ser-du-mig
- stöd när barn dör strax före eller under förlossningen i Nationellt kunskapsstöd: intrauterin fosterdöd [23].

Så har vi prioriterat

Psykologiskt, socialt och existentiellt stöd till närstående ökar de närståendes livskvalitet och ger bättre möjlighet att hantera livssituationen, enligt beprövad erfarenhet. Alla närstående har inte så stora svårigheter att de behöver stöd från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, men en del har så svårt att hantera sin situation att det innebär allvarliga hälsorisker [24]. Närståendestödet till de som behöver det har därför hög prioritet – men de rekommenderade insatserna för personer med livshotande tillstånd har högre prioritet på grund av den ännu större svårighetsgraden. Närstående-stödet gynnar samtidigt både de närstående själva och de sjuka när det erbjuds på ett strukturerat sätt, enligt Socialstyrelsens rekommendations-

[21] Se 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Jfr även 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[22] Se 18 kap. 13 § socialtjänstlagen (2025:400).
[23] Se 13 kap. 9 § socialtjänstlagen (2025:400).

grupp. Dessutom gynnas hälso- och sjukvården, eftersom de närstående gör stora insatser för palliativ vård.

Även efterlevandesamtal kan främja de närståendes livskvalitet, enligt beprövad erfarenhet. Samtalet har lägre prioritet än det psykologiska, sociala och existentiella stödet, eftersom rekommendationen gäller hela gruppen närstående – som på gruppnivå har ett hälsotillstånd med en måttlig svårighetsgrad. Samtalet är dock mycket viktigt för de närstående, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns separata motiveringar till varje rekommendation.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

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, men i rutan följer en exempelberäkning för efterlevandesamtal.

Räkneexempel på nationell nivå
Räkna om utifrån förutsättningarna i din region eller kommun.

Efterlevandesamtal: Vi antar att cirka 20 000 fler närstående per år i Sverige behöver erbjudas ett efterlevandesamtal, utifrån siffror från Svenska palliativregistret. Det skulle öka kostnaderna med cirka **1,8 miljoner kronor per år**, om vi antar att

- 50 procent av de närstående tackar ja till samtalet
- varje samtal tar 30 minuter
- samtalet leds av en undersköterska.

(Personal från flera yrkesgrupper kan leda samtalen.)

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.

Implementera riktlinjerna – för en god och jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller chef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet, en region eller en kommun. Det handlar om att införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt. En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patient- eller brukargrupper.

➔ **Läs mer:**

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [25]
- hos Prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

➔ **Mer specifikt implementeringsstöd:** Socialstyrelsen har tagit fram implementeringsstöd specifikt för dessa riktlinjer, bland annat ett webbinarium för information och dialog – se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/palliativvard. Vi kommer att ge mer stöd till olika målgrupper under 2026 och 2027.

Att implementera effektivt

Det går att implementera planerat och framgångsrikt, och ett aktivt ledarskap är centralt i denna process [26]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera de nationella riktlinjerna om palliativ vård. Det handlar framför allt om frågor på verksamhetsnivå.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, och gör gärna gemensamma gapanalyser med andra verksamheter. Utgå från de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi idag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vet vi vilka vi bör samverka med? Finns det samverkansstrukturer att bygga vidare på?
- Vilka patient- eller brukargrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka insatser är viktigast att införa?

- Tillämpar personalen ett palliativt förhållningssätt tillräckligt tidigt, oavsett vårdform?
- Har personalen rätt förutsättningar att arbeta på nya sätt, med både de som är sjuka och deras närstående?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?
- Om du har ett övergripande regionalt eller kommunalt ansvar:
  - Hur kan hälso- och sjukvården anpassas för att bäst identifiera, behandla och följa upp patienter som behöver palliativ vård?
  - Hur kan socialtjänstens insatser anpassas för att personer som behöver palliativ vård ska få bättre stöd och förutsättningar för att känna sig trygga och delaktiga i sin livssituation?
  - Hur kan verksamheter anpassas för att erbjuda stöd till närstående?
  - Hur organiseras fortbildning bäst i regionen eller kommunen?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att insatserna i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten blir så effektiva som möjligt.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Personal kan till exempel känna oro över merarbete, att bli bedömd eller få kritik [22]. Du som chef kan behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Säkra nödvändiga resurser

Avsätt de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår. Följ också upp effekterna av de nya arbetssätten för patienterna eller brukarna, till exempel med Socialstyrelsens indikatorer.

Har ni tagit fram lokala rutiner för er verksamhet utifrån de nationella riktlinjerna? Inkludera dem i ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Exempel på risker och utmaningar

Du som ska arbeta med implementering av nationella riktlinjer bör relatera dem till den befintliga verksamheten och göra en prioritering mellan flera områden utifrån behov av förbättring. Det finns ett antal risker och utmaningar i arbetet, som du behöver vara medveten om. Här följer några exempel som vi bland annat har hämtat från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Olika områden har olika förutsättningar för utveckling

Som beslutsfattare eller chef behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Intervjuade riktlinjeanvändare framhåller till exempel att förutsättningarna ser mycket olika ut inom olika områden, vilket påverkar möjligheten att implementera riktlinjer och åstadkomma förändring. Faktorer som påverkar är till exempel

- patient-, brukar- eller närståendegruppens status och hur ”stark röst” den har i offentligheten
- om det finns särskilda yrkesgrupper som känner ansvar för patient- eller brukargruppen och hur stor genomslagskraft dessa har, till exempel utifrån resurser och starka företrädare
- hur komplext det aktuella hälsotillståndet är och hur många olika verksamheter som berörs
- om det finns verksamma insatser
- om det finns tillgång till data om patient- eller brukargruppen och vilka insatser som utförs
- om det görs ekonomiska satsningar [27].

Vissa grupper erbjuds inte vård efter behov

Den som behöver vården mest ska få företräde (se Etiska principer för prioritering nedan). Samtidigt erbjuds vissa grupper vård i mindre utsträckning än andra. Hälso- och sjukvården kan till exempel ha svårt att nå minoritetsgrupper med egen kultur och andra språk än svenska [28], och behöva arbeta kompenserande med det. Det kan gälla både ursprungsbefolkningar och olika grupper av invandrare. Låg inkomst, arbetslöshet och

andra ekonomiska faktorer påverkar också. Andra grupper som ofta har svårare att få sina behov tillgodosedda är personer med psykiska sjukdomar, olika typer av funktionsnedsättningar eller alkohol- eller narkotikaproblem.

Du som ska implementera dessa riktlinjer behöver därför arbeta särskilt för att olika utsatta grupper får tillgång till palliativ vård.

Många vårdgivare och vårdformer behövs för palliativ vård

Palliativ vård behöver kunna erbjudas i alla vårdformer och av alla vårdgivare, både regionala och kommunala, samt i många delar av socialtjänsten. Även specialiserad palliativ vård behövs i både till exempel primärvården och sjukhusvården. Personal som ger specialiserad palliativ vård behöver kunna stötta annan personal när patienter har särskilda behov av palliativ vård – på grund av komplexa symtom eller en komplicerad livssituation – oavsett var de vårdas.

Du som ska implementera dessa riktlinjer behöver ha det här i åtanke, till exempel om du ska säkerställa rutiner för fortbildning. Eftersom många aktörer ger palliativ vård, ställs också stora krav på samverkan. Samtidigt kan palliativ vård uppfattas som ett mindre viktigt område, där personalen ofta ser andra arbetsuppgifter som sin kärnverksamhet. Även detta är viktigt att ta hänsyn till i implementeringsarbetet, för att inte palliativ vård ska riskera att prioriteras ner.

Omställningen till god och nära vård kan bidra till implementeringen. Ett av målen med omställningen är att förbättra samverkan mellan vårdgivare och mellan vårdgivare och socialtjänsten. När vårdkedjorna fungerar sömlöst kan aktörerna gemensamt bidra till att patienterna får rätt stöd.

Svårt att prata om döden – och palliativ vård kan kännas avskräckande

Var tredje svensk tycker att vi borde prata mer om döden – samtidigt som vissa tycker att det känns obekvämt [29]. Det kan vara särskilt utmanande att ta upp ämnet, och föra palliativ vård på tal, tidigt i ett livshotande sjukdomsförlopp. Cancerfondsrapporten 2024 [14] belyser utmaningen:

> Många blir avskräckta av ordet palliativ. Kanske för att den palliativa vården omgärdas av ett slags tabu, trots att det är en vårdform som så många människor kommer i kontakt med. Den allmänna bilden är att det innebär livets slutskede, att inget längre finns att göra. Palliativ vård är emellertid mycket bredare än så.

Som verksamhetschef behöver du stötta personalen i detta, för att palliativ vård ska kunna integreras med annan vård på ett bra sätt för patienterna.

Etiska principer för prioritering

Om du arbetar i hälso- och sjukvården behöver ditt praktiska implementeringsarbete utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60), utöver reglerna i hälso- och sjukvårds-författningarna. Det gäller både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Om du arbetar i socialtjänsten behöver ditt implementeringsarbete istället utgå från de bärande principerna i socialtjänstlagen (2025:400), såsom att socialtjänsten ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Personal i olika delar av socialtjänsten behöver vara uppmärksam på sådana behov som beskrivs i dessa riktlinjer, och kunna arbeta enligt bästa tillgängliga kunskap (vetenskap och beprövad erfarenhet). Behoven behöver fångas upp både i utredningar och i utförandet av insatser.

➔ **Läs mer:** Prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Kompletterande stöd

Du som planerar och beslutar om palliativ vård behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna och brukarna ska få den vård och det stöd de behöver på ett välorganiserat sätt.

Implementeringsstöd

Socialstyrelsen ger stöd för att implementera dessa riktlinjer, anpassat till olika målgrupper. Vi har till exempel ett inspelat webbinarium om riktlinjerna på Socialstyrelsens webbplats, och vi deltar i konferenser och möten för att samtala om hur riktlinjerna kan omsättas i praktiken till nytta för patienter och närstående. Även vår kommande uppföljning och utvärdering blir ett stöd för arbetet.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård tar fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera sjukdoms-områden, enligt en överenskommelse med staten. Även vårdförloppen riktar sig till dig som beslutar om vården. De fokuserar mer på patientens resa genom vården än vad Socialstyrelsens nationella riktlinjer gör, och beskriver i vilken ordning de aktuella insatserna bör genomföras.

Sedan 2022 finns ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för palliativ vård, som kan öka jämlikheten och kvaliteten i vården. Både regionerna och kommunerna inkluderas, vilket bidrar till en gemensam bild av vården och tydliggör behovet av samverkan.

➔ **Läs mer** på 1177 för vårdpersonal: Vårdförlopp palliativ vård.

Nationella vårdprogram

Det finns två nationella vårdprogram för palliativ vård: ett för vuxna (från 18 år) och ett för barn (under 18 år). De ger stöd i den dagliga vården till dig som arbetar med personer som behöver allmän eller specialiserad palliativ vård, oavsett diagnos och vårdform.

Till skillnad från de nationella riktlinjerna och det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet beskriver vårdprogrammen *hur* palliativ vård bör bedrivas.

Vårdprogrammen har tagits fram av Regionala cancercentrum i samverkan (RCC i samverkan).

➔ **Läs mer** hos RCC i samverkan: Nationella vårdprogram palliativ vård.

➔ **Kommande publicering:** Framöver kommer regionernas vårdprogram för barn att kompletteras med ett särskilt vårdprogram för palliativ vård av barn som ännu inte fötts och barn som får neonatalvård.

Sjukdomsspecifika riktlinjer

Personer som behöver palliativ vård har alltid ett eller flera livshotande tillstånd. Olika vårdområden behöver därför samverka. Socialstyrelsen har flera sjukdomsspecifika nationella riktlinjer som kan vara aktuella att ta hänsyn till i implementeringsarbetet med riktlinjerna om palliativ vård.

➔ **Läs mer** på socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Stödmaterial om hälso- och sjukvård i hemmet

Palliativ vård kan ingå i sådan hälso- och sjukvård som ges i hemmet. Palliativ vård är också en viktig del i omställningen till god och nära vård. Regioner och kommuner har tagit fram målbilder och handlingsplaner för att genomföra omställningen. Det är angeläget att palliativ vård finns med i handlingsplanerna.

➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har stödmaterial på webbsidan Hälso- och sjukvård i hemmet – personcentrerad vård och rehabilitering.

Material om organ- och vävnadsdonation

Det kan vara viktigt att ge patienter som får palliativ vård möjlighet att uttrycka sin vilja om organ- och vävnadsdonation i tid. Idag har omkring 20 procent av befolkningen gjort sin donationsvilja känd i Donationsregistret. Alla har möjlighet att ta ställning till donation, oavsett hälsotillstånd och ålder. De allra flesta kan donera vävnad efter sin död, medan få kan donera organ. Organdonation kan framför allt bli möjlig för de som avlider på en intensivvårdsavdelning. Donation ska alltid utgå från individens vilja eller inställning.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbsida Organ, vävnad, celler och blod. Där finns till exempel vårt digitala kunskapsstöd *Donationsguiden* som

underlättar för dig som möter patienter och närstående vid en organdonationsprocess, eller när du vill lära dig mer om donation.

Nationell anhörigstrategi

År 2022 beslutade regeringen om en nationell anhörigstrategi. Strategin ska hjälpa kommuner och regioner att stärka anhörigperspektivet i vården och omsorgen, och göra stödet till anhöriga mer likvärdigt över landet. Utgångspunkten är att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet.

➔ **Läs mer:** *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg* [30]. Se också rapporten *Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten – Att förstå och möta anhörigas situation och behov* [31].

Sjukskrivning för närstående

Närstående till personer som har ett livshotande tillstånd eller som har avlidit kan ibland få en sorgereaktion som utvecklas till ett sjukdomstillstånd, till exempel anpassningsstörning eller depression. Sjukskrivning kan bli aktuellt om läkaren bedömer att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering* beskrivs hur hälso- och sjukvården arbetar med sjukskrivning. I vårt försäkringsmedicinska beslutsstöd finns rekommendationer till dig som är läkare om sjukskrivning för specifika diagnoser.

➔ **Läs mer** på webbplatsen Stöd inom försäkringsmedicin.

Närståendepenning och andra ersättningar från socialförsäkringen

Närstående till personer med livshotande tillstånd kan ha rätt till närståendepenning från Försäkringskassan, för att kunna finnas till hands och vara nära. Om ett barn är allvarligt sjukt kan vårdnadshavare ha rätt till tillfällig föräldrapenning (vab). Försäkringskassan ger också samlad information till personer som har förlorat en närstående.

➔ **Läs mer** på Försäkringskassans webbplats om

- närståendepenning och föräldrapenning
- information till den som har förlorat en närstående.

Rekommendationer om läkemedelsbehandling

Läkemedelsverket ger behandlingsrekommendationer till dig som är förskrivande läkare om hur läkemedel bör användas i den kliniska vardagen. Läkemedelsbehandling ingår också i de nationella vårdprogrammen för palliativ vård.

Läkemedel – i kombination med icke-farmakologiska insatser – bidrar till god symtomlindring genom hela sjukdomsperioden för personer som behöver palliativ vård. Läkemedlen kan behöva hanteras med stöd av en specialist på den aktuella sjukdomen.

➔ **Läs mer** i *Läkemedelsboken* från Läkemedelsverket – se sidan Palliativ vård på lakemedelsboken.se.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patient-säkerhet och samordning på området.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Deltagare i riktlinjearbetet

Projektgrupp

Projektledning på Socialstyrelsen

Namn	Roll
Johanna Axling	vetenskaplig projektledare (från november 2023 till september 2024)
Lena Jönsson	vetenskaplig projektledare (från januari 2024)
Birgitta Pleijel	projektledare
Lina Rådmark	vetenskaplig projektledare (från februari 2024)
Liv Thalén	vetenskaplig projektledare (från mars 2023 till februari 2024)

Sakkunniga

Namn	Roll
Charlotte Castor	docent, biträdande lektor vid Lunds universitet, specialist-sjuksköterska inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, forskare vid Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet, regional patientprocessledare för palliativ vård för barn, Regionalt cancercentrum Syd, ordförande för Svensk förening för pediatrisk palliativ vård, styrelsemedlem i Nationella rådet för palliativ vård
Ida Goliath	medicine doktor, specialistsjuksköterska inom palliativ vård, docent i vårdvetenskap, adjungerad lektor vid avdelningen för omvårdnad, Karolinska Institutet, forskningsledare och utredare vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
Marit Karlsson	medicine doktor, adjungerad lektor vid Linköpings universitet, överläkare vid Närvårdskliniken Linköping, specialist i geriatrik och palliativ medicin, processansvarig för regionalt vårdförlopp i palliativ vård, ordförande för Etikrådet i Region Östergötland
Staffan Lundström	docent vid Karolinska Institutet, överläkare vid FoUUI-enheten på Stockholms sjukhem, specialist i onkologi, smärtlindring och palliativ medicin, medlem i nationella arbetsgruppen för palliativ vård inom nationellt system för kunskapsstyrning, FoUU-ansvarig vid Svenska palliativ-registret

Namn	Roll
Ursula Scheibling	medicine doktor, specialist i onkologi, internmedicin, hematologi och palliativ medicin, ordförande för den nationella arbetsgruppen för palliativ vård inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (till februari 2026), styrelsemedlem i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård för vuxna, överläkare vid Palliativt utvecklings-centrum, Region Skåne, ordförande för Socialstyrelsens rekommendationsgrupp

Arbetet med kunskapsunderlagen för rekommendationerna

Vetenskapliga författare anlitade av Socialstyrelsen

Namn	Roll
Juliet Jacobsen	läkare (under 2024)
Jenny Klintman	läkare (under 2024)
Rose-Marie Lindkvist	hälsoekonom (under 2024)
Maria Norinder	sjuksköterska (under 2024)

Deltagare från SBU och sakkunniga anlitade av SBU

Namn	Roll
Carl Johan Fürst	professor emeritus vid Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet
Hanna Norsted	projektledare
Anna Sandgren	docent, vetenskaplig ledare för Palliativt centrum, Linnéuniversitetet, Växjö
Margaretha Stenmarker	docent, biträdande verksamhetschef för Futurum, Region Jönköpings läns forsknings- och utbildningsenhet, överläkare på Barnkliniken, Region Jönköpings län
Fredrik Tholander	projektledare
Johan Wallin	projektledare

Prioritering av rekommendationerna

Rekommendationsgrupp

Namn	Roll
Anette Alvaritza	sjuksköterska, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Alexandra Andersson	närståendeföreträdare
Annette Berghammer	fysioterapeut, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Jonas Bergström	läkare, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Ana Paula Ferreira Bohman	undersköterska, Sydöstra sjukvårdsregionen
Annika Bredfelt	fysioterapeut, Södra sjukvårdsregionen
Martin Dreilich	läkare, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Anette Duarte	sjuksköterska, Södra sjukvårdsregionen
Laila Engstedt	kurator, Sjukvårdsregion Mellansverige
Maria Helde Frankling	läkare, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Lina Fredriksson	arbetsterapeut, Norra sjukvårdsregionen
Linda Gejhed	undersköterska, Södra sjukvårdsregionen
Åsa Gruvberger	sjuksköterska, Södra sjukvårdsregionen
Karin Boo Hammas	läkare, Södra sjukvårdsregionen
Kitty Jogenby	sjuksköterska, Norra sjukvårdsregionen
Saerun Jonsdottir	sjuksköterska, Södra sjukvårdsregionen
Christina Lindström	sjuksköterska, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Elisabet Löfdahl	läkare, Västra sjukvårdsregionen
Maria Nilsson	arbetsterapeut, Södra sjukvårdsregionen
Nanna Mossberg Rylander	dietist, Västra sjukvårdsregionen
Ingrid Sandelin	närståendeföreträdare
Antri Savvidou	läkare, Västra sjukvårdsregionen
Ursula Scheibling	prioriteringsordförande, Sjukvårdsregion Mellansverige
Sölvi Solberg	sjuksköterska, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Helen Thunberg	sjuksköterska, Södra sjukvårdsregionen
Mattias Tranberg	psykolog, Södra sjukvårdsregionen

Referensgrupp

Deltagare

Namn	Roll
Helena Almén	medicinskt sakkunnig i donationsfrågor, specialistläkare inom anestesi och intensivvård, ST-läkare i smärtlindring, Socialstyrelsen
Bertil Axelsson	Socialstyrelsens vetenskapliga råd, professor emeritus vid Umeå universitet, ordförande för Nationella rådet för palliativ vård
Sara Dahl	medicine doktor, medicinskt sakkunnig i hälso- och sjukvård för barn och unga, Socialstyrelsen
Cecilia Eriksson	sjuksköterska, utredare för nära vård och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen (från mars 2024)
Lena Martin	medicine doktor, dietist, utredare, Socialstyrelsen
Mef Nilbert	professor, medicinskt sakkunnig i cancerfrågor, Socialstyrelsen
Frida Nobel	medicinalråd, geriatriker, Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg, samordnare av Socialstyrelsens demens-strategi, Socialstyrelsen
Sara Sjölund Andoff	medicine doktor, epidemiolog, utredare, Socialstyrelsen (till januari 2024)

Andra medverkande

Deltagare från Socialstyrelsen

Namn	Roll
Anders Alexandersson	jurist
Natalia Berg	informationsspecialist
Dan Brundin	produktionsledare
Christina Broman	enhetskoordinator
Ellinor Cronqvist	enhetskoordinator (från april 2023)
Christian Danielsson	enhetschef (från juni 2026)
Jan Ekman	pressekreterare
Karin Flyckt	samordnare för funktionshindersfrågor
Mattias Fredriksson	enhetschef (till april 2023)
Andrea Hormazabal	samordnare för frågor som rör barn och unga
Lisa Keskitalo	informationsspecialist
Sissel Kulstadvik	enhetschef (från mars 2025 till juni 2026)

Namn	Roll
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Sofia von Malortie	enhetskoordinator (till mars 2023), enhetschef (från april 2023 till februari 2025)
Louise Ohlén	webbredaktör
Michaela Prochazka	samordnare för äldrefrågor
Maria Silfverschiöld	hälsoekonom
Cecilia Mård Sterne	informationsspecialist
Sofie Strömbäck	redaktör
Birgitta Svensson	hälsoekonom
Harriet Wennberg	kommunikatör

Samarbetspartner

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen haft dialog och samarbetat med

- Prioriteringscentrum – nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg
- regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)
- företrädare för olika nationella nätverk för palliativ vård, exempelvis Nationell arbetsgrupp för palliativ vård inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och Regionala cancercentrum i samverkan
- styrgrupperna för de nationella vårdprogrammen för palliativ vård, för vuxna respektive barn.

Socialstyrelsen har också

- haft två digitala träffar för att samla in synpunkter inför riktlinjearbetet, med representanter dels för nätverk för palliativ vård och närstående-företrädare, dels för nationella programområden
- hållit presentationer och deltagit i panelsamtal hos Cancerfonden och vid tre nationella konferenser om palliativ vård, i Malmö, Västerås och Stockholm.

Företrädare för sjukvårdshuvudmännen, specialistföreningar och andra intresseorganisationer har också medverkat. Sjukvårdshuvudmännen har medverkat via Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, som har nominerat deltagare till rekommendationsgruppen i riktlinjearbetet.

Referenser

1. Svenska palliativregistret. Svenska palliativregistrets utdataportal. Hämtad 2025-10-14 från: https://utdata.palliativregistret.org/sv/home
2. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 6(6):Cd011129.
3. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköping: Prioriteringscentrum; 2017.
4. Palliativ vård i livets slutskede: sammanfattning med förbättringsområden: nationella riktlinjer – utvärdering 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
5. Palliativ vård i livets slutskede: målnivåer för indikatorer: nationella riktlinjer – målnivåer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
6. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012.
7. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret. Hämtad 2025-09-18 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/dodsorsaksregistret/
8. Socialstyrelsen. Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP). Hämtad 2026-05-16 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/halso-och-sjukvardspersonal/
9. Castor C, Ivéus K, Kreicbergs U. Pediatric palliative care in Sweden. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2024; 54(1):101455.
10. Nilsson J, Bergström S, Hållberg H, Berglund A, Bergqvist M, Holgersson G. Prospective Study of Preferred Versus Actual Place of Death Among Swedish Palliative Cancer Patients. Am J Hosp Palliat Care. 2024; 41(9):969–77.
11. Nilsson J, Blomberg C, Holgersson G, Carlsson T, Bergqvist M, Bergström S. End-of-life care: Where do cancer patients want to die? A systematic review. Asia Pac J Clin Oncol. 2017; 13(6):356–64.
12. Pedersen T, Raunkiær M, Graven V. Barriers and facilitators for place of death: A scoping review. Palliat Support Care. 2024:1–14.
13. Crowe A, Hurley F, Kiernan G, Kerr H, Corcoran Y, Price J, et al. Decision-making regarding place of end-of-life care for children with life-limiting and life-threatening conditions: a systematic integrative review. BMC Palliat Care. 2025; 24(1):24.
14. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten 2024 – Palliativ vård – mer än vård i livets slutskede. 2024.
15. Socialdepartementet. Bättre tillsammans – förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. 2024.
16. Lägesbild av den nationella cancerstrategin. En kartläggning av styrkor och utvecklingsbehov [Elektronisk resurs]. 2024.
17. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO). Delredovisning av resultat på nationell nivå; 2022.

18. Svenska palliativregistret. Årsrapport för Svenska palliativregistret 2024. 2025. Hämtad 2025-09-29 från: https://palliativregistret.se/media/0fkghgas/%C3%A5rsrapport-2024.pdf
19. Svenska palliativregistret. Svenska palliativregistrets utdataportal. Hämtad 2025-06-25 från: https://utdata.palliativregistret.org/sv/home
20. Winger A, Holmen H, Birgisdóttir D, Lykke C, Lövgren M, Neergaard MA, et al. Children with palliative care needs – the landscape of the nordic countries. BMC Palliat Care. 2024; 23(1):118.
21. Regionala cancercentrum i samverkan. Palliativ vård av barn och ungdomar. Nationell kartläggning av barn och ungdomars tillgång till palliativ vård. 2022. Hämtad 2025-07-03 från: https://cancercentrum.se/download/18.4b2c14a019545e36ca71e446/1741869368504/palliativ-vard-av-barn-och-ungdomar-nationell-kartlaggning_v-1.0_221122.pdf
22. Svenska palliativregistret. Hämtad 2025-09-03 från: https://palliativregistret.se/
23. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd. 2022.
24. Prior A, Fenger-Grøn M, Davydow DS, Olsen J, Li J, Guldin MB, et al. Bereavement, multimorbidity and mortality: a population-based study using bereavement as an indicator of mental stress. Psychol Med. 2018; 48(9):1437–43.
25. Om implementering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
26. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. Annu Rev Public Health. 2014; 35:255–74.
27. Nationella riktlinjer och utvärderingar. Förslagsrapport Mars 2020. PM. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
28. Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOREG). Årsrapport SOReg 2020. Del 1 – operationsstatistik och tidiga komplikationer. 2021. Hämtad 2022-02-21 från: https://www.ucr.uu.se/soreg/component/edocman/arsrapport-soreg-2020-del-1/viewdocument/1700?Itemid=
29. Fonus. Svenskarna och döden 2025. En rapport om livets slut. 2025. Hämtad 2025-09-12 från: https://www.fonus.se/om-fonus/vara-initiativ/svenskarna-och-doden/rapporten-2025/
30. Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg [Elektronisk resurs]. 2022.
31. Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten [Elektronisk resurs]. 2023.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna om palliativ vård innehåller nio rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer, med motiveringar till varje rekommendation. De är uppdelade i följande områden:

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

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i webbilagan *Rekommendationslista i Excelformat* på Socialstyrelsens webbplats.

Integrera vården och utbilda personalen

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
A2	För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år: Integrera palliativ vård med annan vård.	Att integrera palliativ vård med annan vård ger ökad livskvalitet och minskad symtombörda, enligt forskningen. Patienternas hälsotillstånd har en mycket stor svårighetsgrad. Det är viktigt att kunna erbjuda vård med ett palliativt förhållningssätt tillsammans med eventuell livsförlängande behandling, för att tillgodose patienternas behov, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.	1

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
A5	För personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: Erbjud kontinuerlig fortbildning i palliativt förhållningssätt.	Kontinuerlig fortbildning för personal ökar livskvaliteten och nöjdheten med vården och omsorgen hos personer med livshotande tillstånd, enligt beprövad erfarenhet. Den är en förutsättning för ett breddat och uppdaterat perspektiv på ett palliativt förhållningssätt, och därmed ett led i en mer jämlik tillgång till palliativ vård. De som gagnas har ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad. Fortbildningen kan också öka personalens trygghet och minska personalomsättningen, enligt Socialstyrelsens rekommendations-grupp.	2

Erbjud återkommande samtal och stöd

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B3	För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år: Erbjud samtal vid allvarlig sjukdom.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och samtalet är en förutsättning för en god och jämlik palliativ vård med ett tydligt mål. Det ökar patienternas livskvalitet och nöjdheten med vården, enligt beprövad erfarenhet. Vården effektiviseras också när personalen tidigt och återkommande ringar in patientens och närståendes behov och informerar om det förväntade sjukdomsförloppet samt vilka insatser som kan erbjudas, enligt Socialstyrelsens rekommendations-grupp. Detta förhindrar både underbehandling och över-behandling. Det vore oetiskt att inte erbjuda samtalet.	1

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B2	För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år: Erbjud regelbunden strukturerad skattning av den samlade symtombördan, som underlag för fortsatt vård.	Skattningen ger ett underlag för fortsatt vård som är anpassad till patientens behov. Detta ökar patientens livskvalitet och minskar symtomen, enligt beprövad erfarenhet. Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och vården blir mer likvärdig när all personal (erfaren såväl som ny) arbetar strukturerat tillsammans med patienten under hela sjukdomsförloppet, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp. Skattningsinstrumenten kan fånga upp fler dimensioner av symtomen än ett vanligt samtal. Arbetssättet skapar också en trygghet i vårdteamet, eftersom det underlättar informationsöverföring mellan medlemmarna.	**2**
B4	För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år: Inkludera en strategi för palliativ vård i den individuella vårdplanen.	Att inkludera en strategi för palliativ vård i den individuella vårdplanen ökar patientens livskvalitet samt patientens och närståendes delaktighet i vården, enligt beprövad erfarenhet. Dokumentationen effektiviserar informationsöverföringen i vårdkedjan och är en nyckel till god personcentrerad palliativ vård på rätt nivå. Risken för både överbehandling och underbehandling minskar. Det ger trygghet för patienten, de närstående och hälso- och sjukvårdspersonalen, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp. Patienternas hälsotillstånd har en mycket stor svårighetsgrad.	**2**

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B5	För personer med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år: Erbjud psykologiskt, socialt och existentiellt stöd.	Psykologiskt, socialt och existentiellt stöd ökar livskvaliteten och ger bättre möjlighet att hantera livssituationen, enligt beprövad erfarenhet. Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och personalen behöver tid och kompetens för att kunna hjälpa den som är sjuk att hantera till exempel oro, dödsångest eller meningslöshet. Det gäller oavsett var personen får vård eller omsorg. Stödet bidrar till att personen kan behålla sin funktionsförmåga och sin autonomi så långt det är möjligt, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.	1

Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
A4	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: Säkerställ tillgång till specialiserad palliativ vård.	Specialiserad palliativ vård ökar livskvaliteten hos patienter med komplexa behov som inte kan tillgodoses av den övriga vården, enligt forskningen. Dessa patienter har ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad, och det är av största vikt att hela patientgruppen får tillgång till specialiserad palliativ vård med kompetent personal, bedömer Socialstyrelsens rekommendationsgrupp. En välfungerande specialiserad palliativ vård kan också avlasta och stärka kompetensen i den övriga vården.	1

Erbjud stöd till närstående

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B6	För närstående till en person med ett eller flera tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år: Erbjud psykologiskt, socialt och existentiellt stöd till de närstående som behöver eget stöd.	Psykologiskt, socialt och existentiellt stöd till närstående ökar de närståendes livskvalitet och ger bättre möjlighet att hantera livssituationen, enligt beprövad erfarenhet. Närstående som behöver eget stöd från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad. Närståendestödet är en av hörnstenarna i palliativ vård, där de närstående gör stora insatser – inte minst vid vård i hemmet. Stödet gynnar både de närstående själva, patienterna och hälso- och sjukvården när det erbjuds på ett strukturerat sätt, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp. Det är viktigt att även barn och unga vuxna som är närstående får stöd, liksom närstående till barn som är sjuka.	**3**

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B7	För närstående till en person som har avlidit: Erbjud efterlevande-samtal.	Närstående har en särställning i palliativ vård, och efterlevande-samtalet kan främja deras livskvalitet, enligt beprövad erfarenhet. De närståendes hälsotillstånd har en måttlig svårighetsgrad, men samtalet är mycket viktigt för de närstående, enligt Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.	**5**

Bilaga 2. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Rekommendationslista i Excelformat
- Kunskapsunderlag
- Metodbeskrivning
- Fördjupad konsekvensanalys.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/palliativvard.

Bilaga 3. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna om palliativ vård har uppdaterats sedan de först publicerades – då i form av ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Se tabell 1.

Tabell 1. Versionshistorik för de nationella riktlinjerna om palliativ vård

Publiceringsår	Aktivitet
2013	Socialstyrelsen publicerade ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård.
2025	Kunskapsstödet uppdaterades till nationella riktlinjer och reviderades i grunden. Rekommendationerna blev färre och mindre detaljerade. Socialstyrelsen publicerade också reviderade definitioner av begrepp inom palliativ vård i vår termbank.
2026	Riktlinjerna publicerades i den nuvarande versionen, med justeringar efter synpunkter på versionen från 2025.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om palliativ vård. Vi beskriver också rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, och i vissa fall socialtjänsten, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker.

Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2026: Palliativ vård (artikelnr 2026-11-10506)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.