



# UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR DEN PALLIATIVA VÅRDEN I SÄBO OCH LSS

Ida Goliath  
Lars Sonde

Rapport 2022:4  
ISSN 1401-5129

# FÖRORD

---

Den sista tiden i livet. För en del kommer den plötsligt och är kortare än någon kunde föreställa sig. För andra kan den vara väntad och kanske till och med välplanerad, en källa till samtal med dem som står nära.

Att flytta in på särskilt boende kan te sig som en väl planerad händelse inför livets sista tid. Att flytta in på LSS-boende är inte lika självklart en flytt till det sista hemmet i livet. Båda perspektiven behöver finnas i åtanke om personalen på boendet ska kunna möta individen i det skede den befinner sig. Då kan det palliativa förhållningssättet vara vägledande, oavsett om livets slut är nära eller ligger längre fram i tiden. Det kan betraktas som en fråga om hur individen vill att livet ska levas när tiden är begränsad.

Denna utredning, som är en beställning från äldreförvaltningen i Stockholms stad, lyfter några särskilda utvecklingsområden som kan skapa förutsättningar att jobba med palliativ omsorg och det palliativa förhållningssättet på särskilt boende och på LSS-boende. Boenden med olika förutsättningar och därmed också olika utvecklingsområden.

Vi vill tacka alla som bidragit med reflektioner, kunskap och synpunkter, vilka sammanvägt ger utredningen flera värdefulla perspektiv. Det är vår förhoppning att denna kunskap leder till innovativt och konstruktivt utvecklingsarbete inom båda boendeformerna.

Stockholm, mars 2022

Åsa Hedberg Rundgren

Direktör, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

*Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett kunskapscentrum stiftat av Stockholms stad och Region Stockholm. Vi arbetar för att förbättra äldre personers levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för äldres situation i samhället. Vi genomför forskning och utveckling i egen regi eller i samarbete med eller på uppdrag av andra kommuner och organisationer.*

*Läs mer om vår verksamhet på **aldrecentrum.se**. Där hittar du också våra rapporter i digital form.*

Utvecklingsområden för den palliativa vården i SÄBO och LSS

Rapport 2022:4

Ida Goliath och Lars Sonde

ISSN 1401-5129

© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

*Citera oss och sprid gärna våra rapporter, men ange alltid källan.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>UPPDRAGET .....</b>	<b>1</b>
<b>SLUTSATSER .....</b>	<b>1</b>
<b>GENOMFÖRANDE OCH METOD .....</b>	<b>2</b>
<i>Dialogmöten och intervjuer .....</i>	<i>2</i>
<i>Granskning av styrdokument.....</i>	<i>2</i>
<i>Rapportens upplägg .....</i>	<i>3</i>
<b>PALLIATIV VÅRD PÅ SÄBO .....</b>	<b>4</b>
<i>Fakta om SÄBO .....</i>	<i>4</i>
<i>Hälso- och sjukvård inom SÄBO.....</i>	<i>4</i>
<i>SÄBO – det sista hemmet .....</i>	<i>5</i>
<i>Palliativ vård och palliativt förhållningssätt .....</i>	<i>5</i>
<i>Resultat baserat på dialogmöten och granskning av styrdokument.....</i>	<i>6</i>
<i>Pågående kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete .....</i>	<i>7</i>
<i>Behov av utveckling gällande den palliativa vården i särskilda boenden.....</i>	<i>9</i>
<i>Kommentarer om styrdokument .....</i>	<i>11</i>
<b>PALLIATIV VÅRD PÅ LSS-BOENDEN.....</b>	<b>15</b>
<i>Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS.....</i>	<i>15</i>
<i>Inledning.....</i>	<i>15</i>
<i>Hälso- och sjukvård inom LSS-boenden .....</i>	<i>15</i>
<i>Palliativ vård inom LSS-boenden .....</i>	<i>18</i>
<i>Utvecklingsområden.....</i>	<i>20</i>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>23</b>

# UPPDRAGET

Äldreförvaltningen i Stockholms stad har gett Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum i uppdrag att utreda budgetuppdraget: Äldrenämnden i nära samarbete med stadsdelsnämnderna och Region Stockholm utreda behovet av utveckling gällande den palliativa vården i särskilda boenden (SÄBO) utifrån lärdomar från hanteringen av covid-19-pandemin och se över behovet av reviderade rutiner för palliativ vård för stadens särskilda boenden tillsammans med socialnämnden och stadsdelsnämnderna.

Stiftelsen Äldrecentrum genomför sitt uppdrag som en del i stadens övergripande arbete med att utreda i samverkan med Region Stockholm. Detta uppdrag har avgränsats till att omfatta den kommunala hälso- och sjukvården inom LSS-hälsan och SÄBO i egen regi.

# SLUTSATSER

Vi ser tre utvecklingsområden gällande palliativ vård i stadens särskilda boenden för äldre. Denna utredning pekar på behov av att:

- Bredda och använda befintlig palliativ kompetens
- Stärka ett proaktivt palliativt förhållningssätt
- Stärka ledarskapet och skapa en organisation som främjar ett palliativt förhållningssätt

Andelen äldre på LSS-boende kommer öka under kommande år innebärande fler dödsfall än tidigare och den palliativ vården på LSS-boenden pekar på behov av fortsatt utveckling inom tre områden:

- Omsorgspersonalens kompetens att möta de enskildas behov av palliativ vård.
- Läkarmedverkan
- Samverkan mellan huvudmännen

# GENOMFÖRANDE OCH METOD

## Dialogmöten och intervjuer

Totalt åtta dialogmöten har genomförts med sammanlagt 23 personer som direkt arbetat med att bedriva och utveckla palliativ vård i SÄBO i Stockholm stad. Personerna har varit palliativa ombud, processledare (en funktion i stadsdelen som ansvarar för att utveckla och stödja dokumentationen i de olika arbetsprocesserna), läkare från två läkarorganisationer, medicinsk ansvariga sjuksköterskor (MAS), vårdutvecklingsledare och verksamhetschef från palliativt kunskapscentrum.

Därtill har fyra intervjuer genomförts med sammanlagt fem personer med erfarenheter av och insyn i den palliativa vården på LSS-boenden i Stockholms stad.

En serie av avstämningsmöten har under arbetets gång hållits med representanter från socialförvaltningen och äldreförvaltningen.

## Granskning av styrdokument

Ett antal vägledande styrdokument gällande palliativ vård i SÄBO har granskats. Frågor som väglett granskningen av nedanstående styrdokument har varit: 1) på vilket sätt vägleds professionen av dokumenten och 2) vad saknas baserat på de behov av utveckling av palliativ vård de pekar på? Styrdokument som granskats är:

- *Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS.* (Stockholms stad 2020b)
- *Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre. Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län.*<sup>1</sup> (StorSTHLM och Region Stockholm 2020)
- *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.* (Socialstyrelsen 2013)

---

<sup>1</sup> Sedan 2014 finns *Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre*, som ingår som en delöverenskommelse till *Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre, överenskommelse mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län*.

- *Palliativ vård. Nationellt vårdprogram.* (Regionala cancercentrum i samverkan 2021)

## **Rapportens upplägg**

Då förutsättningar, organisation och behov av palliativ vård skiljer sig stort mellan särskilda boenden för äldre och särskilda boenden enligt LSS, har vi valt att redovisa utredningen i två delar. Vi inleder med området särskilda boenden för äldre (SÄBO).

# PALLIATIV VÅRD PÅ SÄBO

## Fakta om SÄBO

Särskilt boende för äldre är en behovsprövad boendeform enligt Socialtjänstlagen. Kommunerna är skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd<sup>2</sup>.

I oktober 2020 bodde drygt 84 000 personer över 65 år i särskilt boende i Sverige.

Enligt uppgifter från Stockholms stad finns det 140 olika boenden i Stockholm (Stockholms stad 2021) med drygt 7 300 platser inom vård- och omsorgsboende, inkluderat de som staden har tillgång till genom ramavtal med privata aktörer, upphandlade enligt Lag om valfrihetssystem, LOV (Stockholms stad 2020a).

De flesta lägenheter i den särskilda boendeformen består av ungefär 30–40 kvadratmeter, med hall, rum och eget hygienutrymme. Det vanligaste är att den äldre hyr lägenheten genom ett andrahandskontrakt. Den äldre betalar hyra, en omvårdnadsavgift och avgift för mat och måltider (Sveriges kommuner och regioner 2023).

## Hälso- och sjukvård inom SÄBO

Äldre personer ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet<sup>3</sup>. Ansvar för hälso- och sjukvården till personer som bor på SÄBO är delat<sup>4</sup>.

Inom Stockholm stads hälso- och sjukvård finns yrkeskategorierna legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad, förhållningssättet tvärprofessionellt och processorienterat.

Regionerna har det övergripande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Regionen ansvarar för

---

<sup>2</sup> 5 kapitlet 5 § i Socialtjänstlagen

<sup>3</sup> 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821) PL, samt 5 kap. 1 § HSL

<sup>4</sup> Följer av flera bestämmelser: 8 kap. 1 och 6 § samt 12 kap. 1 och 3 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL



den vård och behandling som ges av läkare<sup>5</sup>. Regionens avtal gällande läkarinsatser i särskilt boende är upphandlat enligt lagen om valfrihet (LOV). Kommunen väljer vilken läkarorganisation de vill ha på särskilda boendet.

## **SÄBO - det sista hemmet**

Äldre personer som flyttar in på SÄBO är ofta medvetna om att detta markerar starten på den sista tiden i livet. De senaste årens statistik bekräftar att hälften av de äldre personer som bor på särskilt boende i Stockholm dör inom ett år efter att de flyttat in och att många dör inom några månader. Därtill har nära hälften av de personer som dött med Covid-19 har bott på särskilt boende. Trots att personal på SÄBO ofta skulle svara nej på om de skulle bli förvånade om en nyinflyttad äldre dör inom ett år (Regionala cancercentrum i samverkan 2021)<sup>6</sup>, uteblir inte sällan samtal om den äldres värderingar, tankar, behov och önskemål inför den sista tiden i livet (Johansson m fl 2021).

## **Palliativ vård och palliativt förhållningsätt**

Palliativ vård är i dag enligt Socialstyrelsen (2018) ”hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående”. Palliativ vård kan ges parallellt med livsförlängande vård, men kan också ges som enda vårdform i livets slutskede.

Före 2002 definierades WHO palliativ vård som en aktiv vård utifrån en helhetssyn som skulle erbjudas till en person när det inte fanns någon botande behandling att ge. Begreppet kom därför att associeras med den vård som gavs i livets slut, när det kanske bara handlade om dagar eller veckor kvar i livet. När WHO i en ny definition vidgade begreppet 2002, slogs fast att en aktiv palliativ vård utifrån ett helhetsperspektiv ska erbjudas redan tidigt i sjukdomsförloppet, parallellt med botande behandling. Nytt var också att närstående ska inkluderas i omhändertagandet. Sedan 2020 finns en ny definition av palliativ vård med fokus på perso-

---

<sup>5</sup> 8 kap. 1 och 6 § samt 12 kap. 1 och 3 §§ HSL

<sup>6</sup> En fråga som i forskning visat stor tillförlitlighet i att tidigt förutse när behov av palliativ vård föreligger.

ners lidande snarare än livshotande sjukdom (Alvariza m fl 2020, International association for hospice and palliative care 2020). WHO:s definition från 2002 gäller dock ännu i Sverige.

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos.

Enligt det nationella vårdprogrammet för palliativ vård ska den palliativa vården utgå från fyra hörnstenar: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt närståendestöd. Dessa kan användas av chefer och medarbetare som arbetsredskap i utformningen av verksamheten för att säkerställa ett palliativt förhållningssätt och god palliativ vård.

Ett proaktivt palliativt förhållningssätt kan erbjudas i samband med inflyttning till SÄBO som ett sätt att stärka ett personcentrat arbetssätt som sätter personens behov, självbestämmande och integritet i centrum. Vård och omsorg ges med erkännande av och respekt för patientens och de anhörigas kulturella värderingar, övertygelser och trosuppfattningar.

## **Resultat baserat på dialogmöten och granskning av styrdokument**

### *Lärdomar från pandemin 2020*

Sällan har vården i livets slut varit så omdiskuterad som under 2020. Begreppet palliativ vård användes flitigt i debatten om SÄBO, med uttalanden som speglade stor osäkerhet över vad palliativ vård faktiskt är och vad det inte är. Många som arbetar inom vård och omsorg av äldre påverkades av den stundtals hätska debatt som rådde om begreppet palliativ vård, här exemplifierat av en SÄBO-läkare:

*Jag känner oro för begreppet palliativ vård. Vi behöver tala om patienters rätt att inte kastas fram och tillbaka till akutsjukhus, att det sänker livskvalitén för patienten den tid de har kvar. Vi behöver ta tillbaka rättigheten att få dö på ett värdigt sätt. Det ska inte vara skamfyllt att hjälpa en patient till ett värdigt avslut.*

De aktörer vi talat med är eniga om att den palliativa vården blev lidande till förmån för personalens fokus på att förhindra smittspridning, här exemplifierat av ett palliativt ombud:

*Den palliativa vården var under all kritik... Det spreds en kollektiv rädsla, inte bara att man skulle drabbas själv utan att man kunde smitta andra. Många drogs med i det här vilket gjorde att den palliativa vården blev lidande. Det var ju nya rön varje dag ... det fanns inget skydds-material. På hösten när det hade landat lite och skyddsutrustningen fanns så kände vi oss mer trygga. Då blev också den palliativa vården bättre.*

Under pandemins inledning var behovet av samverkan och kommunikation mellan de olika aktörerna mycket stort. Någon beskriver att en avsaknad av en direktlinje mellan läkarorganisationer och verksamhetschefer försvårade arbetet under krisen. Men erfarenheter från pandemin visade också att det gick att växla upp från att samverka ett par gånger per år till varje vecka, att teamarbetet utvecklades, exempelvis beskrivs att samarbetet mellan sjuksköterskor och omvårdnads-personal ökade.

## **Pågående kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete**

### ***Svenska palliativregistret***

Majoriteten av SÄBO i Stockholm registrerar i Svenska palliativregistret (Svenska palliativregistret 2021). De vi talat med menar att det ofta är sjuksköterskan som registrerar och sedan tillsammans med MAS analyserar resultaten för att identifiera utvecklingsområden. MAS och processledare använder också statistiken som underlag vid diskussioner om åtgärder med palliativa ombud och chefer. Det är mer ovanligt att verksamheterna själva tar fram sin egen statistik som grund för utvecklingsarbeten.

Palliativregistrets närståendeenkät är en mer sällan använd resurs för att efter dödsfallet följa upp och utvärdera den vård och omsorg som gavs den sista veckan i livet.

### ***Palliativt kompetenscentrum (PKC)***

PKC erbjuder ett brett kursutbud och kommer därtill vid årets slut erbjuda paket med utbildningar för olika personalkategorier. De erbjuder också en basutbildning i palliativ vård tänkt att passa all vård- och omsorgspersonal inom äldreomsorgen.

Genomgående värdesätter de vi talat med samarbetet med PKC och ger höga betyg till de utbildningar som erbjuds, och värdesätter att personal från PKC har varit tillgängliga för lokala utbildningsinsatser på plats. De upplever också att de har goda möjligheter att påverka vilka utbildningar som behövs i de egna verksamheterna, och betonar behovet av utbildningar riktade till chefer.

Både representanter från MAS-nätverket och PKC påtalar dock behovet av att hitta sätt att följa upp utbildningsinsatser, att skapa en plan för om och hur individer och grupper beteenden förändras i verksamheterna efter att utbildningarna genomförts, ”Att inte utbilda för utbildandets skull, det måste leda förändringar i praktiken.”

### ***Professionens egna utbildningar***

Palliativa ombud, läkarorganisationerna och processledare arrangerar också egna utbildningar för att öka kunskap i teamet med målet att öka vårdkvaliteten för de mest sjuka äldre. Ett palliativt ombud exemplifierar:

*Vi har en tanke om att all personal ska ha en grund i palliativ vård. Vi har hållit i några grundutbildningar. PKC:s digitala utbildningar används också. Just nu har alla gått ”smärta hos äldre”.*

### ***Pågående forskning i Stockholms stad***

Internationell forskning visar att tidiga samtal om värderingar och prioriteringar inför vård i livets slutskede, stärker dem som närmar sig döden, deras familjer och stödjer förberedelse inför frågor om livets slut. Samtalen har visats resultera i mer informerade beslut, ökad vårdkvalitet och att vården i högre utsträckning ges i enlighet med den äldres önskemål. Dessa proaktiva samtal har också visats minska oönskade behandlingar och inläggningar på sjukhus, och därmed minskat antalet dödsfall på sjukhus. Det finns också studier som pekar på att personal som arbetar utifrån äldres och vårdtagares dokumenterade värderingar och prioriteringar känner sig mer tillfredsställda med den vård de ger.

I två forskningsprojekt som bedrivs vid Karolinska Institutet och Äldrecentrum, delfinansierade av Stockholms stad, studerar två doktorander 1) om samtalsverktyget DöBra-kortleken kan vara användbart för att stödja proaktiva samtal, planering och dokumentation av den äldre personens värderingar och önskemål inför framtida vård i livets slut, 2) om implementering av proaktiva samtal i samband med den äldres inflyttning till

SÄBO kan bidra till att stärka personcentrerad palliativ vård och öka beredskapen för frågor som rör livets slutskede, ur boendes, anhörigas och personalens perspektiv.

Forskningen är pågående men två studier visar att verktyget kan vara användbart i äldreomsorg (Johansson m fl 2022). Äldreförvaltningen har därför valt att sprida samtalsverktyget, tillsammans med en forskningsbaserad guide som introducerar och ger tips och råd hur verktyget kan användas i samtal, till samtliga kommunala SÄBO:n i Stockholms stad. Denna breda spridning kan leda till att fler äldre och anhöriga på SÄBO erbjuds samtal om värderingar och önskemål inför livets slut. Användning av dessa forskningsbaserade verktyg har därmed potential att främja partnerskap och personcentrerad palliativ äldreomsorg som sätter personens behov, självbestämmande och integritet i centrum.

## **Behov av utveckling gällande den palliativa vården i särskilda boenden**

Denna utredning urskiljar tre utvecklingsområden gällande den palliativa vården i stadens särskilda boenden. Områdena handlar om att: 1) bredda och använda palliativ kompetens, 2) införa ett proaktivt palliativt förhållningsätt, och 3) stödja ledarskapet och skapa en organisation som främjar palliativ vård. Dessa utvecklingsområden ses tydligt relatera till de fyra hörnstenarna i palliativ vård: att det finns kompetens för att ge aktiv symtomlindring, att det finns förutsättningar och möjligheter att ta tillvara olika professioners kompetens genom teamarbete, att det finns kompetens och förutsättningar för tidig kommunikation om vård i livets slutskede, som ett led i att skapa relationer som skapar trygghet och beredskap för både boende, anhöriga och personal.

### ***Bredda och använda palliativ kompetens***

Baserat på dialogsamtalen blir det tydligt att:

1. Teamarbete är en förutsättning för att bedriva personcentrerad palliativ vård och omsorg av hög kvalitet på SÄBO. Professionerna finns på plats men dagliga strukturer behöver utvecklas så att den samlade kompetensen bättre tas tillvara.
2. De palliativa ombudens roll och mandat tycks skifta i verksamheterna och skulle vinna på att stärkas och förtydligas.

3. All personal bör ha en grundläggande baskompetens. Det vore önskvärt att införa obligatorisk utbildning i palliativ vård för alla, även chefer och ledare. Pandemin har också på ett påtagligt sätt tydliggjort att äldre på SÄBO kan ha omfattande medicinska- och omvårdnadsbehov. De vi samtalat med understryker vikten av att det finns vårdutbildad personal på plats, dygnet runt.

### ***Proaktivt palliativt förhållningssätt***

Utbildningssatsningar och styrdokument har huvudsakligen rört den sena palliativa fasen hos personer som bor på SÄBO. I praktiken är det inte ovanligt att dialog och brytpunktssamtal sker i nära anslutning till den äldres dödsfall. Det minskar givetvis den äldres möjligheter att vara aktiv i samtalet. Sena samtal kan också innebära att den äldre och anhöriga berövas möjligheter att göra eller prata om något som var viktigt och den anhöriga är mindre förberedd inför vård i livets slutskede.

I dag pågår flera initiativ i praktik och forskning som pekar på värdet av att tidigt och proaktivt initiera dialog med äldre personer och/eller anhöriga om framtida vård i livets slut, i nära anslutning med flytten till SÄBO. Sådana samtal kan ha en rad benämningar, proaktiva samtal, förberedande samtal, framtidsamtal eller tidigt samråd. Samtal om framtida vård i livets slut ger möjlighet att ställa frågor, att ge och få information, något som de vi talat med menar är värdefullt för både boende, anhöriga och personal. Tidiga samtal kan därmed öka äldres och anhörigas inflytande, möjligheter till förberedelse och öka möjligheten att kunna ta välinformerade beslut när det behövs. Det kan också bidra till att kunna erbjuda personcentrerad vård och omsorg i linje med äldres och anhörigas önskemål och värderingar. Utifrån detta perspektiv behöver ett tidigt palliativt förhållningssätt införas brett i SÄBO som ett medel att uppnå personcentrerad palliativ vård och omsorg.

### ***Stärka ledarskapet och skapa en organisation som främjar ett palliativt förhållningssätt***

De personer vi talat med pekar på att det behövs stöd till chefer och ledare så att de i sin tur kan ge förutsättningar för att utveckla en personcentrerad palliativt förhållningssätt som genomsyrar hela verksamheten. Chefer behöver ha grundläggande kunskaper i palliativ vård för att exempelvis identifiera när insatser från specialiserad palliativ vård behövs och initiera dem. Ledarskap i SÄBO inkluderar att leda genom ombud, att ge ombud och legitimerad personal mandat och förutsättningar att arbeta syste-

matiskt med lokala förbättringsarbeten och därmed ta tillvara den kompetens som finns i organisationen. Det är chefens ansvar att ge utrymme för teamarbete, riktad reflektion och kollegialt lärande. Det kan behövas stöd för att chefer och ledare ska kunna initiera och leda en gemensam genomlysning av organisationens palliativa kompetens, utvecklingsområden och behov av utveckling av lokala rutiner. Några av de lokala rutiner som påpekats behöver utvecklas rör: stöd till anhöriga under och efter vårdtiden, tidig kommunikation med boende och anhöriga inför vård i livets slutskede, teamets tillgång till dokumentation för att säkerställa att beslut som tas och vård som ges är i enlighet med boendes och anhörigas önskemål och värderingar.

## **Kommentarer om styrdokument**

Sammantaget konstaterar våra källor att nedanstående styrdokument sällan används i det dagliga arbetet, samtidigt som det råder enighet om att ”de är grunden för hur palliativ vård bedrivs” och beskriver att de används som en utgångspunkt när lokala rutiner utarbetas. Styrdokumentet ger mindre utsträckning stöd för att tidigt involvera äldre, arbeta mer proaktivt och motarbeta föreställningen om att palliativ vård är något som endast är aktuellt de sista dagarna i livet. Detta står i kontrast till den rörelse som initierats inom kommun och region, där person och relation snarare än organisationen står i centrum, där äldre ses som aktiva medskapare och där fokus förflyttas från reaktiva insatser till proaktiva och hälsofrämjande (Samordnad utveckling för god och nära vård 2020).

*Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre* innehåller ett antal länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan mellan olika delar av huvudmännens verksamheter. Enligt denna överenskommelse åtar sig Region Stockholm att se till att:

- Läkaren följer det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede och Socialstyrelsens författningar kring dödsfall.
- Läkaren genomför brytpunktsamtal med den enskilde/patienten och i förekommande fall närstående, tillsammans med sjuksköterska
- Informera vårdpersonalen om vilka åtgärder som ska vidtas för den enskilde då ett dödsfall kan förväntas.

Vidare åtar sig kommunen att se till att:

- Hälso- och sjukvårdspersonalen följer det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död
- Sjuksköterskan håller läkaren informerad om de enskildas tillstånd och kallar på läkare vid behov
- Sjuksköterskan vid behov deltar i brytpunktsamtal tillsammans med läkare.

Detta dokument används i praktiken som utgångspunkt för samverkan kring rutiner om brytpunktssamtal och information till anhöriga. Även om det här inte är angivet när i tid brytpunktssamtalen ska ske, saknar detta dokument formuleringar som stödjer samverkan kring ett tidigt proaktivt palliativt förhållningssätt och teambaserad dialog som tar utgångspunkt i äldre personers värderingar, tankar, behov och önskemål inför den sista tiden i livet. En läkare beskriver att:

*Brytpunktssamtal är ju en term som från början kom från cancersjukvården och som egentligen inte alls har anpassats till vår verklighet, om man får säga så. För våra patienter finns det två tydliga brytpunkter. Den första är när man flyttar in på ett boende för att man behöver tillgång till vård och omsorg dygnet runt. Då ska man ha en typ av samtal om vårdens innehåll och riktning, hur vill man ha det, vad vi rekommenderar och så vidare.*

### **Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS. Äldreförvaltningen, reviderad 2020**

Syftet med riktlinjerna är att tydliggöra Stockholms stad som huvudman, vårdgivarens, verksamhetschefens, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar utifrån lagstiftningen. Utöver definitioner av palliativ vård och palliativt förhållningssätt lyfter dessa riktlinjer att arbete i team med olika yrkesgrupper är utmärkande för palliativ vård. ”Teamet är mångprofessionellt och består av sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut, baspersonal och läkare. Tillgång till sjuksköterske- och läkarkompetens dygnet runt är en förutsättning för att



kunna bedriva god palliativ vård i livets slutskede” (s. 18). Generellt klargör riktlinjerna ansvar när det gäller exempelvis upprätta lokala rutiner i varje verksamhet, men professionen konstaterar att de ger mindre stöd i hur arbetet kan organiseras eller genomföras för att bedriva palliativ vård av god kvalitet.

***Palliativ vård. Nationellt vårdprogram, Regionala cancercentrum i samverkan, 2021-03-11 Version: 3.0***

Vårdprogrammet ska vara ett stöd i den dagliga vården för all personal som arbetar med människor som behöver allmän eller specialiserad palliativ vård. Nytt i detta reviderade vårdprogram är ”ambitionen att integrera den palliativa vårdens förhållningssätt och kompetens allt tidigare i olika sjukdomsförlopp, även om det kortsiktiga målet är att erbjuda alla personer som behöver god vård under livets allra sista tid.” (s 6) Trots denna ambition, ligger tyngdpunkten fortfarande på den sena palliativa fasen. Exempelvis beskrivs i avsnitten som behandlar demenssjukdomar (s 94 ff) och sköra äldre (s 112 ff) symptom som ofta inträffar i ett sent palliativt skede, samtidigt som vikten av dialog om dialog om prioriteringar i livets slutskede (s 96) understryks.

Vårdprogrammet skulle kunna utvecklas genom att inkludera situationer och perspektiv som är i än högre grad förankrade i den vård och omsorg som bedrivs på SÄBO för att stödja personal att utveckla palliativt förhållningssätt och vård.

***Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen, 2013***

”Detta kunskapsstöd avser att i första hand belysa den senare fasen av processen när patienten får palliativ vård i livets slutskede” (s 18) Kunskapsstödet ger med sitt fokus på den sena palliativa fasen mindre vägledning vid tidig palliativ fas och när personal möter sköra äldre utan entydiga tecken på livshotande sjukdom. Palliativ vård är en helhetsvård. Den inkluderar insatser från flera kompetenser och ofta från flera huvudmän, varför samverkan är viktig för en god palliativ vård. Det gäller bland annat gemensam vårdplanering och informationsöverföring. Det innebär att det behövs en gemensam uppfattning mellan olika aktörer om processen vid palliativ vård och gemensamma termer och begrepp som används systematiskt i alla verksamheter (s 32). Enligt professionen finns det fortfarande mycket att göra när det gäller tillgång till den information som finns dokumenterad men också avseende samsyn kring begrepp. Kunskapsstödet beskriver att handledning i grupp kan erbjuda personal att

dela med sig av sina erfarenheter, bli tryggare och ge möjlighet att utveckla en högre beredskap för att stödja äldre och anhöriga (s 45). Handledning då ett antal medarbetare samlas och samtalar utifrån situationer eller händelser i verksamheten med en extern eller intern handledare är enligt våra källor fortfarande ovanligt i SÄBO.

# PALLIATIV VÅRD PÅ LSS-BOENDEN

## Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

Verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska:

*...främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som lagen omfattar. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Det innebär bland annat att ha möjlighet att bo som andra, att ha ett eget hem med allt vad det innebär av trygghet och trivsel. En bostad som tillförsäkrar personer med omfattande funktionsnedsättningar goda levnadsvillkor är en av förutsättningarna för att nå lagstiftningens mål.*

## Inledning

En gruppboende kan erbjudas personer som har så stora behov av tillsyn och omvårdnad, att det är nödvändigt att personal finns till hands hela tiden. Gruppboendet består av ett mindre antal lägenheter som är samlade kring gemensamma utrymmen. En fast personalgrupp ska täcka de boendes hela stödbehov inklusive fritids- och kulturella intressen.

För personer som bor på LSS-boenden är det ofta ett livslångt boende och många bor i sin gruppboende hela sitt vuxna liv. Enligt uppgifter från MAS i Stockholms stad, finns det ungefär 1500 vuxna personer som har sitt boende i någon av de 210 gruppboendena i staden. Merparten av dessa, cirka 1300 personer bor på någon av stadens egendrivna gruppboenden och övriga 200 på boenden drivna av privata aktörer. Av de 1300 personerna på stadens gruppboenden är cirka 200 personer (15 %) över 65 år. Andelen äldre på stadens gruppboenden förväntas öka över tid.

## Hälso- och sjukvård inom LSS-boenden

När det gäller hälso- och sjukvården inom LSS-boenden har kommunerna i Stockholms län, sedan oktober 2015, övertagit hälso- och sjukvårdsvaret för de boende (Vårdgivarguiden 2022).

Kommunen ansvarar för de insatser som målgruppen är i behov av. Det är hälso- och sjukvård som utförs av distriktssköterska, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut. I ansvaret ligger även

alla kostnader för sårvårdsmaterial. Regionen ansvarar för läkarinsatserna för målgruppen oavsett var de utförs.

För att säkerställa informationsöverföring och patientsäkerhet bör varje kommun ha utarbetat lokala riktlinjer. Det ska framgå hur samarbetet ska ske mellan de olika vårdgivare som arbetar för målgruppen, på uppdrag av huvudmännen.

Kommunen utför rehabilitering och habilitering i boendet/daglig verksamhet för målgruppen och prioriterar behovet. Specialiserad habilitering ansvarar regionen för.

Om någon i målgruppen önskar få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvård (inom husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering) kan de välja det, liksom den övriga befolkningen. Målgruppen har även tillgång till andra hälso- och sjukvårdsinsatser i likhet med övriga invånare.

Kommunen ansvarar för:

- Hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden.
- Förskrivning av läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
- Förskrivnings- och kostnadsansvar för inkontinenshjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar, kompressionsmaterial, bashjälpmedel samt för vissa definierade hyrhjälpmedel.
- Att legitimerad personal i verksamheten ger information till patientens läkare om aktuell status.
- Att uppmärksamma behov, initiera och delta i vårdplanering.

Regionen ansvarar bland annat för:

- Alla läkarinsatser, inklusive besök i boendet/daglig verksamhet.
- All övrig specialiserad vård som sker i boendet och i daglig verksamhet, och som ingår i uppdragen för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), specialiserad palliativ vård och specialistpsykiatri.

- Specialiserad rehabilitering, exempelvis inom neurologi, onkologi och lymfödem.
- Insatser i uppdraget neuroteam (som finns i vårdvalsområdet primärvårdsrehabilitering).
- Logopedi
- Hörsel- och synrehabilitering
- Kunskapsöverföring till kommunens personal, som utför habilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.
- Att legitimerad personal i regionens verksamhet ger information till legitimerad personal i kommunens verksamhet om beslutade insatser och aktuell status.

### *LSS-Hälsan*

LSS-hälsan i Stockholm (enheten för hälso- och sjukvård inom Socialförvaltningen) är en stadsövergripande verksamhet i kommunal regi med uppdrag att erbjuda basal hälso- och sjukvård till personer som bor i grupp- eller servicebostad samt daglig verksamhet enligt LSS i Stockholms stads 13 stadsdelar.

Enheten har i dag ett 50-tal medarbetare; sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och undersköterskor. Utöver dessa yrkeskategorier finns MAS, biträdande enhetschefer och verksamhetschef, samt andra stödfunktioner. LSS-hälsan är indelad i regionerna Nord (innerstaden och nordvästra Stockholm) och Syd (de södra stadsdelarna).

LSS-hälsans arbete sker mestadels hemma hos patienterna eller på daglig verksamhet. Arbetet beskrivs som teambaserat där sjuksköterskan som ansvarar för ett tiotal enheter ingår i ett team med arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast med omvårdnadsansvar för patienter på grupp- och servicebostäderna. I arbetet ingår kontakt med de vårdcentraler och läkare som personen är listade på. Det kan innebära tio olika vårdcentraler, men vanligast är fem enligt chefen på LSS-hälsan.

*Det här har varit akilleshälen sedan 2015 (när kommunen tog över hälso- och sjukvårdsansvaret). Det blir så många*

*vårdkontakter vilket gör det för spretigt för att få en bra sammanhållen vård. (Chef LSS-hälsan)*

## **Palliativ vård inom LSS-boenden**

Som organisationen ser ut i dag finns det inget avtal om läkarmedverkan med regionen (jämför: särskilt boende för äldre) vilket innebär att det inte finns en specifik läkarorganisation att vända sig till vid behov av medicinskt stöd vid vård i livets slutskede. I stället ska husläkarmottagningen där den boende är listad ta det medicinska ansvaret för den basala palliativa vården och finnas med i planering och tillse att ett nära medicinskt stöd finns inklusive förskrivning av nödvändiga läkemedel (Vårdgivarguiden 2022). Till skillnad från enheter inom äldreomsorgen har inte LSS-boenden tillgång till nödvändiga palliativa läkemedel om dessa inte ordinerats till individen.

De intervjuade är överens om att palliativ vård, till skillnad från äldreomsorgen, fortfarande är ovanligt på LSS-boenden. De senaste åren har det varit 1–2 dödsfall årligen, men under pandemins första år var det sju dödsfall. Samtidigt är man överens om att det årliga antalet kommer att öka som en konsekvens av att målgruppen blir allt äldre.

Det låga antalet dödsfall per år och det faktum att gruppen boende på LSS-boenden är väldigt heterogen avseende faktorer som ålder, funktionsförmåga och beslutskompetens har gjort att frågan om palliativ vård varit lågt prioriterad enligt Mas på LSS-hälsan som säger att frågan varit styvmoderligt hanterad i kontakten med enhetschefer på LSS-boenden och till viss del personal. En förklaring är att det är många yngre på boendena och att ta upp döden med nyinflyttade inte känns relevant. Samtidigt finns det boenden med personer som bott där väldigt länge, en del är över 80 år.

Läkaren vid Habilitering och hälsa menar att gruppen historiskt sett är underbehandlade på grund av sina funktionsnedsättningar och sämre kognitiva förmåga och att det finns en risk att man går in med palliativ vård i för tidigt skede just för att personen har sin funktionsnedsättning.

Läkaren säger också att andelen äldre på LSS-boende hela tiden ökar vilket kommer ställa krav på personalens kompetens. En viktig skillnad jämfört med vården och omsorgen inom äldreomsorgen är just personalens kompetens. Den medicinska kompetensen är inget som efterfrågas vid rekrytering av baspersonal inom LSS-boenden.

*Det är väldigt få personer per år som dör. Ja, men de som bor på LSS-boende blir äldre, så det kommer bli vanligare och ett större problem. Jag tycker att det är jätteviktigt att frågan tas upp för man måste förstå att bemanningen på boendena i bästa fall är socionomer men de har ingen medicinsk utbildning. Det här måste man vara väldigt medveten om, att personalen har en helt annan kompetens, eller inte har medicinsk kompetens alls, jämfört med SÄBO.*  
(Läkare Habilitering och hälsa)

Det bekräftas av sjuksköterskan från LSS-hälsan som säger att det är en stor utmaning att personalen inte är sjukvårdsutbildade. Men säger också att det finns goda exempel när den äldre fått vara kvar i sitt boende och där boendets personal fått hjälp från LSS-hälsan. Alternativt har ASIH tagit över ansvaret för den palliativa vården eftersom det är så svårt att få läkarmedverkan från vårdcentralen där den boende är listad.

Representanter för PKC, som haft och har utbildningar för personal inom SÄBO men också inom LSS-boenden kring palliativ vård, konstaterade att det finns gemensamma delar som handlar om förhållningssätt och personcentrerad vård men att det i utbildningssituationer finns stora skillnader när olika situationer ska exemplifieras. Även de ser stora skillnader i personalens kompetens och förutsättningar. LSS-personal är generellt bättre på kommunikation med brukarna medan SÄBO-personalen är bättre i omsorgssituationer.

Vissa utbildningsinsatser har gjorts. Forum Carpe har tillsammans med PKC haft utbildning av palliativa ombud (2019) och det finns också en hel-dagsutbildning, ”Trygg när döden närmar sig” som genomförts fysiskt en gång per termin och som även finns digitalt<sup>7</sup>.

Den sammanfattande bild som ges vid intervjuerna är att när döden är förväntad så kan den palliativa vården fungera bra på boendet om antingen LSS-hälsans personal kan vara med och stötta den ordinarie personalen på boendet eller om ASIH tar över ansvaret. Men om dödsfallen varit oförutsedda eller haft ett snabbt förlopp finns inte den förberedelsen i organisationen med följderna att palliativ vård inte erbjuds.

---

<sup>7</sup> <https://etjanst.stockholm.se/ForumCarpe/aktiviteter/trygg-nar-doden-narmar-sig>

## Utvecklingsområden

Denna utredning pekar ut tre övergripande områden som behöver utvecklas för att förbättra vården och omsorgen vid livets slut inom LSS-boenden; omsorgspersonalens kompetens att möta den enskildes behov av palliativ vård, läkarmedverkan och samverkan mellan huvudmännen.

### *Omsorgspersonalens kompetens att möta den enskildes behov av palliativ vård*

Som tidigare beskrivits är en gemensam uppfattning bland de intervjuade att kompetensen hos personalen på LSS-boenden kring vård i allmänhet och palliativ vård i synnerhet är väldigt låg. Men undantag finns och då på boenden med personer med olika medicinska behov och där det finns undersköterskor som efterhand lärt sig hantera dessa behov.

Så vilken kompetens behövs på LSS-boenden? Det finns goda skäl att bejaka åsikten att all personal inte behöver ha kompetens att bedriva palliativ vård. Men i alla LSS verksamheter bör det finnas beredskap för- och en medvetenhet om att döden kan inträffa. På chefsnivå kan det handla om att regelbundet, ett par gånger årligen ta upp med personalen vilka rutiner som gäller i samband med dödsfall, både innan och efter.

På organisationsnivå kan det handla om att LSS-Hälsan tar fram en plan för utbildning av personalen när palliativ vård är aktuell, för att göra den sista tiden så bra som möjligt för den boende.

*Man behöver beskriva det ur ett organisatoriskt perspektiv tänker jag. Det grundläggande förhållningssättet, det behöver alla ha. Sedan behöver vi i vår organisation vara duktiga på att utbilda så att allt är riggat och klart för att göra den här sista tiden så bra som möjligt för patienten. Att få ut den kunskap som behövs just då. För man kan inte alltid kunna allt. Det behövs en fördjupad kunskap där och då för omsorgspersonalen när det väl inträffar. Om MAS säger "Beredskap" så säger jag "baskunskap" ... synonymt. (Chef LSS-hälsan)*

### **Läkarmedverkan**

Som det ser ut i dag är det alltså läkare på den vårdcentral där den boende är skriven som har det medicinska ansvaret under det palliativa skedet. Den organisationen ifrågasätts av flera av de intervjuade som menar att läkarmedverkan är den viktigaste frågan, men att det i dag ofta är



svårt att få tag på läkare och att systemet gör att hälso- och sjukvården inte blir likvärdig.

En lösning som föreslås är att bygga upp en verksamhet likt den inom äldreomsorgen, där läkarorganisationer ansvarar för läkarinsatserna på LSS-boenden och får ett heldygnsansvar.

Några av representanterna för läkarorganisationer berättade om pågående samarbeten i grannkommuner och att det skulle kunna fungera med en grupp av dedikerade läkare med kunskaper om de frågeställningar som finns kring målgruppen. De tror också att vården skulle bli mer sammanhållen med en sådan organisation.

Enligt HSF:s representant har det här förslaget diskuterats länge. Hon ser fördelarna men menar att det finns flera faktorer som talar emot att låta samma läkarorganisationer eller ASIH-enheter som finns inom äldreområdet också ska kunna ha ansvar för LSS-boenden. Det handlar om vilken läkarkompetens som egentligen behövs för att möta upp den långt ifrån homogena grupp av människor som finns på LSS-boendena och om det fria valet, att själv få välja vilken läkare man vill ha. Då många kan gå själva till sin husläkare blir frågor om individens frihet kontra valfrihet svåra att kringgå.

För närvarande pågår ett arbete med att låta ett antal vårdcentraler i länet få en SMO-uppgift – Särskilt medicinskt omhändertagande – för personer inom LSS-gruppen och personer med sällsynta hälsotillstånd. Det ska dock fortfarande vara frivilligt att ansluta sig. Men som förslaget ser ut i dag skulle behovet i regionen inte täckas av dessa vårdcentraler så frågan om läkarmedverkan är fortfarande ett utvecklingsområde.

### ***Samverkan mellan huvudmännen***

Ett tredje utvecklingsområde är hur samarbetet mellan den kommunala hälso- och sjukvården och Region Stockholm (där läkarmedverkan naturligtvis ingår) ska se ut för att optimera vården och omsorgen i livets slutskede. En av de intervjuade sa att det behövs en tydlig arm eller vårdkedja från regionen som kommunen kan ta tag i när det behövs. Inte bara i det akuta skedet utan för att ha möjlighet att göra bra förberedelser.

*Jag tycker det behövs en tydlig arm från regionen som kommunen kan ta tag i, en tydlig vårdkedja att koppla på när det behövs. Från början är det bara kommun men med tiden behövs mer regioninsatser. Det här behöver bli mer*

*tydligt för att man ska kunna göra bra förberedelser. (Läkare Habilitering och hälsa)*

I dag är denna arm från regionen patientens vårdcentral och i enstaka fall ASIH. Avtalen som skrivs mellan HSF och vårdcentralerna är tydliga med att det ingår i vårdcentralernas uppdrag att stötta den kommunala hälso- och sjukvården i olika vårdsituationer, inklusive vård i livets slutskede. Men vid LSS-hälsan säger man att många vårdcentraler inte har den beredskapen och att det är väldigt personbundet hur väl det fungerar. Ibland kliver hemsjukvården in, ibland tar ASIH över ansvaret. Utvecklingsområdet gäller alltså tydligare former för samverkan.

# REFERENSER

Alvariza A, Axelsson B, Rasmussen B, Ternstedt BM och Fürst CJ (2020). Ny definition av palliativ vård med fokus på lidande. *Läkartidningen*, 117:20101. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/rapport/2020/10/ny-definition-av-palliativ-var-d-med-fokus-pa-lidande/>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. <https://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2017:30>

International association for hospice and palliative care (2020). Definition av palliativ vård enligt IAHPIC (International association for hospice and palliative care) 2019. Nationella rådet för palliativ vård. <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2022/10/Definition-enligt-IAHPIC.pdf>

Johansson T, Tishelman C, Cohen J, Eriksson LE och Goliath I (2021). Continuums of change in a competence-building initiative addressing end-of-life communication in Swedish elder care. *Qualitative health research*, 31(10):1904-1917. <https://doi.org/10.1177/10497323211012986>

Johansson T, Tishelman C, Eriksson LE, Cohen J och Goliath I (2022). Use, usability, and impact of a card-based tool to support conversations about end-of-life preferences in residential elder care – a qualitative study of staff experiences. *BMC Geriatrics*, 22, 274. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02915-w>

Patientlag (SFS2014:821). Socialdepartementet. <https://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2014:821>

Vårdgivarguiden (2022). Boenden med särskild service och daglig verksamhet. Region Stockholm. [internet] [https://vardgivarguiden.se/avtal/samverkansomraden/samverkan/vardansvar\\_boenden\\_med\\_sarskild\\_service/](https://vardgivarguiden.se/avtal/samverkansomraden/samverkan/vardansvar_boenden_med_sarskild_service/)

Regionala cancercentrum i samverkan (2021). Palliativ vård. Nationellt vårdprogram. Version 3.0. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var-d/vardprogram/nationellt-var-dprogram-palliativ-var-d.pdf>

Samordnad utveckling för god och nära vård (2020). God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande

(SOU 2020:19). Norstedts juridik. [https://www.regeringen.se/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-vard-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou\\_2020\\_19\\_webb.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-vard-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf)

Socialstyrelsen (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2018). Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Socialdepartementet. <https://rkrattsba-ser.gov.se/sfst?bet=2001:453>

Stockholms stad (2020a). Boendeplan 2020 med utblick mot 2040. Stadsövergripande boendeplan. <https://edokmeetings.stockholm.se/welcome-sv/namnderstyrelser/kommunstyrelsen/mote-2019-10-23/agenda/boendeplan-for-ar-2020-med-utblick-mot-2040pdf>

Stockholms stad (2020b). Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS. Äldreförvaltningen i Stockholms stad. <https://leverantor.stockholm/globalassets/foretag-och-organisationer/leverantor-och-utforare/verksamhetsomraden/aldreomsorg/halso--och-sjukvard/riktlinjer-for-halso--och-sjukvard/riktlinje-for-halso-och-sjukvard-i-stockholms-stad.pdf>

Stockholms stad (2021). Hitta vård- och omsorgsboende. Stockholms stad Äldreomsorg. [internet] <https://aldreomsorg.stockholm/hitta-vard-och-omsorgsboende/>

StorSTHLM och Region Stockholm (2020). Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre. Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län. <https://www.storsthlm.se/media/0fhhbxkj/v%C3%A5rd-omsorg-f%C3%B6r-%C3%A4ldre-sammanh%C3%A5llen-%C3%B6verenskommelse.pdf>

Svenska palliativregistret (2021-08-31). [internet] <https://palliativregistret.se/>

Sveriges kommuner och regioner (2022-03-01). Särskilt boende för äldre (SÄBO). [internet] <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sarskiltboendealdre.28193.html>

Stiftelsen Äldrecentrum fick av äldreförvaltningen i Stockholms stad uppdraget att utreda stadens behov av att utveckla den palliativa vården vid särskilda boenden och LSS-boenden.

Genom dialogmöten och intervjuer med personer som arbetat med att bedriva och utveckla den palliativa vården i Stockholms stad har rapportförfattarna kunnat få en bild av hur arbetet ser ut i dag och vilka behov som finns. De har också granskat vägledande styrdokument kring den palliativa vården för att se vilken vägledning de ger professionen och vad som saknas i förhållande till utvecklingsbehovet.

Rapportens författare pekar på tre speciella utvecklingsområden för stadens palliativa vård vid SÄBO. Den palliativa kompetensen behöver användas, men också breddas bland medarbetarna. Ett proaktivt palliativt förhållningssätt behöver stärkas, och ledarskapet behöver stärkas, så att man kan skapa en organisation som främjar ett palliativt förhållningssätt.

På LSS-boenden kommer andelen äldre personer att öka i framtiden, vilket också innebär ett större behov av palliativ vård. Här behöver omsorgspersonalens kompetens höjas, samtidigt som läkarnas medverkan och samverkan mellan huvudmännen behöver utvecklas.

