

# Tillgång och variation i specialiserad palliativ vård

En jämförande studie inom Region Östergötland

---

*Accessibility and variation in specialized palliative care  
A comparative study within Region Östergötland*

**Elin Gunnarsson Runersjö**

Handledare: Nora Anter

Examinator: Ahmed Kaharevic

## Abstract

Swedish healthcare is based on the principle of equitable care, meaning that healthcare should be provided according to need and on equal terms for the entire population. Despite this, previous research has demonstrated significant variations in access to care, both between and within regions. Specialized palliative care is an essential and increasingly important part of healthcare, aimed at meeting complex needs and improving quality of life for patients at the end of life. This study therefore examines variations in access to and resource utilization within specialized palliative care between the central and eastern parts of Region Östergötland during the period 2021–2025.

The study applies a quantitative, descriptive, and comparative approach based on secondary data from Statistics Sweden, Region Östergötland, and the Swedish Register of Palliative Care. The analysis includes demographic structure, mortality, specialized palliative care bed capacity, care utilization, healthcare costs, and access to specialized palliative care at the end of life. The results reveal clear and systematic differences between the two areas. The eastern part of the region has higher mortality and greater potential care needs, while simultaneously having lower access to specialized palliative care. The eastern area has lower specialized palliative care bed capacity, lower care utilization, and fewer patients receiving care. Cost patterns also indicate organizational differences between the two areas.

The study demonstrates that these variations are related to healthcare organization and resource allocation. The findings indicate that the principle of equitable care is not realized within the region and highlight how decentralized governance may contribute to structural inequalities within the same healthcare system.

**Keywords:** equitable care, palliative care, resource allocation, Region Östergötland, healthcare governance

## Förord

Det största tacket till min handledare Nora Anter som pushade mig, och pushade mig. Och pushade mig lite till.

Denna uppsats tillägnas min älskade Lillebror.

I min dröm visade du mig din dröm.

Söderköping, maj 2026

Elin Gunnarsson Runersjö

## Innehåll

1. Inledning .....	4
2. Syfte .....	5
3. Bakgrund.....	6
3.1 Lagstiftningsramen för svensk sjukvård .....	6
3.2 Hälso- och sjukvårdens organisering i Sverige.....	6
3.3 Palliativ vård .....	8
3.4 Ojämlig vård .....	9
3.5 Linköping och Norrköping – Twincities.....	11
4. Teoretiskt ramverk och begrepp .....	12
4.1 Rättviseperspektivet.....	12
4.2 Styrningsperspektivet.....	14
5. Metod och material .....	16
5.1 Forskningsdesign och material .....	16
5.2 Operationalisering.....	17
5.3 Metodologiska överväganden och begränsningar.....	18
5.4 Studiens organisatoriska kontext .....	20
6. Resultat och analys .....	23
6.1 Befolkningsutveckling och dödsfall .....	23
6.2 Tillgång till specialiserad palliativ slutenvård .....	25
6.3 Vårdvolym i specialiserad palliativ vård .....	27
6.4 Kostnader för specialiserad palliativ vård.....	29
6.5 Användning av specialiserad palliativ vård i livets slutskede .....	32
7. Diskussion.....	34
8. Slutsats .....	36
9. Referenser .....	38

## 1. Inledning

Svensk hälso- och sjukvård präglas av höga ambitioner om jämlik vård och bygger på grundläggande prioriteringsprinciper där behov och människovärde ska väga tungt i fördelningen av resurser(1,2). Samtidigt är systemet organisatoriskt decentraliserat. Staten ansvarar för lagstiftning, övergripande mål och nationell uppföljning, medan regioner och kommuner genomför vården i praktiken. Denna flernivåstyrning kompletteras av ett flertal statliga myndigheter och nationella kunskapsinstitutioner med uppdrag att på olika sätt bidra till en mer jämlik vård(3,4).

Trots den höga ambitionsnivån åskådliggör återkommande analyser att tillgången till vård uppvisar betydande och systematiska variationer – inte enbart mellan regioner, utan även inom regioner(5–10). Detta aktualiserar frågor gällande hur principen om jämlik vård omsätts i praktiken, särskilt i relation till hur vården organiseras och resurser fördelas inom en och samma region.

Palliativ vård har under lång tid lyfts fram som ett prioriterat område inom svensk hälso- och sjukvård, både i nationella utredningar och i kunskapsstöd. Trots detta kvarstår betydande skillnader mellan formulerade mål och faktiskt utfall. Flertalet rapporter har publicerats och alla identifierar samma sak: avsevärda och ihållande skillnader i tillgång till specialistkompetens, specialiserade hemsjukvårdsteam, slutenvårdsplatser och konsultfunktioner, liksom graden av dygnet-runt-tillgänglighet (5,8,10–12). En rapport från Svenska Palliativregistret, publicerad så sent som i februari 2026, visar att variationerna fortfarande är omfattande(12). I takt med ett breddat uppdrag och ökande behov får den palliativa vården även en central normativ betydelse i frågor om värdighet, människovärde och jämlik vård, vilket ytterligare förstärker dess analytiska relevans.

Tidigare forskning och nationella rapporter har framför allt beskrivit geografiska skillnader i tillgång till specialiserad palliativ vård mellan olika delar av landet(5,12). Däremot är kunskapen mer begränsad om hur sådana variationer ser ut inom en och samma region. Studien tar sin utgångspunkt i de väl belagda socioekonomiska och hälsomässiga skillnaderna mellan Linköping och Norrköping. Städerna verkar inom samma regionala hälso- och sjukvårdssystem – Region Östergötland – men uppvisar påtagliga och långvariga skillnader i befolkningens hälsa(6,7,13). Samtidigt är den specialiserade palliativa vården inte organiserad på

kommunnivå, utan inom större geografiska områden där resurser delas mellan flera kommuner. Analysen genomförs därför på länsdelsnivå – den centrala respektive den östra länsdelen – där städerna fungerar som centrala nav och motsvarar vårdens faktiska organisering.

Analysen utgår från principen om jämlik vård, där tillgång till vård bör stå i relation till befolkningens behov, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip. Detta innebär att skillnader i tillgång till vård inte nödvändigtvis betraktas som ojämlika i sig, men kan tolkas som problematiska om områden med likvärdiga eller större behov har en lägre tillgång till vård. Denna princip utgör en central utgångspunkt för den analytiska tolkningen av studiens resultat.

Studien har en deskriptiv och komparativ ansats, där observerade variationer analyseras i relation till vårdens organisering och styrning. De teoretiska perspektiven används som tolkningsramar för att analysera dessa variationer i relation till principen om jämlik vård. Ambitionen är inte enbart att beskriva lokala skillnader, utan att genom ett konkret empiriskt exempel synliggöra bredare frågor om styrning, resursfördelning och jämlik vård inom det svenska hälso- och sjukvårdens decentraliserade system.

## 2. Syfte

Syftet med studien är att beskriva och jämföra variationer i tillgång till specialiserad palliativ vård, vårdens omfattning samt resursanvändning mellan den centrala och östra länsdelen i Region Östergötland. Studien baseras på kvantitativa mått såsom vårdplatser, vårdvolym och kostnader under perioden 2021–2025. Vidare syftar studien till att analysera identifierade variationer i relation till principen om jämlik vård samt till vårdens organisatoriska utformning inom ett gemensamt regionalt hälso- och sjukvårdssystem.

För att besvara studiens övergripande syfte formuleras nedanstående forskningsfrågor, vilka strukturerar analysen och avgränsar undersökningens empiriska fokus.

- i) Hur skiljer sig den strukturella tillgången till specialiserad palliativ vård mellan den centrala och östra länsdelen under perioden 2021–2025, mätt som antal disponibla vårdplatser?
- ii) Hur skiljer sig omfattningen av specialiserad palliativ vård mellan länsdelarna i termer av vårdvolym och vårdtyg?
- iii) Hur skiljer sig resursanvändningen mellan länsdelarna i termer av kostnader inom specialiserad palliativ vård?

## 3. Bakgrund

### 3.1 Lagstiftningsramen för svensk sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) utgör den centrala rättsliga ramen för hälso- och sjukvården i Sverige. Lagen stipulerar att *målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården* (HSL 3 kap. 1 §)(1).

HSL uttrycker rättvisepprinciper som i forskningen ofta förstås i termer av horisontell och vertikal rättvisa, där horisontell rättvisa innebär att individer med likartade vårdbehov ges likvärdig tillgång till vård, medan vertikal rättvisa innebär att individer med större behov prioriteras(4). Prioriteringar inom hälso- och sjukvården styrs av tre etiska grundprinciper, som framgår av regeringens proposition 1996/97:60: (i) människovärdesprincipen, (ii) behovs- och solidaritetsprincipen samt (iii) kostnadseffektivitetsprincipen. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de andra två principerna(2).

### 3.2 Hälso- och sjukvårdens organisering i Sverige

Den svenska hälso- och sjukvården styrs genom ett decentraliserat flernivåsystem där ansvar och beslutsmakt är uppdelade mellan stat, region och kommun. Ansvarsfördelning innebär att olika nivåer har skilda men sammanhängande uppgifter när det gäller lagstiftning, styrning och genomförande av vård.

Staten har ansvar för den nationella och övergripande styrningen av hälso- och sjukvården. Riksdagen stiftar de lagar som reglerar vårdens mål, principer och grundläggande krav. Riksdagen beslutar även om budgetanslag till hälso- och sjukvården, vilka utgår i form av både generella och riktade statsbidrag(3,4).

Regeringen ansvarar för att verkställa riksdagens beslut och för den övergripande politiska inriktningen av hälso- och sjukvårdspolitik. Inom Regeringskansliet bereds frågor som rör hälso- och sjukvård främst av Socialdepartementet, som fungerar som ett politiskt och administrativt organ. Departementets uppgift är att förbereda lagstiftning, formulera nationella mål samt styra statliga myndigheter genom bland annat regleringsbrev(3,4).

Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården sker därmed i hög grad indirekt, genom de statliga myndigheter som regeringen ansvarar för. Centrala aktörer inkluderar Socialstyrelsen

(föreskrifter, nationella kunskapsstöd, uppföljning och statistik), Inspektionen för vård och omsorg, IVO (tillsyn och tillståndsprovning), Folkhälsomyndigheten, FOHM (kunskapsunderlag, nationell uppföljning och statistik inom folkhälsoområdet) samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (oberoende utvärdering och analys av vårdens funktion och styrning)(4).

Även om hälso- och sjukvården regleras genom nationell lagstiftning utövar de 21 regionerna och 290 kommunerna ett betydande självstyre inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Detta självstyre innebär att regionala och kommunala huvudmän har ett omfattande handlingsutrymme när det gäller organiseringen av vårdtjänster, prioriteringar utifrån befolkningens behov samt ansvar för vårdens kvalitet. Den decentraliserade styrningen förstärks ytterligare genom beskattningsrätten, som ger regioner och kommuner befogenhet att ta ut inkomstskatt för finansiering av hälso- och sjukvård(3,4).

Regionerna är huvudmän för medparten av hälso- och sjukvården i Sverige. Detta omfattar såväl primärvård som sjukhusvård och annan specialiserad vård, oavsett om den avser somatiska eller psykiatriska tillstånd och oavsett om vården ges i öppen- eller slutenvård. Regionerna fattar beslut om vårdens organisering och resursfördelning inom de ramar som fastställs genom nationell lagstiftning och statliga riktlinjer. Tillsammans ansvarar regionerna för ett omfattande vårdssystem med omkring 1200 primärvårdscentraler, sju universitetssjukhus, ett tjugotal länssjukhus och ett fyrtiotal mindre länsdelssjukhus(3,4).

Parallellt med det regionala självstyret samverkar regionerna nationellt genom gemensamma strukturer för kunskapsstyrning. Sedan 2018 finns ett nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården, där regionerna tillsammans utvecklar kunskapsstöd, vårdförlopp och arbetssätt i samverkan med kommuner, professionsföreträdare, patientorganisationer, myndigheter och forskarsamhället. Syftet är att bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård(3,4).

Regionerna samarbetar också inom sex större sjukvårdsregioner, där minst ett universitetssjukhus ingår i varje region. Dessa strukturer används bland annat för samordning av högspecialiserad vård, kompetensförsörjning och gemensam utveckling(3,4).

Alla regioner och kommuner representeras dessutom genom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), en medlemsorganisation som företräder sina medlemmar i dialog och förhandling med staten. Samarbetet mellan regeringen och SKR sker ofta genom nationella överenskommelser

som anger inriktning och finansiering för gemensamma utvecklingsinsatser inom hälso- och sjukvård och omsorg(3,4).

Kommunerna ansvarar för vård- och omsorgsinsatser på lokal nivå, främst inom äldreomsorg och social omsorg. Detta ansvar omfattar bland annat särskilda boenden, korttidsboende och hemsjukvård upp till en viss medicinsk nivå. Kommunernas ansvar interagerar med regionernas ansvar, vilket innebär att gränsdragningen mellan kommunal och regional vård i praktiken kan vara komplex(3,4).

Den svenska hälso- och sjukvården formas av ett samspel mellan nationella ramar och ett långtgående regionalt och kommunalt självstyre. Staten sätter de övergripande lagarna och målen, regioner och kommuner genomför vården i praktiken. Parallellt finns nationella strukturer för samverkan och kunskapsstyrning, däribland SKR och de sex sjukvårdsregionerna, som syftar till att skapa en kunskapsbaserad och jämlik vård över landet. Samtidigt innebär den här organisationsformen att prioriteringar, arbetssätt och strukturer kan utvecklas olika. Balansen mellan lokal autonomi och ambitionen om likvärdig vård blir en ständigt närvarande fråga i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

### **3.3 Palliativ vård**

Palliativ vård intar en särställning inom hälso- och sjukvårdssystemet jämfört med annan vård, både i organisatorisk och innehållslig mening. Till skillnad från andra vårdformer riktar sig palliativ vård till patienter med omfattande, komplexa och ofta långvariga behov. Målet med den palliativa vården är lindring av lidande och främjande av livskvalitet, utan att varken påskynda eller uppskjuta döden. Den palliativa vården omfattar inte enbart medicinska insatser, utan förutsätter ett helhetsperspektiv på människan där fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner beaktas. Stöd till närstående är också en central del i det palliativa förhållningssättet, både under sjukdomstiden och med efterlevandesamtal en tid efter dödsfallet(8,11).

Tidigare avsåg palliativ vård i huvudsak patienter med obotliga sjukdomar, och fokus låg på den allra sista tiden i livet. Under senare år har dock förståelsen av vad som utgör ett livshotande tillstånd vidgats, och ambitionen har varit att integrera palliativa förhållningssätt och kompetenser tidigare i olika sjukdomsförlopp. Denna utveckling har formaliserats genom Socialstyrelsens uppdaterade definition av palliativ vård samt genom nya nationella riktlinjer, som antogs så sent som i december 2025(8). Tillsammans markerar dessa styrdokument en

tydlig förskjutning från palliativ vård som en avgränsad vårdform i livets slutskede till ett bredare vårduppdrag. Detta utvidgade uppdrag innebär att palliativ vård blir än mer resurskrävande, samtidigt som den får en central normativ betydelse i frågor om jämlik vård, människovärde, värdighet och hälso- och sjukvårdens yttersta ansvar.

Utöver detta innehållsliga särdrag kännetecknas palliativ vård av en komplex organisatorisk position, och bedrivs ofta i gränslandet mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård.

Inom den palliativa vården görs en åtskillnad mellan *allmän palliativ vård* och *specialiserad palliativ vård*. Allmän palliativ vård avser palliativa vård som bedrivs på sjukhusens samtliga vårdenheter och mottagningar, i primärvården och inom kommunal hälso- och sjukvård (exempelvis särskilda boenden, korttidsboenden och hemsjukvård)(8,11).

Specialiserad palliativ vård riktar sig däremot till patienter med särskilt komplexa behov och bedrivs av multiprofessionella team med fördjupad palliativ kompetens. Denna vårdform organiseras inom särskilda palliativa enheter, såsom specialiserade palliativa vårdavdelningar och specialiserad palliativ hemsjukvård<sup>1</sup>. Patientgrupper som oftast blir föremål för specialiserad palliativ vård är personer med cancersjukdomar, hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och neurodegenerativa sjukdomar som amyotrofisk lateralskleros (ALS) (8,11).

Patienter med behov av specialiserad palliativ vård är i regel även beroende av kommunala insatser, i form av allmän palliativ vård. Samverkan mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård är därmed en grundförutsättning för att vården ska fungera, men kan samtidigt bidra till variationer i hur den palliativa vården organiseras och tillhandahålls.

### **3.4 Ojämlig vård**

Trots att jämlik vård utgör ett centralt mål i svensk hälso- och sjukvård visar både forskning och nationella uppföljningar att tillgången till vård i praktiken varierar(4,9). Hälso- och sjukvårdslagen slår fast att vård ska ges på lika villkor efter behov, men vårdens decentraliserade styrning innebär att organisering, prioritering och resursfördelning kan skilja sig åt mellan och inom regioner. Svensk hälso- och sjukvård uppvisar i ett internationellt perspektiv goda resultat, med hög tillgänglighet och låga nivåer av både preventiv och

---

<sup>1</sup> Specialiserad palliativ hemsjukvård benämns nationellt på olika sätt, men åsyftar på samma typ av vård: Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), Lasarettansluten hemsjukvård (LAH) och Sjukhusansluten hemsjukvård (SAH). I Region Östergötland används förkortningen LAH.

behandlingsbar mortalitet. Samtidigt har ökade socioekonomiska skillnader och variationer i vårdens organisering väckt frågor om hur jämlikhetsmålet omsätts i konkreta vårdinsatser(4,9). Den palliativa vården utgör ett tydligt exempel på denna problematik. Enligt Prioriteringsutredningen *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) bör palliativ vård ges hög prioritet, jämförbar med vård av livshotande akuta tillstånd. Denna prioritering har därefter återkommande bekräftats i statliga utredningar, nationella kunskapsstöd och vägledningar från Socialstyrelsen. Trots detta visar återkommande analyser från bland annat Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Cancerfonden och Svenska Palliativregistret att tillgången till både allmän och specialiserad palliativ vård varierar avsevärt. Skillnader gäller exempelvis tillgången till specialistkompetens, specialiserade hemsjukvårdsteam, slutenvårdsplatser och konsultfunktioner, liksom graden av dygnet-runt-tillgänglighet (5,8,10–12).

Specialiserad palliativ vård förutsätter tillgång till ett multiprofessionellt team med fördjupad palliativ kompetens. Enligt European Association for Palliative Care (EAPC)<sup>2</sup> bör sådana team omfatta läkare med specialistkompetens i palliativ medicin, sjuksköterskor med specialistkompetens i palliativ omvårdnad samt tillgång till andra professioner såsom undersköterskor, kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och andliga företrädare(11,12). Trots detta visar nationella kartläggningar att tillgången till specialiserad palliativ kompetens varierar mellan olika delar av landet(5,12). Enligt standard från EAPC, som refereras till i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, rekommenderas 8–10 specialiserade palliativa slutenvårdsplatser per 100 000 invånare. Regionala kartläggningar visar dock att tillgången varierar betydligt. Enbart Region Stockholm och Region Norrbotten når upp till denna nivå, medan Region Östergötland har 3,6 platser per 100 000 invånare (5,12). Även tillgången till specialiserade palliativa konsultfunktioner och palliativmedicinska jourlinjer – bemannade av läkare specialiserade i palliativ medicin – varierar mellan regionerna(12). EAPC framhåller tillgång till palliativmedicinsk jourlinje – tillgänglig dygnet runt, alla dagar i veckan – som en central komponent i specialiserad palliativ vård, inte minst för patienter och närstående som vårdas i hemmet.

---

<sup>2</sup> European Association for Palliative Care (EAPC) är en icke-statlig organisation (NGO), erkänd av Europarådet, som verkar för att sätta standarder för hur palliativ vård bör bedrivas.

Regionala kartläggningar visar även att det finns skillnader mellan olika patientgrupper. Patienter med cancersjukdomar erhåller specialiserad palliativ vård i högre utsträckning än patienter med exempelvis hjärtsvikt, KOL eller neurodegenerativa sjukdomar. Enligt Socialstyrelsen underlag hade 79 procent av rapporterade dödsfallen inom specialiserad palliativ vård år 2024 en cancerdiagnos (8). Detta brukar delvis förklaras av att den moderna palliativa vården historiskt har utvecklats ur cancervården. Samtidigt betonar det nationella vårdprogrammet att specialiserad palliativ vård ska erbjudas utifrån komplexa palliativa vårdbehov och inte vara beroende av ålder, bostadsort, diagnos eller vårdform(5,8,12).

### **3.5 Linköping och Norrköping – Twincities**

Linköping och Norrköping beskrivs ofta som så kallade tvillingstäder – *twincities* – två geografiskt närliggande städer som har relativt lika befolkningsstorlek. De tillhör samma region – Region Östergötland – och omfattas av samma regionala politiska styrning, samma övergripande hälso- och sjukvårdssystem och i stor utsträckning samma medicinska resurser. I många avseenden har de jämförbara strukturella förutsättningar. Trots detta har återkommande forskning visat att det finns påtagliga och långvariga skillnader i befolkningens hälsa mellan städerna, skillnader som har studerats inom ramen för det så kallade *Twincities-projektet* vid Linköpings universitet(6,7,13).

Historiskt har Linköping och Norrköping utvecklats under olika socioekonomiska förutsättningar. Norrköping har präglats av sin industriella historia, medan Linköping i högre grad har formats av universitetets etablering och en mer kunskapsintensiv arbetsmarknad. Dessa skillnader har satt spår i befolkningens socioekonomiska förutsättningar vilket bidrar till ojämlika hälsoutfall över tid.

Studier inom *Twincities*-projektet visar att befolkningen i Norrköping, jämfört med Linköping, har haft en högre förekomst av flertalet sjukdomar – framförallt hjärt- och kärlsjukdomar – samt kortare förväntad medellivslängd, trots att tillgången till hälso- och sjukvård i formell mening är likartad. Dessa skillnader har visat sig vara förhållandevis stabila över tid och har bestått även under perioder då den generella folkhälsan i Sverige förbättrats(6,7,13).

Hälso- och sjukvården inom Region Östergötland är organisatoriskt indelad i tre länsdelar, vardera knuten till ett akutsjukhus. Den västra länsdelen utgår från Lasarettet i Motala, den centrala länsdelen utgår från Universitetssjukhuset i Linköping och den östra länsdelen från Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Även den specialiserade palliativa vården är organiserad utifrån dessa länsdelar – västra, centrala och östra – med mindre organisatoriska enheter inom

respektive område(14). Vrinnevisjukhuset utgör ett länssjukhus och Lasarettet i Motala ett länsdelssjukhus.

## 4. Teoretiskt ramverk och begrepp

Studiens teoretiska ramverk utgörs av två komponenter – ett normativt rättviseperspektiv och ett styrningsperspektiv. De två olika perspektiven belyser två skilda, men kompletterande frågor om variationer i vårdens tillgång, omfattning och resurser. Rättviseperspektivet handlar om hur variationer kan förstås normativt – sålunda hur de kan värderas i relation till behov, prioriteringar och målet om jämlik vård. Det hjälper till att analysera om eventuella skillnader framstår som legitima eller problematiska. Perspektivet riktar därmed fokus mot frågan om hur vården *bör* vara fördelad och hur utfallet förhåller sig till etablerade principer om behov och lika villkor.

Styrningsperspektivet har en annan funktion. Det används för att analysera hur variationer kan uppstå inom ramen för hälso- och sjukvårdssystemets organisering. Här ligger fokus inte på värderingen av utfallet, utan på de organisatoriska och strukturella förutsättningar som påverkar hur vård planeras, prioriteras och görs tillgänglig för befolkningen. Perspektivet belyser sålunda frågan om hur variationer tar sig i uttryck i praktiken.

Båda perspektiven behövs eftersom de belyser olika dimensioner av samma fenomen. Ett enbart normativt perspektiv kan säga om en variation framstår som rättvis eller problematisk, men inte nödvändigtvis förklara varför den finns. Ett enbart styrningsperspektiv kan beskriva hur systemet tar sig i uttryck och hur variationer uppstår, men inte nödvändigtvis synliggöra hur den relaterar till behov. Tillsammans möjliggör perspektiven en analys som både kan tolka och problematisera variationernas innebörd och sätta in dem i ett bredare systemperspektiv.

Mot denna bakgrund ligger det primära analytiska fokuset i studien på att beskriva och jämföra variationer i tillgång, omfattning och resursanvändning. De teoretiska perspektiven används som tolkningsramar i analysen och inte som utgångspunkt för en prövande eller kausal analys.

### 4.1 Rättviseperspektivet

I svensk hälso- och sjukvård utgör jämlik vård ett övergripande mål. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vården ges på lika villkor för hela befolkningen och den med störst behov ska ges företräde. I denna studie används begreppet jämlik vård för att beskriva hur vård och resurser fördelas inom regionen. Detta undersöks genom empiriska mått på

variation i tillgång, omfattning och resursanvändning. Detta möjliggör analyser av hur jämlikheten tar sig uttryck i praktiken.

Samtidigt åskådliggör frågor om prioriteringar och resursfördelning ett närliggande men analytiskt skilt begrepp – rättvisa. Rättvisa används som ett normativt perspektiv för att tolka hur eventuella variationer kan förstås i relation till behov och prioriteringar(15).

Exempelvis kan en empirisk analys visa att antalet palliativa slutenvårdsplatser per invånare skiljer sig mellan två orter inom samma region. Detta beskriver en variation i empiriskt observerad jämlikhet – hur resurser faktiskt är fördelade i praktiken. Rättviseperspektivet aktualiseras därefter i tolkningen av resultatet: om skillnaderna motsvarar variationer i befolkningens behov kan de framstå som legitima, medan skillnader som inte kan motiveras utifrån behov kan förstås som problematiska(15).

Det normativa rättviseperspektiv som används i studien kan placeras inom en bred egalitär liberal tradition. Egalitär liberalism kombinerar betoning på individens grundläggande friheter med en strävan efter social rättvisa och jämlika livsvillkor. Denna tradition har haft stort inflytande på utvecklingen av moderna välfärdsstater och ligger nära de principer som präglar svensk hälso- och sjukvård(4,16).

En central teoretiker inom denna tradition är John Rawls(17). I *A Theory of Justice* (1971) formulerade han två övergripande rättvisepprinciper:

1. Frihetsprincipen – alla individer ska ha lika grundläggande friheter som är förenliga med att andra har samma friheter.
2. Skillnadsprincipen – sociala och ekonomiska ojämlikheter är endast legitima om de bidrar till att förbättra situationen för de minst gynnade i samhället.

Rawls behandlade inte hälso- och sjukvård som ett eget policyområde. Hans teori har dock fått stort inflytande inom hälsopolitisk forskning, framför allt genom Norman Daniels(17). Daniels vidareutvecklar Rawls rättviseteori genom att tillämpa den på frågor om hälsa och hälso- och sjukvård. Utgångspunkten är att hälsa har en särskild normativ betydelse eftersom sjukdom begränsar individers möjligheter att delta i samhället och att forma sina livsvillkor. Hälso- och sjukvårdens roll blir därmed att bevara eller återställa människors normala funktionsförmåga och därigenom deras faktiska möjligheter (17–19). Daniels teori har samtidigt varit föremål för kritik i relation till palliativ vård(20). Målet med palliativ vård är att lindra lidande och främja livskvalitet, utan att vare sig påskynda eller uppskjuta döden(11). Detta skiljer sig från ett

vårdideal som i första hand syftar till att återställa funktion eller förbättra framtida handlingsmöjligheter. Om rättvisa inom hälso- och sjukvård främst förstås som att skydda eller återställa individers möjligheter uppstår därmed frågan hur vårdinsatser för palliativa patienter – patienter som befinner sig i livets slutskede och där möjligheterna till återställd funktion är små eller obefintliga – ska rättfärdigas. Kritiker menar att detta skapar en normativ utmaning mellan ett möjlighetsorienterat rättviseideal och de värden som utgör det palliativa förhållningssättet, såsom värdighet, lindrat lidande och livskvalitet(20).

Samtidigt innebär inte denna kritik att Daniels perspektiv saknar relevans för palliativ vård. Daniels argumenterar också för att prioriteringar inom hälso- och sjukvård inte enbart handlar om resursfördelning, utan om legitimitet i beslutsprocesser – att prioriteringar bör vara öppna, rimligt motiverade och möjliga att granska(17–19). Ur detta perspektiv blir frågan inte enbart vilka vårdinsatser som ska prioriteras, utan även på vilka grunder sådana prioriteringar görs. Detta är särskilt relevant inom palliativ vård, där begränsade resurser kan aktualisera svåra avvägningar mellan olika patientgrupper och vårdbehov. Kritiken mot Daniels utgår huvudsakligen från den döende patientens möjligheter. Eftersom palliativ vård även omfattar stöd till närstående kan det samtidigt argumenteras för att vissa palliativa insatser bidrar till att bevara social funktion och handlingsutrymme hos anhöriga. Diskussionen illustrerar därmed att rättvisefrågor inom palliativ vård inte enbart handlar om patienters möjligheter, utan även om hur olika värden och intressen vägs mot varandra i prioriteringssituationer.

Mot denna bakgrund används rättviseperspektivet i studien inte för att förklara varför variationer uppstår, utan för att tolka och värdera de empiriska resultat som identifieras. Rawls och Daniels fungerar därmed som teoretiska referenspunkter i analys- och diskussionsdelen, snarare än som en sammanhållen teori som prövas empiriskt. Perspektivet bidrar på så sätt till att belysa hur observerade variationer kan förstås som legitima eller problematiska beroende på hur de relaterar till behov och prioriteringar.

## **4.2 Styrningsperspektivet**

Trots bred normativ enighet om hälso- och sjukvårdens övergripande mål – att främja god hälsa, värdighet och jämlik vård – råder betydande oenighet om hur dessa mål ska omsättas i praktiken. Medan det ofta är enkelt att identifiera önskade utfall, är frågor om ansvarsfördelning, prioritering och resursallokering betydligt mer omtvistade. Det är i denna

motsättning – mellan normativ enighet och praktisk oenighet – som styrningsperspektivet blir centralt.

Styrningsperspektivet – eller *governanceperspektivet* – fokuserar på de processer genom vilka organisatoriska beslut fattas, resurser fördelas och politiska mål omsätts i praktiken. Perspektivet möjliggör en analys av hur variationer kan uppstå i ett system som i grunden delar samma normativa mål(21,22).

Hälso- och sjukvårdssystem präglas av flernivåstyrning, där nationella mål samspelar med regionalt och lokalt självstyre. Även nationella strukturer för samverkan och kunskapsstyrning – däribland SKR och de sex sjukvårdsregionerna – påverkar hur besluten genomförs. Denna komplexitet innebär att politiska beslut sällan får ett enhetligt genomslag. Nationella beslut sätter ramar och mål, men regioner, organisationer och professioner har stort inflytande över hur besluten tolkas och genomförs(21,22). Politiska mål och reformer leder inte automatiskt till förändring i vårdens vardag.

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården i många välfärdsstater – däribland Sverige – präglats av reformer där decentralisering, effektivisering och ekonomisk kontroll fått stor betydelse(21,23,24). Forskning om decentraliserad styrning inom svensk hälso- och sjukvård visar att nationella mål om jämlik vård inte automatiskt leder till likvärdig vård i praktiken. När genomförandet av vården i stor utsträckning överläts till regional nivå får organisatoriska beslut och lokala prioriteringar stor betydelse för hur vården faktiskt utformas och görs tillgänglig för befolkningen. Skillnader i vårdtillgång kan därmed uppstå även inom ett system som formellt bygger på samma lagstiftning. Decentraliserad styrning innebär därför en kontinuerlig balans mellan regional autonomi och ambitionen om vård på lika villkor.

Marknadsinspirerade föreställningar om styrning – med syfte att förbättra produktivitet och begränsa utgifter – har även integrerats i vårdens organisering. Forskning visar dock att sådana åtgärder ofta medför oavsiktliga följdverkningar (23,24). Reformen som syftar till effektivisering eller kostnadskontroll minskar inte vårdsystemets totala belastning, utan snarare omfördelar den mellan olika verksamheter. Det kan få konsekvenser som sträcker sig bortom de direkta besparingar som eftersträvas, på bekostnad av vårdens långsiktiga kapacitet, kvalitet eller jämlikhet(23). Ett återkommande exempel inom svensk hälso- och sjukvård är hur brist på vårdplatser eller neddragningar inom en del av vårdkedjan kan leda till ökad belastning på

framförallt akutmottagningar(25). Organisatoriska förändringar kan således förändra hur olika delar av vårdssystemet belastas snarare än att minska den totala resursförbrukningen. Eller för den delen förändra det underliggande behovet av vård.

Ur ett styrningsperspektiv aktualiserar detta även frågor om legitimitet. Om nationella mål om jämlik vård inte realiseras i praktiken riskerar skillnaden mellan politiska ambitioner och faktisk vårdtillgång att påverka tilliten till hälso- och sjukvårdssystemets förmåga att erbjuda vård på lika villkor(24). Styrningsperspektivet synliggör därmed hur utfall inom hälso- och sjukvården inte enbart formas av medicinska behov eller politiska intentioner, utan också av hur vården organiseras, prioriteras och genomförs i praktiken.

Mot denna bakgrund används styrningsperspektivet i studien som ett analytiskt tolkningsramverk för att förstå hur identifierade variationer kan relateras till organisering, prioritering och resursfördelning. Perspektivet används inte för att empiriskt testa kausala samband, utan för att kontextualisera resultaten. Därtill möjliggöra en bredare förståelse av hur skillnader i vårdtillgång kan uppstå och bestå inom ett system som formellt bygger på principen om jämlik vård.

## 5. Metod och material

### 5.1 Forskningsdesign och material

Studien är en kvantitativ, deskriptiv och komparativ fallstudie baserad på sekundärdata. Analysen jämför två verksamheter inom samma regionala hälso- och sjukvårdssystem – den specialiserade palliativa vården i den centrala respektive den östra länsdelen i Region Östergötland. Datamaterialet består av sekundärdata från offentliga institutioner som Statistiska centralbyrån, Region Östergötland samt Svenska Palliativregistret. De regionala uppgifterna har erhållits via registrator efter begäran om allmän handling.

Datamaterialet omfattar både specialiserad palliativ slutenvård och specialiserad palliativ hemsjukvård. För uppgifter avseende specialiserad palliativ hemsjukvård har data erhållits uppdelat på flera enheter. Dessa har sammanställts och aggregerats till länsdelsnivå av författaren.

Även om data i vissa fall är kopplad till verksamheter lokaliserade i Linköping och Norrköping, analyseras dessa som delar av den centrala respektive östra länsdelen, i enlighet med vårdens organisatoriska struktur.

Forskningsdesignen möjliggör en analys av variation i resurser, vårdvolym och vårdens användning inom ramen för en gemensam regional styrstruktur.

## 5.2 Operationalisering

För att besvara studiens syfte används en multidimensionell operationalisering där flera indikatorer kombineras för att skapa en explicit analyskedja. Analysen inleds med demografiska variabler såsom befolkningsstorlek, åldersfördelning och antal dödsfall för att identifiera och jämföra det potentiella behovet av specialiserad palliativ vård mellan länsdelarna. Därefter analyseras strukturell tillgång genom antal disponibla vårdplatser. Vårdvolym – antal registrerade kontakter, antal unika patienter och antal vårddygn<sup>3</sup> – används sedan för att undersöka hur mycket vård som faktiskt ges och i vilken omfattning patienter nås av vården. Kostnadsvariabler – kostnad per vårddygn<sup>4</sup> och kostnad per vårdkontakt – används därefter för att bedöma hur resurser fördelas i relation till vårdbehov och vårdinsats. Slutligen används uppgifter om dödsfall och avlidenplats inom specialiserad palliativ för att analysera i vilken utsträckning specialiserad palliativ vård faktiskt når patienter i livets slutskede. Genom denna stegvisa operationalisering möjliggörs en systematisk jämförelse av de två verksamheterna.

För att möjliggöra jämförelser mellan länsdelarna standardiseras vissa mått i relation till befolkningsstorlek, exempelvis vårdplatser per 100 000 invånare.

---

<sup>3</sup> I regionens underlag används begreppet “avslutad vårdtid”, vilket i denna studie motsvarar antal vårddygn i specialiserad palliativ slutenvård.

<sup>4</sup> I regionens underlag används begreppet “kostnad för avslutad vårdtid”, vilket i denna studie kostnad per vårddygn i specialiserad palliativ slutenvård.

**Tabell 1. Operationalisering av centrala variabler**

Kategori	Variabel	Mått/indikator	Analytisk funktion
Bakgrund	Befolkningsstorlek	Antal invånare	Ger kontext för jämförelse
Bakgrund	Åldersfördelning	Andel äldre i befolkningen	Indikerar vårdbehovets struktur
Vårdbehov	Antal dödsfall	Totalt antal dödsfall	Indikerar potentiellt behov av specialiserad palliativ vård
Tillgång	Vårdplatser	Antal disponibla platser	Mäter tillgång till slutenvård
Vårdvolym	Vårdkontakter	Antal registrerade kontakter	Mäter den totala vårdaktiviteten
Vårdvolym	Unika patienter	Antal individer	Visar hur många individer som nås av vården
Vårdvolym	Vårddygn	Antal vårddygn	Indikerar vårdinsatsens intensitet i slutenvård
Användning av vård	Dödsfall i specialiserad palliativ vård	Antal	Visar i vilken utsträckning vården används i livets slutskede
Användning av vård	Avlidenplats	Plats för dödsfall	Indikerar var vården ges
Kostnader	Kostnad per vårddygn	SEK/kontakt	Mäter genomsnittlig resursåtgång per vårddygn
Kostnader	Kostnad per vårdkontakt	SEK/vårddygn	Mäter genomsnittlig resursåtgång per kontakt

*Källa: Egen sammanställning*

Analysen genomförs som en deskriptiv jämförelse mellan verksamheterna över tid under perioden 2021–2025. Tidsseriedata möjliggör ett longitudinellt perspektiv där förändringar i resurser, vårdvolym och vårdens användning kan identifieras. Resultaten tolkas i relation till studiens teoretiska ramverk bestående av ett rättviseperspektiv och ett styrningsperspektiv.

### 5.3 Metodologiska överväganden och begränsningar

Studien bygger i huvudsak på sekundärdata från offentliga aktörer såsom Statistiska centralbyrån, Region Östergötland samt nationella kvalitetsregister som Svenska Palliativregistret. Dessa aktörer producerar systematiskt insamlad och metodredovisad statistik, vilket bidrar till en god reliabilitet(26). Samtidigt innebär användningen av flera datakällor att uppgifterna kan skilja sig åt i hur de definieras och registreras, vilket inverkar på jämförbarheten.

Data från Svenska Palliativregistret bygger på frivillig rapportering av dödsfall, vilket innebär att alla dödsfall inte nödvändigtvis registreras. Variationer i rapporteringsgrad mellan

verksamheter kan påverka resultaten. Samtidigt bedöms täckningsgraden för den specialiserade palliativa vården i Sverige överstiga 90 procent(27), även om den exakta nivån är svår att fastställa till följd av avsaknaden av ett nationellt vårdgivarregister. Detta talar för att datamaterialet, trots sina begränsningar, ger en relativt tillförlitlig bild av övergripande mönster.

De administrativa uppgifter som erhållits från Region Östergötland baseras dessutom på interna definitioner och variabelbenämningar, vilket medför en viss osäkerhet i hur exempelvis ”vårddygn” och ”vårdkontakter” är konstruerade.

I studien används indikatorer, det vill säga mätbara variabler som används för att företräda mer komplexa fenomen såsom tillgång till vård och resursanvändning. Dessa indikatorer är redan operationaliserade. Detta innebär att omvandlingen från abstrakta begrepp till mätbara variabler har genomförts av de aktörer som producerat statistiken. Flera av måtten är dessutom aggregerade – sammanställda på en övergripande nivå – exempelvis som totaler eller genomsnitt. Detta utgör ett metodologiskt begränsningsproblem, eftersom den ursprungliga kodningsprocessen inte är fullt transparent. Tidigare forskning har visat att aggregerade indikatorer kan dölja variationer i underliggande data och försvåra jämförelser mellan olika kontexter och över tid(28).

Sammantaget påverkar detta studiens validitet, eftersom det finns en osäkerhet i hur väl indikatorerna återger tillgång till vård och resursanvändning inom den specialiserade palliativa vården. Reliabiliteten bedöms dock som god, då data hämtas från etablerade register, även om variationer i registreringspraxis kan förekomma.

En begränsning är att studien inte inkluderar hur den professionella sammansättningen ser ut i den specialiserade palliativa vården i respektive länsdel. Specialiserad palliativ vård förutsätter ett multiprofessionellt team bestående av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, kuratorer (eller liknande psykosocial kompetens), fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister samt sjukhuspräster eller andra andliga företrädare. Utöver läkare med specialistkompetens i palliativ medicin och sjuksköterskor som är specialiserade i palliativ omvårdnad ska samtliga i teamet ha en fördjupad palliativ kompetens(11). Sammansättningen av och tillgången till sådan kompetens hade kunnat utgöra en ytterligare dimension av resursfördelningen inom den specialiserade palliativa vården. Studien avgränsades dock från att inkludera sådana mått. En jämförelse bedömdes försvåras av den organisatoriska komplexitet som kännetecknar den specialiserade palliativa vården i Region Östergötland (se avsnitt 5.4). Verksamheten är

organiserad på olika sätt såväl mellan som inom länsdelarna, med varierande organisatorisk tillhörighet, ansvarsfördelning och därmed bemanningslösningar. De tillgängliga bemanningsuppgifterna bedömdes således vara svåra att jämföra mellan de studerade fallen. Uppgifter om antal anställda och årsarbetskrafter ger inte heller en rättvis bild av den faktiska tillgången till specialiserad palliativ kompetens. Kompetenstillgängligheten påverkas av hur verksamheten är organiserad och i vilken omfattning specialistkompetens finns tillgänglig över dygnets alla timmar.

Studien använder antalet dödsfall som en indikator på potentiellt behov av specialiserad palliativ vård. Ett metodologiskt problem är dock att dödsfall i sig inte säger något om hur många personer som faktiskt haft behov av specialiserade palliativa insatser. Specialiserad palliativ vård utgår från behov och inte diagnos. Det är därför svårt att retrospektivt identifiera den population som borde ha varit aktuell för sådan vård. Som ett sätt att ytterligare precisera behovsbilden och stärka analysens validitet övervägdes att inkludera statistik över dödsorsaker, särskilt cancersjukdomar. Enligt Socialstyrelsen underlag hade 79 procent av rapporterade dödsfallen inom specialiserad palliativ vård år 2024 en cancerdiagnos (8). Statistik över dödsorsaker hade därmed kunnat fungera som en kompletterande indikator vid bedömningen av det potentiella vårdbehovet och därigenom stärkt analysens validitet. Någon sådan analys genomfördes inte, eftersom tillgänglig statistik inte kunde erhållas på den geografiska nivå som krävdes för jämförelser mellan de studerade fallen. Analysen får därför tolkas utifrån att antalet dödsfall endast utgör ett approximativt mått på det potentiella vårdbehovet.

Artificiell intelligens (AI) har använts som ett stödjande verktyg för språklig bearbetning och strukturering av texten. Analys och innehåll är författarens eget ansvar.

#### **5.4 Studiens organisatoriska kontext**

Innan resultaten presenteras ges en beskrivning av hur den specialiserade palliativa vården är organiserad i Region Östergötland och de två studerade fallen. Hälso- och sjukvårdens organisering är komplex, och den specialiserade palliativa vården utgör inget undantag. Vården bedrivs både som slutenvård och som specialiserad hemsjukvård, och alltid i samverkan med kommunala insatser. I denna studie avgränsas analysen till den regionalt organiserade specialiserade palliativa vården, medan kommunal vård samt barnpalliativ verksamhet inte inkluderas.

Östergötlands län omfattar 13 kommuner. Hälso- och sjukvården inom Region Östergötland är organisatoriskt uppdelad i tre länsdelar, vardera strukturerad kring ett sjukhus som utgör ett regionalt nav: Lasarettet i Motala (västra länsdelen), Universitetssjukhuset i Linköping (centrala länsdelen) och Vrinnevisjukhuset i Norrköping (östra länsdelen). Västra länsdelen omfattar kommunerna Motala, Vadstena, Mjölby, Boxholm och Ödeshög. Centrala länsdelen omfattar kommunerna Linköping, Åtvidaberg, Ydre och Kinda. Östra länsdelen omfattar Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik och Finspång.

Den specialiserade palliativa vården i regionen är tillika organiserad utifrån dessa tre länsdelar – västra, centrala och östra – med mindre organisatoriska enheter inom varje länsdel(14). I västra länsdelen bedrivs den specialiserade palliativa vården inom *Närvårdskliniken västra* och omfattar LAH Motala, LAH Mjölby och en specialiserad palliativ slutenvårdsavdelning. I centrala länsdelen bedrivs den specialiserade palliativa vården inom *Närvårdskliniken Linköping* och omfattar LAH Linköping, LAH Åtvidaberg, LAH Ydre, LAH Kinda samt en specialiserad palliativ slutenvårdsavdelning. I östra länsdelen är den specialiserade palliativa verksamheten organisatoriskt placerad inom medicinkliniken på Vrinnevisjukhuset och omfattar LAH Norrköping och specialiserade palliativa slutenvårdsplatser på medicinavdelning. LAH Finspång är en del av *Närvårdskliniken Finspång*(14).

**Tabell 2. Organisatorisk uppdelning av den specialiserade palliativa vården i Region Östergötland utefter länsdel**

Länsdel	Organisation	Enheter
Västra	Närvårdskliniken västra	LAH Motala, LAH Mjölby, specialiserad palliativ slutenvårdsavdelning
Centrala	Närvårdskliniken Linköping	LAH Linköping, LAH Åtvidaberg, LAH Ydre, LAH Kinda, specialiserad palliativ slutenvårdsavdelning
Östra	Medicinkliniken Vrinnevisjukhuset/Närvårdskliniken Finspång*	LAH Norrköping, LAH Finspång, specialiserade palliativa slutenvårdsplatser

\*) Finspång räknas till östra länsdelen, men är organisatoriskt en separat enhet  
Källa: Region Östergötland(14)

I den centrala länsdelen är den specialiserade palliativa vården organisatoriskt placerad inom *Närvårdskliniken Linköping*, som är en del av närsjukvården. Verksamheten omfattar både specialiserad palliativ slutenvård och specialiserad palliativ hemsjukvård. Slutenvården

bedrivs på en egen avdelning med sju vårdplatser. Den specialiserade hemsjukvården omfattar LAH Linköping, LAH Åtvidaberg, LAH Ydre samt LAH Kinda(14).

I den östra länsdelen är den specialiserade palliativa vården organisatoriskt placerad inom medicinkliniken på Vrinnevisjukhuset och utgör en del av närsjukvården. Verksamheten omfattar både specialiserad palliativ hemsjukvård och slutenvård. Till skillnad från den centrala länsdelen bedrivs slutenvården inte som en egen avdelning utan som ett vårdlag integrerat i en medicinavdelning och är delvis sambemannad med övrig avdelningsverksamhet. Slutenvården omfattar fyra vårdplatser(14). Det bör noteras att slutenvården i den östra länsdelen tidigare bedrevs som en separat enhet, men att verksamheten under 2024 omorganiserades och integrerades i medicinkliniken.

Den specialiserade palliativa hemsjukvården ansvarar för patienter i Norrköpings och Söderköpings kommuner samt har en konsultativ funktion gentemot Valdemarsvik(14).

I Finspång bedrivs den specialiserade palliativa vården inom *Närvårdskliniken Finspång*, som en del av primärvården. LAH Finspång arbetar tillsammans med kommunens hemsjukvårdsteam och använder kommunens korttidsplatser för inneliggande vård(14).

De organisatoriska skillnaderna mellan länsdelarna är tydliga. I den centrala länsdelen bedrivs den specialiserade palliativa slutenvården i en egen avdelningsstruktur med sju vårdplatser, medan motsvarande vård i den östra länsdelen är integrerad i en medicinavdelning och delvis sambemannad med annan verksamhet. Även hemsjukvårdens organisering skiljer sig åt. I den centrala länsdelen bedrivs specialiserad palliativ hemsjukvård dygnet runt, medan motsvarande verksamhet i den östra länsdelen saknar egen nattbemanning och i stället samverkar med primärvårdens hemsjukvård. Den centrala länsdelen har även en palliativmedicinsk jourlinje med dygnet-runt-tillgänglighet, medan motsvarande resurs saknas i den östra länsdelen (12,14).

Vidare framträder variationer i hur vården organiseras i mindre kommuner. I vissa fall, såsom Kinda och Valdemarsvik, saknas egna specialiserade palliativa enheter och vården tillhandahålls i stället genom regional samverkan eller konsultativa lösningar(12,14).

## 6. Resultat och analys

Studiens resultat och analys presenteras stegvis, utifrån syftet att beskriva och jämföra variationer inom specialiserad palliativ vård mellan den centrala och östra länsdelen i Region Östergötland under perioden 2021–2025. Genom en multidimensionell analys undersöks potentiellt vårdbehov, strukturell tillgång, vårdvolym, resursanvändning samt i vilken utsträckning specialiserad palliativ vård faktiskt når patienter i livets slutskede. Denna struktur möjliggör en systematisk bedömning av hur specialiserad palliativ vård fördelas mellan länsdelarna i relation till behov, samt hur skillnaderna kan förstås utifrån frågor om jämlik vård och hur vården organiseras inom regionen.

### 6.1 Befolkningsutveckling och dödsfall

**Tabell 3. Befolkningsmängd i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	190 732	191 930	192 493	193 085	193 747
Östra länsdelen	188 680	189 487	189 265	188 917	188 673
Totalt	379 412	381 417	381 758	382 002	382 420

Källa: Statistiska centralbyrån(29,30)

**Tabell 4. Åldersfördelning i centrala länsdelen och östra länsdelen 2025**

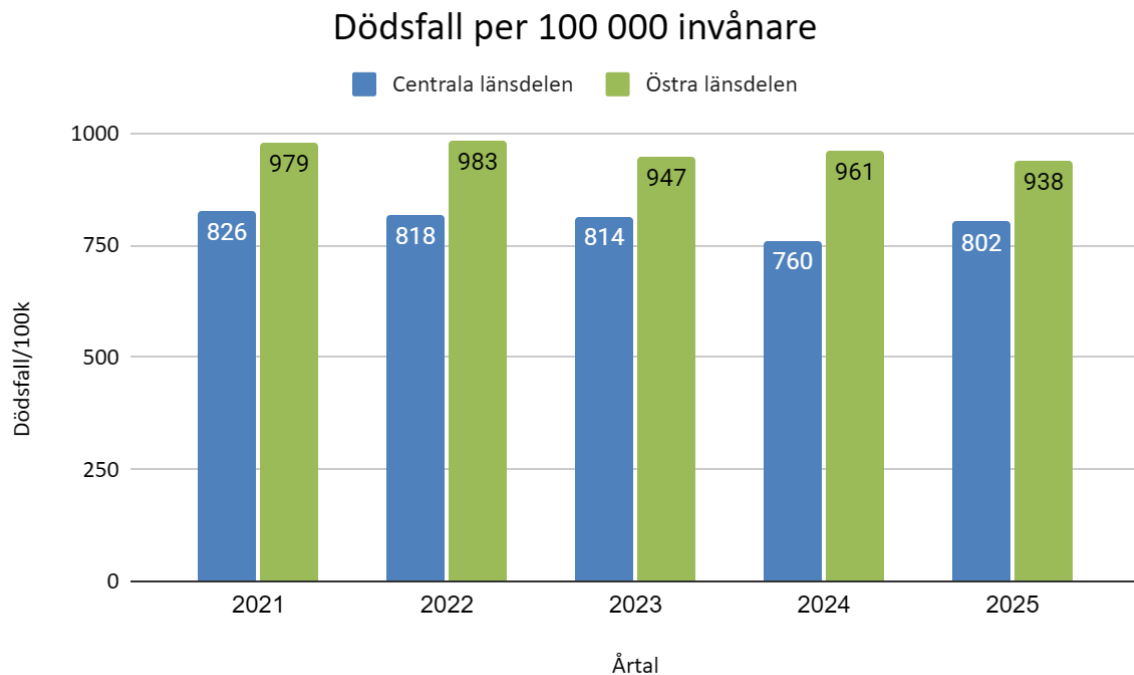
Ålder	0–64 år	65–79 år	80+ år
Centrala länsdelen	155 716	25 884	12 152
Östra länsdelen	147 351	28 750	12 564

Källa: Statistiska centralbyrån(29,30)

**Tabell 5. Antal dödsfall i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	1 576	1 570	1 567	1 468	1 554
Östra länsdelen	1 848	1 862	1 793	1 815	1 769
Totalt	3 424	3 432	3 360	3 283	3 323

Källa: Statistiska centralbyrån(31,32)



**Figur 1. Antal dödsfall per 100 000 invånare i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

*Källa: Statistiska centralbyrån(31,32), egna beräkningar*

Tabell 3, 4 och 5 visar befolkningsutveckling, åldersfördelning och antal dödsfall i centrala och östra länsdelen. Befolkningsutveckling och dödsfall redovisas för perioden 2021–2025, medan åldersfördelningen avser år 2025. Centrala länsdelen har under hela perioden haft en större befolkning än östra länsdelen. Därtill uppvisar den centrala länsdelen en svag men kontinuerlig befolkningstillväxt. Den östra länsdelens befolkning är mer stabil och visar endast mindre förändringar över perioden.

Åldersfördelningen för år 2025 visar att den östra länsdelen har en större andel äldre i befolkningen, särskilt i åldersgruppen 65–79 år, medan skillnaderna i gruppen 80 år och äldre är mindre.

Trots en något mindre befolkning uppvisar den östra länsdelen genomgående ett högre antal dödsfall än den centrala länsdelen under hela perioden. Detta mönster kvarstår även när dödstaten relateras till befolkningsstorlek, där den östra länsdelen har fler dödsfall per 100 000 invånare (figur 1). Skillnaderna kan delvis relateras till variationer i befolkningens åldersstruktur. Tillsammans pekar detta demografiska mönster mot ett större potentiellt behov

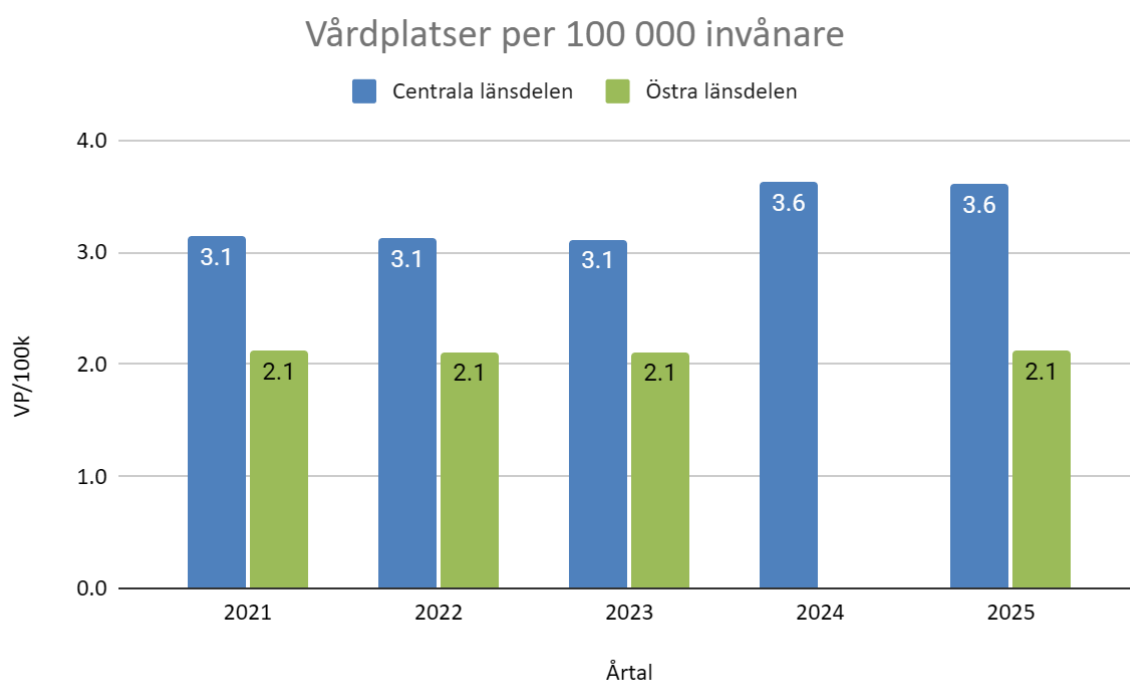
av specialiserad palliativ vård i den östra länsdelen. Detta innebär att vårdresurser i denna länsdel rimligen bör vara minst likvärdiga – eller större – än i den centrala länsdelen för att motsvara behovsprincipen. Resultatet ligger i linje med tidigare studier inom Twincities-projektet, som visat att befolkningen i Norrköping har en högre sjukdomsbörda och kortare förväntad medellivslängd jämfört med Linköping(6,7,13).

## 6.2 Tillgång till specialiserad palliativ slutenvård

**Tabell 6. Antal disponibla vårdplatser inom specialiserad palliativ slutenvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	6	6	6	7	7
Östra länsdelen	4	4	4	*	4

\*) Uppgift om antalet disponibla vårdplatser i östra länsdelen 2024 saknas på grund av omorganisering  
Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)



**Figur 2. Antal disponibla vårdplatser per 100 000 inom specialiserad palliativ slutenvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

\*) Uppgift om antalet disponibla vårdplatser i östra länsdelen 2024 saknas på grund av omorganisering  
Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33), egna beräkningar

Tabell 6 visar antal disponibla vårdplatser inom specialiserad palliativ slutenvård i centrala och östra länsdelen under perioden 2021–2025. Disponibla vårdplatser utgör här ett centralt mått på faktisk strukturell tillgång till specialiserad palliativ slutenvård. Centrala länsdelen har genomgående haft fler disponibla vårdplatser än östra länsdelen. Antalet vårdplatser i centrala länsdelen ökade från sex till sju under perioden, medan östra länsdelen haft fyra vårdplatser under motsvarande tidsperiod, med undantag för 2024 då uppgift saknas. När vårdplatserna relateras till befolkningsstorlek framgår att den centrala länsdelen även har fler vårdplatser per 100 000 invånare än den östra länsdelen (figur 2).

Resultaten gällande disponibla palliativa slutenvårdsplatser visar att den centrala länsdelen har cirka 70 procent fler per invånare än den östra länsdelen. Enligt rekommendationer från European Association for Palliative Care (EAPC) bör tillgången uppgå till cirka 8–10 slutenvårdsplatser per 100 000 invånare. Tidigare kartläggningar visar att tillgången i Region Östergötland som helhet ligger omkring 3,6 platser per 100 000 invånare(5). Inomregionala beräkningar visar att den centrala länsdelen ligger i nivå med regionsnittet, medan den östra länsdelen uppvisar en lägre tillgång, omkring 2,1 platser per 100 000 invånare.

En lägre tillgång till slutenvårdsplatser – som ses i östra länsdelen – behöver nödvändigtvis inte motsvara en lägre total vårdinsats. Många patienter uttrycker en önskan att i största möjliga mån vårdas i hemmet(5), vilket innebär att en väl utbyggd specialiserad hemsjukvård kan minska behovet av slutenvårdsplatser(34). En hög andel vård i ordinärt boende – inklusive men inte begränsat till dödsfall i hemmet – kan därför spegla en välfungerande vårdform snarare än en brist i vården. Resultaten avseende disponibla palliativa slutenvårdsplatser är alltså ett mått på strukturell kapacitet. För att bedöma den samlade omfattningen av specialiserad palliativ vård behöver även den specialiserade hemsjukvården beaktas. Samtidigt är det svårt att förbise den anmärkningsvärda skillnaden mellan länsdelarna, vilken dessutom förstärks över tid. År 2024 ökade antalet disponibla vårdplatser i den centrala länsdelen från sex till sju, vilket innebar att skillnaden i disponibla palliativa slutenvårdsplatser per invånare ökade från cirka 48 procent till cirka 70 procent jämfört med den östra länsdelen.

### 6.3 Vårdvolym i specialiserad palliativ vård

**Tabell 7. Antal registrerade kontakter i specialiserad palliativ slutenvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	319	336	356	345	383
Östra länsdelen	193	181	215	210	250

Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)

**Tabell 8. Antal registrerade kontakter i specialiserad palliativ hemsjukvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	12 962	13 506	12 117	11 938	12 194
Östra länsdelen	10 666	11 148	10 036	11 798	10 969

Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)

**Tabell 9. Antal unika patienter i specialiserad palliativ slutenvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	271	291	305	296	340
Östra länsdelen	136	134	178	161	199

Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)

**Tabell 10. Antal unika patienter i specialiserad palliativ hemsjukvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	607	602	657	712	752
Östra länsdelen	363	361	405	418	428

Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)

**Tabell 11. Antal vårddyggn i specialiserad palliativ slutenvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	2 121	2 415	2 439	2 458	2 586
Östra länsdelen	986	889	1 325	1 226	1 444

*Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)*

Tabell 7–11 visar utvecklingen av vårdvolym inom specialiserad palliativ vård i centrala och östra länsdelen under perioden 2021–2025. Vårdvolymen redovisas som antal registrerade kontakter, antal unika patienter samt totalt antal vårddyggn i slutenvård.

Centrala länsdelen uppvisar genomgående högre vårdvolymmer än östra länsdelen avseende registrerade kontakter, unika patienter och vårddyggn – både gällande specialiserad slutenvård och hemsjukvård. År 2025 var antalet unika patienter i specialiserad palliativ slutenvård cirka 71 procent högre i den centrala länsdelen jämfört med den östra länsdelen, och inom specialiserad palliativ hemsjukvård cirka 76 procent högre. Det totala antalet patienter i specialiserad palliativ vård är således omkring 74 procent högre i den centrala länsdelen.

Samtidigt som den östra länsdelen uppvisar en högre dödlighet och därmed ett större potentiellt vårdbehov, är vårdvolymerna inom specialiserad palliativ vård genomgående lägre – både vad gäller slutenvård och hemsjukvård. Detta visar att den lägre omfattningen av specialiserad palliativ slutenvård i östra länsdelen inte förklaras av att vården i högre grad organiseras genom specialiserad hemsjukvård. Tvärtom når även den specialiserade hemsjukvården färre patienter. Den lägre slutenvårdskapaciteten i den östra länsdelen – med färre disponibla slutenvårdsplatser – kompenseras alltså inte genom andra specialiserade palliativa vårdformer. Skillnaderna mellan länsdelarna framträder konsekvent, oavsett mått. Ur ett rättviseperspektiv indikerar resultaten att vårdens omfattning inte motsvarar det potentiella vårdbehov som kan observeras i den östra länsdelen.

## 6.4 Kostnader för specialiserad palliativ vård

**Tabell 12. Kostnad per vårddygn i specialiserad palliativ slutenvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	17 311.17	16 928.82	18 040.69	16 264.05	13 372.03
Östra länsdelen	25 597.99	30 953.77	27 082.71	27 920.44	16 108.89

Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)

**Tabell 13. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad palliativ slutenvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	115 100.30	121 675.89	123 598.97	115 875.46	90 287.40
Östra länsdelen	130 775.21	152 032.62	166 905.07	163 002.21	93 044.94

Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)

**Tabell 14. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad palliativ hemsjukvård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	9 157	9 085	15 948	15 949	26 270
Östra länsdelen	7 106	8 447	9 140	8 471	7 948

Källa: Region Östergötland, uppgifter från registrator(33)

Tabell 12–14 visar kostnader för specialiserad palliativ vård i centrala och östra länsdelen under perioden 2021–2025. Kostnaderna redovisas som kostnad per vårddygn i specialiserad palliativ slutenvård samt kostnad per vårdkontakt i både slutenvård och hemsjukvård.

Kostnad per vårddygn i specialiserad palliativ slutenvård är genomgående högre i östra länsdelen än i centrala länsdelen under hela perioden, även om skillnaderna minskar mot slutet av tidsperioden. Ett liknande mönster framträder för kostnad per vårdkontakt i specialiserad palliativ slutenvård, där östra länsdelen uppvisar högre kostnader under perioden 2021–2024. År 2025 sker dock en tydlig minskning i båda länsdelarna, vilket innebär att kostnadsnivåerna konvergerar.

Kostnaderna inom specialiserad palliativ hemsjukvård uppvisar däremot ett annat mönster. Här har östra länsdelen genomgående lägre och mer stabila kostnader per vårdkontakt, medan centrala länsdelen uppvisar en tydlig ökning över tid. Resultaten visar således att kostnadsstrukturen skiljer sig mellan länsdelarna beroende på vårdform. Medan den östra länsdelen uppvisar högre kostnader inom specialiserad palliativ slutenvård, präglas hemsjukvården av lägre kostnadsnivåer.

En möjlig förklaring till kostnadsskillnaderna i slutenvården kan återfinnas i variationer i verksamheternas storlek och organisering, och beskrivs inom forskningen i termer av skalfördelar eller stordriftsfördelar (*economies of scale*)(35). Stordriftsfördelar avser fenomenet där kostnaden per produktionsenhet minskar när produktionsvolymen ökar – det vill säga att större verksamheter kan fördela fasta kostnader över ett större antal patienter, vilket resulterar i lägre genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle. Resultaten indikerar att verksamheten i centrala länsdelen, med större volymer och en mer sammanhållen struktur, i högre grad kan dra nytta av sådana skalfördelar. Detta kan vara en förklaringsmodell till varför vården där framstår som mindre kostsam per patient.

Under flera decennier har det förts en omfattande diskussion om förekomsten av stordriftsfördelar inom hälso- och sjukvården. Någon entydig konsensus har inte uppnåtts, och resultaten varierar beroende på vårdtyp. I en rapport från Svenskt Näringsliv framhålls att det finns en betydande effektiviseringspotential inom den specialiserade somatiska vården(35). Analysen bygger på jämförelser av standardiserade och högvolymsbehandlingar – såsom höftprotesoperationer, strokevård och njursvikt – där tydliga skalfördelar kan identifieras. Dessa resultat indikerar att större verksamheter, inom denna typ av vård, kan uppnå stordriftsfördelar. Samtidigt är resultaten inte direkt överförbara till alla delar av hälso- och sjukvården(35). Stordriftsfördelar är mer begränsade i verksamheter som kräver flexibilitet, kontinuitet och individanpassning. Den specialiserade palliativa vården utgör ett sådant exempel, då vården inte enbart syftar till medicinska insatser. Vårdens kvalitet, effektivitet och mål förutsätter ett helhetsperspektiv på människan(11).

I den östra länsdelen integrerades den specialiserade palliativa slutenvården under 2024 i en medicinklinik, med uttalat syfte att effektivisera verksamheten i ett ekonomiskt pressat läge(36,37). Detta innebär att verksamheten numera delar resurser med annan vård, vilket kan

påverka kostnadsbilden. En sådan omorganisering kan innebära att verksamheten tar del av stordriftsfördelar, exempelvis genom gemensam bemanning och infrastruktur.

Kostnadsnivåerna inom hemsjukvården behöver problematiseras på liknande sätt. Den östra länsdelen uppvisar lägre och mer stabila kostnader, men detta kan inte per automatik tolkas som högre effektivitet. I den östra länsdelen saknas exempelvis egen nattbemanning inom den specialiserade palliativa verksamheten, och vården samverkar i stället med primärvårdens hemsjukvård(12). Detta innebär att vissa kostnader som i den centrala länsdelen belastar den specialiserade palliativa vården i stället kan uppstå i andra delar av vårdsystemet. Avgörande är därför inte enbart vad vården kostar inom den specialiserade verksamheten, utan vad som faktiskt blir kvar av det som utgör *specialiserad palliativ vård*.

Ett omfattande kunskapsunderlag visar att en tidigt etablerad och väl utbyggd specialiserad palliativ vård kan bidra till en mer kostnadseffektiv vård över tid. Detta visar att patienter som erhåller specialiserad palliativ vård – både slutenvård och specialiserad hemsjukvård – har lägre vårdkostnader, särskilt i livets slutskede (8,11,34,38,39). Detta förklaras bland annat av minskad användning av intensivvård, färre akuta sjukhusinläggningar och en mer adekvat vårdnivå. Palliativ vård förutsätter ett helhetsperspektiv på människan och vid korrekt vård minskar risken för överbehandling och resurskrävande insatser med begränsad nytta. En stärkt palliativ struktur möjliggör även att vård i större utsträckning kan ges i hemmet eller i särskilda boendeformer, vilket minskar behovet av sjukhusvård(11). Organisatoriska förändringar som begränsar den specialiserade vården riskerar att skapa skenbara kortsiktiga besparingar, samtidigt som kostnader och belastning förskjuts till andra delar av vårdsystemet.

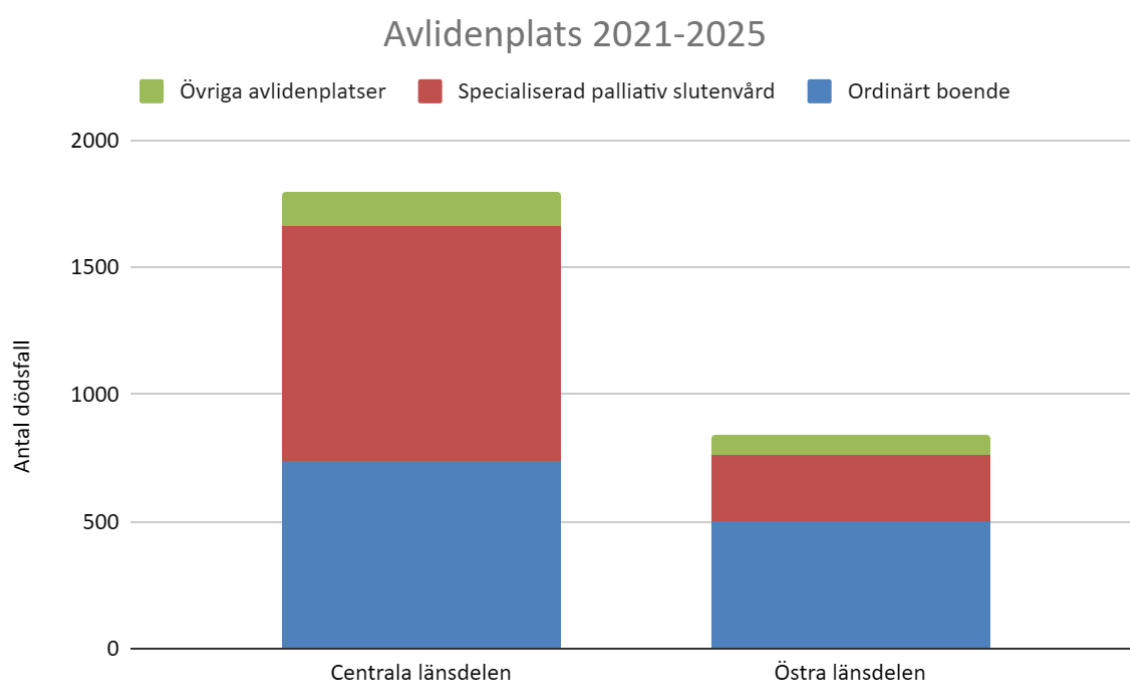
Kostnadsskillnaderna behöver förstås i relation till vårdens omfattning, dess organisatoriska struktur och vilka patienter som faktiskt nås av specialiserade insatser.

## 6.5 Användning av specialiserad palliativ vård i livets slutskede

**Tabell 15. Antal registrerade dödsfall inom specialiserad palliativ vård i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Årtal	2021	2022	2023	2024	2025
Centrala länsdelen	295	339	346	392	427
Östra länsdelen	182	166	172	200	124

Källa: Svenska Palliativregistret(40)



**Figur 3. Fördelningen av dödsfall inom specialiserad palliativ vård med avseende på avlidenplats i centrala länsdelen och östra länsdelen 2021–2025**

Källa: Svenska Palliativregistret(40)

Tabell 15 redovisar antalet registrerade dödsfall inom specialiserad palliativ vård i centrala och östra länsdelen enligt Svenska Palliativregistret under perioden 2021–2025. Nivån är genomgående högre i centrala länsdelen än i östra länsdelen under hela perioden och skillnaden mellan länsdelarna ökar mot slutet av perioden.

Figur 3 illustrerar fördelningen av dödsfall inom specialiserad palliativ vård med avseende på avlidenplats: ordinärt boende, specialiserad palliativ slutenvård och övriga avlidenplatser. Den

sistnämnda kategorin inkluderar korttidsboende, särskilt boende (SÄBO/LSS) samt kategorin ”annan”, vilken enligt Svenska Palliativregistrets definition används när inget av de övriga alternativen är tillämpligt. Figuren visar särskilt att specialiserad palliativ slutenvård används i betydligt större utsträckning i den centrala länsdelen, vilket förstärker bilden av skillnader i tillgång till avancerade specialiserade insatser i livets slutskede.

År 2025 var antalet registrerade dödsfall inom specialiserad palliativ vård avsevärt högre i den centrala länsdelen ( $n=427$ ) jämfört med den östra länsdelen ( $n=124$ ). När dessa siffror relateras till det totala antalet dödsfall i respektive länsdel framträder skillnaderna ännu tydligare. Cirka 27,5 procent av dödsfallen i den centrala länsdelen återfinns i specialiserad palliativ vård enligt Svenska Palliativregistret, jämfört med cirka 7,0 procent i den östra länsdelen<sup>5</sup>. Detta motsvarar en närmare fyrfaldig skillnad mellan länsdelarna.

Den markant lägre andelen dödsfall inom specialiserad palliativ vård i den östra länsdelen visar att specialiserad palliativ vård där i betydligt mindre utsträckning är integrerad i vården i livets slutskede. Skillnaderna bekräftar tidigare resultat, där östra länsdelen uppvisar mindre slutenvårdskapacitet och genomgående lägre vårdvolym. Resultaten visar därmed inte enbart skillnader i vårdomfattning och resursnivå, utan även i vilken utsträckning specialiserad palliativ kompetens faktiskt görs tillgänglig när vårdbehovet är som störst – i livets slutskede eller i *sen palliativ fas*.

Behovet av specialiserad palliativ vård är särskilt omfattande under denna fas av sjukdomsförloppet(11). Symtombördan intensifieras och patienter drabbas ofta av komplexa och svårbehandlade symtom – svår smärta, dyspné, ångest, delirium – som kräver hög kontinuitet och specialiserade insatser. Detta omfattar även ett avancerat stöd till närstående. I vissa fall blir *palliativ sedering* aktuellt, vilket innebär en terapeutisk behandling där patientens medvetandegrad avsiktligt sänks för att lindra lidande när andra behandlingsmetoder inte längre är tillräckliga. Användningen av behandlingen har ökat markant i Sverige under de senaste två decennierna. Från cirka 1 procent till omkring 10 procent av dödsfallen inom specialiserad palliativ vård får palliativ sedering(41), och användningsfrekvensen bedöms fortsätta öka i linje med europeiska mått och en allt mer avancerad sjukvård. Palliativ sedering kräver hög kompetens inom vårdteamet och utgör ett tydligt exempel på den avancerade vård

---

<sup>5</sup> Beräknat som antal registrerade dödsfall i specialiserad palliativ vård enligt Svenska Palliativregistret (centrala länsdelen:  $n=427$ ; östra länsdelen:  $n=124$ ) i relation till totalt antal dödsfall i respektive länsdel enligt Statistiska centralbyrån (centrala länsdelen:  $n=1\ 554$ ; östra länsdelen:  $n=1\ 769$ ) för år 2025.

som förutsätter en välutbyggd specialiserad palliativ struktur(11). Den ökande användningen av sådana avancerade insatser understryker ytterligare betydelsen av att specialiserad kompetens finns tillgänglig när vårdbehovet är som mest omfattande. Skillnader i tillgång till specialiserad palliativ vård i livets slutskede handlar därför inte enbart om vårdvolym, utan om vårdssystemets förmåga att möta patienter med mycket omfattande behov.

## 7. Diskussion

Studien visar att det finns genomgående och systematiska skillnader i tillgången till specialiserad palliativ vård mellan den centrala och östra länsdelen i Region Östergötland under perioden 2021–2025. Trots en något mindre befolkning uppvisar den östra länsdelen konsekvent högre dödlighet, vilket indikerar ett minst lika stort – och sannolikt större – potentiellt behov av specialiserad palliativ vård. Trots detta har den östra länsdelen färre disponibla slutenvårdsplatser, lägre vårdvolym, färre patienter inom både slutenvård och hemsjukvård samt en avsevärt lägre andel rapporterade dödsfall inom specialiserad palliativ vård.

Skillnaderna framträder konsekvent oavsett mått. Resultaten visar att den betydligt lägre slutenvårdskapacitet som ses i den östra länsdelen inte kompenseras genom en högre omfattning av specialiserad hemsjukvård. Detta innebär att patienter i östra länsdelen i lägre grad får tillgång till specialiserad palliativ vård genom hela vårdkedjan, inklusive i livets slutskede då behovet ofta är som störst.

Denna bild bekräftas även i Region Östergötlands årsredovisning, där det framhålls att patienter i östra länsdelen i väsentligt lägre grad kunde erbjudas specialiserade palliativa insatser(42). I patientsäkerhetsberättelsen från 2023 lyfts dessutom behovet av att både stärka och utvidga den specialiserade palliativa vården i östra länsdelen(43). Att liknande mönster återfinns i såväl interna rapporter som i föreliggande analys talar för att skillnaderna är återkommande och kända inom organisationen, snarare än tillfälliga variationer. Detta indikerar att de observerade variationerna speglar en mer varaktig och strukturell ojämlikhet i tillgången till specialiserad palliativ vård.

Ur ett normativt rättviseperspektiv innebär detta att vårdens resurser inte fördelas i relation till befolkningens behov. I enlighet med såväl Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), som etablerade etiska principer inom svensk hälso- och sjukvård, ska den med störst behov ges

företräde. Resultaten tyder dock på att denna princip inte fullt ut genomförs i praktiken. Ur ett rättviseperspektiv blir detta problematiskt både i relation till horisontell och vertikal rättvisa. Samtidigt som tillgången till specialiserad palliativ vård skiljer sig mellan länsdelarna, indikerar resultaten att den östra länsdelen har ett minst lika stort – och sannolikt större – potentiellt vårdbehov. Skillnaderna kan därför inte enbart förstås som ojämlika, utan även som uttryck för att områden med större behov inte prioriteras i motsvarande utsträckning. Detta gör skillnaderna oförenliga med hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip. I linje med Daniels resonemang handlar prioriteringar inom hälso- och sjukvård dessutom inte enbart om hur resurser fördelas, utan också om hur besluten motiveras och om prioriteringarna framstår som rimliga(18). Och att skillnaderna mellan länsdelarna varit kända under lång tid – men fortfarande kvarstår – gör dem särskilt problematiska ur ett legitimitetsperspektiv.

Kostnadsbilden visar att högre eller lägre kostnader inte isolerat kan tolkas som uttryck för effektivitet. Kostnader behöver förstås i relation till vårdens omfattning, organisatoriska utformning och hur resurser används inom vårdssystemet som helhet. Ur ett styrningsperspektiv blir det samtidigt tydligt att skillnaderna mellan länsdelarna också handlar om hur den specialiserade palliativa vården organiseras, då de organisatoriska förutsättningarna mellan länsdelarna är betydande. I den centrala länsdelen bedrivs den specialiserade palliativa slutenvården i en egen avdelningsstruktur, medan motsvarande vård i den östra länsdelen är integrerad i en medicinavdelning och delvis sambemannad med denna verksamhet. Även hemsjukvården är organiserad på olika sätt. Den centrala länsdelen har specialiserad palliativ hemsjukvård dygnet runt, medan vården i den östra länsdelen saknar egen nattbemanning och i stället samverkar med primärvårdens hemsjukvård. Den centrala länsdelen har även en palliativmedicinsk jourlinje med dygnet-runt-tillgänglighet, medan motsvarande resurs saknas i den östra länsdelen (12). Skillnaderna handlar därmed inte enbart om vårdplatser eller organisatorisk struktur, utan även om möjligheten att ge sammanhängande specialiserade insatser. Den östra länsdelen framstår i detta avseende som mer fragmenterad, där ansvar och vårdinsatser fördelas mellan flera verksamheter och aktörer.

Patienter med behov av specialiserad palliativ vård är i regel även beroende av kommunala insatser. Ansvar för dessa patienter är därmed redan från början föremål för ett delat huvudmannaskap mellan region och kommun, där vårdens kvalitet och kontinuitet blir beroende av hur väl olika verksamheter samverkar. Nationell kartläggning av den specialiserade palliativa vården har identifierat återkommande problem kopplade till otydliga gränser mellan regional specialistvård och kommunal hemsjukvård(5). I vissa fall beskrivs hur

uppgifter som normalt utförs inom specialiserad vård i praktiken överförs till kommunal verksamhet, vilket kan påverka både kontinuiteten och möjligheten att erbjuda vård utifrån patienternas behov.

Den omorganisering som genomfördes 2024 i den östra länsdelen – där den specialiserade palliativa slutenvården integrerades i annan verksamhet och delar av vården i hemmet organiseras utanför den specialiserade verksamheten(36,37) – innebar förändrade förutsättningar för att bedriva en sammanhållen specialiserad palliativ vård i den östra länsdelen. Sett i relation till de problem som identifierats nationellt kan förändringarna förstås som en utveckling mot en mer uppdelad och organisatoriskt komplex vårdstruktur.

I samband med omorganiseringen framhölls det att förändringarna förväntas få positiva effekter(44). Samtidigt visar resultaten i föreliggande studie att tillgången till specialiserad palliativ vård fortsatt är lägre i den östra länsdelen. Patienternas behov av specialiserad palliativ vård försvinner inte till följd av organisatoriska förändringar eller minskad kapacitet, utan riskerar istället att förskjutas till andra delar av vårdssystemet eller mötas på fel vårdnivå.

I ett vidare perspektiv väcker resultaten även frågan om vilken roll hälso- och sjukvårdens organisering spelar för de hälsoskillnader som länge observerats mellan länsdelarna. Tidigare forskning inom Twincities-projektet – som påvisat påtagliga och långvariga skillnader mellan Linköping och Norrköping avseende befolkningens hälsoutfall – har utgått från antagandet att hälso- och sjukvården inte utgör en avgörande förklaringsfaktor, då båda städerna ingår i samma sjukvårdsregion(6). Resultaten i studien ger dock anledning att problematisera detta antagande. När tillgången till specialiserad palliativ vård visar sig vara tydligt ojämlik även inom samma region, indikerar detta att vårdens organisering och resursfördelning kan spela en större roll för regionala hälsoskillnader än vad som tidigare antagits.

## 8. Slutsats

Studien visar att det finns tydliga och systematiska skillnader i tillgången till, omfattning av och resursanvändning inom specialiserad palliativ vård mellan den centrala och den östra länsdelen inom Region Östergötland. Skillnaderna är genomgående och återkommer i samtliga analyserade indikatorer. Samtidigt indikerar resultaten att behovet av vård är minst lika stort – och i vissa avseenden större – i den östra länsdelen. Att den sammantagna tillgången till specialiserad palliativ vård ändå är lägre innebär att vårdens resurser inte fördelas i relation till

behov. Att bristerna identifierats även i regionens egna underlag visar att variationerna är kända, återkommande och inte kan betraktas som tillfälliga.

Ur ett normativt rättviseperspektiv innebär detta att vården inte enbart är ojämlik, utan även orättvist fördelad. Resultaten pekar vidare på att dessa skillnader inte enbart kan förstås som ett resultat av demografiska eller historiska faktorer, utan även hänger samman med hur vården organiseras och prioriteras inom regionen. Studien utgör därmed inte bara en analys av regionala variationer inom specialiserad palliativ vård, utan även ett konkret empiriskt exempel på hur organisering, prioritering och resursfördelning kan påverka jämlikheten inom ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem.

Studien visar att kända och återkommande skillnader i tillgång till specialiserad palliativ vård kvarstår inom Region Östergötland. Detta utgör en tydlig policyimplikation: beslutsfattare behöver aktivt ompröva hur vården organiseras, hur resurser fördelas och vilka behov som faktiskt prioriteras. Detta är särskilt angeläget då palliativ vård, enligt Prioriteringsutredningen *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5), bör ges hög prioritet i hälso- och sjukvården, jämförbar med vård av livshotande akuta tillstånd. Om principen om jämlik vård ska upprätthållas i praktiken krävs att identifierade strukturella skillnader inte enbart dokumenteras, utan också adresseras genom konkreta åtgärder. Utan riktade förändringar riskerar jämlik vård att förbli en normativ ambition snarare än praktisk verklighet.

## 9. Referenser

1. Regeringskansliet. Regeringskansliets rättsdatabaser [Internet]. [citerad 28 januari 2026]. Tillgänglig vid: <https://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2017:30>
2. Sveriges Riksdag. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Proposition 1996/97:60) [Internet]. [citerad 28 januari 2026]. Tillgänglig vid: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso-och-sjukvarden\\_gk0360/html/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso-och-sjukvarden_gk0360/html/)
3. Sveriges Kommuner och Regioner. Så styrs sjukvården i Sverige [Internet]. [citerad 28 januari 2026]. Tillgänglig vid: <https://skr.se/halsaochsjukvard/sastyrssjukvardenisverige.7651.html>
4. Ludvigsson JF, Bergman D, Lundgren CI, Sundquist K, Geijerstam JL af, Glengård AH, m.fl. The healthcare system in Sweden. *Eur J Epidemiol*. 01 maj 2025;40(5):563–79.
5. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten 2024: palliativ vård - mer än vård i livets slutskede. Stockholm; 2024.
6. Faresjö T, Ludvigsson J, Wennerholm C, Faresjö Å, Nilsson H. Public health differences between »the twin cities« persist. *Lakartidningen*. 15 maj 2019;116(18).
7. Wennerholm C, Grip B, Johansson A, Nilsson H, Honkasalo ML, Faresjö T. Cardiovascular disease occurrence in two close but different social environments. *Int J Health Geogr*. 12 januari 2011;10.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025: palliativ vård – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Stockholm; 2025.
9. The Lancet Regional Health – Europe. Sweden’s economic inequality gap is widening and worrying. *The Lancet Regional Health - Europe*. 01 mars 2023;26:100610.
10. Axelsson B, Sallerfors B, Furst CJ. Place of residence determines the palliative care resources and quality. Efforts to increase the competence are needed. *Lakartidningen*. 22 november 2016;113.
11. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram för palliativ vård (version 3.4). 2023.
12. Svenska Palliativregistret. Ojämlig tillgång till specialiserad palliativ vård i Sverige. 2026.
13. Linköpings Universitet. Twincities - Folkhälsans bestämningsfaktorer [Internet]. [citerad 03 februari 2026]. Tillgänglig vid: <https://liu.se/forskning/twincities>

14. Region Östergötland. Medicinska riktlinjer - allmän och specialiserad palliativ vård. Linköping; 2026.
15. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* (1978). 01 april 2003;57(4):254–8.
16. Mörkenstam U, Carbin M, Reinikainen J, Gottardis A, Näsström S, Wendt M. *Texter i samtida politisk teori*. Vol. 1. Malmö: Liber; 2004.
17. Ekmekci PE, Arda B. Enhancing John Rawls’s theory of justice to cover health and social determinants of health. *Acta Bioeth.* 01 november 2015;21(2):227.
18. Daniels N. Justice, health and healthcare. *Am J Bioeth.* 2001;1(2):2–16.
19. Kniess J. Health justice and Rawls’s theory at fifty: will new thinking about health and inequality influence the most influential account of justice? *Hastings Center Report.* 01 november 2021;51(6):44–50.
20. Knight C, Albertsen A. Rawlsian Justice and Palliative Care. *Bioethics.* 01 oktober 2015;29(8):536–42.
21. Saltman RB. Structural patterns in Swedish health policy: a 30-year perspective. *Health Econ Policy Law.* 2015;10:195–215.
22. Greer SL, Vasev N, Jarman H, Wismar M, Figueras J. It’s the governance, stupid! TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation. 2019.
23. Noto G, Belardi P, Vainieri M. Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems. *Health Policy (New York).* 01 april 2020;124(4):462–9.
24. Fredriksson M, Winblad U. Consequences of a decentralized healthcare governance model: measuring regional authority support for patient choice in Sweden. *Soc Sci Med.* 01 juli 2008;67(2):271–9.
25. Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen. 2023.
26. Alvehus J, Eldén S, Wästerfors D, Öhlin S. *Metodboken*. Lund: Studentlitteratur; 2025.
27. Svenska Palliativregistret. Årsrapport 2024. 2025.
28. Barclay M, Dixon-Woods M, Lyratzopoulos G. The problem with composite indicators. *BMJ Qual Saf.* april 2019;28(4):338–44.
29. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistikdatabasen. Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 2025. 2026.

30. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistikdatabasen. Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2024. 2025.
31. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistikdatabasen. Döda efter region, ålder (efter födelseår) och kön. År 2025. 2026.
32. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistikdatabasen. Döda efter region, ålder (efter födelseår) och kön. År 1968 - 2024. 2025.
33. Region Östergötland. Administrativ statistik över specialiserad palliativ vård 2021–2025. Linköping; 2026.
34. Tolppanen AM, Lamminmäki A, Kataja V, Tyynelä-Korhonen K. Specialized palliative outpatient clinic care involvement associated with decreased end-of-life hospital costs in cancer patients, a single center study. *BMC Palliat Care*. 01 december 2024;23(1):302.
35. Angelov N, Mosaddegh A. Mest vård för pengarna? 2025.
36. Flood A. Personalen hotar att säga upp sig – i protest mot beslutet. *NT - Norrköpings Tidningar* [Internet]. 31 maj 2024 [citerad 24 april 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.nt.se/nyheter/norrkoping/artikel/personalen-hotar-att-saga-upp-sig-i-protest-mot-beslutet/jp4z4q6j>
37. Malmström A. Insändare: specialistpalliativa hemsjukvården kommer att finnas kvar. *NT - Norrköpings Tidningar* [Internet]. 04 juli 2024 [citerad 27 april 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.nt.se/insandare/artikel/specialistpalliativa-hemsjukvarden-kommer-att-finnas-kvar/r2dvoy2j>
38. Nathaniel JD, Garrido MM, Chai EJ, Goldberg G, Goldstein NE. Cost savings associated with an inpatient palliative care unit: results from the first two years. *J Pain Symptom Manage*. 01 augusti 2015;50(2):147–54.
39. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, m.fl. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*. 08 september 2008;168(16):1783–90.
40. Svenska Palliativregistret. Utdataportal. Dödsfallsenkät. År 2021 - 2025.
41. Björkhem-Bergman L, Fürst P, Lundstrom S. Palliative sedation in Sweden: specialised palliative care nationwide survey. *BMJ Support Palliat Care*. 01 mars 2026;16(2):477–80.
42. Region Östergötland. Årsredovisning 2024. Linköping; 2025.
43. Region Östergötland. Patientsäkerhetsberättelse 2023. Linköping; 2024.

44. Flood A. Lotta vet att hon ska dö i cancer: ”Det här är helt åt fanders”. NT - Norrköpings Tidningar [Internet]. 09 juni 2023 [citerad 27 april 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.nt.se/story-nyheter/norrkoping/artikel/lotta-vet-att-hon-ska-do-i-cancer-det-har-ar-helt-at-fanders/re6gqxw1>