

# Introduktion till hemsjukvård och SÄBO, läkare Primärvård, Hälsoval Region Gävleborg

## Innehåll

1.	Syfte och omfattning .....	1
2.	Allmänt – Kort introduktion till arbete på SÄBO .....	1
2.1.	Begrepp .....	2
2.2.	Ansvarsfördelning .....	2
2.3.	Vilka bor på SÄBO/Kortids .....	3
2.4.	Rond .....	3
2.5.	Kompetens .....	4
2.6.	Delaktighet – patient/närstående .....	4
2.7.	Kontinuitet .....	5
2.8.	Behandlingsbegränsningar .....	5
2.9.	Brytpunktssamtal .....	6
2.10.	Konstaterande av dödsfall .....	7
2.11.	Dokumentation .....	7
2.12.	Remiss till sjukhus .....	7
2.13.	Läkarroller .....	7
2.14.	Tvångsåtgärder .....	8
2.15.	Osäkerhet .....	8
3.	Plan för kommunikation och implementering .....	8
4.	Dokumentinformation .....	9
5.	Referenser .....	9

## 1. Syfte och omfattning

Syftet är att tydliggöra och kvalitetssäkra arbetssätt för läkare i Primärvård som ansvarar för arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården och kommunernas särskilda boenden, SÄBO.

Omfattar alla läkare i Primärvård som ansvarar för ovanstående.

## 2. Allmänt – Kort introduktion till arbete på SÄBO

Detta är en kort introduktion som gäller frågeställningar kring den ”vanliga” patienten på ett SÄBO. Alla patienter är dock helt unika och skall alltid bedömas individuellt. Introduktionen är tänkt som ett stöd men får aldrig ersätta den individuella bedömningen i samråd med patient och vanligen anhöriga. Dokumentet kan också användas i tillämpliga delar för annan hemsjukvård.

Dokumentet används med fördel som underlag i handledningssamtal mellan ST läkare och handledare och består av ett antal punkter som går igenom.

## 2.1. Begrepp

HSL – hälso och sjukvårdslagen. Vård enligt HSL är den vård vi bedriver inom primärvård, hemsjukvård och specialistvård i regionen både vid besök på Hälsocentral, vid läkarbesök på SÄBO och på sjukhus. Sköterskeinsatserna på SÄBO är också vård enligt HSL. Dessa insatser dokumenteras i respektive kommuns journalsystem och är inte automatiskt tillgängligt för regionens läkare. Sekretessmässigt är det dock helt tillåtet att vi läser varandras dokumentation om vi har en vårdande relation till patienten.

Regionens journalhandlingar förs över till Nationella patientöversikten – NPÖ. Detta gör att kommunens sjuksköterskor kan läsa våra anteckningar via NPÖ men tyvärr inte ännu omvänt.

**SoL – socialtjänstlagen.** Den lagstiftning som hemtjänst och boendeformen SÄBO lyder under. Även Insatser som görs under SoL skall dokumenteras av omvårdnadspersonal men görs då i ytterligare en annan journal som ägs av respektive kommun. Ett helt annat system som vi inte har tillgång till.

**SÄBO** - särskilt boende, permanent boendeform enligt SoL. Detta är patientens egna boende – det är i grunden ingen sjukvårdsinrättning utan en boendeform.

### **Korttids eller korttidsplats**

”Korttids” – som SÄBO men är inte permanent boende utan utifrån biståndsbeslut för kortare vistelser och växelvård, beslut utifrån sociala behov).

**MAS** – medicinskt ansvarig sköterska. Den sjuksköterska inom kommunen som har det övergripande ansvaret för den vård enligt HSL som kommunen erbjuder.

## 2.2. Ansvarsfördelning

Det är kommunens biståndshandläggare som fattar beslut om en person får plats på ett SÄBO eller ej. Vi från sjukvården kan inte och skall inte föreslå för kommunen vad som är rätt boendeform eller stöd enligt socialtjänstlagen. Vi skall dock hjälpa till med medicinsk information vid individuell vårdplanering eller liknande som underlättar för kommunen att fatta ett bra beslut.

Regionen har skyldighet att bistå med läkarresurser till SÄBO. Även om det inte är lagligt reglerat är det praxis att läkarmedverkan sker genom regelbundna besök på SÄBO och dessemellan telefonkontakter eller akuta besök. Varje SÄBO har gentemot Regionens ett avtal om hur läkarmedverkan skall ske, ett avtal som årligen följs upp.

Patienten har dock kvar sin rätt att själv välja läkare och åka till denna läkare. Det sker mycket sällan då det för nästan alla boenden är väldigt bra med en och samma läkare som besöker boendet. Få av de boende har förmåga att själva åka till Hälsocentral eller annan läkare.

Kommunen tillhandhåller kompetens upp till nivå med sjuksköterska på SÄBO. Även fysioterapeut och arbetsterapeut är ett kommunalt åtagande.

Det finns även patienter som har en sjukdom som fortsatt kräver insatser av sjukhusspecialist och i de fallen kan även delar av sköterskeinsatser ligga kvar på Regionen.

Som doktor har man ett stort ansvar men är ändå en gäst som kommer under begränsad tid till boendet. Sköterskorna är centrala för det medicinska arbetet. De har betydligt mer tid till förfogande och kan genom sin kompetens bära en stor del av det medicinska ansvaret i samverkan med läkaren. Övrig personal på boendet sitter också inne med mycket information om den boendes mående och är viktiga att inkludera i arbetet – omvårdnadspersonalen glöms ofta bort av oss läkare men deras kompetens är ju många gånger helt central vid omvårdnaden av de äldre med demens eller orostillstånd.

### 2.3. Vilka bor på SÄBO/Kortids

Den vanlige boende på ett SÄBO är en person över 80 år med en kombination av samsjuklighet och mycket ofta kognitiva funktionsnedsättningar. Den vanlige patienten har inte sällan nått en samsjuklighet och komplexitet där vanliga algoritmer och behandlingsriktlinjer inte alltid är fullt tillämpbara (för alla tillstånd). Endast i undantagsfall finns beskrivet i kunskapsunderlag vilka behandlingsmål som rekommenderas i dessa fall varför det krävs stor kompetens för att ibland väga ihop vad som är till gagn och nytta för den sjuke patienten.

Den förväntade återstående livslängden efter inflyttning på ett SÄBO är ca 2 år – vilket givetvis påverkar behandlingsmål som har betydligt längre framtidsperspektiv. Som exempel kan nämnas diabetisreglering och HbA1c. Det gäller dock att komma ihåg att undantag finns med personer med många år kvar i livet trots boende på SÄBO.

De som bor på korttidsboende är ofta mycket utmanande utifrån ett medicinskt perspektiv. Det är en mycket svår grupp medicinskt och väldigt heterogen. Här finns de med mycket kort förväntad återstående livslängd tillsammans med patienter som skall rehabiliteras tillbaka till egen bostad med många år kvar i livet. Omsättningen av patienter på korttidsboende är hög vilket gör att det krävs mycket tid för att sätta sig in i bakgrund samt att lära känna patient och närstående. Arbetet på korttidsboenden är därför betydligt svårare, tar längre tid och kräver mycket av läkaren.

Spännvidden omfattar allt från palliativ vård i livets slutskede till patienter som skall behandlas/remitteras vidare i rent kurativt syfte.

Patienter i hemsjukvård är på samma sätt som patienter på ”korttids” en mycket heterogen grupp som ställer mycket höga krav både på kommunens sköterskor och på ansvarig läkare.

### 2.4. Rond

I normalfallet är det praxis med en fast besökstid för läkaren på SÄBO. Den fasta tiden kallas rond. Antalet timmar skall var rimligt utifrån boendets storlek och vilken typ patientkategori som bor där. Region Gävleborg har beslutat att det är rimligt att **minst** avsätt 6 minuter per boende och vecka för rond. Att ange en

exakt tid per boende är inte möjligt – viktigast är tiden upplevs som rimlig för att göra ett bra arbete. Det är viktigt är att komma ihåg att när man som ny doktor på boendet tar över ansvaret tar det betydligt längre tid än för den som kanske varit där en längre tid tidigare. Så vid skifte av läkare /kontinuitet skall initialt mer tid avsättas till en början, det tar tid att lära in de boendes historia , sjuklighet och den boendes/anhörigas förväntningar.

Utöver rondning skall det finnas mycket god tillgänglighet för konsultationer per telefon och även om så behövs akuta besök. Även om en ”sittrond” med sjuksköterska tekniskt kan göras via telefon eller videolänk rekommenderas starkt att basen är fysiska besök på boendet. Det är rimligt att tänka att om den fysiska tiden är 4 timmar på boendet behövs det samma vecka ytterligare två timmar för efterarbete och kontakter via telefon. Kompromisser måste ibland göras om resvägar är långa . Det kan på mindre boenden med lång resväg vara nödvändigt att ersätta en del fysiska ronder med digitala sådana.

## 2.5. Kompetens

Att ansvara för ett SÄBO som läkare betraktas ibland av omgivningen som ett enkelt arbete som inte kräver den högsta kompetensen. **Detta är fullständigt felaktigt.** Att hantera den unika patienten med en komplex samsjuklighet där ålder och svaghet gör att behandlingsbegränsningar i olika former är uppenbara är ett mycket svårt arbete. ST läkare som har ansvar för SÄBO skall ha tillgång till fortlöpande handledning för att tillsammans med handledare resonera igenom vad som är till gagn för den patienten utifrån dennes förutsättningar – men även utifrån önskningar från den patienten och anhöriga.

Om handledare till ST själv inte har stor erfarenhet av SÄBO kan det vara av värde att för denna del av handledningen komplettera med annan specialist som har denna erfarenhet.

AT läkare skall få följa med kollega till SÄBO och få inblick i det komplexa arbetet.

Att nyttja hyrläkare på korta kontrakt med bristande kontinuitet är nått som skall undvikas.

ST läkare som har ansvar för SÄBO skall vid behov ha kunna få stöd av specialist i allmänmedicin dagligen om så behövs.

## 2.6. Delaktighet – patient/närstående

En återkommande brist som noteras är att vi läkare inte alltid förankrar våra medicinska beslut hos patient och närstående. Det är inte nödvändigt att som läkare personligen ha alla samtal med anhöriga, ibland är det sjuksköterskan som har bäst kontakt och även känner trygghet i att förmedla information och hämta in synpunkter. I många fall har den aktuella patienten kognitiva störningar och då är det extra viktigt att inkludera närstående. Om inte en enskild patient med god kognitiv funktioner själv motsatt sig kontakt med närstående kan det anses förenligt med sekretess att inkludera nära närstående. Informerade närstående är synnerligen viktigt för att de skall känna trygghet och delaktighet i den begränsade tid deras närstående vanligen har kvar i livet. Informerade närstående underlättar den process som vanligen börjar med ett första läkarbesök vid

inflyttning, efter ett tag kompletteras med ökade behandlingsbegränsningar och sedan övergår så småningom till brytpunktssamtal och palliativ vård.

[Behandlingsbegränsningar inom hemsjukvård, inklusive särskilda boenden \(SÄBO\) - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#)

## 2.7. Kontinuitet

Få uppdrag inom primärvården är så sårbara för bristande kontinuitet som ett SÄBO. Om kontinuiteten är bristande gällande läkare och även sköterska är det mycket svårt att bedriva en patientsäker vård. Uppdraget att ansvara för ett SÄBO skall därför så långt som möjligt ske under längre tidsperioder – det är ytterst olämpligt att växla ansvar snabbt. Genom kontinuiteten växer kunskapen om den enskilde patienten och det blir lättare att fatta kloka beslut tillsammans med patient och närstående.

ST läkare bör introduceras på SÄBO först efter en tids tjänstgöring inom primärvård - initialt med tät handledning. Erfarenhet från SÄBO är även en grundförutsättning för att under slutet på ST delta i eventuell beredskapsjour.

## 2.8. Behandlingsbegränsningar

[Behandlingsbegränsningar inom hemsjukvård, inklusive särskilda boenden \(SÄBO\) - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#)

Den vanligaste patienten på ett SÄBO har som skrivits ovan har oftast en komplex samsjuklighet många gånger tillsammans med nedsatt kognition. Den återstående livslängden är vanligen begränsad och förutsättningarna för att ha nytta av olika behandlingar och utredningar är på samma sätt begränsad. I många fall kan utredningar, ingrepp och behandlingar snarast leda till skada och minskad livskvalitet den tid som finns kvar. Avvägningarna är många gånger svåra även för erfarna läkare.

Behandlingsbegränsningar är därför något som för nästan alla patienter på ett SÄBO är aktuellt att fortlöpande ta ställning till. I denna process är det centralt att både patient och anhöriga får vara delaktiga. Inställningen till behandlingsbegränsningar kan variera stort mellan olika patienter och deras anhöriga. Oftast finns en klok och realistisk inställning till vad som är rimligt – men ibland måste mer tid avsättas för att i dialog resonera om vilka insatser som kan vara till gagn för patienten. I enstaka fall finns en övertro på vad högteknologisk vård som intensivvård, dialys, operation mm kan göra för nytta på en i övrigt mycket skör kropp – samtalet måste dock alltid föras med stor respekt och ödmjukhet. Ibland måste annan kollega konsulteras för ”second opinion” och ibland kan situationen inte hanteras utan att patienten får utredas/behandlas vidare inom specialistsjukvården.

Ibland står orden Ej HLR som en övergripande förklaring till både behandlingsbegränsningar som att palliativ vård inletts. Detta är fel. Att inte ge HLR utanför sjukhus på ett äldreboende oftast en av många naturlig behandlingsbegränsning då åtgärden har så begränsad nytta och så stor risk för skada för flertalet patienter. På samma sätt måste nyttan av intensivvård och

annan högteknologisk vård värderas efter patientens möjlighet att ha nytta av insatsen.

Ovanstående text skall inte tolkas som att vården på ett SÄBO är en begränsad vård. Om det bedöms att patienten har nytta av en vårdinsats/utredning på SÄBO eller på sjukhus/specialist skall denna givetvis erbjudas. Ordet behandlingsbegränsningar har endast sin betydelse i samband med kurativa behandlingar som patienten inte har nytta av och får aldrig tolkas som att lindrande eller palliativa insatser inte skall ges.

## 2.9. Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal är ibland ett svårt begrepp inom äldrevården. De flesta patienterna har en "långsam" död där det successivt uppstår allt mer behandlingsbegränsningar och till slut övergår det hela utan en skarp gräns till rent palliativt och lindrande vård. När det närmar sig den punkt när döden ter sig nära förestående skall dock ett brytpunktssamtal hållas. Har det förts en dialog med patient och anhöriga under tiden på SÄBO är detta oftast inget svårt samtal utan en konsekvens av ett sakta försämrat hälsotillstånd med ökade behandlingsbegränsningar. Brytpunktssamtalet innebär att patienten är "ett förväntat" dödsfall inom närtid. Enligt våra rutiner kan då också formulär "Läkemedel – ordination vid livets slut" (Platina dok ID: 09-81835) nyttjas för att kunna erbjuda patienten lindrande läkemedel som snabbt kan administreras av sjuksköterska på boendet. I övrigt ger också Rutinen "Vård vid livets slutskede", gemensam rutin för Hälso och sjukvården Region Gävleborg" (Platina dok ID: 09-31124) vägledning. Detta är läsbara rutiner som man inför arbete på SÄBO/hemsjukvård skall ha sett. Dokumentation och arbetssätt för behandlingsbegränsningar beskrivs i detalj i rutinen: [Behandlingsbegränsningar inom hemsjukvård, inklusive särskilda boenden \(SÄBO\) - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#)

Om patientens hälsotillstånd är så nedsatt att döden bedöms som förväntad och nära förestående i tid skall brytpunktssamtal hållas och anhöriga inkluderas. Ofta kan detta göras av sjuksköterska men endast om patient och anhöriga sedan tidigare är inkluderade och väl införstådda i aktuell vårdplan. Vid dessa tillfällen skall blankett om förväntat dödsfall fyllas i (länk till blanketten). Säkerställ även att den befintliga dokumentationen avseende undersökning uppfyller kraven för att dödsbevis skall kunna utfärdas. Annars bör ett extra läkarbesök skyndsamt planeras. Vid avsaknad av planering, om patient eller anhöriga är dåligt informerade eller om relevant dokumentation för utfärdande av dödsbevis saknas kan ett skyndsamt, ibland mycket skyndsamt, hembesök behöva genomföras.

Det är läkarens ansvar att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig. Är detta inte uppenbart med utgångspunkt från dokumentation eller besök i närtid kan ett akut besök hos patienten vara motiverat för att säkerställa att vården går över till rent palliativt skede. Läkare har huvudansvaret för ett brytpunktssamtal men i många fall kan dock samtalet hållas av sköterska som känner patient och anhöriga. Om läkare inte håller samtalet skall det tydligt dokumenteras i läkarjournalen och det ska

även framgå vem som hållit samtalet. Läkare skall vid behov alltid kunna genomföra samtal om det är den bästa lösningen för patient och anhörigas önskan. Ibland hinns inte brytpunktssamtal med. Patienten har sakta försämrats i sitt allmäntillstånd och avlider plötsligt i en snabbt uppblossad infektion eller av en hjärtkärlkomplikation. Döden ter sig inte alls oväntad – men ändå inte så förutsägbar i närtid att brytpunktssamtal hållits. Detta är en verklighet som är svår att undvika – det är inte rimligt att i ”förväg” ha brytpunktssamtal när man inte riktigt vet i närtid när den ”långsamma döden” når slutskedet. Har det funnits en bra anhörigkontakt med fortlöpande dialog under tiden på SÄBO brukar inte heller avsaknaden av brytpunktssamtal i dessa fall uppfattas som något större misslyckande. I idealfallet är brytpunktssamtalet resultatet av en process som pågått under patientens hela vistelse på boendet.

## 2.10. Konstaterande av dödsfall

Sjuksköterskan har endast rätt att fastställa att döden inträffat vid förväntade dödsfall och vid dokumentation i förväg enligt [Dödsfall - förväntat i hemmet - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#). I de fall döden inträffar när brytpunktssamtal inte hunnit hållas kan dock döden även i efterhand ibland betraktas som väntad. Har läkare och sjuksköterska samsyn kring detta kan fastställande av död överlåtas till sjuksköterska. Detta kräver dock en omedelbar kontakt mellan läkare och sköterska. Läkare har dock alltid skyldighet att fastställa död om sköterska känner sig osäker.

## 2.11. Dokumentation

Journalföringen på våra SÄBO varierar mycket starkt vid granskning. Journalföringen bör ha samma standard som om patienten sök på en Hälsocentral. Ofta missas anteckning om behandlingsplaner, behandlingsbegränsningar och anhörigkontakter. Många gånger har man resonerat om behandlingsplan och begränsningar och även haft anhörigkontakter men dokumentationen är för klen. Detta är inte bara formalia utan journalanteckningarna är väsentliga för att andra kollegor och även sjuksköterskor också under jourtid skall kunna förstå vad som är klokast handlande när en försämring inträder. Uppgift om brytpunktssamtal skall alltid dokumenteras i läkarjournal oavsett vem som hållit samtalet

## 2.12. Remiss till sjukhus

Om patienten behöver det skall givetvis remiss till sjukhus utfärdas. När det gäller elektiva/planerade åtgärder skrivs remiss precis som vanligt. Problem kan dock uppstå vid mera akuta tillstånd. Tumregeln är att om inte det föreligger något särskilt skäl skall alltid läkare konsulteras innan patienten skickas akut till sjukhus. Försök alltid få med så mycket information som möjligt med patienten – är det en akut remiss till sjukhus är det inte sällan en påverkad patient med kognitiva svårigheter redan tidigare. En mycket svår uppgift för våra kollegor på akuten uppstår – bristen på anamnes och information kan leda till att vården inte blir anpassad efter patientens behov. Faxe gärna remiss på dagtid, be sköterska skriva ner frågeställning och information och bifoga på jourtid. Skriv gärna direkt i PMO på jourtid – vi förutsätter att våra kollegor på sjukhuset kan

läsa i PMO. Skriv tydligt att patienten bor på SÄBO (namn på SÄBO) och har Apodos samt kontaktuppgifter till kommunal sjuksköterska och ansvarig läkare.

### 2.13. Läkarroller

Vid inflyttning på SÄBO skall ett läkarbesök genomföras. Det kanske inte behöver göras direkt – det kan tom vara en fördel om det får vänta ett par veckor tills patienten vant sig vid miljön. Ganska snabbt efter inflyttning är det väldigt bra att göra en fördjupad läkemedelsgenomgång – det är den bästa chansen att ordentligt gå igenom vilka läkemedel som patienten har nytta av. Missa inte den möjligheten och ta verkligen tid till detta!

Därefter skall det minst en gång per år genomföras en mer omfattande kontroll inkluderande fördjupad läkemedelsgenomgång. Vid dessa besök är det klokt att när det är lämplig även inkludera anhöriga – antingen att dom är närvarande eller får kontakt med sköterska eller läkare före och/eller efter besök. I övrig sker läkarbesök eller kontakter via sköterska efter behov.

### 2.14. Tvångsåtgärder

Vid akuta förvirringstillstånd eller aggressionsutbrott hos dementa patienter uppstår oftast svårigheter hur det skall hanteras. I första hand skall omvårdnadspersonal försöka lugna och avleda genom att använda beskrivna BPSD-åtgärder (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. När detta inte är möjligt uppstår ibland frågan om tvångsåtgärder. Det finns ingen särlagstiftning som reglerar hur man skall förhålla sig till denna patientgrupp som ju på intet sätt är lämpade för psykiatrisk tvångsvård. Undvik dock så långt det bara är möjligt att initiera LPT på en förvirrad aggressiv patient – såväl patient som övriga patienter inom den slutna psykiatriska vården far vanligen mycket illa av det hela. Är situationen urakut och svårhanterlig – ring en erfaren kollega. Aldrig remiss till psykiatrin utan resonemang med psykiater. Det är inte tillåtet att hålla fast en patient om det inte är för att akut förhindra att personen allvarligt skadar sig själv. Det är inte tillåtet att injicera lugnande läkemedel mot patientens vilja.

### 2.15. Osäkerhet

Läkarjobbet på SÄBO/korttid och i hemsjukvård är en av de svåraste uppgifter som finns. Alla blir ibland osäkra vad som är det bästa för den enskilde patienten. Alltid en unik patient med sin sjuklighet, sina förväntningar och även anhörigas förställningar och förväntningar. Bär inte osäkerheten själv – resonera och inkludera patient/närstående och sätt dig med en klok allmänläkarkollega och resonera. Låt det också bli några korta rader i journalen om hur ni tillsammans tänkt.

## 3. Plan för kommunikation och implementering

Kvalitetssamordnare utses till extrauppföljare och ansvarar för att rutinen sprids till inom berörda verksamhetsområden. Kvalitetssamordnare informerar



Verksamhetschef och Vårdenhetschef om rutinen och dessa ansvarar för att rutinen blir känd, implementerad och tillämpas.

#### 4. Dokumentinformation

Denna Beskrivning har upprättats och granskats av:

Börje Svensson, Specialist allmänmedicin, Primärvård VO Västra Gästrikland

Tommy Lundmark, Chefläkare Region Gävleborg

Peo Hermansson, Chefläkare Region Gävleborg

Per Melander, Chefläkare och Medicinsk rådgivare HVK Region Gävleborg

#### 5. Referenser

Dokumentnamn	Plats
<a href="#">Behandlingsbegränsningar inom hemsjukvård, inklusive särskilda boenden (SÄBO) - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">Checklista journalgenomgång SÄBO – Hälsoval Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">Vård vid livets slutskede, gemensam rutin för Hälso - och sjukvård Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">Dödsfall - förväntat i hemmet - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">Läkemedel – Ordination vid livets slut</a>	Platina
<a href="#">Etiska riktlinjer för hjärt- lungräddning</a>	Svenska läkarsällskapet, HLR-rådet och Svensk sjuksköterskeförening
<a href="#">Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling</a>	Svenska läkarsällskapet, Svensk sjuksköterskeförening
<a href="#">Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp</a>	Socialstyrelsen
<a href="#">Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 Palliativ vård i livets slutskede Indikatorer och underlag för bedömningar</a>	Socialstyrelsen