

Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase

Sammendrag

Bakgrunn. Innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase er ikke tidligere kartlagt i Norge. Hensikten var å kartlegge akutte innleggelser av sykehjemspasienter som døde innen 48 timer etter innkomst til Haraldsplass Diakonale Sykehus, Bergen.

Materiale og metode. Undersøkelsen baseres på informasjon funnet i sykehusets pasientjournaler for perioden 1.10. 2007–30.9. 2008. Pasienter som ble innlagt fra sykehjem og døde innen 48 timer, ble inkludert. Vi analyserte samarbeidet mellom sykehjem og sykehus og om det ble gitt god palliativ behandling.

Resultater. 26 pasienter ble inkludert. Gjennomsnittsalderen var 85,3 år. Alle hadde indremedisinske problemstillinger. 12 pasienter var tilsett av lege før innleggelse. I 14 tilfeller fulgte det et legeskriv med, i 18 et sykepleiernotat. Bestilling til sykehuset manglet i åtte tilfeller, aktuell medikamentliste i fire. Det forelå ingen dokumentert muntlig kontakt mellom institusjonene forut for innleggelsen. I sykehus ble diagnostikk igangsatt hos 24 pasienter og potensielt livsforlengende behandling ble startet hos 23. Morfin ble ordinert til 18 pasienter.

Fortolkning. Resultatene viser mangelfull tilgang til lege i sykehjem og indikerer at den medisinske kompetansen med henblikk på vurdering av kritisk syke sykehjemspasienter må styrkes. Legene ved sykehuset hadde et klart behandlingsfokus. Samarbeidet og kommunikasjonen mellom sykehjem og sykehus fungerte dårlig. Den palliative kompetansen må bedres på begge behandlingsnivåer.

> Se også side 1702

Sebastian von Hofacker

sebastian.vonhofacker@haraldsplass.no
Sunniva klinikk for lindrende behandling
Haraldsplass Diakonale Sykehus
Ulriksdal 8
5009 Bergen
og
Kompetansesenter i lindrende behandling
Helseregion Vest
Haukeland universitetssykehus

Paal Naalsund

Geriatrisk avdeling
Haraldsplass Diakonale Sykehus

Grethe Skorpen Iversen

Sunniva klinikk for lindrende behandling
Haraldsplass Diakonale Sykehus
og
Kompetansesenter i lindrende behandling
Helseregion Vest
Haukeland universitetssykehus

Jan Henrik Rosland

Sunniva klinikk for lindrende behandling
Haraldsplass Diakonale Sykehus
og
Institutt for kirurgiske fag
Universitetet i Bergen

Antall sykehusinnleggelser for øyeblikkelig hjelp økte betydelig i perioden 2001–05 for hele befolkningen, men mest blant eldre over 75 år (1). Mange i denne gruppen bor i sykehjem. Så vidt oss bekjent, finnes det ingen norsk studie der man har kartlagt akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. Formålet med denne undersøkelsen var å kartlegge årsaker til og forhold rundt innleggelse av pasienter i livets slutfase fra sykehjemmene i Bergen og omegn til Haraldsplass Diakonale Sykehus. I tillegg ønsket vi å undersøke hvordan pasientene ble tatt hånd om på sykehuset.

Materiale og metode

Medisinsk klinikk ved Haraldsplass Diakonale Sykehus har akuttfunksjon for en befolkning på 124 000. Sykehuset har regionsfunksjon for både geriatri og palliativ medisin. Kirurgisk/ortopedisk klinikk drives i hovedsak elektivt, men tar imot en viss andel øyeblikkelig hjelp-pasienter, vesentlig eldre med lårhalsbrudd. Det ble foretatt en gjennomgang av pasientjournaler i ettårsperioden 1.10. 2007–30.9. 2008. Inklusjonskriteriene var at pasienten ble innlagt fra sykehjem for øyeblikkelig hjelp og døde innen 48 timer etter innkomst i sykehuset. Vi foretok regelmessige søk i det pasientadministrative systemet (PIMS) etter pasienter som døde innen

48 timer etter innleggelsen i sykehuset. Deretter plukket vi manuelt ut dem som var innlagt fra sykehjem. Både kirurgiske og medisinske pasienter ble vurdert. Gjeldende journal var en kombinasjon av papirbasert og elektronisk journal.

Viktige momenter i vurderingen av innleggelser fra sykehjem var om pasienten hadde tilgang til lege, hvilke motiver som førte til innleggelsen, samt kvaliteten på medsendt skriftlig informasjon (medikamentliste, beskrivelse av komorbiditet og av pasientens tilstand forut for innleggelsen). Ranhoff & Linnsund gjennomgikk i 2005 motiver for innleggelse av sykehjemspasienter i sykehus (2). De beskriver tre motiver for innleggelse: diagnostikk og avklaring, behandling for å bedre overlevelse og funksjon, og lindrende behandling. For å få frem den enkelte forfatters oppfatning av problemstillingen drøftet vi noen pasienter med alle forfattere til stede. Deretter vurderte SH og GSI alle pasientene og diskuterte enkelte tilfeller med forfatter PN og JHR, der SH og GSI var i tvil om sin felles totalvurdering. I diskusjonen ble det oppnådd konsensus i alle tilfeller.

Vi grupperte først innleggelsene i den foreliggende studien i henhold til de tre nevnte motivene ut fra opplysninger i henvisningsskrivet. Deretter foretok vi på bakgrunn av informasjon gitt både i henvisningspapirene og i sykehusjournalen en ny vurdering av hver pasient ut fra hva vi på basis av vår kliniske erfaring mente ville vært mest hensiktsmessig. Tilgjengelig informasjon om pasientens tilstand ved tidligere sykehusinnleggelser ble også tatt med i vurderingen. Målet var å evaluere om innleggelsen kunne vært unngått. Som en forutsetning for dette la vi til grunn at det var

Hovedbudskap

- Sykehjem har ikke tilfredsstillende rutiner for legevurdering før innleggelse i sykehus, og beslutningsprosessene rundt innleggelsene synes å være mangelfulle
- Samarbeidet mellom sykehjem og sykehus er mangelfullt
- På sykehus har man fokus på livreddende behandling
- Den palliative kompetansen må bedres på begge behandlingsnivåer

tilstrekkelig medisinsk kompetanse tilgjengelig i sykehjemmet, det vil si lege og sykepleier med erfaring og kompetanse i lindrende behandling. Til denne vurderingen brukte vi kriterier som bygger på mer enn det rent medisinske og favner områder som organisering, planlegging, kommunikasjon og etikk. For at sykehusinnleggelsen kunne vært unngått, måtte minst ett av følgende kriterier være oppfylt:

- Pasientens tilstand mest sannsynlig irreversible vurdert ut fra grunnsykdom og komorbiditet
- Stor sannsynlighet for kort forventet levetid ut fra symptombildet, pasientens skrøpelig og komorbiditet

Sykehusets tilnærming ble deretter analysert med tanke på kommunikasjon med henvisende instans, intensitet av diagnostikk og behandling, og om det var ordinert medikamenter for lindring av plagsomme symptomer ved livets slutt. Som potensielt livsforlengende behandling definerte vi kombinasjonen av minst to av de tre følgende behandlingsmodalitetene: antibiotika intravenøst, oksygen, og væske intravenøst.

Prosjektet var godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest-Norge. Prosjektet var også forelagt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og vurdert til ikke å være meldepliktig.

Resultater

Pasient og innleggelsesprosess

26 pasienter innlagt fra sykehjem for øyeblikkelig hjelp døde innen 48 timer etter ankomst til sykehuset i den aktuelle perioden. Alle hadde indremedisinske problemstillinger. Det totale antall dødsfall på sykehuset i løpet av de første 48 timer etter innleggelse var i samme tidsperiode 74. Gjennomsnittsalderen for

de 26 inkluderte pasientene var 85,3 år; tre var < 75 år, 15 var 75–89 år og åtte var over 90 år. Sju hadde fra før en demensdiagnose. I alt var 16 pasienter ute av stand til å gjøre rede for seg ved innleggelsen.

Alle innleggelsene skjedde fra langtidsavdelinger, hvorav ni fra ett sykehjem i Bergen. To innleggelser foregikk via legevakt. Det forelå ingen dokumentert muntlig kontakt mellom institusjonene forut for innleggelsen. Pasientene ble innlagt på alle ukedager og til alle døgnetstider (12 innleggelser mellom kl 15 og kl 07). I 14 tilfeller fulgte det med et skriv fra lege. 12 pasienter var tilsett av lege før innleggelsen. Åtte pasienter var innlagt av sykepleier uten kontakt med lege. Seks innleggelser skjedde etter telefonisk kontakt med legevaktlege. Notat fra sykepleier var sendt med 18 pasienter. Aktuell medikamentliste manglet i fire tilfeller.

Pasientens funksjon forut for innleggelse

En av pasientene var vurdert som døende av sykepleier. For seks pasienter forelå det ingen anamnestiske opplysninger. For 20 pasienter fant vi i 22 av de totalt 32 medsendte notatene/skrivene informasjon om pasientens funksjonsnivå forut for den aktuelle forandringen som forårsaket innleggelsen. I ti tilfeller tolket vi beskrivelsen som en nyoppstått tilstand, mens det i fire tilfeller kunne tolkes som en akutt forverring av kronisk sykdom. For seks pasienter var vi usikre, da det ikke var nok informasjon til å gjøre seg opp en mening.

Kommunikasjon med pasient og pårørende

Ved ett tilfelle var det anført at pasienten selv hadde ønsket innleggelse. Informasjon vedrørende gjennomført drøfting av hjerte-lunge-redning (HLR) eller annen type forberedende kommunikasjon ble funnet i to innleggelsesskriv. I 17 tilfeller fant vi eksplisitt informasjon om at de pårørende var blitt informert av sykehjemmet om innleggelsen. I to av tilfellene forelå opplysninger om at pårørende hadde bedt om innleggelse. For to pasienter var det nevnt at man ikke fikk kontakt med de pårørende, mens det manglet opplysninger om pårørende i sju tilfeller. På sykehuset ble de pårørende i 22 tilfeller informert om nær forestående død. Ved 20 dødsfall var pårørende til stede.

Motiv for innleggelsen

I åtte tilfeller ble pasienten innlagt av sykepleier uten at pasienten var tilsett av lege eller uten at lege var kontaktet. Hvis vi aksepterer sykepleierens vurdering som medisinsk faglig, var det samlet gitt en medisinsk begrunnelse for innleggelsen hos 18 pasienter. Åtte pasienter ble sendt helt uten en klar medisinsk begrunnelse. Ni pasienter ble innlagt til diagnostikk og avklaring av en uavklart tilstand, åtte til livsforlengende behandling og én til lindrende behandling. Det ble nevnt i fire sykepleiernotater at kompe-

tent personale ikke var til stede den kommende vekten slik at man vurderte det som uforsvarlig å beholde den syke i sykehjemmet. I ramme 1 er det gjengitt eksempler på innleggelsesårsaker som notert i innleggelsespapirene.

Ut fra kriteriene som er nevnt i metodedelene, konkluderte vi retrospektivt med at 17 av 26 pasienter kunne ha fått palliativ behandling i sykehjemmet, forutsatt at kompetansen i lindrende behandling var tilgjengelig. For ni tilfeller vurderte vi sykehusinnleggelse som hensiktsmessig.

Palliativ behandling før innleggelsen

I tre tilfeller ble morfin gitt før eller under transporten. En pasient hadde fått haloperidol og en midazolam subkutant. Glykopyrrolon eller skopolamin (antikolinerge preparater med effekt på surkling i øvre luftveier) var ikke forskrevet til noen. En pasient hadde fått fentanylplaster mot akutte smerter

Behandling på sykehuset

Sju pasienter ble vurdert som døende av mottakende turnus- eller assistentlege. Funksjonsstatus eller kognitiv funksjon var beskrevet i 24 innkomstjournaler. Etter innkomst ble radiologisk diagnostikk og laboratorieprøver gjennomført hos henholdsvis 19 og 24 pasienter. Det ble initialt gitt væske intravenøst til 23 og oksygen til alle pasienter. 18 fikk antibiotika intravenøst (tab 1). 23 pasienter fikk en kombinasjon av minst to av de følgende tre behandlingsmodaliteter: antibiotikum intravenøst, oksygen, væske intravenøst, noe vi definerte som potensielt livsforlengende. I forløpet ble det fattet vedtak om HLR-minus til 21 pasienter. I 11 tilfeller ble det besluttet å trappe ned behandlingen før døden. Tre pasienter utviklet lungeødem etter at de hadde fått væske intravenøst, og diuretisk behandling ble iverksatt. Ti pasienter døde på overvåkingsavdelingen. Hos 25 av 26 var dødsfallet forventet. Morfin ble ordinert og gitt til 18, haloperidol til en. Midazolam ble ordinert til sju pasienter og gitt til fire av dem. Glykopyrrolon, førstevalgsantikolinergikum ved surkling i øvre luftveier, ble ordinert til fire pasienter og gitt til to. Skopolamin, som tidligere ble brukt mot dødsrulling, men som blir mer og mer forlatt på grunn av dets sentralantikolinerge effekt, ble ikke gitt.

I én journal var det dokumentert at man hadde tilbudt pasient og/eller pårørende tjeneste fra prest. Fysioterapeut var ikke involvert i omsorgen. Tabell 2 viser diagnosene hentet fra dødsattestene.

Diskusjon

Resultatene viser at mange av sykehjemspasientene i denne studien ikke fikk en tilstrekkelig medisinsk vurdering før innleggelse i sykehus. Medsendt informasjon var ofte mangelfull, og åtte pasienter ble innlagt uten medisinske opplysninger. Eventuell hjerte-lunge-redning var det bare tatt stilling

Ramme 1

Eksempler på innleggelsesårsaker notert i innleggelsespapirene til 26 pasienter som ble innlagt i Haraldsplass Diakonale Sykehus fra sykehjem og døde innen 48 timer i perioden 1.10. 2007–30.9. 2008

- Bevissthetstap, komatøs i ett døgn, nedsatt bevissthet
- Infeksjon
- Smerte i lyske og rygg med marmorering av underextremitet
- Fallerende allmenntilstand
- Surklele respirasjon
- Tungpust
- Lungeødem
- Krampeanfallet
- Mistenkt pneumoni
- Subileus/ileus
- Mistanke om medikamentallergi
- Dehydrering
- «Urinstopp»

til for to pasienter før innleggelsen. Over halvparten av pasientene var ute av stand til å gjøre rede for seg. Pårørende, som kunne ha gitt komparentopplysninger, var sjelden med pasienten i akuttmottaket. Dette anser vi som vanlig i denne aldergruppen og tatt i betraktning innleggelses hastegrad.

I vårt kliniske arbeid ser vi hvor utfordrende overgangene mellom de ulike behandlingsnivåene er, særlig for den alvorlige syke og familien, men også for helsepersonellet som skal ha klare linjer for behandling, ansvar og oppfølging (3). Kritisk syke gamle er en sårbar gruppe mennesker. De er avhengige av kompetent hjelp og at det blir tatt de rette valgene med tanke på omsorg og behandling. Denne oppgaven tilfaller formelt sykehjemslegen. I praksis er det altfor ofte pleiepersonalet som blir stilt overfor den store utfordringen å ta et valg, særlig der forholdene ikke er forhåndsklarert med pasienten, de pårørende og legen. Er døden nær forestående, skal den syke bare unntaksvis transporteres. Men når er et menneske døende? Å kunne diagnostisere «døende» er en viktig ferdighet som leger som arbeider i sykehjem må inneha. Er legen fraværende, overlates ansvaret til pleiepersonalet og ev. de pårørende. Uten lege mangler man altså muligheten for en palliativmedisinsk vurdering, og kvaliteten i vurderingsprosessen svekkes. Konsekvensen kan være at pasienter der den siste fasen er begynt, blir innlagt til tross for at symptomene kunne vært tilfredsstillende lindret i sykehjemmet. I fremtiden vil problemstillingen kunne fortone seg på en ny måte. I samhandlingsreformen (4) er det foreslått en kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Vi er betenkt med henblikk på en slik ordning, da dette kan føre til økt press på sykehjemslegen i retning av å unngå innleggelse av sine pasienter og en overdiagnostikk av «døende». Vi definerte «døende» som død i løpet av 48 timer.

Svakheter ved undersøkelsen

Vi initierte denne undersøkelsen ut fra prinsippet om at døende pasienter ikke skal innlegges i sykehus – med mindre de trenger avansert lindrende behandling. Dødsfall som inntreffer innen 48 timer, betyr likevel ikke nødvendigvis at pasientene burde vært vurdert som døende på innleggelsestidspunktet. Betegnelsen «død innen 48 timer» som indikator for at vedkommende var døende, er usikker, fordi den siste livsfasen hos gamle kan vare mye lenger enn 48 timer. Gamle er ofte skrøpelige i lang tid, og det kan av den grunn være vanskelig å vite når døden vil inntreffe. Dersom akutte hendelser kommer på toppen av en allmenn svekkelse og skrøpelighet, er sannsynligheten for en restituerende av pasientens funksjonsnivå liten, fordi reservene er brukt opp. 48 timer er likevel en vanlig måte å avgrense den siste levetiden på (5).

Det er alltid en viss usikkerhet med tanke

på om det dokumenterte virkelig avspeiler de faktiske forhold. Vi tok ikke kontakt med sykehjemmene for å innhente ytterligere opplysninger om pasientene. Utvelgelsen av pasienter var krevende, da det viste seg at registreringen av pasientens bosted/oppholdssted ved innleggelsen var svært mangelfull. Pasientene ble derfor i stor grad plukket ut manuelt, med fare for å overse aktuelle pasienter. Studien omhandler et relativt lite antall pasienter, men vi anser det likevel tilstrekkelig for å gi en adekvat beskrivelse av problemstillingen.

Ressurser og tiltak for å sikre rett behandling

Helsedirektoratet publiserte i 2009 en Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenset livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende (6). Denne veilederen erstatter Statens helsetilsyns rundskriv «Forhåndsbedømming ved unnlatelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse» (7), og gjelder både i sykehus og sykehjem. Dette er et stort fremskritt, da dokumentet kan ha stor anvendelsesverdi i sykehjem og forhåpentligvis bidra til mer lik praksis mellom sykehus og sykehjem. I praksis er det å diagnostisere at døden er nær forestående, en utfordrende oppgave som både krever øvelse og erfaring (8–10).

Beslutninger og rutiner i sykehjem

For å kunne ta rett beslutning når en akutt situasjon oppstår, bør sykehjemslegen på forhånd ha besvart følgende spørsmål for hver enkelt pasient i sykehjemmet: Har jeg nok informasjon om pasienten til å kunne behandle, gi råd eller treffe de rette avgjørelsene? Kjenner jeg til pasientens og de pårørendes ønsker og preferanser for omsorg og behandling når akutt sykdom rammer, forverring av tilstanden oppstår og/eller livet går mot slutten? Er behovet for forberedende kommunikasjon hos pasient og pårørende møtt? (10–15).

Sykehjemslegen bør i tillegg være med på å lage eller være kjent med skriftlige prosedyrer for sykehusinnleggelse. Legen må også vite hvordan man stiller diagnosen at en pasient er døende, og hvordan man lindrer de symptomene som kan plage døende (9–12).

Dersom en akutt situasjon oppstår, bør legen stille seg følgende spørsmål: Er det behov for diagnostikk for å avklare tilstanden? Er det indikasjon for sykehusinnleggelse? Hvilken type behandling/omsorg vil pasienten kunne forvente å få på sykehuset for sine sykdommer og plager? Hva kan vi gjøre for pasienten her i sykehjemmet? Hvilken behandling/omsorg vil være mest hensiktsmessig? (2, 16, 17). Sykehjemslegen bør sammen med fagansvarlig sykepleier utarbeide gode rutiner og prosedyrer for omsorg og behandling ved livets slutt. Her kan «Liverpool Care Pathway» (LCP), en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende, være et

Tabell 1 Diagnostikk og behandling på sykehuset for pasienter som ble innlagt i Haraldsplass Diakonale Sykehus fra sykehjem og døde innen 48 timer (N = 26) i perioden 1.10. 2007–30.9. 2008

	Antall
Røntgen thorax	19
CT abdomen	2 ¹
CT cerebrum	2
EKG	22
Blodprøver (hos 24 pasienter), antall prøvesett	73
Urinstiks eller bakteriell undersøkelse	9
Væske intravenøst	23 ²
Antibiotika intravenøst	18 ²
Oksygentilførsel	26 ²
CPAP/BiPAP	3
Dødsfall på overvåkingsavdeling	10

¹ CT abdomen ble i tillegg bestilt, men ikke utført hos en pasient

² Kombinasjonen av minst 2 av 3 behandlingmodaliteter (væske intravenøst, antibiotika intravenøst og oksygentilførsel) ble definert som potensielt livsforlengende behandling

Tabell 2 Diagnoser hentet fra dødsattestene til 26 pasienter som ble innlagt i Haraldsplass Diakonale Sykehus fra sykehjem og døde innen 48 timer i perioden 1.10. 2007–30.9. 2008

Pneumoni	7
Sepsis	5
Hjerteinfarkt	5
Akutt respirasjonssvikt	2
Tarmiskemi	2
Nyresvikt	1
Cancer pulmonis	1
Cancer recti	1
Emfysem	1
Hematemeser og melena	1

godt verktøy (18–20). Boganes sykehjem i Stavanger og Løvåsen undervisningssykehjem i Bergen har tatt i bruk denne tiltaksplanen, og flere andre steder arbeider man med implementering av den.

Er sykehusets oppdrag kun helbredelse?

Man kan få inntrykk av at man på vårt sykehus i undersøkelsesperioden hadde for unyansert fokus på kurativ og livreddende behandling. Siden eldre og gamle representerer en stor andel av innleggelsene, er det vesentlig å utvikle en kultur og kompetanse som også tar vare på dem som ikke trenger slik behandling, men heller burde fått dø i fred og med god symptomlindring. Ramme 2 viser kjente barrierer mot å stille diagnosen «døende». Haraldsplass Diakonale Sykehus har siden 2007 som det første sykehus i Norge tatt i bruk «Liverpool Care Path-

Ramme 2

Antatte årsaker til overforbruk av diagnostiske prosedyrer og behandlingstiltak hos døende – barrierer mot å stille diagnosen «døende». Modifisert etter Ellershaw & Ward, oversatt fra engelsk av forfatterne og gjengitt med tillatelse fra BMJ Publishing Group (10)

1. Håp om at pasienten kan komme seg
2. Fravær av en definitiv diagnose
3. Uenighet i teamet med henblikk på pasientens tilstand
4. Mangel på å fange opp relevante symptomer og kliniske tegn ved livets slutt
5. Mangel på kunnskap om forskrivningsregler
6. Usikkerhet i forhold til kommunikasjon (hvordan formidle en vanskelig beskjed)
7. Usikkerhet i forhold til å begynne eller avslutte livsforlengende behandling
8. Frykt for å forkorte livet
9. Spørsmål vedr. HLR blir ikke diskutert
10. Kulturelle eller religiøse barrierer
11. Medisinsrettslige (medicolegal) aspekter

way» som et observasjons- og behandlingsverktøy for døende. Planen innbefatter forskrivning av lindrende medikamenter for de hyppigst forekommende symptomer hos døende (11, 12). Tiltaksplanen er nå innført ved fire av sykehusets avdelinger, og videre implementering pågår.

Konklusjon

Samarbeidet mellom sykehjem og sykehus er fremdeles mangelfullt og kommunikasjo-

nen utilstrekkelig (4). Tilgangen til lege i sykehjem synes fortsatt å være dårlig. Sykehjemslagen bør utarbeide klare rutiner for sykehussinnleggelse og for omsorg og behandling ved livets slutt. Et viktig element i dette arbeidet er rutiner for forberedende kommunikasjon med tanke på hva den syke og de pårørende ønsker av tiltak. På sykehuset må man sikre at vurderingen av den syke inkluderer innhenting av informasjon om komorbiditet, pasientens funksjonsstatus forut for innleggelsen og pasientens og de pårørendes ønsker. På bakgrunn av relevant informasjon og klinisk vurdering må man vurdere hensikten med hvert enkelt tiltak som settes i gang. En slik tilnærming vil kunne hjelpe til å hindre overbehandling og sikre den syke tilgang til lindrende behandling.

Vi takker Tove Zakariassen for hjelp til å opprette databasen og Dagny Faksvåg Haugen for hjelp ved utarbeiding av manuskriptet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Huseby B, red. SAMDATA Somatikk1/04. Rapport STF78 A045015. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
2. Ranhoff AH, Linnsund JM. Når skal sykehjems-pasienter innlegges i sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 13–4.
3. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. IS-1529. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.fredrikstad.kommune.no/upload/17116/Nasjonalt_handlingsp_lindrende21509a.pdf [25.3.2010].
4. St.meld. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201 [25.3.2010].
5. Ellershaw JE, Smith C, Overill S et al. Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. J Pain Symptom Manage 2001; 21: 12–7.
6. Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Nasjonal veileder, IS-1691. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00117/Nasjonal_veileder_f_117069a.PDF [25.3.2010].
7. Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse. IK-1/2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.
8. Brandt HE, Deliens L, Ooms ME et al. Symptoms, signs, problems, and diseases of terminally ill nursing home patients. Arch Intern Med 2005; 165: 314–20.
9. Ferris FD. The last hours of living. Clin Geriatr Med 2004; 20: 641–67.
10. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003; 326: 30–4.
11. Rosland JH, von Hofacker S, Paulsen Ø. Den døende pasient. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 467–70.
12. Helse Bergen. Symptomlindring i livets sluttfase. www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/medikamentskrin.aspx [13.8.2010].
13. Hjort P. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1586–8.
14. Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1009–10.
15. Husebø BS, Husebø S. Etske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2926–7.
16. van der Steen JT, Ribbe MW. Pneumonia mortality risk in patients with dementia: nursing home physicians' use and evaluation of a prognostic score. Tijdschr Gerontol Geriatr 2008; 39: 233–44.
17. Dosa D. Should I hospitalize my resident with nursing home-acquired pneumonia? J Am Med Dir Assoc 2006; 7 (3 suppl): 74–80.
18. Ellershaw JW, Wilkinson S. Care of the dying: a pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press, 2003.
19. Mathew K, Finch J. Using the Liverpool Care Pathway in a nursing home. Nursing Times 2006; 102: 34–5.
20. Helse Bergen. www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx [13.8.2010].

Manuskriptet ble mottatt 28.8. 2009 og godkjent 3.6. 2010. Medisinsk redaktør Siri Lunde.