

Vård i hemmet vid livets slut

– hinder och möjligheter

Madeleine Forsberg
ST-läkare i Geriatrik
Geriatriska Rehabkliniken
Nyköpings lasarett
611 85 Nyköping

Handledare: Görel Wachtmeister

Abstract

BACKGROUND:

Previous studies show that most patients with advanced disease such as progressive cancer prefer to die at home. But according to data from The Swedish Register of Palliative Care, most of the dying patients do not die in their own homes. The intention of this study was to evaluate social factors regarding their input on the ability to stay at home in the end of the lives of palliative patients in the care of a specialized palliative care team.

METHODS:

An observational study in the setting of the palliative team SSIH (= Hospital Based palliative home care) in Nyköping. Cases included patients who had been enrolled in SSIH at the time of their death in 2013 or 2014. Sociodemographic and medical data were gathered from the patients' medical journals after their deaths. Linear regression was used to examine whether the factors gender, age, home care services and living together with a relative were associated with the ability to stay at home in the end of the patients life.

RESULTS:

157 patients were included in the study. 59 of the patients had expressed a desire to stay at home even in the end of life, but only 56% of them managed to do so. The remaining patients died either in a palliative SSIH hospital ward or in the care of other caregivers. Living together with a relative was a significant factor enabling dying at home, as well as receiving assistance in general daily living at home. Gender was not a significant factor.

CONCLUSION:

This study suggests that psychosocial support is important to allow the palliative patient enrolled in Hospital based palliative home care to stay at home in the end of life. It is therefore important that the palliative team tries to identify the psychosocial needs of each patient and their relatives to enable the patients to stay at home if that is their wish.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund
 - 1.1. Döden i Sverige och palliativ vård
 - 1.2. Faktorer som associeras med att dö hemma
 - 1.3. Hur är den specialiserade vården uppbyggd i Sörmland?
2. Material och metod
3. Resultat
 - 3.1. Studiepopulationens sammansättning
 - 3.2. Var dog de SSIH-an slutna patienterna?
 - 3.3. Var ville patienterna vara i livets slut?
 - 3.4. Fick patienterna dö där de hade önskat?
 - 3.5. Kön
 - 3.6. Ålder
 - 3.7. Sammanboende/ensamboende
 - 3.8. Hemtjänst
4. Diskussion
5. Källförteckning

Bakgrund

Döden i Sverige och palliativ vård

År 2014 dog 89097 personer i Sverige. [1] Den vanligaste dödsorsaken är hjärt- och kärlsjukdomar följt av tumörsjukdomar och mindre än 1 procent av de avlidna utgörs av barn och ungdomar.[1] Man bedömer att 80 % av dödsfallen var väntade och alltså i behov av någon typ av palliativ vård. [2]

Palliativ vård definieras enligt Världshälsoorganisationen (WHO) som ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och närstående som drabbats av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. [3] Vården vilar på fyra hörnstenar; symtomlindring, teamarbete, kommunikation samt stöd till närstående med det övergripande målet att främja välbefinnande och understödja värdighet i livets slutskede. [4] Den palliativa vården skall omfatta alla som behöver den, oavsett ålder eller diagnos. [5]

Den palliativa vården handlar dock inte bara om vård i livets yttersta slut utan det kan röra sig om ett längre förlopp och man pratar därför om en tidig och en sen fas. I den tidiga palliativa fasen är fokus både livsförlängande åtgärder och ökad livskvalitet. Denna fas kan vara i flera månader eller år innan sjukdomen utvecklas och patienten träder in i sen palliativ fas där döden är oundviklig inom en överskådlig framtid. I denna fas flyttas fokus från livsförlängning till ren symtomlindring för att ge god livskvalitet i livets slut. [5]

Den palliativa vården sker i olika kombinationer av insatser som också kan variera över tid. Vården kan ske dels på sjukhusens allmänna vårdavdelningar och specialiserade palliativa vårdavdelningar eller i kommunala särskilda boenden. Om patienten kan vårdas i det egna hemmet kan det ske med stöd av specialiserad sjukvård i hemmet eller allmän kommunal hemsjukvård i samarbete med vårdcentralens läkare. [4–6]

Var vill då patienterna vårdas i livets slut? I en enkätundersökning som gjordes i samband med Socialdepartementets SOU-utredning ”Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut” svarade en majoritet av de tillfrågade att de skulle vilja vara i sitt eget hem i livets slut. Man beskriver även att flera faktorer avgör vad personen väljer i den faktiska situationen, till exempel tillgången till fungerande stöd, kvalificerad personal, samt närståendes inställning [4] Gomes et al fann i en Reviewartikel 2013 måttlig evidens för att patienter vill dö hemma, dock var spridningen mycket stor. Hos den friska brittiska allmänheten uttryckte 52-92% att de skulle vilja dö i det egna hemmet, i patientgruppen varierade andelen som önskade få dö hemma mellan 31-87%. [7]

Hemmet var dock inte den vanligaste platsen att avlida på enligt palliativregistrets data för 2014, utan var tredje vanligaste platsen med totalt 10,7%, efter särskilt boende 35,5% samt sjukhus 35 %. [2] Se diagram 1.

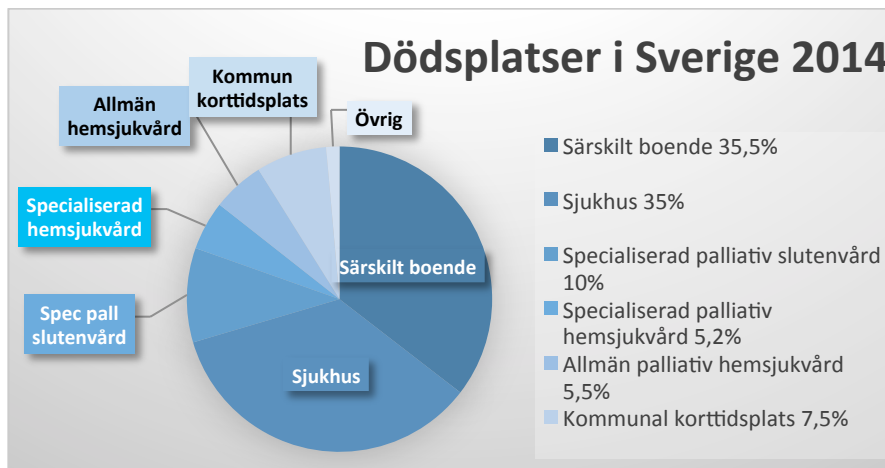


Diagram 1: Dödsplatser för förväntade dödsfall i hela Sverige 2014 enligt palliativregistrets kvalitetsregisterdata. [2]

Som man kan se i diagram 1 vårdas döende patienter i många olika vårdformer, både på allmän och specialiserad nivå. Exempel på allmän palliativ vård är sjukhusavdelning, särskilda boenden i kommunen eller i det egna hemmet med stöd av vårdcentral eller allmän hemsjukvård, det vill säga distriktssköterskor som gör hembesök. [5]

Den specialiserade palliativa vården i Sverige finns både i form av slutenvård på sjukhus eller hospice samt Specialiserad Sjukvård I Hemmet - SSIH som på en del orter går under andra namn såsom till exempel ASIH, LAH. Socialstyrelsens definition av specialiserad palliativ vård är: ”palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård”. [5,8]

Faktorer som associeras med att dö hemma

Flera studier har gjorts för att hitta faktorer som är typiska för patienter som avlider hemma istället för i annan vårdform. Tre olika typer av faktorer påverkar var en patient vårdas i livets slut; miljöfaktorer, individuella faktorer samt sjukdomsfaktorer. [9,10]

Miljöfaktorer: Att dö hemma är vanligare i den grupp patienter som vårdas av palliativ hemsjukvård än de som vårdas i mer konventionell vård. [9–13] Den palliativa hemsjukvården möjliggör att få stanna i hemmet även när patienten tacklar av och är således associerat med färre akutbesök för patienten [14] och färre sjukhusinläggningar på allmän sjukhusavdelning [15]. Att vara sammanboende sista tiden i livet är associerat med att få dö hemma [9,12,16,17] liksom att ha professionellt omvårdnadsstöd i hemmet [13]

Individuella faktorer: I två europeiska studier fann man tydligt samband mellan önskan att dö hemma och att faktiskt avlida i det egna hemmet. [9,13] Även låg funktionsstatus associeras med att dö hemma. [9,11]

Sjukdomsfaktorer: Nedsatt funktionsstatus är associerat med att välja att spendera sista tiden i livet hemma. [9–11]. Ahlner-Elmqvist et al [18] fann att patienter som valde palliativ hemsjukvård hade vid start av denna vård sämre livskvalitet, högre symtombörda och kortare överlevnad än de patienter som valde bort den palliativa hemsjukvården. Författaren tolkade detta som att patienter inte vill ha palliativ vård förrän det är absolut oundvikligt. [18]

Detta rör sig dock om studier utförda i den industriella västvärlden. I en mexikansk studie 2011 av Cardenas-Turanzas et al [19] kunde man istället se att dödsfall i hemmet associerades med helt andra faktorer såsom frånvaro av sjukförsäkring, att bo i en mindre stad samt att ha hög ålder. [19]

Hur är den specialiserade vården uppbyggd i Sörmland?

I Landstinget Sörmland fanns vid tiden för denna studie fyra specialiserade palliativa enheter med specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) samt i vissa fall även tillhörande palliativ vårdavdelning.

Specialiserad Sjukvård i hemmet (SSIH) i Nyköping bedrevs av den palliativa enheten vid Geriatriska Rehabiliteringskliniken vid Nyköpings lasarett. Enheten hette ASIH Nyköping (Avancerad Sjukvård I Hemmet) under tiden datainhämtningen i denna studie genomfördes, men bytte sedan namn till SSIH. Hädanefter används namnet SSIH i denna text oavsett vilken tidsperiod som avses. SSIH-enheten hade ca 30 platser och de inremitterade patienterna prioriterades utifrån aktuellt medicinskt vårdbehov. Remisserna till SSIH kom framförallt från onkolog-, kirurg- och medicinklinikerna. Patienterna som anslöts till SSIH gavs en helhetsvård baserad på Nationellt vårdprogram för palliativ vård [20] samt Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för palliativ vård [5]. Vården utgick ifrån att patienten kan och vill vara i sitt eget hem och kontakterna skedde via hembesök eller telefon. SSIH-teamet bestod av sjuksköterska, läkare, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut och dietist. SSIH-vården var helt gratis för patienten.

Inom den palliativa enheten vid Geriatriska Rehabiliteringskliniken i Nyköping fanns under studieperioden även en palliativ vårdavdelning som också fungerade som avlastningsavdelning, det vill säga att SSIH-patienterna kunde läggas in på avdelningen vid situationer där vård i hemmet blev omöjligt, t.ex. akuta komplikationer som behövde utredas och åtgärdas.

Målsättningen när SSIH-verksamheten startades 2009 var att patienterna skulle få vara hemma även när de nått sent palliativt skede. Teamet har från starten haft regelbundna möten för att utvärdera den vård som gavs. Man identifierade här en trend att patienterna kom in till avdelningen när döden närmade sig trots att teamet försökte jobba för att alla som ville vara hemma i livets slut skulle få vara det.

För att ta reda på om patienter som valt att dö hemma faktiskt fick göra det och vad som kan påverka detta utfall så valde vi att göra en journalgranskning.

Syftet med denna studie är att undersöka om faktorerna sammanboendestatus, förekomst av hemtjänst, kön eller ålder är associerade med palliativ vård i hemmet vid livets slut hos patienter anslutna till SSIH i Nyköping.

Material och metod

Jag avsåg att göra en deskriptiv observationsstudie där studiepopulationen utgjordes av alla patienter som hade varit inskrivna hos ASIH Nyköping när de avled under 2013 och 2014, oavsett var de befann sig när de dog.

Patienterna identifierades genom en systemsökning utförd 2015 i journalsystemet BMS/System Cross med inklusionskriterierna avliden 2013-2014 + vårdtillfälle hos SSIH Nyköping under samma år. Inga exklusionskriterier fanns inom urvalet. Vi valde att begränsa sökningen utifrån dödsdatum och tog då med alla som dött under två kalenderår.

Data har sedan samlats in via manuell journalgranskning utförd av författaren samt handledare

Information som söktes vid journalgranskningen:

Patientens ålder och kön.

Huruvida patienten var ensamboende eller sammanboende.

Förekomst av stöd i hemmet i form av anhöriga, hemtjänst eller personlig assistans.

Patientens önskemål om plats att vistas på i livets slut om detta fanns dokumenterat.

Patientens förändringar i önskemål om plats att vistas på i livets slut om detta fanns dokumenterat.

Populationen jämfördes sedan avseende dödsplats hemma eller inte, utifrån variablerna ålder, kön, ensamboende/sammanboende, dokumenterat önskemål om att dö hemma, omvårdnadsstöd i hemmet.

Statistiska analyser gjordes med chi-två-test och linjär regressionsanalys med stöd av statistiker på FoU-enheten i landstinget Sörmland. Signifikansnivå <0,05.

Resultat

Studiepopulationen utgjordes av 157 SSIH-patienter. 52 % av patienterna var män, 48 % kvinnor. Patienternas medelålder var 68 år (medianålder 71 år) men hade stor spridning mellan 24 år och 92 år. 118 av patienterna var sammanboende (75 %). 34 var ensamboende och 5 var tillfälligt sammanboende med t.ex. sina föräldrar. 2 av de ensamboende patienterna hade minderåriga barn liksom 5 av de sammanboende patienterna och en tillfälligt sammanboende patient. 94 % av de SSIH-anslutna patienterna anslöts på grund av cancersjukdom men ett fåtal hade andra orsaker, se tabell 1.

Diagnos	Antal patienter
Cancer	147
Neurologisk sjukdom	6
Hjärtsjukdom	2
Leversjukdom	1
Njursjukdom	1

Tabell 1: Diagnosfördelning i studiepopulationen, avser den diagnos som föranledde ASIH-anslutning

Var dog de SSIH-anslutna patienterna?

En majoritet (55 %) dog inne på SSIH:s avlastningsplatser på avdelning 2, Nyköpings lasarett. I övrigt dog ett antal patienter i sina hem och övriga i kommunalt boende, hemma hos anhöriga eller hos andra vårdgivare. Dessa utgjordes av akutmottagning, operationsavdelning, intensivvårdsavdelning, hospice i annat län, annan kliniks akuta vårdavdelning. Se fördelningen av dödsplatserna i diagram 2.

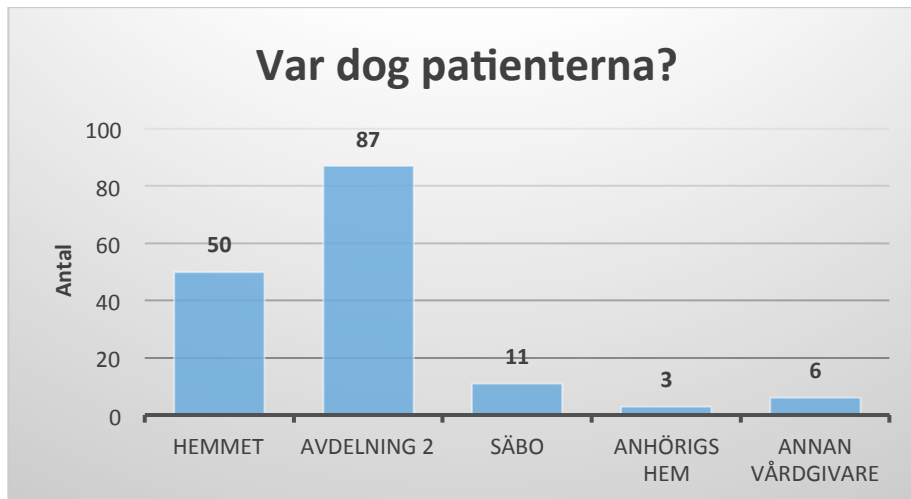


Diagram 2. Fördelning av studiepopulationen utifrån dödsplats. N=157.
SÄBO= kommunalt särskilt boende.

Var ville patienterna vara i livets slut?

För drygt hälften (n=80) av studiepopulationen fanns ett dokumenterat önskemål om dödsplats. Ett fåtal av dessa patienter ändrade sig och uttryckte nya önskemål när sjukdomsförloppet fortskred, men hos de flesta av patienterna som tydligt uttryckt ett önskemål dokumenterades inte några nya ställningstaganden senare. I tabell 2 ses vilka platser som det fanns dokumenterade önskemål om. Observera dock att för nästan hälften av patienterna fanns inget uttalat önskemål dokumenterat.

Var önskade patienterna vara i livets slut	Antal patienter
Hemma	59
Avdelning 2	12
Anhörigs hem	2
Särskilt boende	3
Hospice i Stockholm	1
Ambivalent, omväxlande önskemål	3

Tabell 2: Patienternas journalförda önskemål om vistelseplats i livets slut

Fick patienterna dö där de hade önskat?

En majoritet av patienter som tidigare uttryckt önskemål om att få dö hemma somnade in i det egna hemmet. 39 % av dem som uttryckt önskemål att vistas hemma sista tiden i livet kom dock in till avdelning 2. Se tabell 3.

Dödsplats	Önskat hemma		Önskat avdelning 2	
Hemma	33	56 %	0	0 %
Avdelning 2	23	39 %	10	83 %
Särskilt boende	1	2 %	2	17 %
Övrigt	2	3 %	0	0 %
	59	100 %	12	100 %

Tabell 3: Dödsplats relaterat till önskad plats att vistas i livets slut för de patienter som uttryckt önskemål om att dö hemma respektive på avdelning 2.

Vilka faktorer hade betydelse för var patienten dog?

Vi undersökte följande faktorer för att se om det fanns någon skillnad i incidensen av att dö hemma.

- 1) Kön
- 2) Ålder
- 3) Sammanboende/ensamboende
- 4) Hemtjänst/inte hemtjänst

Kön

Den vanligaste dödsplatsen var Avdelning 2 för både kvinnor och män. Det egna hemmet var vanligare som dödsplats för manliga patienter, resultatet var dock inte signifikant. Att dö på särskilt boende var vanligare för kvinnor än för män, inte heller detta signifikant. Se tabell 4.

	Kvinnor	Män
Hemmet	27 %	37 %
Avdelning 2	53 %	57 %
SÄBO	11 %	4 %
Anhörigs hem	4 %	
Annan vårdgivare	5 %	2 %
	100 %	100 %

Tabell 4: Dödsplats i förhållande till kön, i procent av antal kvinnor respektive män.

Ålder

I alla åldersgrupper förutom den äldsta, 91-100 år var Avdelning 2 den vanligaste dödsplatsen. I den äldsta åldersgruppen fanns bara två patienter och den ena dog i kommunalt särskilt boende och den andra hemma.

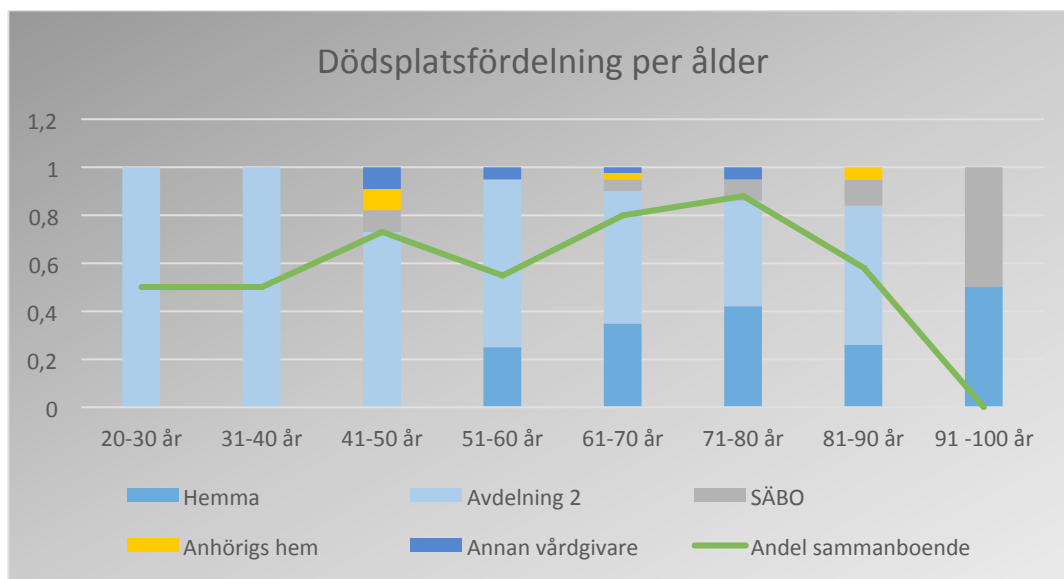


Diagram 3: Procentuell fördelning på typ av dödsplats utifrån ålder. Linjen visar hur stor andel av patienterna i åldersintervallet som var sammanboende

I de yngsta patientåldrarna mellan 20 och 50 år var det ingen patient som dog hemma, av dessa patienter dog 82 % på Avdelning 2.

Åtta patienter i åldersintervallet 33-53 år var föräldrar till minderåriga barn, det motsvarar 23 % av alla patienter i totala åldersintervallen 31-60 år. Sex av patienterna med minderåriga barn dog på avdelning 2, en dog i särskilt boende och en i anhörigs hem.

Totalt sett var det vanligare i alla åldersgrupper att avlida någon annanstans än hemma.

Möjligheten att dö hemma ökade med åldern, (OR 1,04). 3 patienter avled i anhörigs hem och dessa är inte inkluderade i denna statistik då det var svårt att definiera som hemma eller inte hemma.

Sammanboende/ensamboende

Det egna hemmet var klart vanligare som dödsplats i gruppen sammanboende jämfört med gruppen ensamboende, (OR 3,8). (Se diagram 4) Fem av patienterna i populationen var tillfälligt sammanboende med en förälder eller ett vuxet barn, tre av dessa dog också i det tillfälliga hemmet, de två kvarstående dog på Avdelning 2. Dessa fem är inte medräknade i jämförande statistik då detta var svårt att bedöma som hemma eller inte hemma.

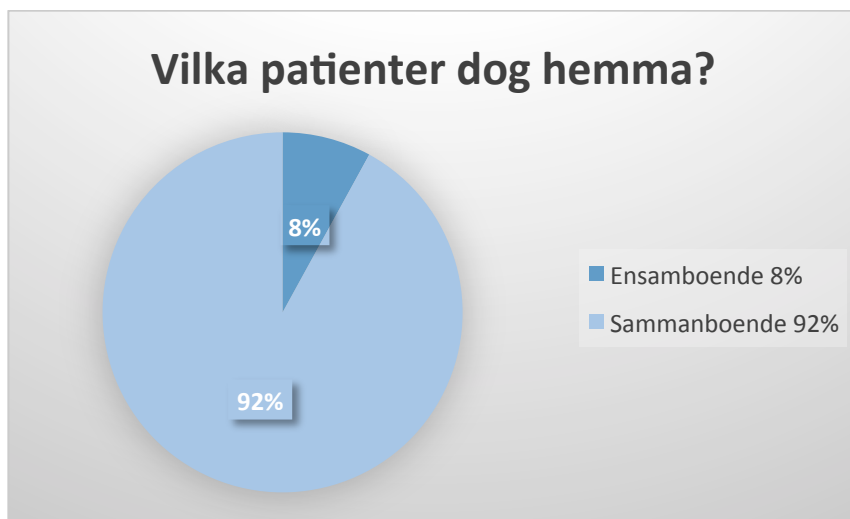


Diagram 4: Hur stor andel av patienter avlidna hemma var ensamboende respektive sammanboende, totalt n=50. Tillfälligt sammanboende ej medräknade.

Det fanns en spridning på olika dödsplatser i båda grupperna sammanboende/ensamboende, vilket illustreras i diagram 5.

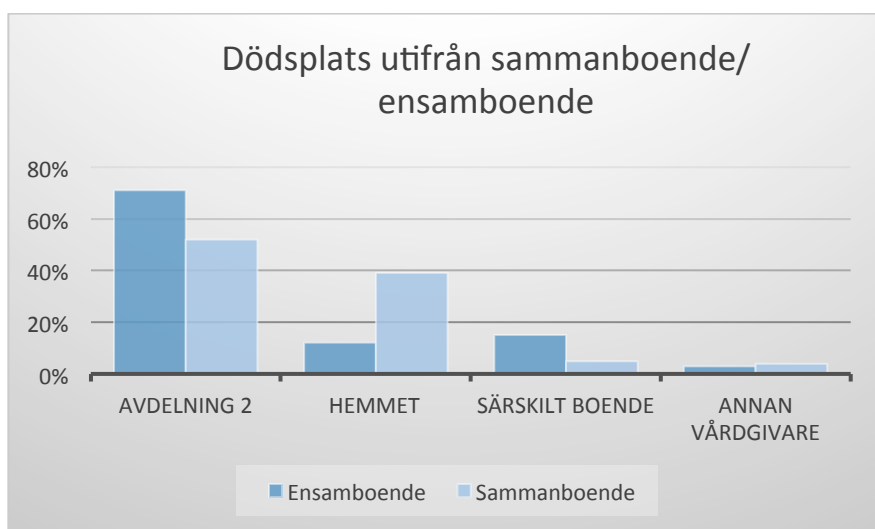


Diagram 5: Typ av dödsplats fördelad utifrån sammanboendestatus (sammanboende n=118, ensamboende n=34)

Åtta av patienterna var föräldrar till minderåriga barn, 6 av dessa patienter (75 %) dog på avdelning 2, en dog i anhörigs hem och en dog på särskilt boende.

Hemtjänst

38 av patienterna hade hemtjänst i någon grad, dock är ej patienter som enbart hade trygghetslarm medräknade i denna grupp. Ytterligare 4 patienter hade professionellt omvårdnadsstöd i hemmet i form av personlig assistans dygnet runt. En majoritet av patienterna, 95 stycken hade inte något omvårdnadsstöd alls. 11 av patienterna hade flyttat in på särskilt boende innan döden och förekomst av hemtjänst dessförinnan är inte efterforskat.

För 9 av patienterna gick det inte att läsa sig till i journal huruvida de hade hemtjänst eller inte.

Vi jämförde patienter med professionellt omvårdnadsstöd i hemmet, d.v.s. de med hemtjänst eller personliga assistenter, med gruppen helt utan sådant stöd. Vi fann att det var vanligare att få dö hemma för gruppen med stöd, (OR 2,9).

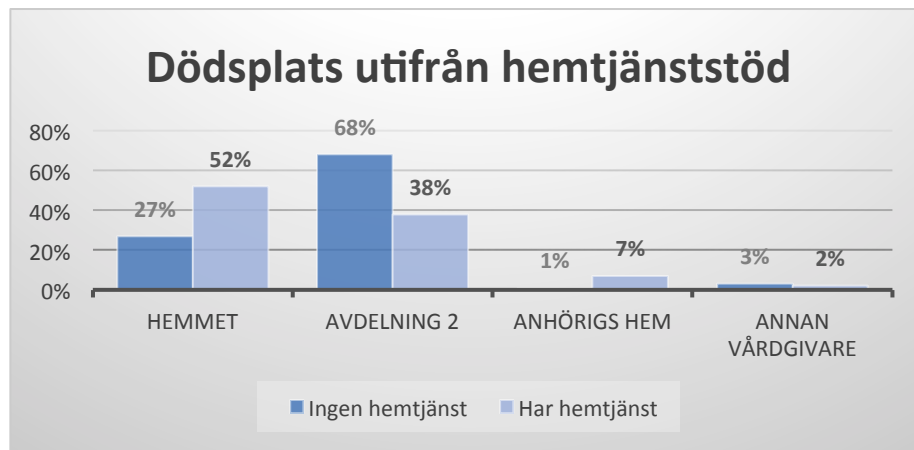


Diagram 6: Fördelning på dödsplats i procent för gruppen med hemtjänst/assistans (n=42) resp utan hemtjänst (n=95)

Diskussion

Det främsta målet med specialiserad palliativ hemsjukvård är att möjliggöra för svårt sjuka patienter att vårdas hemma med god symtomlindring. En förlängning av detta är att alla patienter som så önskar ska få vara kvar hemma ända till livets slut. Detta blir dock inte alltid verklighet. Flera faktorer har tidigare visat sig vara väsentliga för att få vårdas hemma ända till döden, såsom en tydlig önskan att vårdas i hemmet [9,13], tillgång till palliativ hemsjukvård [9–13] och socialt stöd i form av anhöriga och hemtjänst [9,12,13,16,17].

I denna studie har vi undersökt dessa förutsättningar hos patienter som varit anslutna till specialiserad palliativ hemsjukvård i Nyköping när de avled under 2013-2014. Vi begränsade undersökningen till önskemål om dödsplats, kön, ålder, förekomst av hemtjänst/personlig assistans samt huruvida patienterna var sammanboende.

56 % av de patienter som önskade få vara hemma i livets slut avled hemma vilket är positivt, men det innebär också att nästan hälften inte dog hemma trots att det var deras önskemål.

Vi kunde se att patienter som har omvårdnadsstöd i form av hemtjänst eller personlig assistans i högre utsträckning kan stanna kvar hemma i livets slut. Det fanns även ett samband mellan att vara sammanboende och att få dö i hemmet. Således verkar det sociala stödet och sammanhanget vara viktigt för att vara trygg nog att vara kvar i hemmet när livet närmar sig sitt slut.

Det fanns inga signifikanta samband mellan kön och företeelsen att få dö hemma. Siffrorna pekar dock på att män i något högre grad än kvinnor vårdas i hemmet i livets slut, vilket också stämmer med vårt intryck.

Det var vanligare att dö hemma i högre ålder. Antagandet var att de unga patienterna i hög utsträckning skulle vårdas hemma i livets slut, det visade sig dock bland de yngsta patienterna 20-50 år gamla var det ingen som dog i sitt eget hem utan en klar majoritet dog på avdelning 2. Någon fördjupad analys kring orsaker till detta har inte gjorts, men man kan spekulera kring att det beror på hög symtomintensitet som omöjliggjort vård hemma samt eventuellt mer aktiva utrednings- och behandlingsåtgärder som föranlett sjukhusvård. Dessutom fanns det i dessa åldersgrupper föräldrar till minderåriga barn vilket kan påverka hemsituationen. 75 % av patienter med minderåriga barn dog på avdelning 2 och ingen av dem avled i det egna hemmet.

En del av grupperna i denna studie var ganska små och den totala studiepopulationen 157 patienter, vilket förstärkt gör det svårare att dra långtgående slutsatser från detta material. Det finns också en osäkerhet kring bakomliggande faktorer, till exempel vad som föranlett vården på sjukhus eller särskilt boende. Denna information har vi inte eftersökt och det kan ju inte uteslutas att det finns samband där som vi inte känner till. Dessutom kunde vi identifiera brister i dokumentationen, flera av patienternas journaler saknade information om till exempel graden av socialt omvårdnadsstöd i hemmet eller var patienten önskade vårdas. Det är också oklart när i sjukdomsförloppet de olika patienterna uttryckt dessa önskemål och det är ju rimligt att tänka sig att önskemål kan förändras allt eftersom sjukdomen progredierar.

Således finns utvecklingsmöjligheter inom fältet och det kunde vara intressant att gå vidare med en mer djupgående studie med intervju av anhöriga som kan ge mer information om bakomliggande faktorer.

Eftersom dödsfall hemma var vanligare för patienter med socialt stöd i form av sammanboende samt hjälp från hemtjänst eller personlig assistans så kan man ändå dra slutsatsen att detta är viktigt för att skapa en social trygghet som möjliggör för svårt sjuka att vara hemma även i livets slut. Det är viktigt att den specialiserade palliativa hemsjukvården informerar patienten om vikten av omvårdnadsstöd och det kan även bli aktuellt att ställa det som krav för inskrivning i hemsjukvården.

Referenser

1. Statistikdatabas för dödsorsaker [Internet]. [citerad 12 februari 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>
2. Svenska Palliativregistrets utdataportal [Internet]. [citerad 13 februari 2017]. Tillgänglig vid: <https://data.palliativ.se/app/utdata/RapportBF.aspx>
3. WHO | WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [citerad 13 februari 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut - Regeringen.se [Internet]. [citerad 25 februari 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2001/01/sou-20016/>
5. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning [Internet]. [citerad 12

- februari 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4>
6. Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner [Internet]. [citerad 26 februari 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-103-8>
 7. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 15 februari 2013;12:7.
 8. Socialstyrelsen - Termbank [Internet]. [citerad 26 februari 2017]. Tillgänglig vid: <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=s>
 9. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 04 mars 2006;332(7540):515–21.
 10. Murray MA, Fiset V, Young S, Kryworuchko J. Where the dying live: a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum*. januari 2009;36(1):69–77.
 11. Chvetzoff G, Garnier M, Pérol D, Devaux Y, Lancry L, Chvetzoff R, m.fl. Factors predicting home death for terminally ill cancer patients receiving hospital-based home care: the Lyon comprehensive cancer center experience. *J Pain Symptom Manage*. december 2005;30(6):528–35.
 12. Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med*. oktober 2004;18(7):585–93.
 13. Gomes B, Calanzani N, Koffman J, Higginson IJ. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Med*. 09 oktober 2015;13:235.
 14. Seow H, Brazil K, Sussman J, Pereira J, Marshall D, Austin PC, m.fl. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. *BMJ*. 06 juni 2014;348:g3496.
 15. Fernandes R, Braun KL, Ozawa J, Compton M, Guzman C, Somogyi-Zalud E. Home-based palliative care services for underserved populations. *J Palliat Med*. april 2010;13(4):413–9.
 16. Escobar Pinzón LC, Weber M, Claus M, Fischbeck S, Unrath M, Martini T, m.fl. Factors influencing place of death in Germany. *J Pain Symptom Manage*. maj 2011;41(5):893–903.
 17. Gill A, Laporte A, Coyte PC. Predictors of home death in palliative care patients: a critical literature review. *J Palliat Care*. 2013;29(2):113–8.

18. Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Bjordal K, Jannert M, Kaasa S. Characteristics and quality of life of patients who choose home care at the end of life. *J Pain Symptom Manage.* september 2008;36(3):217–27.
19. Cárdenas-Turanzas M, Torres-Vigil I, Tovalín-Ahumada H, Nates JL. Hospital versus home death: results from the Mexican Health and Aging Study. *J Pain Symptom Manage.* maj 2011;41(5):880–92.
20. Vårdprogram [Internet]. [citerad 12 februari 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/rehabilitering-och-palliativ-var/d/palliativ-var/d/vardprogram/>