

VIDEREUTDANNING I PALLIATIV OMSORG
FORDYPNINGSOPPGAVE VIU8432

**BRUK AV INDIVIDUELL PLAN I
PALLIATIV OMSORG**

FORFATTERE: ILONA TOTH, STINE THERESE PAULSETH

Dato: 04.05.2017

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Bruk av individuell plan i palliativ omsorg	Dato : 01.05.17
Deltaker(e)/	Ilona Toth Stine Therese Paulseth	
Veileder(e):	Astrid Rønsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Individuell plan, palliativ omsorg, tverrfaglig samarbeid, samhandling	
Antall ord: 8461	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Innledning: Individuell plan blir anbefalt som verktøy for å ivarta tverrfagelig samarbeid, og sikre overganger på tvers av tjenestenivå. Individuell plan er til tross for dette lite brukt, og vi har jobbet ut i fra følgende problemstilling: «<i>Hvilke faktorer påvirker bruk av individuell plan til pasienter i palliativ fase og hvilken betydning har en slik plan i samhandlingen mellom de forskjellige aktørene?</i>».</p> <p>Metode: Vi har gjort en litteraturstudie, der vi har søkt etter vitenskapelige artikler. Vi har kommet frem til et utvalg på 6 artikler, etter å ha vurdert deres relevans, pålitelighet og gyldighet.</p> <p>Resultat: Vi har kommet frem til følgende faktorer som påvirker bruk av individuell plan: Organisering og bruk av individuell plan som verktøy, kompetanse og kunnskap, tverrfaglig samarbeid, ansvar, tid, og koordinators rolle. Det kan virke til at individuell plan er mest betydningsfull for å sikre overganger mellom ulike tjenestenivå. Ingen av artiklene er tydelige i hvorvidt individuell plan påvirker samhandlingen utover dette.</p> <p>Drøfting: Vi ser at de forskjellige faktorene påvirker hverandre, og at spesielt kunnskap og kompetanse sees i sammenheng med alle.</p> <p>Konklusjon: Individuell plan er lite brukt, til tross for at det er tydelig anbefalt som verktøy. Våre funn må sees i sammenheng med begrensninger i oppgaven som litteraturstudie, og valgte artiklers metode og informanter. Vi har sett faktorer som påvirker bruk av individuell plan. Hvorvidt individuell plan har betydning for samhandlingen, er fortsatt uklart.</p>		

ABSTRACT

Title:	Use of individual plan in the work of palliative care	Date: 01.05.17
Participants/	Ilona Toth	
	Stine Therese Paulseth	
Supervisor(s)	Astrid Rønsen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Individual plan, palliative care, interdisciplinary team, cooperation.	
Number of words: 8461	Number of appendix: 3	Availability: open
<p>Introduction: Individual plan is recommended as a tool to take care of interdisciplinary cooperation, and ensure transitions across service levels. Individual plan is despite of this, little in use, and we have worked out from the following issue: <i>"What kind of factors is affecting the use of individual plan for patients in palliative care and how does this plan impact to the interaction between the different actors?"</i>.</p> <p>Method: We have done a literature study, where we have searched for scientific articles. We have arrived at a variety of 6 articles, after assessing their relevance, reliability and validity.</p> <p>Result: We have seen the following factors that affect the use of individual plan: Organisation and use of the individual plan as a tool, skills and knowledge, interdisciplinary cooperation, responsibility, time, and coordinators role. None of the articles are clear in whether it affects the interaction. It may seem that it is most significant to ensure the transitions between the various levels of service.</p> <p>Discussion: We see that the different factors influence each other, and that particular knowledge has an impact for all of them.</p> <p>Conclusion: The individual plan is in less of use, despite the fact that it is clearly recommended as a tool. Our findings must be viewed in the context of the limitations in the literature study, and the selected article method and informants. We have seen some factors that affect the use of the individual plan. Whether the individual plan is of importance for the interaction are still unclear.</p>		

INNHOLD

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Individuell plan	6
1.2 Hensikt og problemstilling	8
2.0 METODE	9
2.1 Litteraturstudie.....	9
2.2 Gjennomføring av litteratursøk	10
2.3 Valgte artikler.....	11
2.4 Utarbeidelse av resultat	14
3.0 RESULTAT.....	15
3.1 Individuell plan som verktøy og omfang av bruk.....	15
3.2 Organisering.....	16
3.3 Tverrfaglig samarbeid.....	17
3.4 Ansvar for utarbeidelse av plan	18
3.5 Koordinators rolle	18
3.6 Tid	19
3.7 Kompetanse, kunnskap og trygghet	20
4.0 DRØFTING	21
4.1 Individuell plan som verktøy, omfang, organisering og samhandling	21
4.2 Ansvar og koordinators rolle.....	25
4.3 Tid	26
4.5 Metodekritikk	28
5.0 KONKLUSJON	29
6.0 LITTERATURLISTE	30
VEDLEGG 1: Søkelogg	
VEDLEGG 2: Vurdering av artikler	
VEDLEGG 3: Funn av resultat.	

Antall ord: 8461

1.0 INNLEDNING

«Hospicefilosofien og dens verdier skal være grunnleggende i alle tilbud innen lindrende behandling på alle omsorgsnivåer. Dette innebærer at den som er alvorlig syk, blir ivaretatt som en hel person, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, og at de pårørende blir ivaretatt på en faglig god og omsorgsfull måte». Helsedirektoratet (2015 a s. 10).

Grønvold (2015) og Helsedirektoratet (2015b) skriver om hvordan palliativ omsorg er et stort og bredt område, som ivaretar både pasienten og dens nærmeste, med et helhetlig fokus. I følge Helsedirektoratet (2015a) handler dette om pasientens verdighet, det å bli sett, hørt, forstått, og inkludert som et menneske.

Grønvold (2015) og Helsedirektoratet (2015b) ser en tverrfaglig tilnærming som nødvendig uansett hvor pasienten mottar hjelp fra. Matthiesen og Brøndum (2016) forklarer tverrfaglighet som samarbeidet som dannes når forskjellige faggrupper organiserer seg i et fellesskap, innsatsen blir gitt av et felles mål. Det utvikles også felles hverdagsrutiner, samtidig som fagspesifikke oppgaver bevares. De skiller tverrfaglighet og flerfaglighet. Sistnevnte sees når forskjellige faggrupper koordineres, uten egentlig integrasjon og felles mål.

I følge Helsedirektoratet (2015b) er et av hovedmålene til Nasjonalt handlingsprogram for pasienter i kreftomsorgen tilgang til nødvendig kompetanse. Dette innebærer også koordinering av tjenester på tvers av nivå. Helsedirektoratet (2015a) trekker frem tilgang på ulike tjenester og helsepersonell med god kompetanse som en faktor som bidrar til trygghet for pasient og pårørende.

I sin rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt, skriver Helsedirektoratet (2015a), at for å kunne leve best mulig frem til sin død, er det nødvendig med samhandling i mellom tjenesteytere. Videre har de kommet frem til at det i kommunale helse og omsorgstjeneste er mangelfull kunnskap om kvaliteten på dette, og ser et behov for å utvikle og sikre samhandling mellom tjenestenivå.

1.1 Individuell plan

Helsedirektoratet (2015a) ser individuell plan som et verktøy for å bidra til en helhetlig og forutsigbar tjeneste, og at det er hensiktsmessig å sette i gang planarbeidet i tidlig palliativ fase. Rapporten viser dog at det blir gitt for lite tilbud om individuell plan. I følge Breimo m.fl. (2015), er det generelt mange kommuner som har liten erfaring med bruk av individuell plan, og det er liten oversikt over antall tjenestemottakere som har behov for individuell plan.

I følge Kjellevold (2013) og Breimo m.fl.(2015) er ikke individuell plan et mål i seg selv. Individuell plan ses som nevnt som et verktøy, der dens hovedmål er å bidra til større trygghet, forutsigbarhet, avklaring av ansvarsforhold, sikre bedre samarbeid, og samhandling i mellom tjenesteytere. Individuell plan skal bidra til å sikre pasienten et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette forutsetter at planarbeidet tar utgangspunkt i pasientens behov, verdier, forutsetning og omgivelser. I tillegg til punkter som nevnes ovenfor skriver Thommesen, Normann og Sandvin (2008) at individuell plan skal være med på å sikre pasienten en ansvarlig tjenesteyter til enhver tid.

Kjellevold (2013) skriver om hvordan individuell plan er regulert i blant annet Lov om helse og omsorgstjenester, og Lov om sosiale tjenester i Nav, videre er det gitt forskrifter som omhandler individuell plan. Lov om helse og omsorgstjenester har ifølge Kjellevold (2013) gitt personer med behov for langvarig og koordinert helsehjelp rett til individuell plan siden 2001. Individuell plan utløser ikke rettigheter til nye tjenester. Det er kommunens ansvar å utarbeide individuell plan. Det skal bare være en plan til en person, noe som krever informasjon og samarbeid på tvers av nivåer. Kommunen er ifølge Breimo m.fl. (2015) forpliktet til å etablere systemer som sikrer gode rutiner og tilstrekkelig informasjon for tildeling av individuell plan og koordinatører. Selve plandokumentet skal inneholde en beskrivelse av de tjenestene en person har behov for, hvem som har ansvar, og hvordan de er koordinert. I følge Thommesen, Normann og Sandvin (2008) er veileder til utarbeidelse av individuell plan tydelig på at planen skal være enkel, og ansvarsgruppemøte er ikke en nødvendig del av planen. Ved behov skal det utarbeides og henvises til egne fagplaner.

Thommesen, Normann og Sandvin (2008) viser at selv med tydelig lovverk og intensjon er det likevel ulike oppfatninger om hva individuell plan er, og hva som skal til for å navngi intervensjonen som individuell plan. De viser også at det er store variasjoner i hva som inngår i ordningen og hva som vektlegges. Kjellevold (2013) viser til at det brukes flere navn om individuell plan; tiltaksplan, omsorgsplan og pasientplan nevnes.

Breimo m.fl. (2015) skriver at i starten ble individuell plan sett i sammenheng med rehabilitering. Dette ser vi også tydelig i dag, der Helsedirektoratets (2017) veileder til individuell plan er en del av rehabilitering og habilitering. Ordningen med individuell plan fungerer i følge Breimo m.fl. (2015) under visse betingelser. De har intervjuet eiere av individuell plan, og det pekes spesielt på koordinators rolle. Betydningen av å ha en koordinator, som har oversikt og kontakter nødvendige instanser ses av større betydning enn selve planen. Videre viser de at selve planleggingen utgjør det viktigste ved planen. Selve planen ses i stor grad som en dokumentasjon.

Gruppe for kvalitetsutvikling i Sosial- og Helsetjenesten, GRUK (2005) har ledet et samarbeidsprosjekt i mellom Skien Kommune og Sykehuset Telemark. Målet var å sikre kontinuitet og samordning mellom i tjenestetilbudet til pasienter med sammensatte behov. Det ble utnevnt en personlig koordinator til hver pasient. Pasient og koordinator skulle i sammen komme frem til et mer sammenhengende, individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette gav grunnlag til å videre utarbeide individuell plan. De fleste av pasientene som deltok hadde kreft. De som deltok i prosjektet ble mer fornøyde, opplevd mer medvirkning og at behovene deres var stort sett dekket. Det ble laget en mal for tilpasset individuell plan, med tilhørende retningslinjer. Ved avslutning av prosjektet ble det fortsatt sett et behov for å fortsette arbeidet med individuell plan, og at det var en vei å gå før det ble en del av faste rutiner.

1.2 Hensikt og problemstilling

Vi har ønsket å se nærmere på tverrfaglig samarbeid og individuell plan. Tema er valgt med bakgrunn i at vi ser dette som stor del av palliativ omsorg, i tråd med nasjonale føringer. Hvilke faggrupper som er involvert og hvordan samarbeidet fungerer opplever vi varierende, og videre av stor betydning for den enkelte pasients opplevelse av ivaretagelse, trygghet og livskvalitet. Vi er en sykepleier og en ergoterapeut, som arbeider i samme kommune i forskjellige tjenester, henholdsvis sykehjem og fysio-ergoterapitjeneste. Selv har vi ingen erfaring i bruk av individuell plan til pasienter i palliativ fase. Vi har vært med på å tilby pasienter individuell plan, men de har takket nei. Vi har en formening om at individuell plan kan være med på å styrke samhandling og tydeliggjøring av ansvar. Samtidig lurer vi på om samhandlingen i mellom de forskjellige aktørene fungerer på samme måte uavhengig av en individuell plan.

Hensikten med studiet er å finne svar på hvilke faktorer som påvirker av bruk eller ikke bruk av individuell plan. Videre ønsker vi å se på hvilken betydning individuell plan har i samhandlingen mellom både pasient, pårørende og tjenesteytere, på tvers av både faggrupper og tjenestenivå. Vi har ut i fra dette kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilke faktorer påvirker bruk av individuell plan til pasienter i palliativ fase og hvilken betydning har en slik plan i samhandlingen mellom de forskjellige aktørene?

Helsedirektoratet (2015a) viser til Livshjelpsutredning, NOU 1999:2, der pasienter som anses å være i palliativ fase begrenses til å ha levetid mindre enn 9-12 måneder, og mange trenger en palliativ tilnærming tidligere enn dette. Kaasa (2016) skriver at pasienter som ikke kan kureres lenger vil gå over til en palliativ tilnærming. Dette skjer i forskjellige faser, fra livsforlengende behandling til palliativ symptomlindring, med overlapping av fasene. Vi tar utgangspunkt i ovenstående når vi ser på bruk av individuell plan til pasienter i palliativ fase.

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudie

Det er lagt føringer for at oppgaven skal være en litteraturstudie, med bruk av minimum fem aktuelle artikler basert på forskning. Forsberg og Wengstrøm (2015) viser ulike typer litteraturstudier. All forskning starter med en gjennomgang, for å få et overblikk, et overview. Dette omtales som en allment litteraturstudie, som beskriver kunnskapsgrunnlaget innen et gitt område.

Videre skriver Forsberg og Wengstrøm (2015) om systematisk litteraturstudie. Dette innebærer systematiske søk etter litteratur, vurdere funnene kritisk, og velge det som er relevant for problemstillingen. For å ha grunnlag til å kunne gjøre en vurdering og trekke slutninger må det være tilstrekkelig antall studier av god kvalitet. Dette skiller seg fra allment litteraturstudie ved avgrensning på søk, kritisk vurdering og analyse av resultat.

Ved vurdering om en artikkel er pålitelig, relevant og gyldig bør den i følge Dalland (2012) inneholde en tydelig struktur, med innledning, metode, resultat, drøfting/diskusjonsdel og konklusjon, en IMRAD struktur. Det bør være tydelig hva som er hensikten med studien, hvem som er forfatter, og hvilken bakgrunnsinformasjon de støtter seg til. Det bør vurderes om dette anses som pålitelig og videre gyldig informasjon.

Forsberg og Wengstrøm (2015) skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode for innhenting av data. Dette krever også forskjellige måter å granske artiklene på. Kvalitativ metode benyttes der hensikten er å beskrive eller tolke et fenomen, erfaringer eller opplevelser. Ved forskning der kvalitativ metode er benyttet er det faktorer en som forsker må være observant på, og videre kriterier å se på ved kritisk gransking av denne forskningen. Her viser de til kvaliteten på beskrivelsen av helheten, kvalitet i resultatdel, og rimelighetskriterier (validitet). Kvantitativ metode benyttes der hensikten er å finne bevis for hvilke rutiner, behandlingsmetoder etc, som for eksempel er til best nytte for pasienten eller andre. Ved kritisk gransking av artikler som har benyttet seg av kvantitativ metode bør man se på studiens hensikt, relevansen til dens problemstilling, utvalg, måleinstrument samt analyse og tolkning. Valg av metode for forskning er avhengig av problemstillingen. I tillegg kan metodene kombineres.

2.2 Gjennomføring av litteratursøk

Som bakgrunnskunnskap har vi benyttet litteratur og dokumenter vi har blitt kjent med gjennom studiet. I tillegg har vi gjort generelle søk fra midten av januar for å kunne se hva som er skrevet om temaet, og for å danne oss et ytterligere grunnlag. Ved de generelle søkene har vi brukt søkemotorer som google scholar, oria, sykepleien forskning, medline og kunnskapsegget.

For å finne frem til relevante og aktuelle artikler har vi foretatt systematisk søk i databasene Swemed+ og Cinahl. Søkord vi benyttet var: palliasjon, palliative pasienter, livets slutfase, begrenset levetid, uhelbredelige sykdommer, langvarige sykdommer, pasient, pårørende, pasienter i palliativ fase, palliativ omsorg, tverrfaglig samarbeid, samhandling, koordinerte tjenester, koordinering, profesjon, individuell plan, palliativ plan, erfaringer, oppfølging og kartlegging. Vi søkte også tilsvarende ord på engelsk. Vi kombinerte søkeordene med hverandre (se vedlegg 1). For å velge ut artikler ble de som ble ansett aktuelle etter tittel og videre abstrakt satt i eget skjema (se vedlegg 2). Skjemaet ble også brukt for å få system da flere av de samme artiklene ble funnet ved forskjellige søk. Med skjemaet fikk vi også oversikt for å se innhold, artiklenes metode, og at de fyller kriterier for å kunne benyttes ved en litteraturstudie. Ved gjennomgang av hver artikkel i skjemaet ble det vurdert om de fortsatt er aktuelle etter kriterier beskrevet ovenfor. Ut i fra vurderingene kom vi frem til valgte artikler som presenteres i eget kapittel.

Vi har inkludert all samhandling i mellom tjenesteytere som er i direkte kontakt med pasient og pårørende, da individuell plan skal dekke alle tjenesteområder. Siden igangsetting av individuell plan krever et langvarig behov, og koordinering av tjenester over tid, har vi ekskludert søkeresultat som angir terminal fase, og siste dagene inn mot denne. Vi har dermed ekskludert treff som omhandler «Livets siste dager» (tidligere Liverpool care pathway), og «advanced care planning». Vi har begrenset søkene til å gjelde nordiske forhold for å kunne ha best mulig overføringsverdi til vår hverdag.

Det viste seg at det var vanskelig å finne vitenskapelige forskningsartikler, da det ikke ser ut til å være større forskning rettet konkret mot problemstillingen, noe også rapporten til Helsedirektoratet (2015a) viser. Ved søk på «individuell plan» fikk vi flere treff (se vedlegg nr 1). De fleste ble utelatt da de ikke rettet seg mot vår problemstilling. Noen er også utelukket da

de ikke var forskningsartikler. De fleste vitenskapelige artikler som beskriver individuell plan, handler om pasienter med psykiske lidelser, og/eller habilitering/rehabilitering. Vi søkte også på hjemmesidene til kompetansesentrene for lindrende behandling, for å se om de viser til aktuell forskning som kan benyttes, uten å finne noe relevant. Søking av artikler ble avsluttet den 9/3-2017.

2.3 Valgte artikler

«*Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem. -sykepleieres erfaringer av samhandling*» skrevet av Nordsveen og Andershed (2015) publisert i Nordisk sygeplejeforskning. Studiens hensikt er å beskrive sykepleiernes erfaringer vedrørende overganger for pasienter med kreft mellom sykehus og hjemmet. Artikkelen er en kvalitativ studie, der sykepleiere med forskjellig erfaring i 3 kommuner i innlandet og på et lokalt sykehus er intervjuet i grupper på 5 personer, slik at de har 20 informanter. De opplyser ikke hvordan kommunene er organisert, eller hvilken avstand de har til sykehuset, noe vi antar har betydning for samhandlingen. De har kommet frem til hovedområder som er av betydning for å få til en vellykket overgang. Dette er felles møtearena, flyt i omsorgen, individuell plan, forståelse for hverandres arbeidsområder og kreftkoordinator og kreftsykepleiers rolle. Artikkelen konkluderer med at det er potensiale for å forbedre rutiner for utskrivelse for å sikre overganger. Artikkelen ser vi i stor grad som relevant, da den beskriver hva som påvirker samhandling ved overføring av pasienter, og hvilke fordeler og utfordringer individuell plan kan gi. Den viser ikke samhandling i mellom andre yrkesgrupper enn sykepleiere.

«*Sykepleiernes arbeid med individuell plan for krefttramma*» skrevet av Sægrov (2015), publisert i Sykepleien forskning. Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleiernes hindringer til utarbeidelse av individuell plan, til tross for at det er lovfestet og et stort behov. Studien har benyttet seg av metodetriangulering, der 100 sykepleiere var informanter, 68 sykepleiere og 35 ledere, fra både kommuner og sykehus. Studien har to deler. Første del er gjort med oppstart av opplæringsprogram og fokusgruppeintervju. Andre del er undersøkning med spørreskjema, som bygger på erfaringer fra opplæringsprogrammet. Studiens konklusjon er at for å få utarbeidet en individuell plan for pasienter med kreft kreves både kunnskap, tid og aksept fra kollegaene rundt, samt at sykepleiere føler seg trygge. Denne artikkelen ser vi meget

relevant ut i fra egen problemstilling. Vi kan se noen svakheter ved at det er bare sykepleiere og deres ledere som er intervjuet.

«*Nærståendes erfaringer av ett palliativt hemsjukvårdsteam*», Skrevet av Borstrand og Berg (2009), publisert i *Vård i Norden*. Artikkelenes hensikt er å se på pårørendes erfaringer med palliativt team i hjemmetjenesten. De har gjennomført intervju med 13 pårørende til pasienter som har fått hjelp av palliativt team i forkant av sin død hjemme. Artikkelen har fokus på tryggheten ved å ha et samlet team rundt seg, og kunne ha en ansvarlig kontaktperson. Den sier ikke noe om behov for individuell plan. Vi ser noen svakheter ved at det bare er intervjuet pårørende til pasienter som har dødd hjemme, da det kan tenkes at funnene kunne vært annerledes hos pårørende der pasientene uønsket har avsluttet livet på sykehus. Vi har valgt å ta med artikkelen da den beskriver betydningen av å ha et tverrfaglig samarbeid, med behov for tydeliggjøring av ansvar rundt pasienten.

«*Working with individual plans: users' perspectives on the challenges and conflicts of users' needs in health and social services*», skrevet av Langhammer m.fl. (2013), publisert i *Scandinavian journal of disability*. Artikkelen omhandler brukeres erfaringer med individuell plan. Det er gjort en metodetriangulering med innhenting av både kvalitativ og kvantitativ data. Informanter er brukere som har hatt individuell plan i forbindelse med rehabilitering, behov for koordinering av tjenester ved varig funksjonsnedsettelse. Det er ingen som har definert palliativ fase. Det er ikke beskrevet hvordan de har funnet informantene. De referer også til en studie de selv har gjort, der vi ser at de sannsynligvis har innhentet data fra de samme informantene, uten at dette kommer tydelig frem. Vi ser dette som en svakhet ved deres pålitelighet. Vi har valgt å ta den med da det er den eneste studien vi har sett som sier noe om brukernes egne erfaringer med individuell plan, som vi ser er av betydning for å kunne si noe om opplevelsen av individuell plan har påvirket samarbeidet i mellom tjeneste aktører. Vi tenker også at dette kan ha overføringsverdi til personer i palliativ fase. Artikkelen sier noe om hvilken betydning individuell plan har, og spesielt koordinators rolle.

«*Kreftkoordinatorers rolle i samhandlingsarbeidet i kreftomsorgen i norske kommuner*» skrevet av Syse og Moshina (2015), publisert i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Studiens formål var å beskrive erfaringene til kreftkoordinatorer i kommuner i forhold til samhandling, og belyse faktorer som kan påvirke samhandlingen mellom tjenestenivåene. De har benyttet seg av både kvalitativ og kvantitativ metode. Det ble startet med innhenting av grunnleggende data fra 6 informanter ved intervju, for så å bygge videre på denne informasjonen ved utarbeidelse av spørreguide til kvantitativ datainnsamling, der alle kreftkoordinatorer i hele Norge ble invitert til å delta. En av de 6 informantene ble anbefalt som en «best case study», noe vi ser kan ha hatt påvirkning på videre utvikling av spørreguide, og resultat. Artikkelen avslutter med at det på daværende tidspunkt var for tidlig å gjøre en konklusjon av nytten til kreftkoordinatorers arbeid. Vi har valgt å ta med artikkelen da den beskriver områder for samhandling i mellom tjenestenivå, og utfordringer som kan ses rundt dette.

«*Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen*» skrevet av Røgenes, Moen og Grov (2013), publisert i Klinisk sykepleie. Hensikten med studien var å kartlegge hvilke gitte områder sykepleierne ser som viktige i hjemmesykepleierens funksjon innenfor palliativ omsorg. De gjorde en kvantitativ undersøkelse, der 189 sykepleiere på Sørlandet fylte ut spørreskjemaer. Artikkelen fremhever samhandling, organisering, informasjon og kommunikasjon som viktige faktorer. Studien sier ikke noe om individuell plan, og det er heller ikke tema sykepleierne er spurt om. Det er dermed vanskelig å si om de ser dette som en faktor. At de ikke har tatt det med, anser vi også som et funn.

2.4 Utarbeidelse av resultat

Vi gikk videre i dybden på hver enkelt artikkel, i tillegg til å vurdere de kritisk, analyserte vi innholdet for å kunne finne resultat ut i fra problemstilling. Artikkene vi har funnet viser noen fellesnevner. Noen beskriver faktorer som er av betydning for individuell plan mer detaljert, og andre artikler setter fokus på samhandling. Organisering som begrep nevnes i alle artiklene i ulike perspektiver. Kompetanse, tid og trygghet, er også skrevet om i flere av artiklene, noen uavhengig av individuell plan. Vi laget oss en tabell som viser hvilke temaer som blir sett som aktuelle i forhold til problemstillingen (se vedlegg nr. 3). Videre laget vi oversikt, der temaene er satt i fokus og hvilke artikler som nevner disse, for å se hvor mye de forskjellige områdene blir omtalt (se fortsettelse vedlegg nr 3). Flere av områdene har innvirkning både som faktor for å utarbeide individuell plan, og hvorvidt det har betydning for samhandling i mellom de forskjellige aktørene. Vi har dermed valgt å se på disse i sammen. Vi har kommet frem til følgende områder vi ser nærmere på ved fremstilling av resultat:

1. Individuell plan som verktøy og omfang av bruk
2. Organisering
3. Tverrfaglig samarbeid
4. Ansvar for utarbeidelse av plan
5. Koordinators rolle
6. Kompetanse, kunnskap og trygghet
7. Tid

3.0 RESULTAT

3.1 Individuell plan som verktøy og omfang av bruk.

I Nordsveen og Andersheds (2015) drøfting blir individuell plan ansett som et godt verktøy for å sikre overganger. Videre i deres undersøkelse kommer det frem at sykepleierne i både sykehuset og kommunene sier at individuell plan er lite brukt. De på sykehuset får sjelden tilbakemelding om iverksatt individuell plan blir fulgt opp. De ønsker å bruke individuell plan mere og bli bedre til å initiere oppstart. Sægrov (2015) viser også til at lite bruk av individuell plan gjør yrkesutøvere utrygge i utarbeidelse. Sykepleierne som ble intervjuet rapportere også at de ikke er tilstrekkelig gode nok til å presentere individuell plan som et godt verktøy for pasientene. Det blir også nevnt at planens hensikt trenger større fokus.

Nordsveen og Andershed (2015) viser til gode erfaringer der individuell plan har vært i bruk. De som har individuell plan har som oftest sammensatt problematikk. Det nevnes også at planen bør være enkel i bruk, den bør være funksjonell, inneholde viktige navn og telefonnumre. Det finnes flere forskjellige planer, og noen er ikke tilpasset pasientgruppen. Det blir trukket frem som eksempel at det viktigste er at pasienten har en plan som følger seg, hvilken type plan det er ses av mindre betydning. Sægrov (2015) viser til at individuell plan blir ansett som et vanskelig verktøy i bruk. Langhammer m.fl. (2013) ser individuell plan som et nyttig verktøy det er viktig å arbeide med. Eierne av individuell plan føler at deres myndighet blir ivaretatt, de hadde selv «stemme» i prosessen, og de har blitt mer klar over sine egne rettigheter.

Langhammer m.fl. (2013) har blant annet sett på hvilke områder eierne av individuell plan strever med, og har kommet frem til at dette ikke er av betydning for hvorvidt individuell plan utarbeides. De som har hatt individuell plan og koordinator, har uttrykt at det var stor hjelp i mange situasjoner. Samtidig blir de fysiske vanskene en eier av individuell plan opplever i stor grad møtt ved bruk av individuell plan, eierne opplever i mindre grad å bli sett og møtt på de psykiske og sosiale områdene. Hvorvidt individuell plan påvirker opplevelsen av å bli sett og møtt blir ikke beskrevet.

3.2 Organisering

I følge Røgenes, Moen og Grov (2013) er organisering av arbeidet et viktig område. Dette ses i sammenheng med hvordan planlegging og organisering bidrar til en samlet tjeneste, der pasienten og dens nærmeste opplever smidige overganger. I følge Nordsvæen og Andershed (2015) kjenner ikke sykepleierne godt nok til hvordan organiseringen av andres tjenester fungerer. Videre trekker de inn behov for å ha forståelse for hverandres hverdag. De ser det som nødvendig med god flyt i omsorgen som gis på tvers av nivåer den ytes. God flyt ses som en trygghet for alle involverte. Palliativt team på sykehuset nevnes som en viktig part, da de bidrar til å sikre kontinuitet, som igjen gir trygghet for både pasient, pårørende og personalet. De som er intervjuet ønsker felles møtearenaer og samarbeidsmøter for å sikre gode overganger, her sees det også et forbedringspotensiale.

Ved undersøkelsen Sægvog (2015) har gjort kommer det frem at utarbeidelse av individuell plan for de som har kreft, ikke er en arbeidsoppgave på lik linje med andre oppgaver i hverdagen. Hun har også stilt spørsmål om plikt til å innfri rett til individuell plan skal være en ordre, på dette har 63% svarte ja, 14% nei og de resterende 23 prosentene var usikre.

Langhammer m.fl (2013) viser et par eksempler som har opplevd å ikke få tilstrekkelig hjelp, og som har kjempet mot systemet. På grunn av tilgang til tjenester, tjenestetilbud og samhandling flyttet de til andre kommuner.

3.3 Tverrfaglig samarbeid

I undersøkelsen til Sægrov (2015) kommer samarbeid frem som en av faktorene som har størst innvirkning for å kunne innfri retten til individuell plan. Det blir også trukket frem en uttalelse om at det meste av planleggingen rundt den enkelte pasienten skjer uavhengig av individuell plan.

Sægrov (2015) og Nordsveen og Andershed (2015) er tydelige på at det må være fokus på brukermedvirkning og god samhandling mellom pasient og tjenesteytere. Sægrov (2015) har spurt sine informanter om hvordan samarbeidet i mellom sykehus og kommune blir oppfattet i forhold til pasienter med kreft, 62% svarer at de opplever dette som godt, 34% svarer som mye godt og 2% som mindre godt. Svarene i fra denne undersøkelsen blir ikke sett helt i samsvar med en større landsomfattende undersøkelse med pasienter med kreft der samhandling mellom kommuner og sykehus blir etterlyst.

Røgenes, Moen og Grov (2013) viser at det rapporteres om større grad av samarbeid med andre faggrupper hos sykepleiere som er eldre, de som har videreutdanning og de som er nettverksmedlemmer. Det ser ut til at det rapporteres om relativt lav score for hvorvidt det samarbeides med prest, sosionom og fysioterapeut som er konkrete spørsmål i undersøkelsen. På spørsmål om samarbeid med pasienten går greit, er scoren høy. Syse og Moshina (2015) viser også at kreftkoordinatorer i kommunen scorer forskjellig på hvordan de opplever samarbeid, etter hvor lenge de har jobbet. De som har jobbet fem år eller lengre oppgir bedre kommunikasjon med fastleger og NAV. Kreftkoordinatorerne etterlyste bedre samarbeid med sykehus, koordinerende enheter i kommunen, NAV, helsesøstre, sosialarbeidere med flere.

De pårørende Borstrand og Berg (2009) har intervjuet opplevde at personalet i det palliative teamet var samspilte. De hadde en god kommunikasjon, og rapportering personalet seg imellom, som kom pasient og pårørende til gode. Det var av stor betydning at lege og sykepleier jobbet i par. Det palliative teamet sikret kontinuitet, støtte og trygghet for pasient og pårørende. Langhammer m.fl. (2013) viser også eksempel på at eierne av individuell plan opplevde å bli møtt i gjennom kommunikasjon, og samarbeid i mellom de aktuelle aktørene.

3.4 Ansvar for utarbeidelse av plan

Som vi også skriver innledningsvis, henviser Sægrov (2015) til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er kommunens ansvar å utarbeide individuell plan til den enkelte og videre følge opp planen til pasienter som har behov for helsetilbud. Som skrevet ovenfor er det stor svarprosent vedrørende behov for at individuell plan skal være en ordre i arbeidsinstruksjon. Sægrov (2015) konkluderer med at mange av sykepleierne ikke er klar over at de har et lovfestet ansvar selv for å utarbeide individuell plan. Nordsveen og Andershed (2015) har sett at sykepleierne på sykehuset mener ansvaret for å utarbeide en individuell plan bør være kommunens ansvar. De fleste av informantene til Langhammer m.fl (2013) har fått tilbud om individuell plan av tjenesteytere, pårørende har vært initiativtakere til 2, og en informant har selv bedt om individuell plan.

Borstrand og Berg (2009) kom frem til at pårørende til pasienten opplever et stort ansvar. Ved å ha et palliativt team rundt seg fikk de noen å dele ansvaret med, som opplevdes betryggende. Pårørende opplyste at de hadde en perm med oversikt på ansvarlige personer rundt pasienten, som skapte trygghet.

3.5 Koordinators rolle

I artiklene vi har sett på blir det trukket frem både hvilken rolle kreftkoordinator har på et overordnet plan i kommunen, og betydningen av å ha en koordinator for sin egen individuelle plan. Vi har valgt å ta med begge deler, da vi ser at dette påvirker hverandre.

Nordsveen og Andershed (2015) trekker frem at kreftkoordinator i kommunen har en viktig rolle og blir ansett som bindeledd mellom sykehuset og kommunen. De har oversikt på sin kommune, og sine pasienter. Sykepleierne på sykehuset synes det er lettere å sikre gode utskrivelser når de har en ansvarlig kreftkoordinator i kommunen å forholde seg til. Det er de som deltar på møter og planleggingen før utskrivelse, og møter pasient og pårørende først. Av betydning nevnes behov for at kreftkoordinator er på jobb daglig. Det er kreftkoordinatoren som sikrer kontinuiteten, og den tverrfaglige oppfølgingen ved utskrivelse. I tillegg har de spesialkompetanse som de deler med både pasient, pårørende og helsepersonellet.

Syse og Moshina (2015) har kommet frem til at kreftkoordinatorer i hovedsak jobber med direkte kontakt med pasienter og pårørende. Kreftkoordinatorerne gir også veiledning til pasient, pårørende og helsepersonell. Videre har koordinator ansvar for å samhandle med helsepersonell både på sykehuset, poliklinikker, palliative team og enheter, fastleger, og NAV. Samarbeidet internt i en instans ses å være enklere enn på tvers av nivåer og sektorer. Å kontakte kreftkoordinator er et lavterskeltilbud, og kreftkoordinatorerne nevner at det er ofte pasienter som kontakter dem. I konklusjonen nevnes at kreftkoordinatorer har bidratt til at koordinering av tjenester rundt pasienter med kreft har blitt bedre. Røgenes, Moen og Grov (2013) nevner at koordinering av tjenester kan bidra til trygghet og kontinuitet. Det er de yngre sykepleierne som er mest observant på koordinatorfunksjonen. Hos de fleste blir det også oppnevnt en kontaktsykepleier som har særskilt ansvar for å koordinere omsorgen for den døende pasienten.

Langhammer m.fl. (2013) viser hvordan sine informanter anser koordinator for individuell plan som en døråpner. De fleste opplever møtene med sin koordinator som støttende, samtidig som det er en påminnelse om at de ikke er i stand til å leve uavhengig av hjelp. Borstrand og Berg (2009) trekker frem den pasientansvarlige sykepleierens rolle, og betydningen av at vedkommende kom ofte innom. Pasient og pårørende opplevde denne som en god hjelper til det meste.

3.6 Tid

Sægrov (2015) konkluderer med at tilstrekkelig tid er en betydelig faktor for å kunne utarbeide individuell plan. Det krever tid å starte opp plan, og det er behov for aksept fra kollegaer på å bruke tid til dette. Omtrent halvparten av de spurte opplever at det er aksept fra kollegaer, en tredjedel er usikre, resterende opplever dette i mindre grad. Også Nordsveen og Andershed (2015) nevner at arbeidet med individuell plan kan oppleves tidkrevende, og blir ansett som ekstra arbeid for personalet. Ufullstendige utskrivelser fra sykehus gjør at hjemmesykepleien må bruke ekstra tid til å ordne oppgaver og praktiske ting rundt pasienten. De siterer også en sykepleier som mener individuell plan kan være tidsbesparende. Personell fra hjemmetjenesten opplever overgangen mellom sykehus og hjem blir bedre når de får tid til forberedelse.

Borstrand og Berg (2009) trekker frem bruk av tid på det første møtet med pasient, pårørende og det palliative teamet i hjemmetjenesten. Pårørende opplevde det betydningsfullt å bruke tid på å bli kjent. Langhammer m.fl (2013) viser en tabell med sine informanter og hvor lang tid det har tatt fra behov for koordinering av tjenester oppsto, til de har fått tilbud om individuell plan. Flere av informantene har hatt behov for helsetjenester i flere år, uten å ha hatt individuell plan.

3.7 Kompetanse, kunnskap og trygghet

I Sægrovs (2015) studie blir kunnskap om individuell plan sett som en forutsetning for å lykkes med å innfri den lovfestede retten pasienten har. Videre er opplæring i bruk av individuell plan viktig. Informantene i studien nevner mangel på kunnskap som en av grunnene til at individuell plan ikke blir utarbeidet. På spørsmål om sykepleierne følte seg trygge nok i arbeidet med individuell plan svarte store deler enten i mindre grad eller i for liten grad. Dette i sammenheng med at kunnskap gir trygghet. De ble også spurt om det er en større utfordring å utarbeide individuell plan for pasienter med kreft enn for pasienter med andre diagnoser. På dette svarte omtrent en tredjedel ja, noe høyere andel svarte nei, og omtrent 20 prosent var usikre. I følge Røgenes, Moen og Grov (2013) har sykepleiere med lang erfaring eller videreutdanning bedre kompetanse. De har sett at sykepleiere som har jobbet i flere år og de som har videreutdanning føler seg tryggere i utførelsen av sitt arbeide.

Borstrand og Berg (2009) og Nordsveen og Andershed (2015) nevner behovet for tilgjengelig kompetanse. Informantene til Nordsveen og Andershed (2015) ser spesielt en utfordring ved utskrivelse til hjemmet på helg. I tillegg til kompetent personale er det også behov for nødvendig utstyr, og opplæring av dette. Det nevnes også at det kan oppleves som kaotisk for pasienten når mange er innom på opplæring. Det er heller ikke alle pasienter og deres nærmeste som vet hvilken hjelp det er mulig å få hjemme, som ses av betydning for å muliggjøre eventuell hjemreise fra sykehus.

Langhammer m.fl. (2013) viser hvordan eierne av individuell plan anser koordinators kompetanse av betydning. Koordinators kunnskap om helsesystemet ble spesielt trukket frem

4.0 DRØFTING

I dette kapitlet ser vi nærmere på områdene som er kommet frem i resultatdelen. Vi ser at spesielt kunnskap om individuell plan er overordnet og har innflytelse i alle faktorer. Vi setter dermed kunnskap og kompetanse i sammenheng med de forskjellige faktorene i stedet for eget kapittel.

4.1 Individuell plan som verktøy, omfang, organisering og samhandling

Vi har valgt å se på disse områdene samlet, da vi ser at de i stor grad henger sammen. Hvordan det organisatorisk er tilrettelagt for samarbeid, om det er faste team rundt hver enkelt pasient, og hvorvidt det er rammer for å bruke tid til planarbeid, ser vi av betydning for både behov for individuell plan og hvorvidt det blir utarbeidet, noe også GRUK (2005) sin rapport viser. Langhammer m.fl. (2013) har som nevnt intervjuet personer som har individuell plan. To av informantene flyttet da de opplevde tjenestetilbudet i sin hjemkommune som utilstrekkelig. Vi ser dette i sammenheng med hvordan hver enkelt kommune organiserer tjenestetilbudene, hvilke tjenester pasientene har tilgang til og hvilke tjenester som trenger å koordineres. GRUK (2005) viser som nevnt at pasientene var fornøyd med å ha individuell plan, og opplevde et mer helhetlig tjenestetilbud. Samtidig ser vi at prosjektet i seg selv kan ha gjort tjenesteyterne mer observant på samhandling generelt, og at pasientenes opplevelser av samhandling kanskje hadde blitt den samme uavhengig av den individuelle planen.

Der det er godt samspill i mellom de forskjellige yrkesgruppene, gjerne tverrfaglige team nevnes ikke behov for individuell plan, som i artikkelen til Borstrand og Berg (2009). Ved slik organisering kan det virke til at samarbeidet i mellom ulike faggrupper er koordinert, og dermed blir behovet for individuell plan mindre. Vi tenker at det sannsynligvis vil være et større behov for individuell plan der det arbeides med en flerfaglig tilnærming.

Vi har som nevnt opplevd at pasienter har takket nei til individuell plan når de har opplevd systemet, og tjenestene som samkjørte, og dermed ikke selv opplevd et behov for individuell plan. Vi undrer oss over om individuell plan da er et verktøy for pasienten for å ha oversikt rundt seg, eller for oss som tjenesteytere for å ha kontroll på hvem som er involvert i den enkelte? Kan dette i såfall ivaretas med de journalsystemene man allerede har? Kjellevold (2013) er tydelig på at det bare skal være en individuell plan for en person, som krever informasjon og samarbeid på tvers av nivåer. Samarbeidet på tvers av nivå tenker vi er avhengig av å ha felles arenaer det er mulig å kommunisere på. Det er ikke alltid felles journalsystem, som ivaretar felles informasjon. De siste årene har vi opplevd økt bruk av elektroniske meldinger på tvers av de forskjellige systemene, som vi ser har lettet arbeidet noe. Vi ser at det er avhengig av hvilken informasjon som blir etterspurt og hva som blir gitt. Som nevnt ser vi behov for at det er fokus på om pasienten har individuell plan, eventuelt iverksetting av det, og videre oppfølging. Vi tenker at det hjelper lite om pasienten har individuell plan dersom ny tjenesteyter ikke vet om denne, eller den ikke blir fulgt opp. Da kan det bli ekstra belastning for pasient og pårørende, ved at det er et tiltak som ikke blir fulgt opp kan skape utrygghet og misnøye.

Som skrevet i resultatdel viser Nordsveen og Andershed (2015) et ønske fra sine informanter om tettere samarbeid i mellom sykehus og kommune, ved utskrivelser fra sykehus. Palliativt team nevnes som et bindeledd som bidrar til å sikre kontinuitet. Vi ser palliativt team som en ekstra kompetanse som har god oversikt, og kan organisere rundt pasienten. Samtidig lurer vi på om det kan bli en ekstra part for pasienten å forholde seg til. Er det da tydelig for pasienten, pårørende og aktuelle tjenesteytere hvem har ansvar for hva?

I følge Nordsveen og Andershed (2015) er det ønskelig med felles møtearenaer og samarbeidsmøter ved utskrivelser fra sykehus. Vi ser at det kan skape god flyt ved overganger der man har hatt et samarbeidsmøte i forkant. Vi tenker også at hvorvidt dette er mulig å få til er avhengig av fysisk nærhet i mellom sykehuset og kommunen. Vi ser dette som vanskelig å følge opp der det er langt å kjøre i mellom hjemsted og sykehuset. Vi tenker dermed at det er nødvendig å ha gode rutiner som sikrer gode overganger uavhengig av felles møtested, og samarbeidsmøter. Her ser vi individuell plan kan være med å bidra. I denne planen kan pasienten ha skrevet opp hvilke tjenester og hvor mye hjelp vedkommende har hjemme, hvem

som er ansvarlig, og hvilket utstyr/hjelpemidler som er tilgjengelig. Med dette har sykehuset mulighet å skaffe seg oversikt, og dermed kunne vurdere om det er behov for endringer i tjenestetilbudet for å kunne reise hjem. Sykehuset kan samtidig føre opp hvilken avdeling pasienten er knyttet til, og hvem som kan kontaktes på sykehuset for spørsmål når pasienten er kommet hjem. Ut i fra ovenstående ser vi også at man kan forebygge det Nordsveen og Andershed (2015) skriver om raske og kaotiske utskrivelser på ettermiddag og helg, når det er vanskelig å få tak i tilgjengelig personale og utstyr. Vi tenker at individuell plan kan føre til bedre oversikt og dermed større forståelse for hverandres hverdag, som blir etterlyst. Overganger her ser vi også kan være overgang mellom sykehjem og hjem. For at individuell plan skal kunne være med å bidra til å sikre overganger i mellom tjenestenivå, ser vi det som nødvendig at de forskjellige tjenestenivåene har kunnskap om, og fokus på individuell plan.

Hvordan selve utformingen av individuell plan er, ser vi også som en del av det organisatoriske. Som både Kjellevold (2013) og Nordsveen og Andershed (2015) skriver eksisterer det forskjellige planer. I egen kommune er det 2 forskjellige maler for individuell plan, en ordinær som er til personer i rehabilitering, habilitering og behov for koordinering av tjenestetilbud med funksjonsnedsettelse, og egen plan til pasienter som mottar et palliativt tilbud. Thommesen, Normann og Sandvin (2008) har fokus på at selve planen skal være enkel, og uavhengig av diagnose. Når Røgenes, Moen og Grov (2013) sine informanter oppgir at planen er vanskelig i bruk, lurer vi på om det overordnet er laget for avanserte maler? Vi lurer også på om det er for stort fokus på selve planen, og ikke dens hensikt slik Thommesen, Normann og Sandvin (2008) og Breimo m.fl. (2015) også er tydelige på. Vi undrer oss også på om det kan være vanskeligere å presentere en «palliativ plan» enn en individuell plan. Borstrand og Berg (2009) nevner også at pasienter og pårørende reagerte når de fikk presentert et palliativt team, etter deres tittel. Da tenker vi at den individuelle planens tittel kan ha en betydning for hvorvidt den blir tatt i bruk.

Borstrand og Berg (2009) trekker frem en perm der pasient og pårørende hadde oversikt over kontaktpersoner og telefonnumre, slik at de hadde kontroll på hvem de kunne kontakte når. For oss ser dette ut til å være deler av en individuell plan, der pasienten har faste kontaktpersoner med sine ansvarsområder. Samtidig lurer vi på om et tverrfaglig team ved en instans er tilstrekkelig til å trygge overganger i mellom forskjellige instanser? For eksempel ved overføring mellom sykehus, hjem og sykehjem. Vi har selv flere ganger hørt pasienter og pårørende snakke om hvordan de forskjellige aktørene tilhørende forskjellige steder ikke samhandler. Dette gjør at de blir frustrerte, og føler seg utrygge i en allerede vanskelig situasjon.

Det vises innledningsvis at kommunen er ansvarlig for å etablere systemer som sikrer utarbeidelse av individuell plan. Vi tenker at det også handler om å gjøre interne systemer kjent for alle ansatte, slik at de kan følge opp når sykehuset melder om behov eller de avdekker det selv. Hvordan kommunene har lagt til rette for bruk av individuell plan, og gjort dette kjent kommer ikke frem i resultatdelen. Når individuell plan er lite brukt, stiller vi også spørsmål ved om det er lite kultur for å utarbeide individuell plan, og at det ikke er avsatt tid til dette? Vi ser dette som en del av rammer som må ligge til grunn for at det skal være rom og tid for å starte opp individuell plan. Sægrov (2015) viser at individuell plan ikke blir ansett som en arbeidsoppgave på lik linje med andre. Vi tenker at dersom det hadde vært større fokus på individuell plan på den enkelte arbeidsplass, og det hadde vært kultur for å snakke om det som et positivt tiltak kunne det vært flere pasienter som hadde hatt individuell plan. Vi tenker at dette ville gjort personalet tryggere i bruk av individuell plan og gitt ringvirkninger videre, i form av økt bruk.

4.2 Ansvar og koordinators rolle

For å utarbeide individuell plan, ser vi det som nødvendig at noen faktisk tar ansvar for å iverksette dette som tiltak. Kjellevold (2013) og Breimo m.fl. (2015) er tydelig på at dette er kommunens ansvar. I følge Andershed og Nordsveen(2015) mener også sykepleiere på sykehuset at dette bør være kommunens ansvar. Vi lurer imidlertid på hvem i kommunen som tar initiativ til utarbeidelse individuell plan til den enkelte pasient? Hva med når sykehuset er de som kommer først i kontakt med pasienten, initierer de oppstart av individuell plan ved utskrivelse? Vi ser at dette er noe uklart, og dermed avhengig av at den enkelte tjenesteyter skal initiere til oppstart. Dette krever at den enkelte kjenner til sitt ansvar, noe Sægrov (2015) viser at sykepleiere ofte ikke vet at de har. Flertallet mener det burde være en tydelig arbeidsoppgave ved en arbeidsinstruksjon. Vi lurer på om det er nødvendig med en egen arbeidsinstruksjon når dette er så tydelig i lovverket, og lurer dermed på om dette da dreier seg om kunnskap om lovverket. Vi kan imidlertid se at for å sikre at den enkelte tjenesteyter har ansvar for utarbeidelse og oppfølging av planen kan dette tydeliggjøres ved prosedyrer. Vi tenker også at hver enkelt tjenesteyter må ha kjennskap til hvordan individuell plan er organisert i sin kommune. Uten et tydelige arbeidsinstruksjoner og gode systemer for individuell plan ser vi at dette kan falle ut som arbeidsoppgave. Det kan være lett å tenke at det er noen andre som tar tak i dette behovet.

I følge Syse og Moshina (2015) har Kreftforeningen i 2012 tatt initiativ til å opprette egne stillinger som kreftkoordinatorer i kommunene. Videre nevnes det at kreftkoordinator har ansvar for å koordinere tjenester og tilbud til kreftsyke og deres pårørende, skape gode rutiner og systemer for kreftomsorgen. Med dette kan det ses ut til at behovet for koordineringen rundt den enkelte pasient som har kreft blir ivaretatt. Som det nevnes innledningsvis ser Breimo m.fl. (2015) koordinators rolle i arbeidet med individuell plan som det viktigste. Kreftkoordinator er som nevnt i flere artikler kjent med kommunen, systemet og flere av pasientene. Dette ses av stor betydning for utøvelse av dens arbeid, og kontinuiteten rundt pasienten. Vi lurer også på hvordan dette løses av kommuner, hvor det ikke finnes kreftkoordinator? Og hva med de pasientene som ikke har en kreftdiagnose? Vi ser at pasienter i palliativ fase som ikke har kreft kan falle utenfor. Ettersom de fleste av artiklene vi har kommet frem til dreier seg om pasienter med kreft, virker det til å være lite fokus på samhandling i palliasjon ved andre sykdommer.

Langhammer m.fl (2013) skriver om nødvendigheten av at koordinator for individuell plan har kunnskap om systemet og fungerer som en døråpner for pasienten. Breimo m.fl. (2015) viser til at når koordinatoren har kjennskap til de ulike instansene, har oversikt på hvem som skal kontaktes når, skaper det trygghet og gir muligheter for pasient og pårørende. Vi ser også som nevnt tidligere at dette kan være tidsbesparende. Samtidig ser vi også at dersom koordinator blir utnevnt uten å ha kjennskap til hvordan individuell plan skal følges opp, kan det skape en falsk trygghet for pasient og pårørende og dermed også større frustrasjoner.

4.3 Tid

Fremstillingen av informantene til Langhammer m.fl. (2013) viser tydelig at det tar tid å erkjenne behov for individuell plan og videre igangsetting. Vi anser tiden som spesielt viktig til pasienter i siste fasen av livet. Tiden er sårbar og dyrebar. Tiden er også viktig for pårørende da de vil utnytte den med sine kjære på en mest mulig verdifull måte. Tiden anser vi som viktig for helsepersonellet også. Tid til å forberede seg til å tilrettelegge hjemmet til en pasient som ønsker å dø hjemme, tid til å skaffe seg kunnskap og erfaring, tid til møter, samtaler, hjemmebesøk, og ikke minst til å utarbeide planer som er forutsigbare for pasienter og pårørende.

Pasienter med uhelbredelige sykdommer lever lengre i dag, enn de har gjort før, og vi tenker at det er viktig at den palliative fasen erkjennes på et tidlig tidspunkt. Når aktiv behandling avsluttes, kan det være for sent å starte opp med individuell plan. Helsedirektoratet(2015a) anbefaler som nevnt at individuell plan startes tidlig i det palliative forløpet. Vi tenker at for å starte opp med individuell plan må det også være et reelt behov for koordinering av tjenester, her ser vi dermed at timing for oppstart av individuell plan spiller en stor rolle. Planarbeidet kan ikke startes for tidlig når det ikke er behov for koordinering av tjenester, det kan heller ikke startes for sent, og for nærme terminal fase, dersom det skal være aktuelt å iverksette individuell plan som tiltak.

Tid har blitt nevnt som en faktor som blant annet hindrer sykepleiere til å utarbeide individuell plan. Nesten halvparten av informantene til Sægrov (2015) sier at de trenger tid til oppstart av individuell plan, og videre planarbeid. Noen sier også at planleggingen skjer uavhengig av å starte individuell plan, og dermed kan individuell plan ses som ekstra arbeid som krever tid. Samtidig viser Nordsveen og Andershed (2015) at ved god planlegging med hjelp av individuell plan kan tid spares. Vi tenker at om man bruker tid i starten på å utarbeide en individuell plan kan man senere spare tid på å slippe å innhente denne informasjonen på nytt, dette tenker vi gjelder spesielt ved overganger i mellom tjenestenivå.

Når Sægrov (2015) viser til at 1 av 3 er usikre på om de har aksept fra andre kollegaer på å bruke tid på individuell plan tenker vi at det også handler om kunnskap i kollegagruppen. Vi lurer på om de da har kunnskap om individuell plan som verktøy, om det er behov for endring av holdninger eller om det er behov for å kunne sette større fokus på individuell plan som en likestilt arbeidsoppgave.

Langhammer m.fl. (2013) viser til at det er behov for god tid ved førstegangssamtale for oppstart av individuell plan. Vi tror ikke de gode samtalene kan gjennomføres på få minutter hvis man skal bli kjent med pasienter og deres behov. Det å ha samtale med pasienten og pårørende krever tid. Som nevnt før, denne tiden er spesielt sårbar, og mange viktige og vanskelige spørsmål dukker opp. Pasient og pårørende kan ha et stort behov for å snakke, noen er usikre, noen har mange spørsmål, og noen er redde. Vi tenker at det uavhengig av individuell plan er behov for å ha mulighet til å frigjøre seg tid til viktige samtaler. Vi lurer på om tiden som allerede brukes til å bli kjent med pasient og pårørende kan benyttes som bakgrunn til å utarbeide individuell plan, slik det ble gjort i prosjektet til GRUK (2005). Handler det da videre om kunnskap om individuell plan, om holdninger til å starte opp, og gi aksept for at det brukes tid på dette?

4.5 Metodekritikk

Som vi nevnte i metodekapittelet, er det få vitenskapelig artikler direkte rettet mot problemstillingen vår, og litteraturstudie som metode har gitt noen begrensninger. Samtidig ønsket vi å begrense oss til nordiske forhold, som vi tenker står nærmest til vår arbeidshverdag. Kanskje kunne andre søkeord, eller bruk av flere databaser gitt flere treff.

Artiklene vi har valgt har sine begrensninger som vist i metodedelen. Bare to av artiklene har tema knyttet direkte mot problemstillingen, begge har intervjuet sykepleiere, og begge har konsentrert seg om pasienter med kreft. Funn av resultat kan være påvirket av dette, og vi ser at det kan ha blitt andre funn dersom flere yrkesgrupper hadde vært intervjuet, og fokus hadde vært pasienter med forskjellige diagnoser. Fra artiklene trekkes det også frem uttalelser fra enkeltpersoner som er usikkert om har gyldighet for resten av populasjonen. De andre artiklene har vi trukket ut deler ifra, og vi ser at det kan miste sin sammenheng når vi trekker deres funn ut av sin kontekst. Siden de ikke retter seg direkte mot individuell plan, har de også gitt rom for tolkninger som kan være upresise. En artikkel retter seg mot individuell plan, men ikke pasienter som er i palliativ fase. Det kan være at deres opplevelser av helsetilbudet og samhandlingen oppleves forskjellig. Våre funn må sees i sammenheng med begrensninger i oppgaven som litteraturstudie, og valgte artiklers metode og informanter. Funnene kan også være påvirket av våre forforståelser.

5.0 KONKLUSJON

Vi har sett at individuell plan blir lite brukt til pasienter i palliativ fase, samtidig som individuell plan blir anbefalt som verktøy. Av faktorer som påvirker bruk av individuell plan har vi kommet frem til kompetanse og kunnskap, organisering av samhandling og det tverrfaglige samarbeidet, individuell plan som verktøy, ansvar, tid og koordinators rolle. Vi ser at faktorene flyter i hverandre og påvirker hverandre. Kunnskap om individuell plan ser vi som nødvendig både ved utarbeidelse av systemer som legger til rette for bruk av individuell plan, og hos den enkelte som arbeider rundt pasienten. Det kreves ekstra kompetanse som koordinator for individuell plan, både om rollen som koordinator og kunnskap om helsesystemet ellers for å kunne være en døråpner for pasienten.

Hvordan tjenestene rundt den enkelte er organisert og hvordan samarbeidet fungerer ser vi som nevnt av betydning for hvorvidt det faktisk er behov for individuell plan, og videre hvordan det legges til rette for utarbeidelse. Tid til å utarbeide plan og forståelse for å bruke tid til planarbeid blir trukket frem av betydning, samtidig som det også blir sett som tidsbesparende for senere intervensjon med pasienten. Det sees som nødvendig at noen tar ansvar for utarbeidelse av plan, og videre oppfølging av denne.

Hvorvidt individuell plan påvirker samarbeidet i mellom de forskjellige tjenesteaktørene, og dermed hvilken betydning det har for samhandlingen har vi ikke funnet tydelige svar på. Det nevnes i vår resultatdel at planleggingen rundt den enkelte pasient skjer uavhengig av individuell plan, mens andre trekker frem at en slik plan bidrar til å gjøre den enkelte tjenesteyter ansvarlig. Helsepersonell opplever individuell plan som et nyttig verktøy der det har vært i bruk. Individuell plan gjør at pasienten får sin egen koordinator som sees av størst betydning for den enkelte pasient og dens pårørende. Det kan virke til at individuell plan kan være med på å sikre overganger i mellom forskjellige tjenestenivå. Individuell plan kan bidra til mer fokus på samhandling, og planleggingen rundt pasienter som er i palliativ fase. Vi ser at for å få tydelig svar på hvilken betydning individuell plan har for samhandlingen i mellom de forskjellige tjenesteaktørene, må det undersøkes nærmere med en egnet studie. Vi ser et behov for videre forskning på bruk av individuell plan og erfaringer rundt dette til pasienter i palliativ fase.

6.0 LITTERATURLISTE

Borstrand, I. og Berg, L. (2009). «Närståendes erfarenheter av ett palliativt hemsjukvårdsteam». I *Vård i Norden* nr 4. publ.nr.94 Vol 29. s 15-19. Tilgjengelig fra:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/010740830902900404?journalCode=njna>

(Hentet: 17.03.17)

Breimo m.fl.(2015). *Individuell plan, samspill og unoter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* 5 utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4.utgave. Stockholm: Natur & Kultur.

GRUK (2005) *Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende. Erfaringer og resultater fra Skien Kommune og Sykehuset Telemark*. (Rapport nr. 1- 2005) Tilgjengelig fra:

[https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/seksjonsvis-inndeling/seksjon-for-kvalitetsutvikling/nr-1-2005-koordinert-hjelp-til-palliative-kreftpasienter-og-deres-](https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/seksjonsvis-inndeling/seksjon-for-kvalitetsutvikling/nr-1-2005-koordinert-hjelp-til-palliative-kreftpasienter-og-deres-parorende.pdf)

[parorende.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/seksjonsvis-inndeling/seksjon-for-kvalitetsutvikling/nr-1-2005-koordinert-hjelp-til-palliative-kreftpasienter-og-deres-parorende.pdf) (Hentet: 13.02.17)

Grønvold M. (2015) « Definition af den palliative indsats». I Neergaard, M.A og Larsen, H *Palliativ medicin- en lærebog*. 1.utgave. København. Munksgaard.

Helsedirektoratet (2015a) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – Å skape liv til dagene* Tilgjengelig fra:

file:///C:/Users/v_pau/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/U746SEBN/Rapport_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt_IS-2278.pdf (Hentet:

04.02.17)

Helsedirektoratet (2015b) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (Hentet 07.11.15)

Helsedirektoratet (2017) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* . Tilgjengelig fra: [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=individuell-plan-og-koordinator-6935)

[habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=individuell-plan-og-koordinator-6935](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=individuell-plan-og-koordinator-6935) (Hentet 29.04.17)

Kaasa, S., Loge, J.H (2016) "Palliativ medisin - en innledning" i Kaasa, S., Loge, J.H.(red.) *Palliasjon* 3. utgave. Oslo. Gyldendal Akademisk. s. 34-50

Kjellevoll, A. (2013) *Retten til individuell plan og koordinator*. 4.utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Langhammer, B. et.al.(2013) «Working with individual plans: users' perspectives on the challenges and conflicts of users' needs in health and social services». I *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2015, Vol 17. Nr 1. s. 26-45. Tilgjengelig fra:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15017419.2013.795912> (Hentet: 17.03.17)

Matthiesen, H.N. og Brøndum, L. (2016) *Den Palliative indsats- en patientcentrert tilgang*. København: Munksgaard

Nordsveen, H. og Andershed, B. (2015) «Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem». I *Nordisk sykepleieforskning* nr 3. 15. s.239-252. Tilgjengelig fra:

https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei (Hentet: 20.02.17)

Røgenes, G.K., Moen, A., Grov, E.K. (2013) «Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen». I *Klinisk Sykepleie* nr 1. 27.årgang. S. 64-77. Tilgjengelig fra:

https://www.idunn.no/klinisk_sykepleie/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli (Hentet: 01.03.17)

Syse, A., Moshina, N. (2015) "Kreftkoordinatorers rolle i samhandlingsarbeidet i kreftomsorgen i norske kommuner". I *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr.1, 11. årgang. (s.49-65) Tilgjengelig fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3476/3369> (Hentet 10.03.17)

Sægvog, B. (2015) «Sjukepleiernes arbeid med individuell plan for krefttraumerte». I *Sykepleien forskning* nr 1, 2015;10: s. 54-61 Tilgjengelig fra

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/010740831203200306> (Hentet: 17.03.17)

Thommesen, H. Normann, T og Sandvin, J.T (2008) *Individuell plan, et sesam sesam?* 2. utgave. Oslo: Kommuneforlaget.

VEDLEGG 1: Søkelogg

Database: SveMed +

Dato: 14.02.17

Søkeord	Antall treff	Aktuelle artikler	kommentar
Nr 1: Individuell plan	257		
Nr 2: Palliativ plan	35		
Nr 3: Tverrfaglig samarbeid	1814		
Nr 4: samhandling 7512	7512		
Nr 5: pasient	6265		
Nr 6: pårørende	3728		
Nr 7: koordinerte tjenester	0		
Nr 8: erfaringer	621		
Nr 9: oppfølging	41	Nr 8 Brukt som resultat	
Nr 10: kartlegging	58		
Nr 11: uhelbredelige sykdommer	0		
Nr 12: langvarige sykdommer	2		
Nr 13: livets slutfase	906		
Nr 14: palliasjon	26		

Database: SveMed +

Dato: 27.02.17

Søkeord	Antall treff	Aktuelle artikler	kommentar
Nr 1: Palliasjon	26	Nr 12, 21 og 24	
Nr 2: Palliative pasienter	826		
Nr 3: livets slutfase	898		
Nr 4: begrenset levetid	232		
Nr 5: pasienter i palliativ fase	826		
Nr 6: palliativ omsorg	555		
Nr 7: tverrfaglig samarbeid	1812		
Nr 8: samhandling	7485		
Nr 9: koordinerte tjenester	0		
Nr 10: koordinering	19	8.	2 til som er relevante etter tittel, ekskluderes på grunn av dato.
Nr 11: profesjon	11		Ingen relevante
Nr 12: individuell plan	236		
Nr 13: palliativ plan	35	3, 6 , 12, 21, 28	Samtlige Ekskludert etter gjennomgang
Nr 14: erfaringer	621		
Nr 15: «2 and 7»	5		Ingen relevante etter tittel
Nr 16: « 2 and 8»	158		
Nr 17: «2 and 12»	1		Ikke relevant
Nr: 18: «2 and 14»	9		Ikke relevant
Nr: 19: «3 and 7».	8		Ikke relevant
Nr 20: «3 and 8»	84		Ingen relevante
Nr 21: «3 and 12»	0		
Nr 22: «3 and 14»	5		Ingen relevante
Nr 22: « 4 and 7»	0		
Nr 23: «4 and 8»	5		Ingen relevante
Nr 24 «4 and 12»	0		
Nr 25: «4 and 14»	0		
Nr 26: «6 and 7»	5		Ingen relevante
Nr 27: «6 and 8»	158		
Nr 28: «27 and 13»	3		<i>Ingen relevante</i>
Nr 29: «6 and 12»	1		Ikke relevant
Nr 30: «6 and 14»	9		
Nr 31: «7 and 8»	366		
Nr 32: «7 and 12»	1		Ingen relevant
Nr 33: «15 and 31»	6		Ingen relevant

Database: SveMed +

Dato: 01.03.17

Søkeord	Antall treff	Aktuelle artikler	kommentar
Nr 1: palliative care	1035		
Nr 2: end of life care	1270		
Nr 3: life term illness	2909		
Nr 4: planning for palliativ care	17	Nr 14, og 17	Også funnet ved tidligere søk
Nr 5: advanced care planning	22	Nr 9?	Ingen relevante etter tittel og abstrakt.
Nr 6: care planning	1099		
Nr 7: individual care planning	54	Nr 2, 3, 6 og 38	38, til bruk innledningsvis. Noen ekskludert pga eldre dato, andre etter tittel og relevans.
Nr 8: individual plan	56		Aktuelle funnet ved søk nr 7
Nr: 9: interdisciplinary communication	701		
Nr 10: patient care team	1192		
Nr 11: interaction	761		
Nr 12: interprofessional relations	1812		
Nr 13: contiunity	2733		
Nr 14: experiences	2541		
Nr 15: shared decision making	1814		
Nr 16: «1 and 6»	35		Aktuelle funnet ved tidligere søke
Nr 17: «1 and 9»	25		3,4,9 18,25
Nr: 18: «1 and 10»	67		Flere fra omsorg 2013, nr 2.
Nr 19: «1 and 11»	8	3, +	Funnet ved tidligere søk
Nr 20: «1 and 12»	42		Aktuelle funnet ved tidligere søk
Nr 21: «1 and 13»	14		Funnet ved tidligere søk
Nr 22: «1 and 14»	57		1 aktuell, funnet ved tidligere søk
Nr 23: «1 and 15»	49	3?,	Aktuelle funnet ved tidligere søk
Nr 24: «2 and 6»	34		
Nr 25: «2 and 9»	15		Aktuelle funnet ved tidligere søk
Nr 26: «2 and 10»	37		Aktuelle funnet ved tidligere søk
Nr 27: «3 and 6»	31	1	
Nr 28: «3 and 9»	14		Ingen relevante
Nr 29: «3 and 10»	53		Ingen relevante
Nr 30: «3 and 14 and 15»	3		Ingen relevante

Database: Cinahl uten «subject items»

Dato: 02.03.17

Søkeord	Antall treff	Aktuelle artikler	kommentar
Nr 1: palliative care	31450		
Nr 2: end of life care	8091		
Nr 3: life term illness	59		Urelevante treff, feil søkeord
Nr 4: planning for palliativ care	260		
Nr 5: advanced care planning	150		
Nr 6: care planning	7224		
Nr 7: individual care planning	114		
Nr 8: individual plan	829		Aktuelle funnet ved søk nr 7
Nr 9; individual care plan	180		
Nr: 10: interdisciplinary communication	344		
Nr 11: interprofessional relations	20344		
Nr 12: interaction	79424		
Nr 13: patient care team	2027		
Nr 14: contiunity	17123		
Nr 15: experiences	205542		
Nr 16: 1 and 4	259		
Nr 17: 1 and 5	49	Nr 4? 6 ?og 30???	
Nr 18: 1 and 6	901		
Nr 19: 1 and 7	4	2,	Usikkert i fht dato. 1.3.og 4 ekskludert etter tittel og abstrakt
Nr 20: 1 and 8	6	3	
Nr 21: 1 and 9	7	3	Funnet i søk 20
Nr 22: 1 and 10	21		Ingen relevante
Nr 23. 1 and 11	372		
Nr 24: 1 and 12	392		
Nr 25: 1 and 13	260		
Nr 26: 1 and 14 and 15	81		
Nr 27: 1 and 8	1		Ikke relevant kinesisk
Nr 28: 4 and 8	1		Søk 27
Nr 29: 14 and 25	10		Ikke relevant

VEDLEGG 2: Vurdering av artikler

Artikkel	Søk:	Innhold og metode	Kritisk granskning
<i>Pasienter med kreft i palliativ fase på veg hjem. - sykepleieres erfaringer av samhandling.</i> Nordsveen og Andershed (2015) Nordisk Sygeplejeforskning	Søkt i svemed+ 01.03.17 Søkeord: «palliative care and interdisciplinary communication» antall treff: 25. nr 4	Relevans: Omhandler overgangsfase sykehus - hjem. Individuell plan som eget tema. Stor relevans Metode: Kvalitativ metode. Gruppeintervju. 4 personer *5 grupper=20 informanter. Krav til kompetanse og erfaring. Både sykehus og kommune. Sier ingenting om avstand kommune sykehus.	Fagfellevurdert: ja IMRAD: ja Objektiv: Forfatterne er oppgitt, og tydelige på sin posisjon Pålitelig: Tydelig metode, og hensikt med studie. Gyldig: fra 2015 Anses som gyldig for gruppen som er intervjuet, vanskelig å si om den er gyldig for Norge som populasjon.
<i>Sykepleiernes arbeid med individuell plan for kreftramme</i> Saegrov (2015) Sykepleien Forskning	Søkt i svemed+ 01.03.17. søkeord: «individual care planning» individual plan, 56 treff, nr 3	Relevans: Tydelig i forhold til faktorer som er av betydning for gjennomføring av IP. Metode: Triangulering. Opplæringsprogram, fokusgruppeintervju, spørreundersøkelse.	Fagfellevurdert: ja IMRAD: ja Objektiv: Forfatteren er oppgitt, og tydelige på sin posisjon Pålitelig: Tydelig metode, og problemstilling Gyldig: 2015 Sykepleieres perspektiv. Ressurssykepleiere både fra kommune og sykehus. (104 spl) Intervjuer 8 mndr etter opplæringsprogram, stabile målinger. Trolig resultatet hadde blitt samme ved nye målinger 2 uker etterpå Avgrensninger: skjema utarbeidet av forskeren som kunne hatt påvirkning av resultatet ift hva hun søkte svar på
<i>Nærståendes erfaringer av ett palliativt hemsjukvårdsteam</i> Borstrand og Berg (2009) Vård i Norden	Søkt i svemed+ 01.03.17 Søkeord: palliative care and patient care team. antall treff: 67, nr 33	Relevans: Belyser erfaringer fra pårørendes side. De nevner ikke IP. Behov for tverrfaglig samarbeid. Ses også som et funn. Nevner behov for å ha oversikt og noen å kontakte. Metode: kvalitativt intervju. Begrenset til de som har hatt palliativt team rundt seg.	Fagfellevurdert: ja IMRAD: ja Objektiv: : Forfatterne er oppgitt. Pålitelig: Tydelig metode, og problemstilling. Gyldig: 2009. Pårørendes erfaringer både når pasienten var hjemmet og etter at de ble etterlatt. De ville dele erfaringene. Obs: metode er begrenset, ville resultatet vært samme hos de som ikke har hatt et tverrfaglig team rundt seg? Spesielt i fht behov for IP

<p>«Working with individual plans: users' perspectives on the challenges and conflicts of users' needs in health and social services» Langhammer m.fl.(2013) Scandinavian Journal of Disability Reseach</p>	<p>Søkt i svemed 01.03.17. søkeord: individual care planning. 54 treff. Nr 2. Søkeord: individual plan, 56 treff, nr 2</p>	<p>Relevans: Brukeres perspektiv på IP..Viser generelle faktorer, spesielt i fht tid, kunnskap. Obs: Brukere i rehabilitering. Metode: mulitcase studie, triangulering, kvaltiativ og kvantitativ metode.</p>	<p>Fagfellevurdert: ja IMRAD: ja Objektiv: forfatterne er kjent. Pålitelig: Tydelig hensikt og metode. Gyldig: 2013 Fokuset er å analysere IP prosess fra brukerens perspektiv, men pårørende og koordinator også intervjuet. Noen begrensninger: 13 deltakere, stort sett rehabilitering og psykiske utfordringer Vanskelig å si om det kan gjelde andre brukergrupper</p>
<p><i>Heimesjuepleiaren s perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen</i> Røgenes, Moen og Grov (2013) Klinisk Sygepleie</p>	<p>Søkt i svemed 01.03.17 Søkeord: palliative care and patient care team. antall treff: 67, nr 24</p>	<p>Relevans: Hjemmesykepleierens perspektiv i palliasjon til hjemmeboende pasienter. Organisering, kunnskap, tverrfaglig samarbeid nevnes i stor grad. Metode: Ikke - eksperimentelt, deskriptivt design med kvantitativ, deduktiv metode</p>	<p>Fagfellevurdert: ja IMRAD: ja Objektiv: Forfattere er oppgitt Pålitelig: Tydelig metode og problemstilling Gyldig: 2013 Respondantene er sykepleiere i 10 kommuner i Norge (189 sykepleiere) De ansees som representative for denne delen av landet hvor studie ble utført. Skjemaet er pilottestet Begrensninger: Sykepleierenes vektlegging av <i>utvalgte</i> faktorer. Skjemaet utarbeidet for denne studien, basert på få forskningsartikler</p>
<p><i>Kreftkoordinatorers rolle i samarbeidsarbeidet i kreftomsorgen i norske kommuner,</i> Syse og Moshina (2015) Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</p>	<p>Søkt i svemed 14.02.17. Søkeord: oppfølging Antall treff: 43 , nr.: 8</p>	<p>Relevans: samhandling fra kreftkoordinatorers perspektiv. Vil belyse faktorer som fremmer eller hemmer samhandlingen i kreftomsorgen. Samarbeid, tidsbruk, kommunikasjon. Nevner IP Metode: Kvalitative intervjuer, kvantitativ spørreundersøkelse og kvantitative analyser</p>	<p>Fagfellevurdert: ja IMRAD: ja Objektiv: Forfattere er oppgitt. Pålitelig: Tydelig metode og formål med studien Gyldig: 2015 Kreftkoordinatorers erfaringer, 52 % svarte. Ansees som representative for andre kreftkoordinatorer. Det var en del ubesvarte spørsmål som kan ha påvirket resultatet. Ikke formell validering, pga begrenset mengde respondanter. Generelt lite variasjon av svarkategorier, men resultatet kan peke til videre forskning.</p>

VEDLEGG 3: Funn av resultat

Artikkel	Faktorer som påvirker bruk av individuell plan	Individuell plans betydning for samhandling
Nr 1: Nordsveen og Andershed (2015) «pasienter med kreft i palliativ fase på veg hjem»	Ansvar Individuell plan som verktøy Omfang i bruk Organisering av samhandling Tid Kreftkoordinators rolle Holdninger (kunnskap)	overganger Palliativt team bindeledd for å sikre kontinuitet kreftkoordinators rolle Kommunikasjon og samhandling Gode erfaringer der planen er brukt
Nr 2: Sægrov (2015) «Sjukepleiernes arbeid med individuell plan for kreftramme»	Tid Instruks til å utarbeide ip Samhandling Ansvar Kunnskap og trygghet Omfang i bruk Individuell plan som verktøy Verdsatt arbeidsoppgave	Planlegging uavhengig av ip
Nr 3. Borstrand og Berg (2009) «Nærstående erfaringer av ett palliativt hemsjukvårdsteam»	Har et palliativt team, individuell plan nevnes ikke.	Har et palliativt team, individuell plan nevnes ikke. Fokus: Tverrfaglig samarbeid, samspilte tjenesteytere, planlegging av omsorg, kompetanse, kommunikasjon, Oversikt på ansvarlige, dele ansvar. Tid.
Nr 4: Langhammer m.fl. (2013) «working with individual plans. Users perspectives o the challenges and conflicts o fusers needs in healts and social services»	Tid Initiativ til plan (Tjenestetilbud/organisering)	Tjenestetilbud/organisering Koordinators betydning brukermedvirkning Hvordan de forskjellige behovene ble møtt: Sier ikke noe om ip påvirker disse.
Nr 5: Syse og Moshina (2015) «kreftkoordinators rolle i samhandlingsarbeidet i norske kommuner.	Kreftkoordinator trenger tid til koordinering.	Individuell plan ikke en del av resultat. Er med i drøfting. fokus: Koordinering og kreftkoordinators rolle. Tverrfaglig samhandling erfaring
Nr 6: Røgenes, Moen og Grov(2013) « Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen.	Individuell plan nevnes ikke.	Individuell plan nevnes ikke. Fokus: Organisering og samhandling koordinering Erfaring Kommunikasjon

Faktorer som påvirker bruk av individuell plan	Artikkel
Individuell plan som verktøy	1,2 (4)
Omfang i bruk	1,2
Samhandling og organisering	1,2,4, (,(3 og 6 skriver om samhandling ikke ip)
Tid	1,2,4, (3, behov for tid til samtale) (5-behov for tid til koordinering)
Ansvar, initiativ	1,2,4 (3-oversikt ansvarlige)
Kreftkoordinator, og pallitivt team. (i sammenheng med organsiering)	1,(5 og 6 ip nevnes ikke, ivaretatt av kreftkoordinator?)
Kompetanse, kunnskap og trygghet	1,2,(6 – nevner ikke ip ser på sammenheng mellom erfaring og samhandling)
Verdsatt oppgave på lik linje med andre	2

Individuell plans betydning for samhandling:	artikkel
Overganger, sikre kontinuitet	1
Planlegging	2, (3)
Organisering, samhandling, tverrf.samarbeid	6
Koordinator for individuell plan	4
brukermedvirkning	4