



## VIDEREUTDANNING I PALLIATIV OMSORG

### **FORDYPNINGSOPPGAVE**

Overføringer fra sykehus til hjemmetjenesten:  
samhandling i palliativ omsorg

FORFATTERE:

Anne Brandal Rognstad

Tonje Eileen Molstad Pedersen

Knut Are Romann-Aas

DATO:

11. mai 2015

## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	Overføringer fra sykehus til hjemmetjenesten:	<b>Dato:</b> 11. mai 2015
	Samhandling i palliativ omsorg	
<b>Deltakere:</b>	Pedersen, Tonje Eileen Molstad	
	Rognstad, Anne Brandal	
	Romann-Aas, Knut Are	
<b>Veileder:</b>	Tømmerbakk, Marit	
<b>Oppdragsgiver:</b>	Ingen	
<b>Nøkkelord:</b>	Litteraturstudie, palliasjon, samhandling, hjemmesykepleie.	
<b>Antall ord:</b> 8321	<b>Antall vedlegg:</b> 0	<b>Tilgjengelighet:</b> Åpen
<p><b>Innledning:</b> Oppgavens tema er samhandling i palliativ omsorg etter samhandlingsformens innføring i 2012.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å se hvordan overføringen av pasienter i en palliativ situasjon fra sykehus til hjemmesykepleie fungerer etter innføringen av samhandlingsreformen og om det eventuelt kan sies noe om hva som kan eller bør forbedres.</p> <p><b>Metode:</b> Metoden er litteraturstudie. Søk i relevante databaser ga 164 treff, etter innholds- og kvalitetsanalyse ble 9 av disse valgt for videre bruk.</p> <p><b>Resultat:</b> Sykepleierne i kommunehelsetjenesten savner informasjon og kompetanseoverføring, samt at de ønsker gjerne mer direkte kontakt. Kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen er ofte lav. Årsaker til dårlig informasjon og kommunikasjon er ofte tidspress, lite kontinuitet, manglende rolleforståelse, manglende rutiner og mål. Hjemmesykepleien er avhengig av relevant informasjon for å kunne gi den nødvendig palliative pleie og omsorg. Mangelfull sykepleiedokumentasjon og utskrivningsplanlegging kan føre til unødvendige reinnleggelser.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Nasjonale retningslinjer og føringer er på plass, likeså lokale avtaler og rutiner. Men det er ikke alltid de følges. En av utfordringene er manglende kjennskap til og forståelse for hverandres situasjon, samt forskjellig perspektiv på behandling og omsorg. Hvis ressursene er der, rutineene blir fulgt og alle drar i samme retning, kan palliative pasienter få en god tilværelse hjemme.</p>		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	Transfers from hospital to home care: Collaboration in palliative care	<b>Date:</b> May 11, 2015
<b>Participants:</b>	Pedersen, Tonje Eileen Molstad Rognstad, Anne Brandal Romann-Aas, Knut Are	
<b>Supervisor:</b>	Tømmerbakk, Marit	
<b>Employer:</b>	None	
<b>Keywords:</b>	Literature review, palliative care, collaboration, home care.	
<b>Number of words:</b> 8321	<b>Number of appendix:</b> 0	<b>Availability:</b> Open
<p><b>Introduction:</b> The theme of this paper is collaboration in palliative care after the 2012 introduction of the Coordination Reform.</p> <p><b>Aim:</b> The aim of this paper is to examine the transfer of patients in a palliative situation from hospital to home care, and whether it can be improved, after the introduction of the Coordination Reform.</p> <p><b>Method:</b> The method is a literature review. A search for literature in relevant databases returned 164 articles. After content- and quality analysis, 9 articles were chosen for further use.</p> <p><b>Results:</b> Home care nurses frequently miss patient information, transfer of knowledge and direct contact with hospital nurses. The quality of nursing documentation is often low. The reasons for poor information and communication is often cited as lack of time, lack of continuity, lack of role understanding, lack of routines and goals. The home care is depending upon relevant information to give necessary palliative care. Poor nursing documentation can lead to unnecessary re-hospitalization.</p> <p><b>Conclusion:</b> National guidelines and local agreements and routines are in place. But they are not always adhered to. One of the challenges is lack of knowledge and understanding regarding each other's situation, coupled with differing perspectives on treatment and care. If resources are available and all actors work together, patients in palliative situations may lead a good life at home.</p>		

# Innholdsliste

Innledning.....	1
Tema og bakgrunn for oppgaven.....	1
Hjemmebasert omsorg.....	3
Lokalt nivå.....	4
Palliativ omsorg.....	6
Problemstilling.....	6
Avgrensninger.....	7
Metode.....	8
Litteraturstudie som metode.....	8
Søkestrategi.....	9
Hvordan litteraturen er valgt ut og vurdert.....	9
Kildekritikk.....	13
Resultater.....	14
Palliasjon.....	14
Dokumentasjon, informasjon og planlegging.....	14
Hjemmesykepleie.....	16
Diskusjon.....	18
Sykehuset.....	19
Hjemmesykepleien.....	20
Palliasjon.....	21
Dokumentasjon, informasjon og planlegging.....	23
Vurdering av arbeidsprosessen.....	24
Konklusjon.....	25
Referanser.....	26

Antall ord: 8321

# INNLEDNING

I dette kapittelet gis en introduksjon til oppgavens tema og en beskrivelse av temaets relevans for palliativ omsorg, samt vår grunn for valg av tema. Hensikten med oppgaven, bakgrunnsinformasjon og tidligere forskning på temaet presenteres her. Kapittelet avsluttes med vår problemstilling og avgrensninger.

## Tema og bakgrunn for oppgaven

Temaet for oppgaven er samhandling i palliativ omsorg mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette er en fordypningsoppgave som avsluttende eksamen på videreutdanning i palliativ omsorg.

Vi er alle sykepleiere og bakgrunnen for oppgaven er at vi har flere års erfaring fra sykehus og hjemmebasert omsorg, og i vår hverdag støter vi ofte på utfordringer i forhold til det praktiske samarbeidet mellom sykepleierne på tvers av nivåene. Hensikten med oppgaven blir derfor å se hvordan overføringen av pasienter i en palliativ situasjon fra sykehus til hjemmesykepleie fungerer etter innføringen av samhandlingsreformen og om det eventuelt kan sies noe om hva som kan eller bør forbedres.

Helse og omsorgsdepartementet (2012) sier på sine hjemmesider at «1. januar 2012 ble første del av samhandlingsreformen satt ut i live, og reformen innføres så gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud.» Den har i følge Helse og omsorgsdepartementet (2014) som mål blant annet å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, flytte tjenester nærmere der folk bor, samle og styrke spesialiserte fagmiljøer og gi flere oppgaver og midler til kommunene.

Samhandling er et virkemiddel for mer helhetlig og koordinert pasientbehandling som skal gjøre pasientforløpene mellom sykehus og kommune enklere, men det er fremkommet kunnskap som tilsier at det også har medført nye utfordringer. En fjerdedel av sykepleiere i kommunene hevder at samarbeidet med helseforetakene har blitt mer anstrengt etter reformen. Det viser seg blant annet ved at det prosentvis er en sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten etter iverksetting av reformen. Dette kan være en indikasjon på at

pasientene har høyere omsorgsbehov ved utskrivning til kommunehelsetjenesten enn tidligere. Mange kommuner har klart omstillingen med å ta imot de utskrivningsklare pasientene i løpet av det første døgnet etter at pasienten blir registrert utskrivningsklar, og rapporterer at pasientene de mottar er sykere enn før. Det er viktig å understreke at kommunene og sykehusene har et felles ansvar for å ivareta pasientene slik at de får et godt nok behandling- og omsorgstilbud, enten dette er på sykehus, sykehjem eller i pasientens eget hjem (Helsedirektoratet 2015).

Grimsmo (2013) skriver at samhandlingsreformen har medført at pasientene utskrives fra sykehus tidligere enn før og med mer komplekse problemstillinger og avansert behandling enn hva tilfellet var tidligere. Han skriver videre at informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommune har økt, men at informasjonen fra sykehus ofte er mangelfull og at pasientene ofte kan være mer pleietrengende enn det de framstår som i informasjonen fra sykehuset. I overføringer mellom nivåer er behovet for informasjonsutveksling og dokumentasjon stort. «Gode pasientforløp omhandler også informasjonsflyt og informasjonstilgang» (Grimsmo, 2013, s. 156). Kommunehelsetjenesten er helt avhengig av at sykehusene gjør gode pasientobservasjoner og gir all informasjon videre.

Nordsveen (2011) har i sin masteroppgave beskrevet erfaringene sykepleiere har med samhandling mellom sykehus og kommune og utskrivelse av pasienter med kreft i palliativ fase til kommunehelsetjenesten. Hun skriver at nivåene har lite kunnskaper om hverandres organisering av tjenester, og at det er et klart forbedringspotensiale i forhold til å få gode utskrivningsrutiner. Hun skriver også at det er uheldig med utskrivelser på kveld og helg, og at det ofte manglet utstyr og resepter.

Poland, mfl. (2005) har undersøkt samarbeidet og eventuelle hindre for samarbeidet mellom sykehus og kommuner og kommet fram til at samarbeidet fungerer relativt godt, men varierer mellom nivåer og etater. De skriver at økonomi, politikk, organisering og ulikheter er problemområder.

Når det gjelder samarbeidet med sykehuset mener 40% av sykepleierne i kommunehelsetjenesten at de har et godt samarbeid med sykehuset, mens 25 % svarer at det

er dårlig. Det som oppleves som særlig problematisk er at det ikke følger med tilstrekkelig informasjon om pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten. 64% av sykepleierne opplever at det ikke følger med medisiner, 60% opplever at pasienter skrives ut før de er ferdigbehandlet, 58% at pasienter skrives ut til alle døgnets tider, 52% at medisinalister ikke er ajourført og 52% at de ikke får nok tid til å få på plass nødvendige hjelpemidler, samt at 45% mener savner tid til å skaffe nødvendig medisinsk-teknisk utstyr. Sykepleiernes erfaringer sier at det er en stor økning av pasienter med kreft og som har behov for palliasjon. Dette utfordrer kommunene med at det er flere sykepleiefaglige oppgaver, noe som i seg selv oppleves som positivt, men sykepleierne uttrykker samtidig at oppgavene har blitt for mange. Dette resulterer i at det blir mindre tid til omsorgsoppgaver og psykisk støtte. Tiden går heller med til rapportering og administrasjon. Det positive er at sykepleierne opplever at de har fått mer varierte og spennende oppgaver, men dette har igjen økt behovet for opplæring og veiledning i utførelse av nye oppgaver (Gautun og Syse, 2013).

## **Hjemmebasert omsorg**

I følge Fjørtoft (2012) er hjemmesykepleie en av helsetjenestene som stadig er økende. Fra 1992 til 2010 har antallet som mottar hjemmesykepleie økt fra 75.000 til 130.000, dessuten har pasientgruppen blitt sykere og behovet for omfattende og spesialisert pleie og omsorg har økt. Det påpekes videre at alvorlig syke og døende må få nødvendig tilrettelegging for å kunne velge hvor de vil tilbringe den siste tiden og at omsorg for disse pasientene også må inkludere pårørende. De hjemmeboende pasientene med behov for lindrende omsorg trenger sammensatte tjenester og det vil som oftest bli behov for stor tverrfaglighet med tett samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, utgitt av Helsedirektoratet (2013), fastslår at «Siden pasientene i palliativ fase tas hånd om på alle nivåer av helsevesenet, må grunnleggende palliasjon beherskes av alt helsepersonell som deltar i dette arbeidet» (Helsedirektoratet 2013 s. 14-15). Handlingsprogrammet inneholder også retningslinjer for organisering av helsetjenestene rundt palliative pasienter. Helsedirektoratet har denne definisjonen på hjemmebasert palliativ omsorg: «den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet» (Helsedirektoratet 2013 s. 122). Ansvaret for den palliative omsorgen i

hjemmet hviler på kommunehelsetjenesten og fastlegen, men de kan samarbeide med flere for å gi best mulig omsorg. Palliativt team er en god samarbeidspartner som kan gi gode råd og i noen tilfeller kjenner de til pasientene som er i palliativ fra tidligere innleggelser i sykehus. Handlingsprogrammet legger også føringer for at kommunene bør ha et nettverk av ressurspsykepleiere og en koordinator som gjerne er kreftkontakt i kommunen. Ressurspsykepleierne skal gi resten av hjemmesykepleien råd og veiledning, og gjerne være med i pleien. Hjemmesykepleien må være organisert med tanke på at pasientene og pårørende skal få kvalifisert hjelp til alle døgnets tider (Helsedirektoratet, 2013).

” Et av hovedmålene for organisering av palliasjon er at pasientene til enhver tid skal ha tilgang til nødvendig kompetanse. Palliativ behandling, pleie og omsorg krever derfor samspill og samhandling på tvers av nivåene i helsevesenet. Dette blir ytterligere forsterket gjennom samhandlingsreformen. For å imøtekomme pasientenes og de pårørendes behov, er det dessuten nødvendig at en rekke ulike yrkesgrupper samarbeider. (Helsedirektoratet, 2013, s. 15)

Fjørtoft (2012) skriver at hjemmesykepleiens viktigste mål innebærer å bidra til at pasientene skal mestre hverdagen, bidra til livskvalitet og følelse av trygghet slik at pasientene kan bo hjemme så lenge som mulig og ønskelig. Pasientene skal også være trygge på at tjenestene de mottar er av god kvalitet.

## Lokalt nivå

Sykehuset Innlandet og kommunene i området er lovpålagt fra Helse og omsorgsdepartementet å inngå samarbeidsavtaler. Formålet er å sikre at pasientene mottar et helhetlig helsetilbud og at befolkningen skal ha tilgjengelighet til de tjenester som omfattes av avtalen. Målet er at tjenestene oppleves som faglig gode, samordnede, helhetlige og preget av kontinuitet på tvers av forvaltningsnivåene. «Avtalen skal sikre en tydelig og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar mellom partene slik at pasienten/brukeren sikres nødvendig oppfølging og behandling i alle faser av behandlingsforløpet» (Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark, 2013a, s. 1).

Avtalen som omhandler utskrivningsklare pasienter (Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark, 2013c, s. 1) har som formål å sikre et effektivt, forsvarlig og sammenhengende behandlingsforløp på rett nivå til rett tid og å redusere uheldige hendelser



og reinnleggelser for samme problemstilling

Hvordan dette rent praktisk gjøres, utdypes i samhandlingsrutinene (Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark, 2013d). Rutine for elektronisk meldingsutveksling ved innleggelse og utskrivelse forteller ganske klart hvem som skal gjøre hva og når. I første fase av pasientforløpet skal Sykehuset Innlandet innen 24 timer sende melding om helseopplysninger med informasjon om pasientens status, antatt behandlingsforløp og forventet utskrivningsdato. Da starter kommunen forarbeidet med mottak av pasienten som skal skrives ut og bestiller nødvendige tekniske hjelpemidler (Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark, 2013d, s. 2-3).

I fase to sender Sykehuset Innlandet oppdaterte helseopplysninger, ber om samarbeidsmøte hvis det er nødvendig, avklarer behov for kompetanseheving i kommunen og vurderer behovet for individuell plan, men lover ikke noe om hvilket tilbud pasienten skal få etter utskrivelse. Kommunen opprettholder dialogen og involverer aktuelle tjenesteytere på sin side, ber om samarbeidsmøte hvis det er nødvendig, avklarer behov for kompetanseheving og administrerer arbeidet med eventuell individuell plan (Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark, 2013d, s. 2-3).

Det er blitt skrevet en rapport som sier noe om samhandlingen mellom Sykehuset Innlandet og kommunene i nærmiljøet. Her uttrykker sykepleierne at det er viktig at informasjonen bør gå direkte til sykepleierne i kommunen, og ikke bare til tildelingskontoret. Flertallet av sykepleierne synes de har god nok palliativ kompetanse til å ta seg av disse pasientene. Det som gir sykepleierne trygghet er å samarbeide med erfarne sykepleiere og det er viktig med kompetente fagpersoner på vakt hele døgnet. Også samarbeidet med palliativt team og lege fra sykehuset er av stor betydning. Dette er fordi mange sykepleiere, hele 45%, tror at fastlegene har for lav kompetanse om palliasjon i livets slutfase. Sykepleierne har ønske om mer kursing, veiledning og hospitering. 100% av sykepleierne i kommunen har ønske om direkte telefon fra sykehuset for å kunne koordinere arbeidet. Hele 90,5 % av sykepleierne ønsker å komme på planlagte samarbeidsmøter på sykehuset for et best mulig samarbeid. De vil gjerne ha klare retningslinjer, rutiner, prosedyrer og sjekklister. I tillegg ønsker sykepleierne med videreutdanning bedre mulighet til å spre sin kunnskap til kollegaer

(Sykehuset Innlandet og primærhelsetjenesten i Gjøvikregionen, 2014).

## **Palliativ omsorg**

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) (2004, s. 8) bruker definisjonen fra European Association for Palliative Care (EAPC) og Verdens helseorganisasjon (WHO):

” Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

NFPM (2004) sier videre at definisjonen bygger på hospicefilosofien. Palliasjon som medisinsk fagfelt kjennetegnes av fire sentrale områder: lindring eller ivaretagelse av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige symptomer og behov, en bred og tverrfaglig tilnærming til pasient og pårørende, nærhet til hjemmet og vitenskapelig basering. Lege og sykepleier er de viktigste aktørene, men fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, sosionom og prest er alle viktige bidragsytere i tverrfaglige eller palliative team.

Lauvås og Lauvås (2004) skriver at tverrfaglighet innebærer arbeid i ulike nivåer og med ulike arbeidsoppgaver, men med felles siktemål. I følge Rønning, Strand og Hjermsstad (2007) er god samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten avgjørende for et godt palliativt tilbud i pasientenes hjem. De mener det er viktig å bygge opp faglige og organisatoriske nettverk og sørge for kvalitet via utvikling av standarder for tjenestene de gir. For å kunne gi pasientene den helhetlige og palliative omsorgen de trenger, er det nødvendig med tverrfaglig samarbeid mellom flere yrkesgrupper og omsorgsnivåer. Det er vesentlig at organiseringen sørger for at pasient og pårørende føler de er i en sammenhengende behandlingsskjede. En måte å skape et godt samarbeid som gir trygghet og forutsigbarhet for pasientene er å ha planleggingsmøter der pasient, pårørende og helsepersonell fra både sykehus og kommune er med (Rønning, Strand og Hjermsstad, 2007).

## **Problemstilling**

På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilken betydning har informasjonsutveksling for hjemmesykepleiens ivaretagelse av

pasienter i en palliativ fase etter utskrivelse fra sykehus?

## **Avgrensninger**

Det finnes flere ramme- og nøkkelfaktorer som har betydning for overføringen av denne gruppen pasienter fra sykehus til hjemmesykepleien; utover det som allerede er nevnt er det blant annet maktforholdet mellom de statlige helseforetakene og den kommunale helsetjenesten, økonomi og andre ressurser. Hver enkelt av disse faktorene kunne gitt stoff til flere oppgaver, men vi har valgt å konsentrere oss om informasjon og dokumentasjon. Av hensyn til oppgavens omfang har vi valgt å heller ikke beskrive og utdype individuell plan, som også kan være en viktig informasjonsbærer i samhandlingen.

## METODE

I dette kapitlet redegjøres det for litteraturstudie som metode, vår søkestrategi, hvordan vi gikk fram for å velge aktuell litteratur i forhold til problemstillingen og hvordan valgte artikler er vurdert. Metode er en vei å gå, en oppskrift på hvordan man kan finne og etterprøve kunnskap. Vilhelm Aubert har ifølge Dalland (2007, s. 83) beskrevet metode som «et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» Metoden litteraturstudie knyttet til palliativ omsorg var gitt i emnebeskrivelsen.

### Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie innebærer, ifølge Forsberg og Wengstrøm (2003) å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde. Vår oppfatning er at det er en lightversjon av en systematisk oversikt, som ifølge Julian og Higgins (2008, s. 6) prøver å samle alle forskningsresultater som matcher bestemte kriterier ut fra et spesifikt spørsmål. Hovedtrekkene ved en systematisk oversikt er et klart mål med tydelige kriterier for utvelgelse av studier, en eksplisitt og reproduserbar metode, et systematisk søk som prøver å identifisere alle studier som møter utvalgskriteriene, en vurdering av gyldigheten av funnene i de inkluderte studiene og til slutt en systematisk presentasjon og syntese av funnene. Eller, som Universitetet i North Carolina (2012) sier i sin håndbok:

“ The main focus of an academic research paper is to develop a new argument, and a research paper will contain a literature review as one of its parts. In a research paper, you use the literature as a foundation and as support for a new insight that you contribute. The focus of a literature review, however, is to summarize and synthesize the arguments and ideas of others without adding new contributions.

Ettersom dette er en litteraturstudie har vi brukt en kombinasjon av fagbøker og vitenskapelige artikler for å kunne beskrive teori, og vi har i tillegg brukt egne erfaringer for å drøfte vår problemstilling. For å finne relevante vitenskapelige artikler har vi søkt i ulike aktuelle databaser som *Cinahl*, *Cochrane* og *Ovid* via biblioteket på *Høgskolen i Gjøvik*. Vi har dessuten brukt fagbøker og annen litteratur som var kjent fra før og har alle vært i kontakt med ulike samarbeidspartnere, hovedsakelig fagsykepleiere og avdelingsledere, på våre arbeidsplasser for å få synspunkter på temaet. Veileder og opponenter på skolen har også

bidratt med råd når det gjelder hensikt og problemstilling.

## Søkestrategi

Det vi startet med, foruten vår egen erfaring, var en rapport fra Sykehuset Innlandet og kommunene i Gjøvikregionen (2014). Med utgangspunkt i det ble det gjort søk i *Google*, *Google Scholar* og *Sykepleien Forskning* for å finne mer bakgrunnsinformasjon og eventuelle søkebegreper for videre litteratursøk. Foruten søking i databaser, ble det også søkt direkte i kilder vi antok hadde relevant informasjon, for eksempel regjeringen og departementene. Ut fra antagelsen om at vår problemstilling ikke er unikt norsk, og for å få et stort utvalg litteratur, ble det deretter søkt etter engelskspråklige artikler relatert til problemstillingen. Til hjelp med dette ble det brukt PICO-skjema (Tabell 1) og søkeskjema (Tabell 2) basert på maler funnet på websidene til biblioteket på *Høgskolen i Gjøvik*. Det er ikke alle norske ord og uttrykk som er like lette å finne gode engelske oversettelser av, men etter litt prøving og feiling endte vi opp med et antall søkebegreper som tilsynelatende ga gode treff.

**Tabell 1: PICO-skjema**

Objekt	Fenomen	Kontekst	Resultat	
Sykepleiere	Informasjon	Samhandlingsreformen	Kompetanse	OR
Pasienter	Palliasjon	Overføring	Omsorg	
Nurses	Transfer	Palliative care	Knowledge	
Patients	Palliation	Home care	Enabling	
AND				

## Hvordan litteraturen er valgt ut og vurdert

Til sammen ble det funnet 164 artikler som tilfredsstilte søkekriteriene. Det første utvalgsriteriet var fulltekst gratis tilgjengelig via biblioteket på *Høgskolen i Gjøvik*, enten elektronisk eller som trykk. Andre inklusjonskriterier var at artiklene skulle være publisert i vitenskapelige tidsskrift, nyere enn fem år, fra den vestlige verden, engelsk eller skandinavisk språk, omhandle sykepleiere i sykehus og/eller tilsvarende vår kommunale helsetjeneste og gjerne også overføringer av pasienter i en palliativ situasjon. Verifisering av vitenskapelig nivå ble gjort via *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste*.

**Tabell 2: Litteratursøk og resultater**

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Treff	Lest
Google Scholar	1. Samhandlingsreformen, erfaringer 2. Samhandlingsreformen AND erfaringer NOT psykiatri NOT demens	Etter 2014 Etter 2014	220 24	5
Sykepleien	1. Samhandling	Fagfellevurdert	53	7
Ovid Nursing Database	1. Primary health care 2. Hospitals 3. Collaboration 4. Interagency collaboration	1 AND 2 AND 3	15171 27655 6057 9 33	4
Cochrane Library	1. Hospital 2. Discharge planning 3. Palliation	1 AND 2 1 AND 2 AND 3	1029 38 1	4
Cinahl Complete	1. Hospital 2. Transfer 3. Palliative care 4. Home care	Engelsk, etter 2010 Engelsk, etter 2010 Engelsk, etter 2010 Engelsk, etter 2010 1 AND 2 AND 3 AND 4	64088 7768 11141 9392 6	6

Det videre utvalget er løselig basert på Polit og Becks (2010) flytskjema vi fikk av veileder. Etter filtrering ned til et overkommelig antall, ble det lest sammendrag av de aktuelle artiklene og de mest relevante, i alt 28, ble valgt for videre analyse. Andre artikler var enten kjent fra før, gitt oss av veileder eller funnet ved lesing av referanselister. Etter innholdsanalyse og kvalitetsanalyse (Tabell 3) basert på skjemaer fra biblioteket på *Høgskolen i Gjøvik* og *Kunnskapsenteret* ble til slutt 9 artikler valgt for videre bruk.

**Tabell 3: Resultater**

Referanse	Tema	Hensikt	Metode	Funn	Vurdering
Jeppesen, E., Brurberg, K.G., Vist, G.E., Wedzicha, J.A., Wright, J.J., Greenstone, M. og Walters, J.A.E. (2012) <i>Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease</i>	Hovedtema: Hjemme- behandling av kolsforverring. Undertema: Dødelighet Reinnleggelse. Setting: Internasjonalt, sykehus og hjemme- sykepleie.	Evaluere nytten av sykehus- behandling i hjemmet i forhold til innleggelse ved akutt kolsforverring.	Systematisk oversikt, randomiserte kliniske forsøk.	En fjerdedel av disse pasientene kan behandles like bra eller bedre hjemme. For majoriteten er det ikke aktuelt.	Nivå: 1 Alder: 2 år Struktur: god Kvalitet: høy Relevans: middels

Referanse	Tema	Hensikt	Metode	Funn	Vurdering
Landmark, B.T., Kristiansen, H. og Flingtorp, I.J. (2013) <i>Samhandling – helsepersonells erfaringer relatert til pasienter i palliativ livsfase</i>	Hovedtema: Palliasjon. Undertema: Samhandling, kompetanse. Behandling og død i hjemmet. Setting: Drammen, kommunehelsetjenesten.	Presentasjon av noen erfaringer fra et prosjekt som kan ses som en forløper til samhandlingsreformen.	Kvalitativ, fokusgruppe og intervjuer.	Manglende kartlegging, tiltaksplaner og oppfølging kan føre til unødige innleggelse. Tverrfaglig planlegging og samarbeid er av vesentlig betydning. Kompetanse er en avgjørende forutsetning.	Nivå: 1 Alder: 2 år Struktur: Kvalitet: høy Relevans: middels
Naustdal, A.G., Nettelund, G. (2012) <i>Sjuepleie-dokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv</i>	Hovedtema: Sykepleie-dokumentasjon. Undertema: Kvalitet, samhandling, informasjon. Setting: Norge, sykehus og kommunehelsetjenesten.	Utforske utfordringer i forbindelse med sykepleie-dokumentasjon i henholdsvis sykehus og kommune.	Kvalitativ, kasusstudie og intervjuer.	Dokumentasjon skjer oftest kronologisk og i fritekst. Utveksling av informasjon lider under dette. Behov for sterkere styring av struktur, innhold og prosess.	Nivå: 1 Alder: 3 år Struktur: god Kvalitet: høy Relevans: høy
Olsen, R.M., Østnor, B.H., Enmarker, I. og Hellzén, O. (2013) <i>Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences</i>	Hovedtema: Hindre ved utveksling av informasjon. Undertema: Kontinuitet. Pleienes erfaringer, arbeidsforhold og organisering. Samhandling. Setting: Norge, sykehus og kommunehelsetjenesten.	Beskrive sykepleieres erfaringer med hindringer som påvirker utveksling av informasjon ved overføring av eldre pasienter mellom sykehus og hjemme-sykepleie.	Kvalitativ, fokusgrupper, emnebaserte intervjuer og innholdsanalyse.	Informasjonsutveksling er komplisert og problematisk. Tre hovedtemaer: personlige egenskaper, egenskaper ved interpersonlige prosesser, egenskaper ved organisasjoner.	Nivå: 2 Alder: 2 år Struktur: god Kvalitet: høy Relevans: høy
Raunkjær, M. (2013) <i>Udfordringer ved pludselige udskrivelser, it-baseret kommunikation og uklare specialiserede palliative tilbud</i>	Hovedtema: Samhandling. Undertema: Kontinuitet, informasjon, kommunikasjon. Setting: Danmark, sykehus og kommunehelsetjenesten.	Undersøke praktiske problemstillinger i samhandlingsprosesser mellom primær- og sekundærhelsetjeneste, samt grunnleggende og spesialisert palliativ innsats. Kartlegging av palliative forløp i en dansk kommune.	Kvalitativ, fokusgrupper og intervjuer, analyse av intervjuene.	Utteksling av informasjon er en utfordring når pasienten forflyttes mellom enheter og nivåer. Særlig ved plutselige utskrivelser mangler relevant informasjon og hjelpemidler kan være vanskelig å skaffe. Uklarhet om fordeling av ansvar eller arbeid. Personlig og direkte kontakt mellom personale kan være gunstig.	Nivå: 1 Alder: 2 år Struktur: middels Kvalitet: middels Relevans: middels

Referanse	Tema	Hensikt	Metode	Funn	Vurdering
Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D. og Barras, S.L. (2013) <i>Discharge planning from hospital to home</i>	Hovedtema: Planlegging av utskrivelse. Undertema: Liggetid og reinnleggelser. Pasient-tilfredshet. Dødelighet. Kostnader. Setting: Internasjonalt, sykehus og kommune-helsetjenesten.	Undersøke effektiviteten ved planlegging av utskrivelse av pasienter fra sykehus, sammenligning mellom individuell planlegging og rutinemessig utskrivelse.	Systematisk oversikt, randomiserte kliniske forsøk.	Individuelt planlagte utskrivelser gir kortere liggetid, færre reinnleggelser og økt pasient-tilfredshet.	Nivå: 1 Alder: 2 år Struktur: god Kvalitet: høy Relevans: middels
Smith, S.B., Alexander, J.W. (2012) <i>Nursing perception of patient transitions from hospitals to home with home health</i>	Hovedtema: Utskrivelse til hjemmet. Undertema: Samhandling. Pleiernes erfaringer. Setting: Amerikansk delstat, sykehus og hjemme-sykepleie.	Finne sykepleieres oppfatning av det å sende pasienter fra sykehus til hjemmet med hjemme-sykepleie i en delstat i USA og om mulig å forbedre overgangen.	Blandet, strategisk utvalg med spørreskjema og både kvantitativ og kvalitativ analyse.	Vedlikehold av kommunikasjon og samarbeid er helt avgjørende. Pasientene har mer kompliserte behov enn tidligere og kvalitetssikring av planlegging og kommunikasjon etter modell av f.eks. luftfarten, kan være nødvendig.	Nivå: ukjent Alder: 3 år Struktur: god Kvalitet: høy Relevans: middels
Vaidya, S.R., Shapiro, J.S., Papa, A.V., Kuperman, G., Ali, N., Check, T. og Lipton, M. (2012) <i>Perceptions of Health Information Exchange in Home Healthcare</i>	Hovedtema: Innhenting av informasjon. Undertema: IT-kompetanse. Virkning på pleie og omsorg. Setting: New York, hjemme-sykepleie.	Se på erfaringen hos sykepleiere i hjemmetjenesten i en amerikansk delstat med å få tak i informasjon om pasientene og hva slags informasjon de trenger.	Kvantitativ, med spørreskjema og analyse.	Rask og enkel tilgang til informasjon vil gi bedre omsorg og ø-hjelps-innleggelser vil minke. Sykepleie-sammenfatning er mest ønsket. Å få tak i informasjon er en utfordring.	Nivå: 1 Alder: 3 år Struktur: god. Kvalitet: høy Relevans: middels
Ventura, A.D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J. og Ricciardelli, L. (2014) <i>Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers</i>	Hovedtema: Hjemme-sykepleie. Undertema: Udekkede behov. Informasjon, samhandling. Setting: Internasjonalt, hjemme-sykepleie.	Beskrive, evaluere og oppsummere udekkede behov hos pasienter og pårørende ved hjemmebasert palliativ omsorg.	Systematisk litteraturstudie.	Kategorisering av udekkede behov. Et av de viktigste funnene var dårlig kommunikasjon mellom personale og enheter.	Nivå: 1 Alder: 1 år Struktur: god Kvalitet: høy Relevans: middel



## **Kildekritikk**


Selv om artiklene vi har brukt er relativt nye og noen av dem er av svært høy kvalitet, er arbeidene de baserer seg på til dels gamle. Det kan heller ikke utelukkes at vår forforståelse av temaet har påvirket oss under søke- og vurderingsprosessen. En annen ting er at mye av litteraturen vi har lest har forskjellige navn på tilsynelatende like metoder, noe som kan ha påvirket både vår utvelgelse og vår vurdering. Noen av artiklene handler ikke om pasienter i en palliativ situasjon, men ble allikevel vurdert som relevante. Det er også begrenset hvor mange artikler vi kan bruke i en oppgave som dette, men utvalget er såpass variert at det bør gi et godt oversiktsbilde av situasjonen.

## RESULTATER

I dette kapittelet gir vi en tematisk presentasjon av funnene vi har gjort. Vår analyse av artiklene ga hovedtemaene palliasjon, dokumentasjon, informasjon og planlegging, samt hjemmesykepleie, som er i tråd med oppgavens tema, hensikt og problemstilling. Disse temaene vil bli belyst nærmere i dette kapittelet.

### Palliasjon

Dersom hjemmesykepleien mangler informasjon om pasientens tilstand og prognose for videre behandling kan dette føre til unødvendige og uverdige innleggelser. Pasienter i en palliativ fase har ofte komplekse problemstillinger og lange, tøffe behandlingsforløp bak seg. Tverrfaglig planlegging i samarbeid med pasienten og pårørende er vesentlig for å kunne sikre en helhetlig omsorg. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten er opptatt av overføring av kompetanse mellom nivåene og ønsker gjerne direkte kontakt for å sikre kvalitet i palliativ behandling og pleie. Når situasjonen er avklart og planlagt føler sykepleierne seg trygge og komfortable, noe som igjen bidrar til å sikre målet med palliasjon; nemlig å gi best mulig symptomlindring og livskvalitet for pasient og pårørende. Dette er også i tråd med samhandlingsreformens mål om et bedre pasientforløp og å yte tjenester nær der pasienten bor (Landmark, Kristiansen og Flingtorp 2013).

 En viktig forutsetning for å lykkes med behandling, pleie og omsorg i den kommunale tjenesten er at det til enhver tid finnes nødvendig kompetanse og at den tverrfaglige samhandlingen fungerer tilfredsstillende (Landmark, Kristiansen og Flingtorp 2013).

### Dokumentasjon, informasjon og planlegging

«Elektronisk samhandling skal bedre informasjonsflyt og sammenheng i tenestene, auke pasientsikkerheten og gi bedre kvalitet» skriver Naustdal og Netteland (2012). De skriver videre at mye av sykepleiedokumentasjonen er mangelfull, at det kan føre til dårlig samhandlingsinformasjon og at dette har direkte innvirkning på omsorgskvaliteten. Sykepleiere både i primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten dokumenterer i hovedsak kronologisk i elektroniske pasientjournaler i stedet for å bruke sykepleieprosessen som mal. Ved kronologisk journalføring og liten bruk av sykepleieplaner, gjør de det vanskelig å få tak i

pasientopplysninger, som igjen gjør det vanskelig å lage nøyaktige og relevante inn- og utskrivningsnotater. Dette medfører blant annet at sykepleierne i hjemmetjenesten må gjøre nye vurderinger. Gjennomgående var informasjonen ustrukturert, uspesifikk og inkonsekvent (Naustdal og Netteland 2012).

” Deficits in communication and a lack of coordination when patients are transferred across healthcare organisations can cause serious breakdowns in the continuity of care and potential harm to the patient (Olsen mfl. 2013).

Årsaker til dårlig informasjon og kommunikasjon er oftest tidspress, lite kontinuitet i personalgruppen, manglende rolleforståelse, mangel på rutiner og organisering, manglende mål for utskrivning, mangel på koordinering, fragmentert informasjon og antagelser om hjemmeforhold. Arbeidsdagen oppleves som uforutsigbar og stressende, og det blir ofte avbrytelse i arbeidsoppgavene. Sykepleiernes manglende kunnskap om hvor og hvordan informasjonen skal sendes og mangel på direkte kontakt mellom pleierne på de forskjellige nivåene er noen av grunnene for utilstrekkelig informasjonsutveksling. Sykepleierne i sykehus og hjemmesykepleien har tilsynelatende ulikt perspektiv og de har ofte en «oss og dem» holdning. Et annet funn er at sykepleierne mangler tillit til informasjonen de får fra andre og at det er uklare ansvarsforhold mellom de ulike omsorgsgiverne. Informasjonsutveksling er ofte komplisert og problematisk, og det kan sette pasienten i en sårbar situasjon (Olsen mfl., 2013).

Raunkjær (2013) skriver at pasient og pårørende i palliative forløp hele tiden pendler mellom primær- og sekundærhelsetjenesten og vil være avhengig av at aktørene samarbeider og kommuniserer godt for å sikre et trygt og verdig forløp. Undersøkelsen påpekte utskrivelse fra sykehus som en utfordring og kom frem til at den direkte kontakten mellom sykehus og kommune er spesielt viktig i palliative forløp. Hjemmesykepleien er avhengig av at informasjonsutvekslingen gir dem det de trenger for å kunne gi rett pleie og omsorg. Strategisk og organisatorisk støtte, god kommunikasjon, personlig kontakt, gjerne ansikt til ansikt, og muligheten til å rådføre seg med andre faggrupper er faktorer som vil kunne forbedre samarbeidet.

Forskning viser at individuell utskrivningsplan reduserer liggetiden og gir færre reinnleggelser,

samt økt pasienttilfredshet. Dersom man benytter en utskrivingsplan er det større sannsynlighet for at pasienten utskrives til hjemmet. Men det er usikkert om dette har noen påvirkning på pasientens sykdomsutvikling (Shepperd mfl. 2013).

Ettersom forekomsten av pasienter med kroniske lidelser øker vil det bli større utfordringer og viktigere å gi god pleie til disse pasientene. Hjemmesykepleien spiller en viktig rolle for pasientens pleie, og tilgang til pasientinformasjon er essensielt for å kunne utføre arbeidsoppgavene på en best mulig måte. Allikevel oppfattes det som vanskelig og få tak i denne viktige informasjonen. Derfor er det nødvendig med et system som fanger opp eller legger til rette for dette. Noe av det viktigste for hjemmesykepleien å få fra sykehuset er epikrise og sykepleiesammenfatning. De fleste sykepleiere er enige om at å få tak i pasientinformasjon er en stor utfordring og mener at tilgang til den kan være ekstremt nyttig for å gi bedre pleie (Vaidya mfl. 2012).

## **Hjemmesykepleie**

Pasientens situasjon er avhengig av valgene hjemmesykepleien gjør og tilgang til klinisk pasientinformasjon har stor betydning for disse valgene. For eksempel er feilmedisinering og reinnleggelser ikke uvanlig hos hjemmesykepleiens pasienter (Vaidya mfl. 2012).

Pasienter med KOLS som opplever akutt forverring har tradisjonelt alltid blitt innlagt i sykehus, men forskning viser at sykehusbehandling i hjemmet kan være et trygt alternativ for noen av disse pasientene. Hvis hjemmesykepleien har et godt samarbeid med, og støtte fra, sykehuset så reduserer det reinnleggelser og dødelighet. Men det er viktig å få frem at hjemmebehandling kun er aktuelt for ca 25 % av pasientene (Jeppesen mfl. 2012).

«Today, home care needs are often complex because of shorter lengths of inpatient stays and increased clinical acuity of hospitalized patients» skriver Smith og Alexander (2012). De sier videre at selv om høy kvalitet på hjemmesykepleie forutsetter tverrfaglige bidrag, er ikke alltid dette koordinert fordi omsorgsgivere har blitt mer spesialiserte. Tjenesteytere kan med fordel lære av luftfartens bruk av standardiserte kommunikasjonsformer og rutiner for å unngå misforståelser.

På grunn av økt levealder i vår del av verden blir mange mennesker svært gamle og kan derfor

få flere sykdommer som krever spesialiserte helsetjenester mot slutten av livet. Hjemmebasert palliativ omsorg har mange fordeler, som for eksempel å kunne leve et mest normalt liv og muligheten for å kunne dø hjemme. En konsekvens av dette er at pårørende ofte havner i en situasjon hvor de blir pålagt for mye ansvar og undertrykker sine egne behov. Pasienter og pårørende opplever ofte udekkede behov, blant annet av praktisk, følelsesmessig, fysisk, eksistensiell art, samt informasjonsbehov og sosiale og økonomiske utfordringer. Udekkede psykososiale behov er vanligere enn udekkede behov for lindring av fysisk smerte. Pasienter og pårørende ønsker mer informasjon om sykdommen og hvordan de kan mestre sykdommen og prognosen og de er mest opptatt av hva som vil skje med de etterlatte. En av de mest fremtredende utfordringer opplevd av pasienter og pårørende er at det er dårlig kommunikasjon mellom tjenesteyterne (Ventura 2014).

## DISKUSJON

Resultatene fra litteratursøket drøftes i denne delen av oppgaven i forhold til bakgrunnsinformasjonen og våre egne erfaringer, samt betydningen dette har for palliativ omsorg. Vi vil se på sykehusets rolle, hjemmesykepleiens rolle og betydningen av dokumentasjon, informasjon og planlegging i forhold til overføring av pasienter i palliativ fase fra sykehus til hjemmesykepleie. Siste del av kapittelet inneholder en vurdering av vår arbeidsprosess og valgene vi tok med hensyn til litteratur og metodiske overveielser.

En av grunnene til at vi valgte dette temaet er at vi opplever en viss frustrasjon når det gjelder samarbeid mellom nivåene. Et eksempel kan være at sykehuset skriver ut pasientene til hjemmesykepleien, mens de som møter pasienten hjemme ikke har fått den tilstrekkelige informasjonen for å kunne utøve nødvendig pleie og omsorg. Dette kan for eksempel være mangelfull epikrise, manglende resepter eller medisiner og hjelpemidler, eller manglende kompetanse. Det vi opplever er at sykehuset ikke har den forståelsen for hvordan det er i hjemmet og hvilke arbeidsoppgaver hjemmesykepleien kan utføre. Dette bekreftes av Olsen mfl. (2013) som beskrev årsaker til dårlig informasjon og kommunikasjon. For hjemmesykepleien har det vært et behov for å kunne ha en mer direkte muntlig kontakt med sykehuset. Vi opplever at det som oftest kommuniseres elektronisk, via såkalte PLO-meldinger. Naustdal og Netteland (2012) poengterer at den viktige informasjonen må fanges opp av rette instans. Ustrukturert dokumentasjon fører til at det blir vanskelig å lage gode sykepleiesammenfatninger. Dette støttes også av Vaidya mfl. (2012) og Raunkjær (2013) som begge påpeker viktigheten av tilgang til pasientinformasjon og god informasjonsutveksling. Hvis dette svikter, kan det føre til unødvendige reinnleggelser.

Samhandlingsreformen og lokale rutiner legger føringer for hva helsevesenets aktører skal gjøre og hvordan de skal gjøre det. Det er rimelig å anta at både reformen og rutinene er utformet med de beste hensikter og at hvis disse følges og etterleves, så vil det være til det beste for pasienter og pårørende. Det kan selvfølgelig diskuteres hvorvidt det er tilfellet, men det faller utenfor denne oppgaven. Vi, som sykepleiere har liten påvirkningskraft og evne til å endre disse. Det vi derimot kan og bør, er å gjøre vårt for at de pasienter og pårørende vi har ansvar for får den best mulige pleie og omsorg innenfor de gitte rammer.

## Sykehuset

Vår erfaring er at mange av de pasientene som er i en palliativ fase når de skrives ut fra sykehuset ofte allerede mottar behandling eller tjenester fra primærhelsetjenesten og at det i mange tilfeller dreier seg om akutte innleggelser. Når pasientene blir innlagt på sykehus har sykehuset et relativt stort apparat med mange involverte rundt hver enkelt pasient og vårt inntrykk er at sykehuset har et kortsiktig diagnose- og behandlingsperspektiv, mens kommunene har et langsiktig omsorgsperspektiv, og at sykehuset er mest opptatt av å behandle sykdommer og lindre lidelse der og da, for så å sende pasientene tilbake til kommunene. Når det gjelder disse pasientene sender sykehuset melding til kommunen om at pasient er innlagt og vil trolig trenge kommunale tjenester etter utskrivelse, uavhengig av om pasienten er inne i det kommunale systemet fra før eller ikke. Etter 24 timer skal det sendes helseopplysninger, inneholdende diagnose, behandling, pleie- og omsorgsbehov, etc. Dersom pasienten blir inneliggende over lengre tid, er vår erfaring at oppdatering av disse opplysningene svikter i mange tilfeller, slik at den pasienten som skrives ut har andre behov enn det mottakerapparatet er foreberedt på. Ideelt sett synes vi at sykehuset burde oppdatert kommunen hele veien, slik at planlegging og hjemreise ble mest mulig problemfri. Dette med tanke på om hjemmesykepleien må oppdatere seg med ny kunnskap og kompetanse eller om det bør tilrettelegges i hjemmet med hjelpemidler.

Som Naustdal og Netteland (2012) sier er det viktig å bruke sykepleieprosessen som mal for dokumentasjon. Dette kan lette arbeidet for sykehuset når det skal skrives sykepleiesammenfatning som skal sendes til kommunene. Dersom den er mangelfull og upresis vil dette føre til at hjemmesykepleien må bruke mye tid på å gjøre nye vurderinger. Vår mening er at god pleie krever god planlegging; helseopplysningene og sykepleiesammenfatningene sykehuset sender til kommunen bør derfor ideelt sett være et sammendrag av innkost- og kartleggingsnotater, samt behandlingsplan. Vår erfaring er som Naustdal og Netteland (2012) og Olsen mfl. (2013) sier, at sykepleiere på sykehuset skriver kronologisk og bruker pleieplaner i liten grad. Trolig på grunn av tidspress, lite kontinuitet, manglende rutiner og mål. I Sykehuset Innlandet, som er det som er aktuelt for oss, brukes DIPS til elektronisk journalføring og alt som har med pasienten å gjøre, så alle sykehusene i regionen har tilgang til all informasjon om alle pasienter, noe som gjør interne overflytninger

enkler. Men sykehusene har ikke tilgang til kommunenes eller fastlegenes systemer, noe som kan gjøre innhenting av pasientinformasjon problematisk ved akutte innleggelser. De avdelingene på sykehuset som har mest å gjøre med disse pasientene opplever uforholdsmessig mange reinnleggelser kort tid etter utskrivelse, ofte etter bare en dag eller to. Noe av årsaken til dette er nok at dette er pasienter som har langtkomne og progredierende sykdommer, men vi tror at det også skyldes dårlig planlegging av utskrivelse og mangelfull kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom sykehuset og kommunene. Vår oppfatning er at det på sykehuset hele tiden er et trykk for å få skrevet ut pasienter, særlig mot helgen, men at endelig avgjørelse om utskrivelse mange ganger ikke skjer før på fredag og at det da blir hektisk aktivitet i avdelingen for å få på plass alt som har blitt utsatt i påvente av avgjørelsen.

Så vidt vi vet har de fleste kommuner egne tildelingskontor, eller tilsvarende, som mottar alle pleie og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger). De har den direkte kontakten med sykehuset, hovedsakelig via PLO-meldinger gjennom ELIN-systemet og vurderer pasientens omsorgs- og tjenestebehov basert på informasjonen fra sykehuset (Naustdal og Netteland, 2012). Vi opplever sjelden at kommunene kommer på besøk til sykehuset for å vurdere pasientens helhetlige behov sammen med pasienten, pårørende og personalet på sykehuset. Det fleste vurderinger og tilbud som kommunen tilbyr pasienten er basert på PLO-meldingene. Alle kommuner har kreftkontakter som ofte har en direkte dialog med sykehuset, noen også med ukentlige besøk (Helsedirektoratet, 2013). Dette sikrer en bedre kommunikasjon mellom sykehuset og kommunene når det gjelder kreftpasienter. Vi synes dette gir en bedre kontinuitet i pleien, men det vi ser er at pasienter med andre diagnoser, som også kan trenge palliativ pleie og omsorg, er i fare for å falle litt utenfor.

## **Hjemmesykepleien**

De av oss som er sykepleiere i hjemmetjenesten opplever til tider å føle oss utrygge når vi mangler kompetanse i forhold til de mer avanserte oppgavene som vi møter hos pasienter i en palliativ fase, for eksempel smertepumper, dren, sentrale venekatetere og intravenøs behandling eller vanskelig håndterbare symptomer. Det er derfor ønskelig med mer informasjon og kompetanseoverføring fra sykehus eller palliativt team til sykepleierne i hjemmetjenesten Dette stemmer langt på vei med det Raunkjær (2013) sier.



Slik vi ser det er det i kommunen altfor mange ledd som informasjonen må gå gjennom for å nå ned til oss som pleiere og som er de som skal stå i situasjonen i hjemmet. Her kan det oppstå misforståelser og konflikter, som fører til at viktig og relevant informasjon går tapt. Et moment her er at kommunehelsetjenesten bruker Gerica til sin journalføring. Dette systemet kommuniserer ikke med sykehusenes systemer, noe som er med på å vanskeliggjøre informasjonsutvekslingen. Vi sykepleiere ønsker en mer direkte kontakt med sykepleierne på sykehuset. Dette støttes av Landmark, Kristiansen og Flingtorp (2013) som kom frem til at en direkte kontakt med sykehuset fører til at sykepleierne i kommunen blir komfortable og trygge. For å skape en trygghet for pasienten og pårørende, føler vi at det kan være viktig at en representant fra hjemmesykepleien har direkte møter med pasienten på sykehuset før utskrivelse.

Vår erfaring er at kommunene mottar sykere pasienter med mer komplekse og kompliserte problemstillinger enn tidligere, noe Grimsmo (2013), Gautun og Syse (2013) og Fjørtoft (2012) også har observert. Det øker behovet for kompetanse i hjemmesykepleien og stiller større krav til kvaliteten på samhandlingen og informasjonsutvekslingen. Når vi samtidig vet eller ser at informasjonen fra sykehuset er mangelfull, medfører det at hjemmesykepleien møter uforberedt ved første besøk, noe som gjør både pasient, pårørende og sykepleier utrygge. Det igjen fører til at pasienten ikke får nødvendig pleie og omsorg, og resulterer i unødvendige og av og til uverdige reinnleggelser som kan være en stor påkjenning på alle involverte. Dette strider imot samhandlingsreformens mål om helhetlig og kontinuerlig omsorg, helst på lavest effektive omsorgsnivå, det vil si i hjemmet. Pasient og pårørende ønsker helst å tilbringe den siste tiden hjemme, noe vi ser kan bli vanskelig når forholdene ikke ligger til rette for dette (Vaidya, 2012).

## **Palliasjon**

Det vi ønsker å finne svar på med denne oppgaven er hvilken betydning informasjonsutveksling har for hjemmesykepleiens ivaretagelse av pasienter i en palliativ fase etter utskrivelse fra sykehus. Vi synes det er vanskelig å definere hva en palliativ fase er og når den eventuelt begynner; i mange tilfeller er det en glidende overgang fra alvorlig syk med

kurativt behandlingsmål til ren palliasjon. Hjemmebasert palliativ omsorg har mange fordeler, ifølge Ventura (2014) og er i tråd med samhandlingreformens mål, men medfører en fare for overbelastning hos de pårørende som omsorgsgivere. I de tilfellene er det svært viktig for hjemmesykepleien å få den nødvendige informasjon fra sykehuset om pasientens tilstand, prognose og behandlingsmål. Slik vi ser det, er pårørende en ekstra trygghet for pasienten i hjemmet, siden sykepleiere ikke er like tilgjengelige hele tiden slik som på sykehuset. Pårørende er de som kjenner pasienten best og kan fortelle hvordan pasienten har vært tidligere og bidra med informasjon om hvordan situasjonen er og utvikler seg. De har gjerne vært med i hele forløpet og som sykepleiere må vi ta hensyn til dem også og være klar over at de både er en ressurs for pasienten og oss, samtidig som de også må få lov å være bare pårørende. Som det står i innledningen, så er nærhet til hjemmet helt sentralt i palliativ omsorg. For å muliggjøre dette, så kreves det samarbeide på tvers av nivåene og ofte også på tvers av fagfelt. (Norsk forening for palliativ medisin, 2008). En annen ting, som ble nevnt i rapporten fra Sykehuset Innlandet og kommunene i Gjøvikregionen (2014) og som vi kan si oss enige i, er ønsket om mer direkte kontakt mellom de sykepleierne som faktisk skal besøke pasienten i hjemmet og de sykepleierne på sykehuset som kjenner pasienten.

På sykehuset bør det være et palliativt team, med lege, sykepleiere, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut og prest som kobles inn når pasientene eller pleierne på sengeposten ser behov for det (Helsedirektoratet, 2013). Slik er det på sykehuset på Gjøvik, som er vårt lokalsykehus. Deres informasjon om pasienten følger med ved utskrivelse, men kommer som regel utenom den vanlige sykepleiesammenfatningen. Pasienter med lange sykehistorier og deres pårørende er som nevnt ofte i en sårbar situasjon. Med mangelfull informasjonsutveksling og utskrivningsplanlegging kan dette føre til utrygghet for både pasient, pårørende og pleiere. Dette er en av grunnene til reinnleggelser (Shepperd, mfl., 2013). Viktige gjøremål og prosedyrer kan bli uteglemt eller feilaktig utført. Lite helhetlig og tverrfaglig tenkning, dårlig symptomlindring og liten eller ingen dekning av psykososiale eller åndelige behov er også en risiko ved mangelfull informasjonsutveksling eller lav kvalitet på dokumentasjonen. Alt dette har vi selv opplevd. Selv om kommunene har både fysioterapeut, ergoterapeut og andre tverrfaglige tilbud, opplever vi at de sjelden benyttes til disse pasientene. Dette er noe vi som sykepleiere kanskje kunne være flinkere til å ta tak i, i mangel av etablerte palliative team i kommunehelsetjenesten.

## **Dokumentasjon, informasjon og planlegging**

En større del av de pålagte arbeidsoppgavene går med til ikke-pasientnære oppgaver, sier Gautun og Syse (2013). Det stemmer bra med det vi også ser, men vi føler at det er pasientene som er viktigst og velger derfor ofte å prioritere tiden hos dem framfor rapportering og administrasjon. Dette kan gå ut over informasjonsutveksling mellom nivåene, men også mellom de forskjellige enhetene innad i kommunen. En faktor som vi ikke har innflytelse på er personvernet, som hindrer fri flyt av informasjon på tvers av nivåer og etater. De informasjonskanalene vi har å forholde oss til blir derfor PLO-meldinger, telefonisk kontakt, direkte møter og den skriftlige informasjonen som følger med pasienten ved utskrivelse. I en tenkt situasjon, som ikke er helt urealistisk, kan vi ha en pasient som blant annet ikke klarer å ta til seg næring per os bli meldt til kommunen med en klar og tydelig problemstilling, med beskrivelse av tilstand, prognose og behov. Denne tenkte pasienten har kort forventet levetid og er i en palliativ fase. Kommunen bekrefter at de er klare til å ta imot pasienten på planlagt utskrivelsesdag. I mange tilfeller kan pasientens funksjonsnivå bedre seg noe, slik at han eller hun klarer å drikke, men fortsatt ikke spise mat eller ta tabletter. Dette må sykehuset informere om. Hvis kommunen og hjemmesykepleien ikke får oppdatert informasjon underveis, kan vi risikere at de får en pasient som kun kan ta medisiner intravenøst uten at de er forberedt på det. Hvis dette er en fredag ettermiddag kan det resultere i at hjemmesykepleien ikke har mulighet til å gi pasienten den nødvendige behandlingen hjemme og at pasienten må reinnlegges. I den forbindelse er det betimelig å spørre om utskrivningsklare pasienter alltid er utskrivningsklare og om kommunehelsetjenesten virkelig er klar til å ta imot pasienten eller om utskrivelsen heller bør utsettes en dag eller to til alt er helt avklart og alle praktiske forhold tilrettelagt. Dette kan ses i sammenheng med vår opplevelse av at det på sykehuset er et press for å skrive ut pasienter før helgen. Helsedirektoratet (2013) anbefaler forøvrig å unngå utskrivelse rett før helgen.

Vår oppfatning er at hjemmesykepleien er tilpasningsdyktig, etter hvert har fått økt kompetanse på mange områder og kan med nødvendig støtte fra sykehuset få til det meste, noe som støttes av Jeppesen, mfl. (2012). Dette gjelder ikke bare pasienter med KOLS, som de skriver om, men langt de fleste pasienter med kroniske sykdommer og komplekse problemstillinger. Eksempelvis kan nevnes en av våre pasienter med langtkommet kreft som ønsket å skrives ut til hjemmet med hjemmesykepleie. Han hadde VAP, parenteral ernæring,

epidural smertepumpe, ascitesdren, suprabubiskateter og kolostomi. Det ble innkalt til samarbeidsmøter på sykehuset, med personale fra både sykehuset og kommunen, samt pasient og pårørende. Det ble lagt en plan for hvordan hjemreisen skulle foregå, hva som trengtes av hjelpemidler og medisinsk-teknisk utstyr, hva som trengtes av kompetanse, etc, og ikke minst ble det lagt alternative planer i forhold til om situasjonen skulle forverre seg før utskrivelse eller etter hjemkomst. Nødvendig opplæring ble gitt, alle involverte parter fikk oppdatert og relevant informasjon og pasienten reiste hjem. Han ble sist sett på et lokalt kjøpesenter sammen med familien, godt fornøyd.

## **Vurdering av arbeidsprosessen**

Vi er relativt uerfarne med bruk av databaser, og andre med mer erfaring med litteratursøk og bedre kjennskap til fagfeltet ville trolig fått andre resultater. Denne måten å lese og bedømme artikler på er i tillegg ny for oss og de som er mer erfarne på området ville kanskje ha vurdert dem annerledes. Artikkene vi har brukt har stort spenn, både i tid, sted og metode; for oss var variasjon viktigere enn dyptgående analyser av metodene som er brukt. Et spørsmål vi stilte oss underveis var om vår forforståelse førte til at litteraturen vi valgte i det store og hele stemmer med våre erfaringer og at vi burde vært mer kritiske, eller om det faktisk er slik at det vi opplever er typisk.

Dette har vært en lang og arbeidskrevende prosess, med til dels mye frustrasjon underveis. Vi brukte svært lang tid på å finne den endelige problemstillingen, med mange gode, og noen forvirrende, innspill fra medstudenter og veileder. Det var utstrakt bruk av brainstorming og whiteboard for å sortere de forskjellige aspektene ved temaet før vi til slutt landet på informasjonsutveksling ved utskrivelse av pasienter i palliativ fase fra sykehus til hjemmesykepleien. Til hjelp med disposisjonen ble det brukt et tenkt pasientforløp som rettesnor. Den opprinnelige prosjektplanen måtte ganske snart fravikes på grunn av stadige justeringer og endringer av hensikt og problemstilling. Samarbeidet har fungert bra, med en effektiv fordeling av arbeidsoppgaver i innledning og metodedel, før vi var sammen om å samle trådene i resultat- og diskusjonsdelen. En av fordelene vi har hatt som gruppe er vår allsidige og varierte bakgrunn fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Sist, men ikke minst, må det sies at arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik prosess og en nyttig øvelse i å tenke helhetlig.

## KONKLUSJON

Målet med samhandlingsreformen er å gjøre pasientbehandlingen mer helhetlig og kontinuerlig, og å forenkle pasientforløpene. Informasjonsutvekslingen er en viktig faktor i så henseende. Vår problemstilling var: Hvilken betydning har informasjonsutveksling for hjemmesykepleiens ivaretagelse av pasienter i en palliativ fase etter utskrivelse fra sykehus? Som vi har vist i denne oppgaven, så har god planlegging betydning for å oppnå helhetlig omsorg. Dette betinger utveksling av relevant informasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom hele pasientforløpet. Nasjonale retningslinjer og føringer er på plass, likeså lokale avtaler og rutiner. Men vi opplever, og forskningen viser, at det ikke alltid er slik. En av utfordringene er manglende kjennskap til og forståelse for hverandres situasjon, samt forskjellig perspektiv på behandling og omsorg. Litteraturen viser at det vi opplever som problematisk i forbindelse med overføring av pasienter fra sykehus til kommuner hverken er nytt nå eller spesielt for Norge; de samme tingene har gått igjen i årevis over store deler av verden. En annen utfordring er de teknologiske og personvernmessige begrensninger i forhold til utveksling av pasientinformasjon. Direkte kontakt eller møte mellom sykepleiere på de forskjellige nivåer, gjerne sammen med pasient og pårørende, resulterer i bedre informasjonsutveksling, bedre planlegging, større enighet om mål og metoder, og ikke minst større trygghet for alle parter. I sum vil dette gi hjemmesykepleien bedre forutsetninger for ivaretagelse av pasienter i palliativ fase etter utskrivelse fra sykehuset. Hensikten med oppgaven var blant annet å se om det eventuelt kan sies noe om hva som kan eller bør forbedres. Den endelige konklusjonen blir at hvis ressursene er der, rutinene blir fulgt og alle drar i samme retning, kan palliative pasienter få en god tilværelse hjemme.

## REFERANSER

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter. 4.utgave*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm, Natur och kultur.

Fjørtoft, A.K. (2012) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter. 2. utgave*. Bergen, Fagbokforlaget.

Gautun, H. og Syse, A. (2013) *Samhandlingsreformen Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Rapport, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. [online] URL: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen> (lest 20. feb. 2015).

Grimsmo, A. (2013) Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivingsklare pasienter? I: *Sykepleien Forskning* 8(2): 148-55.

Helsedirektoratet (2013) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. [online] URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/387/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf> (lest 26. jan. 2015).

Helsedirektoratet (2015) *Samhandlingsstatistikk 2013–14*. [online] URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf> (lest 20. feb. 2015).

Helse og omsorgsdepartementet (2012) *Samhandlingsreformen* [online] URL: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse—og-omsorgstjenester-i->

kommunene/samhandlingsreformen/id680424/ (lest 26. jan. 2015)

Helse og omsorgsdepartementet (2014) *Samhandlingsreformen i kortversjon* [online] URL: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> (lest 26. jan. 2015)

Jeppesen, E., Brurberg, K.G., Vist, G.E., Wedzicha, J.A., Wright, J.J., Greenstone, M. og Walters, J.A.E. (2012) Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. I: *The Cochrane Library 2012, Issue 5* [online] URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003573.pub2/pdf/> (lest 05. apr. 2015).

Julian, P.T. og Higgins, S.G. (2008) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. England, John Wiley & Sons.

Landmark, B.T., Kristiansen, H. og Flingtorp, I.J. (2013) Samhandling – helsepersonells erfaringer relatert til pasienter i palliativ livsfase. I: *Omsorg, Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. Nr. 2-2013: 57-62.*

Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004) *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo, Universitetsforlaget.

Naustdal, A.G., Netteland, G. (2012) Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. I: *Sykepleien Forskning 7(3): 270-77.*

Nordsveen, H. (2011) *Palliativ omsorg i et samhandlingsperspektiv. Sykepleiernes erfaringer av samhandling ved utskrivelse av palliative kreftpasienter til eget hjem*. Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik, Gjøvik. [online] URL: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/143695#> (lest 05. jan. 2015).

Norsk forening for palliativ medisin (2004) *Standard for palliasjon*. [Online] URL: <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf> (lest 27. feb. 2015).

Olsen, R.M., Østnor, B.H., Enmarker, I. og Hellzén, O. (2013) Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. I: *Journal of Clinical Nursing* 22, s. 2964-2973 [online] URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12246/epdf> (lest 21. mar. 2015).

Poland, B., Graham, H., Walsh, E., Williams, P., Fell, L., Lum, J.M., Polzer, J., Syed, S., Tobin, S., Kim, G., Yardy, G. (2005) 'Working at the margins' or 'leading from behind'? A Canadian study of hospital-community collaboration. I: *Health and Social Care in the Community* 13(2):125-35 [online] URL: [http://www.researchgate.net/profile/Jessica\\_Polzer/publication/8015248\\_%27Working\\_at\\_the\\_margins%27\\_or\\_%27leading\\_from\\_behind%27\\_A\\_Canadian\\_study\\_of\\_hospital-community\\_collaboration/links/548774a70cf289302e2edbb8.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Jessica_Polzer/publication/8015248_%27Working_at_the_margins%27_or_%27leading_from_behind%27_A_Canadian_study_of_hospital-community_collaboration/links/548774a70cf289302e2edbb8.pdf) (lest 13. jan. 2015).

Raunkjær, M. (2013) Udfordringer ved pludselige udskrivelser, it-baseret kommunikation og uklare specialiserede palliative tilbud. I: *Omsorg, Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. Nr. 2-2013: 63-67.

Rønning, M., Strand, E. og Hjermstad, M.J. (2007) Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon – nordisk lærebok*. 2.utgave. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D. og Barras, S.L. (2013) Discharge planning from hospital to home (Review). I: *The Cochrane Library* 2013, Issue 1 [online] URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub4/pdf> (lest 17. mar. 2015).

Smith, S.B., Alexander, J.W. (2012) Nursing perception of patient transitions from hospitals to home with home health. I: *Professional Case Management* 17(4):175-85 [online] URL:



<http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.13.1a/ovidweb.cgi?>

WebLinkFrameset=1&S=ENLBPDEMEHHFKEALFNLKBBOFPMIEAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.98%257c7%257c50%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3DENLBPDEMEHHFKEALFNLKBBOFPMIEAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNOFBBALEH00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f01269241%2f01269241-201207000-00007.pdf&filename=Nursing+Perception+of+Patient+Transitions+From+Hospitals+to+Home+With+Home+Health.&navigation\_links=NavLinks.S.sh.98.7&PDFIdLinkField=%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f01269241%2f01269241-201207000-00007&link\_from=S.sh.98|7&pdf\_key=B&pdf\_index=S.sh.98&D=ovrn (lest 13. jan. 2015).

Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark (2013) *Overordnet samarbeidsavtale mellom XX kommune og Sykehuset innlandet*. [online] URL:

[http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk\\_/samhandling\\_/Documents/Avtaledokumenter/OVERORDNET%20AVTALE\\_230113.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/samhandling_/Documents/Avtaledokumenter/OVERORDNET%20AVTALE_230113.pdf) (lest 15. feb. 2015).

Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark (2013) *Tjenesteavtale nr.1 Ansvar og oppgavefordeling*. [online] URL: [http://www.sykehuset-](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/samhandling_/Documents/Tjenesteavtaler%20med%20kommunene/Tjenesteavtale%20nr%201_230113.pdf)

[innlandet.no/fagfolk\\_/samhandling\\_/Documents/Tjenesteavtaler%20med%20kommunene/Tjenesteavtale%20nr%201\\_230113.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/samhandling_/Documents/Tjenesteavtaler%20med%20kommunene/Tjenesteavtale%20nr%201_230113.pdf) (lest 15. feb. 2015).

Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark (2013) *Tjenesteavtale nr.5 Ansvar og oppgaver for utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra Sykehuset Innlandet HF*. [online] URL: [http://www.sykehuset-](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/samhandling_/Documents/Tjenesteavtaler%20med%20kommunene/Tjenesteavtale%20nr%205_230113.pdf)

[innlandet.no/fagfolk\\_/samhandling\\_/Documents/Tjenesteavtaler%20med%20kommunene/Tjenesteavtale%20nr%205\\_230113.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/samhandling_/Documents/Tjenesteavtaler%20med%20kommunene/Tjenesteavtale%20nr%205_230113.pdf) (lest 15. feb. 2015).

Sykehuset Innlandet og kommunene i Oppland og Hedmark (2013) *Samhandlingsrutine for varslings av innlagt og utskrivningsklar pasient, med bruk av elektronisk meldingsutveksling*

[online] URL: [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk\\_/samhandling\\_/Documents/Godkjente](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/samhandling_/Documents/Godkjente)

%20samarbeidsrutiner/Samhandlingsrutine%20for%20varsling%20av%20inn%20og  
%20utskrivingsklar%20pasient%20med%20elektronisk%20meldingsutveksling  
%20%283%29.pdf (lest 15. feb. 2015).

Sykehuset Innlandet og primærhelsetjenesten i Gjøvikregionen (2014) *Palliative kreftpasienter i livets slutfase, bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*. Samarbeidsprosjekt, Sykehuset Innlandet.

University of North Carolina (2012) *Litterature reviews* [online] URL:  
<https://writingcenter.unc.edu/files/2012/09/Literature-Reviews-The-Writing-Center.pdf> (lest 15. mar. 2015).

Vaidyas, S.R., Shapiro, J.S., Papa, A.V., Kuperman, G., Ali, N., Check, T. og Lipton, M. (2012) Perceptions of Health Information Exchange in Home Healthcare I: *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 30(9): 503–509 [online] URL: [http://ovidsp.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=MDAKPDDJJAHFKOPCFNKKKCDGCINCAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.43.46%257c0%257c00024665-201209000-00009%26S%3dMDAKPDDJJAHFKOPCFNKKKCDGCINCAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNDGKCPCJA00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00024665%2f00024665-201209000-00009.pdf&filename=Perceptions+of+Health+Information+Exchange+in+Home+Healthcare.&pdf\\_key=PDHFFNDGKCPCJA00&pdf\\_index=/fs047/ovft/live/gv024/00024665/00024665-201209000-00009&D=ovrn](http://ovidsp.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=MDAKPDDJJAHFKOPCFNKKKCDGCINCAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.43.46%257c0%257c00024665-201209000-00009%26S%3dMDAKPDDJJAHFKOPCFNKKKCDGCINCAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNDGKCPCJA00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00024665%2f00024665-201209000-00009.pdf&filename=Perceptions+of+Health+Information+Exchange+in+Home+Healthcare.&pdf_key=PDHFFNDGKCPCJA00&pdf_index=/fs047/ovft/live/gv024/00024665/00024665-201209000-00009&D=ovrn) (lest 27. mar. 2015).

Ventura, A.D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J. og Ricciardelli, L. (2014) Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. I: *Palliative Medicine* 28(5): 391-402 [online] URL:  
<http://pmj.sagepub.com/content/28/5/391.full.pdf+html> (lest 05. apr. 2015).

Ressurser:

<http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving>

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskning-artikler>

<https://dbh.nsd.uib.no/publisering/kanaler/Forside>