



Fordypningsoppgave 2013

Videreutdanning i palliativ omsorg – helhetlig lindring i livets
slutfase VIU8431

Palliative pasienter i et
samhandlingsperspektiv

- Utskrivelse fra sykehus til sykehjem

Trine Lill Bangstad Erlund
Aina Høgevold

13. mai 2013

SAMMENDRAG

Tittel:	Palliative pasienter i et samhandlingsperspektiv - utskrivelse fra sykehus til sykehjem	Dato: 13.mai 2013
Deltakere:	Trine Lill Bangstad Erlund Aina Høgevold	
Veileder:	Marit Tømmerbakk	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Palliativ pasient, samhandling, utskrivelse	
Antall ord: 9850	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Bakgrunn: Palliative pasienter opplever å flytte mellom behandlingsnivåer. Vi opplever i dag at det ofte er tilfeldigheter som avgjør hvor godt den palliative pasient blir ivaretatt ved overflytting. Etter innføring av samhandlingsreformen utskrives pasienter fra sykehus til sykehjem tidligere enn før. For å oppnå en bedre ivaretagelse av pasienten, stilles det krav til sykepleieres samhandlingskompetanse.</p> <p>Hensikt: Hvordan kan sykepleiere samhandle for å ivareta den palliative pasienten ved overflytting fra sykehus til sykehjem?</p> <p>Metode: Metoden er en litteraturstudie. Den er basert på fem kvalitative forskningsartikler, samt en fagartikkel. I tillegg benyttes teori og tidligere forskning, sammen med egne erfaringer fra praksis.</p> <p>Resultater: Ut fra artiklene vi har inkludert i studien, fremkommer seks hovedfunn som bidrar til samhandling: Rolleavklaring/respekt, samarbeidsmøter, kommunikasjon, fellesundervisning/hospitering, dokumentasjon og personlig overrekkelse/besøk på sykehuset.</p> <p>Konklusjon: Bedre rutiner omkring samhandling vil bidra til en bedre ivaretagelse av den palliative pasient. Resultatene i vår litteraturstudie er realistiske og gjennomførbare og bidrar til å oppfylle samhandlingsreformens krav til samhandlingskompetanse.</p>		

ABSTRACT

Title:	Palliative patients in an interactive perspective -discharge from hospital to nursing home	Date: 13. mai 2013
Participants:	Trine Lill Bangstad Erlund Aina Høgevold	
Supervisor:	Marit Tømmerbakk	
Employer:		
Keywords (3-5)	Palliative patient, interaction, discharge	
Number of words: 9850	Number of appendix: 1	Availability: Open
<p>Background: Palliative patients experience moving from one level of treatment to another. We experience that it's often by chance how well the palliative patient is taken care of when transferred. After the introduction of the interaction reform, patients are discharged from hospital to nursing homes earlier. To achieve better care of the patient, more is demanded of nurses with regard to their competence to interact.</p> <p>Aim: In what way can nurses interact to care for the palliative patient when being moved from hospital to nursing home?</p> <p>Method: The method is a literary study. It is based upon five quality research articles, and one article on the subject. In addition we made use of theory and previous research, together with our experience from practice.</p> <p>Results: On the background of the articles we have included in the study, six main findings which contribute to interaction. Role clarification/respect, co-operative meetings, communication, common teaching/shadowing, documentation and personal transfer/visiting the hospital.</p> <p>Conclusion: Better routines regarding co-operation will contribute to improved care of the palliative patient. The results in our literary study are realistic and not too hard to carry out and contribute to attain the aims of the interaction reform with regard to competent co-operation.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	4
1.0 Innledning	5
1.1 Introduksjon til tema.....	5
1.2 Teoretisk perspektiv/tidligere forskning.....	6
1.2.1 Palliasjon.....	6
1.2.2 Sykepleierens funksjon	6
1.2.3 Samhandlingsreformen.....	7
1.2.4 Tverrfaglig samarbeid/brukermedvirkning	8
1.2.5 Organisering av det palliative tilbudet	9
1.2.6 Rammer	9
1.2.7 Kommunikasjon /roller	10
1.2.8 Individuell plan	11
1.3 Avgrensninger/presiseringer.....	11
1.4 Begrepsavklaring.....	12
1.4.1 Utskrivningsklar	12
1.4.2 Samhandling.....	12
1.5 Oppgavens hensikt/presentasjon av problemstilling.....	13
2.0 Metode	14
2.1 Presentasjon av metode	14
2.2 Litteratursøk	15
2.3 Kildekritikk.....	15
3.0 Resultat/sammenstilling av artikler	18
3.1 Presentasjon av artikler (tabell)	18
3.2 Sammenstilling av resultater	21
4.0 Drøfting.....	23
4.1 Rolleavklaring/respekt.....	23
4.2 Samarbeidsmøter	25
4.3 Kommunikasjon	27
4.4 Felles undervisning/hospitering	28
4.5 Dokumentasjon.....	29
4.6 Personlig overrekkelse/besøk på sykehuset	31
4.7 Kritisk vurdering med hensyn til litteratur, teori og øvrige metodiske overveielser	33
5.0 Konklusjon.....	35
6.0 Litteraturliste.....	36
7.0 Vedlegg.....	38
7.1 Søkehistorikk.....	38

Antall ord: 9850

1.0 Innledning

I dette avsnittet vil vi først gi en introduksjon til tema, for så å presentere tidligere forskning og teoretisk perspektiv som er relevant for vår oppgave. Deretter presenterer vi begrensninger i oppgaven, samt begrepsavklaringer. Til slutt beskrives oppgavens hensikt og oppgavens problemstilling presenteres.

1.1 Introduksjon til tema

Som sykepleiere i henholdsvis sykehus og sykehjem opplever vi stadig at palliative pasienter med komplekse problemer og kort forventet levetid blir flyttet mellom ulike behandlingsnivåer. Etter at samhandlingsreformen ble innført i januar 2012 opplever vi dette i økende grad. Vi har etter innføring av denne reformen en følelse av at det ofte er pengene som rår og at pasienter med komplekse problemer utskrives langt tidligere enn tidligere. En kan spørre seg om pasientens ønsker og behov blir imøtekommet? Og blir den palliative pasient godt nok ivaretatt?

Det er en krevende oppgave for sykepleiere å bidra til en god overflytting av den palliative pasient. Det stilles store krav både når det gjelder koordinering og samhandling. Vi skal forholde oss til kollegaer i de ulike behandlingsnivåene, samtidig som vi skal samarbeide med og ivareta pasient og pårørende. Vi ønsker å se på hvordan vi best mulig kan ivareta den palliative pasient i forbindelse med overflytting mellom sykehus og sykehjem.

Slik dagens situasjon er, opplever vi at det ofte er tilfeldigheter som bestemmer hvor vellykket en overflytting blir. Pasient og pårørende er prisgitt at det er engasjerte sykepleiere som er ansvarlig for utskrivelse og mottak av ny pasient. Det blir veldig personavhengig hvor godt den palliative pasienten blir ivaretatt i forbindelse med en overflytting, og vi ønsker derfor å få satt søkelys på samhandlingsrutiner som kan kvalitetssikre en god overgang mellom behandlingsnivåene.

Vi har i den senere tid hatt et par episoder hvor sykepleiere fra førstelinjetjenesten har vært på sykehuset for opplæring i spesielle prosedyrer, i forkant av at pasient skal utskrives. Dette er oppfattet meget positivt blant både pasient, pårørende og de involverte sykepleiere. Opplæring skaper trygghet hos personalet, som igjen kan føre til en bedre ivaretagelse av pasienten. Pasienten får hilse på en sykepleier som jobber på sykehjemmet og på den måten kan trygghet og tillit etableres allerede før pasient ankommer den nye institusjonen.

I følge Faksvåg Haugen, Jordhøy og Jensen Hjermsstad (2008) vil den palliative pasienten til enhver tid overflyttes mellom ulike behandlingsnivåer. Å få til en hensiktsmessig organisering er avgjørende for at pasient kan oppnå god og effektiv helsehjelp. Helsedirektoratet (2010) sier at målet med palliativ omsorg er at pasient og pårørende opplever best mulig livskvalitet i livets siste fase. Dersom utrygghet og følelsen av ikke å føle seg ivaretatt preger denne fasen, mener vi at livskvaliteten vil bli betraktelig redusert. Helsedirektoratet (2010) skriver videre at den palliative kulturen kjennetegnes blant annet av at det er fokus på en helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og dens pårørende, fokus på åpen kommunikasjon og informasjon, tverrfaglighet, forutseende planlegging og systematisk samarbeid. Tema for vår oppgave har i høyeste grad relevans til palliativ omsorg, både for å bidra til helhetlig omsorg og ikke minst økt livskvalitet.

1.2 Teoretisk perspektiv/tidligere forskning

I dette avsnittet presenteres relevant teori og tidligere forskning omkring vårt tema.

1.2.1 Palliasjon

Palliasjon er i følge Helsedirektoratet (2010) aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt. Tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer har også en viktig plass. Målet for palliativ omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Behandlingen har som mål verken å fremskynde døden eller forlenge selve dødsprosessen. I følge Kaasa (2008) har palliasjon hovedfokus på å opprettholde eller bedre livskvalitet, og er derfor noe helt annet enn behandling som har kurasjon som hovedmål.

1.2.2 Sykepleierens funksjon

For å oppnå best mulig ivaretagelse av den palliative pasient gjennom en vellykket overflytting, trengs det et godt tverrfaglig samarbeid hvor flere profesjoner ofte er involvert. Fokus for vår oppgave er likevel hvordan vi som sykepleiere kan samhandle best mulig. I den forbindelse ønsker vi kort å presentere sykepleierens funksjon i den palliative innsats. I følge Halskov Madsen (2001) har sykepleieren en nøkkelfunksjon i palliativ pleie. Sykepleieren skal bidra til livskvalitet for pasient og dens pårørende, selv om det å skulle dø ofte kan være forbundet med smerte, lidelse og sorg (Ilkjær 2013). Sykepleierrollen i palliativ omsorg

beskrives av Johnston (2002) som støttende, noe som innebærer å støtte pasient og pårørende gjennom en vanskelig tid. Videre beskrives kontinuitet og samarbeid viktig i arbeidet. Andre nøkkelementer i sykepleierfunksjonen er å bidra til håp, god pleie, empati og sørge for faglig oppdatering.

1.2.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (2008-2009) er en av de største velferdsreformer i Norge og trådte i kraft 1. januar 2012. Den er i tillegg en forvaltningsreform, da den tar for seg overføring av helsetjenester fra stat til kommune. God samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer beskrives som vesentlig for å nå målene i samhandlingsreformen. I følge KS-rapporten "En naturlig avslutning på livet" (Forstrøm 2011) vil samhandlingsreformen gi kommunene et større ansvar for pasientforløp mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Målet med denne reformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Dette krever et helhetlig og koordinert helsetilbud. Målet med palliativ omsorg er å bidra til best mulig livskvalitet for den døende og dens pårørende. Dette krever samhandling og en bred tilnærming fra mange profesjoner.

Samhandlingsreformen skal i følge Alvsvåg (2013) gi en tydeligere arbeidsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den sier at spesialisthelsetjenesten skal behandle sykdom, mens kommunehelsetjenesten blant annet skal ha oppmerksomhet rettet mot pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. Innføring av samhandlingsreformen innebærer noen viktige økonomiske konsekvenser. En viktig faktor er at kommunen har et lovfestet medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Dette kan medføre at behandling ikke bare vil prege spesialisthelsetjenesten, men også kommunehelsetjenesten. Dette er i så fall i strid med reformens opprinnelige intensjon. Med en sterkere behandlingsideologi også ut i kommunene, kan vi risikere at både pleie og omsorg kan tape (Alvsvåg 2013).

Alvsvåg (2013) sier videre at kommunene forplikter seg etter denne reformen til å betale for pasienter som ligger på sykehus etter at de er definert som ferdig behandlet. Dette betyr ikke nødvendigvis at pasienten verken er habiliterert eller rehabilitert, og pasientens funksjon etter behandling kan ha blitt redusert.

Samhandlingsreformen (2008-2009) stiller store krav til helsepersonells kompetanse. Innholdet i ulike utdanninger må vurderes, da det settes fokus på kompetanseheving.

Undervisning må i større grad enn tidligere vektlegge samhandlingskompetanse. Et viktig poeng som er beskrevet i samhandlingsreformen er å sikre samhandlingsaspektet og kompetansebehovene i kommunen, og dette må derfor ivaretas på lik linje som i spesialisthelsetjenesten.

1.2.4 Tverrfaglig samarbeid/brukermedvirkning

Tverrfaglig samarbeid er i følge Lauvås og Lauvås (2004) at representanter fra forskjellige yrkesgrupper samarbeider til brukerens beste. Brukermedvirkning er viktig i det tverrfaglige samarbeidet fordi det er brukerne som skal ha nytte av arbeidet som gjøres.

Faksvåg Haugen, Jordhøy og Jensen Hjermsstad (2008) sier at god og effektiv palliasjon krever at alle som er involvert i behandling og pleie, arbeider sammen til beste for pasienten og familien. Videre sier Glavin og Erdal (2010) at tverrfaglig samarbeid oppstår når flere yrkesgrupper arbeider på tvers av faggrensene for å komme til et felles mål.

Noen ganger kan det være nødvendig med politiske eller administrative vedtak om at det skal jobbes på tvers for å samordne ressurser, og for å motvirke eventuelle tilbøyeligheter til å jobbe isolert med sitt. Samarbeid må formaliseres. Møtestruktur må være slik at den fremmer stabilitet og fleksibilitet. Faste personer bør delta på møtene for å oppnå kontinuitet. De må yte sitt beste og føle en forpliktelse ovenfor pasienten. I slike møter er det viktig å avklare kontekstvariabler, forskjeller og likheter. Gjensidig respekt og at alle deltar på lik linje er viktig. Dialog, framfor enveiskjøring for å overbevise noen om at den enes bidrag er det eneste rette, er å foretrekke (Røkenes og Hanssen 2010).

Begrepene bemyndigelse og brukermedvirkning betyr det samme. Stang (1998) sier det handler om at brukeren skal ha makt til å bestemme i sitt eget liv og at brukermedvirkning skjer på individ- og systemnivå. Sykepleiere må forholde seg til begge nivåene. Det har vært vanligst at sykepleiere har forholdt seg til individnivå, som innebærer å ha en holdning preget av vilje til å la brukeren være den som har det avgjørende ordet. Det er viktig å ha kunnskap om organisatoriske og samfunnsmessige forhold for å kunne hjelpe brukeren. Sykepleiere må kunne påvirke og forandre strukturelle faktorer.

1.2.5 Organisering av det palliative tilbudet

Faksvåg Haugen, Jordhøy og Jensen Hjermsstad (2008) skriver at helsetjenesten i Norge er organisert i tre nivåer, og at organiseringen av palliasjon bygger på denne strukturen. Palliasjon ytes i kommunehelsetjenesten, på sykehus og ved regionale palliative sentre (ved de store sykehusene i landet). Videre skriver de at palliasjon stiller store krav til samarbeid og samhandling mellom yrkesgrupper. Organisering bør understøtte samhandling, men den enkelte helsearbeiders innstilling og innsats er like viktig.

Et av hovedmålene i palliasjon er i følge Helsedirektoratet (2010) at pasient og pårørende opplever kontinuitet gjennom god kommunikasjon og godt samarbeid. Samarbeid mellom nivåene er viktig også som bidrag for å skape trygghet blant personalet, slik at avansert palliativ behandling kan tilbys også utenfor sykehus. Ved et slikt samarbeid kan kapasitet og ressurser utnyttes bedre og pasienter lettere overføres mellom omsorgsnivåene (Faksvåg Haugen, Jordhøy og Jensen Hjermsstad 2008).

Standard for palliasjon (2004) foreslår følgende tiltak for bedre samarbeid og samhandling; nettverksmøter, individuell plan, felles journalnotater, at epikrise alltid følger med pasienten, god telefontilgjengelighet for involverte, kompetanseoverføring, palliativt team som bindeledd, nettverk av ressurspsykepleiere og samhandlingsprosedyrer.

I følge Helsedirektoratet (2010) er individuell plan, møtesteder og kontakt mellom aktører på helsenivåene, samt samhandlingsprosedyrer viktig ved overflytting av palliative pasienter. Videre påpekes viktighet av dialog mellom aktørene i starten av et samarbeid og når pasientens tilstand er ustabil slik som ved livets avslutning.

1.2.6 Rammer

Nightingale skrev i 1859 (i følge Karoliussen 2011) at ”punktlighet og beslutning er over alle ting, nødvendig for de syke. ... men (når det oppstår problemer) er feilen vanligvis mangel på rutiner hos den øverste ansvarlige.”

I henhold til Karoliussen (2011) betyr kontekst sammenheng. Sykepleien står i en sammenheng. Vi blir påvirket av ytre faktorer som det er viktig for sykepleiere å være bevisst. Rammefaktorer er ytre faktorer som kan påvirke sykepleierens arbeid. Disse faktorene finnes på samfunnsnivå (lover og regler), organisasjons/institusjonsnivå

(organisatoriske og fysiske/bygningsmessige forhold) og profesjonsnivå (organisering, nærmiljø, kunnskap og personlighet).

Samhandlingsreformen er en ramme på samfunnsnivå vi som sykepleiere jobber under, og som påvirker vår arbeidssituasjon. Den overordnede organiseringen av f.eks. Sykehuset Innlandet, samt organiseringen på avdelingsnivå spiller også en rolle i forhold til den kontekst vi jobber i. Historie, kultur, avstander, gammel og ny kunnskap og personlige egenskaper hos den enkelte sykepleier, er komponenter som innvirker på hvordan sykepleien blir (Karoliussen 2011). Dette samsvarer også med vår innledning, hvor vi skriver at vi i dag opplever at det er mye tilfeldigheter som avgjør hvor godt den palliative pasienten ivaretas i forbindelse med overgang mellom ulike behandlingsnivåer.

1.2.7 Kommunikasjon /roller

I følge Røkenes og Hanssen (2010) kjennetegnes god kommunikasjon av at det er en relasjon mellom de som kommuniserer preget av tillit, trygghet og forståelse, og at det er samsvar mellom budskapet som blir sendt og det som blir forstått. De sier at god kommunikasjon handler om å formidle budskap og ivareta andre verdier i samhandling.

Det er forventninger til formell og uformell yrkesrolle. Formelle forventninger er nedfelt i arbeidsbeskrivelse eller arbeidsinstruks. Den uformelle rollen er summen av forventninger som rettes mot den posisjonen du har i systemet (Røkenes og Hanssen 2010). Det er altså visse ting vi som sykepleiere har en plikt til å gjøre samtidig som det er noen uformelle forventninger som kan komme fra samfunnet generelt, den enkelte pasient, pårørende eller medarbeidere.

Røkenes og Hanssen (2010) skriver at rolleforventninger er ikke-uttalte og/ eller ubevisste, og det kan være lurt å avklare gjensidige rolleforventninger, fordi det ellers kan skape vansker i kommunikasjonen. Når en er kjent med hverandres forventninger kan en lettere tilpasse seg. Dette beskrives som rolleflexibilitet.

Videre skriver de at noen ganger kan en og samme person ha flere enn en rolle, noe som kan medføre en rollekonflikt. Dette kan føre til en psykologisk konflikt for fagpersonen. Han/hun føler seg kanskje presset og har dårlig samvittighet. Det er viktig at konflikten ikke blir privatisert. Veiledning av kolleger kan være til hjelp for å løse en slik konflikt

”En fagperson som er brukerorientert, ivaretar *brukerperspektivet*, det vil si brukerens opplevelse av situasjonen og brukerens egne valg” (Røkenes og Hanssen 2010, s. 227).

Det er derfor viktig at brukerperspektivet ivaretas ved overflytting av palliative pasienter. Dette kan oppleves utfordrende siden det er formelle krav til sykepleierrollen om å planlegge/organisere overflytting til sykehjem raskest mulig.

1.2.8 Individuell plan

I følge Helsedirektoratet (2010) skal pasienter som trenger et koordinert helsetilbud, ha en individuell plan som inkluderer alle behandlingsnivåer som er aktuelle. I palliasjon er det flere hensyn som må tas, da det er en spesiell situasjon der helsetilstand stadig endres, og det er vekslende behov for oppfølging og tiltak. Hovedmålet med å igangsette en individuell plan, er at den skal sikre en helhetlig og forutsigbar tjeneste hvor tydelig oppgavefordeling og klare avtaler om tilgjengelighet og oppfølging er nedfelt. Helsedirektoratet (2010) viser til at det er positive erfaringer ved bruk av individuell plan, og at det derfor bør tilbys flere pasienter. Det er retningslinjer for hva en slik plan skal inneholde.

1.3 Avgrensninger/presiseringer

Vår oppgave omhandler utskrivning av palliative pasienter. Med denne pasientgruppen menes pasienter med inkurabel sykdom, som utskrives for lindrende og helhetlig behandling i livets slutfase. Målet for behandling når en palliativ pasient utskrives sykehjem, er å lindre smerte og andre plagsomme symptomer.

Den palliative pasient vil ofte oppleve å overflyttes mellom ulike nivåer i helsevesenet. Siden vi er to sykepleiere med arbeidssted i henholdsvis sykehus og sykehjem, velger vi å fokusere på hvilke faktorer som er nødvendig for god overflytting, nettopp mellom disse nivåene. Når vi senere i oppgaven skriver om behandlingsnivåer mener vi sykehus og sykehjem.

Vår erfaring fra henholdsvis første- og annenlinjetjenesten vil være nyttig for oppgavens drøftning. Det er flere yrkesgrupper enn sykepleiere som er aktuelle for å oppnå et optimalt samarbeid, men på grunn av oppgavens størrelse, velger vi å se på hvordan sykepleiere kan samarbeide bedre på tvers av behandlingsnivåene. Vi har valgt å ha med teori om tverrfaglig

samarbeid/brukermedvirkning. I denne oppgaven innebærer tverrfaglighet samhandling mellom sykepleiere i sykehus og sykehjem for best mulig å ivareta den palliative pasient.

Brukermedvirkning er et sentralt begrep i palliativ omsorg. På grunn av oppgavens begrensning velger vi likevel ikke å vektlegge dette tema, da vi ser at dette kunne utgjort en hel oppgave alene.

1.4 Begrepsavklaring

I dette avsnittet ønsker vi å definere to begreper som er viktig for vår oppgave.

1.4.1 Utskrivningsklar

”En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og pasienten fremdeles er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud” (Direktoratet for forvaltning og IKT 2013).

Sykehuset Innlandet HF har en prosedyre om samhandling (2010) som sier at begrepet utskrivningsklar skal benyttes når en pasient planlegges utskrevet fra sykehuset. Det er ulike punkter som skal være vurdert og konklusjonene for disse skal være dokumentert i pasientjournal, før en pasient kan defineres som utskrivningsklar. Blant annet skal problemstillinger ved innleggelse være avklart.

For de fleste er begrepet ferdigbehandlet et positivt ladet ord. Etter innføring av samhandlingsreformen har dette begrepet gått fra å være et medisinsk til å bli et økonomisk spørsmål. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten opplever et økonomisk press (Alvsvåg 2013).

1.4.2 Samhandling

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (Samhandlingsreformen 2008-2009, s. 13).

1.5 Oppgavens hensikt/presentasjon av problemstilling

Vi opplever ofte at dårlig eller mangelfull samhandling mellom sykehus og sykehjem skaper en utrygghet om lett kan smitte over på pasient og pårørende. Vi mener at dersom personalet opplever trygghet gjennom god samhandling, vil dette komme den palliative pasient til gode. Vi ønsker å sette søkelys på hvordan vi kan jobbe sammen, og ikke isolert, for å skape mest mulig trygghet både for pasient og pårørende. Dette handler mye om å verdsette og respektere arbeidet som gjøres henholdsvis på sykehus og sykehjem. Vi er avhengig av hverandres kompetanse for å kunne yte best mulig palliativ omsorg.

I følge Helsedirektoratet (2010) bør utskrivning av pasienter med komplekse problemer varsles i god tid og i størst mulig grad unngås rett før helg. Selv om dette er en nasjonal anbefaling, opplever vi likevel at det ofte skrives ut pasienter med komplekse problemer i forbindelse med helg.

Vi ønsker å finne ut av hvordan sykepleiere i første- og annenlinjetjenesten gjennom samhandling kan få til en overflytting som vil gjøre at pasienter i en svært sårbar fase vil føle seg bedre ivaretatt. Vi vil i oppgaven se på ulike faktorer som kan bidra til en mer optimal samhandling mellom sykepleiere ved overflytting fra sykehus til sykehjem.

På bakgrunn av studiens hensikt og det som kommer frem av introduksjonen, er vi kommet frem til følgende problemstilling;

Hvordan kan sykepleiere samhandle for å ivareta den palliative pasienten ved overflytting fra sykehus til sykehjem?

2.0 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, 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” (Dalland 2012, s. 111).

2.1 Presentasjon av metode

Ut i fra høgskolens retningslinjer, er det bestemt at vår fordypningsoppgave skal være en litteraturstudie.

I følge Dalland (2012) gir en litteraturstudie en god oversikt over hva som er gjort av forskning på det tema som er aktuelt for oppgaven og sette denne sammen med egne erfaringer.

Forsberg og Wengstrøm (2003, s. 29) definerer en litteraturstudie på følgende måte:

”En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde”.

En litteraturstudie gir i følge Dalland (2012) en god oversikt over hva som finnes av aktuell litteratur og et innblikk i hva som er gjort av relevant forskning. En finner kunnskap bygget på andres erfaringer og på den måte få hjelp til å besvare en problemstilling. En svakhet med en litteraturstudie er at det kan være vanskelig å finne akkurat det en leter etter, samtidig som det en finner av forskning ikke alltid vil være overførbart på grunn av kultur, språkbarrierer osv. En litteraturstudie fordrer at det finnes vitenskaplig stoff som er relevant for å besvare en oppgaves problemstilling.

Vår oppgave er derfor bygget på litteratur fra ulike bøker, fag- og forskningsartikler og andre skriftlige og elektroniske kilder som er relevante for vår oppgave. Vi vil i tillegg vise til erfaringer fra praksis. Videre har vi hospitert hos kreftkoordinator i Elverum kommune. Hun fungerer som en koordinator for alvorlig syke pasienter og ga oss et innblikk i hvordan samhandling fungerer i de tilfellene hvor hun er involvert.

2.2 Litteratursøk

For å finne aktuelle artikler til å belyse vår problemstilling, har vi søkt i databasene Cinahl, Ovid Nursing Database, Academic Search Elite og Sykepleien Forskning. Vi har benyttet søkeordene *palliative care, end-of-life, hospital discharge, interprofessional relations, communication, collaboration, discharge planning, transition of care, samhandling og utskrivelse*.

I søk etter relevante artikler har vi også gjennomlest mange referanselister, både fra artikler vi har valgt ut og fra masteroppgaver som ligger tilgjengelig i HIGIA. Noen av disse hadde titler som appellerte til oss, men som vi ved nærmere gjennomgang forkastet da de viste seg ikke relevante for å belyse oppgavens problemstilling.

Tabell med søkehistorikk presenteres som vedlegg til oppgaven.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) handler kildekritikk om de metodene som anvendes for å fastslå om en kilde er sann.

En litteraturstudie krever at det finnes vitenskaplig stoff som kan besvare oppgavens problemstilling. Vi ser i ettertid at vi kan ha hatt en forforståelse for hva vi ønsket å finne og dette kan ha hatt betydning for hvilke artikler som er forkastet.

Samhandlingsreformen har en vesentlig plass i vår oppgave. Dette er en norsk reform av nyere dato, og det var derfor ikke mulig å finne vitenskaplige artikler som omhandler denne reformen sett i sammenheng med temaet vi ønsker å belyse. Videre er det gjort lite forskning rundt palliasjon som tema og i tillegg var det vanskelig å finne artikler som omhandler overflytting av den palliative pasient fra sykehus til sykehjem. Mange av artiklene vi fant omhandlet utskrivelse fra sykehus til hjemmet. Selv om vi ikke fant en artikkel som traff vår problemstilling helt, er det mange funn fra de ulike artiklene vi presenterer senere i oppgaven, som vil være overførbare for å besvare oppgavens problemstilling.

Vi har lest og forkastet flere artikler underveis. I de tilfeller hvor vi har fått mange treff, har vi gjort et raskt overblikk med å lese tittel på de ulike artiklene. På denne måte ekskluderte vi raskt de artiklene som hadde titler som ikke traff vår problemstilling. Vi kan derfor ha

ekskludert noen artikler som kunne vært relevante, men dette ble for oss en nødvendig metode for å sortere ut artikler der vi fikk mange treff. Flere artikler viste seg ikke å være vitenskaplige og med unntak av en artikkel ble disse ikke inkludert. Vi gjorde flere funn på vitenskaplige artikler som i utgangspunktet så relevante ut, men som vi ekskluderte etter å ha lest sammendrag og konklusjon. Sammendragene i artiklene vi inkluderte inneholder ord som palliativ omsorg, tverrfaglighet, kommunikasjon, informasjon og overflytting mellom helsenivåer.

Fem av seks artikler som presenteres senere i oppgaven har vitenskaplig nivå 1 eller 2. De vitenskaplige artiklene vi benytter er alle skrevet av personer med høy utdanning. Artiklene er skrevet for fagpersoner som har ansvar for utskrivningsprosesser for alvorlig syke mennesker. Artiklene har som hensikt å sikre en bedre samhandling og overflytting for palliative pasienter og belyser derfor vår oppgaves problemstilling. De vitenskaplige artiklene vi presenterer har alle spennende funn. Noen støtter kunnskap og erfaring vi hadde fra før, andre gir oss innspill til nye måter å jobbe på. Videre mener vi at artiklenes lange referanselister er med på å støtte deres pålitelighet.

Et kriterium vi satte for inklusjon av artikler, var at vi ønsket å benytte litteratur som ikke var eldre enn fra 2007, da vi jobber innenfor et fagfelt som stadig utvikles og bruk av eldre artikler kan resultere i at vi kom til å benytte stoff som er foreldet. Videre inkluderte vi artikler fra land vi kan sammenligne oss med. Dette ga oss et internasjonalt perspektiv og et videre overblikk over kunnskap fra land som har forsket mer og lengre på palliasjon enn Norge. Vi har valgt kvalitative forskningsartikler, da disse sier noe om erfaringer knyttet til vårt tema. To av disse artiklene er litteraturstudier, som betyr kunnskapsoppsummering basert på kritisk gjennomgang og vurdering av primærstudier. Disse gir en god oversikt over hva som finnes av kunnskap om vårt tema. Ulempen er at dette er sekundærlitteratur, som betyr at den er tolket og oppsummert av andre. Dette kan være en kilde til feil, på tross av at det er strenge kvalitetskriterier for forfattere av slike artikler (Dalland 2012).

Den engelske litteraturen i oppgaven er lest og oversatt av oss. Da vi har lite erfaring med å benytte engelsk fagterminologi, kan dette ses på som en svakhet, siden det er en fare for misforståelser og feiltolkning.

Artiklene vi til slutt endte opp med, har mange interessante funn som vi mener passer godt for å besvare problemstillingen i vår oppgave.

3.0 Resultat/sammenstilling av artikler

I dette avsnittet presenteres seks artikler som er relevante å bruke for å få svar på oppgavens problemstilling. Vi presenterer ved hjelp av tabell fem vitenskaplige artikler og en fagartikkel. Deretter sammenstiller vi resultatene fra våre inkluderte artikler.

3.1 Presentasjon av artikler (tabell)

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
Danielsen, B. & S. Fjær (2010) Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. I: <i>Sykepleien Forskning</i> , 5(1), s. 36-43.	Vise til utfordringer på verdimessig, faglig og organisatorisk nivå med å overflytte syke, eldre og bidra til kunnskap om kilder til forbedring.	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju og journalgranskning.	Organisatoriske og økonomiske forutsetninger, samt ulikt kunnskapsgrunnlag og arbeidsmåte skaper utfordringer. Kontaktflaten mellom tjenestenivåene blir oppfattet som uorganisatoriske når det gjelder vurderinger av pasientens funksjonsnivå, hjelpebehov og forventinger til det andre tjenestenivået. Selv om samhandling ofte er strukturert gjennom avtaler, skjer det likevel ofte vurderinger som er basert på oppfatninger om hva som er til det beste for pasienten. Overføringer fungerer stort sett bra, men det viser seg at det ofte er sykepleierens skjønn og fleksibilitet som er årsak til dette. Åpenhet, respekt og ansvar er beskrevet som viktige verdier for å lykkes i en god samhandling.	Vitenskaplig nivå 1. Alle artikler presentert i <i>Sykepleien Forskning</i> er vitenskaplige. Artikkelen tar ikke for seg den palliative pasient, men de elementer som belyses vil likevel være relevante å benytte for å besvare problemstilling Norsk artikkel som er lett overførbar til våre forhold og enkel å forstå.

<p>Moback, B., R. Gerrard, O. Minton, J. Campbell, L. Taylor & P.C. Stone (2011) Evaluating a fast-track discharge service for patients wishing to die at home. I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 17(10), s. 501-506.</p>	<p>Styrke bemanning på et palliativt team slik at de skulle planlegge og organisere overflytting fra sykehus og til det stedet pasienten ønsket å avslutte livet. Målet med studien var at flere skulle få dø der de ønsket.</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>110 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Betydelig flere dør der de ønsker det der fast-track discharge service er innført. Å følge pasienten i ambulansen og overlate han til sykepleier ved ny institusjon eller til hjemmet, samt samarbeidsmøter med interessentene gjennom prosessen er viktig for å oppnå målet med studien. Det ble benyttet sjekklister for blant annet å sørge tilstrekkelig dokumentasjon.</p>	<p>Vitenskaplig nivå 1.</p> <p>Tidsskriftet har full fagfelle-vurdering.</p> <p>Artikkelen omhandler pasienter som ønsker å utskrives til hjemmet for å avslutte livet. Den belyser elementer som er interessante for vår drøftning: samarbeidsmøt er og at en pleier følger pasienten i forbindelse med overflytting.</p>
<p>Dawson, S. (2007) Interprofessional working: communication, collaboration...perspiration! I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 13(10), s. 502-505.</p>	<p>Fremme kommunikasjon, dialog og mer effektivt tverrfaglig samarbeid for å styrke kontinuitet i pleie til palliative pasienter.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Evaluering av et prosjekt bygget på litteraturstudie.</p>	<p>Månedlige møter, hospitering og felles undervisning er viktig for å styrke tverrfaglig samarbeid og for å anerkjenne og få mer respekt for hverandres arbeid.</p>	<p>Vitenskaplig nivå 1.</p> <p>Tidsskriftet har full fagfelle-vurdering.</p> <p> Dette var den første artikkelen vi fant og som motiverte til videre søk.</p>
<p>Benzar, E., L. Hansen, A.W. Kneitel & E.K. Fromme (2011) Discharge Planning for Palliative Care Patients: A Qualitative Analysis. I: <i>Journal of Palliative Medicine</i>, 14(1), s. 65-69.</p>	<p>Palliativ konsultasjon før utskrivelse for å bedre opplevelse i etterkant av utskrivelse. Konsultasjon kan bidra til bedre informasjon om prognose, forsikring om at symptomer er kontrollert, hjelp til å tydeliggjøre mål, samt avklare psykososiale og åndelige bekymringer.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>19 dybdeintervjuer.</p> <p>Utskrivelse til hospice, hjem med oppfølging eller sykehjem var et av inklusjonskriteriene.</p>	<p>Manglende informasjon om prognose, prognose er noen ganger vage eller overoptimistiske.</p> <p>Mangel på kunnskap om å gjenkjenne og takle plagsomme symptomer.</p> <p>Usikkerhet om hvem som skal kontaktes ved spørsmål.</p> <p>Samarbeidsmøter før utskrivelse.</p>	<p>Tidsskriftet har vitenskaplig nivå 1, men har ikke full fagfelle-vurdering.</p> <p>Vi vurderer den til å være vitenskaplig fordi den har IMRAD-struktur, god og relevant litteraturliste samt forfattere med høy utdanning.</p> <p>Artikkelen beskriver funn som er</p>

				overførbare til vår praksis.
Gardiner, C., M. Gott & C. Ingleton (2012) Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. I: <i>British Journal of General Practice</i> , 62(598), s. 353-362.	Utforske faktorer som gir godt samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten for palliativt helsepersonell.	Systematisk litteraturstudie der det er brukt artikler med forskjellig studiedesign, men med flest kvalitative forskningsartikler.	Fem nøkkelfaktorer som styrker samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten i palliative omsorgen: God kommunikasjon mellom helsenivåene, mulighet for utdanning, klart definerte roller og ansvar, tilgang til spesialisthelsetjenesten og koordinert og kontinuitet i støtten.	Vitenskaplig nivå 2. Tidsskriftet har full fagfelle-vurdering. Artikkelen skriver bare om faktorer som styrker samarbeid mellom helsenivåene og ikke direkte om samarbeid ved overflytting av palliative pasienter. Likevel er funnene overførbare til å besvare vår problemstilling
Supiano, K.P. & J. Gregory (2008) Transitions of care: Optimal Communication Between Hospital and Hospice. I: <i>Home Health Care Management and Practice</i> , 20(5), s. 389-393.	Artikkelen setter søkelys på hvilke elementer som må være til stede for å skape et godt samarbeid og på den måte oppnå en vellykket overgang fra sykehus til hospice.	Artikkelen har ikke metodekapittel.	Helhetlig og presis kommunikasjon er essensielt og fører til suksessfullt samarbeid mellom de involverte yrkesgrupper. Klar forståelse for den enkeltes rolle/rolleavklaring er viktig. Samarbeid basert på åpenhet og tillit. Trygghet og kontinuitet kan skapes ved at en representant fra hospice besøker pasienten på sykehus.	Artikkelen er ikke bygd opp etter IMRAD-prinsippene og vi vurderer den til ikke å være vitenskaplig. Refererer kun til tre kilder. Tittel og utdanning på forfattere kommer dårlig frem i artikkel. Vi mener den likevel er meget relevant for oppgavens drøfting fordi den belyser vår problemstilling

3.2 Sammenstilling av resultater

Av de seks artiklene vi benytter i denne litteraturstudien er tre publisert i Storbritannia, to i USA og en i Norge. Det var viktig for oss å ha et internasjonalt perspektiv på artiklene fordi palliasjon er et forholdsvis nytt felt som det er forsket lite på i Norge. For oss var det nyttig å se hvilke erfaringer land vi kan sammenligne oss med har vedrørende overflytting av palliative pasienter mellom behandlingsnivåene. Vi har funnet fem kvalitative forskningsartikler og en fagartikkel. Det er i vårt utvalg en review artikkel som gir et større overblikk over feltet enn primærstudiene vi har inkludert. En artikkel har blandet design idet den er en evaluering av et prosjekt bygget på en litteraturstudie. De fire andre artiklene er enkeltstudier.

Resultatene i alle våre artikler presenterer en positiv tilnærming til vår problemstilling, da de vektlegger forhold som styrker samhandling. De sier noe om måter å samhandle på, og hvilke erfaringer som er gjort i forhold til samhandling om overflytting av palliative pasienter. Dette er funn som er svært relevante for å svare på vår problemstilling. Funnene er overførbare til de forhold vi arbeider under. Vi satte funnene inn i en tabell for å skape oversikt og for å tydeliggjøre likheter og ulikheter ved artiklene. Dette har vært et nyttig arbeidsverktøy for sammenstilling og drøfting.

Rolleavklaring og respekt for hverandres arbeid er et funn som er beskrevet i fire av seks artikler, og kan derfor sies å være vårt hovedfunn. Videre beskriver tre artikler samarbeidsmøter som et tiltak for samhandling. Felles undervisning og hospitering nevnes i tre artikler som viktig. Lett tilgang til spesialisthelsetjenesten og avklaring om hvem som kan kontaktes, er i to artikler beskrevet som en kommunikasjonsfaktor som sikrer god samhandling. Videre vektlegger to artikler åpenhet og tillit som viktig for god samhandling. Kun en artikkel omtaler informasjon om prognose og god epikrise som essensielt for å fremme samarbeid ved overflytting. En annen beskriver det som positivt at en representant fra førstelinjetjenesten besøker pasienten på sykehus før utskrivelse. Personlig overrekkelse blir i en artikkel beskrevet som verdifullt for samhandling når førstelinjen skal overta ansvaret for den palliative pasienten.

På bakgrunn av funn i våre inkluderte artikler, har vi kommet frem til seks hovedpunkter som vi bruker som overskifter i oppgavens drøftingskapittel: Rolleavklaring/respekt,

samarbeidsmøter, kommunikasjon, felles undervisning/hospitering, dokumentasjon og personlig overrekkelse/besøk på sykehuset.

4.0 Drøfting

Hvordan kan sykepleiere samhandle for å ivareta den palliative pasienten ved overflytting fra sykehus til sykehjem?

For å besvare oppgavens problemstilling vil vi benytte vitenskaplige artikler, teori og egne erfaringer knyttet opp mot pasientperspektivet. Vi har delt kapitlet inn i underpunkter for tydeligere å presentere faktorer som bidrar til bedre samhandling.

Rolleavklaring/respekt og kommunikasjon går igjen i flere punkter i oppgavens drøfting. Vi har likevel valgt å ha egne underpunkter for disse, da vi mener de er helt essensielle for samhandling mellom sykepleiere. I tillegg er de viktige funn i flere av artiklene vi refererer til.

4.1 Rolleavklaring/respekt

Dawson (2007) skriver i sin artikkel at det finnes en øyboermentalitet hvor helsepersonell mener at deres tjenester er de beste. Dette er noe vi erfarer i praksis, og som det gjelder å være bevisste på når vi samhandler. Vi kan med fordel være ydmyke for at den måten andre jobber på kan være vel så god som vår. Å opptre med ydmykhet tenker vi kan bidra til at sykepleiere lærer mer av hverandre. På den annen side skal vi ha tro på den faglige kvaliteten på egen arbeidsplass og være stolt av denne. Faglig trygghet er essensielt for ivaretagelse av palliative pasienter. Ansvar, åpenhet, respekt og tillit er i følge Danielsen og Fjær (2010) beskrevet som helt grunnleggende for å få til god samhandling. Å skape respekt for hverandre kan bidra til utvikling av et mer forpliktende og gjensidig samarbeid til beste for den palliative pasienten. Vi ser av dette at det er viktig å sette seg inn i en annen sykepleiers situasjon, for å legge grunnlag for god samhandling.

Gardiner, Gott og Ingleton (2012) skriver at å oppklare roller og ansvar til de som jobber i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten, er identifisert som en prioritert oppgave, da misforståelser i forhold til roller og ansvar viser seg å ha en negativ innvirkning på samarbeid. Videre påpeker Benzar et. al (2011) at det er viktig å avklare hvem som kan kontaktes i spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse. Palliative pasienter har ofte komplekse problemer og vi erfarer at behovet for rolleavklaring og ansvarsfordeling er spesielt stort på grunn av dette. For sykepleiere i sykehjem oppleves det både trygt og tidsbesparende at det er avklart hvor en kan henvende seg ved spørsmål. I de tilfeller hvor dette ikke er nedfelt,

oppleves ofte frustrasjon fordi det brukes mye unødig tid og skaper en usikkerhet som lett kan smitte over på pasient og pårørende.

Danielsen og Fjær (2010) påpeker at sykepleiere på begge organisasjonsnivå ofte jobber ut fra betingelsene i egen organisasjon, og tar i liten grad hensyn til betingelsene på det andre nivået. For å utvikle et godt samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, er det derfor viktig at nivåene innarbeider en forståelse av og gis rammer som tar hensyn til at de arbeider innenfor ulike tidshorisonter og ressursbetingelser. Videre skriver Danielsen og Fjær (2010) at sykehuset ofte skrur opp forventningene til pasienten angående det helsetilbudet kommunen kan tilby. Dette kan slik vi ser det unngås ved en rolleavklaring, der sykehus og sykehjem avklarer hvilke formelle og uformelle forventninger de har til hverandre. Røkenes og Hanssen (2010) skriver også at det er viktig at rolleforventninger avklares. Dersom vi avklarer hva vi forventer av hverandre, bidrar dette til å se ting fra en annen synsvinkel. Vi har lett for å kritisere hverandre, uten å tenke på hvilken sammenheng sykepleieren eller pasienten kommer fra. Dersom sykepleieren har øye for systemnivå (kontekst, roller og tverrfaglig samarbeid), og ikke bare individnivå (seg selv og pasienten) kan dette skape bedre samhandling som igjen vil gagne den palliative pasienten.

Tverrfaglig samarbeid krever i følge Just (2013) mye toleranse og respekt. Dette kan best skje hvis vi erkjenner og anerkjenner faggruppens spesielle uttrykk og kvalifikasjoner. Reitan (2010) sier at dersom vi skal forstå hverandre, må vi inneha evnen til å sette oss inn i hverandres virkelighet. Vi tenker at dette er noe vi bør bli flinkere til i vår yrkesutøvelse, da nettopp det å klare å sette seg inn i andres virkelighet er essensielt for å få til et velfungerende samarbeid mellom sykepleiere. Vår erfaring er at det her er et stort forbedringspotensiale. Dersom det legges til rette for at vi kan møtes i hverandres kontekst, er vi overbevist om at mange avklaringer kunne vært gjort og misforståelser dermed unngått.

Palliasjon utøves i kommunehelsetjenesten, på sykehus og ved regionale palliative sentre (Faksvåg Haugen, Jordhøy og Jensen Hjermsstad 2008). Dette betyr at sykepleiere må ha tillit til at sykepleiere på et annet behandlingsnivå er godt i stand til å ivareta den palliative pasienten etter overflytting.

4.2 Samarbeidsmøter

Benzar et al. (2011) påpeker at samarbeidsmøter i forkant av utskrivelse kan bidra til at pasienten får bedre informasjon omkring prognose, forsikring om at symptomer er kontrollert, hjelp til å tydeliggjøre mål, samt avklare psykososiale og åndelige bekymringer. Samarbeidsmøter med disse punktene i fokus vil slik vi ser det bidra til bedre ivaretagelse av pasienten i forbindelse med overflytting.

Ved samarbeidsmøter vil det være riktig at pasient og eventuelle pårørende deltar, for å sikre brukermedvirkning. Pasient må få mulighet til å uttrykke sine ønsker, personlig eller gjennom pårørende. Pasient og pårørende vil ved et samarbeidsmøte personlig møte personale fra det nye behandlingsnivået og samtidig få kjennskap til hva de kan tilby. Dette kan bidra til å etablere trygghet og tillit før pasienten kommer til sin nye institusjon. Danielsen og Fjær (2010) omtaler at sykehuset i noen tilfeller skaper falske forhåpninger om hva sykehjemmet kan tilby. Dette stemmer med våre erfaringer og vi ser at et samarbeidsmøte kan være oppklarende og samtidig bidra til at misforståelser unngås.

Månedlige tverrfaglige samarbeidsmøter styrker samhandling mellom behandlingsnivåene og kan bidra til anerkjennelse og mer respekt for hverandres arbeid. Dialog ansikt til ansikt beskrives av Dawson (2007) som positivt for samarbeid. Vi erfarer fra praksis at både mangel på anerkjennelse og liten respekt for hverandre på tvers av behandlingsnivåene er til stede. Dersom vi skal oppnå god samhandling er det derfor viktig å ha fokus på hva som skal til for å styrke nettopp dette. For å bygge anerkjennelse og respekt for hverandre tror vi det kan være viktig med jevnlig møter. Sykepleiere som møtes regelmessig har et bedre grunnlag for å samhandle enn sykepleiere som kanskje bare snakkes på telefon eller får beskjeder gjennom mellomledd. Mye informasjon kommer fram om hverandres roller og arbeidsplass ved et møte, noe som gir økt grunnlag for forståelse og dermed bedre samhandling.

Da vi startet arbeidet med vår oppgave, hadde vi den antagelse at samarbeidsmøter mellom helsenivåene er viktig for best mulig å ivareta den palliative pasient i forbindelse med utskrivelse. Vi har mange års erfaring som sykepleiere og har sjelden opplevd samarbeidsmøter på tvers av behandlingsnivåene, på tross av at Sykehuset Innlandet HF har prosedyre (2010) om å innkalle kommunen til samarbeidsmøte. Standard for palliasjon (2004) som skriver også at for å sikre pasienten optimal behandling, bør det etableres felles møtesteder på tvers av nivåer.

God og effektiv palliasjon krever i følge Faksvåg Haugen, Jordhøy og Jensen Hjernstad (2008) at alle involverte arbeider sammen til beste for pasienten. Tverrfaglig samarbeid er ifølge Lauvås og Lauvås (2004) at representanter fra forskjellige yrkesgrupper samarbeider om brukerens beste. Vi tenker at samarbeidsmøter er en måte å bidra til å ivareta dette. Vi opplever iblant en konflikt mellom behandlingsnivåene, som kan bunne i dårlige oppfølging av eksisterende rutiner for å gjennomføre samarbeidsmøter.

Helsedirektoratet (2010) sier at felleskonsultasjoner er en nyttig måte for helsepersonell å møtes på. Dette er viktig spesielt ved komplekse problemstillinger, noe den palliative pasienten ofte har. Helsedirektoratet støtter derfor slik vi ser det viktigheten av samarbeidsmøter.

Faksvåg Haugen, Jordhøy og Jensen Hjernstad (2008) skriver at et strukturert planleggingsmøte mellom pasient, pårørende og helsepersonell fra første- og annenlinjetjenesten kan være en metode for bedre samhandling.

Et samarbeidsmøte kan virke rolleavklarende, samtidig som aktørene får en forståelse av hverandres kontekst. I følge Røkenes og Hanssen (2010) er det i mange situasjoner viktig å avdekke hvilke rolleforventninger partene har til hverandre. Et møte kan slik vi forstår det, bidra til å avklare forventninger og til å få en forståelse for hverandres arbeidssituasjon. Vi er klar over faktorer som kan skape konflikt, slik som uttrykkighet med det nye tilbudet, personavhengige faktorer osv, men minner om at denne oppgaven har fokus på faktorer som styrker samhandling.

Et møte ansikt til ansikt skaper dialog mellom sykepleiere og pasient/pårørende og kan virke positivt, oppklarende, bidra til felles forståelse av pasienten og dermed resultere i bedre samhandling. Ideelt sett burde pasienten rutinemessig få tilbud om samarbeidsmøte, men er dette gjennomførbart og kan aktørene alltid stille? I store kommuner og fylker er det ressurskrevende å samle folk til slike møter. Om det er nødvendig med et samarbeidsmøte bør kanskje vurderes i hver enkelt sak. Noen ganger er behovet ikke til stede, andre ganger kan det praktisk være vanskelig å gjennomføre.

Som følge av ovenstående bør samarbeidsmøter være et satsningsområde, og vi har tro på at slike møter kan styrke samhandling mellom sykepleiere og dermed bidra til bedre ivaretagelse

av den palliative pasient. Det er etter vår mening sykepleierens oppgave å påpeke dette ovenfor ledelsen.

4.3 Kommunikasjon

Gardiner, Gott og Ingleton (2012) beskriver god kommunikasjon mellom behandlingsnivåene som en nøkkelfaktor for å styrke samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i palliativ omsorg. I artikkelen fremgår det at en strategi for god kommunikasjon er at sykepleiere på tvers av arbeidssteder inviteres til å delta på tverrfaglige møter som omhandler palliativ pleie. Å oppmuntre til dialog mellom behandlingsnivåene ble sett på som en viktig prioritet.

Supiano og Gregory (2008) skriver at helhetlig og presis kommunikasjon er essensielt og fører til suksessfullt samarbeid mellom de involverte yrkesgrupper. Grunnpilaren for kommunikasjon er å ha en klar forståelse for den enkeltes rolle. Videre uttaler de at kommunikasjonen må være åpenhjertelig. Med det forstår vi at åpenhet, tillit og respekt må prege måten vi kommuniserer på. Dette samsvarer med hva Røkenes & Hanssen (2010) sier om god kommunikasjon, og vår erfaring er at samhandling styrkes gjennom åpenhjertelig, ydmyk og direkte kommunikasjon. I vår hektiske arbeidshverdag kan vi oppleve at kommunikasjon mellom behandlingsnivåene preges av mangel på tid. Dette kan gjøre at området nedprioriteres til fordel for andre arbeidsoppgaver. Siden kommunikasjon er en nøkkel til god samhandling, bør dette likevel få økt oppmerksomhet.

Johnston (2002) omtaler kommunikasjon som et nøkkelaspekt i sykepleierrollen. Dette samsvarer godt med vår erfaring og forståelse av sykepleierrollen. Vi erfarer at det foregår mye telefonkontakt mellom sykepleiere i første- og annenlinjetjenesten vedrørende palliative pasienter. Dette kan sikre at pasientens ønsker og behov blir formidlet. Pasienten ivaretas ved at vi hele tiden holder pasient og pårørende orientert om hva som formidles mellom behandlingsnivåene. Slik sikres også brukermedvirkning, da dette gir pasienten innflytelse til medbestemmelse i eget liv (Stang 1998). Et poeng er at telefonkontakten ofte går til sykepleier ved tjenestekontoret i kommunen og ikke direkte til sykepleieren som utfører pleien. Dette bidrar til avstand mellom de som skal samarbeide. Tjenestekontoret oppfordrer sykepleier i spesialisthelsetjenesten til å ringe direkte til sykepleier på sykehjemsavdelingen, men vår erfaring er likevel at dette ikke er den mest anvendte praksis. Vi mener at dersom dette gjøres i større grad, vil dette kunne bidra til mer kontinuitet og bedre samhandling til det

beste for pasientene. Vi tror at åpenhjertelig kommunikasjon lettere skjer ved direkte kontakt med den sykepleier som skal overta pleien. Dessuten blir det mindre rom for misforståelse når informasjon formidles direkte og ikke gjennom mellomledd.

Hensiktsmessig kommunikasjon og presis tilgang til spesialisthelsetjenesten (for eksempel palliativt team) beskrives som viktig for godt samarbeid og viser seg å støtte førstelinjetjenesten i å kunne gi adekvat pleie. Regelmessig kontakt og fleksibel service fra spesialisthelsetjenesten bidrar til at ansatte i kommunen yter mer effektiv palliativ pleie. Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten beskrives som en viktig faktor for å styrke samarbeid på tvers av helsenivåene (Gardiner, Gott og Ingleton 2012). Dette samsvarer med vår erfaring i de tilfeller hvor det er god kontakt mellom behandlingsnivåene. Denne form for kontakt bidrar til kunnskapsoverføring, som igjen skaper en faglig trygghet og god palliativ omsorg.

Dawson (2007) sier at mangel på kommunikasjon og verdsettelse av hverandres arbeid kan føre til en forringelse av den palliative pleie som avviker fra målene for helhetlig omsorg. Vår erfaring er at en utskrivelsesprosess ofte preges av usikkerhet over å ha utelatt viktig informasjon. Både mangel på tid, sviktende rutiner og at man ikke kjenner pasienten godt kan være årsaker til dette. Dersom gode samhandlingsrutiner er ivaretatt tror vi at dette vil bedre kvaliteten på kommunikasjon ved utskrivning.

4.4 Felles undervisning/hospitering

Dawson (2007) skriver at felles undervisning kan være et virkemiddel for å styrke tverrfaglig samarbeid. Gardiner, Gott og Ingleton (2012) uttrykker i sin artikkel at utdanning, hospitering og felles undervisning er viktig for samarbeid. Ved felles undervisning møtes sykepleiere som jobber innenfor samme felt. Vi erfarer at viktig kunnskap om roller og kontekst utveksles på slike arenaer. Det å møte andre sykepleiere personlig, gjør terskelen lavere for å ta kontakt senere, da vår erfaring er at det er vanskeligere å ta kontakt med noen en ikke har møtt før.

Dawson (2007) skriver at mangfold gjennom tverrfaglig samarbeid er en styrke fremfor en trussel. Felles undervisning fører til et godt grunnlag for tverrfaglig samarbeid. I en slik setting deles gjerne erfaringer og kunnskap, som igjen vil komme den alvorlig syke til gode.

Felles undervisning forekommer sjelden i vår arbeidshverdag, men er et tiltak som etter vår overbevisning vil kunne bidra til bedre samhandling mellom sykepleiere. Det kan være økonomisk gunstig med felles undervisning, fordi flere vil få nytte av opplegget. Ikke desto mindre bidrar det til felles faglig forståelse.

Videre sier Dawson (2007) at for å verdsette en kollegas rolle, erfaring og holdninger, kan det være verdifullt å følge vedkommende gjennom hospitering. I samhandlingsreformen (2008-2009) står det at helsepersonells kompetanse er en kombinasjon av teoretisk kunnskap, praktisk erfaring, personlig egnethet og egenskaper. Arbeidsplassen som læringsarena vil trolig få større betydning i kommende år. Årsaken til dette er at den læring som skjer på arbeidsplassen ikke kan sammenlignes med det utbytte en får gjennom læring på andre arenaer. Som følge av dette bør det satses mer på hospitering mellom behandlingsnivåer. På denne måten vil en kunne dele kunnskap og erfaring med hverandre. Samtidig vil dette bidra til god samhandling fordi en får kjennskap til den kontekst andre sykepleiere er i, som igjen resulterer i en bedre ivaretagelse av pasienten.

Samhandlingsreformen (2008-2009) innebærer at det vil stilles nye krav til helsepersonells kompetanse. For å nå målene i reformen må det gjennomføres prosesser som ivaretar samhandlingsperspektivet. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-11) står det at å lykkes med utdanning og kompetanseutvikling er helt avgjørende for å nå målene i samhandlingsreformen. Dersom en skal oppnå en tilfredsstillende utvikling, må det være tilgang til personell med nødvendig kompetanse både i kommune og spesialisthelsetjeneste. Kompetanseheving gjennom utdanning, forskning og fagutvikling skal stå sentralt. Videre i meldingen står det at blant annet kompetanseutvikling er viktig for å oppnå en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Det må tenkes nytt for å finne nye måter å samarbeide på. Felles undervisning og hospitering er slik vi ser det virkemidler som kan ivareta samhandlingsperspektivet.

4.5 Dokumentasjon

Moback et al. (2011) presenterer i sin artikkel en sjekklister for blant annet å sikre god dokumentasjon mellom behandlingsnivåene. Vår erfaring er at sjekklister ved utskrivelse sjelden er i bruk, men vi forholder oss til prosedyrer ved våre arbeidsplasser om samhandling ved utskrivning av pasienter. Det er ikke alltid tilstrekkelig tid til å sette seg inn i prosedyrer

som stadig endres og det er derfor ofte sykepleierens erfaring, engasjement og skjønn som blir avgjørende for hvor vellykket en overflytting blir. Dette skriver også Danielsen og Fjær (2010) om i sin artikkel. De beskriver også viktigheten av å øke oppmerksomheten om hvor viktig kunnskapsoverføring om pasientens tilstand og hjelpebehov er. Vi opplever likevel at det ikke sjelden er sprik mellom nivåenes vurdering av tilstand og funksjonsnivå. Dette kan oppleves utfordrende for det behandlingsnivå som skal ta i mot pasienten, da det ofte krever mye forberedelse for å ta i mot en dårlig palliativ pasient, både når det gjelder organisering av personale, rom og utstyr. Det er en kilde til konflikt dersom store ressurser settes inn i tilfeller hvor dette oppleves som unødvendig. Sykepleieren må likevel vise forståelse og respekt, da pasienten av ulike grunner kan ha ulikt funksjonsnivå på sykehus kontra sykehjem, og fordi den palliative pasients helsetilstand kan endres raskt. Et eksempel på dette kan være en dårlig pasient som starter en behandling i forbindelse med sykehusinnleggelse og som utskrives sykehjem før de positive effektene av behandlingen har inntrådt. Bildet de ulike nivåene har av pasienten kan dermed bli sprikende.

Benzar et al. (2011) skriver i sin artikkel om viktighet av en god epikrise og informasjon om prognose. Etter innføring av samhandlingsreformen opplever vi at stadig sykere pasienter overflyttes mellom ulike behandlingsnivåer. Palliative pasienter som vi opplever som terminale skrives ut fra sykehus til sykehjem, uten at pasient er diagnostisert som døende. Det er utfordrende for sykepleiere i sykehjem når det ikke er samsvar mellom de forventninger pasient og/eller pårørende har sammenlignet med vedkommendes helsetilstand. Videre kan det at en pasient ikke er orientert om sin prognose og tilstand, oppleves som ansvarsfraskrivelse fra utskrivende lege. Dette skaper mye frustrasjon og er ikke et godt grunnlag for samhandling. Vi tenker at fokus på bedre samhandling mellom sykepleiere vil ha en positiv effekt også på andre yrkesgrupper som er involvert i palliativ pleie, slik at dokumentasjon og kommunikasjon bedres.

Helsedirektoratet (2010) skriver at sykepleiesammenfatning og epikrise skal medfølge pasienten ved utskrivelse. Videre legges det føringer for hva en epikrise bør inneholde. Av erfaring opplever vi at sykepleiesammenfatningen ofte er godt utfylt og at den er et nyttig verktøy for å oppnå en sammenhengende helsetjeneste. Epikrisene er ofte mangelfulle og i noen tilfeller fraværende. Dette er i strid med Standard for palliasjon (2004), som foreslår at epikrise alltid skal følge pasienten. Hvilken informasjon pasienten har fått er ofte ikke nedfelt, og dette er utfordrende for den institusjon som pasienten utskrives til. Helsedirektoratet

(2010) vektlegger åpen kommunikasjon og informasjon. Videre står det at det er viktig at informasjon om at pasient er døende, formidles både til pasient og pårørende. Dette vil gjøre det enklere å legge til rette for en verdig død, i samsvar med pasientens ønsker. For å unngå usikkerhet, falske forhåpninger og kommunikasjonsproblemer, er det derfor nødvendig at pasienten diagnostiseres som døende.

Pasienter som trenger et koordinert helsetilbud skal ha en individuell plan som omfatter alle aktuelle tjenesteområder. Dette er for å koordinere de som deltar i behandlingen og for å sikre at det tenkes og handles helhetlig. I en individuell plan skal pasientens mål og ønsker nedfelles og er derfor et velegnet verktøy for å sikre samhandling. En slik plan bør også inneholde informasjon om hvem som kan kontaktes i spesialisthelsetjenesten ved ulike spørsmål (Helsedirektoratet 2010).

Rønning, Strand og Jensen Hjermestad (2008) sier at man kan kvalitetssikre samhandling ved å utarbeide en felles individuell plan for pasienten. Denne skal være forpliktende for alle involverte parter og beskriver samtidig hvilke fagpersoner som er ansvarlige for den enkelte pasient. Vi savner et verktøy som sikrer god dokumentasjon i forbindelse med overflytting og som samtidig sikrer helhetlig sykepleie. Individuell plan for palliative pasienter kan etter vår oppfatning være et godt hjelpemiddel som bedrer samhandling, og dermed kommer den palliative pasienten til gode. Her tenker vi at en endring må til, som vil kreve opplæring og ikke minst vilje til nytenkning. Vår erfaring er at endring i helsevesenet er utfordrende og kan ta lang tid. Vi har likevel tro på at økt fokus på bedre samhandling kan gjøre innføring av individuell plan for palliative pasienter til en enklere oppgave.

4.6 Personlig overrekkelse/besøk på sykehuset

Moback et al.(2011) skriver at ivaretagelse av den palliative pasient kan styrkes ved at en sykepleier følger pasienten personlig i forbindelse med utskrivning. Dette hadde vi ikke tenkt på som en mulighet. Vi tenker at dette må føles trygt for pasient og pårørende, samtidig som det fører til bedre samarbeid mellom sykepleiere på tvers av behandlingsnivåene. De kan lettere få klarhet i detaljer som ofte kan være vanskelige å uttrykke gjennom en sykepleiesammenfatning eller en telefonsamtale. Det er lettere å oppnå en god relasjon med noen en møter personlig, og lettere å forstå sammenhengen pasient og personale er i. Når personalet ikke møtes, kan det lettere forekomme negativ kritikk av hverandres arbeid. Ved å møtes er det lettere å forstå konteksten og systemet rundt pasienten, og dette kan bidra til

aksept for at ting gjøres forskjellig på de ulike behandlingsnivåene. Karoliussen (2011) understøtter dette gjennom fokus på at sykepleieren står i en sammenheng. Vi tenker at ved å være oss dette bevisst kan misforståelser og misnøye i større grad unngås og vi får en bedre forståelse for hverandres arbeidsvilkår. Vi mener derfor at personlig overrekkelse av den palliative pasient kan bidra til større respekt behandlingsnivåene i mellom, og at dette igjen vil kunne bedre ivaretagelsen av pasienter i en svært sårbar fase. Vi ser at personlige egenskaper, erfaringer og holdninger kan ha noe å si for hvor vellykket en personlig overrekkelse blir. Likevel har vi troen på at sykepleiere som møtes danner et bedre grunnlag for samarbeid.

Karoliussen (2011) skriver at rammefaktorer er ytre faktorer som kan påvirke sykepleierens arbeid. Rammene vi arbeider under kan derfor gjøre personlig overrekkelse vanskelig å gjennomføre. Organisatoriske utfordringer, begrensede ressurser og liten vilje til forandring kan være hinder vi møter. Likevel tenker vi at i noen tilfeller kan kanskje reinnleggelser unngås hvis pasienten personlig overrekkes sykehjemmet, da viktige forhold som bedre symptomkontroll, forløp, prognose og pasientens preferanser lettere kan utdypes gjennom personlig møte. Kunnskapsoverføring kan bidra til at pasienten får et bedre tilbud på grunn av økt trygghet blant sykepleiere. Å unngå reinnleggelser vil være gunstig samfunnsøkonomisk, og ikke minst være mindre belastende for pasienten. Vår antagelse om at personlig overrekkelse vil føre til færre reinnleggelser kunne vært interessant å finne ut av gjennom et prosjekt på tvers av behandlingsnivåene.

Videre blir koordinert omsorg og kontinuerlig støtte i følge Gardiner, Gott og Ingleton (2012) identifisert som viktige funn for suksessrikt samarbeid. En av studiene som presenteres i denne artikkelen viser at konsultasjoner med ”palliativ sykepleier” er viktig og spiller en stor rolle i å sikre kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene. Dette bekrefter Johnston (2002) i det hun omtaler samarbeid for å sikre kontinuitet som en viktig oppgave for sykepleie til palliative pasienter. Dette samsvarer med slik vi opplever at kreftkoordinator i kommunen jobber og vi merker godt at i de tilfellene hvor hun er involvert, oppnås en mer koordinert og kontinuerlig omsorg for den palliative pasient.

Supiano og Gregory (2008) vektlegger også kontinuitet ved overflytting. Dette kan ivaretas ved at en sykepleier fra det nye behandlingsnivået besøker pasienten på sykehus i forkant av utskrivelse. Dette må avklares med ledelsen, og pasienten må forberedes. Videre beskriver

artikkelen viktigheten av at pasienten er tilstrekkelig informert om sin tilstand, før møte med pleier fra det nye behandlingsnivået. I den senere tid har vi opplevd at sykepleiere fra sykehjem i enkelt tilfeller har besøkt pasienten på sykehus i forbindelse med opplæring av ulike prosedyrer. Dette har vi erfart som positivt for den palliative pasient, da tillit og trygghet kan etableres i forkant av utskrivelse.

4.7 Kritisk vurdering med hensyn til litteratur, teori og øvrige metodiske overveielser

Vi har i skriveprosessen hatt en prosjektplan for å sikre god fremdrift. Vi forholdt oss godt til denne i begynnelsen, da den gjorde det lettere for oss å holde tidsplanen vi satte oss. Etter hvert som vi kom inn i en god skriveprosess har vi brukt prosjektplanen mindre. Vi erfarte søkeprosessen som krevende og prosjektplanen hjalp oss å ha en tidsfrist for når denne prosessen skulle avsluttes. Dette har vært nyttig for å kunne gå videre i oppgaven, og bidro til å gjøre skriveprosessen enklere, både med hensyn til tid og fokus. Erfaring fra å skrive sammen har vært meget positivt. For oss har dette vært tidsbesparende og gitt gode diskusjoner, som for oss har gitt et bedre læringsutbytte. Vi har ulike egenskaper og bakgrunn som vi mener har vært meget nyttig for oppgaven. For å få frem ulike erfaringer i oppgavens drøfting, har samskriving vært positivt.

Samhandlingsreformen medfører at svært dårlige pasienter med komplekse problemer utskrives langt tidligere enn før. Det stilles derfor store krav til samhandling for å ivareta pasienten best mulig. Fordi dette er en ny, norsk reform var det for oss ikke mulig å finne en artikkel med fokus på samhandling etter innføring av reformen. Vi tenker at en slik artikkel kunne ha tilført oppgaven spennende og ny kunnskap. Ikke alle artiklene vi benytter omhandler utskrivning fra sykehus til sykehjem. Dette er en mulig svakhet fordi det ikke direkte samsvarer med hva vi i oppgaven ønsker å undersøke. Likevel mener vi at artiklene vi benytter er relevante og har stor overføringsverdi til vår problemstilling. Kanskje vi ved å benytte andre søkeord hadde klart å finne artikler som traff problemstillingen enda bedre?

Vi ser i ettertid at oppgaven kunne vært styrket dersom vi hadde funnet svenske eller danske artikler som viser til erfaringer angående samhandling ved overflytting. Vi har blitt fortalt at det er rutine i Sverige å innkalle til samarbeidsmøter dagen etter innleggelse. Vi har ikke undersøkt dette, men ser i ettertid at dette kunne styrket oppgaven. Siden hospicefilosofien står sterkt i Danmark, kunne erfaringer derfra kanskje også tilført oppgaven viktige poenger.

Vi lagde tidlig i prosessen en oversikt over hva vi mente var relevant teori. Når vi kom til oppgavens drøftingskapittel, så vi at det var hensiktsmessig å gjøre noen endringer. Vi fant det relevant å ha med teori om individuell plan i oppgavens innledning. Videre utvidet vi avsnittet om samhandlingsreformen til også å inkludere reformens krav til økt kompetanse.

5.0 Konklusjon

Vi ønsket i vår oppgave å se på positive samhandlingsmåter for bedre å kunne ivareta den palliative pasient ved overflytting fra sykehus til sykehjem. Vi har funnet flere interessante faktorer som kan bidra til nettopp dette. Videre ser vi at funnene kan være overførbare til andre pasientgrupper.

Respekt og rolleavklaring er helt avgjørende for god samhandling. Anerkjennelse for hverandres roller, samt evnen til å settes seg inn i hverandres virkelighet er essensielt for et velfungerende samarbeid. Samarbeidsmøter er i tillegg rolleavklarende og styrker samhandling mellom helsenivåene. Dette vil også bidra til at kontinuitet og brukervedvirkning bedre ivaretas. Kommunikasjon er en hovedfaktor i sykepleierrollen og en viktig nøkkel til et suksessrikt samarbeid. Det å skape en ærlig og faglig kommunikasjon på tvers av nivåer gir et godt grunnlag for ivaretagelse av pasient og pårørende. Felles undervisning og hospitering vil bidra til å oppfylle kravene samhandlingsreformen stiller til helsepersonells kompetanseheving. I tillegg er felles undervisning og hospitering et virkemiddel for å styrke samhandling mellom sykepleiere. Dokumentasjon angående pasientens helsetilstand skal følge ved overflytting mellom nivåene. Personlig overrekkelse er beskrevet som et samhandlingstiltak. Dette vil bidra til kontinuitet og god koordinering. Fokus på disse samhandlingsmetodene bidrar til ivaretagelse av den palliative pasienten.

Resultatene i vår litteraturstudie er etter vår mening realistiske og gjennomførbare, og bidrar slik vi ser det til å oppfylle samhandlingsreformens krav til samhandlingskompetanse. Imidlertid er ledelse, ressurser og personlig engasjement i tillegg helt avgjørende for et godt resultat. Svikt vedrørende ledelse, ressurser eller personlig engasjement gjør implementering av våre funn til en vanskelig oppgave. Slik det er i dag opplever vi det som tilfeldig hvor vellykket en overflytting blir, da pasienten ofte er prisgitt at det er en engasjert sykepleier som er involvert i overflyttingsprosessen. Bedre samhandlingsrutiner vil kunne bidra til å minimere slike tilfeldigheter. Videre er ledelse og tilgjengelige ressurser viktig for å oppnå godt samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten. Dette er elementer på systemnivå, som sykepleiere ikke har som vane å påvirke. Vi mener likevel at sykepleiere har et ansvar her. Ved å påpeke ovenfor ledelsen viktigheten av gode samhandlingsrutiner, kan vi oppnå en bedre ivaretagelse av den palliative pasient i forbindelse med overflytting og dermed bidra til økt livskvalitet i livets siste fase.

6.0 Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2013) Hva er det nye i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? I: Alvsvåg, H., Å. Bergland & O. Førland (red.). *Nødvendige omveier*. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 347-365.
- Benzar, E., L. Hansen, A.W. Kneitel & E.K. Fromme (2011) Discharge Planning for Palliative Care Patients: A Qualitative Analysis. I: *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), s. 65-69.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, B. & S. Fjær (2010) Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. I: *Sykepleien Forskning*, 5(1), s. 36-43.
- Dawson, S. (2007) Interprofessional working: communication, collaboration...perspiration! I: *International Journal of Palliative Nursing*, 13(10), s. 502-505.
- Forsberg, C. & Y. Wengstrøm (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gardiner, C., M. Gott & C. Ingleton (2012) Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. I: *British Journal of General Practice*, 62(598), s. 353-362.
- Glavin, K. & B. Erdal (2010) *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Haugen, D.F., M.S. Jordhøy & M.J. Hjermstad (2008) Organisering av palliative tilbud. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 197-211.
- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ilkjær, I. (2013) Døden og sorgprocessen. I: Hundborg, S. & B. Lynggaard (red.). *Sygeplejens fundament*. København: Nyt Nordisk Forlag, s. 270-286.
- Johnston, B. (2002) Overview of nursing developments in palliative care. I: Lugton, J. & M. Kindlen (red.). *Palliative care, the nursing role*. Edinburgh: Churchill Livingstone, s. 1-27.
- Just, E. (2013) Interprofessional praksis i sundhedsvæsenet. I: Hundborg, S. & B. Lynggaard (red.). *Sygeplejens fundament*. København: Nyt Nordisk Forlag, s. 669-678.
- Kaasa, S. (2008) Palliativ medisin – en introduksjon. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 31-46.
- Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv - ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauvås, K. & P. Lauvås (2004) *Tverrfaglig samarbeid-perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Madsen, K.H. (2001) Den palliative innsats over for uheldredelig syge og døende. I: Madsen, K.H. & L.D. Madsen (red.). *Sykeplejen i den palliative innsats*. København: Munksgaard, s. 15-22.

Moback, B., R. Gerrard, O. Minton, J. Campbell, L. Taylor & P.C. Stone (2011) Evaluating a fast-track discharge service for patients wishing to die at home. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 17(10), s. 501-506.

Reitan, A.M. (2010) Kommunikasjon. I: Reitan, A.M. & T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe, s. 102-119.

Røkenes, O. H. & P.H. Hanssen (2010) *Bære eller briste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rønning, M., E. Strand & M.J. Hjermsstad (2008) Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 213-227.

Stang, I. (1998) *Makt og bemyndigelse – om å ta brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.

St.meld.nr.16 (2010-2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.

St.meld.nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.

Supiano, K.P. & J. Gregory (2008) Transitions of care: Optimal Communication Between Hospital and Hospice. I: *Home Health Care Management and Practice*, 20(5), s. 389-393.

Elektroniske kilder:

<http://data.norge.no/los/utskrivningsklare-pasienter>

http://www.ks.no/PageFiles/27782/R7543%20KS%20En%20naturlig%20avslutning%20p%C3%A5%20livet%20_Sluttrapport.pdf

<http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/Sider/samarbeidsrutiner.aspx>

<http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>

7.0 Vedlegg

7.1 Søkehistorikk

Evaluating a fast-track discharge service for patients wishing to die at home: 6/3-13

Søkeord	Database	Antall treff
1. End- of- life	Cinahl	8019
2. Hospital discharge		6103
1 and 2		17

Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review: 8/3-13

Søkeord	Database	Antall treff
1. Palliative care	Ovid nursing database	6662
2. Interprofessional relations		21421
3. Communication		84953
1 and 2 and 3		65

Discharge planning for palliative care patients: a qualitative analysis: 13/2-13

Søkeord	Database	Antall treff
1. Discharge planning	Ovid nursing database	816
2. Palliative care		6643
1 and 2		10

Interprofessional working: communication, collaboration...perspiration: 8/3-13

Søkeord	Database	Antall treff
1. Interprofessional relations	Ovid nursing database	21421
2. Collaboration		5319
3. Palliative care		6662
4. Communication		84953
1 and 2 and 3 and 4		51

Transitions of Care: Optimal communication between hospital and hospice: 13/2-13

Søkeord	Database	Antall treff
1. Transition of care	Academic search elite	9068
2. Hospital discharge		27253
3. Palliative care		19854
1 and 2 and 3		15

Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune: 13/2-13

Søkeord	Database	Antall treff
1. Samhandling	Sykepleien forskning	124
2. Utskrivelse		44
1 and 2		5