

En oppsummering av kunnskap

Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom

Kjersti Karoline Danielsen, Elin Rogn Nilsen og Terje Emil Fredwall



Pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Oppsummeringen påpeker flere utfordringer for å få til helhetlige pasientforløp for eldre med kronisk sykdom.

En oppsummering av kunnskap

Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom

Kjersti Karoline Danielsen, Elin Rogn Nilsen og Terje Emil Fredwall



Pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Oppsummeringen påpeker flere utfordringer for å få til helhetlige pasientforløp for eldre med kronisk sykdom.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner. Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for pasientforløp for eldre med kronisk sykdom.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Shutterstock.com

Tittel på oppsummeringen: Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom

Emne: Pasientforløp

Delemne: Eldre med kronisk sykdom

Forfattere: Kjersti Karoline Danielsen, Elin Rogn Nilsen og Terje Emil Fredwall

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, sør

Emneredaktør: Kjersti Karoline Danielsen og Terje Emil Fredwall

Kontaktperson (er): Kjersti Karoline Danielsen og Terje Emil Fredwall

Oppsummering nr 5

Mai 2017

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-073-1

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

SAMMENDRAG	7
ABSTRACT IN ENGLISH	9
INNLEDNING	11
Bakgrunn og klargjøring av sentrale begreper	11
Pasientforløp	11
Samhandling og helhetlige pasientforløp	12
Standardiserte pasientforløp	12
Eldre med kronisk sykdom	12
Hensikt og problemstilling	13
METODE	15
Søkestrategi	15
Utvalg	16
Analyse	17
Ekspertgruppe og fagfelleevaluering	18
LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER	19
Lover og forskrifter	19
Offentlige utredninger og Meldinger til Stortinget	21
Andre styringsdokumenter	22
FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID: UTFORDRINGER	25
Utfordringer ved tjenestenes organisering	25
Et fragmentert, ekspanderende og presset helsevesen	25
Parallele omsorgsprosesser for personer med multisykdom	26
Oppsummering av utfordringer ved tjenestenes organisering	26
Utfordringer i overgangen mellom nivåene	27
Kritiske overganger i pasientforløpet	27
Svikt i informasjonsflyt	27
Ulikheter i tilnærming og perspektiv	29
Ulik forståelse av begrepet «utskrivningsklare pasienter»	30
Flere reinnleggelser	30
Varierende pasientinvolvering	31
Oppsummering av utfordringer i overgangen mellom nivåene	32
FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID: TILTAK OG ERFARINGER	33
Standardiserte pasientforløp	33
Læringsnettverk som ramme for gjennomføring av tiltak	35
IKT som verktøy for helhetlig pasientforløp	36
Samarbeidsmodeller	37
Intermediære enheter og kommunale akutte døgnplasser (KAD)	39
Tiltak for å bedre overføringer og redusere reinnleggelser	40

VERKTØY OG RESSURSER	43
KONKLUSJONER	45
Utfordringer, tiltak og erfaringer	45
Hva kjennetegner og legger til rette for helhetlige pasientforløp?	46
Behov for mer kunnskap	47
REFERANSER	49

SAMMENDRAG

Dette er en oppsummering av forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientforløp for eldre med kronisk sykdom i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten. Oppsummeringen inkluderer 121 forsknings- og utviklingspublikasjoner.

I publikasjonene beskrives det norske helsevesenet som komplekst, fragmentert og under press. Dette utgjør en utfordring for helhetlige pasientforløp for eldre med kronisk sykdom, siden slike pasientforløp ofte har flere kritiske overganger. Kliniske retningslinjer utarbeidet for enkeltsykdommer, og fragmenterte og dårlig koordinerte tjenester trekkes også fram som utfordrende for pasienter som har flere kroniske sykdommer samtidig – såkalt multisykdom.

Det pekes videre på svikt i informasjonsflyten ved overføringer mellom sykehus og kommune og på tydelige forskjeller i tilnærming og perspektiv mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten blir pasientens behov i hovedsak vurdert i et korttidsperspektiv og ut ifra en medisinsk, diagnoseorientert tilnærming. I primærhelsetjenesten blir pasientens behov i det vesentlige vurdert i et langsiktig perspektiv, med vekt på funksjonsnivå, mestring, livskvalitet og hjemmesituasjon. Ulike perspektiver på pasientenes omsorgsbehov gjenspeiles også i forståelsen av begrepet utskrivningsklar. Flere publikasjoner finner at samhandlingsreformen har ført til flere pasienter med økt behov for medisinsk behandling i kommunen og til flere reinnleggelser i sykehus. Det rapporteres om at sykehuset er for raske i utskrivningen og at mange pasienter ikke er ferdigbehandlet. Flere publikasjoner finner at det er for liten kompetanse i kommunen til å ta imot pasientene. Det pekes også på utfordringer relatert til knappe økonomiske ressurser i kommunene.

Standardiserte pasientforløp og bruk av sjekklister beskrives som gode tiltak for å bedre overføringen fra sykehus og styrke oppfølgingen, mens bruk av IKT og pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) beskrives som tiltak som kan bidra til bedre informativ kontinuitet (relevant informasjon er tilgjengelig til enhver tid) i pasientforløpet. Ulike samarbeidsmodeller mellom sykehus og kommune kan bidra til kunnskapsoverføring og økt forståelse for pasientens situasjon. Dette kan videre gi bedre overganger og kontinuitet i pasientforløpet. Opprettelse av intermediære enheter og kommunale akutte døgnplasser (KAD) beskrives som sentrale og vellykkede tiltak for å bedre overgangen mellom sykehus og kommune, men det vises også blant annet til utfordringer i organiseringen av tilbudene. Eldre som er utskrevet fra sykehus til kommunen, vil ifølge litteraturen ha nytte av sammensatte og målrettede tiltak for å kunne forbedre overføringer på tvers av nivåer i helsevesenet.

ABSTRACT IN ENGLISH

This review includes 121 publications from research and development projects concerning patient pathways for elderly people with chronic illnesses in the community health care and between different levels in the health care services.

The Norwegian health care service is described as a complex and fragmented system which is constantly dealing with a severe pressure. This is a challenge for holistic care pathways for elderly patients with chronic illnesses, since these pathways often contain several critical transitions. Clinical guidelines developed for single diseases, in addition to fragmented and poor coordinated services, is pointed out as challenging for patients with several multichronic illnesses – also known as multimorbidity.

Furthermore, there is a focus on poor information flow during transitions between hospital and community, and on distinct differences in approaches and perspectives between specialist- and primary health care services. The specialist health care service mainly focuses on the patient's needs in a short time perspective. In addition, it is having a medically, diagnosis oriented approach. On the other hand, the primary health care service mainly focuses on the patient's needs in a long-term perspective, emphasizing their level of function, coping ability, quality of life, and home situation. Different perspectives related to patient's need of care is further reflected in different understandings of the term "ready to be discharged". Several publications point at the fact that the coordination reform has resulted in a larger number of patients with more medical needs in the communities, and to a higher rate of readmissions in hospital. In addition, these publications show that hospitals discharge patients too soon, and many patients are not treated to a complete healing before discharged. Furthermore, it is reported in several publications that the community does not have sufficient knowledge to receive these patients from hospital. Challenges related to poor economic resources in the communities are also pointed out as important in these matters.

Standardized care pathways and the use of check-lists are described as good tools in improving transitions from hospitals to communities and to strengthen the monitoring of patients, while the use of IT and care messages (PLO-messages) are described as tools that can contribute to better flow of information. Different models of cooperation between hospital and community are measures considered to improve transition of knowledge and increase understanding of the patient's situation. Further, this can result in better transitions and continuity in patient pathways. The implementation of intermediate units and municipal emergency bed units (KAD) are described as important and successful initiatives to improve transitions between hospital and community. However, challenges in organization of the services are also discussed. Elderly people discharged from hospital to the community, will according to literature benefit from interconnected and targeted initiatives to improve transitions between different levels in the health care system.

INNLEDNING

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren: omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeid knyttet til ulike emner.

Dette er en oppsummering av forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientforløp for eldre som har kronisk sykdom. Den presenterer også de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for pasientforløp i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Oppsummeringen, som inkluderer 121 forsknings- og utviklingspublikasjoner, omfatter både tjenesteforløp innad i kommunen og overganger mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. De utvalgte forsknings- og utviklingsarbeidene er utgitt i perioden 2008–2016, har empiri fra en norsk kontekst og er i hovedsak skrevet på norsk eller engelsk. Andre internasjonale studier er kun inkludert hvis de er vurdert som særlig relevante for emnet.

BAKGRUNN OG KLARGJØRING AV SENTRALE BEGREPER

Primærhelsetjenesten (også kalt førstelinjetjenesten) er den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene. Den består av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre, hjemmebaserte omsorgstjenester og av helsepersonell som sykepleiere, helsefagarbeidere, allmennpraktiserende leger, helsesøstre, ergoterapeuter, vernepleiere og fysioterapeuter.

Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Pasienter med fysiske og/eller psykiske tilstander som krever spesialisert behandling, blir henvist fra primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

PASIENTFORLØP

Et pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15). Begrepet inkluderer dermed både forløp for pasienter innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Forløpet kan omfatte ulike tjenester, som fastlege, spesialist, sykehus, hjemmetjenester og sykehjem, eller gjentatte episoder av den samme tjenesten.

SAMHANDLING OG HELHETLIGE PASIENTFORLØP

1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft, en reform som i særlig grad retter oppmerksomheten mot samhandlingen mellom og innad i ulike nivå av helsetjenesten. Samhandling forstås her som «et 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» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). Et viktig mål med reformen er å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, og det blir lagt vekt på å få til et helhetlig system basert på samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste og mellom de ulike deltjenestene i kommunen. Et slikt helhetlig pasientforløp kjennetegnes ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2011a, s. 90) av at deltjenestene er «satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte. Målet er god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deltjenestene».

STANDARDISERTE PASIENTFORLØP

Et standardisert pasientforløp beskrives av Helsedirektoratet (2013, s. 13) som «en modell for en koordinert, tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak. Forløpet skal fremme samhandling, pasientsikkerhet og pasienttilfredshet, være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater». For å få til bedre samhandling, er ett av tiltakene i samhandlingsreformen å standardisere pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene og å styrke den videre oppfølgingen av pasientene i kommunen etter utskrivning fra sykehus. Dette innebærer å utvikle et helhetlig pasientforløp for ulike pasientgrupper fra de blir syke – først gjennom behandling på sykehus, deretter gjennom rehabilitering og behandling i kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

ELDRE MED KRONISK SYKDOM

Det finnes ulike definisjoner på hva som menes med *eldre*. Verdens helseorganisasjon definerer eldre som mennesker som er 60 år eller mer (World Health Organization, 2015). US National Library of Medicine, som oppdaterer det helsefaglige emneordssystemet MESH, bruker «aged» om en person som er mellom 65 og 79 år og «Aged, 80 and over» om dem som er eldre enn 79 år (National Library of Medicine, 2016a). I denne oppsummeringen er det emneordet «Aged», slik det er definert av US National Library of Medicine, som legges til grunn, men det skilles ikke mellom personer over og under 79 år. Som et analytisk utgangspunkt brukes dermed betegnelsen *eldre* om personer som er 65 år eller mer, samtidig som vi er oppmerksomme på at enkelte inkluderte publikasjoner kan operere med dels videre, dels snevrere kategorier.

Kronisk sykdom blir av US National Library of Medicine (2016b) definert som sykdomstilstand med ett eller flere av disse kjennetegnene: de er permanente, medfører varige funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever spesiell rehabiliteringsbehandling og/eller kan forventes å kreve lang tid med veiledning, observasjon og pleie. KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom), hjertesvikt, revmatisme, astma, diabetes og demens er eksempler på hva som kan regnes som kronisk sykdom.

Befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (2016a) viser at det vil bli en betydelig økning av eldre i kommende tiår. I dag utgjør gruppen 70 år og eldre omkring 11 prosent av befolkningen. I 2060 vil gruppen etter prognosene ha steget til 19 prosent, og veksten vil være særlig sterk når det gjelder personer over 80 år. Denne økningen forklares som en kombinasjon av forventet befolkningsvekst, fortsatt økende levealder og store etterkrigskull som vil komme inn i de eldste aldersgruppene. Gruppen av personer som er 67 år eller mer, utgjør i dag omkring 60 prosent av alle som mottar hjemmetjenester (Statistisk sentralbyrå, 2016b) og omlag 35 prosent av alle døgnopphold på norske sykehus (Helsedirektoratet, 2014a). Nedsatt funksjonsevne og kroniske sykdommer øker med alderen, og det er forventet at en aldrende befolkning vil gi flere personer med kroniske sykdommer i kommende år (Folkehelseinstituttet, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

At folk lever lengre og flere har kroniske sykdommer, bidrar til langvarige pasientforløp og mange overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Håland, Røsstad & Osmundsen, 2015). Mange pasienter med behov for kommunale tjenester har flere kroniske sykdommer (Grimsmo, 2015; Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015; Uijen & Van de Lisdonk, 2008). Mange eldre har dessuten sammensatte tilstander med kroniske sykdommer, kognitiv svikt og redusert funksjonsnivå, noe som innebærer behov for hjelp fra flere instanser samtidig (Grimsmo, 2015).

HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med oppsummeringen er å identifisere og oppsummere forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientforløp for eldre med kronisk sykdom i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten. Det gis også en kort oversikt over faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for slike pasientforløp.

Følgende problemstillinger har vært styrende for arbeidet:

- Hvilke faglige anbefalinger, juridiske reguleringer og politiske føringer gjelder?
- Hvilke utfordringer er beskrevet?
- Hvilke tiltak og standardiserte pasientforløp er utprøvd?
- Hvilke erfaringer er gjort?

METODE

I det følgende presenteres framgangsmåten for arbeidet med oppsummeringen. Det redegjøres for søkestrategi, for prosedyre for utvalgelse av publikasjoner og for hvordan data er hentet ut og analysert.

SØKESTRATEGI

I arbeidet med å finne forsknings- og utviklingsprosjekter er det brukt både systematiske og usystematiske søkestrategier. Vi utførte søk i relevante elektroniske databaser (som Svemed+, Ovid Medline og Cochrane Library) og søkemotorer (som Oria og Google Scholar). Vi har også identifisert publikasjoner gjennom søk i elektroniske eller trykte referanselister, gjennom kontakt med eksperter på fagfeltet, gjennom søk i Google og ved å gjennomgå aktuelle organisasjoners nettsider. Disse komplementære søkestrategiene har ikke minst vært viktig for å identifisere såkalt grå litteratur: materiale som verken er utgitt på forlag eller i et tidsskrift, og som vanligvis ikke kan kjøpes gjennom elektroniske nettbutikker eller fysiske bokhandlere (Språktidningen, 2016). Eksempler på slik grå litteratur som har vært viktig for å besvare problemstillingene i denne oppsummeringen, er rapporter, masteroppgaver og offentliggjorte arbeidsnotat.

aldringoghelse.no	helsebiblioteket.no	omsorgsforskning.no
cochranelibrary.com	helsedirektoratet.no	oria.no
erfaringskompetanse.no	innomed.no	ovid medline
ergoterapeuten.no	legeforeningen.no	regjeringen.no
ebn.bmj.com	ks.no	sintef.no
forskningsradet.no	kunnskapsenteret.no	svemed+
fylkesmannen.no	legeforeningen.no	utviklingssenter.no
fysioterapeuten.no	lovdata.no	

Figur 1: Søkemotorer, databaser og nettsteder brukt ved søk

Søkeordene ble valgt utfra oppsummeringens hensikt og problemstillinger. For å finne synonymer ble det blant annet søkt etter MeSH-termer i SweMed+ og Medline. Det ble brukt norske og engelske ord, hver for seg og i ulike kombinasjoner. For å spisse søkene eller avgrense antall treff, ble det brukt filtrering der dette var mulig. Førsteforfatter utførte de fleste søkene, mens andre- og tredjeforfatter gjorde supplerende søk.

Norsk	Engelsk	
behandlingsforløp	aged	holistic patient pathway
behandlingskjeder	aged, 80 and over	integrated care
behandlingslinje	care continuity	pathways to care
brakerforløp	care continuum	patient care continuity

eldre*	care coordination	patient care planning
kronisk syk*	care pathway	patient centered
omsorgsepisode	chronic disease	patient centered pathway
pasientflyt	clinical pathway	patient discharge
pasientforløp	continuity of care	patient flow
pasientoverføring	continuity of patient care	patient pathway
tjenestelinje	continuum of care	patient transfer
	coordination of care	older
	critical pathway	trajectory of care
	discharge	transition
	elderly	transitional care
	episode of care	treatment pathway
	holistic care	

Figur 2: Anvendte hovedsøkeord

UTVALG

I utvelgelsen av publikasjoner har vi lagt til grunn NIFUs definisjoner av forsknings- og utviklingsarbeid (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning, 2015).

Med forskning forstår vi her arbeider som resulterer i en vitenskapelig publikasjon eller et patent eller har intensjon om å gjøre det. For å regnes som vitenskapelig publikasjon må følgende kriterier være oppfylt:

- den må presentere ny innsikt
- den må være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- den må være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
- den må være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgivelser, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering

Med utviklingsarbeid forstår vi en systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å framstille nye eller vesentlige forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester. I oppsummeringen er også masteroppgaver definert som utviklingsarbeid.

Øvrig materiale, som ikke faller inn under definisjonene av forskning eller utviklingsarbeid, er inkludert i oppsummeringen ut ifra en vurdering av relevans for emnet.

INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Oppsummeringens problemstillinger har vært styrende for utvelgelsen av forsknings- og utviklingsarbeider.

Som inklusjonskriterier satte vi at materialet skulle

- være publisert i 2008 eller senere
- være publisert på norsk, dansk, svensk eller engelsk

- omhandle pasientforløp i kommunale helse- og omsorgstjenester, og / eller overgang mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og utprøving av standardiserte helhetlige pasientforløp for eldre med kronisk sykdom
- ha relevans for omsorgstjenesten i kommunen
- være prosjekter i/studier av det norske helsevesenet
- være internasjonale prosjekter/studier hvis de har overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst

Som eksklusjonskriterier satte vi at materialet ikke skulle

- være publisert før 2008
- være publisert på et annet språk enn norsk, dansk, svensk eller engelsk
- omhandle andre brukergrupper enn eldre med kronisk sykdom

ANALYSE

Forfatterne samarbeidet om å identifisere og hente ut data fra de inkluderte dokumentene. Vi brukte et dataekstraksjonsskjema for å sikre oversikt i prosessen, der skjemaet inneholdt følgende overskrifter:

- forfatter, år, tittel, dokumenttype, nivå (forsknings- eller utviklingsarbeid)
- hensikt, design, metode
- resultater, erfaringer

Det utfylte dataekstraksjonsskjemaet ble videre brukt som utgangspunkt for tematisk organisering av datamaterialet. Følgende tema ble valgt:

UTFORDRINGER

- Utfordringer ved tjenestenes organisering
- Utfordringer i overgangen mellom nivåene

TILTAK OG ERFARINGER

- Standardiserte pasientforløp
- Læringsnettverk som ramme for gjennomføring av tiltak
- IKT som verktøy for helhetlig pasientforløp
- Samarbeidsmodeller
- Intermediære enheter og kommunale akutte døgnplasser (KAD)
- Tiltak for å bedre overføringer og redusere reinnleggelseser

Siden presentasjonen er strukturert rundt tema, har vi valgt ikke å skille mellom forsknings- og utviklingsarbeider i presentasjonen av materialet. Dette skillet er imidlertid gjort i referanselisten, der forskningsarbeider er merket med (F),

utviklingsarbeider med (U) og andre publikasjoner med (A).

EKSPERTGRUPPE OG FAGFELLEVRDERING

Oppsummeringen er kommentert av en oppnevnt ekspertgruppe for delemnet «Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom». Gruppen har bestått av:

- *Tove Garåsen Røstad*: PhD, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Kommuneoverlege i Trondheim med arbeidsområde helse- og velferdstjenester til eldre. Doktorgradsarbeidet hennes handlet om pasientforløp for eldre brukere av hjemmetjenesten.
- *Anders Vege*: Leder ved Seksjon for kvalitetsutvikling, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet. Medansvarlig for «Læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke».
- *Anne Lyngroth*: Prosjektleder i Østre Agder for prosjektet «Gode pasientforløp», ansatt ved Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Aust Agder.

Oppsummeringen er også kommentert av professor/faglig leder Bjørg Dale og daglig leder Torhild Karoline Gregersen (begge ved Senter for omsorgsforskning, sør), og den er fagfellevurdert av førsteamanuensis Bodil Hansen Blix (ved Senter for omsorgsforskning, nord). Før publisering er teksten vurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets hovedredaktør, professor Torunn Hamran (ved Senter for omsorgsforskning, nord).

LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER

I dette kapitlet gis en kortfattet oversikt over utvalgte lover, forskrifter og sentrale offentlige dokumenter som regulerer eller legger føringer for pasientforløp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten.

LOVER OG FORSKRIFTER

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

I loven tydeliggjøres kommunenes helhetlige ansvar. I § 4-1 heter det at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at pasienten eller brukeren får et «et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud». I § 6-1 beskrives plikten til å inngå samarbeidsavtale med regionale helseforetak i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. I § 3-5 pålegges kommunene straks å «tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig». De skal også sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunen gis videre plikt til å utarbeide en individuell plan (§ 7-1) og til å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (§7-2).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

I loven pålegges de regionale helseforetakene å inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter (§ 2-6). De skal også, om pasienten ønsker det, sende varsel til kommunen ved utskrivning. En slik utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter (§ 3-15). I henhold til § 3-15 skal kommunen også varsles når pasienter som er inntatt på tvang i institusjon (med hjemmel i helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 eller 10-3), skal skrives ut.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Etter § 3-1 har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og

omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal også, så langt som det er mulig, utformes i samarbeid med pasient og bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.

Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

Etter § 8 skal virksomheter som yter helsehjelp, sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt. Slike helseregistre skal ifølge § 7 understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og finne fram i. Behandlingen av helseopplysninger skal sørge for at relevante og nødvendige opplysninger om brukere og pasienter blir tilgjengelige for helsepersonell på en rask og effektiv måte, samtidig som den skal sikre pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning (§ 1).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§ 1). Ifølge § 3 skal kommunen etablere prosedyrer som blant annet skal søke å sikre at den enkelte pasient og bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes. Kommunen skal også sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Forskrift om pasientjournal

Forskriften gir nærmere regler om helsepersonells dokumentasjonsplikt, slik som innhold i pasientjournaler, føring, retting, sletting, oppbevaring, overføring, tilgang til og tilintetgjøring av journal (§ 1). I § 9 presiseres det at ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. En slik epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. I henhold til § 8 bokstav n skal individuell plan være en del av innholdet i pasientjournalen.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (§ 1). Fastlegen skal etter § 14 ha ansvaret for å tilrettelegge allmennlegetilbudet ved utskrivning. Ved behov for tilrettelegging etter utskrivning gis institusjonen videre en plikt til å orientere fastlegen før utskrivning skjer. I henhold til § 19 skal fastlegen ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Ifølge § 1 skal forskriften blant annet bidra til å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. I henhold til § 7 skal helsepersonellet på sykehuset, når en pasient legges inn, gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. I § 9 angis vilkår for når en pasient er utskrivningsklar.

OFFENTLIGE UTREDNINGER OG MELDINGER TIL STORTINGET

Pasientforløp og samhandling i tjenestene er direkte eller indirekte omtalt i flere offentlige utredninger (forkortet NOU) og Meldinger til Stortinget (forkortet Meld. St.).¹ Nedenfor gis en kort omtale av de mest sentrale:

NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

Utvalget foreslo en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen, blant annet for å sikre helhetlige tilbud til pasienter med sammensatte behov og for å bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette. I utredningen ble det også foreslått en felles lovgivning, kombinert med et felles system for faglig tilsyn og kontroll.

NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste

Utvalget påpekte at samhandlingen sviktet i overgangen mellom tjenestene, noe som gjaldt både på individnivå og systemnivå og for alle typer pasienter. De viste også til at utfordringene var særlig store for pasienter med langvarig behov for tjenester fra flere nivåer, der verken spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten kunne dekke pasientens behov alene.

St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer

I denne meldingen ble det presentert en strategi for å møte utfordringer knyttet til pleie- og omsorgstjenesten de kommende tiårene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Ifølge meldingen vil framtidens omsorgsutfordringer først og fremst være knyttet til nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg. For å møte disse utfordringene ble det lansert fem langsiktige strategier og en omsorgsplan med konkrete tiltak fram til 2015. Ett av de viktigste innsatsområdene var bedre samhandling og medisinsk oppfølging (særlig omtalt i kapittel 2.5.3, 3.3 og 9). Oppmerksomheten ble her blant annet rettet mot god samhandling i forbindelse med utskrivning fra sykehus og på pasientenes opplevelse av trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten.

St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Denne meldingen framhevet betydningen av å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud og å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tjenestene skal ha klare mål, og de skal evalueres og forbedres med vekt på sammenhengende pasientforløp. Pasientforløp omtales særlig i kapittel 5.

Meld. St. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

Ifølge meldingen skulle den kommunale helse- og omsorgstjenesten bli videreutviklet slik at den ga pasientene gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større grad kunne oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Kommunene skulle sørge for at helhetlige pasientforløp ble ivaretatt i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering, rehabilitering, behandling og oppfølging.

¹ Fram til 1. oktober 2009 var det betegnelsen stortingsmelding (forkortet St.meld.) som ble brukt.

Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

Ifølge meldingen skal pasientene i større grad oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b). Pasientenes behov skal stå i sentrum. Det er et tegn på god kvalitet, heter det. Utviklingen av helhetlige IKT-løsninger tillegges videre stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er behov for mer sentraliserte løsninger som sikrer at helse- og omsorgspersonell får rask og effektiv tilgang til nødvendig informasjon. Visjonen er at hver innbygger skal ha en journal der alle opplysninger er samlet. Det er nødvendig med sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen, og dette må sikres gjennom en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene.

Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

I denne meldingen framheves betydningen av å skape pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Pasientenes behov skal bli satt i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten, og kommunene må bli gjort i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der pasientene bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. I meldingen ble det også uttrykt ønske om å legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. Dette skal bidra til et bredere og mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet og riktigere bruk av personellressursene.

ANDRE STYRINGSDOKUMENTER

Også andre styringsdokumenter og veiledningsmaterieell har relevans for temaet helhetlig pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. De mest aktuelle er:

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieell

Helsedirektoratet (2016) ønsker her å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelige hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieellet henvender seg til både kommuner og helseforetak og er et grunnlagsdokument for den samarbeidsavtalen partene skal utarbeide.

Demensplan 2020

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Ett av planens seks strategiske grep er «Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 48–52).

Samhandlingsreformen: Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak (nasjonal veileder)

Med denne nasjonale veilederen vil Helse- og omsorgsdepartementet (2011b) bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler. Et annet siktemål er å støtte opp under partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013

Samspill 2.0 trekker opp helse-IKT-politikken i Norge, og den var førende for sektorens bruk av IKT i perioden 2008–2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Visjonen om helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid ligger til grunn, og strategien markerte starten på et nasjonalt løft for å knytte fastleger, kommunale pleie- og omsorgstjenester og sykehus elektronisk sammen gjennom Norsk helsenett.

FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID: UTFORDRINGER

I dette kapitlet presenteres utvalgte publikasjoner som omhandler utfordringer knyttet til helhetlig pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. Kapitlet er tematisk inndelt i to hovedgrupper: (1) utfordringer ved tjenestenes organisering; (2) utfordringer i overgangen mellom nivåene.

UTFORDRINGER VED TJENESTENES ORGANISERING

ET FRAGMENTERT, EKSPANDERENDE OG PRESSET HELSEVESEN

Organiseringen og fragmenteringen innad i og mellom helse- og omsorgstjenestnivåene skaper et konstant behov for samhandling (Bukve & Kvåle, 2014). Kompleksiteten i helsevesenet gjør at det ikke kan skisseres ett, enkelt pasientforløp. Pasientforløpet kan gå på tvers av de to nivåene i helsetjenesten og mellom enhetene innad i nivåene, og på den måten innebærer det ofte én eller flere overganger.

Bukve og Kvåle (2014) beskriver et ekspansjons- og reformpress i det norske helsevesenet, noe som gjenspeiles i antallet offentlige utredninger, meldinger og lovendringer de siste tiårene. Lovverk og styringsdokumenter legger føringer og regulerer pasientforløpet, men de iverksettende organer har samtidig et handlingsrom når det kommer til måten de vil sørge for helhet og sammenheng i pasientomsorgen på. Dette, påpeker Hellesø og Fagermoen (2010), fører til et mangfold av løsninger. Hver tjeneste eller instans representerer selvstendige resultatenheter som ofte er små, fysisk adskilt og uten overgripende faglig ledelse (Grimsmo m.fl., 2015).

Alle pasienter i Norge kan velge en fastlege, og all primær kontakt med helsevesenet, utenom akutt hjelp, skal gå gjennom fastlegen. Fastlegene er derfor også sentrale aktører både ved innleggelse og utskrivning av pasienter fra sykehus (Den norske legeförening, 2015; Heimly & Hygen, 2011; Helsetilsynet, 2016). Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth, Gjerde og Aarseth (2016) peker imidlertid på at fastlegene framstår som distanserte når det kommer til å realisere intensjonen om integrering og koordinering av helsetjenester.

I en studie basert på fokusgruppeintervjuer og observasjon, fant Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold og Grimsmo (2013) at sykepleiere i kommunen betraktet samarbeidet i primærhelsetjenesten som oppstykket. Både sykepleiere og fastleger opplevde videre at det var organisatoriske barrierer for samarbeidet. Som eksempel på slike barrierer pekte informantene på geografisk avstand som kunne hindre fysiske møter – ansikt til ansikt. Også ledere i hjemmesykepleien har pekt på hva de oppfatter er utfordringer i overføringen av eldre. Dette er relatert til organiseringen av helsetjenestene og

lite tilfredsstillende samarbeid (koordinering og kommunikasjon) mellom ulike nivåer av tjenester og mellom enheter innad i kommunen (Dale & Hvalvik, 2013).

Samhandlingsreformen har ført til etablering av nye enheter og tjenester, som intermedieære avdelinger og kommunale akutte døgnplasser (KAD). Opprettelsen av flere kommunale enheter har vist seg å kreve mer administrasjon, koordinering og dokumentasjon som følge av at oppgavene har blitt mer komplekse (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015). Basert på intervjuer med seks sykepleiere og en spørreundersøkelse med svar fra 2372 sykepleiere, fant Gautun og Syse (2013) at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har fått en travlere arbeidshverdag etter innføringen av samhandlingsreformen. Reformen har i tillegg vist seg å føre til mer oppstykkede pasientforløp med opphold i kommunale akutte døgnplasser eller ved intermedieære avdelinger som mellomstasjoner på reisen til og fra sykehuset (Grimsmo, 2015; Grimsmo & Løhre, 2014). Dette er ifølge Grimsmo (2015) særlig uheldig for eldre og skrøpelige pasienter som tåler transport og skifte av miljø dårligst.

De raske og hyppige endringene i helsevesenet i løpet av de siste årene, sammen med mindre ressurser og økende arbeidsmengde, utfordrer også ledere i hjemmetjenesten (Dale & Hvalvik, 2013). Dette fører ifølge Dale og Hvalvik til et kontinuerlig behov for tøff prioritering, samtidig som lederne også er oppmerksom på viktigheten av å sikre kvalitet i omsorgen, gitt av kompetente og etiske reflekterende ansatte.

PARALLELLE OMSORGSPROSESSER FOR PERSONER MED MULTISYKDOM

De fleste eldre pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, har flere kroniske sykdommer samtidig – såkalt multisykdom (Grimsmo m.fl., 2016). Dette kan medføre flere utfordringer for omsorgen og pasientforløpet (Uijen & Van de Lisdonk, 2008; Wallace m.fl., 2015). Pasientforløpet for denne gruppen består ofte av flere parallelle omsorgsprosesser, gitt av fragmenterte og spesialiserte tjenester med ulike mål for omsorgen og pasientforløpet (Berntsen m.fl., 2015; Tinetti, Fried & Boyd, 2012).

Sinnott, McHugh, Browne og Bradley (2013) har i en systematisk kunnskapsoppsummering identifisert fire områder som er vanskelige for fastleger i omsorgen for pasienter med multisykdom: (1) fragmenterte og ukoordinerte helsetjenester; (2) mangel på retningslinjer og kunnskapsbasert medisin; (3) utfordringer med å gi pasientsentrert omsorg; (4) barrierer for felles beslutningstaking. Flere publikasjoner har funnet at anvendelse av kliniske retningslinjer for enkeltsykdommer kan føre til både uhensiktsmessig og feil behandling av denne pasientgruppen (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014; Huntley, Johnson, Purdy, Valderas & Salisbury, 2012; Sinnott m.fl., 2013; Wallace m.fl., 2015). Behandling av én sykdom eller risikotilstand kan forårsake eller forverre annen sykdom eller risikotilstand (Smith, Soubhi, Fortin, Hudon & O'Dowd, 2012; Wallace m.fl., 2015).

OPPSUMMERING AV UTFORDRINGER VED TJENESTENES ORGANISERING

Litteraturen beskriver det norske helsevesenet som komplekst og fragmentert, med mange enheter, tjenester og overganger i et pasientforløp. Dette fører til et stort samhandlingsbehov i tjenestene. Helsevesenet beskrives å være under sterkt press. Nye enheter blir opprettet, og det fortelles om et ekspansjons- og reformtrykk.

Helsevesenets organisering kan på den måten utgjøre en utfordring for helhetlige pasientforløp når det gjelder eldre med kronisk sykdom, siden slike pasientforløp ofte har flere kritiske overganger. Den gjennomgåtte litteraturen løfter fram flere utfordringer for pasientforløpet for pasienter med multisykdom, slik som fragmenterte og dårlig koordinerte tjenester. Det pekes også på at kliniske retningslinjer for enkeltsykdommer kan føre til uhensiktsmessig og feil behandling.

UTFORDRINGER I OVERGANGEN MELLOM NIVÅENE

KRITISKE OVERGANGER I PASIENTFORLØPET

Pasientforløpet for eldre med kronisk sykdom innebærer ofte flere overføringer mellom ulike behandlingsnivåer og tjenester. Eldre (særlig de med kognitiv svikt) og pasienter med sammensatte behandlingsbehov er spesielt utsatt for uønskede hendelser i løpet av utskrivningen eller kort tid etter overganger mellom omsorgsnivåer. Dette resulterer ofte i reinnleggelse (Mesteig, Helbostad, Sletvold, Røsstad & Saltvedt, 2010; Preyde & Brassard, 2011; Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad & Aase, 2014). Flere publikasjoner peker på at risiko for uønskede hendelser kan ha sammenheng med mangel på sosial støtte, kontekst, pasientkarakteristikker, helsearbeideres kompetanse, informasjonsutveksling og klinisk vurdering av pasienten (Aase, Laugaland, Dyrstad & Storm, 2013; Laugaland, Aase & Barach, 2011; Mesteig m.fl., 2010; Preyde & Brassard, 2011; Storm, Groene, m.fl., 2014; Storm, Siemsen, m.fl., 2014). Ifølge Laugaland m.fl. (2011) varierer alvoret av slike hendelser fra laboratoriefeil til permanent uførhet og død.

Det er først og fremst overganger og samhandling mellom aktørene fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem, KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp), legevakt, sykehus og lokale akuttmottak i kommunen som er aktuelle for eldre pasienter med kronisk sykdom (Aase m.fl., 2013; Askim, Flølo, Ramsli & Sivertsen, 2010; Heskestad & Aase, 2015; Romøren, 2014; Storm, Groene, m.fl., 2014). Innleggelse på sykehus kan også inkludere ulike spesialavdelinger, i tillegg til observasjonsavdeling og intermedieæravdeling (Aase m.fl., 2013; Heskestad & Aase, 2015; Storm, Groene, m.fl., 2014). I samhandlingsprosjektet «Helhetlige pasientforløp» ble det identifisert følgende kritiske overganger i pasientforløpet: kontakt med legevakt; overføring til sykehus/sykehjem; melde utskrivningsklar pasient fra sykehus; samtale med primærkontakt; og utreise fra sykehus (Øvre Eiker kommune, 2014).

I forskningsprosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføring av eldre», hvor blikket har vært rettet mot innleggelse og utskrivelser ved to norske sykehus, ble det påpekt at faktorer som kontekst, pasientkarakteristika, pårørende, klinisk pasientvurdering, informasjonsutveksling og helsepersonellens kompetanse har betydning for kvaliteten og sikkerheten i slike overføringer (Aase m.fl., 2013; Storm, Groene, m.fl., 2014; Storm, Siemsen, m.fl., 2014).

SVIKT I INFORMASJONSFLYT

Flere publikasjoner finner at mangelfull informasjon mellom sykehus og kommune skjer hyppig og at dette kan føre til usikkerhet og feilbehandling (Bollig, Ester & Landro, 2010; Nordberg, 2015; Olsen, 2013). Det pekes også på utfordringer knyttet til informasjonskontinuitet i pasientforløpet. Dette gjelder forekomst av, innhold i og

tidspunkt for overføringsrapporter – både ved innleggelse og utskrivning (Danielsen & Fjær, 2010; Helsetilsynet, 2016; Håland m.fl., 2015; Olsen, Hellzén & Enmarker, 2013; Paulsen & Grimsmo, 2008; Paulsen, Romøren & Grimsmo, 2013).

I de siste årene er det gjort en betydelig innsats i helse- og omsorgssektoren i Norge for å implementere IKT i helsetjenesten. Det arbeides med å skape integrert og helhetlig journalsystem som inkluderer hele helse- og omsorgssektoren, der siktemålet er én innbygger, én journal (se Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a). Dette innebærer at helsepersonell som deltar i pasientforløpet, på en enkel måte kan få tilgang til alle nødvendige og oppdaterte opplysninger – uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Elektronisk meldingsutveksling og Elin-k-prosjektet, som er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Sykepleierforbund og KS, blir omtalt som en milepæl; kommunale helse- og omsorgstjenester får anledning til å føre en elektronisk dialog med fastleger og sykehus, og dette er beskrevet som et framskritt med tanke på informasjonsutveksling i pasientforløpet (Melby & Hellesø, 2010; Nordberg, 2015; Norsk sykepleierforbund & KS, 2011). I en oversiktsartikkel har imidlertid Nordberg (2015) løftet fram utfordringer knyttet til det hun omtaler som den relasjonelle og den informative kontinuiteten. Relasjonell kontinuitet refererer her til det terapeutiske forholdet mellom pasient og helsepersonell, mens det med informativ kontinuitet menes å ha relevant informasjon tilgjengelig til enhver tid. Måten innleggelsesrapporten er utformet på, med standardisert administrativ terminologi, kodet informasjon og manglende sykepleieinformasjon, gjør ifølge Nordberg at den informative kontinuiteten ivaretas i mindre grad. Når sykepleierne må innhente nødvendig informasjon om pasientene via omveier, kan dette få konsekvenser for den relasjonelle kontinuiteten.

Ifølge Paulsen m.fl. (2013) og Tjøstolvsen (2016), som gjennomførte henholdsvis intervjuer med og spørreundersøkelse blant helsepersonell i kommunen, opplevde mange av sykepleierne at informasjonen de fikk fra sykehusene, ofte ikke var tilstrekkelig for å få en fullstendig forståelse av pasientens behov. I Grimsmo (2013), som er en studie basert på dokumentanalyser, observasjon og intervjuer med helsepersonell i 40 kommuner, påpekes det at opplysninger om pasientens funksjonsevne og multisykdom ofte ble oppfattet som mangelfulle. Dette er funn som samsvarer med Helsetilsynets (2016) rapport fra et landsomfattende tilsyn i 2015. Her ble det påpekt alvorlige mangler i overføringen av informasjon mellom sykehus og kommune. Dette handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, og dels om mangelfulle opplysninger – for eksempel om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelbruk.

Mangelfull informasjon ved overføring av pasienter mellom sykehus og kommune er ofte knyttet til sykepleierrapporter. Men også fysioterapeuter (Schibevaag, 2014) og ergoterapeuter (Hald & Dale, 2016) har rapportert mangler angående informasjonsoverføring ved innleggelse og utskrivning av eldre pasienter fra sykehus. Ved innleggelse og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten er også fastlegen en sentral aktør. Helsetilsynet (2016) fant imidlertid at mange fastleger mener særlig sårbare områder er sene epikriser og mangelfull eller feilaktig legemiddelinformasjon.

Flere studier påpeker at informasjonen som sykepleierne får fra sykehusene, ikke kommer på optimalt tidspunkt (Danielsen & Fjær, 2010; Laugaland m.fl., 2011; Melby & Hellesø, 2010; Paulsen & Grimsmo, 2008; Paulsen m.fl., 2013; Storm, Siemsen, m.fl., 2014). I en studie basert på intervjuer og en spørreundersøkelse, fant Paulsen og Grimsmo (2008) at de skriftlige rapportene som følger pasientene ved utskrivning fra sykehus, kommer for sent til å være et viktig redskap i planlegging av omsorgstilbudet. For helsepersonell på mottakersiden fører mangelfull informasjon og dårlig tidsplanlegging til frustrasjon og ekstra tid brukt til å samle nødvendig informasjon om pasientens

funksjonsnivå, helsetilstand og medisinbruk. Når rapportene endelig kommer, har sykepleierne allerede orientert seg om det meste som står der, påpekes det i flere studier (Danielsen & Fjær, 2010; Nordberg, 2015; Paulsen & Grimsmo, 2008; Paulsen m.fl., 2013). Utskrivningsrapporten fungerer dermed mer som en formalisering av informasjon som sykepleierne i kommunen allerede har samlet inn.

Publikasjoner som her er inkludert og referert, indikerer at de formelle informasjonsrutinene ikke tilfredsstillende dekker behovet for informasjon som de som jobber i kommunen, har i pasientforløpet og ved overføringer av eldre med kronisk sykdom. Dette samsvarer med en systematisk litteraturgjennomgang utført av Laugaland m.fl. (2011), hvor hovedutfordringer knyttet til overføring av eldre ble beskrevet. Det påpekes her at informasjonen til tider er mangelfull eller uklar og at tidspunktet for levering av informasjon varierer. Dårlig tidsplanlegging og kvalitet på utskrivningsrapporter kan videre føre til utilstrekkelig kontinuitet i pasientforløpet og øke faren for reinnleggelse.

Ifølge en utredning fra Helsedirektorat (2014b) støtter informasjonsstrukturer og IKT-systemer i liten grad opp under arbeidsflyt og helhetlige pasientforløp. Dette kan skape utfordringer for informasjonsflyten mellom de ulike aktørene i pasientforløpet. Ulike IKT-systemer som ikke kommuniserer med hverandre, fører til at pasientinformasjon som dokumenteres på ett helsetjenestenivå, ikke er tilgjengelig på et annet nivå. Dette vanskeliggjør den tverrfaglige samhandlingen og informasjonskontinuitet i overføringer av eldre med kronisk sykdom (Aalbu, Carlsen & Knutsen, 2013; Heimly & Hygen, 2011; Holen-Rabbersvik, Eikebrokk, Fensli, Thygesen & Slettebø, 2013; Rønhovde, 2012; Schibevaag, 2014; Tjøstolvsen, 2016).

ULIKHETER I TILNÆRMING OG PERSPEKTIV

Flere publikasjoner beskriver ulikheter i tilnærming og perspektiv mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som utfordrende for pasientforløpet. Dette kan handle om varierende perspektiv på behandling og funksjonsnivå (Danielsen & Fjær, 2010; Grimsmo, 2015), forskjellig målforståelse (Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016) og ulik forståelse av pasientforløpet (Paulsen & Grimsmo, 2008; Paulsen m.fl., 2013) – variasjoner og ulikheter som kan påvirke hvilke problemstillinger aktørene vektlegger, hva som forventes av forløpet og hvor god kommunikasjonen mellom aktørene blir.

Flere av studiene påpeker at spesialisthelsetjenesten har en diagnoseorientert tilnærming med et relativt kortsiktig perspektiv. Pasientforløpet er utviklet basert på faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser (Danielsen & Fjær, 2010; Hellesø & Fagermoen, 2010; Holen-Rabbersvik m.fl., 2013; Hvalvik & Dale, 2013; Røsstad m.fl., 2013; Tønnessen m.fl., 2016). Perspektiv og tilnærming hos kommunehelsetjenesten beskrives noe annerledes. Hovedmålet for forløpet er her å ivareta pasientens samlede medisinske behov, funksjonsevne, mestringssevne og livskvalitet; perspektivet er bredere og mer langsiktig, der forløpet må tilpasses pasienters preferanser og ivareta dem med flere diagnoser på en gang (Danielsen & Fjær, 2010; Hellesø & Fagermoen, 2010; Holen-Rabbersvik m.fl., 2013; Hvalvik & Dale, 2013; Paulsen m.fl., 2013; Røsstad m.fl., 2013; Tønnessen m.fl., 2016). Det pekes også på at helsepersonell i kommunen betrakter oppfølgingen av pasienter som kontinuerlig og ikke som noe som har en begynnelse og en slutt (Grimsmo m.fl., 2016; Meese & Rønhovde, 2015; Røsstad m.fl., 2013).

ULIK FORSTÅELSE AV BEGREPET «UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER»

«Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» angir vilkårene for når en pasient er utskrivningsklar. Flere publikasjoner synliggjør samtidig at det er ulike oppfatninger av hva som menes med dette begrepet. Én årsak som beskrives, er at når utskrivningen planlegges, kan det være spenninger mellom helsevesenets krav om effektivitet og pasientenes behov og ønsker (Hellesø & Fagermoen, 2010). Det pekes for det andre på at mangel på sengeplasser og lange ventelister kan føre til vanskelige og pressede situasjoner for sykepleiere på sykehus, og at de kan oppfatte at det er for tidlig å sende pasientene hjem selv om de er medisinsk ferdigbehandlet (Kirsebom, Wadensten & Hedström, 2013). Krav om effektivitet og tempo kan etter sykepleiernes oppfatning føre til utskrivninger som de mener skjer for tidlig eller forhastet, særlig når det gjelder eldre og svært syke pasienters behov for mer tid og større forutsigbarhet (Handeland & Tveit, 2015). En tredje årsak som nevnes, er at økonomiske insentiver i helsesektoren kan føre til motstridende perspektiver mellom partene om hva som er god utskrivningspraksis (Askim m.fl., 2010). For det fjerde vises det til at begrepet «utskrivningsklar» kan tolkes noe forskjellig på sykehus og i kommunene: Ansatte i hjemmesykepleien rapporterer her om at sykehuset skriver ut pasienter for tidlig (Hellesø & Fagermoen, 2010; Møller & Flermoen, 2010). I hjemmetjenesten er det ikke mulig å ha den samme tette oppfølgingen som på et sykehjem, og en person kan fungere rimelig godt i en institusjon, men ikke like godt hjemme, påpeker Møller og Flermoen (2010). På den måten kan en pasient være utskrivningsklar ut ifra sykehusets ståsted, men ikke utskrivningsklar sett i lys av den situasjonen pasienten har hjemme.

En rekke publikasjoner beskriver at én av konsekvensene av samhandlingsreformen er at pasientene blir skrevet ut tidligere enn før. Pasientene er sykere, har økt behov for medisinsk behandling og har mer sammensatte problemstillinger (Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013, 2015; Handeland & Tveit, 2015; Haukelien m.fl., 2015; Lotterud, 2014; Norheim & Thoresen, 2015; Quintana, 2014; Schibevaag, 2014; Tønnessen m.fl., 2016). Dette har ført til flere og mer komplekse arbeidsoppgaver, økte faglige krav og en tydeligere forventning om å heve kompetansenivået til ansatte i kommunehelsetjenesten (Gautun & Syse, 2013; Quintana, 2014; Tønnessen m.fl., 2016). I en kvalitativ studie, blant annet basert på fokusgruppeintervjuer med elleve sykepleiere i hjemmesykepleien, fant imidlertid Norheim og Thoresen (2015) at det ikke er økte kompetansekrav som sykepleierne opplever er utfordringen. I stedet pekes det på vanskeligheter med å bruke egen kompetanse på rett sted, til rett tid. Ifølge sykepleierne blir handlingsrommet for bruk av egen kompetanse begrenset av tidspress, manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling.

FLERE REINNLEGGELSER

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet administrert den forskningsbaserte følgeevalueringen av samhandlingsreformen. I sluttrapporten for følgeevalueringen ble det påpekt at det foreløpig ikke var observert økt antall reinnleggelse som følge av reformen (Forskningsrådet, 2016). I en studie av sannsynligheten for reinnleggelse av eldre personer innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus, fant imidlertid Kristoffersen, Hansen, Lindman, Tomic og Helgeland (2016) at slike reinnleggelse skjer hyppig, men at det var stor variasjon mellom kommuner og mellom sykehus. Det indikeres også i en rekke publikasjoner at det har vært økning i reinnleggelse etter innføringen av samhandlingsreformen (Gautun & Syse, 2013; Haukelien

m.fl., 2015; Lotterud, 2014; Tønnessen m.fl., 2016). Flere studier påpeker at det at flere pasienter i hjemmetjenesten har blitt sykere og har mer sammensatte tilstander enn tidligere, er noe som har skjedd over tid og ikke dermed alene kan knyttes til innføring av samhandlingsreformen (Bjørnsen, 2015; Pedersen, 2012; Øyen m.fl., 2015).

VARIERENDE PASIENTINVOLVERING

Eldre pasienters kapasitet til og ønske om å involvere seg i beslutninger ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus, varierer (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015), men flere studier har framhevet at eldre pasienter ønsker å bli hørt og delta i utskrivelsesprosessen (Dyrstad, Testad, Aase & Storm, 2015; Foss & Hofoss, 2011; Foss, Hofoss, Romøren, Bragstad & Kirkevold, 2012). Dette ønsket blir imidlertid ikke alltid oppfylt. Eldre pasienter rapporterer om manglende brukermedvirkning, informasjon og opplæring når de skrives ut – både til hjem og til sykehjem (Foss & Hofoss, 2011; Foss m.fl., 2012; Hvalvik & Dale, 2015).

I en systematisk litteraturgjennomgang fant Dyrstad, Testad, m.fl. (2015) at eldre pasienters involvering var lav under utskrivningsplanlegging og beslutningstaking, også når pasientene selv ønsket å delta.

I en observasjonsstudie, som også inkluderte samtaler med pasienter og pårørende, fant Dyrstad, Laugaland, m.fl. (2015) varierende grad av informasjonsutveksling mellom helsepersonell og pasienter som var eldre enn 75 år under innleggelse og utskrivning. Både pasienter og deres pårørende fortalte om manglende involvering av pasienten i beslutningsprosessen. Forfatterne fant at pårørende er viktige bindeledd og talspersoner ved innleggelse og utskrivning av eldre fra sykehus – ikke minst gjennom å gi og motta informasjon for å støtte eldre pasienters deltakelse og beslutningspåvirkning. De peker også på at pårørende opplevde helsevesenet som komplisert, at planleggingen av utskrivningen kunne framstå som fragmentert og at de fikk lite informasjon.

I en studie fra Bragstad, Kirkevold, Hofoss og Foss (2014), basert på telefonintervju med 262 uformelle omsorgsgivere, var ett av funnene at yngre, uformelle omsorgsgivere i større grad fikk informasjon av og ga informasjon til sykehusansatte enn den eldre generasjon med pårørende. Forfatterne konkluderer med at eldre pasienter uten assistanse fra en yngre generasjon står i fare for å miste den deltakelsen de behøver for å få til en god overgang fra sykehus til kommune.

I en studie fra prosjektet «Eldre på flyttefot» fant Foss m.fl. (2012) at én av ti eldre pasienter hadde hatt utskrivningssamtale. Funnet er basert på intervju med 142 pasienter utskrevet til eget hjem og 188 utskrevet til korttids- eller langtidsopphold på sykehjem. Tilbakemeldinger fra pasientene viser dessuten at utskrivningssamtaler ikke alltid førte til at pasientenes ønsker og behov blir trukket inn i planleggingen. I en annen studie fra det samme prosjektet (Foss & Hofoss, 2011) oppga 58 prosent av pasientene at de ikke i det hele tatt eller kun i liten grad fikk mulighet til å ta del i beslutninger. Denne studien bygger på en spørreskjemaundersøkelse besvart av 254 pasienter over 80 år.

Hvalvik og Dale (2015) undersøkte hvordan sju eldre pasienter erfarte overgangen fra sykehus til hjem. Også de fant at eldre pasienter opplevde mangel på medvirkning og kommunikasjon med helsepersonell i overgangsprosessen. Informantene fortalte at de følte seg ignorert og usikre på egen helsetilstand, og de beskrev det som anstrengende å måtte forholde seg til ulike omsorgsytere (sykehus og kommune) som har ulike perspektiv. De eldre pasientene savnet også å bli sett på som individer med en personlig og medisinsk historie. Med bakgrunn i dette tar forfatterne til orde for en personorientert

tilnærming. For å fremme gode overganger legges vekten her på pasientenes individuelle behov og preferanser.

Flere publikasjoner har videre funnet at det er ulike synspunkter på hvilken rolle pasienten selv skal spille i forløpet. I forløpsstudien «Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted» ble åtte pasientforløp ved langvarig sykdom analysert og beskrevet (Berntsen, Høyem & Gammon, 2014; Kolstrup, 2014). Forfatterne fant betydelig inkonsistens mellom helsetjenestens og pasientens beskrivelse av behov, og de peker på manglende samsvar mellom de mange faglige målene og pasient/pårørendes ønsker og behov. Sinnott m.fl. (2013) fant i en systematisk kunnskapsoppsummering at noen fastleger hevder at å innta en pasientsentrert tilnærming kan være en god måte å løse konflikter og møte usikkerhet som kan oppstå. Andre fastleger mener at dette kan øke kompleksiteten i behandlingen ytterligere.

OPPSUMMERING AV UTFORDRINGER I OVERGANGEN MELLOM NIVÅENE

Mange publikasjoner beskriver svikt i informasjonsflyten ved overføring av eldre med kronisk sykdom mellom sykehus og kommune. Dette skyldes blant annet ulike journal-system, mangelfull informasjon og svikt i tidsplanleggingen.

Det pekes videre på tydelige forskjeller i tilnærming og perspektiv mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten blir pasientens behov i hovedsak vurdert i et korttidsperspektiv og ut ifra en medisinsk, diagnoseorientert tilnærming. I primærhelsetjenesten blir pasientens behov i det vesentlige vurdert i et langsiktig perspektiv, med vekt på funksjonsnivå, mestring, livskvalitet og hjemmesituasjon. Ulike perspektiver med hensyn til pasientenes omsorgsbehov gjenspeiles i sykepleiernes forståelse av begrepet utskrivningsklar. Flere publikasjoner finner at samhandlingsreformen har ført til flere pasienter med økt behov for medisinsk behandling i kommunen og til flere reinnleggelse i sykehus. Det rapporteres om at sykehusene er for raske i utskrivningen og at mange pasienter ikke er ferdigbehandlet. Flere publikasjoner finner at det er for liten kompetanse i kommunen til å ta imot pasientene. Det pekes også på utfordringer relatert til knappe økonomiske ressurser i kommunene.

Flere publikasjoner beskriver manglende pasientinvolvering og et behov for pasientorientert tilnærming ved overføring av eldre med kronisk sykdom mellom sykehus og kommune. Pasientsentrert omsorg og delt beslutningstaking i pasientforløpet kan være særlig utfordrende i sammenheng med multisykdom.

FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID: TILTAK OG ERFARINGER

I dette kapitlet presenteres publikasjoner som omhandler tiltak og erfaringer knyttet til helhetlig pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. Kapitlet er tematisk inndelt i seks hovedgrupper: (1) standardiserte pasientforløp; (2) læringsnettverk som ramme for gjennomføring av tiltak; (3) IKT som verktøy for helhetlig pasientforløp; (4) samarbeidsmodeller; (5) intermediære enheter og kommunale akutte døgnplasser (KAD); (6) tiltak for å bedre overføringer og redusere reinnleggelse.

STANDARDISERTE PASIENTFORLØP

«Helhetlig pasientforløp i hjemmet» (HPH) er et strukturert utskrivnings- og oppfølgingsprogram for eldre pasienter med kronisk sykdom (Brovold, 2013; Håland m.fl., 2015; Røsstad, 2016; Røsstad m.fl., 2015; Røsstad m.fl., 2013; Røsstad m.fl., 2016; Trondheim kommune, 2014). Hovedinnhold og detaljer ble utviklet i tverrfaglig sammensatte grupper av ansatte i kommuner og sykehus. Dette ble gjort for å sikre at pasientforløpet ble tilpasset den praksisvirkeligheten det skulle brukes i. Pasientforløpet inkluderer både spesialisthelsetjenestens medisinske fokus og kommunenes oppmerksomhet mot funksjonsnivå og mestring. HPH omfatter overgangen fra sykehus til oppfølging i kommunen for alle pasienter – uavhengig av diagnose. De aktive komponentene i HPH er sjekklister som veileder informasjonsoverføring mellom samarbeidende parter, og som benyttes på spesifikke tidspunkt i pasientforløpet. Kartleggingen dokumenteres i pasientjournalen og innebærer samtaler, observasjoner og vurdering av pasientens medisinske tilstand, funksjonsnivå og sosiale behov etter utskrivning.

Røsstad m.fl. (2015) har evaluert implementeringen av HPH-forløpet i de seks kommunene som deltok i prosjektet. De fant at modellen etter to år var integrert i daglig praksis i to av de seks kommunene. Konklusjonen deres er at modellen har potensiale til å forbedre oppfølging i primærhelsetjenesten, men gjennomføringen krever omfattende og langvarig innsats i alle ledd i organisasjonen. Følgende faktorer ble avdekket som viktige for vellykket iverksettelse: trykk fra øverste kommunale ledelse; ledelsen på enhetsnivå må være opptatt av å skape forpliktelse og engasjement blant alle faggrupper; praktisk tilrettelegging av arbeidsprosesser; stabil organisasjon uten store konkurrerende prioriteringer.

Røsstad m.fl. (2016) undersøkte også effekten av HPH-forløpet. De fant at det ga flere konsultasjoner hos fastlegen og flere oppfølgingsdager hjemme hos pasientene.

Det ble ikke påvist forskjell i pasientenes funksjonsnivå, antall reinnleggelser, helsetjenesteforbruk, dødelighet eller livskvalitet i løpet av tolv måneder sammenlignet med dem som fikk vanlig oppfølging. Bruken av sjekklister var imidlertid mangelfull. Ifølge studien er lite tid til implementeringen en viktig årsak til mangelfull bruk og effekt av modellen.

I et mastergradsprosjekt fant Brovold (2013) at sykepleiere og annet helsepersonell opplevde at HPH førte til bedre observasjon, dokumentasjon, kvalitet og oppfølging. Samtidig ble programmet kritisert for å være tidkrevende, noe som ifølge informantene kunne gå på bekostning av tid de egentlig burde hatt med pasientene.

Et prosjekt som har mange likheter med HPH, er «Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi». Her ble det utviklet standardiserte modeller for helhetlig pasientforløp for pasienter med lårbeinsbrudd og KOLS. Studier av prosjektet fant at diagnosebaserte forløp i liten grad ble iverksatt i kommunene og at prosjektets mål om å utvikle tre pasientforløp, ikke ble realisert innen prosjektperioden (Gjerde, Meese, Rønhovde & Aarseth, 2014; Gjerde, Meese, Rønhovde, Stokke & Aarseth, 2012; Meese & Rønhovde, 2015). Ifølge Meese og Rønhovde (2015) er mulige forklaringer på problemene med måloppnåelse og implementering manglende tid, for lite ressurser, dårlig fungerende IKT-system og trekk ved organisasjonsdesign og ledelsesmodell. Prosjektet hadde en hierarkisk struktur som i liten grad åpnet for innspill fra andre i forkant eller underveis i prosjektet. Deltakere fra spesialisthelsetjenesten hadde erfaringer fra utvikling av pasientforløp, og deres forståelse av begrepet pasientforløp ble derfor styrende. Styringsgruppa besto av toppledere, som i liten grad hadde fagkunnskap fra kommunen. Rammene var styrt gjennom styringsgruppas vedtak om diagnosebaserte forløp. De ansatte i kommunen hadde samtidig begrenset mulighet til å påvirke hva som var gode løsninger, og de fant ikke pasientforløpene relevante for kommunen.

Grimsmo m.fl. (2016) har sammenlignet prosessene og utviklingen av pasientforløp i de to nevnte prosjektene. Forfatterne studerte her hvordan sykehus og kommuner samarbeidet om å utvikle helhetlige pasientforløp for pasienter med KOLS, hjertesvikt, slag eller hoftebrudd. Dataene ble samlet inn gjennom observasjon og intervjuer med 50 personer, før de mest sentrale kvalitative funnene ble sammenlignet med registerdata. Forfatterne fant to forhold som de beskriver som utfordrende for bruken av diagnosespesifikke forløp i primærhelsetjenesten. For det første hadde de fleste pasienter med hjemmesykepleie multisykdom; pasienter med én sykdom, som er utgangspunktet for forløp i sykehus, fantes ifølge studien knapt blant de som trengte hjemmesykepleie. Helsepersonellet i primærhelsetjenestene advarte her mot å fokusere på bare én sykdom når et pasientforløp skulle uformes. For det andre var det store forskjeller i hvor ofte helsepersonellet måtte forholde seg til pasienter med KOLS, hjertesvikt, slag eller hoftebrudd. Mens det var høy forekomst av pasienter med disse diagnosene ved innleggelser i sykehus, var situasjonen en annen i primærhelsetjenesten. Det kunne dermed gå lang tid mellom hver gang den enkelte hjemmesykepleier ble involvert ved utskrivning av høyfrekvente diagnoser i spesialisthelsetjenesten.

I studien setter forfatterne videre spørsmålsteget ved funksjonalitet og gjennomføring av diagnosespesifikke pasientforløp i primærhelsetjenesten, og de peker på diagnoseuavhengige forløp som en mer bærekraftig modell (Grimsmo m.fl., 2016). Dette støttes av internasjonale studier som har funnet at tiltak og tilnærminger som går på tvers av diagnoser og er felles for alle pasienter, gir de beste resultatene ved utskrivning og oppfølging av pasienter med multisykdom (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009; Wallace m.fl., 2015). Det pekes videre på at oppmerksomheten bør være på funksjon og tiltak rettet mot spesifikke problemer, risikofaktorer eller funksjonsutfordringer for

personer med multisykdom (Smith m.fl., 2012; Wallace m.fl., 2015). Pasientsentrert tilnærming og delt beslutningstaking løftes også fram som viktig for oppfølging av pasienter med multisykdom (Berntsen m.fl., 2015; Greenhalgh m.fl., 2014; Wallace m.fl., 2015).

I likhet med funn fra HPH-prosjektet (Røsstad, 2016) viser erfaringer fra andre utviklingsprosjekt at sjekklister ved kritiske overganger i pasientforløpet, kan være vanskelige å innføre og iverksette. Studier av «Trygg overføring», et prosjekt som rettet blikket mot samhandlingsutfordringer ved innleggelse eller utskrivning av eldre fra sykehus, fant at sjekklister førte til økt bevissthet omkring innleggelse og utskrivning (Førland, 2011; Kvalheim, Bjørnethun, Bergflødt, Mekki & Førland, 2015). Disse studiene fant samtidig at mange ansatte uttrykte at skjemaene innebar ekstraarbeid og var nødvendige for dem selv å bruke. I sluttrapporten for samhandlingsprosjektet «Helhetlig pasientforløp» (mellom Øvre Eiker kommune og Vestre Viken helseforetak) oppga 70 prosent av de kommuneansatte som deltok i evalueringen, at sjekklisene var til god dokumentasjonshjelp (Øvre Eiker kommune, 2014). Mangelfull tilgang på PCer i hjemmetjenesten og på avdelingene ble imidlertid beskrevet som en flaskehals i bruken av sjekklisene.

I pilotprosjektet «Rød tråd fra prosedyre til utført tjeneste» forsøkte Stange kommune å bedre systematiseringen av den kunnskapen som ble innhentet om pasientene. Det ble utviklet pasientflytkart med sjekklister, pasientflytkartet ble tatt i bruk i kvalitetssystemet, og de ansatte fikk opplæring i bruk av kartet og sjekklisene. Ifølge Kristiansen (2015) mener de ansatte at innføringen av pasientflytkartet og sjekklister har frigjort tid og energi til å kunne ta vare på den enkelte pasient.

Oppsummert viser publikasjonene at standardiserte pasientforløp med strukturerte utskrivnings- og oppfølgingsprogram i hjemmetjenesten har potensiale til å bedre overføringen fra sykehus og oppfølging i kommunen av eldre med kronisk sykdom. Det samme gjelder for bruk av sjekklister. Diagnoseuavhengige forløp synes mest hensiktsmessig i kommunen, mens forankring i ledelse og en utviklingsprosess med involvering og engasjement blant alle faggrupper, synes å være avgjørende for innføringen. Selv om sjekklister anses som nyttige, erfares de som tidkrevende ekstraarbeid og bruken er varierende. Integrering i gjeldende elektroniske pasientjournal synes viktig.

LÆRINGSNETTVERK SOM RAMME FOR GJENNOMFØRING AV TILTAK

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og KS besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp (de Vibe, Udness & Vege, 2016). Læringsnettverkene har som mål å støtte kommunene og helseforetakene i å utvikle gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke. Dette skal skje gjennom systematisk oppfølging og ved å utforme tjenestene sammen med den enkelte pasient. Tre virkemidler er sentrale:

1. *Fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?»*

Læringsnettverkene bygger på en sterk satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunale tjenester skal være tilpasset pasientenes behov, og for å lykkes i dette er pasientenes egen deltakelse og mestringsevne avgjørende. Sentralt i dette forbedringsarbeidet står et skifte av perspektiv – fra å nærme seg pasienten ut ifra den diagnoseorienterte tilnærmingen

«Hva er i veien med deg?» til i stedet å vektlegge «Hva er viktig for deg?»

2. *Utvikle helhetlige pasientforløp*

Dette virkemidlet bygger på erfaringene med utskrivnings- og oppfølgingsprogrammet «Helhetlige pasientforløp i hjemmet» (HPH) i Trondheim/Surnadal (Håland m.fl., 2015; Røsstad, 2016; Røsstad m.fl., 2015; Røsstad m.fl., 2013; Røsstad m.fl., 2016; Trondheim kommune, 2014). I programmet, slik det er beskrevet tidligere i dette kapitlet, ble det utviklet sjekklister ved definerte stoppunkt i pasientforløpet for å sikre systematisk vurdering av pasientens behov og samhandling med pasientens fastlege. Det er også utviklet en veileder for lokale prosjekter i kommunene med en rekke nyttige lenker, prosedyrer og sjekklister (Grimsmo, 2012). Veilederen retter seg mot primærhelsetjenesten, og den omhandler i første rekke eldre med kronisk sykdom. Målet er god oppfølging av pasientene gjennom å bedre samhandlingen internt i kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner.

3. *Systematisk oppfølging av kvaliteten på pasientforløpene*

Det tredje virkemidlet er en systematisk oppfølging fra tjenesteyterne av kvaliteten på pasientforløpene. I dette arbeidet blir Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring brukt i veiledningen av kommunene og sykehusenes forbedringsteam (Folkehelseinstituttet, u.å.). Denne modellen består av fem faser: (1) forberede; (2) planlegge; (3) utføre; (4) evaluere; (5) følge opp, der hver av fasene inneholder trinn med anbefaling av hvilke aktiviteter som er viktig å gjennomføre for å lykkes med forbedringsarbeidet (de Vibe m.fl., 2016; Folkehelseinstituttet, u.å.).

Fastlegene har en sentral rolle i pasientforløpet, og det er blitt anbefalt å utarbeide en sjekklister som disse kan bruke (Grimsmo, 2012). Læringsnettverket i Agder skal også se på utvikling av modell for oppfølgingsteam (se Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 54-55, 132-133).

I et notat om kvalitetsutvikling, som skal utgjøre en del av grunnlaget for å evaluere effekten av læringsnettverkene, oppsummerer de Vibe m.fl. (2016) planleggingen og gjennomføringen av to læringsnettverk for eldre og kronisk syke. De fant at deltakernes erfaringer var gode og at det er indikasjoner på at læringsnettverket har bidratt til en retningsendring med økt oppmerksomhet på å gi tjenester ut ifra det som er viktig for pasienten.

IKT SOM VERKTØY FOR HELHETLIG PASIENTFORLØP

Bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et virkemiddel for å bedre helheten og sammenhengen i helse- og omsorgstjenestene. Dette har også konsekvenser for pasientforløpet.

Elin-k er et prosjekt for utvikling av løsninger for elektronisk informasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus. Prosjektet har ifølge Norsk sykepleierforbund og KS (2011) bidratt til utvikling av standardiserte løsninger for elektronisk informasjonsutveksling gjennom blant annet såkalte pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger).

Flere publikasjoner rapporterer at PLO-meldinger er godt innarbeidet i helsepersonellens arbeidspraksis i forbindelse med overflytting av pasienter mellom sykehus og kommune (Brattheim & Osmundsen, 2016; Melby, Brattheim & Hellesø, 2015). Meldingene oppleves som et nyttig verktøy for kommunikasjon og samarbeid. De bidrar til raskere avklaring og tilgang til pasientinformasjon, og de gir færre misforståelser ved utskrivning. Dette er tidsbesparende, og det gir sykepleierne mulighet til å forberede og planlegge en bedre overføring av pasienten mellom sykehus og kommunen

(Brattheim, Hellesø & Melby, 2016; Melby m.fl., 2015; Melby & Hellesø, 2010). I disse studiene kommer det også fram at bruken av PLO-meldinger har bidratt til økt oppmerksomhet om informasjonskvalitet og bedre pasientsikkerhet.

Lyngstad (2015) fant i sitt doktorgradsarbeid at IKT-systemene må være enkle i bruk for at de skal bli sett på som et nyttig kommunikasjonsverktøy mellom sykepleiere i hjemmetjenesten og fastlegen. Brukerne av verktøyet må også få skikkelig opplæring, de må ikke oppleve å bli hindret av dårlig funksjonalitet, og de bør være aktivt involvert i utviklingen og innføringen. Dette samsvarer med erfaringer fra Elin-K prosjektet, som viser at en forutsetning for å lykkes med prosjektet, er deltakelse, engasjement og egeninnsats fra alle parter som deltok – både fra pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og sykehus (Norsk sykepleierforbund & KS, 2011).

Oppsummert viser publikasjonene at bruk av IKT og PLO-meldinger kan bidra til bedre informativ kontinuitet (relevant informasjon er tilgjengelig til enhver tid) i pasientforløpet for eldre med kronisk sykdom. Verktøyet bidrar til bedre kommunikasjonslinjer mellom sykehus og kommune og gir rask tilgang på pasientinformasjon. Samtidig er det usikkert hvorvidt IKT-systemene og PLO-meldingene i seg selv sikrer kvaliteten på selve informasjonsinnholdet.

SAMARBEIDSMODELLER

Helse- og omsorgstjeneste-loven, som trådte i kraft 1. januar 2012, pålegger helseforetak og kommuner å inngå bindende samarbeidsavtaler. Flere publikasjoner omtaler ulike former for samarbeidsmodeller som tiltak for å bedre samhandlingen og kontinuiteten i pasientforløpet:

I en undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak fant Williksen, Bringedal, Snåre og Hall (2014) at samarbeidsavtalene ble opplevd som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling. De fant også at avtalene hadde bidratt til å tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling og på den måten bedret samarbeidet mellom partene. Hovedutfordringen er antallet avtaler og graden av detaljer. Avtaleverket beskrives av studiens informanter som omfattende, noe som igjen fører til høy ressursbruk hos kommuner og helseforetak. Forfatterne anbefaler at avtalene bør ha konkrete, tydelige og presise formuleringer, men uten å bli for omfattende og detaljerte. De anbefaler også bedre involvering av fastlegene og hjemmetjenesten, jevnlig fysiske møter mellom partene og velfungerende elektroniske løsninger som støtter opp under avtalene.

I en annen studie fant Gautun, Martens og Veenstra (2016) at samarbeidsavtalene kan være en god ramme for samhandling mellom sykehus og kommune, men at de ikke kan erstatte den daglige dialogen omkring utskrivning av pasienter til kommunale pleie- og omsorgstjenester. Disse funnene er basert på en gjennomgang av saker i den nasjonale tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren, en spørreundersøkelse blant nøkkelpersoner i samtlige norske helseforetak og intervjuer med ansatte i fire kommuner i opptaksområdene til to helseforetak.

Holte, Lidal og Gundersen (2013) har gjennomgått tilgjengelig forskning om effekten av ulike former for samhandling av pasienter med kronisk sykdom. Deres hovedfunn var at uavhengig av om samhandlingstiltaket ble studert sammen med andre tiltak eller alene, var det ikke forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppe for reinnleggelser og død.

Heskestad og Aase (2015) har undersøkt om en tverrfaglig læringsarena er hensiktsmessig for bedre overføringer av eldre pasienter. Denne læringsarenaen, som ble kalt for

«Møteplassen», besto av samlinger for helsepersonell fra sykehus og kommunehelsetjenesten. På disse samlingene fikk deltakerne undervisning om viktige sider ved overføringer i pasientforløpet. De fikk også anledning til å diskutere faglige problemstillinger knyttet til kvalitet i overføringene. Forfatterne fant at en slik møteplass på tvers av organisasjonene fremmet kunnskap og samhandling mellom helsepersonell.

Også i sluttrapporten fra prosjektet «Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem (PASSUS)» understrekes betydningen av tverrfaglig erfarings- og kunnskapsutveksling mellom helsepersonell (Jensen & Rekve, 2014). PASSUS-modellen var tverrfaglig og pasientsentret, og den inkluderte blant annet gjennomføring av et samhandlingsmøte omkring to uker etter utskrivning. Erfaringer og identifiserte forbedringsområder ble så snakket om i en nettverksgruppe med representanter fra de inkluderte sykehjemmene og alderspsykiatrisk avdeling og poliklinikk (Hoff, 2015; Jensen & Rekve, 2014). Ifølge Jensen og Rekve (2014) bidro dette samhandlingsmøtet til en styrket forståelse for pasientens situasjon og fortsatte behov for helsehjelp. Helsepersonellet erfarte også at møtene bidro til bedre informasjon og økt utvikling av kunnskap og nye personsentrerte tiltak (Hoff, 2015).

«Pasientsentrert helsetjenesteteam» er et felles, tverrfaglig helsetjenesteteam, som inkluderer helsepersonell både fra primær- og spesialisthelsetjenesten (Bergmo, Berntsen, Dalbakk & Rumpsfeld, 2015; Berntsen m.fl., 2014; Dalbakk, Olsen & Bergmo, 2016). Prosjektet er etablert av Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø kommune og Harstad kommune. Målet er å ta godt vare på eldre pasienter i overgangen mellom sykehus og kommune og å forebygge reinnleggelser. I en foreløpig oppsummering av resultater og erfaringer ble det påpekt at teamets arbeid hadde bidratt til reduksjon i reinnleggelser og forkortet opphold på sykehus og i kommunale korttidsplasser (Dalbakk m.fl., 2016).

«Virtuell avdeling» (VA) er inspirert av såkalte «Virtual Wards», som blant annet finnes i England, USA og Canada (Eidsberg kommune, KS, Utviklingssenter for hjemmetjenester Østfold & Universitetet i Oslo, 2015). I et pilotprosjekt i Eidsberg kommune ble 26 pasienter med behov for helsetjenester fra kommunen innskrevet i avdelingen. Dette ble gjort for å kvalitetssikre overgangsfasen for multisyke pasienter over 65 år fra sykehus/helsehus til eget hjem. VA var her ingen fysisk avdeling med inneliggende pasienter, men en måte å organisere ressursene på. Pasienten ble møtt i eget hjem, og ved hjelp av validerte kartleggingsverktøy og screeninger ble pasientens totale behov for kommunale helsetjenester avdekket (inkludert medisinsk oppfølging). I sluttrapporten fra prosjektet ble det identifisert manglende overensstemmelse mellom meldt behov for kommunale helsetjenester fra sykehus/helsehus og det behovet som ble definert i VA (Eidsberg kommune m.fl., 2015). Pasienter og pårørende fortalte samtidig at de følte seg ivaretatt og trygge og at de ble tilstrekkelig informert om egen helsetilstand.

Ambulante tjenester er tverrfaglig behandling på spesialisert nivå gitt av et team i eller nær hjemmet, uten at pasienten innlegges i sykehus. Tjenestene kan være gitt fra sykehuset, fra kommunen eller i samarbeid (Ranheim, Flottorp, Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2010). I en systematisk kunnskapsoversikt gjennomgikk Ranheim m.fl. (2010) effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer. De fant at godt planlagt og koordinert, tidlig utskrivning av slagpasienter fra sykehus, med oppfølging hjemme av et tverrfaglig ambulant team i en periode etter utskrivning, synes å redusere grad av avhengighet, liggetid og reinnleggelse i sykehus. Forfatterne konkluderer med at ambulante tverrfaglige tjenester trolig gir noe forbedret helse og livskvalitet og økt tilfredshet med behandlingen for pasienter med hjerneskade, hjertesvikt og KOLS.

Oppsummert viser publikasjonene at ulike samarbeidsmodeller mellom sykehus og kommune kan bidra til kunnskapsoverføring og økt forståelse for pasientens situasjon. Dette kan videre gi bedre overganger og kontinuitet i pasientforløpet for eldre med kronisk sykdom. De lovpålagte samarbeidsavtalene oppleves som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling, men det er utfordringer knyttet til omfang og ressurser. Fysiske møter og tverrfaglige team som også inkluderer fastlegene, synes å være viktige.

INTERMEDIÆRE ENHETER OG KOMMUNALE AKUTTE DØGNPLASSER (KAD)

Etableringen av intermediære enheter er ett av flere tiltak for å bedre overgangen mellom sykehus og kommune (Garåsen, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Dette er tjenester i grenselandet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, der målet er å bygge bro over gapet mellom tjenestenivåene og å få til bedre koordinering og integrering. Det er et stort mangfold av slike enheter, og det brukes også ulike betegnelser på dem (som halvannenlinjetjeneste, distriktmedisinske senter (DMS), sykestue eller forsterkede korttidsavdelinger). Enhetenes funksjon kan være både forebyggende virksomhet, forberedende behandling, behandling og etterbehandling (Møller & Flermoen, 2010).

Jeppesen, Brurberg, Lidal, Holte og Vist (2011) fant i en systematisk kunnskapsoversikt at behandling i intermediære enheter for pasienter med akutt forverring av sin KOLS, trolig fører til færre reinnleggelser og dødsfall sammenlignet med ordinær sykehusbehandling. Ifølge forfatterne er det imidlertid usikkert om behandlingen fører til endret tilfredshet hos pasienter og pårørende.

Garåsen (2008) og Garåsen, Windspoll og Johnsen (2008) har rettet blikket mot eldre pasienter med behov for etterbehandling. Forfatterne fant at et opphold i en intermediær avdeling på sykehjem etter utskrivning fra sykehus til eget hjem førte til at det ble færre reinnleggelser, flere pasienter som klarte seg selv uten kommunale omsorgstjenester og at dødeligheten ble lavere. De fant også større kostnadseffektivitet sammenlignet med tradisjonell behandling i sykehus. Intermediær avdeling var mest vellykket for eldre pasienter med mindre alvorlig funksjonsnedsettelse. På intermediæravdeling fikk de tett medisinsk oppfølging, de ble oppfordret til å trene på daglige egenomsorgsaktiviteter, og det ble gjort en grundig planlegging av overflytting til eget hjem.

Dahl, Johnsen, Sætre og Steinsbekk (2015) og Dahl, Steinsbekk og Johnsen (2015) fant imidlertid at opphold på intermediære enheter for eldre som hadde vært innlagt på sykehus, ikke hadde innvirkning på forbruk av tjenester i primærhelsetjenesten, innleggelser, reinnleggelser, dødelighet eller dagliglivets funksjon. Ifølge forfatterne kan én mulig forklaring være at pasientene som ble utskrevet til en kommune med intermediær enhet, var eldre og mer skrøpelige sammenlignet med pasienter i kommuner uten slike enheter.

Johannessen, Lurås og Steihaug (2013) har undersøkt hvilken betydning intermediær enhet har i et pasientforløp fra sykehus til hjem for eldre pasienter med somatisk sykdom. De fant flere utfordringer forbundet med å etablere og iverksette en ny enhet i en etablert helsetjeneste. Helsepersonell som arbeidet henholdsvis på sykehus, den intermediære enheten eller i kommunene hadde ulike meninger om hva som var den riktige målgruppen for enheten og hva som var riktig tidspunkt for overføring til enheten fra sykehus. Forfatterne fant også at helsepersonellet hadde ulike oppfatninger om enheten og hvilken funksjon den skulle ha. Pasientene var imidlertid fornøyd

med oppholdet i enheten, men de etterlyste mer individuelt tilpasset opptrening. De opplevde det også som utrygt ikke å ha en lege til stede hele døgnet, og de erfarte overgangen til eget hjem som vanskelig.

For somatiske pasienter ble *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)* et lovpålagt tilbud i 2016. Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut ifra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering (Helsedirektoratet, 2016; Skinner, 2015a, 2015b). Betegnelsen *ØHD* er etter hvert blitt erstattet med betegnelsen *KAD* («Kommunale akutte døgnplasser») (Forskningsrådet, 2016).

Publikasjoner peker på store variasjoner i kommunenes organisering av *KAD*-tilbudet og ulike grader av samarbeid innad i kommunen (Deloitte & Helsedirektoratet, 2015; Forskningsrådet, 2016; Hagen, 2016; Skinner, 2015a). Helsepersonell i helseforetakene rapporterer om utfordringer med samhandlingen, mens andre erfarer tilbudet som en arena som bidrar til å gi et løft til samarbeidet mellom helseforetak og kommune. I noen publikasjoner ble det påpekt at helseforetakenes forventninger til nedgang i sykehusinnleggelser etter opprettelsen av *KAD*, ikke har blitt innfridd (Deloitte & Helsedirektoratet, 2014, 2015). Andre studier fant at *KAD*-ene som er samlokalisert med legevakt og som har god legeberedskap (vaktberedskap av lege 24 timer/7 dager i uka), har innvirkning på antall akutte innleggelser i aldersgruppa 80 år og eldre (Hagen, 2016; Swanson, Alexandersen & Hagen, 2016). Erfaringer fra seks mellomstore kommuner som har organisert *KAD*-tilbudet i sykehjem i egen kommune, viste at et tilbud nær pasientens hjem hadde bidratt til økt pasientmedvirkning og samarbeid med pårørende (Hole, Barstad, Teigen & Kvangarsnes, 2015).

Oppsummert viser publikasjonene at opprettelse av intermediære enheter og *KAD* på flere måter er sentrale og vellykkede tiltak for å bedre overgangen mellom sykehus og kommune for eldre med kronisk sykdom. Det vises derimot til utfordringer i organiseringen av tilbudene.

TILTAK FOR Å BEDRE OVERFØRINGER OG REDUSERE REINNLEGGELSER

«Comprehensive Geriatric Assessment» (*CGA*) – eller «Omfattende geriatrisk vurdering» som det kan oversettes til norsk – er en tverrfaglig diagnostisk prosess der den medisinske tilstanden, psykososiale forhold og funksjonsnivået til skrøpelige eldre blir undersøkt for å utvikle en koordinert og helhetlig plan for behandling og langsiktig oppfølging (Ward & Reuben, 2016). Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill og Langhorne (2011) fant i en metaanalyse at innføring og iverksettelse av *CGA* øker sannsynligheten for å overleve og for at pasientene utskrives til eget hjem etter innleggelse på sykehus. I en norsk studie fant Prestmo m.fl. (2015) at innleggelse av eldre pasienter med hoftebrudd til *CGA* i en geriatrisk avdeling førte til bedret mobilitet sammenlignet med vanlig ortopedisk behandling. Dette funnet er basert på en undersøkelse der 400 pasienter som var minst 70 år og hadde lårhalsbrudd enten fikk standardbehandling i vanlig ortopedisk avdeling eller tilpasset forløp i en geriatrisk avdeling.

Funn fra flere internasjonale, systematiske oversikter viser at sammensatte og målrettede tiltak, både i sykehus og primærhelsetjenesten, kan bidra til bedre overføringer, økt sikkerhet og reduksjon i reinnleggelser av eldre med kronisk sykdom (Burke, Guo, Prochazka & Misky, 2014; Feltner m.fl., 2014; Hammer, 2014; Hesselink m.fl., 2012; Kotb, Hsieh & Wells, 2014; LaMantia, Scheunemann, Viera, Busby-Whitehead &

Hanson, 2010; Laugaland, Aase & Barach, 2012; Linertová, García-Pérez, Vázquez-Díaz, Lorenzo-Riera & Sarría-Santamera, 2011; Rennke m.fl., 2013). Det vises her til tiltak som opplæring av personalet, utskrivningsplanlegging, standardiserte utskrivningsdokument, elektronisk verktøy, hjemmebesøk eller telefonoppfølging etter utskrivning, samarbeid med fastlege, trening i hjemmet, pasientopplæring, mestringsstrategier og CGA med vekt på ernæring, depresjon og legemiddelbruk. Med grunnlag i funn fra en systematisk kunnskapsoversikt, anbefaler Laugaland, Aase og Barach (2012) at framtidige tiltak ved overføringer av eldre bør inkludere tverrfaglige kombinasjoner av flere enkelttiltak.

Dyrstad, Testad, m.fl. (2015) har i en kunnskapsoppsummering identifisert flere verktøy for å bedre pasientinvolvering ved overføringer av eldre: oppfølging etter utskrivning, behandlingsplaner, informasjon til og opplæring av pasienter om selvhjelpsstrategier, og involvering av pårørende og omsorgspersoner. Ifølge forfatterne bør helsepersonell få opplæring i gjennomføringen av brukermedvirkning, og det bør legges til rette for at pasienten blir lyttet til og støttet ved overføringer. De argumenterer også for at pasienter og familien må bli gjort oppmerksom på og få opplæring i å bruke sine rettigheter til å delta i beslutninger som berører deres omsorgsbehov.

Oppsummert viser publikasjonene at eldre utskrevet fra sykehus til kommunen vil ha nytte av sammensatte og målrettede tiltak for å kunne forbedre overføringer på tvers av nivåer i helsevesenet. Disse tiltakene innebærer en oppfølging fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og inkluderer opplæring, utskrivningsplanlegging, elektroniske verktøy, pasienttiltak og pårørendetiltak.

VERKTØY OG RES- SURSER

På nettsidene til Omsorgsbiblioteket, under emnet «Pasientforløp», gir vi en oversikt over relevante ressurser og verktøy. Disse ressursene og verktøyene er:

- sjekklister, screenings- og kartleggingsverktøy
- nettsider
- filmer
- e-læringskurs, undervisningsopplegg og videreutdanninger
- veiledere og retningslinjer

KONKLUSJONER

Hensikten med oppsummeringen har vært å identifisere og oppsummere forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientforløp for eldre med kronisk sykdom i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten. Oppsummeringen inkluderer 121 forsknings- og utviklingspublikasjoner. Siden presentasjonen er strukturert rundt tema, har vi valgt ikke å skille mellom forsknings- og utviklingsarbeid i presentasjonen av materialet. Dette skillet er imidlertid gjort i referanselisten, der forskningsarbeid er merket med (F), utviklingsarbeid med (U) og andre publikasjoner med (A).

UTFORDRINGER, TILTAK OG ERFARINGER

Publikasjonene i oppsummeringen viser at det er utfordringer knyttet til helhetlig pasientforløp for eldre som har kronisk sykdom.

Litteraturen beskriver det norske helsevesenet som komplekst og fragmentert, med mange enheter, tjenester og overganger i et pasientforløp. Dette fører til et samhandlingsbehov i tjenestene. Helsevesenet beskrives også å være under press, der nye enheter blir opprettet og det må tas hensyn til et ekspansjons- og reformtrykk. Helsevesenets organisering kan på den måten utgjøre en utfordring for helhetlig pasientforløp for eldre med kronisk sykdom, siden slike pasientforløp ofte har flere kritiske overganger. Den gjennomgåtte litteraturen løfter også fram flere utfordringer for pasientforløpet for pasienter med multisykdom, slik som fragmenterte og dårlig koordinerte tjenester, og at kliniske retningslinjer for enkeltsykdommer kan føre til uhensiktsmessig og feil behandling.

Det pekes videre på svikt i informasjonsflyten ved overføringer mellom sykehus og kommune. Dette skyldes blant annet ulike journalsystem, mangelfull informasjon og svikt i tidsplanleggingen.

Det beskrives tydelige forskjeller i tilnærming og perspektiv mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten blir pasientens behov i hovedsak vurdert i et korttidsperspektiv og ut ifra en medisinsk, diagnoseorientert tilnærming. I primærhelsetjenesten blir pasientens behov i det vesentlige vurdert i et langsiktig perspektiv, med vekt på funksjonsnivå, mestring, livskvalitet og hjemmesituasjon. Ulike perspektiver med hensyn til pasientenes omsorgsbehov gjenspeiles videre i sykepleiernes forståelse av begrepet utskrivningsklar. Flere publikasjoner finner at samhandlingsreformen har ført til flere pasienter med økt behov for medisinsk behandling i kommunen og til flere reinnleggelse i sykehus. Det rapporteres om at sykehuset er for raske i utskrivningen og at mange pasienter ikke er ferdigbehandlet. Flere publikasjoner finner at det er for liten kompetanse i kommunen til å ta imot pasientene. Det pekes også på utfordringer relatert til knappe økonomiske ressurser i kommunene.

Standardiserte pasientforløp og bruk av sjekklister beskrives som gode tiltak for å bedre overføringen fra sykehus og styrke oppfølgingen av eldre med kronisk sykdom. Diagnoseuavhengige forløp synes mest hensiktsmessig i kommunen, mens forankring i ledelse og en utviklingsprosess med involvering og engasjement blant alle faggrupper, synes å være avgjørende for innføringen. Selv om sjekklister anses som nyttige, erfares de som tidkrevende ekstraarbeid og bruken er varierende. Integrering i gjeldende

elektroniske pasientjournal synes viktig.

Bruk av IKT og pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) er tiltak som kan bidra til bedre informativ kontinuitet (relevant informasjon er tilgjengelig til enhver tid) i pasientforløpet. Det pekes på at verktøyet bidrar til bedre kommunikasjonslinjer mellom sykehus og kommune og gir rask tilgang på pasientinformasjon. Samtidig er det usikkert hvorvidt IKT-systemene og PLO-meldingene i seg selv sikrer kvaliteten på selve informasjonsinnholdet.

Ulike samarbeidsmodeller mellom sykehus og kommune kan bidra til kunnskapsoverføring og økt forståelse for pasientens situasjon. Dette kan videre gi bedre overganger og kontinuitet i pasientforløpet. De lovpålagte samarbeidsavtalene oppleves som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling, men det er utfordringer knyttet til omfang og ressurser. Fysiske møter og tverrfaglige team som også inkluderer fastlegene, synes å være viktige.

Opprettelse av intermediære enheter og kommunale akutte døgnplasser (KAD) beskrives som sentrale og vellykkede tiltak for å bedre overgangen mellom sykehus og kommune. Det vises derimot til utfordringer i organiseringen av tilbudene. I tillegg påpekes det at korte mellomopphold i institusjon før eller etter sykehusinnleggelse kan gi pasientene et mer oppstykket forløp. Dette er særlig uheldig for eldre og skrøpelige pasienter som tåler transport og skifte av miljø dårligst.

Eldre som er utskrevet fra sykehus til kommunen, vil ifølge litteraturen ha nytte av sammensatte og målrettede tiltak for å kunne forbedre overføringer på tvers av nivåer i helsevesenet. Disse tiltakene innebærer en oppfølging fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og inkluderer opplæring, utskrivningsplanlegging, elektroniske verktøy, pasienttiltak og pårørendetiltak.

HVA KJENNETEGNER OG LEGGER TIL RETTE FOR HELHETLIGE PASIENTFORLØP?

Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom organiseres og gjennomføres noe forskjellig i norske kommuner. Følgende kjernepunkter og faktorer ser ifølge litteraturen ut til å være viktige når pasientforløpene skal utvikles, iverksettes og driftes:

- pasientsentrering (tar utgangspunkt i pasientens ressurser, behov og ønsker)
- diagnoseuavhengighet
- deltakelse, engasjement og egeninnsats fra alle parter
- forankring i ledelse og organisasjon
- tid og ressurser
- tverrfaglige team med fysiske møter
- bruk av IKT og arbeid med informasjonsinnhold
- inkludering av fastlege

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Det finnes så langt forholdsvis lite forskning som kan dokumentere effekten av og pasienters erfaringer med standardiserte helhetlige pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. Helsepersonellens erfaringer er foreløpig primært knyttet til utvikling og implementering av modellene. Det trengs dermed mer forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om effekter og hvilke modeller og organiseringer som er mest hensiktsmessige i ulike kommuner, samt hvilke tiltak innenfor modellene som er mest virkningsfulle for de ulike brukergruppene. Det er også behov for studier av pasienters erfaringer med standardiserte pasientsentrerte forløp. Det finnes ellers lite kunnskap om erfaringer med gjennomføring av læringsnettverk, slik som tiltak for å forbedre pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. Det finnes også få rapporter fra utviklingsprosjekt knyttet til pasientforløp i kommunene. Det trengs derfor studier om hvorvidt læringsnettverk for gode pasientforløp gir reelle og varige praksisforbedringer. Det er også behov for studier som undersøker effektene av ulike samarbeidsmodeller mellom sykehus og kommune.

REFERANSER

- Aalbu, S., Carlsen, E. H. & Knutsen, J. (2013). IKT støtte for samhandlende helse-tjenesteytere. (Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap). Hentet fra <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:704305/FULLTEXT01.pdf> (U)
- Aase, K., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N. & Storm, M. (2013). Quality and safety in transitional care of the elderly: The study protocol of a case study research design (phase 1). *BMJ Open*, 3(8). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003506 (F)
- Askim, J., Flølo, J., Ramsli, H. & Sivertsen, T. (2010). I gode og onde dager: Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten (KS FoU-prosjekt nr 094020). Hentet fra <https://www.pwc.no/no/offentlig-sektor/publikasjoner/samhandling-ny.pdf> (U)
- Bergmo, T. S., Berntsen, G. K., Dalbakk, M. & Rumpsfeld, M. (2015). The effectiveness and cost effectiveness of the PATient-Centred Team (PACT) model: Study protocol of a prospective matched control before-and-after study. *BMC Geriatrics*, 15(133). doi: 10.1186/s12877-015-0133-x (F)
- Berntsen, G. K., Gammon, B. D., Steinsbekk, A., Salamonsen, A., Foss, N., Ruland, C. & Fønnebo, V. (2015). How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory?: A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open*, 5(12). doi: 10.1136/bmjopen-2015-009403 (F)
- Berntsen, G. K., Høyem, A. & Gammon, D. (2014). Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted: Pasientforløp ved langvarige og komplekse behov i Troms- og Ofoten (NST-rapport 7/2014). Hentet fra http://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NST-rapport_2014-07_Helsetjenesten_sett_fra_pasientens_staasted.pdf (U)
- Bjørnsen, S. H. (2015). Samhandlingsreformens påvirkning på reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter, via reduksjon i liggedager, i sammenheng med kommunale faktorer. (Masteroppgave, Universitetet i Bergen, Institutt for økonomi). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/10470> (U)
- Bollig, G., Ester, A. & Landro, I. S. (2010). Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 304-311. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0017 (F)
- Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D. & Foss, C. (2014). Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital. *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 155-168. doi: 10.1111/hsc.12071 (F)
- Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 26-33. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56830 (F)

- Brattheim, B. J. & Osmundsen, T. (2016). Samhandling med IKT (SIKT) 229623: Sluttrapport til Forskningsrådet. Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheaderna me1=Content-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportprosjekt229623.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508156485&cssbinary=true> (U)
- Brovold, I. L. (2013). "Helhetlig pasientforløp i eget hjem": En modell for framtiden? (Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for samfunnsmedisin). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/281608/Masteroppgave_Inger%20Lene%20Brovold.pdf?sequence=1 (U)
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. I O. Bukve & G. Kvåle (Red.), Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar (s. 11-26). Oslo: Universitetsforlaget. (F)
- Burke, R. E., Guo, R., Prochazka, A. V. & Misky, G. J. (2014). Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. *BMC Health Services Research*, 14(423). doi: 10.1186/1472-6963-14-423 (F)
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. (2009). Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*, 28(1), 75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75 (F)
- Dahl, U., Johnsen, R., Sætre, R. & Steinsbekk, A. (2015). The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients - a retrospective comparative cohort study. *BMC Health Services Research*, 15(48). doi: 10.1186/s12913-015-0708-4 (F)
- Dahl, U., Steinsbekk, A. & Johnsen, R. (2015). Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older - a controlled observational study. *BMC Health Services Research*, 15(351). doi: 10.1186/s12913-015-1022-x (F)
- Dalbak, M. M., Olsen, A. G. & Bergmo, T. S. (2016). Pasientsentrert helsetjenesteteam - en samarbeidsmodell mellom kommune og helseforetak. *Utposten*, 45(1), 44-48. Hentet fra http://www.utposten.no/Portals/14/2016Utposten/UP1_16/44_48_Pasientsentrert%20helsetjenesteteam_Utposten_1_2016_oppslag.pdf (U)
- Dale, B. & Hvalvik, S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: Home nursing leaders' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 379-389. doi: 10.2147/JMDH.S51947 (F)
- Danielsen, B. V. & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 5(1), 28-34. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0021 (F)
- de Vibe, M., Udness, E. & Vege, A. (2016). Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011-2015 (Notat om kvalitetsutvikling nr. 4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2016/gode-pasientforlop-eldre-og-kroniske-syke.pdf> (U)

- Deloitte & Helsedirektoratet. (2014). Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Samhandlingsreformen/Unders%C3%B8kelse%20om%20bruken%20av%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gnopphold%20i%20kommunene%202014.pdf> (U)
- Deloitte & Helsedirektoratet. (2015). Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Helseforetakenes erfaringer. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Samhandlingsreformen/Unders%C3%B8kelse%20om%20bruken%20av%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gnopphold%20i%20kommunene.%20Helseforetakenes%20erfaringer.%20Deloitte,-%20september%202015.pdf> (U)
- Den norske legeforening. (2015). Sammen for en bedre primærhelsetjeneste: Legeforeningens oppfølging av Stortingsmelding 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/226247/Sammen%20for%20en%20bedre%20prim%C3%A6rhelsetjeneste.pdf> (U)
- Dyrstad, D. N., Laugaland, K. A. & Storm, M. (2015). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge - exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1693-1706. doi: 10.1111/jocn.12773 (F)
- Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K. & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*, 17(15), 15-34. doi: 10.1007/s10111-014-0300-4 (F)
- Eidsberg kommune, KS, Utviklingssenter for hjemmetjenester Østfold & Universitetet i Oslo. (2015). «Virtuell avdeling»: Sluttrapport for pilotprosjektet «Virtuell avdeling» - flere gode år i eget hjem med høy kvalitet på kommunale hjemmetjenester. Hentet fra <http://ush.custompublish.com/getfile.php/3051715.1875.qqsbweqevt/Rapport+pilot+VA+i+Eidsberg.pdf> (U)
- Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D. & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 343. doi: 10.1136/bmj.d6553 (F)
- Feltner, C., Jones, C. D., Cené, C. W., Zheng, Z.-J., Sueta, C. A., Coker-Schwimmer, E. J. L., . . . Jonas, D. E. (2014). Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals Of Internal Medicine*, 160(11), 774-784. doi: 10.7326/M14-0083 (F)
- Folkehelseinstituttet. (2014). Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge (Rapport 2014:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf> (A)
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). Kvalitetsforbedring. Hentet 27. desember 2016 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring> (A)

- Forskningsrådet. (2016). Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername=Content-Disposition&blobheadervalue=+attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportmedomslag.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508155692&cssbinary=true> (U)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> (A)
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115> (A)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (2003). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (A)
- Forskrift om pasientjournal. (2000). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (A)
- Foss, C. & Hofoss, D. (2011). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 68-73. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.025 (F)
- Foss, C., Hofoss, D., Romøren, T. I., Bragstad, L. K. & Kirkevold, M. (2012). Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 324-333. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0154 (F)
- Førland, O. (2011). Evaluering av prosjektet «Trygg overføring»: Et samhandlingsprosjekt om inn- og utskrivning av eldre pasienter mellom sykehus og kommunale hjemmetjenester (Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 2). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144336/forland.pdf?sequence=1> (U)
- Garåsen, H. (2008). The Trondheim Model: Improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients: Short and long term effects. (Doktoravhandling, Norwegian University of Science and Technology, Department of Public Health and General Practice). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/264374> (F)
- Garåsen, H., Windspoll, R. & Johnsen, R. (2008). Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 197-204. doi: 10.1177/1403494808089685 (F)
- Gautun, H., Martens, C. T. & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88-94. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03 (F)

- Gautun, H. & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? (NOVA Rapport 8/13). Hentet fra http://www.hioa.no/content/download/45485/674778/file/6986_1.pdf (U)
- Gjerde, I., Meese, J., Rønhovde, L. & Aarseth, T. (2014). Helhetlige pasientforløp i utvikling: Del 2 (Arbeidsnotat 2014:3). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/209540/WP_2014_03.pdf (U)
- Gjerde, I., Meese, J., Rønhovde, L., Stokke, I. & Aarseth, T. (2012). Helhetlig pasientforløp i utvikling: Del 1 (Arbeidsnotat 2012:7). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/153715/WP_2012_07.pdf?sequence=1 (U)
- Greenhalgh, T., Howick, J. & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348. doi: 10.1136/bmj.g3725 (U)
- Grimsmo, A. (2012). Veien frem til helhetlig pasientforløp. Hentet fra <https://www.nhn.no/tema/helhetlig-pasientforlop/documents/utvikling-av-pasientforlop-stottet-av-elektronisk-samhandling.pdf> (U)
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 148-155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053 (F)
- Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(17), 1528. doi: 10.4045/tidsskr.15.0810 (U)
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 3-12. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2433316> (F)
- Grimsmo, A. & Løhre, A. (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*, 43(4), 14-17. Hentet fra http://www.utposten.no/portals/14/2014utposten/up4_14/14_17_komm%20ohj%20doegntilbud_utp_4_2014_oppslag.pdf (U)
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 78-87. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02 (F)
- Hagen, T. P. (2016). Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner: Sluttrapport (31. januar 2016). Hentet fra <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/prosessevaluering-samhandlingsreformen/prosessevaluering-av-samhandlingsreformen-sluttrapport-31jan2016.pdf> (U)
- Hald, H. & Dale, B. (2016). Balansen mellom pasientens behov og organisatoriske hensyn: Ergoterapeuters erfaringer knyttet til eldre pasienters overgangsfase fra sykehus til eget hjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 37-46. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/66867503/balansen_mellom_pasientens_behov_og_organisatoriske_hensyn_.pdf (F)
- Hammer, W. E. (2014). Tiltak for å hindre uønskede reinnleggelsler i sykehus av multisyke skrøpelige eldre. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn). Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-45396> (U)

- Handeland, J. A. & Tveit, B. (2015). «Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!»: En kvalitativ undersøkelse av sykepleieres muligheter og begrensninger for skjønnsutøvelse når pasienter skal utskrives fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 35-48. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3478> (F)
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer (TF-rapport nr. 362). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf> (U)
- Heimly, V. & Hygen, J. H. (2011). The Norwegian Coordination Reform and the Role of Electronic Collaboration. *Electronic Journal of Health Informatics*, 6(4). Hentet fra <http://www.ejhi.net/ojs/index.php/ejhi/article/view/176> (F)
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity of care. *International Journal Of Integrated Care*, 10. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20422021> (F)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). St.meld. nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer: Omsorgsplan 2015. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e3982ode5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm20052006002500odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013. Hentet fra <https://www.stfk.no/upload/eTr%C3%B8ndelag/eForum%2023.03.2011/Samspill%202.0%20strategiplan.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). Meld. St. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17bfeocb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm20102011001600odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). Samhandlingsreformen: Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak: Nasjonal veileder. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). Meld. St. 9 (2012-2013): Én innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ado4cc/no/pdfs/stm20122013000900odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). Meld. St. 10 (2012-2013): God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a-1c48a07c103/no/pdfs/stm20122013001000odddpdfs.pdf> (A)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Hentet 25. november 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffbo2a203da/demensplan_2020.pdf (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm20142015002600oddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (A)
- Helsedirektoratet. (2013). Fagrapport: Status, utviklingstrekk og utfordringer på kreftområdet: Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/200/Helsedirektoratets-innspill-til-nasjonal-strategi-pa-kreftområdet-2013-2017.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2014a). Samdata: Spesialisthelsetjenesten 2013 (Rapport IS-2194). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/615/Samdata-spesialisthelsetjenesten-2013-IS-2194.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2014b). Utredning av ”en innbygger – én journal”: IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/35589odd2872413b838066702dcdad88/ikt_utfordringsbilde_helse_omsorgssektoren.pdf (U)
- Helsedirektoratet. (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunen-es-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf> (A)
- Helsetilsynet. (2016). Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Rapport fra Helsetilsynet 1/2016). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrappori_2016.pdf (U)
- Heskestad, R. N. & Aase, K. (2015). En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 380-390. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55993 (F)
- Hesslink, G., Schoonhoven, L., Barach, P., Spijker, A., Gademan, P., Kalkman, C., . . . Wollersheim, H. (2012). Improving Patient Handovers From Hospital to Primary Care: A Systematic Review. *Annals Of Internal Medicine*, 157(6), 417-428. doi: 10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00006 (F)

- Hoff, A. (2015). Samhandlingsmøte: Tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøter to uker etter utskrivning av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem: En kvalitativ studie. (Masteroppgave, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2382109> (U)
- Hole, T., Barstad, J., Teigen, S. & Kvangarsnes, M. (2015). Øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(17), 1553-1557. doi: 10.4045/tidsskr.14.1619 (F)
- Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. & Slettebø, Å. (2013). Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: A Delphi study. *BMC Health Services Research*, 13(451). doi: 10.1186/1472-6963-13-451 (F)
- Holte, H. H., Lidal, I. B. & Gundersen, M. W. (2013). Utskrivning av pasienter med kronisk sykdom: Effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 09 – 2013). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utskrivning-av-pasienter-med-kronisk-sykdom-effekt-av-ulike-former-for-samhandling-mellom-sykehus-og-kommunehelsetjeneste> (U)
- Huntley, A. L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J. M. & Salisbury, C. (2012). Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. *Annals Of Family Medicine*, 10(2), 134-141. doi: 10.1370/afm.1363 (F)
- Hvalvik, S. & Dale, B. (2013). Nurses' Experiences of Caring for Older Persons in Transition to Receive Homecare: Being Somewhere in between Competing Values. *Nursing Research and Practice*, 4. doi: 10.1155/2013/181670 (F)
- Hvalvik, S. & Dale, B. (2015). The Transition from Hospital to Home: Older People's Experiences. *Open Journal of Nursing*, 5(7), 622-631. doi: 10.4236/ojn.2015.57066 (F)
- Håland, E., Røsstad, T. & Osmundsen, T. C. (2015). Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services. *Health*, 19(6), 635-651 doi: 10.1177/1363459314567789 (F)
- Jensen, L. H. & Rekve, K. H. (Red.). (2014). PASSUS: Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem. Kongsberg: Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/226825/Jensen_2014_Skriftserien_5.pdf?sequence=1 (U)
- Jeppesen, E., Brurberg, K. G., Lidal, I. B., Holte, H. H. & Vist, G. E. (2011). Intermediære enheter og "hjemmesykehus" ved behandling av pasienter med akutt KOLS-forverring (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 08-2011). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/intermediaere-enheter-og-hjemmesykehus-ved-behandling-av-pasienter-med-akutt-kols-forverring> (U)
- Johannessen, A.-K., Lurås, H. & Steihaug, S. (2013). The role of an intermediate unit in a clinical pathway. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653277> (F)

- Kirchhoff, R., Bøyum-Folkeseth, L., Gjerde, I. & Aarseth, T. (2016). Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 95-106. doi: 10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-04 (F)
- Kirsebom, M., Wadensten, B. & Hedström, M. (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886-895. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06077.x (F)
- Kolstrup, N. (2014). Sluttrapport fra Troms-Ofoten-prosjektet (NST-rapport: 04-2014). Hentet fra http://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NST-rapport_2014-04_Troms_Ofoten-prosjektet.pdf (U)
- Kotb, A., Hsieh, S. & Wells, G. A. (2014). The Effect of Telephone Support Interventions on Coronary Artery Disease (CAD) Patient Outcomes during Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(5). doi: 10.1371/journal.pone.0096581 (F)
- Kristiansen, I. (2015). Rød tråd fra prosedyre til utført tjeneste: Rapport for første del av prosjektet – utvikling av pasientflytkart og sjekklister. Hentet fra <http://www.utviklingssenter.no/roed-traad-fra-prosedyre-til-utført-tjeneste.5735545-179691.html> (U)
- Kristoffersen, D. T., Hansen, T. M., Lindman, A. S., Tomic, O. & Helgeland, J. (2016). Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014: Kvalitetsmåling. Hentet fra <http://www.kunnskaps-senteret.no/publikasjoner/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.resultater-for-sykehus-og-kommuner-2014> (U)
- Kvalheim, A., Bjørnethun, Å., Bergflødt, T. E., Mekki, T. E. & Førland, O. (2015). Trygger eldre som skrives ut fra sykehus. *Sykepleien*, 103(8), 54-57. doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.54980 (U)
- LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J. & Hanson, L. C. (2010). Interventions to Improve Transitional Care Between Nursing Homes and Hospitals: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 777-782. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02776.x (F)
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2011). Addressing Risk Factors for Transitional Care of the Elderly - Literature review. I S. Albolino, S. Bagnara, T. Bellandi, J. Llaneza, G. Rosal-Lopez & R. Tartaglia (Red.), *Healthcare systems ergonomics and patient safety* (s. 161-162). London: Taylor & Francis Group. (F)
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. *Work*, 41, 2915-2924. doi: 10.3233/WOR-2012-0544-2915 (F)
- Linertová, R., García-Pérez, L., Vázquez-Díaz, J. R., Lorenzo-Riera, A. & Sarría-Santamera, A. (2011). Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: In-hospital or home care: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(6), 1167-1175. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01493.x (F)

- Lotterud, T. (2014). Samhandlingsreformens effekt på samhandling og pasienter: En studie av en kommune i Akershus. (Masteroppgave, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Handelshøyskolen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/217357> (U)
- Lyngstad, M. (2015). Bridging the Gap – Electronic Messaging between Home Health Care and General Practitioners. (Doktoravhandling, University of Oslo, Institute of Health and Society). Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-52175> (F)
- Meese, J. & Rønhovde, L. (2015). Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og læring i forbindelse med samhandlingsreformen. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 86-108. (F)
- Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition - improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: Providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3389-3399. doi: 10.1111/jocn.12991 (F)
- Melby, L. & Hellesø, R. (2010). Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal Of Integrated Care*, 10. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=76973664&site=ehost-live> (F)
- Mesteig, M., Helbostad, J. L., Sletvold, O., Røsstad, T. & Saltvedt, I. (2010). Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: A prospective observational study. *BMC Health Services Research*, 10(1). doi: 10.1186/1472-6963-10-1 (F)
- Møller, G. & Flermoen, S. (2010). Samhandling mellom kommuner og helseforetak: Erfaringer fra Midt-Telemark (TF-rapport nr. 266). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/1809.pdf> (U)
- National Library of Medicine. (2016a). Aged. Hentet 8. desember 2016 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000368> (A)
- National Library of Medicine. (2016b). Chronic Disease. Hentet 7. desember 2016 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002908> (A)
- Nordberg, M. (2015). Innleggelsesrapport utfordrer sykepleiekontinuiteten. *Sykepleien*, 103(2), 50-53. doi: 10.4220/sykepleiens.2015.0003 (U)
- Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning. (2015). FoU-statistikk 2015: Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus. Hentet fra http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF_VI.pdf (A)
- Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343 (F)
- Norsk sykepleierforbund & KS. (2011). ELIN-k prosjektet: Sluttrapport: Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Hentet fra http://www.kith.no/upload/6313/elin-k_sluttrapport_vi.o.pdf (U)

- Olsen, R. M. (2013). Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter (Doktoravhandling, Mittuniversitetet, Institutionen för Hälsovetenskap). Hentet fra <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:628706/FULLTEXT01.pdf> (F)
- Olsen, R. M., Hellzén, O. & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: Prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.879> (F)
- Pasient- og brukerrektighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrektigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (A)
- Paulsen, B. & Grimsmo, A. (2008). God vilje - dårlig verktøy: Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre (SINTEF A7877). Hentet fra <http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A7877> (U)
- Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.858> (F)
- Pedersen, K. R. (2012). Hvilke kunnskapsmessige utfordringer ligger i sykepleiernes arbeid på en korttidsavdeling i sykehjem. (Masteroppgave, Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag). (U)
- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., . . . Saltvedt, I. (2015). Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9978), 1623-1633. doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0) (F)
- Preyde, M. & Brassard, K. (2011). Evidence-based Risk Factors for Adverse Health Outcomes in Older Patients after Discharge Home and Assessment Tools: A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 8(5), 445-468. doi: [10.1080/15433714.2011.542330](https://doi.org/10.1080/15433714.2011.542330) (F)
- Quintana, D. O. (2014). Samhandlingsreformen og de utskrivningsklare pasientene: Konsekvenser for pasienter og helsepersonell: En kvalitativ studie om hvordan enhetsledere opplever kommunehelsetjenesten. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn). Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-46861> (U)
- Ranheim, T., Flottorp, S., Austvoll-Dahlgren, A. & Johansen, M. (2010). Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer (Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 07 - 2010). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-tverrfaglige-ambulante-tjenester-for-pasienter-med-kroniske-sykdommer> (U)
- Rennke, S., Nguyen, O. K., Shoeb, M. H., Magan, Y., Wachter, R. M. & Ranji, S. R. (2013). Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Annals Of Internal Medicine*, 158(5 Part 2), 433-440. doi: [10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011](https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011) (F)

- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk. (U)
- Rønhoivde, L. (2012). Innovasjon i offentlig sektor: En studie av prosessene knyttet til initiering av og iverksetting av samhandlingsreformen i fem kommuner på Nordmøre (Arbeidsnotat 2012:1). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/197200> (U)
- Røsstad, T. (2016). Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after hospital discharge: A cluster RCT with nested qualitative studies of development and implementation. (Doktoravhandling, Norwegian University of Science and Technology, Department of Public Health and General Practice). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology. (F)
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15(86). doi: 10.1186/s12913-015-0751-1 (F)
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(121). doi: 10.1186/1472-6963-13-121 (F)
- Røsstad, T., Salvesen, Ø., Steinsbekk, A., Grimsmo, A., Sletvold, O. & Garåsen, H. (2016). Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after discharge from hospitals: A cluster randomised trial. I T. Røsstad (Red.), *Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after hospital discharge: A cluster RCT with nested qualitative studies of development and implementation* (s. [147-167]). (Doktoravhandling, Norwegian University of Science and Technology, Department of Public Health and General Practice). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology. (F)
- Schibevaag, L. (2014). Tverrfaglig samhandling: En studie av fysioterapeutens rolle i overføringer av eldre pasienter mellom spesialist og primærhelsetjenesten. (Masteroppgave, Universitetet i Stavanger). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/184945> (U)
- Sinnott, C., McHugh, S., Browne, J. & Bradley, C. (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: Systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 3(9). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003610 (F)
- Skinner, M. S. (2015a). Døgnåpne kommunale akutenheter: En helsetjeneste-modell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 131-144. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/66819615/doegnaapne_kommunale_akutenheter_en_helsetjeneste-modell_me.pdf (F)
- Skinner, M. S. (2015b). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 13/2015). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/398536/rapport_13_2015_web.pdf (U)

- Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C. & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 345. doi: 10.1136/bmj.e5205 (F)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (A)
- Språktidningen. (2016). Veckans nyord: Grå litteratur. Hentet 5. desember 2016 fra <http://spraktidningen.se/blogg/veckans-nyord-gra-litteratur> (A)
- Statistisk sentralbyrå. (2016a). Befolkningsframskrivinger, 2016-2100. Hentet 12. desember 2016 fra <http://www.ssb.no/folkfram> (A)
- Statistisk sentralbyrå. (2016b). Pleie- og omsorgstenester, 2015. Hentet 25. november 2016 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar/2016-06-29?fane=tabell&sort=nummer&tabell=271506> (A)
- Storm, M., Groene, O., Testad, I., Dyrstad, D. N., Heskestad, R. N. & Aase, K. (2014). Quality and safety in the transitional care of the elderly (phase 2): The study protocol of a quasi-experimental intervention study for a cross-level educational programme. *BMJ Open*, 4(7). doi: 10.1136/bmjopen-2014-005962 (F)
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International journal of integrated care*, 14. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027895> (F)
- Swanson, J., Alexandersen, N. & Hagen, T. P. (2016). Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelses ved somatiske sykehus? (Working paper 2016: 1). Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/2016-1.pdf> (U)
- Tinetti, M. E., Fried, T. R. & Boyd, C. M. (2012). Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition - Multimorbidity. *JAMA*, 307(23), 2493-2494. doi: 10.1001/jama.2012.5265 (F)
- Tjøstolsen, I. (2016). Trygt hjem fra sykehus. *Sykepleien*, 104(4), 54-57. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.57143 (U)
- Trondheim kommune. (2014). Helhetlig pasientforløp. Hentet 27. desember 2016 fra <https://www.trondheim.kommune.no/hph> (A)
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Sykepleien forskning*, 11(1), 14-23. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496 (F)
- Uijen, A. A. & Van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice*, 14(S1), 28-32. doi: 10.1080/13814780802436093 (F)
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T. & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*, 350. doi: 10.1136/bmj.h176 (F)

- Ward, K. T. & Reuben, D. B. (2016). Comprehensive geriatric assessment. I K. E. Schmader & H. N. S. Sokol (Red.), UptoDate. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment> (A)
- Williksen, R. M., Bringedal, K. H., Snåre, M. & Hall, T. A. S. (2014). Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?: En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak (KS FoU-prosjekt nr.:134017). Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak.pdf> (U)
- World Health Organization. (2015). Ageing and health. Hentet 8. desember 2016 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en> (A)
- Øvre Eiker kommune. (2014). Sluttrapport - helhetlig pasientforløp: Samhandlingsprosjekt mellom Øvre Eiker kommune og Vestre Viken HF klinikk Kongsberg sykehus: Oktober 2012 – august 2014. Hentet fra https://www.kommunehelsesamarbeid.no/Documents/Sluttrapport%20Helhetlig%20pasientforl%C3%B8p_endelig.pdf (U)
- Øyen, K. R., Corneliussen, H. G., Sunde, O. S., Mittenmeier, E., Strand, G. L., Solheim, M. & Ytrehus, S. (2015). Hvordan har hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen? (Rapport nr. 1/2015). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/278618> (U)

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. Førsteamanuensis Kjersti Karoline Danielsen, stipendiat Elin Rogn Nilsen og førsteamanuensis Terje Emil Fredwall ved Senter for omsorgsforskning, sør, har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om dette emnet og oppsummert kunnskapen her. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Hverdagsrehabilitering**
Oddvar Førland og Randi Skumsnes,
Senter for omsorgsforskning, vest
- **Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge**
Bodil Hansen Blix, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid**
Rita Kristin Klausen, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Legemiddelbruk og pasientsikkerhet**
Rose Mari Olsen og Siri Andreassen Devik,
Senter for omsorgsforskning, midt



omsorgsbiblioteket