



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Distriktssykepleieres erfaringer i samhandling med sykehus

En litteraturstudie med systematisk tilnærming

Katrine Heggelund

Masteroppgave i kreftsykepleie, SYP 3902, juni 2024

Antall ord: 14923



*Frykt ikke døden
For når du finnes, så finnes ikke den
Og når den finnes, så finnes ikke du*

(Epikur)

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Hensikt med oppgaven og forskningsspørsmål.....	2
2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning.....	3
2.1 Palliasjon.....	3
2.2 Kreftsykepleie i hjemmet.....	5
2.2.1 Distriktssykepleie i den palliative fase.....	6
2.3 Samhandling.....	8
2.4 Pasientovergang fra sykehus til kommune.....	10
2.4.1 Pasientsikkerhet i pasientoverganger.....	12
3.0 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie med systematisk tilnærming.....	14
3.1.1 Utforming av forskningsspørsmål.....	14
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15
3.2 Søkeprosess.....	16
3.2.1 Innledende søk, og systematiske søk.....	17
3.2.2 Sluttsøk og utvelgelsesprosess.....	19
3.3 Kvalitetsvurdering.....	21
3.4 Analyse.....	23
3.5 Etske vurderinger.....	25
4.0 Resultater.....	27
4.1 Presentasjon av temaer.....	29
4.1.1 Samhandling ved utskrivelse av kreftpasient fra sykehus.....	29
4.1.2 utfordringer knyttet til informasjonsoverføring mellom helsenivå.....	32

4.1.3	Behov for uformell møteportal.....	34
4.1.4	Utfordringer knyttet til oppfølging av pasient i distriktet	35
5.0	Diskusjon.....	37
5.1	Samhandling ved utskrivelse av kreftpasient fra sykehus.....	37
5.2	Utfordringer knyttet til informasjonsoverføring i overganger mellom helsenivå og behov for uformell samhandling	40
5.3	Utfordringer knyttet til oppfølging av pasient i distriktet	43
5.4	Metodediskusjon	45
5.4.1	Studiens styrker og svakheter.....	45
5.4.2	Implikasjon for praksis og videre forskning	46
6.0	Konklusjon	48
	Referanseliste	49
	Vedlegg 1 – Søkehistorikk i CINAHL.....	53
	Vedlegg 2 – Søkelinje i PubMed.....	53
	Vedlegg 3 – Critical appraisal checklist for qualitative research.....	54
	Vedlegg 4 – Dataekstraksjonsskjema.....	55

Tabell-liste

Tabell 1	– PICOT-skjema	15
Tabell 2	– Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
Tabell 3	– Kvalitetsvurdering av inkluderte studier.....	22
Tabell 4	– Presentasjon av temaer og hovedfunn i inkluderte artikler.....	24
Tabell 5	– Presentasjon av inkluderte studier.....	28
Tabell 6	– Presentasjon av temaer.....	29

Figurliste

Figur 1	– Kunnskapspyramide	17
Figur 2	– PRISMA-flytskjema	20

Forord

Et dypt åndedrag, og så var to år tilbakelagt ...

To fantastiske år hvor jeg har fått lært og utviklet meg selv i rekordfart. Det har vært mange døgn som borteboer fra familien, mye savn, tårer og mange timer i buss og i bil. Men plutselig var man ferdig og alt det såre er glemt. Tilbake sitter jeg med gode minner fra studietiden, nye vennskap, latter og fjellturer (... og litt vin).

Denne masteroppgaven representerer min avslutning på studiet Kreftsyrkepleie -24. Jeg har i denne prosessen fått utviklet ny faglig kunnskap, fått en bedre innsikt og større forståelse av hvor viktig det er med faglig kompetanse blant kreftpasienter, både på sykehus, og ute i distriktet.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder, Elisabet Breivik, for gode tilbakemeldinger og veiledning. Og ikke minst som støtte når jeg har stått fast, gang på gang.

Så, må jeg få rette en stor takk til Thomas, mannen min. Du har vært min solide støtte under disse årene, heiet på meg, og ikke minst tatt deg av familien og hus mens jeg har vært borte. Uten deg hadde jeg aldri klart dette.

Nordreisa, 01.06.24

Katrine Heggelund

Forsidebilde av: Katrine Heggelund. Utsikt over Lyngsalpene fra Storbakken, Djupvik.

Sammenfatning

Tittel: Distriktssykepleieres erfaringer i samhandling med sykehus

Bakgrunn: Flere pasienter med palliativ kreft ønsker å være hjemme så mye som mulig. For å imøtekomme deres behov for oppfølging etter sykehusopphold er det viktig å sørge for god informasjonsoverføring i samhandling. Dette medfører økt ansvar til kommunene, og sykepleiere som skal følge opp pasienten i sin hjemkommune.

Hensikt: Å sammenfatte forskningslitteratur som omhandler sykepleiere i distriktskommuners erfaringer i samhandling med sykehus ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase.

Metode: Denne studien er en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Litteratursøk ble utført i to databaser; PubMed og CINAHL. I tillegg ble det utført manuelle søk. Totalt ble fem kvalitative studier inkludert. Relevante studier ble kritisk analysert, og nøye vurdert utfra tilpassede sjekklister. Datamaterialet er analysert med tematisk tilnærming.

Resultat: Fire hovedtemaer ble identifisert fra analysen, med fem undertema: Samhandling ved utskrivelse av kreftpasient fra sykehus, utfordringer knyttet til informasjonsoverføring i overganger mellom helsenivå, Behov for uformell samhandling og utfordringer knyttet til oppfølging av kreftpasient i distriktet.

Konklusjon: Sykepleierne i distriktskommunene sto overfor mange utfordringer knyttet til samhandling når kreftpasientene ble utskrevet fra sykehus og til hjemmet. Sykepleiere i hjemmetjenesten er løsningsorienterte og snur seg raskt for å kunne ta imot kreftpasientene fra sykehus når de blir meldt utskrivningsklare. Men på grunn av mangelfull samhandling fører det til at sykepleiere bruker mye tid på å innhente nødvendig informasjon via alternative samhandlingsarenaer for å sikre kontinuitet i pasientoppfølgingen, noe som øker deres stressnivå, og går utover andre arbeidsoppgaver. Maktforskjeller i samhandling påvirker videre oppfølging av kreftpasienten og truet dermed pasientsikkerheten, samt pasientens tillit til helsevesenet.

Nøkkelord: samhandling, hjemmetjeneste, distriktskommune, pasientsikkerhet, palliativ, kreft.

Abstract

Title: District nurses' experiences in collaboration with hospitals.

Background: Many patients with palliative cancer wish to stay at home as much as possible. To meet their needs for follow-up after hospital stays, it is crucial to ensure good information transfer in collaboration. This entails increased responsibility for the municipalities, and for the nurses who will follow up with the patient in their home community.

Aim: To summarize research literature concerning the experiences of nurses in district municipalities in collaborating with hospitals during the discharge of cancer patients in the palliative phase.

Method: This study is a literature review with a systematic approach. Literature searches were conducted in two databases; PubMed and CINAHL. In addition, manual searches were performed. A total of five qualitative studies were included. Relevant studies were critically analyzed and carefully assessed using adapted checklists. The data material was analyzed using a thematic approach.

Results: Four main themes were identified from the analysis, with five subthemes: Collaboration during the discharge of cancer patients from hospitals, Challenges related to information transfer in transitions between health levels, Need for informal collaboration, and Challenges related to the follow-up of cancer patients in the district.

Conclusions: Nurses in district municipalities faced many challenges related to coordination when cancer patients were discharged from hospital to home. Nurses in home care services are solution-oriented and quickly adapt to receive cancer patients from the hospital when they are declared ready for discharge. However, due to insufficient coordination, this leads to nurses spending a lot of time gathering necessary information through alternative coordination arenas to ensure continuity in patient follow-up, which increases their stress levels and impacts other work tasks. Power differences in coordination affected the further follow-up of the cancer patient and thus threatened patient safety, as well as the patient's trust in the healthcare system.

Key-words: collaboration, home care service, district municipality, patient safety, palliative, cancer.

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på min mastergrad i kreftsykepleie -24. Mitt mål var å undersøke sykepleierne i distriktskommunenes arbeid i helsetjenestene i samhandling med sykehus, ved overføring av kreftpasienter i palliativ fase fra sykehus til kommune. Oppgaven bygger videre på godkjent prosjektskisse i emnet SYP-3502 under kandidatnummer 35, med samme tematikk (Heggelund K. (kandidatnr 35), 2023).

I 2023 ble det diagnostisert 38.094 nye krefttilfeller i Norge. Disse tallene har tredoblet seg de siste 50 årene (Kreftregisteret, 2023). Trenden viser at flere lever lenger med sin kreftsykdom nå, til tross for at kreftsykdommer siden 2017 har tronet listen over den hyppigste dødsårsaken i Norge (Helsedirektoratet, 2023b). Studier viser at flertallet av kreftpasientene i palliativ fase har behov for flere sykehusopphold gjennom sitt sykdomsforløpet (Haugen & Aass, 2018). Det kreves et tett samarbeid mellom de kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten for å kunne gi forsvarlig oppfølging til hver enkelt pasient i overgangsfasene mellom sykehus og kommune (Helsedirektoratet, 2023b; Reitan & Schjølberg, 2017). Kreftpasienter anses som en risikogruppe i overføring mellom helsenivåer på grunn av deres komplekse sykdomsbilde, og sannsynligheten for uønskede hendelser er betydelig (Orvik, 2022). I overganger mellom sykehus og kommuner er det avgjørende at informasjon om pasientenes sykdom og videre behandling er av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2019). Tidligere studier har vist at omtrent 80 % av medisinske feil og avvik i pasientoverføringer skyldes kommunikasjonssvikt (Brostigen & Leonardsen, 2019). En systematisk oversiktsstudie av Gardiner et al. (2012) indikerte at dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell i pasientoverganger vanskeliggjør kompliserte arbeidet med å etablere et faglig nettverk rundt pasientene, noe som videre kan påvirke helsepersonellens faglige involvering i den palliative omsorgen for pasienten (Gardiner et al., 2012).

Personer som har fått påvist uhelbredelig kreft har behov for kompetente helsepersonell som kan ivareta deres behov i deres gjenværende levetid (Haugen & Aass, 2018). Kreftpasientene har krav på å bli hørt i sine ønsker og behov i livets siste fase. I tillegg skal helsepersonell som følger pasientene opp ha fokus på hva som gir pasienten livskvalitet, og sørge for forsvarlig tilrettelegging slik at pasienten kan oppholde seg hjemme så lenge som pasienten, og pårørende ønsker (Helsedirektoratet, 2023b). I distriktskommuner kan dette vise seg å

være ekstra belastende for sykepleier som skal gi omsorg til kreftpasienten, da palliativ behandling er utfordrende og uforutsigbar. Dermed kreves det at distriktssykepleiere innehar god kompetanse innenfor lindrende behandling, og håndtering av krevende situasjoner som kan foregå i pasientens hjem ute i distriktet (Midlöv & Lindberg, 2020). Mangel på kompetanse blant sykepleiere som skal yte palliativ omsorg til pasientene, samt færre tilgjengelige spesialister i distriktet, dårlig utbygget infrastruktur, lange avstander, mangel på apotek og tilgang på utstyr ble nevnt som noen av utfordringene som utgjorde distriktssykepleierne sin arbeidshverdag (Ervik et al., 2021).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter selv å ha jobbet ni år i en distriktskommune har jeg opparbeidet meg en god del erfaringer med samhandling med spesialisthelsetjenesten etter utskrivelse fra sykehus. Palliativ omsorg i distriktet er et felt som har interessert meg siden starten av min karriere. Etter å ha startet med utdanning i kreftsykepleie har jeg fått kjenne mer på hva palliativ omsorg i distriktet innebærer, og hvilket ansvar sykepleiere i distriktet har for kreftpasientene som bor hjemme. Jeg er bevisst på at min egen forforståelse jeg har tilegnet meg i min yrkespraksis ligger som et fundament arbeidet med denne oppgaven, og kan påvirke mitt arbeid med å besvare forskningsspørsmålet.

1.2 Hensikt med oppgaven og forskningsspørsmål

Hensikten med denne oppgaven er å sammenfatte forskningslitteratur som beskriver sykepleiere i distriktskommuners erfaring i samhandling med sykehus, om utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase. Ut fra utfordringene jeg har beskrevet ovenfor har følgende forskningsspørsmål blitt formulert for masteroppgaven:

Hvordan erfarer sykepleiere i distriktskommune samhandlingen rundt kreftpasienter i palliativ fase fra sykehus og hjem?

Definisjoner av de ulike begreper som er brukt i teksten blir utredet i kapittel 2; Teoretisk rammeverk.

2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning

I dette kapitlet presenteres oppgavens teoretiske rammeverk som omhandler tidligere forskning, relevant teori, nasjonale og internasjonale føringer som belyser forskningsspørsmålet som ble utarbeidet. Her vil teori om palliasjon, kreftomsorg i hjemmet, samhandling og pasientsikkerhet bli presentert.

2.1 Palliasjon

Palliativ medisin, eller palliasjon, stammer fra det engelske begrepet «palliative care», og er et eget fagfelt i seg selv. World Health Organization (WHO) definisjon av palliativ care, norsk oversatt, er denne:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. (Helsedirektoratet, 2019)

Formålet med palliativ og symptomsforebyggende behandling er å forsinke progresjon av uhelbredelig sykdom, eller forebygge ubehagelige symptomer som med stor sannsynlighet vil opptre uten behandling (Kaasa & Loge, 2016). Ifølge WHO (u.å.) er palliativ behandling en av hovedkomponentene i helsevesenet. I møte med palliative pasientens behov trengs det kompetanse om både grunnsykdom, og om palliasjon (NOU 2017: 16, 2017). Tidlig vurdering av palliasjon i sykdomsforløp har vist seg å forbedre livskvalitet og reduserer sykehusinnleggelse hos pasientene (WHO, 2020). Samtidig anslås det globalt at kun 14% av pasienter som trenger palliativ behandling mottar dette.

Kreftpasienter i palliativ fase av sin sykdom mottar lindrende eller livsforlengende behandling med det formålet å lindre plagsomme symptomer på sykdom eller forlenge livet (Norsk palliativ forening, 2016). Gjennom sykdomsforløpet i den palliative fasen kan disse pasientene være i behov for et eller flere sykehusopphold, avhengig av den palliativ behandling pasientene mottar, eller de symptomer og utfordringer pasientene står overfor (Haugen & Aass, 2018). Behandlingsformer som tilbys i denne fasen kan være cytostatika, immunterapi, strålebehandling eller kirurgi (Kaasa & Loge, 2016). I tillegg til livsforlengende

behandling og symptomlindring, har kreftpasientene i palliativ fase også behov for støtte innen informasjon, emosjonelle, psykologiske, åndelige og praktiske områder (Gagnon & Hébert, 2023). Kreftpasienter i palliativ fase er en kompleks og utfordrende gruppe som stiller høye krav til sykepleieres kompetansenivå. Oppfølgingen av kreftpasienter omfatter rådgivning og veiledning til både pasient og pårørende. Det kreves også et dyptgående forståelse av de fysiske og psykiske belastningene som følger med sykdommen og behandlingen, samt kompetanse ivaretagelse av døende pasienter, etiske vurderinger, lovverk m.m. (Helsedirektoratet, 2019).

For å oppnå en optimal palliativ behandling er det viktig å kunne planlegge og igangsette nødvendige tiltak på rett tidspunkt i sykdomsforløpet til kreftpasienter. Kaasa og Loge (2016) beskriver at overgang fra kurativ til palliativ behandling tradisjonelt har vært betraktet med et klart skille, hvor behandlingsmålet skifter med en brå overgang fra kurativ- til palliativ intensjon, slik har beskrevet. Imidlertid reflekterer den moderne tilnærmingen en mer gradvis overgang fra kurativ til palliativ behandlingsform. For eksempel så vil mange pasienter med nyoppdaget kreftdiagnose starte kreftbehandling med kurativ intensjon, men dersom ikke behandlingsresponsen er som forventet, kan behandlingen endres til livsforlengende, eller palliativ intensjon (Kaasa & Loge, 2016). Det er dermed essensielt at en palliativ tilnærming vurderes, og implementeres tidlig i pasientens sykdomsforløp, ettersom en brå overgang i behandlingsintensjonene kan være krevende for pasient og pårørende. Tidlig implementering av palliativ behandling har vist seg å bedre kontinuitet i behandling og oppfølging, og er samtidig med på å øke livskvalitet hos kreftpasienten (Kaasa & Loge, 2016). Det gamle ordtaket «sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste», som antas å ha sin opprinnelse i Frankrike tilbake i det 16. århundre, og er referert av Kaasa og Loge (2016, s. 34), er like aktuelt i dag, som det var den gang. Til tross for betydelige fremskritt innenfor onkologi og en økning i kurative utfall, forblir behovet for palliasjon essensielt. Dette stiller høyere krav til symptoms forebyggende og symptomslindrende tiltak, samt økt kompetanse hos helsepersonellet i ivaretagelse av pasienter med kreft i palliativ fase (Kaasa & Loge, 2016). Ettersom forekomsten av kreft øker på verdensbasis, er det behov at landene styrker de palliative omsorgstjenestene (WHO, u.å.).

Tidligere har den palliative pasientpopulasjonen vært avgrenset til kreftpasienter med antatt levetid på opptil 12 måneder. Nå har fokuset spredt seg utover, og gjelder alle pasienter som

lever med livstruende sykdom (Helsedirektoratet, 2019). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorg tar for seg behandling, pleie og omsorg til kreftpasienter med inkurable kreftsykdommer, og med begrenset levetid. Målet er å sikre et like godt behandlingstilbud i hele landet (Helsedirektoratet, 2019). I følge Sæteren (2017) vises den palliative fasen til pasienter med kreft ulikt fra pasient til pasient. Denne fasen kan strekke seg over måneder, og opptil år. Mange pasienter lever et tilsynelatende normalt liv i denne fasen, før de er døende. Samtidig bærer pasienten bak fasaden på sorg, angst, frykt, smerter og andre ubehag som en følge av kreftsykdommen. Det er derfor viktig av sykepleieren som skal følge opp pasienten, å motivere kreftpasientene i den palliative fase til å leve fullt ut i tiden de har igjen (Sæteren, 2017).

Helsedirektoratet (2018) har utviklet faglige nasjonale råd, hvor det anbefales at alle pasienter bør få utarbeidet en palliativ plan tidlig i forløpet, som bør oppdateres etter hvert som pasientens sykdom utvikler seg. Denne planen skal journalføres og være tilgjengelig for alle som har oppfølging av pasienten (Helsedirektoratet, 2018). Ifølge Murray et al. (2017) viser flere randomiserte kontrollerte studier at det var mange fordeler ved tidlig igangsetting av palliativ behandling. Mange lever lenger og har mindre plagsomme bivirkninger, redusert antall inngrep og færre innleggelser på sykehus (Murray et al., 2017).

2.2 Kreftsykepleie i hjemmet

Et formål med det norske offentlige helsevesenet er å tilby befolkningen adekvat behandling på et lavest mulig nivå, som betyr at behandling som kan utføres i kommunene skal gis i kommunene (Syse & Moshina, 2015). Det er lovpålagt at pasienter som har behov for langvarige, koordinerte tjenester, skal få utnevnt en koordinator, som skal sikre samordning og oppfølging av nødvendige tjenester rundt pasientene samt sørge for helhetlig kartlegging av behov og ressurser som pasienten er i behov for (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2022, § 2-5 b).

I 2012 trådte den nye samhandlingsreformen i kraft som har som mål å sikre pasienters behov for koordinerte tjenester (Meld. St. 47 (2008–2009)). Parallelt med innføringen av samhandlingsreformen, bidro Kreftforeningen til styrking av kreftomsorg i kommunene ved å gi økonomisk støtte til de kommunene som ønsket å opprette en kreftkoordinator-stilling. Kreftkoordinatorens hovedoppgave er å styrke oppfølging av kreftpasienter i kommunene.

Kreftkoordinator har hovedansvaret for samordning av oppfølgingen, samt sørge for å koordinere tjenester som kreftpasienter har behov for. På denne måten vil kreftkoordinator bidra til trygge rutiner og systemer for kreftomsorgen ute i kommunene (Kreftforeningen, u.å.). Kreftsykepleierens funksjon- og ansvar er delt i to; i direkte- og indirekte pasientrettet funksjon. Kreftsykepleierens funksjon er underlagt juridiske, etiske og faglige retningslinjer, derunder helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. En av funksjonene i den direkte pasientrettede funksjonen går ut på at kreftsykepleieren skal igangsette tiltak for å lindre lidelse, og begrense psykiske og fysiske belastninger som krisereaksjoner, stress, angst, sorg og andre plagsomme symptomer som pasientene kjenner på (Reitan & Schjølberg, 2017).

Syse og Moshina (2015) gjorde en studie for å se på hvordan kreftkoordinatorers funksjon i kommunene påvirket samhandlingen med sykehusene mens stillingen fortsatt var et prøveprosjekt av kreftforeningen. Syse og Moshina (2015) foreslo utførelse av videre forskning på kreftkoordinatorens funksjon senere når kreftkoordinatorstillingene var godt etablerte, men søk i forbindelse med denne studien har ikke vist meg at det er gjort en slik oppfølgingsstudie ennå.

Forskning viser at pasienter med uhelbredelig kreftsykdom hadde et ønske om å tilbringe så mye som mulig av levetiden de hadde igjen i sitt hjem (Meld. St. 47 (2008–2009)). Det er dermed nødvendig at det tilrettelegges for at den enkelte pasient blir hørt i sine ønsker om hvor hen vil tilbringe sin siste levetid, og at dette blir tilrettelagt av helsetjenesten (Meld. St. 24 (2019–2020)). I dette arbeidet innehar kreftkoordinator en viktig rolle, som skal sørge for å samle løse tråder, holde flyt og sikre koordinering rundt kreftpasientenes behov. Sammenliknet med sykehus er det en større ro i hjemmet, og økt mulighet for å yte god, palliativ behandling i private omgivelser (Syse & Moshina, 2015).

2.2.1 Distriktssykepleie i den palliative fase

Distriktssykepleier defineres i denne oppgaven som en sykepleier som arbeider i distriktskommuner, utkantstrøk eller bygder. Distriktssykepleie er oversatt fra engelsk «rural nursing». Rural oversatt til norsk betyr landlig, utkantstrøk eller distrikt (Johansen & Ervik, 2022).

En distriktskommune kjennetegnes ved at det er lang reisevei til arbeidsmarked og tjenester. I tillegg til et lite arbeidsmarked, og lite tilgang til private tjenester. I Norge utgjør distriktskommuner 205 av 357 kommuner totalt. Flere kommuner deler gjerne ett eller flere funksjonelle sentra med nabokommuner (Meld. St. 5 (2019–2020)). I distriktskommuner er det lengere avstander mellom bebyggelse, arbeidsplasser og tjenester. Det er stor andel av isolasjonsbygder, som f.eks. øyer. Det er ikke alltid at den reelle avstanden er så stor, men fjell, fjorder og dårlig utbygget infrastruktur utgjør at reiseveien til bebyggelse kan bli lang og krevende (NOU 2020: 15, 2020).

I små kommuner kan det, ifølge Norås (2017), oppstå komplekse utfordringer i ivaretagelse av kreftpasienter relatert til de ulike rollene en har som nabo, bekjent og sykepleier. Norås (2017) beskriver videre at grensene mellom profesjonelle og personlige roller kan bli uklare og vanskelige å navigere i, og disse balanse ganger mellom rollene kan medføre en psykososial belastning for alle involverte parter som inkluderer pasienten, pårørende og sykepleieren selv. Noen pasienter og deres familie kan oppleve at tilstedeværelse av en kjent sykepleier bidrar til økt trygghet og komfort i en ellers utfordrende fase av livet. Samtidig må vi erkjenne at enkelte pasienter kan kjenne på motvilje til å skulle motta omsorg fra noen de kjenner personlig. Det er derfor viktig for sykepleieren være bevisst på de ulike utfordringene rundt rollene, og sørge for å opprettholde en balanse som respekterer både pasientens og sykepleierens integritet (Norås, 2017).

I studien til Midlöv og Lindberg (2020) beskrev flere sykepleiere at de følte en personlig tilknytning til pasienter i distriktet i utøvelse av palliativ omsorg i pasienters hjem. Ofte hadde pasient og sykepleier kjent hverandre lenge, og sykepleierne følte seg nesten som en del av familien, og de kunne føle på et enormt tap når pasientene døde. Mange av sykepleierne opplevde også at å utøve palliativ pleie i pasienters hjem i distriktet kunne være komplekst, tidsoppslukende, utfordrende og uforutsigbart da det foreligger et stort ansvar i utøvelse av omsorg (Midlöv & Lindberg, 2020).

I en metaanalyse utført av Sekse et al. (2018) ble sykepleierens rolle i palliativ behandling på tvers av helsesystemene undersøkt. Sykepleier i hjemmetjeneste opplever flere ulike utfordringer, og ofte alene, i pasienters hjem. Palliativ omsorg kan være kompleks, uforutsigbar og tidsoppslukende. Det er krav om at sykepleier har et overordnet blikk over

pasienten og sørger for symptomlindring, emosjonell støtte, samt koordinering av andre tjenester for pasienten og hans familie (Midlöv & Lindberg, 2020). Det er behov for høy kompetanse, kunnskap og klinisk erfaring hos sykepleiere som skal yte palliativ omsorg til kreftpasienter i deres hjem, og sykepleiere må ofte kunne gå forbi fastsatte rutiner, og stole på egen intuisjon for å kunne utøve individuelt tilpasset palliativ behandling til pasienten, og pårørende (Syse & Moshina, 2015). Å gjennomføre hjemmebesøk hos kreftpasienter kunne være tidskrevende på grunn av de lange avstander ute i distriktskommuner. Dårlige værforhold kunne ofte forverre infrastrukturelle forhold, noe som ytterligere kompliserte sykepleierens arbeid med å ivareta kreftpasienter i sine hjem. Videre kunne det være utfordrende å respondere raskt nok på akutt oppståtte situasjoner, gitt de geografiske og klimatiske utfordringene (Brazil et al., 2013).

I søk etter eksisterende forskning om distriktssykepleieres perspektiv på overgangen av kreftpasienter i palliativ fase fra sykehus til hjem var det begrenset med forskning som ble identifisert om dette temaet. Det meste av tilgjengelig forskning fokuserte på palliative pasienter generelt, eller viser perspektivet til pasient og pårørende, eller sykepleiere på sykehus. Dette understreker et tydelig gap i forskning med perspektivet til distriktssykepleieres erfaringer og utfordringer i distriktskommuner, noe som er avgjørende for å forberede pasientomsorg og samhandlingen i overgangsfasen fra sykehus til hjem.

2.3 Samhandling

Kreftpasienter i palliativ fase har sammensatte behov, og vil ofte trenge oppfølging av flere ulike helsetjenester samtidig. Dette krever at det foregår en samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (Meld. St. 47 (2008–2009)). Ordet «samhandling» er definert av Orvik (2022) som et konkret og forpliktende fenomen, som ligger som et fundament i koordinering og tilpasning mellom fagpersoner for å frembringe et gjensidig og forpliktende samspill. Orvik (2022) argumenterer for at den primære intensjonen med samhandling er å sikre en effektiv og kontinuerlig flyt i arbeidsprosesser relatert til pasientbehandling, med formål om å tilby sammenhengende og integrerte helsetjenester på tvers av ulike helsenivå. Manglende samhandling kan resultere i at pasienten opplever en fragmentert og oppstykket behandlingskjede, noe som kan redusere kvaliteten på pasientforløpet (Orvik, 2022).

I følge Norås (2017) er kreftpasienter en prioritert pasientgruppe i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og sykehus. Ved å ha en tett dialog mellom sykehus og kommuner, kan kommunene kartlegge hvilke behov kreftpasientene vil ha i hjemmet. På denne måten vil sykepleiere i hjemmetjenesten ha god oversikt over kreftpasientens situasjon, slik at kreftpasienten raskt får den oppfølgingen hen er i behov for etter hjemkomst. Kreftpasienter reiser ofte hjem med nytt utstyr som sykepleiere i hjemmetjenesten må håndtere i pasientens hjem. Ansvar for opplæring til sykepleiere i hjemmetjenesten ligger hos sykehuset. De skal sørge for at sykepleierne i hjemmetjenesten får nødvendig opplæring i prosedyrene (Norås, 2017).

I prinsippet er det ledelsen i helseforetakene som har det overordnede ansvaret for å sikre sammenhengende pasientforløp, men det er pasienten og helsepersonell som i realiteten må bære konsekvensene av eventuelle brudd ifølge Orvik (2022). Årsakene til diskontinuiteter i pasientforløp, spesielt i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, kan være mangfoldige og knyttet til ulike strukturer, kulturer og prosesser på forskjellige nivå i helsevesenet. Når samhandling rundt pasientforløp oppleves som fragmentert eller sviktende, refereres dette til som brudd i pasientforløp. Noen eksempler Orvik (2022) legger frem manglende oppfølging av behandlingsplaner, manglende informasjonsflyt o.l. (Orvik, 2022).

I utøvelsen av faglig forsvarlig samhandling introduserer Orvik (2022) begrepet «dobbelkompetanse». Orvik (2022) fremhever at sykepleiere har behov for omfattende kompetanse som spenner over både helsefaglige og organisatoriske domener for å yte adekvat omsorg for pasient. Orvik (2022) mener videre at sykepleiere skal fungere som «limet» i helsetjenesten, da de har en sentral rolle i å organisere, lede og forbedre tjenestene. Dette innebærer at sykepleiere i praksis opprettholder kontinuitet i pasientoppfølgingen, og sikrer at pasienten mottar en faglig forsvarlig og målrettet oppfølging (Orvik, 2022).

I en omfattende litteraturstudie utforsker Vik (2018) samhandlingen mellom de ulike helsepersonellgruppene i det norske helsevesenet i lys av samhandlingsreformens rammeverk og foreslåtte intervensjoner. Hovedfunnene i studien viser at samhandlingsutfordringer primært knyttes til manglende møteplasser og lokale retningslinjer, samt en utilstrekkelig forståelse av de ulike profesjonenes praksis med hensyn til de ulike aktørens roller. Videre

nevner Vik (2018) at han er overrasket over at til tross for at tverrfaglig samarbeid utgjør en sentral del av sykepleieres yrkesutøvelse, opplever de utfordringer knyttet til ulik virkelighetsoppfatning på tvers av ulike helsenivå, både på organisatorisk og administrativt nivå, samt mellom de ulike profesjonene. Vik (2018) stiller med dette spørsmål om et problemområdene kan være forståelse av begrepet samhandling, da definisjoner varierer mellom forskjellige kontekster (Vik, 2018).

2.4 Pasientovergang fra sykehus til kommune

I samhandlingen rundt pasientoppfølgingen på tvers av de ulike helsenivåer benyttes en elektronisk meldingsutvekslingstjeneste kjent som Pleie- og omsorgsmelding (PLO) (Norsk helsenett, u.å.). Direktoratet for e-helse har utarbeidet retningslinjer for implementering og bruk av PLO i pasientforløp (Direktoratet for e-helse, 2022). Disse retningslinjene er utarbeidet for å sikre en effektiv og gunstig informasjonsflyt. Ved utskrivelse skal det utformes en utskrivelsesrapport dersom pasienten er i behov for kommunale tjenester i tillegg til at en lege skal skrive en «epikrise» som sendes til fastlege og til kommunetjenesten som skal fortsette oppfølgingen av pasienten (Norsk helsenett, u.å.).

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft ble inneliggende pasienter på sykehus raskere utskrivningsklar enn tidligere, noe som resulterer i økt krav til sykepleiere kompetanse ute i kommunene, som skal ta imot og ivareta kreftpasienter. For å sikre en sømløs overgang fra sykehus til hjemmebasert omsorg, er det avgjørende med tett samarbeid mellom sykehus og kommune. Det er essensielt å gjennomføre en proaktiv tilnærming, hvor pasientens behov kartlegges i forkant av utskrivelse, og muliggjøre tidlig forberedelse av nødvendige ressurser, og legge til rette for en god start for pasientens hjemkomst (Norås, 2017).

Helsedirektoratet (2021) har skrevet en rapport basert på tilbakemeldinger fra kommuner om hvordan kommunene stiller seg til samhandling med sykehus. Sykepleierne i kommunene rapporterte at de opplevde samhandlingen som tilfeldig og personavhengig. Sykepleierne i kommunene sitter med en opplevelse av at sykehus ønsket å skrive ut pasienter så raskt som mulig, og utskrivelser ble dermed hurtige og dårlig planlagt. I tillegg var ikke det videre ansvarsforholdet for pasienten tydeliggjort. Dette gjaldt spesielt nye, ukjente pasienter som helsetjenesten ikke kjente til fra tidligere (Helsedirektoratet, 2021).

For å håndtere og forebygge utfordringer i pasientoverganger har det blitt utviklet et pakkeforløp; «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft» (Helsedirektoratet, 2023a). Pakkeforløpet omhandler alle som har en kreftdiagnose, uavhengig om pasienter er i et palliativt eller kurativt forløp. Pakkeforløp hjem skal fungere som veiledende retningslinjer for helsepersonell i arbeidet med å sikre at kreftpasienter opplever trygghet, forutsigbarhet i overganger mellom sykehus og kommuner. Samt sikre kreftpasienters videre behov for oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Dette skal bl.a. oppnås ved tidlig systematisk kartlegging av pasientens behov, hvor fokuset ligger på pasientens livskvalitet, helse og egenmestring. Forløpet definerer også den oppfølgingen kreftpasienter er berettiget til i opptil 18 måneder etter utskrivelse. Videre skal pakkeforløpet sikre klar kommunikasjon og forbedret samarbeid med andre tjenesteytere og aktører som er i kontakt med pasienten, noe som bidrar til økt trygghet for pasienten ved overføringer mellom tjenestenivåene (Helsedirektoratet, 2023a).

Ifølge pasienter som overføres fra sykehus til hjemmebasert omsorg opplever ofte en følelse av isolasjon og usikkerhet i starten. Pasientene opplever en stor kontrast fra den umiddelbare tilgjengeligheten av støtte og tilsyn på en travel sykehusavdeling, til den relative ensomheten i hjemmemiljøet, til tross for at pasientene mottar oppfølging av fastlege og hjemmesykepleie. Det er derfor viktig at helsepersonellet tidlig formidler adekvat informasjon til pasient og pårørende om hva de kan forvente i denne overgangsperioden. Informasjonen bør inkludere hvor ofte de kan forvente å få hjemmebesøk, og tilgjengelige kontaktpunkter for ulike tider av døgnet dersom det oppstår akutte uforventede hendelser (Norås, 2017).

En kvalitativ studie av Carrillo et al. (2018) i Colombia har undersøkt erfaringene til kreftpasienter og deres omsorgspersoner i forbindelse med overføring fra sykehus til hjem. Studien avdekker at mange pasienter opplevde hjemkomsten som overveldende på grunn av endringer i daglige rutiner, og behov for å tilpasse seg nytt medisinsk utstyr som pasientene skulle lære å håndtere selvstendig. Pasientene rapporterte også nedsatt appetitt og økende smerter, noe som bidro til en forsterket følelse av å miste kontroll. Disse utfordringene ble videre økt grunnet svikt i kommunikasjon med helsetjenesten, noe som understreker behovet for forbedret kommunikasjon og støttesystemer for å lette overgangen fra sykehus til hjemmeomsorg (Carrillo et al., 2018). På en annen side kan det være vanskelig for hjemmesykepleien å skulle opprette kontakt med kreftpasient i palliativ fase dersom pasienten

ikke har behov for sykepleiefaglig hjelp til eksempelvis prosedyrer, sårstell o.l. (Robinson et al., 2023). Sykepleierne i studien erfarte at i de tilfellene hvor de behøvde å utføre hjemmebesøk i forbindelse med prosedyrer, ble besøket en naturlig inngangsport til å legge grunnlag for en god relasjon med pasienten (Robinson et al., 2023).

Oppsummert viser tidligere forskning at det foreligger studier som belyser kreftpasienter og pårørendes perspektiv i overføring mellom helsenivåer. Mine søk har fanget opp lite funn på distriktssykepleieres perspektiv i hvordan overføringene og samhandlingen omkring pasientoverføringene erfares.

2.4.1 Pasientsikkerhet i pasientoverganger

Aase (2018) har i sin bok om pasientsikkerhet beskrevet den mest anvendelige definisjonen for pasientsikkerhet slik «Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangler på ytelser» (Aase, 2018, s. 16). Aase (2018) definerer pasientoverganger som prosesser der pasienter overføres mellom ulike avdelinger innad i sykehus, mellom sykehus og kommuner, eller innenfor kommunens egne helsetjenester. Overgangene utgjør en viktig komponent i samhandlingen mellom ulike nivåer av helsetjenesten. Det er essensielt å sikre god koordinering og kontinuitet i pasientforløpet for å opprettholde pasientsikkerheten i overgangene (Aase, 2018).

Aase (2018) identifiserer pasientoverganger som en sårbar fase i alle pasientforløp, preget av høy forekomst av uønskede hendelser. Gjentakende risikofaktorer for uønskede hendelser inkluderer mangel i kommunikasjon og informasjon, utilstrekkelige medisinalister, uklarheter i prosedyrer og oppfølgingsansvar, samt kompetansemangler. Det er ikke uvanlig at viktig pasientinformasjon ikke blir dokumentert eller videreformidlet under pasientoverganger. Epikriser er medisinske rapporter ment å inneholde detaljer om behandling, medisiner og behov for videre oppfølging på neste omsorgsnivå. Ved overflytting av pasienter kan forsinkelse av epikrise få negative konsekvenser for videre oppfølging av kreftpasienter. (Aase, 2018). En nasjonal undersøkelse av pasienterfaringer ved norske sykehus avdekker at indikatoren «Sykehusets samarbeid med kommunal helsetjeneste eller fastlege» mottok en av de dårligste tilbakemeldingene fra pasientene (Aase, 2018). Videre avslørte en spørreundersøkelse utført av Kreftforeningen i 2016 at kun én av fem kreftpasienter var fornøyde med oppfølgingen de mottok i sin hjemkommune etter utskrivelse fra sykehus

(Ross, 2023). Den omfattende studien utført av Moore et al. (2003) viser at så mange som 49 % av pasientene i studien hadde opplevd én til flere medikamentkontinuitetsfeil ved utskrivelse, og 22 % opplevde svikt i videre oppfølging.

I den senere tiden har det vært en økning i utviklingen av retningslinjer og programmer rettet mot forbedring av pasientsikkerheten. Blant disse initiativene er det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7», som har som målsetning å redusere forekomsten av pasientskader, styrke struktur for pasientsikkerhet, og forbedre kvalitet på helse- og omsorgstjenester. Et av tiltakspunktene som er opprettet er hvordan oppnå god utskrivelsesprosess (I trygge hender 24-7, u.å.). Statens helsetilsyn har i sine rapporter påpekt at pasienter mottar utilstrekkelig informasjon om den behandlingen de har fått på sykehus, samt hva de kan forvente i etterkant av utskrivelsen. Rapportene indikerer også at det foreligger svikt i samhandling mellom sykehus og kommuner tross innføring av samhandlingsreformen. Informasjonen sendt ut fra sykehus til kommuner vedrørende pasientutskrivelse var ofte av lav kvalitet, noe som ikke bidro til å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp (Helsetilsynet, 2016). Basert på disse funnene har det blitt formulert en rekke tiltak som helsepersonell bør etterstrebe i samhandling mellom sykehus og kommune. Disse tiltakene inkluderer å sikres at pasienter og deres pårørende mottar grundig informasjon og involveres i behandlingsprosedyren, å forbedre informasjonsflyten mellom sykehus og kommuner, og å avklare roller, ansvar og oppgaver på en tydelig måte for å styrke samhandling (I trygge hender 24-7, u.å.).

3.0 Metode

I arbeidet med å besvare oppgavens forskningsspørsmål ble det besluttet å utføre en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Denne metodikken gir en grundig gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur, med fokus på primærstudier ved hjelp av systematiske søk (Aveyard, 2023). Disse vil tjene som fundament for å belyse og besvare det aktuelle forskningsspørsmålet, som har som formål å utforske sykepleiernes erfaringer med samhandling i overganger når kreftpasienter i palliativ fase utskrives fra sykehus til hjemmebasert omsorg. I dette kapitlet utdypes begrunnelsen for valg av denne tilnærmingen.

3.1 Litteraturstudie med systematisk tilnærming

Hensikten med å gjøre en litteraturstudie er å identifisere, evaluere og syntetisere eksisterende vitenskapelig forskningslitteratur systematisk innenfor et definert tema. Dette tillater forskeren å presentere en integrert analyse av tilgjengelig forskningslitteratur, og dermed tilby oppdatert og oppsummert fagkunnskap (Aveyard, 2023). Enhver som arbeider innenfor helseomsorg, har en egen plikt til å holde seg faglig oppdatert til enhver tid. Å holde seg oppdatert gjennom å lese litteraturstudier viser seg å være mer brukervennlig enn hva enkeltstudier er, da litteraturstudier oppsummerer mer faglig kunnskap om emnet enn det enkeltstudier gjør (Aveyard, 2023).

Med tanke på intensjonen for denne studien, som er å utforske sykepleieres erfaringer ved samhandling av utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase, fremstår en litteraturstudie som en særlig adekvat metode. I tråd med Polit og Beck (2021) sine metodologiske retningslinjer var søk etter relevante studier fokusert på kvalitativ forskning, ettersom disse er spesielt egnet til å fange opp subjektive erfaringer hos informanter.

3.1.1 Utforming av forskningsspørsmål

I utførelsen av en litteraturstudie anbefaler Aveyard (2023), og Polit og Beck (2021) at en utarbeider et tydelig formulert forskningsspørsmål. Dette for enklere å sikre at en finner fram til relevant forskningslitteratur (Aveyard, 2023). I utarbeidelsen ble akronymet PICOT benyttet som et hjelpemiddel for å presisere forskningsspørsmålet til bruk i denne studien. PICOT står for (engelsk) P-Population, I-Issue, Co- Context og T-Type of study. Hver av bokstavene representerer ulike aspekter som en må overveie i utforming av forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2021).

PICOT er i tillegg et godt hjelpemiddel og brukes aktivt i de systematiske søk for å trekke ut relevante nøkkelord og synonym-ord til bruk i systematiske søk etter primærstudier i arbeidet (Polit & Beck, 2021). Utarbeidet PICOT er presentert i Tabell 1.

Tabell 1 – PICOT-skjema

	Population	Issue	Context	Outcome	Type of study
	Sykepleiere i distriktskommuner	Samhandling om kreftpasienter i palliativ fase ved overføring fra sykehus til hjem	Distriktsperspektiv	Erfaringer	Kvalitative studier
Keywords	Nurse District-nurse Community nurse	Discharge patient Discharge hospital Case manager Collaboration Coordination Transition Transfer Community of care Cancer/Neoplasm	Rural District Community Distance Rural health care	Experience Perceptions Attitudes	Quality studies Qualitative research Narrative

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I prosessen med å utføre litteratursøk understreker Aveyard (2023) viktigheten av presis og detaljert utforming av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse kriteriene er essensielle i utvikling av en søkestrategi som effektivt kan avgrense søket, og dermed vil være mer nøyaktig i identifisering av kilder som er relevant for oppgavens forskningsspørsmål.

I utformingen av inklusjons- og eksklusjonskriteriene for denne studien, ble det startet med å sette tidsbegrensning. Med bakgrunn i implementeringen av den nye samhandlingsreformen i 2012, ble det besluttet å ekskludere alle studier utført før ikrafttredelse av denne reformen. Videre ble det besluttet å ekskludere studier som omhandlet barn og ungdom ettersom disse

populasjonene har andre behov for oppfølging som avviker fra behovene til voksne kreftpasienter i palliativ fase.

Språkbegrensninger ble også satt for å sikre at jeg selv kunne lese og forstå artiklene uavhengig av oversettelsesverktøy. Dette valget ble gjort for å unngå potensielle feil og misforståelser som kan oppstå ved maskinoversettelser, hvor nyanser og kontekstuelle elementer i teksten kan gå tapt. Slik ønsket jeg å sikre at den analytiske integriteten i de inkluderte studiene opprettholdes gjennom hele forskningsprosessen.

Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

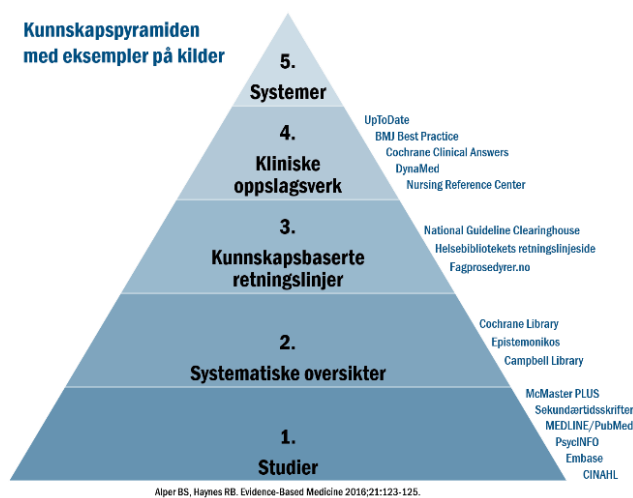
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Norsk, svensk, dansk og engelskspråklige artikler.	Artikler på andre språk
Voksne kreftpasienter	Barn og ungdom
Sykepleiere med erfaring innen palliativ kreftomsorg	Pasient og pårørendeerfaringer
Distrikts-perspektiv	By-perspektiv
Fagfellevurdert forskning	Ikke-fagfellevurdert forskning
Artikler utgitt mellom 2012 og 2024	Artikler publisert før 2012
	Ikke-tilgjengelige fulltekst

3.2 Søkeprosess

I forberedelsen av den systematiske søkeprosessen etter relevante kilder i arbeidet med å besvare oppgavens forskningsspørsmål, ble ressurser tilgjengelig via Helsebibliotekets nettportal undersøkt. Helsebiblioteket (2021) refererer til et analytisk verktøy kjent som kunnskapspyramide, som fungerer som en veiledende struktur for litteratursøk. Denne pyramiden, illustrert i Figur 1, viser fem ulike nivåer av kunnskapskilder, rangert etter grad av syntese og kvalitetsvurdering.

Helsebiblioteket (2021) sin anbefaling tilsier at forskere bør initiere litteratursøk så høyt som mulig i pyramiden for å lokalisere oppsummert og kvalitetssikret litteratur. Skulle det vise seg at litteratur på de øverste nivåene ikke er tilstrekkelig oppdaterte eller relevant er det nødvendig å flytte seg nedover i nivåene (Helsebiblioteket, 2021). I dette tilfellet ble det valgt å starte på det nederste nivå i kunnskapspyramiden for å identifisere studier som spesifikt omhandler sykepleiernes erfaringer. Videre ble artikkelsøk supplert med relevant teoretisk materiale for å styrke grunnlaget i besvarelsen av det aktuelle forskningsspørsmålet.

Figur 1 – Kunnskapspyramide



3.2.1 Innledende søk, og systematiske søk

Innledende søk til denne oppgaven ble startet høsten -23. Google Scholar, CINAHL og PubMed ble benyttet for å søke etter tilgjengelig forskning innenfor oppgavens tema. Aveyard (2023) påpeker at de innledende søkene er viktig i arbeidet med å komme fram til forskningsspørsmålet en ønsker å finne svar på, for å kartlegge hva som allerede er publisert for å sjekke hva kunnskapsstatus på temaet er. Mange av de publiserte studiene som ble funnet i disse søkene omhandler perspektiv fra sykehus og fra pasient og pårørende.

Etter hvert som det ble funnet interessante artikler innenfor temaet jeg ønsket å fordype meg i, ble det notert nøkkelord som var oppgitt i aktuelle artikler, og i databasene, som videre ble kategorisert inn i PICOT, se Tabell 1. Dette ville, ifølge Aveyard (2023), tjene til min hensikt

i utvidelse av systematiske søk senere. I den innledende fasen av søkeprosessen var det avtalt en veiledningstime med bibliotekar ved UiT som hjalp meg i gang med søkene, og i senere fase av søkeprosessen henvendte jeg meg til bibliotekar via institusjonens nettportal for ytterligere veiledning og tilbakemeldinger på prosessen.

De systematiske søkene ble gjennomført over en periode på åtte uker, fra januar til mars 2024. Ved valg av databaser ble anbefalingene til Polit og Beck (2021) tatt i betraktning for utførelse av systematiske søk når en ønsker å undersøke sykepleiererfaringer. Basert på dette ble det valgt å utføre søk i CINAHL, som er en omfattende database som inneholder et bredt spekter av referanser innenfor engelskspråklige sykepleiestudier. I tillegg ble PubMed benyttet, som representerer en gratisvariant av MEDLINE. MEDLINE er anerkjent som den største engelskspråklige medisinske databasen i verden (Polit & Beck, 2021).

En betydelig tidsperiode ble brukt for å bli kjent med de valgte databasene. Det ble eksperimentert med ulike søkestrategier basert på utarbeidet PICOT-skjema, med nøkkelord og synonymord hentet fra de initiale søkene, for å sikre relevante treff. Søkestrategien ble så etablert på bakgrunn av studiens hensikt, og utarbeidet forskningsspørsmål. Denne strategien fulgte de definerte kategoriene i PICOT-skjemaet. Individuelle og samlede søk ble utført for å oppnå en omfattende innsamling av relevante studier. Innenfor hver kategori ble søkeord kombinert med operatøren 'OR' for å fange opp et bredt spekter av relaterte konsepter, mens de ulike kategoriene ble kombinert med 'AND' for å sikre presis og målrettet søkeprosess.

Mange databaser er bygd opp likt slik at man kan bruke søkeord i kombinasjon med 'AND', 'OR' og 'NOT', hvor 'AND' begrenser søket noe, mens 'OR' utvider søkene (Polit & Beck, 2021). I følge Polit og Beck (2021) skal en utøve forsiktighet med bruk av 'NOT' da bruken bidrar til å begrense søk ytterligere, og viktige funn kan bli selektert bort av databasene en utfører søk i. På bakgrunn av denne anbefalingen ble det valgt å ikke utføre systematiske søk i kombinasjon med 'NOT'.

Databasene som ble benyttet inneholder egne emneord som blir lagt til de publiserte artiklene av indeksører for hver database. Disse emneordene kalles «subject headings». De ulike emneordene er forskjellige mellom databaser. I systematiske søk må en være klar over denne forskjellen, og bruke tid på de ulike databasene for å finne relevante emneord som viser til relevante studier. I PubMed kalles emneordene MESH, som står for *Medical Subject*

Headings, og i CINAHL kalles de CINAHL-headings (Polit & Beck, 2021). I PubMed ble det oppdaget at MESH-termer automatisk ble introdusert i søkelinjen basert på mine initiale fritekstsøk, som effektivt kombinerte MESH-termer med fritekstsøk. I CINAHL måtte jeg selv inn å søke på CINAHL-headings, og opplevde utfordringer med å få færre relevante treff med søk i CINAHL-headings, og det ble brukt mye tid på å gjøre ulike søk her.

3.2.2 Sluttsøk og utvelgelsesprosess

I starten av mars-24 ble de systematiske søkene avsluttet etter at det ikke hadde kommet frem noen nye relevante funn på en stund. Søkelinjene i de ulike databasene er presentert i Vedlegg 2 og 3. Da søkene var gjennomført ble referansene overført til EndNote-bibliotek. Fra PubMed ble det overført 663 referanser, og fra CINAHL ble det overført 250 referanser. I EndNote ble det så fjernet 17 duplikater før screeningprosessen etter relevante artikler startet.

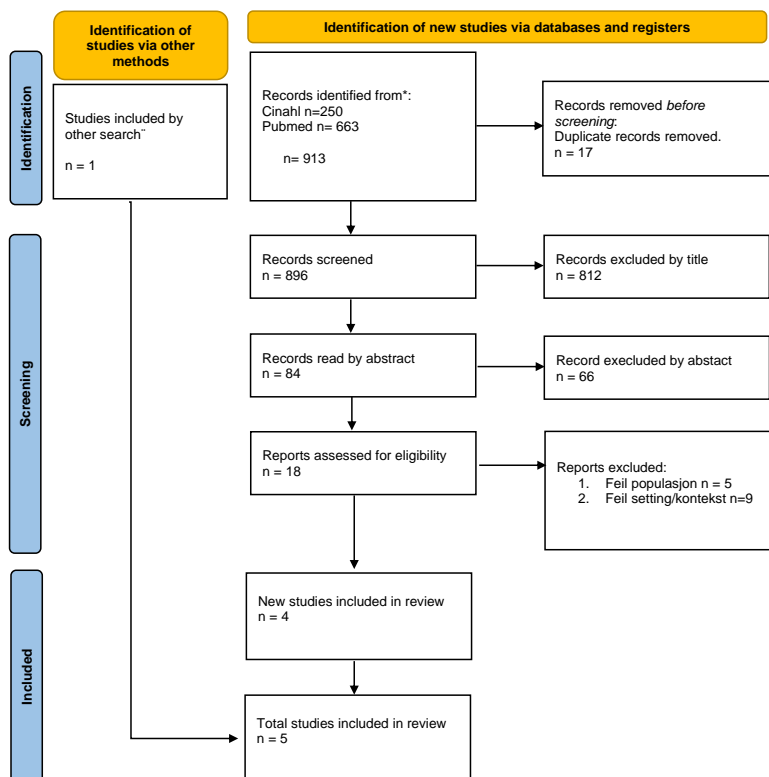
I det videre fremgangen av artikkelscreeningsprosessen, etter å ha utført duplikatkontroll, først digitalt i EndNote, ble det videre utført manuelt for å kvalitetssikre at alle duplikater ble oppdaget. Videre ble alle verifiserte referanser overført til Rayyan, et databehandlingsprogram designet for å støtte den initiale screeningen av artikkeltitler og sammendrag. Dette verktøyet er spesielt utviklet for å effektivisere og strukturere gjennomgang av litteratur i systematiske oversikter (Ouzzani et al., 2016). Ved bruk av Rayyan kunne det utføres søk etter enkeltord i artiklene, noe som hjalp meg i arbeidet med å identifisere nøkkelord i dem. Slik kunne artikler som ikke var relevant for oppgavens tema ekskluderes raskt, noe som var tidsbesparende. En annen faktor som var opplevdes bra ved bruk av Rayyan var at det var enkelt å kunne legge ved notater til de ulike artiklene, noe som hjalp meg når jeg gikk tilbake i programmet for å sjekke hvorfor det hadde blitt valgt å ekskludere eller inkludere artiklene. Med over 800 funn i databasene var det lett å glemme begrunnelsen bak valgene jeg hadde gjort.

Etter å ha ekskludert artikler basert på tittel- og abstraktgjennomgang, ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, resulterte dette i et utvalg av 18 artikler for nærmere gjennomlesning av fulltekst, hvorav fire artikler ble identifisert som relevante for inklusjon i studien. De utelukkede artiklene ble avvist grunnet feil perspektiv eller setting som var nødvendige for å besvare oppgavens forskningsspørsmål.

Som et supplement til de systematiske søkestrategiene, anbefaler Aveyard (2023) en utførelse av manuelle søk, slik som «snowball sampling». Selv de mest omfattende systematiske søk kan overse relevante studier, og det er derfor anerkjent at alternative søkestrategier kan være nødvendige for å sikre en mer fullstendig litteraturgjennomgang (Aveyard, 2023). Ved hjelp av «snowball sampling» ble det, i tråd med Aveyard (2023), utført manuelle søk ved å anvende forover- og bakover søk. Da ble referanselistene til allerede inkluderte artikler sjekket, og det ble søkt etter nyere forskning som har sitert de allerede inkluderte studiene. Dette med mål om å oppdage flere relevante artikler (Aveyard, 2023). Denne tilnærmingen førte til at ytterligere én artikkel ble inkludert i denne studien. Totalt ble fem studier inkludert ved hjelp av systematiske og manuelle søk.

Resultatet fra screeningsprosessen av inkluderte artikler er presentert i et PRISMA-flytskjema; Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (Polit & Beck, 2021), som vist i Figur 2.

Figur 2 – PRISMA-flytskjema



3.3 Kvalitetsvurdering

I kvalitetsvurdering av inkluderte artikler ble sjekklister fra Joanna Briggs Institute (JBI) for kvalitative studier benyttet. Sjekklisten til JBI fungerer som et verktøy, og består av ti spørsmål som bidrar til å vurdere kvalitet på metode, design, gjennomførelse og analyse av den enkelte studien. Resultatene kan deretter brukes i syntetisering og tolkning av resultatene fra studiene (Lockwood et al., 2015). Denne identifiseringen av styrker og svakheter av de ulike studiene har bidratt til å styrke min forståelse for hvilket bidrag studiene vil gi meg i besvarelsen av oppgavens forskningsspørsmål (Aveyard, 2023). Resultatene av kvalitetsvurderingen ville få score fra 1-10, hvor 10 er høy score, og 1 er dårlig. Selv om alle studiene ikke viste høy kvalitet er dette ikke ensbetydende med at studiene har lav kvalitet, men ofte kan scoren bedømme troverdighet og pålitelighet til forskerne, mer enn studiens gyldighet og validitet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Resultatet av kvalitetsvurderingen som ble utført er systematisert i et felles skjema som er fremstilt i Tabell 3. Sjekklisten til JBI ligger som Vedlegg 1.

Tabell 3 – Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

	Edvardsen et al. 2020	Flierman et al. 2020	Lundereng et al. 2020	Nordsveen et al. 2015	Tønnessen et al. 2016
Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei
Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei
Are participants, and their voices, adequately represented?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konklusjon	10/10 Høy kvalitet	8/10 Høy kvalitet	10/10 Høy kvalitet	10/10 Høy kvalitet	8/10 Høy kvalitet

3.4 Analyse

Det neste trinnet, ifølge Polit og Beck (2021), etter at kvalitetsvurdering av artiklene var utført, var å gjennomføre dataekstraksjon av de nevnte studiene. Dette går ut på å identifisere, og hente ut data fra artiklene som er relevant for oppgavens forskningsspørsmål. Bettany-Saltikov og McSherry (2016) anbefaler at man lager seg et skjema for hver artikkel hvor det trekkes ut viktig informasjon, som gir en god oversikt over hva hver enkelt artikkel inneholder. Det ble valgt å utforme dataekstraksjonsskjemaer etter inspirasjon fra Bettany-Saltikov og McSherry (2016) etter deres anbefaler om hva som bør inkluderes.

Dataekstraksjonsskjema for hver artikkel ligger under Vedlegg 4.

Videre i mitt arbeid har det blitt utført tematisk analyse av data, etter anbefalinger i Aveyard (2023). Aveyard (2023) beskriver en forenklet tilnærming til data, som er anbefalt for noviser i arbeidet med utførelse av litteraturstudier. Som en forberedelse til denne tilnærmingen er det anbefalt at man først studerer resultatdelen til hver artikkel, eller ser etter funn i sammendraget, for å identifisere temaer, før man deretter går i resultatdelen i artiklene for en dypere gjennomgang (Aveyard, 2023).

Neste trinn var å sammenlikne temaer i artiklene, og se etter likheter (Aveyard, 2023). Dette ble utført ved å utforme en tabell over temaer som ble identifisert utfra artiklene, etter inspirasjon fra Aveyard (2023). Dette gav meg en god oversikt over likheter og ulikheter i artiklene. Jeg endte opp med veldig mange like temaer etter hvert som jeg gikk gjennom artiklene, men etter ny gjennomgang ble flere temaer slått sammen, noe som gav meg en tydeligere oversikt. De ulike temaene er presentert i Tabell 4.

Utfra disse temaene begynte jeg å se etter hvordan disse kunne kategoriseres før funn skulle presenteres. Ifølge Aveyard (2023) ville dette være foreløpige kategorier, som etter hvert i arbeidet med å hente ut funn, og utvikling av en dypere forståelse av data, ville endre seg, og tilpasses bedre. Utfra temaene laget jeg meg egne nøkkelord som hjalp meg i arbeidet med å sammenlikne temaene fra de ulike artiklene. Her ble det identifisert fire temaer med totalt fem underkategorier, i arbeidet med å besvare oppgavens forskningsspørsmål. I dette arbeidet brukte jeg markører i ulike farger, slik at når jeg hadde identifisert ulike temaer i den forberedende fasen, gikk jeg inn i teksten og markerte funn med ulike farger utfra de ulike kategoriene, og skrev ned stikkord i teksten, eller på et eget ark. I arbeidet med å vise fram

resultatene i neste kapittel er det anvendt direkte sitater fra informanter i artiklene for å belyse funn.

Tabell 4 – Presentasjon av temaer og hovedfunn i inkluderte artikler.

	Edvardsen et al., 2020	Flierman et al., 2020	Lundereng et al., 2020	Nordsveen et al., 2015	Tønnessen et al., 2016
Forsinkelser av epikriser ved utskrivelse	x	x	x	x	x
Feil informasjon i epikriser	x	x	x	x	x
Behov for uformelle samhandlingsarenaer	x	x	x	x	x
Behov for fysiske/telefon-utskrivelsesmøter			x	x	x
Hurtige og dårlig planlagte utskrivelser	x	x	x	x	x
Ønske om samhandlingsmøter og felles møtearenaer	x			x	
Sykepleiere i kommunen uttrykte ønske om god omsorgsplan for pasient etter utskrivelse		x		x	
Utfordringer med tilgang på utstyr og medisiner til pasienten	x				x
Følelse av å stå alene profesjonelt	x				x

Sykepleier i distrikt måtte tilpasse seg nye situasjoner raskt	x			x	x
Manglende opplæring på nytt og ukjent utstyr som følger med pasienten	x				
Manglende forståelse for hverandres arbeid i sykehus og kommune			x	x	x
Samarbeid mellom palliativt team og sykepleier i kommune				x	
Ulike perspektiv på samhandling i kommuner og sykehus		x	x		x

3.5 Ethiske vurderinger

Dette er en litteraturstudie med systematisk tilnærming, som vil si at studien bygger på eksisterende forskning. Som følge av dette kreves det ikke godkjenning fra en etisk komité som SIKT, NSD eller lokale personvernombud (Aveyard, 2023). Når det gjelder inkludering av kvalitative studier, er det avgjørende å sikre at forfatterne av disse studiene har overholdt forskningsetiske retningslinjer, at nødvendige godkjenninger er innhentet og at deltakerne har gitt informert samtykke. Det er også viktig å sikre at personvernet til deltakerne er ivaretatt før inkludering av studiene.

I denne studien har jeg vært oppmerksom på egen integritet når det gjelder presentasjon av funne fra de inkluderte studiene. Dette har blitt ivaretatt ved å korrekt sitere og referere til de relevante forfatterne, slik at leserne ikke feiltolker mine fremstillinger som egen original forskning. Videre har det blitt utført en nøye vurdering av hvilke kvalitative studier som skulle inkluderes i studien, hvor jeg har tilsett at studiene oppfyller nødvendige

forskningsetiske standarder, har tilstrekkelige godkjenninger og samtykker. På denne måten vil det sikres at deltakernes rettigheter er ivaretatt, og forskningen er gjort på en etisk forsvarlig måte (Polit & Beck, 2021).

I følge Aveyard (2023) identifiserer jeg meg som en «novise», eller nybegynner, i dette arbeidet med å gjøre en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Jeg er bevisst på at det kan ha ført til at jeg ikke har fått inkludert alle studier som kunne vært relevant for oppgavens forskningsspørsmål.

I løpet av denne forskningsprosjektet har jeg benyttet meg av det kunstige intelligens-verktøyet ChatGPT, via nettstedet ChatUiT, for hjelp å formulere enkelte avsnitt i oppgaven (OpenAI, 2020).

4.0 Resultater

Totalt ble fem artikler inkludert i denne studien. Alle inkluderte artikler er publisert i Europa; én i Nederland og de resterende fire i Norge. Fire av studienes hovedhensikter var å kartlegge samhandling ved utskrivelse fra sykehus til hjem (Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Studien til Edvardsen et al. (2020) sin hensikt var palliativ pleie i kommunen. I tillegg har de også sett på flere utfordringer knyttet til overføring fra sykehus til små distriktskommuner, noe som er svært relevant for denne oppgavens forskningsspørsmål. Det var totalt 43 sykepleiere fra kommunehelsetjenesten i studiene. Tre studier inkluderte intervjuer av deltakere fra sykehus og hjemmetjeneste (Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015) og to studier utførte bare intervju av sykepleiere som arbeider i hjemmetjenesten (Edvardsen et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). Tre av studiene hadde gjort individuelle dybdeintervju (Edvardsen et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Tønnessen et al., 2016), mens to av studiene benyttet seg av fokusgruppeintervju (Flierman et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). Studiene inkluderte ulike metoder for analyse: tre artikler benyttet seg av tematisk analyserammeverk (Edvardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020), én studie brukte kvalitativ innholdsanalyse, (Nordsveen & Andershed, 2015) og en brukte fenomenologisk hermeneutisk tilnærming (Tønnessen et al., 2016). Oversikt over de inkluderte artiklene er presentert på neste side i Tabell 5.

Tabell 5 – Presentasjon av inkluderte studier

Forfatter, utgivelsesår, land	Hensikt med studien	Metode og utvalg	Utvalg	Hovedfunn fra studiene
Edvardsen et al., 2020, Norge	Å utforske utfordringer til distrikts sykepleiere i palliativ kreftomsorg, og forutsetningene for å oppholde en profesjonell standard i sykepleien.	Kvalitativ studie med utforskende design. Individuelle dybdeintervju, Fem sykepleiere fra en liten distriktskommune.	n = 5	Opplevelse av å føle seg alene geografisk og faglig i palliativ omsorg. Palliativ pleie i hjemmet ble utfordret av dårlig infrastruktur og dårlig vær. Avansert sykepleie ble gitt langt unna palliativt team og regionale sykehus. Suboptimal informasjon om pasientens utskrivelse fra sykehus kunne utfordre kontinuitet i omsorgen.
Flierman et al., 2020, Nederland	Å se på helsepersonells synspunkter og erfaringer ved overføring fra sykehus til primærtjenesten i palliasjon.	Kvalitativ studie. Tre fokusgruppeintervju med beskrivende design.	n = 14	Mangel på identifikasjon av og kommunikasjon om livets slutfase. Ufullstendig og utilstrekkelig overlevering. Usikkerhet om ansvar. Overføring ble hindret av manglende identifisering av palliativ fase.
Lundereng et al., 2020, Norge	Se og forstå sykepleieres erfaringer med samarbeid mellom sykehus og hjemmetjenesten.	Kvalitativ studie med beskrivende og utforskende design. Individuelle semistrukturerte intervjuer.	n = 5	Mangel på fortrolighet og ulike oppfatninger førte til mistillit. Ineffektiv kommunikasjon skapte behov for uformelt samarbeid. Forsinket utskrivingsplanlegging utfordrer samarbeidet.
Nordsveen et al., 2015, Norge	Beskrive erfaringer til sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjenesten ved utskrivelse av personer med kreft i palliativ fase til eget hjem.	Kvalitativ beskrivende design. Tre fokusgruppeintervju.	n = 12	To hovedfunn: Felles møtearenaer. Forståelse for hverandres arbeidsområde. Underkategori: viktighet av flyt i omsorg, IP, organisering av tjenesten, kreftkoordinatorens rolle.
Tønnessen et al., 2016, Norge	Innhente kunnskap om hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten opplever samhandling når pasienten skrives ut fra sykehus, to og et halvt år etter innføring av samhandlingsreformen.	Kvalitativ studie, individuelle dybdeintervju av sykepleiere i hjemmetjenesten.	n = 7	Samhandling omkring kreftpasienter fungerte godt. Mer utfordrende ved andre pasientgrupper. Samhandling preget av ulike perspektiver på hva som skulle vektlegges. Hjemmetjenesten opplevde begrenset makt og innflytelse samt at informasjonsflyten var begrenset.

4.1 Presentasjon av temaer

Ut fra analysen som ble utført av de inkluderte artiklene for å identifisere temaer, har funnene blitt kategorisert i fire hovedtema med fem undertema.

Tabell 6 – Presentasjon av temaer

Hovedtema	Undertema
Samhandling ved utskrivelse av kreftpasienten fra sykehus	- Skjev maktbalanse i utskrivelsesprosesser - Samarbeid med palliativt team og kreftsykepleier
Utfordringer knyttet til informasjonsoverføring i overganger mellom helsenivå	- Brukervennlighet, mangler og relevans i dokumentasjon - Forsinket dokumentasjon
Behov for uformell samhandling	- Fysiske møter, telefonkontakt
Utfordringer knyttet til oppfølging av kreftpasienter i distriktet	

4.1.1 Samhandling ved utskrivelse av kreftpasient fra sykehus

Alle de inkluderte studiene beskriver noe om sykepleierne i kommunens utfordringer som omhandler samhandling og overføring av helseinformasjon ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase. Sentrale utfordringer som går igjen i studiene handler om utfordringer direkte knyttet til samhandling mellom sykehus og kommune, forsinkelser av epikrise ved utskrivelse, brukervennlighet, relevans, feil og mangler i epikriser til pasientene (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). En studie som skiller seg ut, er studien utført av Tønnessen et al. (2016), hvor sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde at samhandlingen med sykehus fungerte godt når det gjelder kreftpasientene i palliativ fase. Sykepleierne opplevde at

personalet på sykehuset «tenkte på alt», fra bestilling av utstyr og medisiner, til hva som kunne forventes av fremskredne symptomer hos pasienten.

En tidlig planlegging av utskrivelse syntes å være avgjørende for et vellykket samarbeid mellom sykehus og kommune (Lundereng et al., 2020). Flere av sykepleiere hadde en oppfatning av at sykehuset består av et faglig sterkt team og sykepleiere i hjemmetjenesten opplever det var enklere å samhandle med sykehussykepleierne dersom det var noe sykepleierne i hjemmetjenesten trengte svar på, eller det dukket opp problemstillinger omkring pasientens behov for den videre oppfølging (Lundereng et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). Samtidig rapporterte andre sykepleiere at samarbeidet var avhengig av at den på sykehuset hadde god kjennskap til kommunen kreftpasienten skulle hjem til (Tønnessen et al., 2016).

Skjev maktbalanse i samhandling om utskrivelse

Sykepleierne i hjemmetjenestens følelse av maktskjevhet i samhandling mellom sykehus og kommune, går igjen i studiene (Edvardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Sykepleiere i hjemmetjenesten opplever at kreftpasienter blir utskrevet fra sykehuset så snart sykehuslegene har avklart kreftpasientens behov for behandling og videre oppfølging, noe som ofte gir sykepleiere i hjemmetjenesten begrenset tid på å sette inn nødvendige ressurser. Sykepleiere i hjemmetjenesten trenger tid på å planlegge at det er nok bemanning ute i feltet, spesielt i helgene, og de trenger å sette seg inn i nytt utstyr som kreftpasienten er i behov for som sykepleierne skal administrere. Dette har medført flere arbeidsoppgaver, og økt faglig krav til sykepleiere i hjemmesykepleie (Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015).

«If something should be improved, it should be earlier discharge planning. Quite often, they call us on a Thursday and tell us that the patient is coming home on Friday. That gives us pretty limited time to get everything in place.» (Lundereng et al., 2020, s. 7)

Når det gjelder samhandling ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase, mente flere av sykepleierne i hjemmetjenesten at innholdet i samhandlingen blir påvirket av flere faktorer. En presset arbeidshverdag hos sykehuspersonalet, kjennskap til den kommunen pasienten skal overføres til samt kjennskap til kreftpasienten, var noen av faktorene som ble tatt opp (Edvardsen et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et

al., 2016). Sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde ofte følelse av begrenset makt og innflytelse i samhandlingen med sykehus. Disse sykepleierne beskrev at de sjeldent ble hørt i dialog med sykehuset når de forklarte hvordan deres arbeidshverdag i kommunen er, eller når de informerte om dårlig tilgang på utstyr og medikamenter på grunn av mangel på lokalt apotek (Edvardsen et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016).

Det som ofte går igjen er jo at vi får pasienten med resepten i hånda, uten medisiner. Det nytter liksom ikke hvor mange ganger vi sier at vi ikke har apotek her i (...) og vi har ingen medisiner, vi har ikke så mye utstyr. Vi har ikke noe lager med noe. (Tønnessen et al., 2016, s. 5)

Til tross for disse utfordringene viste sykepleierne i distriktet seg som fleksible ved raske utskrivelser, og omorganiserte på egne arbeidsoppgaver for å kunne ta imot den kreftsyke pasienten i palliativ fase på en best mulig måte (Edvardsen et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). Samtidig så sykepleierne i hjemmetjenesten at raske og dårlig planlagte utskrivelser av kreftpasienten i palliativ fase fra sykehus førte til hyppigere reinnleggelser (Tønnessen et al., 2016).

Samarbeid med palliativt team og kreftkoordinator

Mange av sykepleierne i hjemmetjenesten foretrakk å ta direkte kontakt med det regionale sykehuset fremfor det lokale, dersom de hadde spørsmål, eller om det oppsto nye problemstillinger angende kreftpasientene etter utskrivelse fra sykehus. Sykepleierne erfarte at onkologer og palliativt team kunne svare mer utfyllende på spørsmål på angående pasienten, da onkologer og palliativt team var godt kjent med pasienten fra innleggelse på sykehus (Edvardsen et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). Sykepleierne i kommunene rapporterte at kreftpasientene som mottar oppfølging fra et palliativt team på sykehus får en godt planlagt og forberedt utskrivelse fra sykehus (Nordsveen & Andershed, 2015).

Hjemmesykepleierne erfarte også at det palliative teamet på sykehus hadde god kjennskap til kommunene pasientene skal skrives ut til, og at palliativt team er godt kjent med kommunene, og har god kjennskap til hvordan kommunene er organiserte, og hvem de skal kontakte (Nordsveen & Andershed, 2015).

Sykepleierne i studien til Nordsveen og Andershed (2015) opplevde det å ha en kreftkoordinator i kommunen som en stor ressurs for kreftpasientene i palliativ fase, da disse

ofte har kompliserte sykdomsforløp og et bredt oppfølgingsbehov. Sykepleierne opplevde at kreftkoordinatoren var en viktig samarbeidspartner ved utskrivelse da kreftkoordinator er kjent med behovet kreftpasienten vil ha. En kreftkoordinator kunne planlegge utskrivelsen sammen med sykehuset, og videre ta ansvar for å koordinere tjenestene pasientene var behov for (Nordsveen & Andershed, 2015).

4.1.2 utfordringer knyttet til informasjonsoverføring mellom helsenivå

Samtlige av de inkluderte studiene beskrev sykepleiere i kommunens erfaringer med informasjonsoverføring ved utskrivelse av kreftpasienter fra sykehus, som bidro til å komplisere samarbeidet mellom helsenivåene. Sykepleierne trakk fram flere utfordringer relatert til informasjonsoverføringen, blant annet forsinkelser og informasjonsmangler, samt brukervennlighet og relevans i overført informasjon (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). En av årsakene til ufullstendig informasjonsoverføring ble knyttet til hurtig og dårlig planlegging av utskrivelser (Lundereng et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). En ytterligere utfordring var knyttet til skriftlig informasjonsoverføring av sensitiv informasjon, omfattende pasientbehov eller belastende symptomer. Flere av sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde at elektronisk overføring av slik informasjon ikke alltid ble ansett som tilstrekkelig (Flierman et al., 2020). Det var også en utbredt usikkerhet blant sykepleierne angående bruk av elektroniske meldingssystemer, og det var uklart for mange hvilken informasjon som var hensiktsmessig å inkludere i disse systemene (Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020).

Mangler og forsinket dokumentasjon

Sykepleierne i studien til Tønnessen et al. (2016) presiserer at det ofte forekom at pasientepikriser ble sendt tildelingskontoret i kommunen, og at det derfra kunne gå én dag eller flere, før de ble videresendt til hjemmesykepleien som er ansvarlige for oppfølgingen av pasienten. Forsinkede og uferdige epikriser ved utskrivelse er en gjenganger i alle studiene (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Hjemmesykepleiere skildrer episoder hvor de fikk tilsendt en uferdig epikrise, med beskjed om at den ikke var ferdig, og at de ikke kunne handle ifra denne informasjonen. Sykepleierne måtte fortsatt på vente på den endelige epikrisen, som kunne komme én uke senere (Tønnessen et al., 2016). Denne forsinkelsen i informasjonsoverføring ledet gjerne til at sykepleiere i kommunen måtte anvende pasienten

som informant (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020). Eller de så seg nødt til å ringe sykehuset for å få den manglende og nødvendige informasjonen (Lundereng et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). Slik samhandling førte til at sykepleierne i hjemmetjenesten i studiene følte en gjentagende mistillit til informasjonsoverføringen de mottar fra sykehus som gjelder kreftpasientene i palliativ fase, som førte til at de ofte tok kontakt med sykehus for å kvalitetskontrollere dokumentasjonen de mottok ved utskrivelse av kreftpasientene. En hyppig gjentagende faktor var mangler og feil i medisinlistene (Edwardsen et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). En sykepleier beskrev at hun ved et tilfelle måtte ta en avgjørelse om medikamenter på grunn av mangel på medisinliste, noe som egentlig var legens ansvar. Slikt belastende ekstraarbeid for sykepleierne førte til økt stress i deres arbeidshverdag (Tønnessen et al., 2016).

Brukervennlig og relevant dokumentasjon

Identifikasjon av, og kommunikasjon om palliativ fase var et viktig element som sykepleierne i hjemmesykepleien ønsket skriftlig dokumentasjon om, omhandlende hva pasienten hadde blitt informert om angående egen sykdom (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020). Hjemmesykepleierne kunne oppdage i samtale med pasient at pasienten ikke var orientert om sin egen palliative status, noe som førte til etiske problemstillinger hos sykepleierne om hvorvidt sykepleierne skulle fortsette samtalen om palliativ status, da det er en legeoppgave å informere den type informasjon (Flierman et al., 2020).

Sykepleierne i kommunene opplevde at informasjonen i epikrisene ikke alltid var av relevans i hjemmet. Flere av sykepleierne i studiene syntes at sykehuset har et mer medisinsk perspektiv på pasientens behov enn det sykepleierne i kommunen har (Flierman et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). I kommunene har sykepleiere et større fokus på pasientens egne behov, funksjonsnivå og hjemmesituasjon, som gjør at flere savner informasjon om pasientens egne behov og ønsker for framtiden (Flierman et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). Samtidig kommer det fram i studien til Edwardsen et al. (2020) at hjemmesykepleierne der selv ønsker å utføre samtaler med pasienten om pasientens ønsker og behov, da sykepleierne opplevde at ønskene pasienten uttrykte på sykehus kunne være annerledes enn ønsker de uttrykte etter hjemkomst (Edwardsen et al., 2020).

Derimot en plan for videre oppfølging og behandling syntes å kunne være nyttig for sykepleierne i hjemmetjenesten. En plan for hvordan håndtere ulike utfordringer og bivirkninger av sykdommen, for eksempel ved dyspné. Sykepleierne i hjemmetjenesten ser nytte i å ha retningslinjer å gå etter, for hva som kan forsøkes først. Og hvis dette tiltaket ikke bedrer symptomene, hva er da neste steg (Flierman et al., 2020). Nordsveen og Andershed (2015) sine funn viser at sykepleierne savner en individuell plan for pasienten, og skulle gjerne sett at det ble utarbeidet for flere av kreftpasientene, særlig hos kreftpasienter med sammensatte behov.

4.1.3 Behov for uformell møteportal

Manglende og ufullstendige informasjonsoverføringer rundt kreftpasienter i palliativ fase førte til at hjemmesykepleierne så behovet for å ta i bruk uformelle møteportaler for å innhente informasjon som sykepleierne savnet. Hyppigst ble telefonkontakt tatt i bruk. Fysiske møter var å foretrekke ved avansert oppfølgingsbehov av kreftpasienten (Edvardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Hjemmesykepleierne i studiene påpekte at de bruker mye tid på å kontakte de rette personene på sykehus for å oppklare den skriftlige informasjonen, eller for å kvalitetssikre at informasjonen er korrekt (Edvardsen et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). Ved å kontakte sykehus via telefon, medførte dette til at sykepleierne ofte oppdager flere feil og mangler i epikriser, som ikke ville bli oppdaget med å lese i epikrisen (Edvardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Tønnessen et al., 2016).

Ved planlegging av utskrivelse av pasienter fra sykehus fortalte hjemmesykepleierne at de ofte opplevde verbal informasjonsutveksling som mindre tidskrevende enn elektronisk kommunikasjon. Sykepleierne opplevde også at det var enklere å føre dialog med oppfølgings spørsmål, og fikk raskere tilbakemelding på om innholdet i informasjonen er forstått, enn ved elektronisk informasjonsoverføring (Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). Flere av hjemmesykepleierne i studiene erkjente et behov for felles møtearenaer ved utskrivelse av pasienter med avanserte sykdomsbilder, for å best sikre en tryggere og mer kvalitetssikker overgang til kommunen (Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). Sykepleierne så fordelen med slike møter, da det gis rom for å snakke fritt om forventninger i forhold til utskrivelse, og enklere å huske informasjon som blir gitt (Lundereng et al., 2020). I studien til Flierman et al. (2020)

kommer det fram at slike møter ble utfordret av manglende forståelse for viktigheten av disse møtene fra sykehussykepleiere sin side, tidsbegrensinger, turnusarbeid og strenge personvernlover (Flierman et al., 2020). På en annen side kunne disse møtene kunne også oppfattes som en «tidssluk» i arbeidshverdagen til hjemmesykepleiere, dersom ikke sykepleieren på sykehuset som skulle gi essensiell informasjon om pasienten kjente pasienten godt nok (Lundereng et al., 2020).

Ved behov for en ny vurdering av pasientens helsetilstand, og planlegging av videre tiltak, ble felles telekommunikasjonsmøter via skjerm nevnt i en av de inkluderte studiene, som en alternativ møteplass mellom onkologer på sykehus, hjemmetjeneste, pasient og pårørende. Denne formen for kommunikasjon ble ansett som positivt av pasient og pårørende, som da unngår den lange reiseveien til sykehuset (Edwardsen et al., 2020).

4.1.4 utfordringer knyttet til oppfølging av pasient i distriktet

For sykepleierne i distriktskommunene var det avgjørende at de hadde tid på å planlegge hjemkomst av kreftpasienter i palliative fase, slik at sykepleierne kunne sørge for at praktiske ting kom på plass før pasienten skal hjem da det kunne være utfordrende å skaffe til veie utstyr og medikamenter på kort varsel (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016).

Dersom kreftpasienten hadde behov for nytt utstyr i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus, eller om pasienten ble skrevet ut med nye resepter som distriktssykepleierne har ansvar for å anskaffe, trengte sykepleiere tid på å bestille dette (Tønnessen et al., 2016). Ikke alle kommuner hadde egne apotek, og da behøvde hjemmesykepleierne noen dager, og kanskje uker, på å anskaffe viktige medikamenter til pasientene (Edwardsen et al., 2020).

Hjemmesykepleiere hadde heller ikke et tilgjengelig lager av utstyr eller medisiner (Tønnessen et al., 2016). I tillegg var gjerne bemanningen minimal på ettermiddag og helg som vanskeliggjorde både planlegging og mottak av kreftpasienter i disse tidsrommene (Tønnessen et al., 2016).

En annen utfordring som sykepleierne i distriktet kunne oppleve, var at personalet på sykehus ga lovnader til kreftpasientene om hvilken oppfølging de kunne forvente når de kom hjem fra sykehus (Tønnessen et al., 2016), uten at sykepleierne i kommunene kunne overholde dette,

og at de dermed måtte bruke mye tid på å avklare hva pasientene kunne forvente, og trygge dem i oppfølgingen (Tønnessen et al., 2016).

Dersom pasienter ble skrevet ut fra sykehus med nytt, ukjent utstyr, nye prosedyrer eller endret behandling, var det behov for at sykepleierne i distriktskommunene fikk mulighet til å sette seg inn i dette (Edvardsen et al., 2020). Derimot erfarte sykepleierne i studien til Edvardsen et al. (2020) at de ofte måtte improvisere, og har måtte ta i bruk internett for å finne løsninger ved eksempelvis å se på videoer på YouTube. Sykepleiernes arbeidshverdag ute i distriktskommuner påvirkes av dårlig infrastruktur som førte at det kunne ta lang tid å komme seg ut til pasientene, noe som medførte at sykepleiere i distriktet så behov for å planlegge for mulige symptomer som kunne oppstå hos kreftpasienter (Edvardsen et al., 2020).

With cancer patients, things may be unpredictable at the end. Acute conditions may develop with new symptoms. We see seizures, breathlessness, haemorrhages and many things that come suddenly. Then we have to be a bit prepared, so we always plan so we've got things prescribed in advance so they're available if we need them. (Edvardsen et al., 2020, s. 156)

Informanter skildret episoder hvor det har vært nødvendig med alternativ transport på grunn av den dårlige infrastrukturen, og med fjelloverganger som trues av dårlig vær og stengte veier. Det forelå også utfordringer med kreftpasienter som bodde ute i øysamfunn, hvor det var få avganger med offentlig båt, noe som vanskeliggjorde et likeverdig tilbud til deres krav på helsetjenester i hjemmet (Edvardsen et al., 2020).

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke sykepleierne i distriktskommuners erfaringer i samhandling med sykehus ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase. Oppgavens forskningsspørsmål er: «*Hvordan erfarer sykepleiere i distriktskommune samhandlingen rundt kreftpasienter i palliativ fase fra sykehus og hjem?*». Mine funn viser at sykepleierne i distriktskommuner brukte mye tid på å innhente informasjon om kreftpasientens sykdomsbilde, behandling, tiltak og plan for den gjenværende tiden til kreftpasienten på grunn av mangelfull dokumentasjon. Sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde store maktskjevheter i samhandlingen med sykehus, og å ikke bli hørt når de ga uttrykk for hva de trengte i forhold til deres planlegging av oppfølging av kreftpasienten i sitt hjem når det gjaldt anskaffelse av nødvendig utstyr, medisiner, og opplæring av nye prosedyrer. Ut fra analysen ble fire hovedtemaer identifisert, med fem underkategorier. I dette kapitlet vil disse funnene bli diskutert opp mot det teoretiske rammeverket i kapittel 2.

5.1 Samhandling ved utskrivelse av kreftpasient fra sykehus

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, ble kommunene pålagt økt ansvar for oppfølging av kreftpasienter i palliativ fase. Stortingsmeldingen for palliasjon (Meld. St. 24 (2019–2020)), samt den nye nasjonale kreftstrategien (Helsedirektoratet, 2023b) viser til viktigheten av samarbeid mellom helsenivå, samt sykepleiere i kommuners økte ansvar i oppfølgingen av pasienter med kreft i palliativ fase. Kreftomsorgen skal være mer brukerorientert, og pleie og oppfølging av kreftpasienten skal i stor grad, og der det er mulig, utføres på lavest mulig nivå, i pasientens hjemkommune (Meld. St. 47 (2008–2009)). Samhandlingsreformen har medført at kreftpasienter blir utskrevet raskere fra sykehus og hjem, mens pasientene fortsatt er i behov for avansert behandling og tett oppfølging. Dette krever at de ulike helsenivåene innehar en god samhandling for å sikre at pasienten blir ivaretatt i overgangen. En god overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene gjenkjennes av god forberedelse, kartlegging og planlegging av pasientens hjemkomst, slik at nødvendige ressurser kan komme på plass i god tid før pasientens hjemkomst (Norås, 2017).

Flertallet av sykepleierne i hjemmetjenesten som arbeider med kreftpasienter i palliativ fase opplevde utfordringer knyttet til mangelfull samhandling med sykehus som innebar manglende kommunikasjon, planlegging og uklarerheter i forhold til videre oppfølging av

kreftpasienten etter utskrivelse fra sykehus. Dette gav også ringvirkninger som påvirket kreftpasienten og pårørendes tillitt til helsevesener i negativ retning (Edvardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Kreftpasienter i palliativ fase er en særlig sårbar gruppe, og har behov for bred tilnærming fra flere yrkesgrupper. Dermed er det essensielt å påse at utskrivelsene deres er nøye planlagt, da dette gir et bedre utgangspunkt for sykepleiere i kommunene i deres planlegging og oppfølging av kreftpasienten i sitt hjem (Kaasa & Loge, 2016; Norås, 2017). En effektiv samhandling skal sikre en kontinuerlig og faglig forsvarlig flyt i pasientoppfølgingen. En god samhandling skal være basert på tillitt, gjensidig ansvar og likeverd, samt felles forståelse og evne til å løse problemer sammen (Orvik, 2022).

De inkluderte studiene viste imidlertid at kreftpasienter ofte ble overført til kommunene på kort varsel. Noe som ga sykepleierne i hjemmetjenesten begrenset med tid til å forberede den videre oppfølgingen i hjemkommunen. Særlig tilgang på utstyr og medisiner krevde at sykepleierne hadde mer tid på seg til å skaffe til veie i distriktskommunene i forkant av pasientens utskrivelse fra sykehus (Edvardsen et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Disse raske, og dårlige planlagte utskrivelsene førte ofte til et oppstykket og fragmenterte pasientforløp, og har negative innvirkninger på den videre oppfølgingen av kreftpasienten (Orvik, 2022). Undersøkelser har vist at kreftpasientene opplevde overgangen fra sykehus og hjem som utfordrende på bakgrunn av dårlig samhandling (Ross, 2023). Dette understreker behovet for en tettere samhandling mellom sykehus og kommuner – hvor kartlegging av pasientens behov for pleie og oppfølging, samt tidlig planlegging av utskrivelse, bør vektlegges. Dette vil gi mer tid til kommunene for å forberede de nødvendige ressursene kreftpasienten vil ha behov for i hjemmet i god tid før utskrivelse. På denne måten vil det være lettere å tilrettelegge for en trygg hjemkomst, og en sømløs overgang fra sykehus (Norås, 2017).

Sykepleierne i hjemmetjenesten som arbeidet med kreftpasienter opplevde at de ikke ble tatt på alvor, eller hørt når de forsøkte å ta opp essensielle ønsker og behov omkring utskrivelsesplanleggingen av kreftpasienter i palliativ fase. Manglende forståelse av hverandres arbeidsoppgaver ble nevnt i flere av studiene som en underliggende viktig faktor for denne skjeve maktbalansen (Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Manglende forståelse for hverandres arbeidsoppgaver har også blitt

synliggjort i andre studier, hvor det kommer fram at manglede forståelse for andres arbeid og praksis var utfordrende og at det kan ha sammenheng med ulik oppfattelse av begrepet samhandling i praksis (Vik, 2018). Ved at de ulike helsenivåene anerkjenner hverandres resurser i samhandlingen omkring kreftpasientens behov, kan det være med på å styrke en sømløs overgang for kreftpasienten i palliativ fase (Orvik, 2022).

Mangel på ansvarsfordeling og essensiell informasjon rundt kreftpasientene i overgangene trekkes fram som en negativ innvirkning på samhandlingen. Dette kan påvirke oppfølgingen av kreftpasienten etter utskrivelse til hjemmet, hvor sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde å ha dårlig oversikt over kreftpasientens forløp, og pasientens behov for videre oppfølging i hjemmet (Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Overgangene mellom helsenivåene preges av høy forekomst av uønskede hendelser, og pasientsikkerheten svekkes av mangler innenfor kommunikasjon, informasjon, samt uklart oppfølgingsansvar og kompetansemangler (Aase, 2018). Manglende møteplasser og retningslinjer for god samhandling kan medføre at kreftpasientens tillit til helsevesenet synker når kreftpasienten opplever at sykepleier ikke har oversikt over deres behov for videre oppfølging. Dette funnet gjenspeiler seg i undersøkelsen om pasienterfaring ved norske sykehus, som viser at kun én av fem kreftpasienter var fornøyd med oppfølgingen de fikk (Ross, 2023). For å styrke pasientsikkerheten i overganger mellom helsenivå og forhindre unødige pasientskader, kan det være en styrke at de ulike retningslinjer og programmer rettet mot selve utskrivelsesprosessen tas i bruk, og innlemmes hos sykepleierne som er ansvarlige for samhandlingen. Et av dem er «pakkeforløp hjem» (Helsedirektoratet, 2023a) som skal sikre god struktur og logistikk ved overføring av pasient på tvers av helsenivåene, samt retningslinjene til I trygge hender 24-7 (u.å.), for å forhindre pasientskade og styrke struktur for pasientsikkerheten ved overføringer mellom helsenivå (I trygge hender 24-7, u.å.).

Tross for store utfordringer i samhandling omkring utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase kommer det også fram at i enkelte tilfeller ble det erfart at sykehuspersonell har utført en grundig og godt planlagt utskrivelse, hvor de «tenker på alt» omkring kreftpasientens behov etter utskrivelse (Tønnessen et al., 2016). Da var gjerne alt planlagt, fra medisiner, utstyr og videre behov for oppfølging i hjemmet. Sykepleierne i hjemmetjenesten hadde en opplevelse av at samhandling om kreftpasienter i palliativ fase fungerer bedre enn for andre pasientgrupper som utskrives fra sykehus (Tønnessen et al., 2016). Ifølge Norås (2017) er

kreftpasientene en prioritert gruppe i samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Sykehus har ansvaret for opplæring og undervisning til helsepersonell som skal overta oppfølgingen i kommunen, og ofte sendes viktig utstyr med pasienten fra sykehus. En annen faktor som sykepleierne i kommunene erkjente nytte av er hvorvidt sykepleierne i sykehus har lokal kjennskap til kommunen pasienten skal utskrives til. Sykepleierne opplevde at utskrivelsesplanleggingen blir noe mer tilpasset for den enkelte pasient i disse tilfellene (Edvardsen et al., 2020), noe som gjenspeiles i Norås (2017).

Bruken av en kreftkoordinator i kommunen ved oppfølging av kreftpasienten i overgangen hjem ble ansett som en styrke i samhandlingen. Ved å ha en ansvarlig som holder «den røde tråden» i overgangen til hjem letter også sykepleierne i hjemmetjenestens ansvar med å organisere mottak av i pasientens hjem (Tønnessen et al., 2016). Kreftkoordinatorens hovedoppgave er å styrke oppfølging av kreftpasienter i kommunene, og sikre god overgang, trygge rutiner og videre oppfølging i kommunene (Kreftforeningen, u.å.) Studier har vist at ved å ha kreftkoordinator i kommunen bedrer samhandlingen mellom kommuner og sykehus omkring kreftpasientene (Syse & Moshina, 2015).

I noen av studiene kommer det fram at sykepleierne erfarte at pasientens utskrivelse ble bedre planlagt dersom palliativt team var involvert. Palliativt team ga uttrykk for å kjenne pasienten godt, og hadde ofte bedre oversikt over hvordan de ulike kommunene pasientene tilhører er organisert (Edvardsen et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). I følge Orvik (2022) er kompetanse for både helsefaglighet og organisatoriske områder svært viktig i samhandling mellom helseinstanser, for å kunne yte adekvat omsorg, og bedre sikre faglig forsvarlighet og glidende overganger (Orvik, 2022). Er samarbeid mellom kreftkoordinator i kommunen og palliativt team på sykehus har vist seg å være en styrke i oppfølging av kreftpasient ute i kommunene (Sekse et al., 2018).

5.2 utfordringer knyttet til informasjonsoverføring i overganger mellom helsenivå og behov for uformell samhandling

Ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase fra sykehus skal viktig informasjon om pasientens helsetilstand og videre oppfølgingsbehov sendes til kommunen som skal overta oppfølgingen av pasienten. Til dette benyttes det en felles elektronisk meldingsutvekslingstjeneste mellom sykehus og kommuner (Norsk helsenett, u.å.).

Samtlige av de inkluderte studiene indikerte at sykepleiere i distriktskommunene sto overfor betydelige utfordringer knyttet til overføring av informasjon som er essensiell for palliativ behandling og oppfølging av kreftpasientene. De opplevde at pasientens epikriser ikke var ferdigstilte ved utskrivelse, hvor den uferdige epikrisen likevel ble sendt til kommunen, eller så kunne epikrisen komme flere dager senere (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Videre ble det rapportert at epikriser ble sendt til tildelingskontor, hvorfra det kunne ta én eller flere dager før epikrisene ble tildelt de rette mottakerne (Tønnessen et al., 2016). Dette resulterte i at sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde svekket tillit til epikrisene som de mottok fra sykehus (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Helsetilsynet (2016) har avdekket at det ofte oppstår feil og mangler ved overføring av helseinformasjon mellom sykehus til kommuner. Gjentakende problemer inkluderer utilstrekkelige medisinalister og prosedyrer, manglende informasjon om pasienten sykdom og uklart oppfølgingsansvar (Helsetilsynet, 2016; Aase, 2018). Dette til tross for at det er utviklet ulike retningslinjer til hjelp for hva en PLO skal inneholde av essensiell informasjon, og hvor den skal sendes (Norsk helsenett, u.å.). Disse utfordringene bidrar ikke positivt til arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp (Helsetilsynet, 2016).

En form for omsorgsplan slik som palliativ plan, eller individuell plan ble ansett som nyttig i ivaretagelse av kreftpasient i distriktet (Edwardsen et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). Her hadde sykepleierne i hjemmetjenesten en retningslinje å gå etter ved nyoppståtte utfordringer i kreftpasientens sykdomsforløp. Dette kan utføres ved å aktivt ta i bruk retningslinjene i «pakkeforløp hjem for pasienter med kreft» (Helsedirektoratet, 2023a). Slik kan en sikre pasientens overgang, og videre oppfølgingsbehov i hjemmet ved utskrivelse fra sykehus. En palliativ plan skal journalføres og være tilgjengelig for alle som har oppfølgingsansvar for pasienten (Helsedirektoratet, 2018). Og en kan dermed tidlig sette i gang tiltak, og dermed øke sjansen for at kreftpasienten opplever mindre ubehagelige symptomer i deres fremskredne sykdom, noe som også kan føre til færre innleggelses på sykehus (Murray et al., 2017).

De inkluderte studiene avdekket at sykepleierne i hjemmetjenesten så seg nødt til å bruke mye tid på å innhente manglende informasjon fra sykehuset ved utskrivelse, noe som medførte

ekstra arbeid, og økt stress i arbeidshverdagen. Når samhandlingen ikke ble tilstrekkelig gjennom formelle samhandlingsportaler, slik som elektroniske meldinger mellom sykehus og kommune, førte det til at sykepleierne i hjemmetjenesten tok i bruk uformelle møteportaler for å innhente manglende informasjon (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Ved manglende informasjonsoverføring i overgangene påvirket det den videre oppfølgingen av kreftpasienten i kommunen. Når det oppleves hyppige feil, mangler og forsinkelser i epikriser fører det til at sykepleier i kommune ikke kan stole på innholdet i dokumentasjonen, og dermed de må bruke mye av sin tid på å kontakte sykehus for å dobbeltsjekke informasjonen som sendes (Aase, 2018). Helsetilsynet (2016) avdekket i sine rapporter at informasjon i epikriser fra sykehus til kommuner var av lav kvalitet (Helsetilsynet, 2016). Moore et al. (2022) har også sett at flere kreftpasienter opplevde én til flere medikamentkontinuitetsfeil ved utskrivelse, og svikt i den videre oppfølgingen.

Bruk av uformelle møteplasser viser seg å være viktig for å innhente manglende eller feil informasjon i pasientoverganger, som kan ha stor betydning for det videre palliative forløpet til kreftpasienten (Edwardsen et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Den hyppigste foretrukne formen for uformell samhandling var bruk av telefonkontakt med sykehus. Sykepleierne synes å oppfatte at telefonmøter med sykehus var mindre tidskrevende enn elektronisk kommunikasjon, og gjorde det enklere å fange opp informasjon ved bruk av tilleggsspørsmål, som kanskje ellers ikke ville blitt dokumentert i epikriser (Edwardsen et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). En annen hyppig brukt kilde var bruk av kreftpasient eller pårørende som informant (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020). Savnet etter felles samhandlingsmøter går igjen i flere av de inkluderte studiene (Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). Sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde at fysiske møter kunne være veldig nyttige, særlig når det gjaldt utskrivelse av kreftpasienter med avansert sykdomsbilde som krever høy kompetanse for videre ivaretagelse i sitt hjem (Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015). De fysiske møtene utfordres av de lange distansene, men da kan bruken av audio-visuell kommunikasjon et godt hjelpemiddel. Her kan sykepleier i hjemmetjenesten møte sykepleier på sykehus, onkologer og palliativt team over en skjerm. Eventuelt også pasient og pårørende, utfra hva som skal diskuteres (Edwardsen et al., 2020). Studien til Vik (2018) viser til at samhandlingsutfordringene var

forbundet med manglende møteplasser og ulike lokale retningslinjer . Tilbakemeldinger på undersøkelse utført av Helsedirektoratet (2021) viser at samarbeidsavtaler som skal være inngått var lite konkrete, og savnet etter faste og regelmessige samhandlingsmøter for å avklare strukturer i samhandlingen, var en gjenganger (Helsedirektoratet, 2021). Digitale møterom er ønskelig i kommunene som et tidsbesparende tiltak. Da kan lange reiseveier til sykehus unngås, og tilbudet vil være tilgjengelig for alle, uavhengig av geografiske utfordringer (Helsedirektoratet, 2021).

5.3 Utfordringer knyttet til oppfølging av pasient i distriktet

Utfordringer med å være sykepleier i distriktskommuner preges av mange praktiske utfordringer (Meld. St. 5 (2019–2020)). Det er lange reiseveier mellom bygder og tjenester, samt til lokalsykehus. Dårlig utbygget infrastruktur, med fjelloverganger som påvirkes av snø og dårlig vær kan påvirke hvor ofte pasienter får besøk av hjemmetjenesten (Ervik et al., 2021). Distriktskommuner har spredt bebyggelse, også ute i øysamfunn hvor det er få offentlige båtavganger som sykepleiere i hjemmetjenesten kan benytte seg av (NOU 2020: 15, 2020).

Med disse utfordringene som en del av arbeidshverdagen til sykepleierne i distriktskommunene kreves det at sykepleierne får tid til å planlegge slik at praktiske faktorer er på plass før kreftpasientens hjemreise fra sykehus (Edwardsen et al., 2020; Flierman et al., 2020; Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Tønnessen et al., 2016). Ikke alle distriktskommuner har egne apotek, eller tilgang på et lager av nødvendig medisinsk utstyr og hjelpemidler som kreftpasienten har behov for i hjemmet (Edwardsen et al., 2020; Tønnessen et al., 2016). Sykepleier i hjemmetjenesten skal samle løse tråder, holde flyt og sikre koordinering av tjenester rundt kreftpasienten (Robinson et al., 2023). Det kan være ekstra belastende å være sykepleier i distriktskommuner som skal gi omsorg til kreftpasientene i den palliative fase, da det kreves at de innehar avansert kunnskap om palliasjon, symptomlindring, kommunikasjon, tekniske ferdigheter og håndtering av akutte og vanskelige hendelser hos kreftpasienter (Midlöv & Lindberg, 2020). Sykepleierne måtte være løsningsorienterte sett i forhold til de lokale situasjonene (Sekse et al., 2018). Ofte opplevde sykepleiere å stå alene i nyoppståtte og akutte situasjoner relatert til kreftpasientens allmenntilstand. Det krevdes da at sykepleier har den nødvendige kompetansen, og måtte kunne stole på egen intuisjon for å kunne iverksette tiltak (Syse & Moshina, 2015). Når det

gjelder utøvelse av palliativ omsorg i distriktskommunene, viser studier at det også forelå ulike praktiske utfordringer, sammenliknet med by kommuner (Brazil et al., 2013; Ervik et al., 2021). Mangel på lokale apotek gjør at det kan ta noen dager før pasienten får nødvendige medisiner (Ervik et al., 2021). Sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde at tilsyn hos kreftpasienter i sine hjem kunne ta opptil flere timer grunnet lange avstander og dårlig infrastruktur. I tillegg kunne dårlige værforhold, som storm, være ekstra utfordrende å komme fram til pasientene (Brazil et al., 2013). Grundige opplysninger om kreftpasientens oppfølgingsbehov i epikriser er essensielt for å sikre forsvarlig oppfølging i distriktskommunen. Behovene til kreftpasienten i den palliative fasen strekkes seg bredt, og krever kompetanse på et bredt nivå som innbefatter behandling, kjennskap til bivirkninger, informasjon om sykdom, framtidsutsikter, emosjonell støtte, samt ivaretagelse av pårørende (Gagnon & Hébert, 2023; Kaasa & Loge, 2016). Rollene til sykepleier i hjemmetjenesten, særlig i distriktet, rundt kreftpasienter i palliativ fase, kan være vanskelig å definere da arbeidet deres er en kompleks blanding av praktiske ferdigheter, personlige egenskaper og disiplin (Sekse et al., 2018). I følge Meld. St. 24 (2019–2020) er det nedtegnet behov for å styrke kompetanse om lindrende behandling og omsorg til palliative pasienter i hjemmet. Men i små distriktskommuner kan dette utfordres av, blant annet, et lavt årlig antall palliative kreftpasienter (Ervik et al., 2021). Dette bidrar til å utfordre det norske helsevesenets lovnader om å skulle tilby likeverdig oppfølging av oppfølging og tjenester i hjemmet uansett hvor i landet pasienten bor (Helsedirektoratet, 2019).

5.4 Metodediskusjon

Aveyard (2023) skriver at det er viktig å reflektere over egen rolle som forsker i arbeidet med å utføre en studie. Denne oppgaven er min første masteroppgave, og jeg er som en novise å regne i dette arbeidet. I den forbindelse har det være fint å kunne reflektere over hvordan denne prosessen har vært gjennom dette halvåret med oppgaveskriving. Arbeidet med denne studien har tidvis vært krevende, og periodevis har jeg savnet å kunne ha en diskusjonspartner i ulike problemstillinger som har dukket opp.

Det ble tidlig tatt et valg om å utføre en litteraturstudie med systematisk tilnærming i arbeidet med å besvare oppgavens forskningsspørsmål. I mine innledende søk dukket det opp få studier med perspektivet om hvordan sykepleiere i distriktskommuner opplevde samhandling med sykehus omkring kreftpasientene i palliativ fase. Med derimot viste mine søk at det var mye studier gjort på erfaringer til distriktssykepleiere som utøver omsorg til palliative kreftpasienter, og pasienter og pårørendes perspektiver i palliativ omsorg i overganger mellom helsenivå.

5.4.1 Studiens styrker og svakheter

Jeg bestemte meg tidlig i fasen for inklusjons- og eksklusjonskriteriene som jeg hadde satt for oppgaven, noe som gjorde det enklere å kunne selektere ut artikler som virket spennende for oppgavens tema, men som ikke var relevant for oppgavens forskningsspørsmål.

Både søkestrategi og inklusjons- og eksklusjonskriteriene for denne oppgaven ble utarbeidet i samarbeid med bibliotekar, noe som har vært med på å styrke denne oppgaven. Som uerfaren i arbeidet med å gjøre systematiske søk har det vært trygt og godt å kunne få hjelp av bibliotekar som har erfaringer med denne typen søk. Bruk av dataprogrammet Rayyan til utvelgelse av artikler anses som en styrke i denne oppgaven, da dataprogrammet har ført til god oversikt underveis. I tillegg har jeg dokumentert godt alt arbeidet jeg har utført, slik at det er mulig å etterprøve mine søk.

Søkene ble utført i to store databaser, Cinahl og PubMed, etter rådføring sammen med egen veileder, og lærer på studiestedet mitt. De fleste artiklene i denne studien er norske, noe som kan anses som en svakhet. Likevel belyser det at det er veldig få studier som har perspektivet distriktssykepleieres erfaringer med samhandling omkring kreftpasienter i palliativ fase som utskrives sykehus. Det ble brukt mye tid på å utføre systematiske søk etter relevante artikler

til inkludering til denne studien. Ikke alle relevante artikler blir fanget opp i systematiske søk (Aveyard, 2023), men ettersom jeg utførte fritekstsøk som et tillegg ville det øke sannsynligheten for flere aktuelle funn. Fritekstsøk hjalp meg å identifisere ytterligere en artikkel. Ettersom jeg måtte forholde meg til tidsbegrensningene som var satt av studiestedet, måtte jeg på et tidspunkt avslutte mine søk, og gå videre med de funnene jeg hadde. Et av anbefalingene for denne studien var å inkludere mellom fem og ti artikler. Jeg har inkludert fem, og er dermed innenfor det anbefalte antallet. Hadde jeg hatt mer tid til å se på alternative søkestrategier, eller brukt flere databaser, kunne det også ha gitt oppgaven et annet resultat.

Ved utførelse av en litteraturstudie med systematisk tilnærming utføres søk i store databaser, ved hjelp av søkeord som er tilpasset et forhåndsbestemt tema og et forskningsspørsmål (Aveyard, 2023). Utførelse av disse søkene som en uerfaren student, og i tillegg alene uten partner, eller et sterkt team som skal identifisere relevante studier (Aveyard, 2023), vil anses som en svakhet. Jeg har som uerfaren hatt mindre tilgang til ressurser som kunne identifisert flere relevante studier. Det ble i denne oppgaven utført søk etter relevante artikler i to ulike databaser. Bruk av flere databaser kunne vært med på å identifisere flere internasjonale studier, eller gitt oppgaven flere eller andre funn.

5.4.2 Implikasjon for praksis og videre forskning

For å kunne møte fremtidens behov for omsorg og oppfølging er det behov for å øke den faglige og organisatoriske kompetansen hos sykepleiere som skal ivareta kreftpasienter i fremtiden. Trenden viser at denne gruppen pasienter er økende, med et mer komplekst sykdomsbilde enn hva som har vært tidligere. Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning (2021) har lovfestet at utdanningen skal bidra til avansert kompetanse i utøvende personrettet sykepleie til alle pasienter som lever med kreftsykdom, samt inneha kunnskap om helse- og omsorgstjenestens organisering, rammeverk og relevant lovverk. Ved bruk av nyere forskning i arbeidshverdagen kan sykepleiere stadig sikre at de innehar den nyeste kunnskapen innenfor kreftomsorg. Utviklingen innenfor kreftmedisin er rask, og gårsgadagens kunnskap blir like hurtig avdanket. Dermed er det viktig at kreftsykepleiere hele tiden er oppdatert på kreftmedisin, utfordringer, bivirkninger, samt ivareta mellommenneskelige forhold, og sørge for tillit hos kreftpasientene og deres pårørende.

Det er essensielt å øke kompetansen om palliativ kreftomsorg i distriktene for å forhindre unødvendige reinnleggelser, og for å sikre at pasienters ønsker for livets slutfase blir respektert, inkludert muligheten for å dø hjemme. Dette krever spesialisert kompetanse hos distriktssykepleiere innen palliasjon, symptomlindring og håndtering av akutte forverringer. Det er et stort behov for å utvikle palliativ kreftomsorg i kommunene, særlig i distriktene, for å forhindre unødvendige reinnleggelser av pasientene. Pasientene skal bli hørt i deres ønsker for den siste tiden. Det skal legges til rette for at de kan få være hjemme så lenge som mulig i sitt sykdomsforløp, og dersom de ønsker skal de også få lov å dø hjemme. Dette krever spisse kompetanse hos sykepleierne i distriktet innen palliasjon, symptomlindring og akutte forverringer i pasientens helsetilstand.

Hensikten med denne studien var å øke forståelse av hvordan erfaringer sykepleiere i distriktskommunene har i samhandling om kreftpasienter i palliativ fase ved utskrivelse fra sykehus og hjemmet. Litteraturgjennomgangen har vist at det er lite tilgjengelig kvalitativ forskning om samhandling omkring kreftpasienter i palliativ fase som skal hjem sett fra kreftkoordinatoren i kommunenes perspektiv.

Pasienter har rapportert at overgangene fra sykehus til hjem er utfordrende på grunn av dårlig samhandling mellom helsenivåene. Fremtidig forskning bør fokusere på utfordringene ved overførsel av kreftpasienter i palliativ fase fra sykehus og hjem til distriktskommuner, samt utforske hvordan en forsvarlig og kvalitetssikret overgang kan oppnås. Det er også nødvendig å undersøke hvordan kreftpasienter kan sikres et adekvat tilbud for oppfølging og omsorg i distriktene, spesielt med tanke på den forventede økningen i antall personer som lever med kreftsykdom i årene som kommer.

6.0 Konklusjon

Denne studien har avdekket at sykepleiere i distriktskommuner møter flere utfordringer i samhandling med sykehus, noe som påvirker deres evne til å følge opp og ivareta kreftpasienter i palliativ fase i hjemmet etter utskrivelse. Maktforskjeller i samhandling mellom sykehus og kommune påvirker den videre oppfølging av kreftpasienten i palliativ fase, og truet dermed pasientsikkerheten, samt pasientens tillit til helsevesenet. Sykepleierne i hjemmetjenesten besitter omfattende kunnskap om samhandling, kommunikasjon og planlegging, tilpasset de geografiske avstandene de jobber innunder. Derfor er det viktig at deres stemmer i samhandlingen vektlegges i utskrivelse av kreftpasienter fra sykehus.

Sykepleiere i hjemmetjenesten er løsningsorienterte og snur seg raskt for å kunne ta imot kreftpasientene fra sykehus når de blir meldt utskrivningsklare. Men på grunn av mangelfull samhandling fører det til at sykepleiere bruker mye tid på å innhente nødvendig informasjon via alternative samhandlingsarenaer for å sikre kontinuitet i pasientoppfølgingen, noe som øker deres stressnivå, og går utover andre arbeidsoppgaver. Ansettelse av en kreftkoordinator i kommunen kan bidra å opprettholde en kontinuerlig oppfølgingsplan fra sykehus og hjem, og samtidig forenkle hverdagen til sykepleiere i hjemmetjenesten med at kreftkoordinatoren overtar ansvaret for samhandlingen med sykehuset.

Referanseliste

- Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (5. utg.). Open University Press.
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide* (2. utg.). Open University Press.
- Brazil, K., Kaasalainen, S., Williams, A. & Rodriguez, C. (2013). Comparing the experiences of rural and urban family caregivers of the terminally ill. *Rural Remote Health, 13*, 2250. <https://doi.org/https://doi.org/10.22605/RRH2250>
- Brostigen, A. & Leonardsen, A.-C. L. (2019). Anvarsforholdet er uklart når pasienter skrives ut. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78067>
- Carrillo, G. M., Arias-Rojas, M., Carreño, S. P., Gómez, O. J., López, R. & Cárdenas, D. C. (2018). Looking for Control at the End of Life Through the Bond: A Grounded Theory on the Hospital Discharge Process in Palliative Care. *J Hosp Palliat Nurs, 20*(3), 296-303. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000447>
- Direktoratet for e-helse. (2022). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp* (HITS 80806:2012). https://git.sarepta.ehelse.no/publisert/standarder/raw/master/kravdokument/BrukAvPleieOgOmsorgsmeldinger/HITS_80806_2012_Bruk%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20-oppdatert.pdf
- Edvardsen, T. L., Lorem, G. F. & Mehus, G. (2020). Palliative care in rural and remote areas: Challenges facing rural nurses in palliative cancer care in the far North of Norway. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning, 10*(3), 150–163. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-02>
- Ervik, B., Brøndbo, B. & Johansen, M.-L. (2021). Adapting and Going the Extra Mile: A Qualitative Study of Palliative Care in Rural Northern Norway From the Perspective of Healthcare Providers. *Cancer Nursing, 44*(4), E229-E235. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000815>
- Flierman, I., van Seben, R., van Rijn, M., Poels, M., Buurman, B. M. & Willems, D. L. (2020). Health Care Providers' Views on the Transition Between Hospital and Primary Care in Patients in the Palliative Phase: A Qualitative Description Study. *Journal of Pain & Symptom Management, 60*(2), 372-372. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.018>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning* (2021-1796). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-10-26-3093>
- Gagnon, M. C. & Hébert, J. (2023). Gaining a better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services. *Can Oncol Nurs J, 33*(1), 46–60. <https://doi.org/10.5737/2368807633146>
- Gardiner, C., Gott, M. & Ingleton, C. (2012). Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *British Journal of General Practice, 62*(598), e353-e362. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X641474>
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2018). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (3. utg., s. 112–125). Gyldendal.
- Heggelund K. (kandidatnr 35). (2023). *Samhandling i kommunehelsetjenesten [prosjektskisse]*. UiT Norges arktiske universitet.

- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 20. februar fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. (2019). *Palliasjon i kreftomsorgen - handlingsprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram#referere>
- Helsedirektoratet. (2021). *Samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet – Erfaringer fra helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner Forprosjekt 2020 [nettdokument]*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandling-mellom-helseforetak-og-kommuner-om-laerings-og-mestringsvirksomhet>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft* <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft#apiUrl>
- Helsedirektoratet. (2023b). *Nasjonal kreftstrategi 2024-2028 [nettdokument]*. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-kreftstrategi-2024-2028>
- Helsetilsynet. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent* (Rapport fra helsetilsynet 1/2016). Statens helsetilsyn. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf
- I trygge hender 24-7. (u.å.). *Reduser pasientskader*. Helsedirektoratet. Hentet 28. september fra <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader>
- Johansen, M.-L. & Ervik, B. (2022). Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07713-z>
- Kreftforeningen. (u.å.). *Oversikt over kreftkoordinatorer i kommunen*, . Kreftforeningen. Hentet 3. september fra <https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/>
- Kreftregisteret. (2023). *Cancer in Norway 2022*. Institute of populationbased cancer research https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2022/cin_report-2022.pdf
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon : nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lockwood, C., Munn, Z. & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*, 2015;13(3):179–187. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000062>
- Lundereng, E. D., Dihle, A. & Steindal, S. A. (2020). Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. *J Clin Nurs*, 29(17–18), 3382-3391. <https://doi.org/10.1111/jocn.15371>
- Meld. St. 5 (2019–2020). *Levende lokalsamfunn for fremtiden— Distriktsmeldingen*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20192020/id2674349/?ch=1>
- Meld. St. 24 (2019–2020). *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

- Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Midlöv, E. M. & Lindberg, T. (2020). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 15–24.
<https://doi.org/10.1177/2057158519857002>
- Moore, L., Matheson, L., Brett, J., Lavender, V., Kendall, A., Lavery, B. & Watson, E. (2022). Optimising patient-initiated follow-up care – A qualitative analysis of women with breast cancer in the UK. *European Journal of Oncology Nursing*, 60, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102183>
- Murray, S. A., Kendall, M., Mitchell, G., Moine, S., Amblas-Novellas, J. & Boyd, K. (2017). Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*, 356, j878.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.j878>
- Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(3), 239–252.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02>
- Norsk helsenett. (u.å.). *Bruk av PLO-meldinger med helseforetak*.
<https://www.nhn.no/tjenester/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-3-tjenesteomrader/pleie-og-omsorg-og-psykisk-helse/bruk-av-plo-meldinger-med-helseforetak>
- Norsk palliativ forening. (2016). *Begreper med tilknytting til PALLIASJON*. Norsk palliativ forening og Norsk forening for palliativ medisin. https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf
- Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I *Kreftsjukepleie Pasient–Utfordring–Handling* (4. utg., s. 303–327). Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- NOU 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og distriktsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/?ch=3>
- OpenAI. (2020). *ChatGPT: Optimizing Language Models for Dialogue*. <https://chat.uit.no/>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse : innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*, 5(1), 210.
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2022). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (2-5 b). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Reitan, A. M. & Schjølborg, T. K. (2017). *Kreftsjukepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Robinson, J., Goodwin, H., Williams, L., Anderson, N., Parr, J., Irwin, R. & Gott, M. (2023). The work of palliative care from the perspectives of district nurses: A qualitative study. *J Adv Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jan.16030>

- Ross, I. S. (2023). *Vi må ta bedre vare på kreftpasientene når de kommer hjem*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/aktuelt/vi-ma-ta-bedre-vare-pa-kreftpasientene-nar-de-kommer-hjem/>
- Sekse, R. J. T., Hunskar, I. & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*, 27, 21–38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- Syse, A. & Moshina, N. (2015). Kreftkoordinatorers rolle i samhandlingsarbeidet i kreftomsorgen i norske kommuner. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 49–65. <https://doi.org/https://doi.org/10.7557/14.3476>
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-Utfordring-Handling* (s. 224-250). Cappelen Damm Akademisk.
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, 11(1), 14-22. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- WHO. (2020). *Palliative care*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- WHO. (u.å.). *Palliative care*. World health organization. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1 – Søkehistorikk i CINAHL

# 1	Emneord	(MH "Rural Nurses") OR (MH "Rural Health Personnel") OR (MH "Community Health Nurses")	1.085
# 2	Tekstord	Nurs* OR district nurs*	950.096
# 3	Emneord	(MH "Hospital to Home Transition") OR (MH "Transfer, Discharge") OR (MH "Collaboration")	63.761
# 4	Tekstord	"discharge" OR "transition" OR "collaboration" OR "interaction" OR "transfer"	373.945
# 5	Emneord	(MH "Rural Areas") OR (MH "Primary Health Care") OR (MH "Home Health Care")	125.204
# 6	Tekstord	"district"	356.797
# 7	Emneord	(MH "Palliative Care")	43.003
# 8	Teksord	"palliative care" OR "terminal care" OR cancer	606.167
# 9		# 1 og # 2	950.760
# 10		# 3 AND # 4	373.945
# 11		# 5 AND # 6	156.261
# 12		# 7 AND # 8	606.167
# 13		# 10 AND # 11 AND # 12	381
# 14		Tidsbegrensning satt fra 2013 – 2024	240

Vedlegg 2 – Søkelineje i PubMed

Søk	Keywords	Antall treff
# 1	Nurs* OR district nurs* or cancer nurs* or health personnel	1.672.901
#2	patient discharge OR transitional care OR continuity of patient care OR hospital to home transition OR interaction OR collaboration OR communicate OR transfer* OR transition OR discharg*	4.990.434
# 3	rural area OR rural OR district OR municipalit* OR community OR primary care OR district health care	2.066.302
# 4	palliative care OR terminal care OR end-of-life	1.281.614
# 5	Experience OR participation OR nurse perspective	3.005.282
# 6	Cancer og oncology	5.175.707
# 7	qualitative OR questionnaire OR narrative	2.037.104
# 8	# 1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6 AND # 7	836
# 9	# 8 Limit year 2013 – current	663

Vedlegg 3 – Critical appraisal checklist for qualitative research

JBI Critical Appraisal Checklist for
Qualitative Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
• <i>Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Are participants, and their voices, adequately represented?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <i>Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Vedlegg 4 – Dataekstraksjonsskjema

Artikkel nr. 1	
Forfatter	Edwardsen, Lorem, & Mehus
Årstall, land	2020, Norge
Hentet fra	<i>Nordisk sygeplejeforskning</i>
Tittel	«Palliative care in rural and remote areas – Challenges facing rural nurses in palliative cancer care in the far North of Norway»
Metode	Kvalitativ metode med eksplorativt design Semistrukturert dybdeintervju 60-80 min på arbeidsplass 11. oktober 2015.
Utvalg	Fem sykepleiere, 36–60 år med minimum 11 års erfaring. Fire var lokale sykepleiere, mens én deltaker var tilflyttet. To stk. hadde spesialutdanning innen kreft/palliasjon
Kontekst	Distriktskommune i Finnmark
Hensikt	Utforske sykepleieres utfordringer i å gi palliativ omsorg i nordligste del av Norge.
Analyse	Granheim og Lundmans kontekst for analyse. Et hovedtema og tre undertema
Funn	<p>Oppfølging av palliative pasienter ble utfordret av værforhold og infrastruktur; stengte veier, fjelloverganger og øyer.</p> <p>Opplevelse av å stå i profesjonelle, etiske og moralske utfordringer ved akutt oppståtte hendelser, vanskelig å få tak i lege.</p> <p>Sykepleier måtte være løsningsorientert, og tilpasse seg nye situasjoner raskt.</p> <p>Fokus på forhåndsplanlegging av symptomer som kan oppstå på grunn av utfordringer med tilgjengelighet av leger.</p> <p>Manglende og ufullstendige epikriser førte til frustrasjon og merarbeid for sykepleier som måtte nøste opp i løse tråder.</p> <p>Mangel på apotek i området førte til medisinmangel dersom dette ikke var avklart og sendt ved utskrivelse – behov for planlegging</p> <p>Mangel på tilgjengelig utstyr – behov for planlegging</p> <p>Ukjent utstyr, ikke nødvendig opplæring. Pasient brukt som informant, eventuelt YouTube.</p> <p>Uttrykk for godt samarbeid med fastlege, som stiller opp for pasient, og drar på hjemmebesøk.</p> <p>Vanskelig å skille roller, profesjonelle og private., «alle kjenner alle»</p> <p>Pasient kunne nekte kjent sykepleier inn døra hjemme</p> <p>Dilemma dersom «venninne» ønsket å stå for oppfølgingen av pasient.</p> <p>Sykepleier kan få sensitiv og ikke-informerte opplysninger om kjentmann/familie via arbeid før familien fikk det.</p>

Artikkel nr. 2	
Forfatter	Flierman et al.
Årstall, land	2020 Nederland
Hentet fra	<i>Journal of pain and symptom management</i>
Tittel	«Health care providers' views on the transition between hospital and primary care in patient in the palliative phase»
Metode	Kvalitativ beskrivende metode.
Utvalg	28 sykepleiere fra sykehus og kommunehelsetjenesten fordelt i tre fokusgrupper. Totalt 17 stk. fra kommunehelsetjenesten, hvor én hadde spesialutdanning innen palliativ omsorg.
Kontekst	Kommunehelsetjeneste
Hensikt	Utforske helsepersonells syn og erfaringer ved overføring av pasient fra sykehus til kommune ved palliativ omsorg.
Analyse	Tematisk analyse. Ustatisk koding av data, disse ble endret eller fjernet ved behov i prosessen.
Funn	Mangel på identifikasjon av og eller kommunikasjon om den siste fase av livet. Kommunikasjon med pasient om deres palliative status. Ukomplett og manglende epikriser fra sykehus. Ulikheter mellom epikriser fra lege og sykepleier. Pasientønsker ikke inkludert i epikriser. Warm handover. Videre ansvar for pasient er ikke fordelt. Palliativ status var ikke avklart Gitt info til pasient om status ikke dokumentert, oppsto konflikt med sykepleier om hvilken informasjon som var gitt, og hva de kunne si. Uklar ansvarsfordeling Uadekvate overføringer mellom sykehus og hjem kunne føre til negative helseutfordringer. Pasienter som nærmer seg døden er i særlig risiko grunnet komplekst helseproblem, frekventerte pasientoverføringer og involvering av mange helsepersonell.

Artikkel nr. 3	
Forfatter	Lundereng, Dihle & Steindal
Årstall, land	2020, Norge
Hentet fra	<i>Journal of clinical nursing</i>
Tittel	«Nurses experiences and perspectives on collaborative discharging planning when patients receiving palliative care for cancer are discharge home from hospital»
Metode	Kvalitativ metode Semistrukturerte intervju
Utvalg	Fem Sykepleiere fra fire ulike avdelinger i kommunehelsetjenesten innen samme regionalsykehus. To med utdanning innen palliasjon og tre med utdanning innen kreft.
Kontekst	Sør-vest Norge, kommunehelsetjenesten
Hensikt	Å utforske sykepleieres erfaringer med og perspektiver på samhandling ved utskrivelse av pasienter som mottar palliativ behandling for kreft.
Analyse	Tematisk analyse, systematisk tekstkondensasjon.
Funn	<p>Mangel på familiære og forskjellige perspektiver førte til mistillit.</p> <p>Ineffektiv kommunikasjon ledet til uformell samhandling.</p> <p>Forsinket utskrivelsesplanlegging og utskrivelse.</p> <p>Hjemmesykepleiere var ukjent med avgjørelser som tas på sykehus.</p> <p>Sykepleier på sykehus var forsinket i samhandlingen.</p> <p>Dokumentasjon manglet essensiell informasjon.</p> <p>Forsinket dokumentasjon.</p> <p>Behov for uformell samhandling – telefonmøter.</p> <p>Ønske om utskrivelsesmøter, særlig ved avansert sykdomsbilde.</p> <p>Tidlig planlegging var essensielt for godt samarbeid og bedre utskrivelser.</p> <p>Tidlig utskrivelsesplanlegging ble utfordret av faktorer utenfor sykepleieres kontroll.</p> <p>Ved hurtige utskrivelser ble mye info gitt kort tid, lite tid til forberedelse og planlegging av mottak i kommune.</p>

Artikkel nr. 4	
Forfatter	Nordsveen & Andershed
Årstall, land	2015, Norge
Hentet fra	<i>Nordisk sygeplejeforskning</i>
Tittel	«Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem»
Metode	Kvalitativ beskrivende metode Fokusgruppeintervju
Utvalg	Tolv hjemmesykepleiere i tre kommuner mellom 33 – 60 år. Alle kvinner. 5 – 36 års erfaring som sykepleiere, og 3-32 års erfaring med omsorg for kreftpasienter i palliativ fase. Totalt åtte hadde videreutdanning innen kreft (av alle informanter, 20 stk. totalt fra sykehus og kommune).
Kontekst	Kommunehelsetjenesten
Hensikt	Beskrive sykepleieres erfaringer i sykehus og kommunehelsetjenesten, ved utskrivelse av personer med kreft i palliativ fase.
Analyse	Kvalitativ innholdsanalyse. Identifisere fremtredende tema og mønstre. Førte til to kategorier, med to sub-kategorier
Funn	Felles møtearena Forståelse for hverandres arbeid Viktighet av flyt i omsorgen Underkategori: individuell plan (lite brukt) Organisering av tjenester Kreftkoordinator/sykepleiers rolle
Mine funn	Betydning av samarbeidsmøter, sjelden sykepleiermøter, kun ved spesielle utfordrende og avanserte sykdomsforløp hos pasient. Samarbeid med palliativt team bedret kontinuitet Spesielt i samarbeid med kreftkoordinator i kommune øker kvalitet på kontinuitet. Sykepleier i sykehus må gi god, riktig informasjon som er relevant. Pasientens tillit ble svekket ved dårlig planlagte utskrivelser Hjemmesykepleiere tilpasser seg raskt, var fleksible i møter med palliative pasienter. Kreftkoordinator i kommune var en viktig ressurs og samhandlingspartner for sykehus og bedre kvalitetssikre utskrivelser.

Artikkel nr. 5	
Forfatter	Tønnessen, Kassah & Tingvoll
Årstall, land	2016, Norge
Hentet fra	<i>Sykepleien forskning</i>
Tittel	«Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten»
Metode	Kvalitativ design
Utvalg	Syv sykepleiere, fire med pasientrettet arbeid, og tre i administrative stillinger som planla tjenesteyting, og var ansvarlige for å ta imot pasienter fra sykehus
Kontekst	Distriktskommune
Hensikt	Hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten opplever samhandlingen med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten to og et halvt år etter innføring av reformen.
Analyse	Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming
Funn	<p>Kreftomsorgen fungerte</p> <p>Ulike perspektiver på samhandling</p> <p>Begrenset makt og innflytelse</p> <p>Begrenset samhandling og informasjonsflyt</p> <p>Opplevelse av at sykepleiere på sykehus «tenker på alt» ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase.</p> <p>God informasjonsflyt var avgjørende for å gi gode tjenester.</p> <p>Ulike perspektiver på hva som er viktig å fokusere på rundt pasient. Sykehus fokuserte på medisinske forhold. Hjemmesykepleier fokuserer mer helhetlig på pasientens behov.</p> <p>Presset hverdag påvirker alles innflytelse i samhandling.</p> <p>Hjemmesykepleien opplevde ingen makt i samhandling.</p> <p>Raske utskrivelser førte til mer arbeidsoppgaver og økt faglige krav til kompetanse hos hjemmesykepleier.</p> <p>Samhandlingsavtaler mellom sykehus og kommune.</p> <p>Pasienter ble utskrevet hjem med resept, men mangel på apotek og utstyr medførte at de ikke fikk tak i medisiner før dager senere.</p> <p>Hjemmesykepleien fikk sjelden tid å planlegge mottak av pasienter.</p> <p>Lovnader fra sykehus som ikke hjemmesykepleien kunne overholde.</p> <p>Mangel på faste samhandlingsarenaer.</p>

