

LEVE HELE LIVET

EN KVALITETSREFORM FOR ELDRE

- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater



Overganger og brudd i pasientforløp for eldre

- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

LEVE HELE LIVET –

EN KVALITETSREFORM FOR ELDRE

DELPROSJEKT 3

Overganger og brudd i pasientforløp for eldre

- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater

Delprosjektleder	Sverre Bergh
Delprosjektgruppe	Mona Michelet (MSc), Margit Gausdal Strandenæs (MPH), Øyvind Kirkevold (dr.philos), Sverre Bergh (Cand.Med, ph.d)
Forfattere	Sverre Bergh, Mona Michelet og Margit Gausdal Strandenæs

Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Ansvarlig for oppdraget	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ved Kari M. Kristiansen har ansvar for delprosjekt 1,3,4,5,6
Prosjektkoordinator	Janne Røsvik
Forskningskoordinator	Torunn Totland
Prosjektgruppe	Kari Midtbø Kristiansen - <i>Daglig leder</i> Guro Hanevold Bjørkløf - <i>Fagsjef, demens</i> Ellen Melbye Langballe - <i>Fagsjef, funksjonshemning, utviklingshemning</i> Maria Lage Barca - <i>Fagsjef, alderspsykiatri (konst.)</i> Øyvind Kirkevold - <i>Assisterende forskningssjef</i> Sverre Bergh - <i>Forsker</i> Anne Marie Mork Rokstad - <i>Postdoktor</i> Torunn Holm Totland - <i>Forskningskoordinator</i> Aud Johannessen - <i>Postdoktor</i> Janne Røsvik - <i>Postdoktor</i> Geir Selbæk - <i>Forskningssjef</i>
Bibliotekarere	Vigdis Knutsen - <i>Hovedbibliotekar</i> Katarina Einarsen Enne - <i>Spesialbibliotekar</i>
Levert	30. september 2017



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

INNHold

BAKGRUNN	3
Mål	3
METODE	3
Problemstillinger	3
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Søkestrategi.....	5
Internasjonale databaser	5
Grå litteratur	5
Inklusjon av studier	5
Internasjonale databaser	5
Grå litteratur	5
Utfordringer ved søkene	6
Dataanalyse	6
RESULTATER	6
Hva kjennetegner overganger?	7
Hva er risikoen ved overganger?	7
Hva er risikofaktorer for å oppleve unødvendige overganger?	8
Opplevelser av overganger.....	8
Tiltak for å hindre eller utsette overganger	9
Tiltak for å bedre overganger.....	10
Case management.....	10
Kommunikasjon og informasjon.....	11
Medisingjennomgang.....	11
Hull i forskningen	11
DISKUSJON	12
Styrker og svakheter.....	12
OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER.....	12
Anbefalinger for å unngå overganger	13
Anbefalinger for å bedre overganger	13
Referanser	13

BAKGRUNN

Helsetjenester tilbys fra en rekke aktører, som sengeavdelinger, dagbehandling og poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, og fastleger, hjemmetjenester og sykehjem i kommunehelsetjenesten. Pasienter har ofte behov for tjenester fra flere forskjellige aktører, enten fra flere forskjellige helsetjenester samtidig eller som en kjede av tjenester fra forskjellige aktører i et behandlingsforløp. Det engelske begrepet *transitional care* er definert av The American Geriatrics Society, som et sett med tiltak for å sikre koordinering og kontinuitet i helsevesenet for pasienter som overføres mellom forskjellige helsetjenester, eller ulike nivåer av omsorg innenfor samme helsetjeneste. Eksempler på overganger mellom aktører på forskjellige nivå i helsetjenestene er utskrivelse fra sykehus til hjemmetjeneste, eller poliklinisk behandling på sykehus for en pasient på sykehjem. Eksempler på overganger mellom aktører innenfor samme nivå av helsetjenester er innleggelse på sykehjem etter tidligere å ha fått hjemmetjeneste, eller å flytte mellom to sengeavdelinger på samme sykehus.

Behandling gitt samtidig av forskjellige aktører i helse- og omsorgstjenesten er ikke alltid samkjørte, slik at pasientene får dårligere omsorg og behandling enn de skulle hatt. Overganger mellom helsetjenester kan være nødvendig, da pasientens symptomer, behandlingsbehov og omsorgsbehov endrer seg ettersom sykdommen utvikler seg. At pasienten tilbys helsetjenester fra forskjellige aktører kan slik sett være et gode for pasienten, men det er også en risiko for feilbehandling, eller at pasientene ikke ivaretas godt nok ved overganger.

Eldre er en sårbar gruppe, som er i risiko for å få flere samtidige sykdommer (multimorbiditet) og bruke mange medisiner (multifarmasi). De har ofte behov for behandling, tjenester og oppfølging fra flere aktører i helse- og omsorgstjenesten, og har økt risiko for å oppleve overganger. Kognitive problemer og sanseetap kan også bidra til utilfredsstillende overganger og brudd i pasientforløp hos eldre pasienter.

Mål

Målet med denne kunnskapsoppsummeringen er å beskrive status, erfaringer med og utfordringer ved overganger og brudd i pasientforløpet for eldre.

Kunnskapsoppsummeringen vil

- gi kunnskap om forskning på overganger i helsetjenestene
- gi kunnskap om hull i forskningen som bør fylles med framtidig forskning på feltet
- gi konkrete råd til helse- og omsorgstjenesten i Norge om hvilke sammenhenger det er fare for brudd og dårlige overganger i, og hva helse- og omsorgstjenesten kan gjøre for å unngå brudd og dårlige overganger

METODE

Problemstillinger

Kunnskapsoppsummeringen vil ha tre fokus:

1. Oversikt over forskningen på feltet internasjonalt, men spesielt i Skandinavia.
 - a. Hvilke tema/områder/problemstillinger er godt dekket av forskning?
 - b. Hvilke tema/områder/problemstillinger har mangelfullt kunnskapsgrunnlag?
2. Oversikt over store utfordringer ved tematikken. Herunder vil eldres, pårørendes og tjenesteyters perspektiv vektlegges.
3. Oversikt over gode tiltak, verktøy og virkemidler som kan møte de identifiserte utfordringene på kommunalt nivå og i samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

En oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriteriene er i tabell 1. Målgruppa omfatter eldre over 65 år med behov for helse- og omsorgstjenester fra flere aktører, og som vil oppleve overganger. Ved studier med blandede aldersgrupper (som også inkluderer personer yngre enn 65 år) må funn fra aldersgruppa over 65 være presentert eksplisitt for at studien skal bli inkludert.

Litteraturoppsummeringer med ulike design som oppsummerer opplevelsen av overganger, kjennetegn ved en overgang, eller effekten av en intervensjon rettet mot å bedre eller unngå overganger, ble vurdert om de var skrevet på engelsk eller et av de nordiske språkene dansk, svensk eller norsk.

Relevante bøker, bokkapitler, enkeltstudier, masteroppgaver, doktoravhandlinger, rapporter og annen grå litteratur ble også vurdert.

Kronikker, video- eller lydfiler, juridiske dokumenter, kommentarer, brev eller ledere, intervjuer, forelesninger, avisartikler eller informasjonsmateriell til pasienter og pårørende ble ekskludert.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterium	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Eldre over 65 år med behov for helsetjenester	Blandede aldersgrupper, der også personer yngre enn 65 år er inkludert og resultater for gruppa > 65 år ikke eksplisitt er beskrevet
Tidsperiode	2012–2017	
Språk	Litteratur på engelsk, svensk, dansk eller norsk	
Type studie design/ dokument	Review (litteraturoppsummeringer) i fagfellelvurderte tidsskrifter Relevante bøker, bokkapitler, enkeltstudier, doktoravhandlinger, masteroppgaver, rapporter og annen grå litteratur	Kronikker, video- eller lydfiler, juridiske dokumenter, kommentarer, brev eller ledere, intervjuer, forelesninger, avisartikler eller informasjonsmateriell til pasienter og pårørende
Studiefokus/ Resultat	• Studier som beskriver overganger • Hva predikerer overganger? • Risiko ved overganger • Opplevelser av overganger • Pasientforløp	

Søkestrategi

Kunnskapsoppsummeringen baserte seg på søk i internasjonale databaser for vitenskapelig litteratur, manuell og elektronisk sitatsporing (såkalt snøballeffekt), og søk etter skandinavisk grå litteratur.

Internasjonale databaser

Det ble gjort søk i følgende internasjonale databaser: Cochrane Database for Systematic Reviews, Embase, MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, AgeLine, PubMed, PROSPERO, SveMed og NORART.

Litteratursøket ble utført av to bibliotekarer ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, i samarbeid med prosjektgruppa. Søket ble gjennomført i juni 2017. Oversikt over søkeord er vist i vedlegg 1.

Grå litteratur

Grå litteratur er litteratur som ikke er utgitt av tidsskrifter eller publiseringskanaler med publisering som hovedområde, og inkluderer rapporter, arbeidsdokumenter, offentlige dokumenter og evalueringer (1). Den kan være skrevet og publisert på ulike nivåer, trykt eller elektronisk, av regjering, akademikere, virksomheter og industri. Søk etter grå litteratur ble gjort i de nasjonale databasene Oria (tidligere Bibsys), NORA (Norsk open access vitenarkiv), LIBRIS (De svenska bibliotekens söktjänst) og Dansk statsbibliotek. I tillegg brukte vi søkemotoren Google scholar for å søke etter norsk, svensk og dansk grå litteratur. Søket etter grå litteratur ble foretatt i juli og august 2017. Oversikt over søkeord er vist i vedlegg 2.

Inklusjon av studier

Internasjonale databaser

Søk i internasjonale databaser ga til sammen 2055 treff, som ble redusert til 1820 treff etter fjerning av duplikater. Tittelscreening ble gjort av Sverre Bergh, noe som reduserte antall treff til 243. Mona Michelet, Margit Gausdal Strandenæs og Sverre Bergh leste en tredel av abstraktene hver, og konfererte med hverandre ved tvil om artiklene skulle inkluderes videre. Dette resulterte i 33 artikler som ble lest i fulltekst av Sverre Bergh. Ved tvil ble Mona Michelet konferert, og 5 artikler ble tatt ut.

Søk i internasjonale databaser resulterte dermed i 28 litteraturgjennomganger som omhandlet overganger i helsevesenet for personer over 65 år.

I vedlegg 3 er et flytskjema og en tabell som viser framgangsmåten i utvelgelse av artikler etter treff i internasjonale databaser.

Grå litteratur

Søk i nasjonale databaser og med de beskrevne søkemotorene ga til sammen 203 treff.

Tittelscreening ble gjort av Margit Gausdal Strandenæs for treff etter søk med Google scholar og søk i Dansk statsbibliotek, av Mona Michelet for treff i LIBRIS og NORA og av Sverre Bergh for treff i Oria. Tittelscreeningen reduserte antall treff til 147. Etter fjerning av duplikater var antall treff redusert til 113. Abstraktene ble lest av de samme som gjorde tittelscreeningen, noe som reduserte antall dokumenter som ble lest i fulltekst til 13. Sverre Bergh, med støtte fra Mona Michelet og Margit Gausdal Strandenæs ved tvil, leste de 13 fulltekstdokumentene, og tok ut 5 dokumenter som ikke var relevante.

Søk i Skandinavisk grå litteratur endte dermed med 8 relevante dokumenter om overganger i helsevesenet for eldre pasienter.

I vedlegg 4 er et flytskjema og en tabell som viser framgangsmåten i utvelgelse av dokumenter etter søk etter grå litteratur.

Utfordringer ved søkene

Ved søk i Google Scholar med aktuelle søkeord, kom det initialt opp mange treff som raskt ble vurdert som ikke relevante. Dermed ble søket gjentatt, der vi kun søkte etter søkeordene i tittel på dokumenter. Søket i Google scholar ble videre snevret inn ved at man ekskluderte bøker fra søkestrengen.

Ved søk i LIBRIS og Dansk statsbibliotek ble det bestrebet å finne svenske og danske søkeord som tilsvarte de norske og engelske søkeordene. Kollegaer med god kjennskap til svensk og dansk ble konsultert i oversettelsen av søkeordene. Noen av de foreslåtte søkeordene ga 0 treff, som «Patient överförd», «Patientöverföringar» og «Patientförlopp», men er tatt med i søkestrengen likevel.

En artikkel omhandlet personer over 60 år, uten å presentere aldersgruppa over 65 år i egen kohort (2). Denne artikkelen ble vurdert som relevant for vår kunnskapsoppsummering til tross for at den ikke oppfyller inklusjonskriteriene, og ble tatt med i rapporten.

Dataanalyse

Til sammen 46 dokumenter i fulltekst ble lest, og for hvert dokument ble det notert stikkord om populasjonen, tidsperiode, type artikkel eller dokument, resultater og konklusjon/anbefaling. Stikkordene er oppsummert i tabeller i vedlegg 5 (treff i internasjonale databaser) og vedlegg 6 (skandinavisk grå litteratur). Det ble ikke gjort en systematisk sammenstilling av dokumentene, og heller ikke gjort statistiske analyser av resultatene presentert i de forskjellige dokumentene. Som beskrevet ble 10 dokumenter (5 fra søk i internasjonale databaser og 5 etter søk etter skandinavisk grå litteratur) tatt ut etter lesing av full tekst, noe som resulterte i 36 dokumenter som ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen.

I resultatdelen presenteres funn og resultater som trekkes fram i mange av de inkluderte dokumentene. Hvilke funn som skal trekkes fram er blitt vurdert av de tre forfatterne i samarbeid, og underveis i denne prosessen har funn og resultater blitt diskutert med prosjektledere for andre delprosjekter i Leve hele livet, i tillegg til ledergruppa i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Det er vektlagt funn og resultater fra Skandinaviske studier, eller internasjonale studier som er overførbare til norske forhold.

RESULTATER

Det var 36 dokumenter som ble funnet relevante for denne kunnskapsoppsummeringen. Av disse var 29 litteraturgjennomganger (review artikler), fire var kvalitative enkeltstudier, én var mixed method (kvalitativ og kvantitativ enkeltstudie), og to var notat/rapport.

Fjorten dokumenter beskrev studier som hadde sett på overganger mellom flere forskjellige aktører i helsetjenestene, tretten dokumenter handlet om overgangen fra sykehus til hjemmet, to dokumenter handlet om overgangen fra hjemmet til sykehus, to dokumenter handlet om overgangen fra hjemmet til sykehjemmet, mens fire dokumenter handlet om overgangen fra sykehjem til sykehus. Kun ett dokument handlet om overganger innenfor samme nivå i helsevesenet: forflytning mellom sykehusavdelinger.

Litteraturgjennomgangene funnet i de internasjonale vitenskapelige databasene refererte ofte funn knyttet til en type overgang (for eksempel innleggelse på sykehjem fra hjemmet), erfaringer med overgang sett fra et perspektiv (for eksempel pårørende) eller effekt av en bestemt intervensjon knyttet til en overgang (for eksempel effekten av telefonoppfølging etter utskrivelse fra sykehus). Det kom fram at det sjeldent er typen overgang, eller fra/til hvilken helsetjeneste overgangen skjer, som er

avgjørende for opplevelsen av, risikoen ved eller effekten av overgangen. Mer avgjørende er universelle faktorer som gjelder ved alle typer overganger, og vi vil i denne kunnskapsoppsummeringen presentere felles faktorer som er trukket fram i mange studier, litteraturgjennomganger og andre dokumenter om overganger.

Selv om mye er universelt, må forskjellen i hvordan overganger blir sett på fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunehelsetjenesten sin side bli trukket fram. Spesialisthelsetjenesten er mer opptatt av diagnosespesifikke pasientforløp, mens kommunehelsetjenesten er mer opptatt av generiske (diagnoseuavhengige) pasientforløp (3). Dette trekkes også fram i en norsk kvalitativ studie som viser at helsepersonell opplever overganger mellom spesialist- og kommunalhelsetjenesten som vanskelige, og at dialogen må forsterkes (4). Helsepersonell sa også at de opplever at standardiserte pasientforløp egner seg bedre i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten (4).

I studiene denne kunnskapsoppsummeringen bygger på har intervensjonene variert i intensitet (hvor ofte har man ringt pasienten?), hvem som har gjennomført intervensjonen (lege eller sykepleier på sykehus, sykepleier fra kommunen eller fastlege?) og hvor lenge intervensjonen har vart. Forskjeller i hvordan man har målt effekten (for eksempel tid til reinnleggelse på sykehus, pasienttilfredshet eller symptombyrde) har også gjort sammenligning av enkeltstudiene vanskelig. Det er likevel holdepunkter for at økt intensitet i intervensjonen, eller kombinasjon av flere enkeltintervensjoner, gir bedre effekt enn intervensjoner med lav eller moderat intensitet (5).

Hva kjennetegner overganger?

Overganger er hyppig i norske helsevesen. For å ta overganger inn og ut av spesialisthelsetjenesten som eksempel, var det ifølge statistisk sentralbyrå i 2016 ca. 540 000 nordmenn som lagt inn på sykehus, ca. 270 000 som fikk dagbehandling og ca. 1 760 000 som fikk poliklinisk behandling.

En overgang mellom forskjellige aktører i helsetjenesten kan både være en fysisk forflytting av pasienten, for eksempel innleggelse på sykehus, eller en forflytting av behandleransvar. Felles for alle overganger er at nytt helsepersonell skal gi behandling og omsorg til pasienten. Dette stiller krav til overføring av informasjon mellom de forskjellige aktørene, det innebærer at pasienten og pårørende får nytt helsepersonell å forholde seg til og at pasienten må forholde seg til et nytt fysisk miljø.

Ved flytting av fysisk miljø kan avstanden mellom pasient og pårørende øke, både fysisk og relasjonelt.

Hva er risikoen ved overganger?

For å få til en god og forsvarlig overgang må informasjon om pasienten formidles videre til den nye aktøren i helsetjenesten, noe som er beskrevet som utfordrende. I en litteraturgjennomgang fant man at henvisningsgrunn, korrekt medisinliste og beskrivelse av kognitiv status manglet i henvisingsskriv som fulgte eldre personer til sykehus (6). Dette ble satt i sammenheng med økt mortalitet, morbiditet og flere unødvendige reinnleggelser hos pasientene (6).

Overganger i helsevesenet som fører til bytte av fysisk miljø, øker faren for delirium hos sårbare pasienter. En litteraturgjennomgang som så på overgangen fra sykehjem til sykehus, fant at 19 % av sykehjemsbeboerne fikk liggesår mens de var innlagt på sykehuset, 38 % fikk delirium, opptil 80 % trengte intensiv behandling og 24 % døde på sykehuset (7). Selv om disse komplikasjonene kan forklares med forverring av pasientens sykdom som var årsaken til henvisning til sykehus, kan man ikke utelukke at noen av komplikasjonene skyldtes selve overgangen.

Korte oppsummeringspunkter

- Overføring av informasjon om pasienten er viktig for å få til en forsvarlig og god overgang.
- Bytte av fysisk miljø øker faren for delirium hos sårbare pasienter.

Hva er risikofaktorer for å oppleve unødvendige overganger?

Det er i flere litteraturgjennomganger beskrevet risikofaktorer for å oppleve unødvendige overganger, både faktorer knyttet til pasienten og til helsetjenestene. Mange studier er gjennomført på eldre pasienter som er innlagt på sykehus, der reinnleggelse på sykehus har vært effektmål. Det er rapportert om en reinnleggsrate på 33 % i løpet av seks måneder for eldre pasienter (8), slik at tidligere sykehusinnleggelser er en risikofaktor for nye innleggelser, dersom overgangen ikke håndteres på en god måte.

Det er forsøkt å ta i bruk standardiserte kartleggingsverktøy for å vurdere risiko for reinnleggelse, som Identification Senior at Risk (ISAR), men studier har vist at disse bare er moderat presise i å plukke ut pasienter med risiko for reinnleggelse (8).

Når det gjelder forhold ved helsetjenesten, er det funnet at pasienter fra private kommersielle sykehjem, pasienter fra sykehjem med lav bemanning eller fra sykehjem med lav sykepleier- og legedekning hadde større risiko for innleggelse på sykehus enn pasienter fra andre sykehjem (9).

Det er også beskrevet faktorer ved pasienten som avgjør hvilket omsorgsnivå man blir henvist til etter sykehusinnleggelse. I en litteraturgjennomgang beskrev man egenskaper ved pasientene som var med på å bestemme om pasienten ble skrevet ut til hjemmet eller til en institusjon. Sjansen for å skrives ut til eget hjem etter opphold på rehabiliteringsavdelinger var rapportert høyest hos pasienter med lav alder, som var gift eller i samboerforhold, hadde god fysisk funksjon, god kognitiv status og var uten depresjon (10).

Pasienter med kronisk hjertesykdom, hjertesvikt, diabetes, depresjon, angst, multifarmasi eller som nylig hadde blitt lagt inn på sykehjemmet, hadde hyppigere innleggelser fra sykehjem til sykehus enn pasienter uten disse tilstandene (9).

Korte oppsummeringspunkter

- Reinnleggsraten på sykehus er 33 % i løpet av seks måneder for eldre pasienter.
- Pasienter med alvorlig somatisk eller psykiatrisk sykdom har hyppigere innleggelse på sykehus.
- Pasienter innlagt på sykehjem med lav bemanning eller lav sykepleier- og legedekning hadde hyppigere innleggelser på sykehus.

Opplevelser av overganger

Flere studier har beskrevet opplevelser av overganger, sett fra pasientens, pårørendes eller personalets perspektiv.

I en dansk kvalitativ studie av kreftpasienter i et pakkeforløp, og deres opplevelse av overganger mellom sykehusavdelinger, ble fire tema identifisert som viktige for pasientene for å oppleve en god overgang: relasjon til de ansatte, ansvarliggjørelse, informasjon og samarbeid (11).

Pårørende er i stor grad involvert i overganger i helsevesenet. Studier på pårørendes opplevelse av overgang fra hjemmet til sykehjem, trekker fram at pårørende er følelsesmessig bekymret i forkant av overgangen, men også opplever skam og dårlig samvittighet i etterkant av innleggelse på sykehjem (2). Pårørende oppgir at de har behov for støtte fra familie og venner i forkant og etterkant av innleggelsen, og pårørende beskriver videre mangelfull kommunikasjon mellom helsetjenesten og pårørende i forkant og etterkant av innleggelsen (2).

Studier har vist at pasienter og pårørende som er godt forberedt i forkant av en overgang, opplever overgangen som bedre enn de som ikke er forberedt, enten det er innleggelse på sykehjem (12) eller utskrivelse fra sykehus (13). Sistnevnte studie fant også at pasienter sjelden ble tatt med på råd i forbindelse med utskrivning fra sykehus, og bare halvparten av pårørende til eldre pasienter ble tatt med på møter i forbindelse med utskrivelser fra sykehus (13). At pasientene ikke ble tatt med på råd ved overganger førte til depresjon, oppgitthet og tristhet (13).

I en norsk kvalitativ studie som så på erfaringer med Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH) i Trondheimsregionen, fant man at pasientene generelt var fornøyd med hjemmetjenesten de fikk, men var kritisk til antall ansatte som kom hjem til dem (14). Personalet oppga at HPH ga bedre observasjon av pasientene, bedre dokumentasjon, bedre kvalitet på tjenesten og mer lik behandling av pasientene uavhengig av bosted. På den andre siden var personalet kritisk til ressurs- og tidsbruken ved HPH, og dermed at de fikk mindre tid sammen med pasientene (14).

Korte oppsummeringspunkter

- Relasjon til de ansatte, ansvarliggjørelse, informasjon og samarbeid trekkes fram som viktig for gode overganger.
- Pasienter og pårørende som er godt forberedt i forkant av en overgang, opplever overgangen som bedre enn de som ikke er forberedt.
- Helhetlige Pasientforløp i Hjemmet (HPH) ga bedre kvalitet på tjenestene, men var ressurskrevende.

Tiltak for å hindre eller utsette overganger

Case management er en prosess hvor man vurderer, planlegger, koordinerer og evaluerer en pasients muligheter og behov for helse- og sosialtjenester (15). Målet er å sikre pasienten behandling og tjenester av god kvalitet. Selv om begrepet case management ikke benyttes i alle artiklene vi har lest, har fjorten artikler i vår kunnskapsoppsummering sett på forskjellige former for strukturert oppfølging av pasienter før, under eller etter en overgang. Hovedtrekket i de forskjellige modellene for strukturert oppfølging er tilstedeværelsen av en koordinator og et standardisert forløp ved overganger i helsetjenesten. Vi har i denne kunnskapsoppsummeringen valgt å bruke case management som fellesbetegnelse på alle former for strukturert oppfølging av pasienter i overganger mellom helsetjenester. Det mest nærliggende begrepet i en norsk kontekst vil være en koordinatorfunksjon i kommunen som definert i individuell plan (IP). I artiklene lest i denne kunnskapsoppsummeringen er case management i en eller annen form særlig benyttet ved utskrivelse fra sykehus, og i de fleste artikler er case manager ansatt på sykehus og ikke i kommunen. Det er beskrevet mangel på formell opplæring i jobben som case manager og få var ansatt mer enn 2 år i jobben (16).

Case management brukt på hjemmeboende ble undersøkt i tre litteraturoppsummeringer (17-19). Hovedkonklusjonen i to av dem var at case management ikke reduserte antall henvisning til spesialisthelsetjenesten eller antall innleggelser på sykehus, men det var holdepunkter for at lengden på sykehusinnleggelsen var kortere hos hjemmeboende som fikk case management sammenlignet med hjemmeboende som ikke fikk case management. En litteraturoppsummering så også på case

management for hjemmeboende med tanke på behov for sykehjem, og fant at case management forlenget tid til innleggelse på sykehjem (19).

Med bakgrunn i komplikasjonene sykehjemspasienter opplever ved henvisning til sykehus, er det gjort flere studier på intervensjoner som skal hindre at sykehjemspasienter unødvendig legges inn på sykehus. I en litteraturoppsummering ble det trukket fram syv studier som viste at bedring av rutiner på sykehjemmet, som opplæring av sykehjemspersonell, innføring av nasjonale retningslinjer, eller kurs for pårørende, førte til færre innleggelser på sykehus (20). Videre viste to studier at geriatriske konsultasjoner på sykehjemmet og én studie at vaksinerings mot influensa førte til færre innleggelser på sykehus (20).

En litteraturoppsummering som så på mortalitet og hyppighet av reinnleggelser hos pasienter med hjertesvikt, viste at hjemmebesøk kombinerte med besøk på tverrfaglige hjerteklinikker etter utskrivelse fra sykehus reduserte antall reinnleggelser (21). Det samme gjorde telefonoppfølging etter utskrivelse (21). Hjemmebesøk, tverrfaglig hjerteklinikk og telefonoppfølging førte alle hver for seg til mindre mortalitet (21). En litteraturoppsummering pekte på at tidlig planlegging av utskrivelse (Early Discharge Planning) førte til færre og kortere reinnleggelser (22).

Det er likevel grunn til å balansere resultatene. I en litteraturoppsummering der det ble gjort en metaanalyse, fant en at det ikke var evidens for at strukturerte rutiner ved utskrivelse fra sykehus førte til færre undersøkelser ved akuttmottak, færre reinnleggelser eller lavere mortalitet (23).

Videre var det litteraturoppsummeringer som viste at enkeltstående intervensjoner hadde mindre effekt enn sammensatte case management intervensjoner. En litteraturgjennomgang viste at telefonoppfølging som eneste intervensjon etter utskrivelse ikke ga effekt på re-innleggelser, hyppighet av henvisninger til akuttmottak eller antall polikliniske besøk, selv om telefonoppfølging med høy intensitet viste bedre effekt enn telefonoppfølging av moderat eller lav intensitet (24).

I en litteraturgjennomgang av Mayo-Wilson et al. kom det fram at isolerte hjemmebesøk uten andre deler av case management hadde liten effekt på innleggelse på sykehjem, innleggelse på sykehus eller vurderinger i akuttmottak (25).

Korte oppsummeringspunkter

- Case management ved utskrivelse fra sykehus hindrer reinnleggelser på sykehus.
- Case management hos hjemmeboende reduserer ikke antall innleggelser på sykehus, men kan utsette innleggelse på sykehjem.
- Sammensatte intervensjoner gir bedre effekt enn enkelttiltak.

Tiltak for å bedre overganger

Case management

I tillegg til at det er rapportert færre reinnleggelser og kortere sykehusinnleggelser ved strukturert planlegging av utskrivelse fra sykehus, rapporterer pasienter og helsepersonell om økt fornøydhets ved gode og planlagte utskrivelser (26, 27). I tre av ni studier som så på effekten av case management på livskvalitet ved overganger mellom forskjellige aktører i helsetjenesten, førte case management til bedre livskvalitet hos pasientene (27).

En studie trakk fram at case management hos hjemmeboende bedret deres psykiske helse, ga pårørende en opplevelse av mer mestring og førte til besparelser for kommunen (19).

Kort oppsummeringspunkt

- Case management bedrer pasientenes og pårørendes livskvalitet.

Kommunikasjon og informasjon

Kommunikasjon ble tatt opp som eneste tema, eller et av flere tema, i åtte av litteraturoppsummeringene. Alle litteraturoppsummeringene påpekte at mangel på kommunikasjon, dårlig informasjonsflyt eller mangel på informasjon gjorde overganger vanskelig for pasientene. Dette gjaldt overganger mellom forskjellige aktører i helsevesenet.

Sviktende kommunikasjon og informasjonsflyt ble beskrevet mellom klinikere på forskjellige nivåer i helsevesenet, men også mellom helsepersonell og pasient eller pårørende (16, 28, 29). Mangelfull informasjon ved innleggelse på sykehus, som informasjon om sykehistorie, kognitiv status og korrekt medisinaliste, ble beskrevet å føre til økt dødelighet og morbiditet (6). Det ble trukket fram at gode IKT løsninger kunne bedre kommunikasjonen mellom nivåer i helsevesenet (28, 30). Videre kom det fram at kommunikasjonen mellom klinikere på sykehus ofte er dårligere enn kommunikasjonen mellom klinikere på sykehus og klinikere i kommunene (16).

Korte oppsummeringspunkter

- Manglende eller mangelfull informasjon ved overganger fører til vanskelige overganger.
- Mangelfull informasjon ved innleggelse på sykehus fører til økt dødelighet og sykkelighet.

Medisingjennomgang

Flere studier har sett på effekten av medisingjennomgang ved innleggelse på sykehus, og peker på at medisingjennomgang gjort av farmasøyt i løpet av sykehusinnleggelse reduserer bivirkninger av medisineren hos pasientene etter at de er utskrevet (31, 32). Likevel er det usikkert om en medisingjennomgang av farmasøyt mens pasienten er innlagt på sykehuset reduserer mortalitet, morbiditet eller ressursbruken etter utskrivelse (31).

Kort oppsummeringspunkt

- Medisingjennomgang av farmasøyt under innleggelse på sykehus, fører til færre bivirkninger etter utskrivelse

Hull i forskningen

Mye av forskningen som er blitt presentert dreier seg om overganger inn eller ut av sykehus. I all hovedsak omhandler det akutte tilstander, altså ikke-planlagte overganger. Generelt fant vi lite forskning på planlagte overganger som innleggelse på sykehjem, og dette er et felt som det bør forskes på i framtiden.

Det var lite forskning om opplevelsen av overganger sett fra pasient, pårørende og personalets side, og framtidig kvalitativ forskning bør fokusere på opplevelsen av overgangen mer enn risikofaktorer og intervensjoner for å redusere antall overganger. Helsedirektoratet har en satsning på «hva er viktig for deg?», og forskning på opplevelser av overganger vil kunne bidra med kunnskap til å besvare dette spørsmålet.

DISKUSJON

Mye av den presenterte forskningen er gjort i andre land enn Norge, og ikke alltid i sammenlignbare helsevesen. I Norge er det godt utbygd hjemmesykepleie, og flere kommunale team for behandling av pasienter med demens, kreft, rus og andre lidelser (case management) som gir andre forutsetninger for gode overganger enn i land uten slike tilbud. I den nylig lanserte Meld. St. 26 om primærhelsetjenesten lanseres også to nye teammodeller, Primærhelseteam og oppfølgingsteam, som skal koordinere og ta hånd om pasienter i kommunen (33). Sentralt for oppfølgingsteam, som skal ivareta pasienter med sammensatte og komplekse lidelser, er bruken av individuell plan (IP). Intensjonen med IP og oppfølgingsteam oppfattes å være å sikre gode overganger, og resultater fra denne kunnskapsoppsummeringen kan benyttes i utforming av teamenes oppgaver.

Flere av litteraturoppsummeringene har sett på standardiserte forløp og rutiner ved overganger. Det kan være behov for standardisering, men samtidig er det vanskelig å finne standarder for ulike pasienter med forskjellige behov. Utfordringene ved etablering av standardiserte pasientforløp, i overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, er ifølge en norsk artikkel at det er kulturelle forskjeller mellom nivåene i helsetjenesten, forskjeller i organisatoriske forhold, desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer i helsetjenesten (34).

Styrker og svakheter

En av styrkene ved kunnskapsoppsummeringene er søk etter relevant internasjonal litteratur i anerkjente databaser. Søket er også begrenset til litteraturgjennomganger (reviews), noe som betyr at de inkluderte artiklene er vurdert med tanke på kvalitet tidligere.

Funnene i litteraturoppsummeringene og den grå litteraturen er diskutert i forfattergruppa, noe som styrker resultatene og konklusjonen i rapporten.

Vi har i denne kunnskapsoppsummeringen ikke gjort en vurdering eller grading av de inkluderte litteraturgjennomgangene opp mot hverandre, og heller ikke sammenstilt resultatene statistisk som ved en metaanalyse. Styrken i funnene i de forskjellige artiklene er derfor ikke vektet mot hverandre, og dermed ikke referert på samme måte som i en review-artikkel. Målet har heller vært å trekke fram funn som er generelle i forhold til overganger, og som kan bidra til å planlegge morgendagens helsetjenester i Norge.

En svakhet ved kunnskapsoppsummeringen kan være at det er benyttet feil søkeord, eller at viktige søkeord ble utelatt. Dette kan ha ført til at vi har søkt opp feil artikler, eller ikke funnet de artiklene som var relevante for kunnskapsoppsummeringen. Et helt fagfelt innenfor sykepleie omhandler transitional care, og det har kommet få treff fra studier innen dette fagfeltet.

At intervensjonene er mangelfullt beskrevet, og at intervensjonene er forskjellige fra studie til studie, kan gjøre at sammenligningen av resultatene av studiene ikke er mulig eller blir uriktig.

OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Det kommer fram i kunnskapsoppsummeringen at intervensjoner rettet mot overganger har best effekt om de er sammensatt av flere deler, og om de leveres med høy hyppighet og intensitet (5), og det anbefales at man planlegger intervensjoner i helsetjenesten basert på dette.

Det er også holdepunkter for at diagnosespesifikke pasientforløp er mindre egnet i kommunehelsetjenesten og hos pasienter med kompliserte og sammensatte lidelser (3). Ved gjennomføring av pasientforløp, bør man individuelt tilpasse forløpet til hver pasient.

Anbefalinger for å unngå overganger

Sett i lys av forskningen som er gjort for å unngå henvisning til spesialisthelsetjenesten, som er en betydelig del av overgangene mellom helsetjenester, kan det se ut til at god behandling av pasientens sykdommer er viktig (9). Videre er det grunn til å tro at god kvalitet på den kommunale tjenesten med nok personale med god nok kompetanse, vil redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenestene (9). Det anbefales derfor å styrke den kommunale helsetjenesten.

Case management organisert i kommunene er beskrevet å forlenge tiden til innleggelse på sykehjem (19). Det anbefales å styrke kommunes bruk av IP, noe innføring av oppfølgingsteam eller en koordinator funksjon i kommunen kan bidra til.

Anbefalinger for å bedre overganger

For å sikre gode overganger anbefales det å legge til rette for god informasjonsflyt mellom ulike instanser i helsetjenesten (6, 16, 29, 35). Gode elektroniske løsninger for kommunikasjon mellom helsetjenestene kan bidra til dette (31, 35).

Det kommer fram at forutsigbarhet og informasjon til pasient og pårørende rundt overganger skaper trygghet og opplevelse av gode overganger (26, 27). Det anbefales derfor å skape gode rutiner for overganger, og planlegge overganger så godt som mulig, og inkludere pasienten og pårørende i prosessen.

6 vedlegg

Referanser

1. Schöpfel J, Farace DJ. Grey Literature. In: Bates MJM, M.N, editor. Encyclopedia of Library and Information Sciences: Boca Raton; 2010. p. 2029-39.
2. Afram B, Verbeek H, Bleijlevens MH, Hamers JP. Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(6):891-902.
3. Grimsø A, Høgskolen i Molde - vitenskapelig høgskole i I, Høgskolen i M. Helhetlige pasientforløp : gjennomføring i primærhelsetjenesten. Særtrykk (Høgskolen i Molde - vitenskapelig høgskole i logistikk : trykt utg). 2016;2016:51.
4. Tarberg AS, Kvangarsnes M, Hole T. 11 Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp. *Innovasjon og entreprenørskap* 2016. p. 234-50.
5. Vedel I, Khanassov V. Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*. 2015;13(6):562-71.
6. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2013;29(1):49-69.
7. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age & Ageing*. 2014;43(6):759-66.
8. Galvin R, Gillett Y, Wallace E, Cousins G, Bolmer M, Rainer T, et al. Editor's Choice: Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. *Age and Ageing*. 2017;46(2):179-86.
9. Dwyer R, Stoelwinder J, Gabbe B, Lowthian J. Unplanned Transfer to Emergency Departments for Frail Elderly Residents of Aged Care Facilities: A Review of Patient and Organizational Factors. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(7):551-62.
10. Everink IH, van Haastregt JC, van Hoof SJ, Schols JM, Kempen GI. Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2016;16:5.
11. Hesselund JF, Bollesen Hansen S, Bundgaard Mikkelsen K, Haahr A, Errboe Jensen P. Den patientoplevede sammenhæng i et udrednings- og behandlingsforløb. *Klinisk sygepleje*. 2015;Årg. 29, nr. 2 (2015):36-49.
12. Brownie S, Horstmanshof L, Garbutt R. Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(12):1654-66.

13. Dyrstad DN, Testad I, Aase K, Storm M. A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*. 2015;17(1):15-34.
14. Brovold IL. Helhetlig pasientforløp i eget hjem-En modell for framtiden? : NTNU; 2013.
15. Kirkevold M. Store Norske Leksikon 2017.
16. Chenoweth L, Kable A, Pond D. Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: a review of the literature. *Australasian Journal on Ageing*. 2015;34(1):9-14.
17. Huntley A, Thomas R, Mann M, Huws D, Elwyn G, Paranjothy S, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis (Structured abstract). *Family Practice*. 2013;30(3):266-75.
18. Khanassov V, Vedel I, Pluye P. Barriers to implementation of case management for patients with dementia: a systematic mixed studies review. *Annals of Family Medicine*. 2014;12(5):456-65.
19. Berthelsen CB, Kristensson J. The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(5):988-1002.
20. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2014;14:36.
21. Feltner C, Jones CD, Cene CW, Zheng ZJ, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2014;160(11):774-84.
22. Fox M, Persaud M, Maimets I, Brooks D, O'Brien K, Tregunno D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis (Structured abstract). *BMC Geriatrics*. 2013;13(2):70.
23. Lowthian JA, McGinnes RA, Brand CA, Barker AL, Cameron PA. Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis. *Age & Ageing*. 2015;44(5):761-70.
24. Kirk C. Telephone follow-up of older people after hospital admissions. *Current Aging Science*. 2014;7(2):144-53.
25. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2014;9(3):e89257.
26. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(1):N.PAG-N.PAG.
27. Dy SM, Apostol C, Martinez KA, Aslakson RA. Continuity, coordination, and transitions of care for patients with serious and advanced illness: a systematic review of interventions. *Journal of Palliative Medicine*. 2013;16(4):436-45.
28. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2014;14:346.
29. Lykkegaard J, Søndergaard J. Dårlig kommunikation er en barriere for gode patientforløb for KOL-patienter. *Dagens medicin*. 2013;2013, nr. 2:14-5.
30. Danielsen KK, Nilsen ER, Fredwall TE. Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. 2017.
31. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work*. 2012;41 Suppl 1:2915-24.
32. Kitts NK, Reeve AR, Tsu L. Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role. *Consultant Pharmacist*. 2014;29(3):179-90.
33. Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet; 2017. Contract No.: 26.
34. Neverdal MN, Rystad KE. Å samhandle om samhandling: Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist-og kommunehelsetjenesten: Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse; 2014.
35. Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*. 2013;8(4):253-69.

Vedlegg 1

Søkestrategi og treff for søk i internasjonale databaser

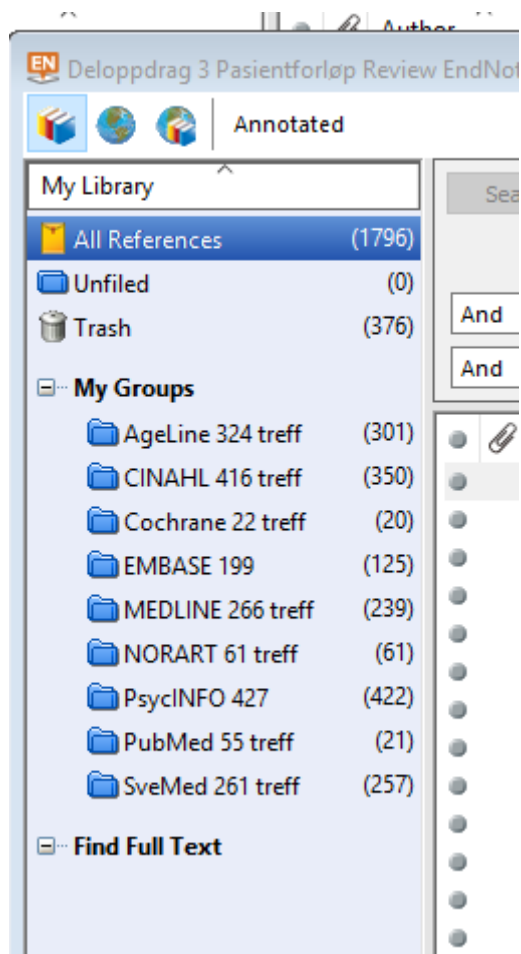
Database	Søkestreng	Inklusjon/eksklusjon	Dato for søk Antall treff
Cochrane Database for Systematic Reviews	(Elderly OR old aged OR old people OR senior) kw Aged over 80 AND continuum care or care continuum or continuity care or transition care or relocate or careplan or care-plan or patient transfer or transitional care or patient transfer or integrated care or care coordination or care path or case manager or case management or discontinuity or interruption or disruption or discharge:ti,ab,kw	Inklusjon: År: 2012-2017 Språk: engelsk	Søkt: 26.6.17 Antall treff: 22
Embase	elderly OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kw,tw. OR aged/ or "aged, 80 and over"/ (old age OR old people, ble like mange treff som old adj1 age OR old adj1 old people) AND (continuum adj1 care) OR care continuum OR (continuity adj1 care) OR (transition adj1 care) OR relocate* OR careplan OR care-plan OR integrated care OR care coordination OR care path* OR case manager OR case management OR discontinuity OR interruption OR disruption OR discharge)kw,tw. (transitional care OR patient transfer).kw,tw,sh. AND review.tw.	Inklusjon: År: 2012-2017 Språk: engelsk Article i enkeltstudie Review i review	Søkt: 23.6 17 Antall treff ved enkeltstudier: 1366 Antall treff ved review: 199

MEDLINE	elderly OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kf,tw. OR aged/ or "aged, 80 and over"/ (old age OR old people, ble like mange treff som old adj1 age OR old adj1 old people) AND (continuum adj1 care) OR care continuum OR (continuity adj1 care) OR (transition adj1 care) OR relocate* OR careplan OR care-plan OR integrated care OR care coordination OR care path OR case manager OR case management OR discontinuity OR interruption OR disruption OR discharge).kf,tw. (transitional care OR patient transfer).kf,tw,sh. Continuity of Patient Care (MeSH) [Organization & Administration] (denne er ikke i EMBASE) AND review.tw.	Inklusjon: År: 2012-2017 Språk: engelsk Limit: aged <age 65 yrs and older>	Søkt: 23.6.17 Antall treff ved enkeltstudier: 1636 Antall treff ved reviews: 266
PsycINFO	Elderly OR old adj1 aged OR old adj1 people OR senior(mp) AND (continuum adj1 care) OR care continuum OR (continuity adj1 care) OR (transition adj1 care) OR relocate* OR careplan OR care-plan OR integrated care OR care coordination OR care path OR case manager OR case management OR discontinuity OR interruption OR disruption OR discharge or transitional care OR patient transfer).mp. AND review.mp	Inklusjon: År: 2012-2017 Språk: engelsk Limit: aged <age 65 yrs and older>" Peer-reviewed journal	Søkt: 23.6.17 Antall treff: 427 (eksporterte 427 til EndNote, både enkeltstudier og reviews)
CINAHL	Elderly OR (old N1 aged) OR (old N1 people) OR senior Elderly OR (old N1 aged) OR (old N1 people) OR senior (ti.ab.su) AND (continuum N1 care) OR care continuum OR (continuity N1 care) OR (transition N1 care) OR relocate* OR careplan OR care-plan OR patient transfer OR transitional care OR patient transfer OR integrated care	Inklusjon: År: 2012-2017 Språk: Engelsk Limit: Peer Reviewed Limit: Age 65+ Eksklusjon: journal articles	Søkt: 26.6.17 Antall treff: 416 (eksporterte 416 til EndNote, både enkeltstudier og reviews)

	OR care coordination OR care path* OR case manager OR case management OR discontinuity OR interruption* or disruption* or discharge. (Ti.ab.su)		
AgeLine	Elderly OR old aged OR old people OR senior(ti/ab/su) AND (continuum N1 care) OR care continuum OR (continuity N1 care) OR (transition N1 care) OR relocate* OR careplan OR care-plan OR patient transfer OR transitional care OR patient transfer OR integrated care OR care coordination OR care path* OR case manager OR case management OR discontinuity OR interruption* or disruption* or discharge. (Ti.ab.su)	Inklusjon: År: 2012-2017 Journal article	Søkt: 26.6.17 Antall treff: 324 (eksporterte 324 til EndNote, både enkeltstudier og reviews)
PubMed	Elderly OR old aged OR old people OR senior(title/abstract) OR (80 and over [MeSH Terms]) AND (continuum N1 care) OR care continuum OR (continuity N1 care) OR (transition N1 care) OR relocate* OR careplan OR care-plan OR patient transfer OR transitional care OR patient transfer OR integrated care OR care coordination OR care path* OR case manager OR case management OR discontinuity OR interruption* or disruption* or discharge. (t/ab)	Inklusjon: År: 2012-2017 Språk: engelsk (Review) Limit: aged <age 65 yrs and older>	Søkt: 26.6.17 Antall treff ved enkeltstudier: 1233 Antall treff ved reviews: 55
Prospero	Elderly OR old aged OR old people OR senior AND	Inklusjon: År: 2012-2017 Språk: engelsk	Søkt: 28.06.17 Antall treff: 2

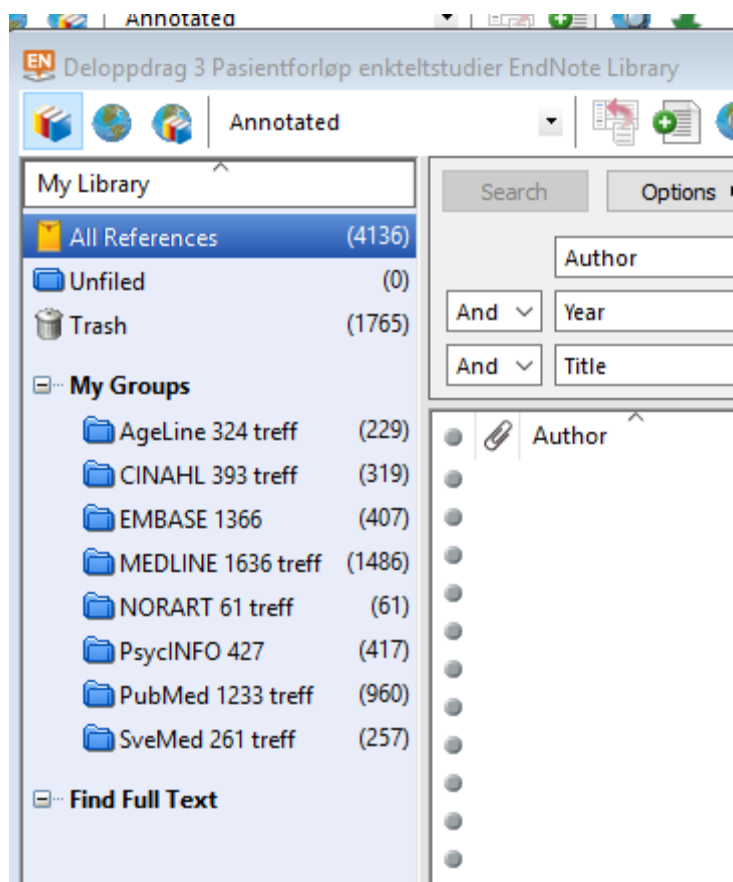
SveMed	eldre or elderly AND pasientforløp OR pasientovergang	Inklusjon: År: 2012-2017 Limit: Peer review tidsskrift, artikler	Søkt 26.6.2017 Antall treff: 261 treff (Eksporterte 261 til EndNote, BÅDE enkeltstudier og reviews)
NORART	eldre AND samhandling OR kommune-helsetjenester OR tverrfaglig samarbeid OR pasientforløp OR pakkeforløp OR pasientovergang	Inklusjon: År: 2012-2017 Vitenskapelige artikler	Søkt 26.6.2017 Antall treff: 61 (Eksporterte 61 til EndNote, både enkeltstudier og reviews)

Det ble eksportert 2031 **review**-referanser til EndNote. Endelig EndNote på **review** er på 1796 referanser etter gjennomgang av duplikater. Antall treff eksportert i gruppenavnet med antall gjenværende referanser i parentes pr. 26 juni 2017.



Det ble eksportert 5701 **enkeltstudie**-referanser til EndNote. Endelig EndNote bibliotek med **enkeltstudier** er på 4136 referanser etter gjennomgang av duplikater.

Antall treff eksportert i gruppenavnet med antall gjenværende referanser i parentes pr. 26 juni 2017.



Vedlegg 2

Søkestrategi og treff for søk etter grå litteratur

Database	Søkeord	Inklusjon/ eksklusjon	Dato for søk/antall treff
Google scholar	Pasientforløp Behandlingsforløp Pakkeforløp Vårdkedja	Inklusjon: • 2012-2017 • Kun i tittel • Review og enkeltstudier Eksklusjon: • Bøker	Søkt: 09.08.17 – 10.08.17 Antall treff: 29 (overlapper noe med Oria og Nora)
Oria	Pasientforløp Behandlingsforløp Pakkeforløp	Inklusjon: • 2012-2017 • Review og enkeltstudier Eksklusjon: • Bøker	Søkt: 14.08.17 Antall treff: 35 (overlapper noe med Google scholar og Nora)
Nora	Pasientforløp Behandlingsforløp Pakkeforløp	Inklusjon: • 2012-2017 • Review og enkeltstudier Eksklusjon: • Bøker	Søkt: 08.08.17 – 10.08.17 Antall treff: 73 (overlapper noe med Oria og Google scholar)
Libris	Behandlingsförlopp Förlopp Vårdkedja	Inklusjon: • 2012-2017 • Review og enkeltstudier Eksklusjon: • Film • Lydbøker	Søkt: 24.08.17 og 29.08.17 Antall treff: 37
Dansk Statsbibliotek	Patientforløb Behandlingsforløb Pakkeforløb	Inklusjon: • 2012-2017 • Kun i tittel • Review og enkeltstudier Eksklusjon: • Bøker	Søkt: 25.08.17 Antall treff: 29

Vedlegg 3

Fremgangsmåte for utvelgelse av artikler etter treff i internasjonale databaser

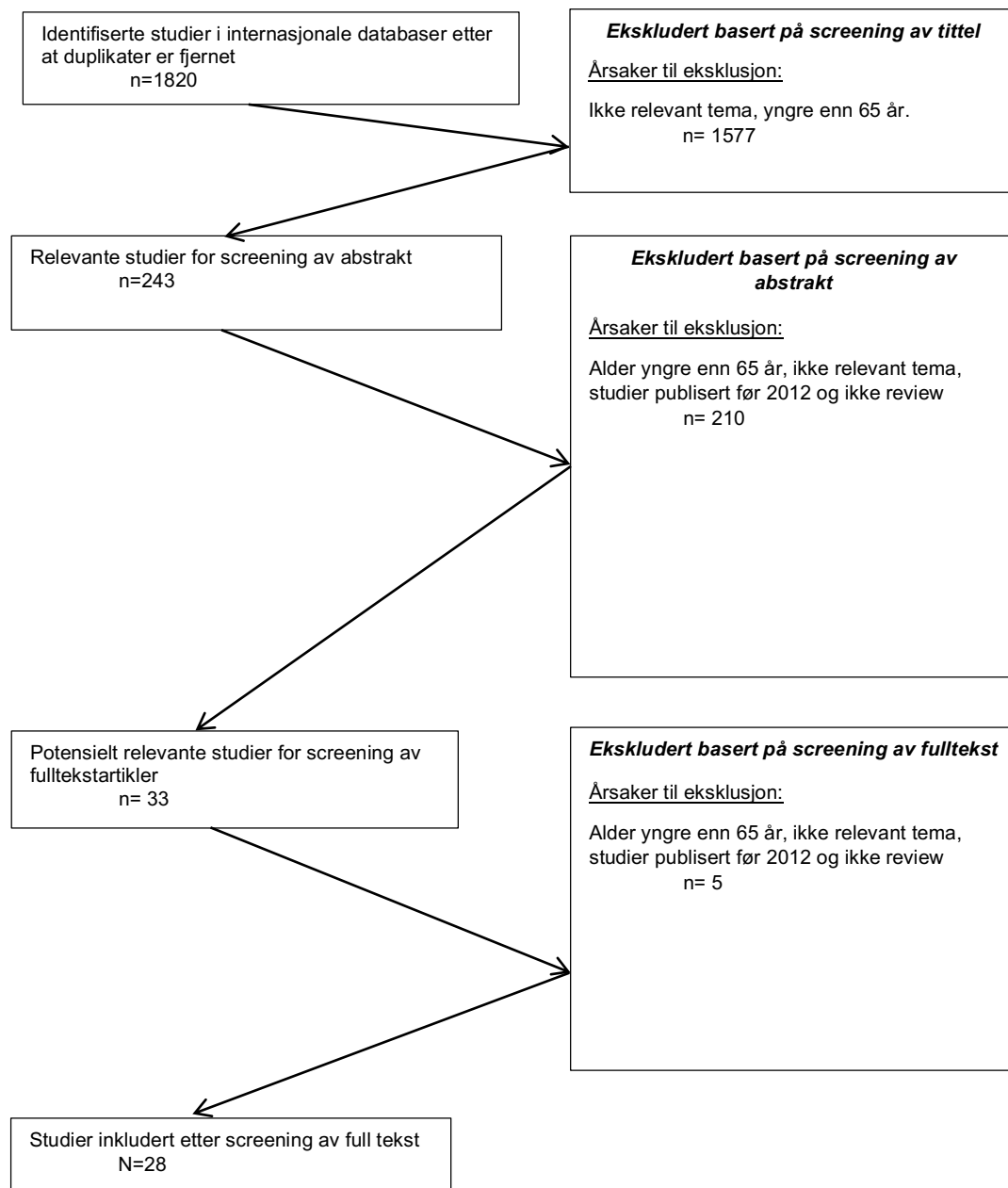
Database	Antall treff	Antall treff etter fjerning av duplikater	Inkluderte etter sjekk av tittel	Inkluderte etter sjekk av abstrakt Runde 1	Inkluderte etter sjekk av abstrakt Runde 2	Inkluderte etter lesing av fulltekst
PsycINFO	427	422	4	4	3	2
MEDLINE	266	239	41	27	21	21
Embase	199	125	14	2	0	0
AgeLine	324	301	60	31	2	1
CINAHL	416	350	66	24	3	2
Cochrane	22	20	5	4	4	3
PROSPERO	2	2	2	0	0	0
NORART	61	61	17	9	0	0
SveMed	261	257	31	20	0	0
PubMed	55	21	3	2	0	0
Unfiled	22	22	0	0	0	0
Totalt	2055	1820	243	123	33	28

Mona Michelet leste abstrakter fra «Barriers to better care» til Cheng 2014.

Margit Gausdal Strandenæs leste abstrakter fra Chenoweth 2015 til Handeland 2015.

Sverre Bergh leste abstrakter fra Heim 2016 til Zucker 2016 + to artikler i PROSPERO.

Flytskjema for utvelgelse av artikler etter treff i internasjonale databaser



Vedlegg 4

Fremgangsmåte for utvelgelse av artikler etter søk etter grå litteratur

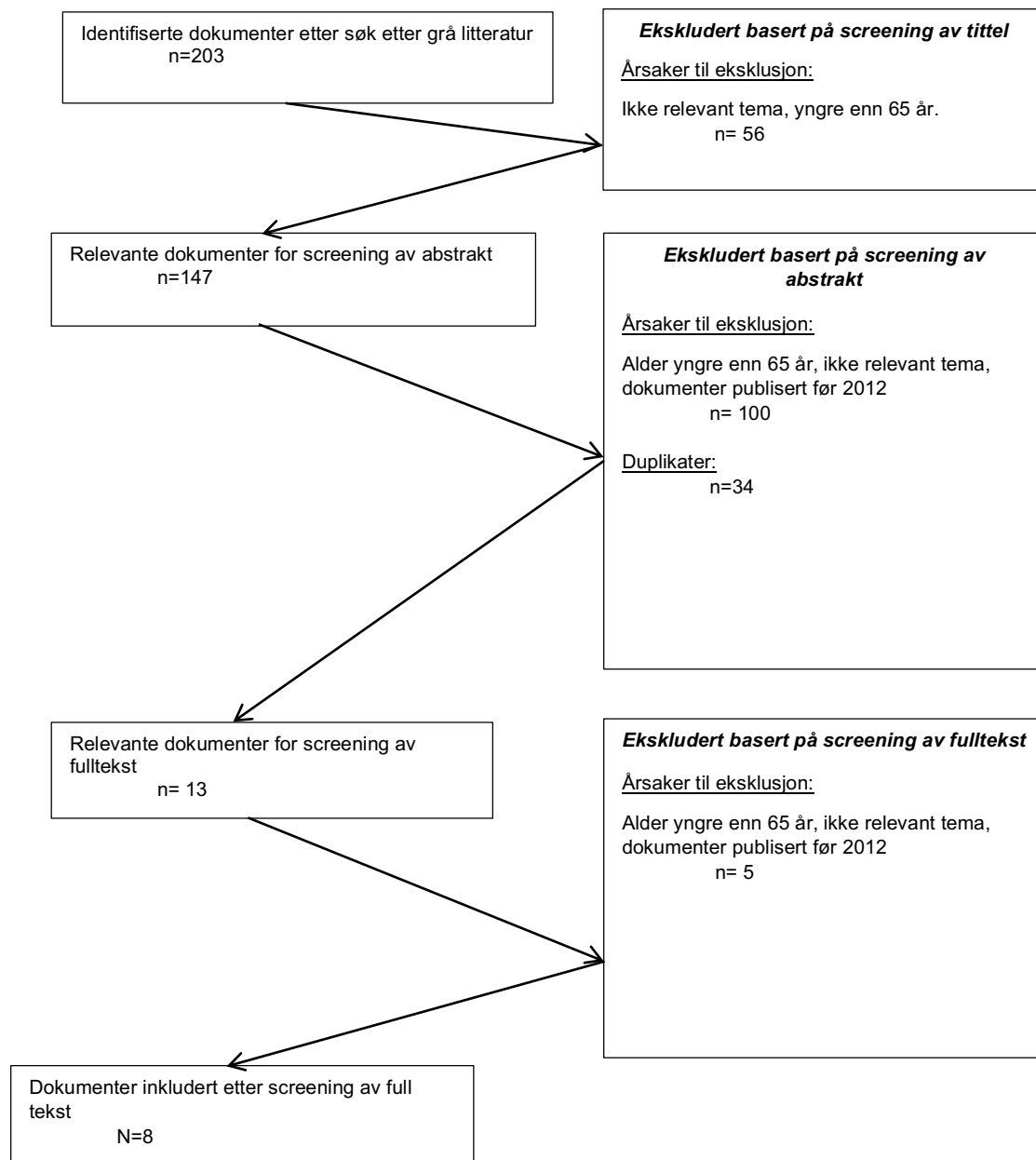
Database	Antall treff	Inkluderte etter tittelscreening	Inkluderte etter fjerning av duplikater	Inkluderte etter screening av abstrakt	Inkluderte etter lesing av fulltekst
Google scholar	29	28	28	6	5
Oria	35	35	29	2	1
Nora	73	51	25	1	0
LIBRIS	37	2	2	0	0
Dansk statsbibliotek	29	29	29	4	2
Totalt	203	147	113	13	8

Mona Michelet leste abstrakter etter treff i LIBRIS og Nora

Margit Gausdal Strandenæs leste abstrakter etter treff i Google scholar og Dansk Statsbibliotek.

Sverre Bergh leste abstrakter etter treff i Oria

Flytskjema for utvelgelse av artikler etter søk etter grå litteratur



Vedlegg 5

Oversikt over inkludert hvit litteratur

Referanse	Studie-design	Populasjon	Mål med studien	Konklusjon	Foreslåtte anbefalinger i studien
Afram, B., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H. and Hamers, J. P. (2015). Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies. <i>International Psychogeriatrics</i> , 27, 891-902.	Review; kvalitative studier	Personer med demens og pårørende 13 publikasjoner	Beskrive pårørendes opplevelse av overgangen fra hjemmeboende til innleggelse på sykehjem.	Pårørende beskriver følelsesmessig bekymring, skam/dårlig samvittighet, manglende kunnskap/informasjon, behov for støtte, manglende kunnskap/ informasjon, diskusjon innad i familien om beslutningen og er opptatt av og bekymret for manglende kvalitet på helsetjenesten	Pårørende må også ivaretas når en person med demens skal flytte til heldøgns omsorg. Temaene som er beskrevet av pårørende bør adresseres ved denne overgangen.
Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R. and Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. <i>BMC Health Services Research</i> , 14, 346.	Systematic review	Eldre (60+) 12 RCT (5269 personer)	Ved utskrivning fra sykehus: Vurdere effekt av transitional care på pasientfornøydhets og reinnleggelser, sammenlignet med vanlig utskrivingsprosedyre.	Resultatene er både positive, nøytrale og negative, med en overvekt av positiv effekt av transitional care.	Det er manglende dokumentasjon på effektiviteten av transitional care, og videre ut fra denne litteratur gjennomgangen vanskelig å peke på hvilken type og intensitet av transitional care som er effektiv.
Allen, J., Ottmann, G., Roberts, G. (2013) Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. <i>International Journal of Older People Nursing</i> , 8 (4) 253-69	Scoping review Kvalitative og kvantitative studier	Eldre (60+) 15 studier	Belyse tverrfaglig kommunikasjon ved transitional care i overgang fra sykehus til hjem, med spesielt fokus på utfall, hemmere og fremmere samt kontekstuelle faktorer.	Nye rutiner for henvisning og utskrivelse gav økt tilfredshet for pasient og ansatte. Det er behov for nok og god informasjon til pasient, men også mellom nivåer i helsevesenet. Brukere av IT systemer for kommunikasjon beskrev tilfredshet med systemet.	Utpekt personell til transitional care, tverrfaglige team for koordinering av omsorg og IT-systemer gir mer fornøyde brukere og høyere livskvalitet

Berthelsen, C. B. and Kristensson, J. (2015). The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults: a systematic review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 52, 988-1002.	Systematic review	Pårørende til hjemmeboende personer over 65 år 7 studier (6956 deltakere)	Identifisere kunnskapsgrunnlaget for case management intervensjoner rettet mot pårørende	Det er funnet høy evidens for at Case Management (CM) kan utsette sykehjemsinnleggelser, moderat evidens for at CM kan bedre pasientfornøydhet og pårørendes opplevelse av kompetanse, samt at CM kan gi besparelser for kommunen.	Case management bør brukes i kommunehelsetjenesten for å utsette sykehjemsinnleggelser, bedre pasientfornøydhet og pårørendes opplevelse av kompetanse og gi besparelser for kommunen
Brownie, S., Horstmanshof, L. and Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: a systematic literature review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 51, 1654-1666.	Systematic literature review Kvantitative og kvalitative observasjonsstudier	Eldre hjemmeboende som skal legges inn på sykehjem 19 studier	Beskrive pasienters opplevelse av overgang fra hjemmet til sykehjem.	Det kan være utfordrende å flytte til sykehjem: mange opplever stress, tristhet og å miste kontroll, uavhengighet og autonomi. Flere faktorer, som planter og kjæledyr og det å få sine forventninger møtt kan gjøre overgangen lettere. Pasientenes mulighet til å ha kontroll over flytteprosessen er viktig.	-Styrke sosiale bånd mellom pasienten og 1) Familien, 2) andre sykehjemsbeboere, 3) Ansatte på sykehjemmet -Legge til rette for at pasienter får snakke om sine følelser og opplevelse av flyttingen -Trene personalet i å oppdage og forebygge angst og stress knyttet til flytting inn på sykehjem -Lage program for å forberede flytting på sykehjem, før pasienten har behov for det.
Chenoweth, L., Kable, A. and Pond, D. (2015). Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: a review of the literature. <i>Australasian Journal on Ageing</i> , 34, 9-14.	Literature review	Personer med demens Antall studier ikke oppgitt	Undersøke hvordan transitional care og utskrivingsprosedyrer fra sykehus til hjemmet påvirker personer med demens og kontinuiteten i tjenestene de får.	Utskrivingsprosessene for personer med demens er ikke adekvate. Det er utfordringer i tjenestene knyttet til kommunikasjon, legekonsultasjoner, koordinering og selve tjenesteytingen. Disse kan føre til reinnleggelse på sykehus og andre uheldige helsepåvirkninger.	Ansatte på sykehus bør tilpasse transitional care og utskrivingsprogrammer som fungerer godt for andre pasientgrupper til personer med demens og deres pårørende slik at også denne gruppen skal få gode utskrivingsprosedyrer.
Dent, E., Visvanathan, R., Piantadosi, C., Chapman, I. (2012). Nutritional screening tools as predictors of mortality, functional decline, and move to higher level care in older people: a systematic review. <i>Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics</i> , 31 (2) 97-145	Systematic review	Eldre (65+) 37 prospektive studier	Kan ernæringskartlegginger predikere funksjonsstatus, mortalitet og behov for høyere omsorgsnivå?	Svak evidens for at ernæring er knyttet til behov for høyere omsorgsnivå. Kan hverken bekreftes eller utelukkes. Det er sterkere holdepunkter for at god ernæringsstatus hindrer overflytting til høyere omsorgsnivå enn at dårlig	Det er svak evidens for at god ernæringsstatus kan utsette overflytting til høyere omsorgsnivå.

				ernæring er assosiert med overflytting til høyere omsorgsnivå.	
Duckworth, J. M., Repede, E., Elliott, L. (2013) Nurse practitioners aiding frail elderly through home visits. <i>Home Health Care Management & Practice</i> 25 (5) 212-216	Literature Review	Hjemmeboende eldre Antall studier ikke oppgitt	Kan hjemmebesøk av høyt kvalifiserte spesialsykepleiere gi færre legebesøk og innleggelser, samtidig som pasientene er fornøyde?	Pasienter som fikk hjemmebesøk av spesialsykepleierne var fornøyde. Terminale kreftpasienter som fikk hjemmebesøk av spesialsykepleierne, hadde færre bivirkninger, fikk pleie i tråd med pleieplaner og hadde bedre tilgang til støtte.	Oppfølging av hjemmeboende eldre, ved kompetente fagpersoner, kan gi bedre helse.
Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U. and Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. <i>Age & Ageing</i> , 43, 759-766.	Systematic review	Sykehjemsbeboere over 65 år 83 artikler	Hva er konsekvensene når sykehjemsbeboere legges inn på sykehus?	95 % av sykehjemsbeboerne ble fraktet i ambulanse, 81 % ble innlagt og resten (29 %) ble sendt hjem etter poliklinisk konsultasjon. 19 % av de som ble lagt inn på sykehus fikk liggesår, 38 % fikk delirium, opptil 80 % fikk invasiv behandling, 34 % døde på sykehus.	Det er usikkert om nytteverdien av et sykehusopphold veier opp for påkjenningen det er for sykehjemsbeboere å bli lagt inn på sykehus. Det bør vurderes alternative måter å yte helsehjelp til denne gruppen når de blir akutt syke.
Dwyer, R., Stoelwinder, J., Gabbe, B. and Lowthian, J. (2015). Unplanned Transfer to Emergency Departments for Frail Elderly Residents of Aged Care Facilities: A Review of Patient and Organizational Factors. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 16, 551-562.	Systematic review	Eldre sykehjemsbeboere (65+) 78 artikler, hovedsakelig fra USA	Hvilke individuelle og organisatoriske faktorer øker overflytting til sykehus?	Individuelle faktorer som øker overflyttingsrate er kronisk hjertesykdom, hjertesvikt og diabetes, depresjon og angst, invasivt utstyr, multifarmasi, fravær av pleieplan, nylig overflytting til sykehjem og redusert fysisk funksjon. Organisatoriske faktorer som øker overflyttingsraten er kommersielle sykehjem, lav bemanning, dårlig sykepleier- og legedekning.	Bedre medisinsk og helsefaglig oppfølging av beboere på sykehjem og god og kompetent bemanning kan minke behovet for overføring til sykehus for akuttbehandling
Dy, S. M., Apostol, C., Martinez, K. A. and Aslakson, R. A. (2013). Continuity, coordination, and transitions of care for patients with serious and advanced illness: a systematic review of interventions. <i>Journal of Palliative Medicine</i> , 16, 436-445.	Systematic review	Pasienter med alvorlig og langtkommen sykdom Gj.snittsalder 62 - 84 år 23 studier	En vurdering av effekt av intervensjoner for å bedre kontinuitet, koordinering og overganger, på livskvalitet, fornøydhet og bruk av helsetjenester.	Tre av ni studier viste bedring av livskvalitet. Fire av seks studier viste bedring av pasienttilfredshet. Fire av seks studier viste bedring av pårørendetilfredshet. Tre studier så på pårørendestress, ingen av dem viste effekt.	Det er moderate evidens for at intervensjoner rettet mot kontinuitet, koordinering og overganger hos pasienter med alvorlig og langtkommen sykdom bedrer fornøydhet hos pasient og pårørende, men lav evidens for andre effekter.

Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K. and Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. <i>Cognition, Technology & Work</i> , 17, 15-34.	Literature Review	Eldre (60+) 30 studier	Hvilke hovedutfordringer er rapportert for eldre pasienters deltakelse i egen transitional care?	Eldre pasienter og deres pårørende er ofte ikke en deltakende part i transitional care og blir ofte ikke tatt med på råd. Mål og prosesser blir styrt av helsepersonell og av fastsatte prosedyrer.	Transitional care-planer, kunnskapsprogrammer og sjekklistor kan øke pasientenes deltakelse ved utskriving og gi færre reinnleggelser og bedre pasienttilfredshet.
Enderlin, C. A., et al. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. <i>Geriatric Nursing</i> , 34, 47-52.	Review	Eldre Antall studier ikke oppgitt	Beskrivelse av sykepleiermodeller for transitional care og effekter av modellene.	Seks modeller beskrives (TCM, CTI, BOOST, RED, CCM og INTERACT). Fem av modellene gav færre reinnleggelser og fire gav reduserte kostnader. En ble tatt godt imot av pasienter og helsepersonell og en gav bedre trivsel.	Sykepleiere som bruker relevante modeller for omsorg ved overganger (Transitional Care Models) kan bidra til å forbedre overgangene.
Everink, I. H., van Haastregt, J. C., van Hoof, S. J., Schols, J. M. and Kempen, G. I. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. <i>BMC Geriatrics</i> , 16, 5.	Systematic review	Eldre (65+) pasienter uten hjerneslag på rehabilitering 18 artikler	Hva er prediktorer for å utskrives hjem etter opphold på rehabilitering?	Faktorer som er assosiert med utskrivelse til hjemmet var: yngre alder, annen etnisitet enn hvite, være gift, ha bedre funksjon og kognitiv status og fravær av depresjon.	For å sette realistiske rehabiliteringsmål og forberede pasienter og pårørende på en ny hverdag etter utskriving må en ta i betraktning alder, sivil status, tilstedeværelse av depressive symptomer samt kognitiv og fysisk funksjon.
Feltner, C., et al. (2014). Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 160, 774-784.	Systematic review	Sykehus-pasienter med hjertesvikt Gj.snitt 70 år 47 studier	Vurdere effekten av ulike transitional care intervensjoner for å forbedre overgang, på reinnleggelse og mortalitet.	Hjemmebesøk, tverrfaglig hjerteklinikk og telefonoppfølging førte alle hver for seg til lavere mortalitet. Hjemmebesøk og telefonoppfølging samt tverrfaglig hjerteklinikk i kombinasjon med hjemmebesøk førte til færre reinnleggelser.	Hjemmebesøk, tverrfaglig hjerteklinikk og telefonoppfølging hver for seg eller helst i kombinasjon kan gi lavere mortalitet og færre overganger (reinnleggelser) for eldre personer med hjertesvikt.
Fox, M., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K. and Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis (Structured abstract). <i>BMC Geriatrics</i> (p. 70).	Systematic review	Eldre (65+) Pasienter innlagt på sykehus 9 studier	Vurdere effekt av tidlig utskrivingsplanlegging på lengde på innleggelse og reinnleggelse, tid til reinnleggelse, mortalitet,	Tidlig planlegging av utskrivelser gav færre reinnleggelser i løpet av 1-12 måneder og kortere reinnleggelser i løpet av 3-12 måneder. Ingen forskjell ble funnet i liggetid på opprinnelige innleggelse, mortalitet eller pasienttilfredshet.	Tidlig planlegging av utskriving fra sykehus anbefales.

			livskvalitet og pasienttilfredshet.	Tidlig planlegging av utskrivelser var assosiert med bedre livskvalitet to uker etter første innleggelse.	
Galvin, R., et al. (2017). Editor's Choice: Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. <i>Age and Ageing</i> , 46, 179-186.	Systematic review	Eldre (65+) Sykehus-pasienter 32 studier	Vurdere den prediktive verdien av screening verktøyet Identification of Seniors At Risk (ISAR).	En skår på 2 eller høyere på ISAR (0-6 poeng) gav en sensitivitet på 0.80 for å trenge vurdering i akuttmottak, 0.82 for å trenge innleggelse og 0.87 for død etter 6 måneder, med en spesifisitet på 0,31, 0.32 og 0.37. Tilsvarende tall ble funnet ved 30 og 90 dager.	ISAR har beskjedne prediktive verdi for å trenge vurdering i akuttmottak, innleggelse eller død og kan bidra som supplement når en skal vurdere hvilke eldre som trygt kan skrives ut fra sykehus
Graverholt, B., Forsetlund, L. and Jamtvedt, G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. <i>BMC Health Services Research</i> , 14, 36.	Systematic review	Eldre sykehjems-beboere 9 studier (4 systematiske reviews og 5 enkeltstudier)	Å oppsummere effektene av intervensjoner for å redusere antall akutte sykehus-innleggelser fra sykehjem.	Det var svak evidens for alle intervensjonene. Fire av syv studier på bedring av rutiner viste færre innleggelser. To studier på geriatrisk konsultasjon viste færre innleggelser og en studie på influensavaksine viste færre innleggelser.	Bedring av rutiner, geriatrisk konsultasjon og bruk av influensavaksine har vist en svak positiv effekt på å redusere antall innleggelser på sykehus av sykehjemsbeboere.
Huntley, A., et al. (2013). Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis (Structured abstract). <i>Family Practice</i> (pp. 266-275).	Systematic review og meta-analyse av RCT'er	Eldre (65+) pasienter inneliggende på sykehus 11 studier	Kan case management redusere risikoen for ikke-planlagte sykehus-innleggelser hos eldre?	Et bredt spekter av case management intervensjoner er beskrevet. Ingen av intervensjonene fra kommunehelsetjenesten viste færre ikke-planlagte innleggelser. 3 av de 6 intervensjonene initiert fra sykehus viste kortere liggetid og 2 viste hver for seg redusert antall ikke-planlagte innleggelser, men meta analysen støtter ikke dette.	9 av 11 intervensjoner viser <u>ingen reduksjon</u> i antall ikke-planlagte innleggelser ved bruk av case management sammenlignet med vanlig tilnærming.
Kessler, C., Williams, M. C., Moustoukas, J. N. and Pappas, C. (2013). Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. <i>Clinics in Geriatric Medicine</i> , 29, 49-69.	Literature Review	Eldre hjemme-boende 88 artikler	Beskrive problemstillinger rundt overganger til og fra akuttmottak, samt tiltak som kan gi bedre overganger.	Dårlige overganger kan føre til økt morbiditet og død, og kan skyldes feil bruk av medisiner, mangler rundt informasjon, dårlig koordinering av oppfølging og unødvendige reinnleggelser. En dårlig kommunisert plan er det samme som fravær av en plan.	Standardisert kommunikasjon og informasjonsoverføring er anbefalt. En plan for utskriving og oppfølging som involverer pasienten og hans mål er anbefalt. Medikamentgjennomgang og en diskusjon med pasient og

					pårørende om fare-symptomer er anbefalt. Oppdatert kontaktinformasjon, for alle parter, er anbefalt.
Khanassov, V., Vedel, I. and Pluye, P. (2014). Barriers to implementation of case management for patients with dementia: a systematic mixed studies review. <i>Annals of Family Medicine</i> , 12, 456-465.	Systematic Mixed Studies Review	Hjemme-boende personer med demens 43 studier. 31 kvantitative og 12 kvalitative	Hvilke kjennetegn må case management ha for å gi bedre overganger?	3 av 11 studier fant en svak nedgang i innleggelsesrate på sykehjem. 2 av 5 studier fant en nedgang i innleggelse på sykehus 1 av 3 studier fant en nedgang i henvisning til vurdering i akuttmottak Begge studier som så på lengde av sykehusinnleggelse fant at case management reduserte liggetid på sykehus.	1. Case management må være av høy intensitet for å være effektiv 2. Det må være effektiv kommunikasjon mellom nivåer i helsetjenesten
Kirk, C. (2014). Telephone follow-up of older people after hospital admissions. <i>Current Aging Science</i> , 7, 144-153.	Literature Review	Eldre personer utskrevet fra sykehus 18 studier	Vurdere effekt av telefon-oppfølgning, på reinnleggelse, akuttmottak vurdering og polikliniske besøk.	Det er ikke vist at telefonoppfølgning er effektivt alene. Telefonoppfølgning kan redusere reinnleggelser dersom det gjøres i kombinasjon med utskrivelsesplaner, pasientopplæring, hjemmebesøk og «telefonhjelpelinje».	Telefonoppfølgning alene hjelper ikke. Hvis en skal ha effekt må andre intervensjoner som utskrivelsesplaner, pasientopplæring og hjemmebesøk gjøres i tillegg
Kitts, N. K., Reeve, A. R. and Tsu, L. (2014). Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role. <i>Consultant Pharmacist</i> , 29, 179-190.	Literature Review	Pasienter med hjertesvikt	Farmasøytens rolle for å forbedre overgangen ved utskriving fra sykehus.	Når farmasøyten er med i det tverrfaglige teamet fører det til reduksjon i død og sykehusinnleggelser samt færre bivirkninger og interaksjoner. Omfattende utskrivelsesprogram (inkludert opplæring av pasienter, besøk, veiledning og støtte samt optimalisering av medikasjon) kan redusere forverringer av sykdommen, gi færre reinnleggelser og bedre livskvalitet for pasientene.	Farmasøyter bør være en integrert del av de tverrfaglige teamene som jobber med pasienter med hjertesvikt, for å hindre reinnleggelser.
Laugaland, K., Aase, K. and Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. <i>Work</i> , 41 Suppl 1, 2915-2924.	Systematic review Kvalitative og	Eldre (65+) Sykehus-pasienter 37 studier	Vurdering av effekt av transitional care intervensjoner som skal bedre pasientsikkerheten ved overganger,	Ulike former for transitional care (program/støtte/koordinator) har effekt på antall reinnleggelser. Tverrfaglig tilnærming og hjemmebesøk etter utskrivelse har positiv effekt Medisingjennomgang	Vellykkede transitional care intervensjoner har vist seg å redusere antall reinnleggelser, uheldige hendelser relater til medisinbruk, behovet for tjenester samt kostnader og

	kvantitative studier		med fokus på utskrivinger.	av farmasøyt og standardiserte utskrivelses-rapporter (epikriser eller medisinalister) fører til færre bivirkninger.	mer fornøyde pasienter og de pårørende.
Lowthian, J. A., McGinnes, R. A., Brand, C. A., Barker, A. L. and Cameron, P. A. (2015). Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis. <i>Age & Ageing</i> , 44, 761-770.	Systematic review og meta-analyse	Eldre (65+) pasienter utskrevet fra akuttavdeling 9 studier, 4 RCT og 5 observasjon	Evaluerer av effekt av utskrivelsesstrategi er ved utskriving fra akuttavdeling.	Ingen effekt ble funnet på nye ikke-planlagte undersøkelser ved akuttavdeling innen 30 dager, ikke-planlagte sykehusinnleggelser innen 30 dager og død innen 18 måneder, av strukturerte strategier for utskrivelse fra akuttavdelinger	Ingen sikker evidens for de undersøkte strukturerte utskrivingsstrategiene.
Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K. and Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. <i>PLoS ONE [Electronic Resource]</i> , 9, e89257.	Systematic review og meta-analyse	Hjemmeboende eldre (65+) 64 studier	Kan hjemmebesøk, som ikke er relatert til utskriving fra sykehus, forebygge kognitive og funksjonell svikt og slik redusere institusjonalisering og dødelighet?	Det var moderat evidens for at det ikke var effekt av hjemmebesøk på innleggesrate på sykehjem. Det var moderat evidens for en liten reduksjon av antall innleggelser på sykehus. Det var svak evidens for en liten reduksjon i antall henvisninger til vurdering i akuttmottaket	Hjemmebesøk (ikke relatert til utskriving fra sykehus) er ikke konsistent assosiert med endring av dødelighet eller det å fungere selvstendig.
Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D. and Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , N.PAG-N.PAG.	Cochrane review (Oppdatering av tidligere review)	Eldre på sykehus 30 nye studier inkludert	Vurdere effekt av det å planlegge utskriving fra sykehus, på liggetid, antall reinnleggelser, fornøydhet og reduserte kostnader.	Planlegging av utskrivelser fører til kortere sykehusopphold og færre reinnleggelser (men usikkert om de som ble innlagt etter fall fikk færre reinnleggelser) og mer fornøydhet hos pasient og helsepersonell. Det er usikkert om planlegging av utskrivelser fører til reduserte kostnader.	Planlegging av utskrivelser kan antagelig gi en liten reduksjon i lengden på sykehusoppholdet og sannsynligheten for reinnleggelse innen 3 måneder. Planlegging av utskrivelser kan også gi økt fornøydhet med tilbudet hos pasient og helsepersonell
Vedel, I. and Khanassov, V. (2015). Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Annals of Family Medicine</i> , 13, 562-571.	Systematic review og meta-analyse	Hjemmeboende med hjertesvikt, som får tjenester fra primærhelse-tjenesten	Vurdere effekt av transitional care intervensjoner fra sykehus, inkl. planer for medisinsk oppfølging av	Transitional care intervensjoner inkludert. planer for medisinsk oppfølging for pasienter med hjertesvikt førte til redusert antall reinnleggelser (8 %) og færre besøk i akuttmottak (29 %).	Transitional care intervensjoner med høy intensitet (hjemmebesøk, telefonoppfølging og polikliniske besøk) ser ut til å være den beste tilnærmingen hos pasienter med hjertesvikt

		Gjennomsnitt alder 58-81 år 41 studier	hjertesviktpasienter .	Transitional care intervensjoner med høy intensitet (hjemmebesøk, telefonoppfølging og polikliniske besøk) hadde effekt uavhengig av varighet av intervensjonen. Transitional care intervensjoner med moderat intensitet hadde effekt ved oppfølgingsperiode på 6+ måneder. Transitional care intervensjoner med lav intensitet hadde ikke effekt, samme hvor lenge oppfølgingen varte.	som skal skrives ut fra sykehus. Transitional care intervensjoner med moderat intensitet kan være et alternativ dersom det implementeres i 6 måneder eller lenger.
--	--	--	-----------------------------------	--	---

Vedlegg 6

Oversikt over inkludert grå litteratur

Referanse	Studiedesign	Populasjon	Mål med studien	Konklusjon	Foreslåtte anbefalinger i studien
Brovold, I. L. (2013). Helhetlig pasientforløp i eget hjem-En modell for framtiden? NTNU.	Kvalitativ studie Fokusgruppe (personalet) og individuelle intervjuer (pasienter)	Eldre (70 +) Syv brukere Fjorten ansatte	1. Utforske brukernes erfaring med utskrivelsesprosessen fra sykehus og oppfølgingen fra hjemmetjenesten etter innføringen av helhetlig pasientforløp i eget hjem (HPH). 2. Utforske de ansattes erfaringer med sjekklistene i HPH for å kartlegge hva de mener om utfordringer og gevinster i HPH (patient-centered care pathway).	Brukerne er generelt fornøyd med utskrivelsesprosessen og tjenestene de får fra kommunen, men er likevel kritisk til antall ansatte som kommer hjem til dem. Personalet opplever at å bruke HPH har gitt bedre observasjoner av pasientene, bedre dokumentasjon og kvalitetssikring. Det fører til likere behandling uavhengig av hvor du får tjenester fra, men personalet er kritisk til tid og ressursbruken ved HPH og at det kan være med på å redusere tiden man har til å være med pasientene og dermed skape problemer med prioriteringene.	Studien indikerer at HPH er et verktøy som bidrar til helsetjenester av god kvalitet, men det kreves ressurser.
Danielsen, K. K., Nilsen, E. R. and Fredwall, T. E. (2017). "Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom."	Literature Review 121 publikasjoner	Eldre med kronisk sykdom	Identifisere og oppsummere forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientforløp for eldre med kronisk sykdom i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten.	Pasientforløp for eldre kronisk syke kjennetegnes av - flere kritiske overganger - kliniske retningslinjer utarbeidet for enkeltsykdommer - fragmenterte og dårlig koordinerte tjenester - svikt i informasjonsflyten - sykehuset er for raske i utskrivningen og at	Eldre som er utskrevet fra sykehus til kommunen kan ha nytte av sammensatte og målrettede tiltak for å kunne forbedre overføringer på tvers av nivåer i helsevesenet.

				mange pasienter ikke er ferdigbehandlet - for liten kompetanse i kommunen til å ta imot pasientene. - standardiserte pasientforløp og bruk av sjekklister beskrives som gode tiltak - opprettelse av intermediære enheter og kommunale akutte døgnplasser (KAD) beskrives som sentrale og vellykkede tiltak	
De Vibe, M. F., Udness, E. and Vege, A. (2016). Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke: en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015. <u>Good patient care pathways in local authorities for elderly and chronically ill: a description of two learning collaboratives for elderly and chronically ill, 2011–2015.</u> Oslo, Folkehelseinstituttet, Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret. nr. 4.	Utviklingsprosjekt?	Eldre med kronisk sykdom	Gjennomføre to læringsnettverk med tanke på å utvikle helhetlige og koordinerte pasientforløp i kommunene.	To læringsnettverk for eldre og kronisk syke er gjennomført. Deltakernes erfaringer er gode. Det er indikasjoner på at læringsnettverkene har bidratt til en retningsendring i tjenestene med økt oppmerksomhet på det som er viktigst for pasienten, og at kommunene i større grad gir tjenester ut ifra dette.	Fokus på pasientforløp gjennom læringsnettverk gir positive endringer.
Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. and Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp–	Følgeforskning Utviklingsprosjekt	Eldre pasienter med KOLS, hjertesvikt,	Innføring av diagnosespesifikt pasientforløp ved to sykehus og deres tilhørende kommuner.	De siste årene er det blitt laget stadig flere diagnosespesifikke retningslinjer. Dette er lite i samsvar med et økende omfang av	Diagnoseuavhengige forløp er bedre enn diagnosespesifikke pasientforløp.

gjennomføring i primærhelsetjenesten. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 2(02), 78-87.		slag eller hoftebrudd		pasienter med multisykdom, som utgjør de største pasientgruppene både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Å forlenge diagnosespesifikke forløp fra sykehus ut i kommunen bidra til fragmentering av tjenestene til eldre og kronisk syke. I noen av kommunene ble det utviklet og tatt i bruk diagnoseuavhengige forløp. Det fungerte for disse kommunene og framstår som en mer bærekraftig modell.	
Hessellund, J. F., Hansen, S. B., Mikkelsen, K. A., Haahr, A. and Jensen, P. E. (2015). "Den patientoplevede sammenheng i et udrednings- og behandlingsforløb." <i>Klinisk Sygepleje</i> Årg. 29, nr. 2 (2015): 36-49.	Kvalitativ studie Observasjon og intervju	Pasienter med spiserørs og magekreft Alle aldre	Undersøke viktige aspekter ved pakkeforløp ved spiserørs og magekreft.	Det ble identifisert fire tema som var viktige ved pakkeforløpet. 1. En god og trygg relasjon til helsepersonell var viktig. 2. Viktig at helsepersonell tok ansvar for forløpet slik at man ikke måtte følge opp og koordinere det som skulle skje i forløpet. 3. Å bli informert grundig gjennom forløpet er nødvendig. 4. Samarbeid på tvers av avdelinger og sektorer er viktig for smidig pasientforløp.	For å få til et godt pakkeforløp kan det være nyttig at pasienten har en person som koordinerer og følger opp pasienten. Dette vil sikre den enkeltes pasientens behov og brukervedvirkning.
Lykkegaard, J. and J. Søndergaard (2013). "Dårlig kommunikation er en barriere for gode patientforløb for KOL-patienter." <i>Dagens medicin</i> 2013, nr. 2: 14-15.	Notat	Pasienter med KOLS	Beskrivelse av situasjon og utfordringer med behandling av KOLS pasienter.	Til tross for konkrete anbefalinger beskrevet i pakkeforløpet for KOLS-pasienter og rolleavklaringer i helsevesenet, føler pasientene seg som kasterboller i systemet.	For å bedre forløpet ved behandling av KOLS er løsningen at pasienten må være godt informert, og at kommunikasjon i overganger må bli bedre.
Neverdal, M. N. and K. E. Rystad (2014). Å	Kvalitativ studie	Beskrivelse av	Hva er utfordringer med å etablere et	Tre hovedområder kan representere mulige utfordringer	Funnene tyder på at etablering av

samhandle om samhandling: Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten, Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse.	Casestudie supplert med dokumentstudier, observasjoner og intervjuer (n=19).	pasientforløp i utprøvd modell i Norge	standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle?	i etableringen av et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle: - Kulturelle forskjeller - Organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering - Desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer	standardiserte pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samarbeide anses som et viktig og riktig steg mot økt forståelse og bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Selv om det kan være utfordrende, anses det som noe som bør prioriteres av aktører i helsevesenet.
Tarberg, A. S., Kvangarnes, M., and Hole, T. (2016). Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp. <u>Innovasjon og entreprenørskap</u>: 234-250.	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju med personal (n=25) i seks kommuner.	Eldre som får palliativ behandling	Hensikt å utvikle kunnskap om hvordan helsepersonell i kommunehelsetjenesten har erfart palliative pasientforløp, og hva som bør ligge til grunn for gode forløp.	Kommunene hadde ulike omsorgstilbud til pasientene i palliativ fase og opplevde forløpene som gode. Utfordringen var overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men helsepersonellet opplevde likevel samarbeidet som godt. God dialog mellom forvaltningsnivåene og individuell tilnærming ble vurdert som viktig for å få gode pasientforløp. I tillegg ble det lagt vekt på kompetanse, ressurser og samarbeid i kommunene.	Individuelt tilpasset planer kan være et alternativ til standardiserte forløp i kommunehelsetjenesten. Slike planer kan være et verktøy for samhandling mellom tjenestene med utgangspunkt i pasientens behov.