



DIAKONOVA

FORSIDEARK

TIL BRUK VED ALL INNLEVERING AV EKSAMEN I
VIDEREUTDANNINGER VED HØYSKOLEN DIAKONOVA

Fylles ut av kandidaten:

Del 1

Videreutdanningens navn:	(kryss av):
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med kreftsykdom	Heltid:
	Deltid: X
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresykdom	
Helsesøsterutdanning	
Videreutdanning til hygienesykepleier	
Årsstudiet i kristen sjelesorg	

Del 2

Kandidatnummer: (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	620
Veileders navn: (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	Mardon Breimoen
Kull:	12
Semester og år:	4. semester 2014
Tidspunkt og dato for innlevering:	30.01.2014. Kl. 21.00
Antall sider vedlagt dette forsidearket:	14 sider + 1(vedlegg)
Antall ord:	3062

How can the oncology nurse contribute to good continuity of care for patients with cancer?

Abstract

The Coordination Reform has given the primary care services a more extensive responsibility in the follow-up and treatment of their patients. The treatment of cancer occurs increasingly on an out-patient basis. Patients with cancer and their families experience unpredictability and sudden changes in their everyday lives. How can the oncology nurse contribute to good continuity of care for patients with cancer?

The article is a literature study.

Several studies have looked at what promotes continuity in patient care, but have not found a standard instrument for measuring continuity of care. Other studies have identified barriers for effective coordination in cancer care, such as poor communication and definition of responsibility in the transition between levels of care. Another study has attempted to identify the key-worker in promotion of care continuity for patients with cancer.

More research is required to conclude on which measures promote good patient care for cancer patients. Continuity is important for quality, and specially trained coordinators and competence-networks are emphasized as measures that may have effect.

Keywords: neoplasms, primary health care, continuity of patient care, navigation and oncologic nursing.

Hvordan kan kreftsykepleieren bidra til gode pasientforløp?

Introduksjon og bakgrunn

Etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 har kommunehelsetjenesten fått et større og mer omfattende ansvar for oppfølging og behandling av egne pasienter (St. melding nr. 47 2008-2009). Stadig mer av behandling og oppfølging av pasienter med kreft foregår poliklinisk. I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen står det; «Mange pasienter, og ikke minst pårørende, har opplevd at det blir deres ansvar å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene» (St. melding nr. 47 2008-2009, s.48). Mangel på kontinuitet i pasientforløpet er beskrevet som et av de viktigste problemene i kreftomsorgen, både nasjonalt og internasjonalt (Audin, Giguère, Martin, Vereault, Fitch, Kazanjian og Carmichael, 2012, Eklund, 2010). Samtidig vet vi at pasienter med kreftsykdom og deres pårørende lever i en kompleks, uforutsigbar og raskt skiftende hverdag. (Kreftforeningen, 2013, Nasjonal kreftstrategi, 2013). Og som en pasient sier; «Jeg måtte sjøl ta ansvar for helhetlig pasientforløp» (Lindseth, 2012).

Jeg har nå i mer enn ett år arbeidet som kreftkoordinator i kommunehelsetjenesten og sett mange av de utfordringer pasienter og deres pårørende står oppe i. Etter innføringen av Samhandlingsreformen har Kreftforeningen gitt økonomisk støtte til opprettelsen av kreftkoordinator stillinger i kommunene. Med utgangspunkt i relevant forskning, tilbakemeldinger fra pasient, pårørende og fagpersoner har de lagt føringer for hvordan koordinatorene skal jobbe for å hjelpe pasienten og pårørende i deres hverdag (Vedlegg). Kreftsykepleieren skal etter endt utdannelse forstå nødvendigheten av et godt samarbeid

mellom de ulike nivåene i helse- og sosialtjenesten og et godt tverrfaglig samarbeid. Kreftsykepleieren skal bidra til at pasientenes ulike behov blir ivaretatt også utenom sykehusperiodene (Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie, 2005).

Hensikt/ problemstilling

Tema i artikkelen er kreftsykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten og hvordan kreftsykepleieren kan bidra til gode pasientforløp for pasienter med kreft. I denne artikkelen er kreftsykepleieren en kreftkoordinator i kommunehelsetjenesten. Hvordan kan kreftsykepleieren samarbeide og samhandle for å bedre hverdagen til pasienter med kreftsykdom, i alle faser av sykdomsforløpet? Det vil være fokus på kontinuitet og god samhandling til beste for pasienter med kreft og deres pårørende, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og nasjonale handlingsprogram (Stortingsmelding 47, 2008-2009, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2013, NOU, 2005:3).

Pasientforløp er «den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med de ulike deler av helse og omsorgstjenestene» (St. melding 47, 2008-2009 s. 15). Et godt forløp kjennetegnes av god informasjon til pasient og pårørende og et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Metode

Artikkelen er en litteraturstudie basert på relevante forskningsartikler, annen litteratur, nasjonale retningslinjer og egne erfaringer som sykepleier i 25 år. Jeg har tatt utgangspunkt i gjeldene føringer og handlingsprogram som har konsekvenser for pasienter med kreft og deres pårørende, lest pensumlitteratur og norske artikler som omhandler emnet og derigjennom funnet aktuelle søkeord som utgangspunkt for litteratursøk. Jeg startet litteratursøk med søk i SweMed med norske søkeord, fikk 33 treff og fant Mesh termer, som jeg senere har brukt i søk i internasjonale databaser.

MesH termer brukt er; neoplasms, primary health care, continuity of patient care, navigation og oncologic nursing. Søk i Medline, Cinahl og Cochrane database i august og september ga 77 artikler. Jeg har innhentet litteraturhenvisninger fra Kreftforeningen om den forskningsbaserte og faglige begrunnelsen for opprettelsen av kreftkoordinatorstillinger i kommunehelsetjenesten, og brukt dette i videre arbeid. Jeg har brukt litteraturhenvisninger fra forelesning om Samhandlingsreformen og helhetlige pasientforløp for videre søk.

Min begrensede søkererfaring kan ha konsekvenser for det utvalg av artikler jeg har funnet.

Resultater/Funn

Jeg har valgt fire studier som bakgrunn for min artikkel, en norsk, en dansk, en australsk og en Cochrane review. De er valgt da de alle omhandler kontinuitet, samarbeid og samhandling. Alle artiklene konkluderer med at det trengs mer forskning til for å kunne komme med klare anbefalinger om hva som er gode tiltak for å sikre gode pasientforløp.

Den første artikkelen, ”What are the current barriers to effective care coordination?”, er en kvalitativ studie med pasienter, pårørende og helsearbeidere, skrevet av Jennifer Walsh med flere fra Sidney i Australia (Walsh, Harrison, Youn, Butow, Solomon og Masya, 2010).

Bakgrunn for studien er koordinering som en prioritert oppgave for å forbedre leveringen av helsetjenester til pasienter med kreft. Studien har identifisert en rekke barrierer for samordning og samhandling i kreftomsorgen som manglende ansvarsavklaring, overgangene mellom nivåene, kommunikasjonsmangler og manglende tverrfaglighet. Spesialopplærte koordinatorene og kompetansenettverk er fremhevet som tiltak som kan ha effekt. De konkluderer med at utvikling og evaluering av tiltak basert på disse funnene er nødvendig for å bedre kvaliteten på kreftomsorgen.

Den andre artikkelen, «Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer», er en Cochane Collaboration studie (Audin, 2012). Hensikten var å klassifisere og beskrive effekten av tiltak beskrevet i litteraturen for å forbedre kontinuiteten i pleie og oppfølging av pasienter med kreft. Kontinuiteten i omsorg ble definert som hvordan pasienten opplevde hvordan omsorgen var over tid, i forhold til samhandling og kontinuitet, informasjonsflyt, mellommenneskelige ferdigheter og koordinert omsorg.

De fant intet standard instrument som kunne måle kontinuitet i omsorgen hos pasienter med kreft. Konklusjon ble at mer relevant forskning er nødvendig for å anbefale hvilke tiltak som forbedrer kontinuitet i pleie og oppfølging av pasienter med kreft.

Den tredje artikkelen, «Who is the key worker in palliative home care?» er en forskningstudie med palliative pasienter, pårørende, fastleger og sykepleiere fra Danmark (Brogaard, Bonde Jensen, Sokolowski, Olesen og Neergaard, 2011). De ønsket å se på hvem som var best til å ivareta rollen som «nøkkelperson» for pasienter i palliativ fase og å fremme kontinuitet for

disse. De fleste så seg selv som denne nøkkelpersonen, men fastlegen ble fremhevet. De understreket viktigheten av klar kommunikasjon om ansvarsforhold og oppgavefordeling, som et middel til å bedre kvaliteten på omsorg og samarbeid i palliativ fase.

Den siste artikkelen, “Cultural diversity between hospital og community nurses: implications for continuity og care”, er en norsk litteraturstudie (Hellesø og Fagermoen, i 2010). Den tar for seg kulturforskjeller mellom sykepleiere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De ser på utfordringen i å ivareta kontinuitet i omsorgen når pasienten er i «overgangene» mellom steder og nivåer av helsetjenesten. De konkluderer med at pasientens stemme ikke blir hørt og at sykepleiernes forskjellige perspektiver påvirker vurderingene i disse overgangene. Artikkelen påpeker at en må se på nye måter å samarbeide på for å bedre kontinuiteten i pleie og omsorg.

Diskusjon

Med bakgrunn i disse artiklene og øvrige funn, kan en si noe om hvordan kreftsykepleieren i kommunehelsetjenesten kan bidra til gode pasientforløp? Alle fremhever viktigheten av kontinuitet, som en viktig forutsetning for kvalitet.

I studien fra Australia (Walsh, 2010) som har sett på barrierer for god koordinering trekker de frem manglende ansvarsavklaring og uklar kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De fremhever tverrfaglige møter, koordinatorene som bindeledd og regionale kompetansenettverk som en løsning. I Norge har vi regionale kompetansenettverk som er satt i system og min erfaring er at vi får til gode pasientforløp for pasienter i palliativ fase av sykdommen (Nasjonalt handlingsprogram i palliasjon, 2013). Dette støttes av

forskning (Walsh, 2010, Hauken og Helgesen, 2011). Vi har ressurspersoner som samhandler internt i kommunen i tett samarbeid med fastlege og palliative team i spesialisthelsetjenesten til beste for pasient og pårørende. Når vi har kjennskap til hverandre i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste og samarbeider tett, får vi til en bedre kvalitet på tjenestene vi samlet gir (Reitan og Schjølberg, 2010, Kaasa, 2008).

Lindseth fremhever samarbeidet og samhandlingen som er gjort rundt lindrende behandling som noe en har lyktes med og oppfordrer til å bygge slik handlingskapasitet i alle faser av pasientforløpene (Lindseth, 2012, Nasjonalt handlingsprogram palliasjon, 2013). Forskning påpeker overføringsverdi fra erfaringen fra palliative pasientforløp til forløp for de som overlever eller lever i lang tid med sin kreftsykdom (Audin, 2012, Lindseth, 2012, Loge, Dahl, Fosså, Kiserud, 2013).

Det blir stadig flere pasienter med kreft, det er flere som får kreft, flere lever lenge med kreft og flere overlever kreft (Kreftregisteret, 2013). Her vil kreftsykepleieren i kommunehelsetjenesten kunne ha en nøkkelrolle, da det er i kommunene disse pasientene lever og oppholder seg. Eklunds artikkel fremhever kreftsykepleierens spesielle kompetanse og helhetsblikk i møte med helsetjenestens utfordringer (Eklund, 2010). Hynne påpeker i sin artikkel; kreftsykepleierens handlingsrom til å bruke faglig skjønn både i møte med pasienter med kreft og i systemarbeid for å sikre kontinuitet, koordinering og kvalitet i de kommunale tjenestene (Hynne og Kvagersnes, 2012). Dette støtter de erfaringer jeg har i mitt arbeid.

Når en så ser på artikkelen fra Norge (Hellesø, 2010), hvor en ser på kulturelle forskjeller hos sykepleierne i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, kan en forstå utfordringene i dialog og samarbeid. God oppfølging av pasient og pårørende fordrer nettopp god dialog og tett samarbeid (Reitan og Schjølberg, 2010, Nasjonal kreftstrategi, 2013, Nasjonalt

handlingsprogram i palliasjon, 2013). Avstanden mellom ulike nivåer av omsorg virker inn på hvordan de aktuelle samarbeidspartnerne samhandler med hverandre. Igjen vil kompetansenettverk av erfarne spesialsykepleiere kunne begrense denne avstanden. Et annet viktig aspekt er utvikling av personlig kompetanse og relasjons kompetanse i samhandlingen. Dette er viktig både i den direkte og indirekte pasientrettede funksjonen (Hynne, 2012, Skau, 2011). Funksjonsbeskrivelsen til kreftkoordinatorer beskriver begge disse funksjonene (Vedlegg).

I Cochrane studien som sammenfattet 51 studier for å se på hva som fremmet kontinuitet i oppfølgingen av pasienter med kreft, ser en at mer forskning må til (Audin, 2012). De har ikke funnet noe standard instrument for å måle kontinuitet i omsorgen. Vil spesialopplærte koordinatorer kunne fremme denne kontinuiteten? Min erfaring så lang er at kreftsykepleieren i kommunehelsetjenesten kan bidra. Kreftforeningen har valgt og ansatte kreftkoordinatorer i kommunene i Norge og det foregår nå en studie for å se på effekten av denne satsningen (Kunnskapssenteret, 2014).

I studien fra Danmark trekker mange frem fastlegen som den som bør stå for koordineringen (Brogaard, 2011). Fastlegen har et hovedansvar for medisinsk oppfølging, men det er så mye mer enn bare det rent medisinske (Fastlegeforskriften, 2013, Kreftforeningen, 2013). Jeg mener at det ikke nødvendigvis er riktig at det er en person som koordinerer eller følger opp pasient og pårørende. Det viktige er at det er et team av fagpersoner rundt, som sammen kan sikre kontinuitet og en god oppfølging (NOU, 2005:3, Nasjonalt handlingsprogram, 2013, Stortingsmelding 47, 2008-2009). Da pasienten bor og oppholder seg i kommunene, ser jeg viktigheten av å ha en lokal kontaktperson. Dette støttes av forskning (Kreftforeningen, 2013, Nasjonalt handlingsprogram, 2013, Nasjonal kreftstrategi, 2013). Som Lindseth skriver;

«Koordinering av tjenester for personer med kreft innebærer å tenke bredt, helhetlig og tverrfaglig. Behovene for oppfølging er individuelle og dermed sammensatte» (Lindseth, 2012).

Det er viktig å ta hensyn til pasientens ønsker og autonomi (Eide og Eide, 2007). Det er store individuelle forskjeller i hva en pasient trenger støtte og hjelp til. Mange pasienter ønsker selv å ta ansvaret for koordinering av eget pasientforløp.

Ifølge resultater fra en nasjonal spørreundersøkelse, med over 12.000 pasienter, kommer det frem at sykehusene samarbeider for dårlig med kommunale helsetjenester og forbereder i for liten grad pasientene på tiden etter utskrivning fra sykehuset (Bjerkan, Holmboe, Skudal og Bjertnæs, 2013). 42 % av pasientene opplevde manglende samarbeid og samhandling mellom sykehus og kommunale tjenester. Når en ser dette i sammenheng med den korte liggetiden det er for pasienter i norske sykehus og tilbakemeldinger om manglende informasjon som blir gitt, blir det viktig at fagpersoner i kommunehelsetjenesten følger tett opp. Resultatene samsvarer helt med studien fra Australia og egne erfaringer (Walsh, 2010).

I en rapport om effekten av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste i Norge i 2013 konkluderer de, som de aktuelle utenlandske artiklene, med mer behov for forskning. Samtidig trekker de frem spesialopplærte koordinatorene som et samhandlingstiltak som synes å ha effekt på livskvalitet og økt lengde av hjemmetid (Holte, Lidal og Gundersen, 2013). Det understrekes forutsetningen for å sette av tilstrekkelig tid til å koordinere tjenester, tilrettelegge og følge opp. I nasjonalt handlingsprogram anbefales det bruk av Individuell plan som et verktøy for å sikre god oppfølging. De konkluderer også, som i studien fra Danmark, om fastlegens viktige funksjon (Brogaard, 2011). Dette samsvarer helt med hva innholdet i Kaasas lærebok, hva Kreftforeningen arbeider for og hva Nasjonale

handlingsprogram understreker (Kaasa, 2008). Det finnes mange studier som omhandler ulike samhandlingstiltak, men det har vært vanskelig å identifisere effekt av disse tiltakene (Holte, 2013).

Det er viktig at tjenesteyterne møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og med et tjenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon. (NOU, 2005, s. 15)
Dette mener jeg kreftsykepleieren, med sin fagkompetanse og nettverk, har gode forutsetninger for å imøtekomme (Rammeplan, 2005).

Like viktig som at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider, er det at vi i kommunehelsetjenesten samarbeider sammen til beste for pasient og pårørende.
Forutsigbarhet for pasienten og deres pårørende fremmer trygghet, og denne tryggheten er nødvendig for livskvalitet (Reitan, 2008, Kaasa, 2008). Hynne er i sin artikkel opptatt av viktigheten av kontinuitet og rolleavklaring, og klare ansvarsforhold blir understreket i studiene fra Australia og Danmark (Walsh, 2010, Brogaard, 2011, Hynne, 2012).

Standard for palliasjon foreslår en rekke tiltak for å fremme samarbeid og samhandling (NOU 2005:3, Kaasa, 2008, Nasjonalt handlingsprogram, 2013). Det samsvarer helt med noen av tiltakene som de utenlandske artiklene fremhever (Walsh, 2010, Brogaard, 2011)

Konklusjon

Det trengs mer forskning til for å konkludere med hva slags tiltak som fremmer gode pasientforløp for pasienter med kreft. Kreftsykepleieren kan med sin kompetanse, sitt tverrfaglige nettverk og kjennskap til spesialist og kommunehelsetjenesten hjelpe pasient og pårørende i sitt pasientforløp. Vi kan lære av de gode erfaringene fra de palliative forløpene, og overføre dette til pasientforløp for de som lever med kreft og de som overlever kreft. Jeg mener at kreftsykepleieren i kommunehelsetjenesten er viktig for pasient og pårørende i en komplisert og sammensatt hverdag, hvor de skal forholde seg til en rekke aktører. Så langt jeg har erfart har tett oppfølging fra kreftsykepleier, med tilgjengelighet, kontinuitet og relasjon over tid, vært med på å gjøre hverdagen deres enklere. Jeg ser frem til å se hva slags konklusjoner som kommer fra kunnskapssenteret om effekten av kreftkoordinatorstillinger i kommunehelsetjenesten. Kanskje kreftsykepleieren som kreftkoordinator i kommunehelsetjenesten vil bli en viktig endringsagent?

Litteraturliste

Audin, M., Giguère, A., Martin, M., Verreault, R., Fitch, M., Kazanjian, A. & Carmichael, P. (2012). *Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer*. Hentet 03.09.2013. fra <http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search>

Bjerkan A.M., Holmboe O., Skudal K.E., Bjertnæs Ø.A. (2013) «*Pasienterfaringer med norske sykehus. Nasjonale resultater i 2012*». PasOpp-rapport nr 1-2013. ISBN 978-82-8121-633-4 ISS 1890-1565.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus.nasjonale-resultater?threpagenor=1>

Brogaard, T., Bonde Jensen, A., Sokolowski, I., Olesen, F. & Neergaard, M. A. *Who is the key worker in palliative home care?* Scandinavian Journal of Primary Health Care 2011;29(3)150-6. <http://svemedplus.kib.ki.se/default.aspx>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eklund, H.B.(2010). *Kreftsykepleiers spesielle kompetanse og helhetsblikk møter helsetjenestens utfordringer*. Hentet 30.08.1013 fra
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikke/565642/gir-god-kreftomsorg>

Fastlegeforskriften (2013). Hentet 15.01.14. fra:
<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Veiledere/Fastlegeforskriften---Veileder-og-kommentarutgave/>

Hauken, M. & Helgesen, R.(2011). *Kreftnettverk gir trygghet*. Sykepleien nr. 11.

Hellesø, R. og Fagermoen, M.S. (2010); "Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care", *International Journal of Integrated Care*, Volume 10, 18 February, ISSN 1568-156, URL: <http://www.ijic.org>

Holte H.H., Lidal, I.B. & Gundersen M.W.(2013). «*Utskrivning av pasienter med kronisk sykdom: effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste*». Rapport fra Kunnskapssenteret nr 09 - 2013. ISBN 978-82-8121-534-4 ISSN 1890-1298. Hentet 01.01.14. fra
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utskrivning-av-pasienter-med-kronisk-sykdom-effekt-av-ulike-former-for-samhandling-mellom-sykehus-og-kommunehelsetjeneste>

Hynne, A.B., Kvangarsnes, M. (2012). «Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta – ein inervjustudie om funksjonar og yrkesrolle». Hentet 31.10.13. fra:
http://brage.bibsys.no/hist/retrieve/449/Hynne_2012.pdf

Kreftforeningen (2013). Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/praktisk-hjelp/kreftkoordinator-i-kommunen/>

Kreftregisteret (2013) Tilgjengelig fra: <http://www.kreftregisteret.no/>

Kaasa, S. (2008). *Palliasjon. Nordisk lærebok.*(2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lindseth, Petter (2012) «Kapasitetsbyggende rehabilitering for kreftpasienter». Hentet 10.11.2013. fra:
http://brage.bibsys.no/hvo/retrieve/761/master_lindseth.pdf

Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D., Kiserud, C.E. (2013). *Kreftoverlevende*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. *Sammen- mot kreft*. Helse- og omsorgsdepartementet (2013).Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2013/sammen---mot-kreft.html?id=728818

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.(2013). Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx>

Norges offentlige utredninger. *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005: 3. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4>

Paulsen, B., Romøren, T.I. og Grimsmo, A. (2013):”A collaborative chain out of phase”, *International Journal of Integrated Care*, Volume 13, 14 March, URL: <http://www.ijic.org>

Rammeplan og forskrift - videreutdanning i kreftsykepleie, fastsatt av Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet, desember 2005. Hentet 01.01.2014. fra
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1387>

Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (2010). *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (3.utg). Oslo: Akribe AS

Skau, G.M.(2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4.utg). Cappelen Damm Akademisk

Stortingsmelding nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- tilrett tid* (2009). Helse og omsorgsdepartementet.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>

Stortingsmelding nr. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. (2013) Helse og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>

Kunnskapsenteret (2014). «*Effekt av kreftkoordinatorstillinger i kommunene*» Hentet fra: <http://www.kunnskapsenteret.no/prosjekter/prosjektplan-for-effekt-av-kommunale-koordinatorstillinger-for-kreftpasienter>

Walsh, J.,Harrison, J.D., Youn,J.M., Butow, P.N., Solomon, M.J.,Masya,L. (2010). “*What are the current barriers to effective cancer care coordination?*” *A quality study*. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/132>