

La continuità dell'assistenza basata su informazioni scritte e infermieri dedicati: revisione della letteratura.

Prima parte

- La continuità è una delle principali sfide dell'assistenza contemporanea. L'obiettivo della revisione era rilevare l'efficacia delle informazioni scritte e degli infermieri dedicati alle dimissioni sulla continuità dell'assistenza.
- La revisione della letteratura è stata realizzata su Medline (1966- marzo 2004) e Cinhal (1984-2004) includendo solo articoli di ricerca o di revisione ed escludendo lettere, commenti ed editoriali.
- Sono state usate le seguenti parole chiave: "Community Health Nursing e Discharge Planning/Nursing Records/Continuity of Patient Care"; "discharge liaison nurse", "liaison nurse", "transfer nurse" e "discharge coordinator (coordinator)" e "case manager nurse". È stata eseguita anche una ricerca per autore. Sono stati identificati 35 articoli.
- Non ci sono prove che la comunicazione scritta migliori la continuità dell'assistenza né esiste accordo su cosa scrivere: un diario del ricovero o le prescrizioni dettagliate sugli interventi da eseguire.
- Un infermiere dedicato alle dimissioni può ridurre i costi ospedalieri, migliorare la soddisfazione del paziente e, secondo alcuni autori, anche la continuità delle cure. Occorrono nuovi studi per cercare di fare chiarezza su questo aspetto così importante dell'assistenza.

Fabio Colle¹
Alvisa Palese²
Silvio Brusaferrò³

¹ Infermiere, Clinica
Malattie Infettive

² Tutor, Corso di Laurea
in Infermieristica

³ Cattedra di Igiene,
Dipartimento di Patologia e
Medicina Sperimentale
e clinica, Università degli
Studi di Udine

Introduzione

La dimissione ospedaliera è uno dei momenti più critici nell'esperienza di ricovero di un paziente, soprattutto quando si trova ad affrontare problemi di salute cronici e/o non completamente risolti. In genere si viene dimessi in base a criteri clinici e di appropriato uso della risorsa ospedale ma si dovrebbe tener conto anche dei fattori sociali¹. Quando il paziente ha bisogno di essere preso in carico dal Distretto o dagli altri servizi territoriali, gli infermieri che operano in ospedale registrano (o dovrebbero registrare) su schede o sulla lettera di dimissione infermieristica, le cure erogate e quello che sarebbe opportuno fare; educano il paziente coinvolgendo anche la famiglia op-

pure garantiscono il flusso di informazioni attraverso personale "dedicato" che lavora esclusivamente sulle dimissioni difficili. Questi sforzi dovrebbero essere attivati sempre, anche quando il paziente ritorna a casa e viene preso in carico dal Medico di medicina generale. Tuttavia, malgrado i numerosi tentativi, in poche occasioni sono integrati in un piano di dimissione e la loro efficacia è ancora dubbia. L'obiettivo di un sistema sanitario è di garantire la continuità delle cure. Si tratta di un concetto relativamente nuovo, incluso in Medline solamente nel 1991, e legato all'evoluzione dell'ospedale, diventato sede di cura solo per i problemi acuti, con una conseguente riduzione delle degenze. Garantire la continuità signifi-

Aggiornamenti

ca prendere in carico il paziente dal momento dell'accertamento, lungo le diverse fasi della malattia (e non della degenza), indipendentemente dai contesti di cura. Un termine opposto è quello di *cure episodiche*, entrato a far parte dei termini utilizzati in Medline nel 1992 che comprende, invece, le cure e l'assistenza erogate ad intervalli di tempo per specifiche situazioni o problemi medici. La continuità delle cure è un concetto ancora diverso da quello di continuità del servizio: i servizi possono essere impegnati in un progetto di continuità (per durata dell'offerta o per sequenzialità rispetto ad un profilo di cura, ad esempio chirurgia generale, radioterapia e oncologia) che integra le fasi terapeutiche ma non necessariamente quelle della presa in carico².

La continuità delle cure influenza la sicurezza clinica e/o percepita del paziente³. Per garantirla, possono essere attivate strategie multiple e basate:

- sulla presa in carico dedicata, come nel modello della *Primary care Nurse*⁴, in cui un infermiere garantisce le cure ma anche la regia dei processi assistenziali, tenendo memoria della storia del paziente, dei problemi e delle scelte assistenziali affrontate e assicurando un punto di riferimento costante;
- sul *flusso di informazioni* e sul massimo coordinamento degli operatori coinvolti, modalità particolarmente preziosa quando il paziente passa da un contesto all'altro e cambiano anche gli infermieri che lo assistono, come accade tra ospedale e territorio;
- sulla progettazione di una dimissione pianificata (*discharge planning*) che consiste nello sviluppo di una dimissione personalizzata in cui sono attivate, attraverso un modello di partnership paziente-professionisti, le risorse personali, familiari, delle reti di riferimento e della comunità per assicurare con strategie educative la migliore capacità di autogestione ed evitare ricoveri ripetuti^{6, 31}.

Qual è l'efficacia delle informazioni scritte e dell'infermiere dedicato, sulla continuità dell'assistenza al momento della dimissione?

La strategia di ricerca

L'obiettivo della revisione era rilevare l'efficacia delle informazioni scritte e degli infermieri dedicati alle dimissioni sulla continuità del-

l'assistenza. La revisione della letteratura è stata realizzata su Medline (1966- marzo 2004) e Cinhal (1984-2004) includendo solo articoli di ricerca o di revisione ed escludendo lettere, commenti ed editoriali. Sono state adottate tre strategie di ricerca:

1. La prima utilizzando i termini MeSH "Community Health Nursing e Discharge Planning/Nursing Records/Continuity of Patient Care": dei 271 articoli identificati ne sono stati inclusi 23 che rispondevano ai criteri di inclusione;
2. La seconda focalizzata sulle figure professionali impegnate nella gestione della dimissione ospedaliera, utilizzando le seguenti parole di testo "discharge liaison nurse", "liaison nurse", "transfer nurse" e "discharge coordinator (co-ordinator)" e "case manager nurse": sono stati identificati 167 articoli di cui solo 35 pertinenti;
3. La terza basata sugli Autori, ricercando coloro che, sulla base delle strategie di ricerca precedenti, avevano maggiormente studiato la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio (Anderson, Waters, Tierney, Peters, Bowling, Armitage): sono stati identificati 16 articoli pertinenti.

La continuità dell'assistenza attraverso la documentazione scritta

L'attenzione al consumo delle risorse in ambito sanitario, ha portato in primo piano la necessità di razionalizzare anche i percorsi assistenziali. Questo tra l'altro si è tradotto nella creazione di reti capaci di garantire al paziente l'assistenza necessaria attraverso luoghi e momenti tra loro differenti ma complementari. In ambito ospedaliero, in particolare, si è cercato di aumentare l'appropriatezza organizzativa (fare in modo che l'ospedale sia luogo di cura solo per i pazienti acuti) e clinica (fare in modo che siano offerti gli interventi basati sulle migliori prove di efficacia) con una conseguente contrazione dei tempi di degenza e con dimissioni più precoci di un tempo.

Molti pazienti dimessi dall'ospedale richiedono una prosecuzione dei trattamenti presso strutture riabilitative, residenziali o a domicilio: soprattutto per questi ultimi, la gestione della dimissione⁶ richiede continuità,

ovvero comunicazione e coordinamento tra tutti i soggetti coinvolti.⁷⁻⁸

Hansen et al.⁹ (1998) definiscono tale comunicazione come il complesso dei processi impiegati dagli operatori sanitari, dai pazienti e dai loro caregiver per assicurare una tempestiva, accurata e completa condivisione delle informazioni funzionali alla dimissione. La mancanza di comunicazione tra reparto e servizi territoriali^{6,10} compresa la farmacia esterna, per segnalare ad esempio, quando il paziente ha bisogno di farmaci specifici¹¹, è l'aspetto più critico della continuità assistenziale (Tabella 1).

Tabella 1 - Come garantire la continuità: gli aspetti più critici al momento della dimissione ospedaliera.¹²

- Poca comunicazione tra ospedale e territorio;
- Scarso accertamento dei problemi o rischi del paziente al momento della dimissione;
- Mancanza di pianificazione sui tempi (giornata, ora) della dimissione;
- Inadeguata attivazione (anche educazione) dei famigliari o caregiver;
- Carico assistenziale elevato richiesto a familiari non preparati adeguatamente e scarsa (o lenta) attivazione dei servizi territoriali;
- Scarsa attenzione ai bisogni dei gruppi vulnerabili o fragili come ad esempio gli anziani.

Le informazioni fornite dagli infermieri alla dimissione possono essere scritte o verbali¹³: queste ultime sono preferite perché richiedono meno tempo¹⁴. Anche i medici hanno un rapporto difficile con la documentazione che accompagna la dimissione e quando scrivono su schede non strutturate, non riportano tutte le informazioni che sarebbero importanti¹⁵. Sono sempre più diffusi fogli strutturati, ma anche sistemi informatici collegati direttamente con il medico di medicina generale la cui efficacia è ancora dubbia¹⁶. Malgrado i fogli strutturati o la presenza di "Standards for Records and Record Keeping"¹⁷, la comunicazione tra Ospedale e Territorio è ancora scarsa.

Perché è così difficile comunicare quando un paziente viene dimesso? Il problema non è nuovo: Waters⁶, già alla fine degli anni '80, studiando la documentazione ospedaliera di 32 anziani appena dimessi, aveva rilevato che molti problemi non venivano riportati in forma scritta.

Tornkvist et al.¹⁸ (1997) hanno condotto uno studio sulla documentazione infermieristica in uso sul territorio. La maggior parte degli infermieri del distretto intervistati, si dichiarava insoddisfatta per la mancanza di un modello comune, e per gli elevati tempi di compilazione o lettura della modulistica, non sempre compatibili con l'esigenza di efficienza dei servizi. Questa difficoltà è stata evidenziata anche da Howse e Bailey¹⁹ (1992) che l'hanno messa in relazione a fattori legati all'operatore, quali la mancanza di fiducia nella documentazione scritta, la facilità con cui ci si uniforma alle consuetudini dello scrivere poco e la difficoltà di riportare in forma scritta ciò che sarebbe importante fare per quel paziente. Gli infermieri ospedalieri probabilmente percepiscono che il loro mandato si conclude con la degenza e ritengono che il piano assistenziale da garantire a domicilio debba essere sviluppato dagli infermieri del territorio. Un ulteriore problema è la particolare rigidità di alcuni strumenti che non riescono a cogliere tutte le sfumature che l'infermiere vorrebbe mettere in luce.

Nell'Irlanda del Nord, McKenna et al.²⁰ (2000) hanno valutato il livello di soddisfazione 188 infermieri (115 ospedalieri e 73 di Distretto) sulla documentazione utilizzata al momento della dimissione. I giudizi espressi dai due gruppi sono diversi: il 91.4% degli infermieri di reparto la giudica soddisfacente mentre il 56% dei colleghi del Distretto, insoddisfacente. I primi avvertono la necessità di uniformare la documentazione; gli altri reclamano maggiore spazio per documentare gli interventi effettuati ma anche per adattare il contenuto alle effettive esigenze del paziente.

Né il personale infermieristico né quello medico ospedaliero considerano prioritaria la pianificazione della dimissione²¹. Per gli infermieri di reparto, inoltre, è difficile presidiare i bisogni di natura sociale ed emotiva²². Mistiaen et al.²³ hanno riportato che circa per il 37% dei pazienti dimessi da un reparto per acuti non viene individuato un bisogno assistenziale. La storia sociale del paziente è poco indagata: durante la degenza è difficile raccoglierla anche per la brevità e, a maggior ragione, al momento della dimissione²⁴. Anderson e Helms sostengono che gli infermieri ospedalieri non riportano le informazioni necessarie perché non co-

Aggiornamenti

noscono a sufficienza le funzioni degli infermieri di Distretto e, pertanto, le informazioni di cui avrebbero bisogno^{20,22,25-26}.

Anderson e Helms²⁵⁻²⁹ hanno valutato la tipologia delle informazioni trasmesse con le schede di continuità dagli infermieri di reparto a quelli del territorio. Gli infermieri riportano solo la metà delle informazioni richieste dai fogli strutturati: in larga parte riferiscono dati di natura medica e relativi alla patologia del paziente, all'assistenza infermieristica e poco alla dimensione psico-sociale, gli stessi problemi documentati 25 anni fa⁷.

Secondo gli infermieri domiciliari, le informazioni necessarie per garantire la continuità sul territorio dovrebbero essere diverse da quelle contenute nelle schede utilizzate in reparto: sarebbero utili, nell'ordine, dati medici, di assistenza infermieristica, inerenti la dimensione psico-sociale e, all'ultimo posto, quelli di contesto, ovvero la data di nascita, provenienza, codice sanitario e tipo di assicurazione laddove previsto²⁹. Secondo McKenna et al.²⁰ per gli infermieri del territorio, sarebbe importante:

- standardizzare le modalità e la documentazione di dimissione (anche in Tierney et al.¹² e Waters⁷);
- informare con maggiore anticipo i servizi territoriali quando è in programma la dimissione di un paziente difficile o fragile;
- introdurre figure ad hoc o costituire dei team composti da operatori ospedalieri e territoriali che si riuniscono periodicamente per discutere le dimissioni e scambiarsi le informazioni (anche in Tierney et al.¹²);
- informare gli infermieri di reparto sul ruolo di chi lavora nel Distretto;
- sviluppare strategie tipo "filo diretto" tra gli operatori, come ad esempio una linea telefonica dedicata;
- coinvolgere di più le famiglie nella dimissione.

Per gli infermieri dell'ospedale, invece, sarebbe importante

- ridurre l'impegno delle registrazioni scritte e parlare di più con gli infermieri del Distretto;
- poter contare sulla visita periodica degli infermieri di Distretto;
- avere una linea telefonica diretta con gli infermieri del distretto, o la possibilità di contatti facilitati.

Non è stato dimostrato se e quanto la comunicazione scritta per garantire la continuità dell'assistenza influenzi i risultati clinici; questo dubbio peraltro è valido anche per il piano di assistenza dei pazienti ricoverati³⁰⁻³¹. Sebbene scrivere sia importante perché oggettiva e lascia traccia, non è ancora chiaro che cosa sia necessario scrivere, quali sono le informazioni essenziali, e se nella documentazione debba essere riportata una sintesi di quanto accaduto durante la degenza o una prescrizione dettagliata di quanto andrebbe ancora realizzato. A fronte di un'ampia attenzione alla comunicazione scritta, sono ancora poche le certezze sul suo impatto sulla sicurezza dei pazienti, sulla loro percezione di presa in carico e di continuità del progetto assistenziale³².

La continuità dell'assistenza attraverso il "discharge professional"

La continuità dell'assistenza non ha solo a che fare con le informazioni ma anche con il coordinamento dei soggetti coinvolti. Per questo, da tempo sono proposti il "discharge professional" appositamente dedicato e il "case management".

Il "discharge professional" (*liaison nurse* in Inghilterra, *discharge coordinator* negli USA, *discharge liaison nurse*, *liaison nurse* o *transfer nurse* nei Paesi Bassi) ha un profilo piuttosto vario. I due modelli di riferimento sono: **Discharge planner**. È un professionista (non necessariamente un infermiere) che dipende dall'ospedale e, in quanto tale, fa riferimento alle politiche e alle procedure interne alla struttura ospedaliera. Tra i suoi impegni, ad esempio, vi è anche quello di partecipare all'aggiornamento del personale. La qualità della dimissione gestita dal discharge planner è strettamente legata alla conoscenza delle risorse presenti sul territorio ed alla sua capacità di coordinare la comunicazione tra i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente.

Il **liaison nurse** funge da collante tra l'ospedale e i servizi territoriali, per assicurare l'effettiva continuità delle cure. È un infermiere che svolge la propria attività all'interno della struttura ospedaliera ma, nella maggioranza dei casi, lavora alle dipendenze di una organizzazione territoriale e, in quanto tale, fa

riferimento alle procedure e alle politiche di questa.

L'efficacia del **discharge professional** è stata oggetto di molteplici studi, anche recenti³³, che hanno prodotto risultati contrastanti. Nel Regno Unito e nei Paesi Bassi, l'introduzione del *liaison nurse* ha contribuito ad assicurare una migliore continuità delle cure e una maggiore comunicazione tra gli operatori sanitari³⁴⁻³⁶, un aumento della qualità nella pianificazione della dimissione²⁸⁻³⁷ e una riduzione dei disagi percepiti dai pazienti al loro rientro domiciliare³⁹⁻⁴⁰. Altre ricerche condotte per valutare gli effetti del "liaison nurse" in alcuni ospedali dei Paesi Bassi, sono giunte a risultati contrastanti⁴¹⁻⁴². Dukkers van Emden et al.⁴³ nella revisione critica delle 11 ricerche prodotte nei Paesi Bassi sull'introduzione di questa figura negli ospedali nazionali, sottolineano l'esiguo numero di lavori prodotti e la loro scarsa qualità metodologica. Gli Autori affermano di non poter trarre alcuna conclusione sulla sua efficacia rispetto a durata della degenza ospedaliera, qualità delle cure, continuità dell'assistenza e risparmio di tempo per il personale infermieristico di reparto e per quello territoriale. Tra i risultati più certi sembra che gli infermieri dell'ospedale conoscano di più il territorio ma non viceversa.

Il **case management** è un sistema multidisciplinare di collaborazione e comunicazione: la *nurse case manager* valuta, pianifica, monitorizza e coordina i servizi erogati da diversi contesti²⁵. Nel 2002, Bristow e Herrick⁴⁴ hanno condotto una revisione sistematica della letteratura che ha messo in evidenza l'impatto della *nurse case manager* sul miglioramento della dimissione quando lavora con l'assistente sociale⁴⁵, sulla diminuzione dei costi sostenuti dall'ospedale⁴⁶ e sull'aumento della soddisfazione del paziente e degli operatori. Altri Autori sostengono che l'attività svolta da questa figura può migliorare anche la continuità delle cure⁴⁷. Il successo ottenuto sta facendo riflettere gli ospedali sulla necessità di introdurre queste figure e di prevederne la presenza anche tra gli standard di accreditamento⁴⁸. Rimane ancora aperto il dibattito circa l'effetto sulle riammissioni dei pazienti appena dimessi⁴⁹.

Discussione e conclusioni

Nel mondo sanitario si stanno attivando molteplici strategie per garantire la continuità delle cure, soprattutto dopo la dimissione: non è possibile lasciare agli utenti, ai loro familiari o ai caregiver la responsabilità di gestire da soli la dimissione e la continuità del progetto assistenziale.

La letteratura documenta quanto sia difficile garantire la continuità dell'assistenza alla dimissione, soprattutto per scarso coordinamento tra i soggetti coinvolti e l'inadeguatezza delle informazioni trasmesse tra infermieri di reparto e quelli del Distretto.

La documentazione scritta ha molti limiti, alcuni intrinseci come la grande quantità di tempo richiesta per la compilazione (inevitabilmente sottratto a quello dedicato all'assistenza), ma, soprattutto, estrinseci legati alle scelte (la struttura della documentazione è molto variabile), all'uso che ne fanno gli operatori (scarsa quantità e qualità delle informazioni trasmesse), ma anche ai contenuti (documentare ciò che è accaduto in reparto o ciò che sarebbe necessario fare a domicilio). Secondo gli studi disponibili l'efficacia della documentazione scritta sulla continuità dell'assistenza del paziente dimesso è ancora dubbia, ma va rilevato che i disegni di studio adottati sono prevalentemente descrittivi e indagano il vissuto degli operatori ospedalieri o territoriali piuttosto che documentare l'effettiva capacità di influenzare positivamente la continuità dell'assistenza. Da quanto emerge, probabilmente, sono più efficaci i ruoli di coordinamento come i *discharge professionals* e il *case manager nurse* anche se le conclusioni non sono univoche. Molto potrebbe dipendere dalle caratteristiche dei luoghi dove questi ruoli sono stati valutati: se ci si trovava di fronte a contesti particolarmente caotici oppure a realtà che funzionavano già bene; tuttavia, anche in questo campo, l'unica revisione sistematica disponibile evidenzia la scarsità degli studi disponibili, sia quantitativamente che qualitativamente e l'esigenza di nuovi studi.

Limitarsi a scrivere o dedicare risorse per la dimissione, fanno pensare ad un impatto diverso, soprattutto rispetto a quanto percepito dal paziente, ma senza dubbio quando selezionate come strategie singole, non assicurano con-

Aggiornamenti

tinuità delle cure. Probabilmente, se integrate in un piano di dimissione che include:

- a) il concetto di pianificazione (le dimissioni non devono essere selvagge ma decise e preparate per tempo);
- b) la documentazione scritta;
- c) il massimo coinvolgimento di tutti gli operatori per garantire la più elevata continuità⁴⁹⁻⁵⁰;

d) un supporto costante prima e dopo il ricovero⁵⁰ (follow up telefonico, risorse dedicate);
e) la capacità di tener conto delle preferenze del paziente⁵² che “dovrebbe sentirsi in grado di autogestirsi” quanto più possibile⁵³, potrebbero avere maggiore efficacia.

Proprio a questa prospettiva verrà dedicata la seconda parte di questa revisione che comparirà sul prossimo numero.

SUMMARY

Continuity of care is one of the major challenges of contemporary care. The aim of this review is to evaluate the efficacy of written information and dedicated discharge nurses on continuity of care. A literature search was done on Medline (1966- march 2004) e Cinhal (1984-2004) with the following key words: "Community Health Nursing e Discharge Planning/Nursing Records/Continuity of Patient Care"; "discharge liaison nurse", "liaison nurse", "transfer nurse" and "discharge coordinator (co-ordinator)" and "case manager nurse"; a search by author was also

performed. Editorials, letters and comments were excluded. Overall, 35 articles were identified. There are no evidences that written information improves the continuity of care and no agreement exists on the information to be registered: a diary of the patient hospital stay or detailed prescriptions of future interventions. A discharge professional seems to be effective on costs reduction, patients' satisfaction and according to some authors, also on the continuity of care. New and more extensive research is needed to shed a light on this pivotal aspect of care.

Bibliografia

- 1 Policy and Practice guidance. Department of Health/SSI/SWSG, United Kingdom, 1991.
- 2 Bull MJ, Hansen HE, Gross CR. A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalised with heart failure. *Appl Nurs Res* 2000;12: 19-28.
- 3 Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000; 320: 791-4.
- 4 Hare A, Hillier P. Evolution, not revolution. Primary nursing is the key to introducing successful discharge planning for elderly patients, argue Ann Hare and Penny Hillier. *Nurs Elder* 1992;4(5):22-4.
- 5 Maramba PJ, Richards S, Myers AL, Larrabee JH. Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. *J Nurs Care Qual* 2004; 19:123-9.
- 6 Wells MI. Discharge planning: closing the gaps in continuity of care. *Nursing* 1983; 13(11):45.
- 7 Waters KR. Discharge planning: an exploratory of the process of discharge on geriatric wards. *J Adv Nurs* 1987; 12:71-83.
- 8 Glasby J. *Hospital Discharge - Integrating health and social care*. Londra: Radcliffe 2003.
- 9 Hansen HE, Bull MJ, Gross CR. Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. *J Nurs Adm* 1998; 28(9): 37-46.
- 10 Tierney AJ. Discharge planning for elderly patients. *Nurs Stand* 1993 15-21; 7(52):30-3.
- 11 Cameron B. The impact of pharmacy discharge planning on continuity of care. *Can J Hosp Pharm* 1994; 47: 101-9.
- 12 Tierney AJ, MacMillan MS, Worth A and King C. Discharge of patients from hospitals -current practice and perspectives of hospital and community staff in Scotland. *Health Bulletin* 1994; 52: 479-91.
- 13 Currel R, Wainwright P. Nursing record system, nursing practice and patient care. In: *The Cochrane Collaboration, Issue 4, 1996*. Oxford: Update Software.
- 14 Closs SJ, Tierney AJ. The complexities of using a structure process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *J Adv Nurs* 1993 ;18:1279-87.
- 15 Jelley MJ. Tools of continuity: the content of in-patient check - out lists. *J Gen Intern Med* 1994; 9: 77.
- 16 Lee HL, Levine JA, Schultz HJ. Utility of a standardized sign-out card for new medical interns.

- J Gen Intern Med 1996; 11: 753-5.
- 17 United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1993) Standards for Records and Record Keeping. London.
 - 18 Tornkvist L, Gardulf A, Strender LE. The opinions of nursing documentation held by district nurses and by nurses at primary health care centres. *Vard Nord Utveckl Forsk* 1997; 17(4): 18-25.
 - 19 Howse E, Bailey J. Resistance to documentation - a nursing research issue. *Intern J Nurs Stud* 1992; 29: 371-80.
 - 20 McKenna H, Keeney S, Glenn A, Gordon P. Discharge planning: an exploratory study. *J Clin Nurs* 2000; 9: 594-601.
 - 21 King C, Macmillan M. Documentation and discharge planning for elderly patients. *Nurs Times* 1994, 18-24;90(20):31-3.
 - 22 Greenland P. Closing the treatment gap: in the community and at hospital discharge. *Am J Med* 1996; 101(4A): 4A76S-78S.
 - 23 Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkkel D, de Bont M, Veeger A. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *J Adv Nurs* 1997; 25: 1233-40.
 - 24 Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *J Adv Nurs* 2001; 39: 450-8.
 - 25 Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. *Res Nurs Health* 1995; 18: 49-57.
 - 26 Anderson MA, Helms LB. Talking about patients: communication and continuity of care. *Cardiovasc Nurs* 2000; 14(3): 15-28.
 - 27 Anderson MA, Helms LB. An assessment of discharge planning models: communication in referrals for home care. *Orthopaedic Nursing* 1993; 12(4): 41-9.
 - 28 Anderson MA, Helms LB. Home health care referrals following hospital discharge: communication in health services delivery. *Hospital Health Services Administration* 1993; 38: 537-55.
 - 29 Anderson MA, Tredway CA. Communication: an outcome of Case Management. *Nursing Case Management* 1999; 4 (3): 104.
 - 30 Moloney R, Maggs C. A systematic review of the relationship between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *J Adv Nurs* 1999; 30:51-57.
 - 31 Currel R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
 - 32 Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Volume (3) 2003.
 - 33 Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. The impact of a liaison nurse on ICU nurses' perceptions of discharge planning. *Aust Crit Care*. 2004; 17(1): 25-32.
 - 34 Jowett S, Armitage S. Hospital and community liaison links in nursing: the role of the liaison nurse. *J Adv Nurs* 1988; 13: 579-87.
 - 35 Armitage SK, Kavanagh KM. The discharge liaison nurse at the interface of hospital and community nursing services. *Intern J Nurs Pract* 1996; 2: 215-21.
 - 36 MacKenzie J, Jordan K. Discharge planning. Oiling the wheels. *Health Serv J* 1997; 107: 32-3.
 - 37 Hofmeyer A, Clare J. The role of the hospital liaison nurse in effective discharge planning for older people: perspectives of discharge planners. *Contem Nur* 1999; 8(3): 99-106.
 - 38 Peters P, Fleuren M, Wijkkel D. The quality of the discharge planning process: the effect of the liaison nurse. *Int J Qual Health Care* 1997; 9: 283-7.
 - 39 Houghton A, Bowling A, Clarke KD, Hopkins AP, Jones I. Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of hospital discharge? *Qual Health Care* 1996; 5: 89-96.
 - 40 Edwards J, Reiley P, Morris AM, Doody J. An analysis of the quality and effectiveness of the discharge planning process. *J Nurs Qual Assur* 1991; 5(4):17-27.
 - 41 Peters P, Fleuren M, Wijkkel D. The quality of the discharge planning process: the effect of the liaison nurse. *Qual Health Care* 1997; 9: 283-7.
 - 42 Arts SEJ, Francke AL, Hutten JBF. Liaison nursing for stroke patients: results of a Dutch evaluation study. *J Adv Nurs* 2000; 32: 292-300.
 - 43 Dukkens van Emden DM, Ros WJG, Berns MPH. Transition care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Adv Nurs* 1999; 30, 1186-94.
 - 44 Bristow DP, Herrick CA. Emergency department case management: the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review. *Lippincotts Case Manag* 2002; 7: 243-251.
 - 45 Anonymous. Error proof your discharge planning process now. *Hosp Case Manag* 1998; 6(5): 85-88.
 - 46 Mamon J, Steinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Serv Res* 1992; 27: 155-175.
 - 47 Einstadter D, Cebul RD, Franta PR. Effect of a nurse case manager on postdischarge follow-up. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 684-8.
 - 48 Discharge Planning Advisor--the update for improving continuity of care. Successful CM program gets JCAHO approval. *Hosp Peer Rev* 2004; 29(4):51-4.
 - 49 Atwal A. Discharge planning and multidisciplinary teamwork: an interprofessional battlefield? *J Interprof Care* 2004; 18(1):79-81.
 - 50 Pethybridge J. How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *J Interprof Care* 2004; 18(1):29-41.
 - 51 Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 2004, 17; 291:1358-67.
 - 52 Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs* 2003; 19:204-10.
 - 53 Efraimsson E, Rasmussen BH, Gilje F, Sandman P. Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *J Clin Nurs* 2003; 12:707-16.