

Kontinuitet i hjemmesykepleien

– vanskelige vilkår, men gode muligheter

Continuity of home care – difficult conditions, but good opportunities



Edith Roth Gjevjon

✉ edith.roth.gjevjon
@diakonova.no

Edith Roth Gjevjon er førsteamanuensis ved Høgskolen Diakonova og forsker ved Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Hun har doktorgrad i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo med avhandlingen «Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin.»

Hennes forskningsinteresser omfatter hjemmesykepleie, kommunehelsetjeneste, sykepleie og kompetanse i sykepleien, dokumentasjon og informasjonsutveksling, teknologi og innovasjon i sykepleietjenesten, eldreomsorgsforskning, helsetjenesteforskning og forskningsmetoder.

Foto: Anbjørg Kolaas, UiO

ABSTRACT Continuity of care is a prerequisite for quality of care, and is recognized as a goal by policy makers and health personnel. On the basis of three published research papers, preconditions and possibilities for attaining continuity of care in home healthcare are discussed in this article. The three research papers describe a lack of continuity regarding interpersonal and informational continuity of care, and managers making contradictory priorities at the expense of continuity of care for patients. Challenges to continuity of care in the realm of home healthcare, in addition to present possibilities of attaining continuity in this context, are described and discussed. Flexibility concerning interpersonal continuity, that is, who needs interpersonal continuity and when it is needed, is necessary, because patients do not have equal needs or challenges. Flexibility in interpersonal continuity, however, requires stability in informational continuity. Systematic and structured nursing documentation is necessary to ensure a certain degree of continuity of care, regardless of the degree of interpersonal continuity. Managers should make deliberate choices and priorities, to ensure continuity and quality in home healthcare.

Keywords:
Home healthcare, continuity of care, quality of care, prioritization, organization

SAMMENDRAG Kontinuitet er en forutsetning for kvalitet i helsetjenestene våre, og et politisk og faglig mål. I denne artikkelen diskuteres kontinuitets vilkår, og mulighetene for å oppnå kontinuitet i hjemmesykepleien med bakgrunn i tre vitenskapelige og empirisk baserte artikler. Artikkelen beskriver en mangel på kontinuitet med hensyn til personkontinuitet og informasjonskontinuitet, og at ledere i hjemmesykepleien må gjøre motstridende prioriteringer som går på bekostning av kontinuitet. utfordringer for kontinuitet som er knyttet til hjemmesykepleiens natur beskrives og diskuteres. Til slutt diskuteres ulike muligheter for å oppnå kontinuitet i hjemmesykepleien. Det argumenteres for at ikke alle pasienter har like stort behov for personkontinuitet, og at det derfor er behov for fleksibilitet med hensyn til når, og hvem ledere og fagpersonale reduserer antallet helsepersonell til. Fleksibel personkontinuitet fordrer stabil informasjonskontinuitet. Systematisk og strukturert dokumentasjon i pasientjournalen er avgjørende for å sikre kontinuitet uavhengig av grad av personkontinuitet. Ledere må gjøre bevisste og begrunnede valg og prioriteringer for å sikre kontinuitet og kvalitet i hjemmesykepleien.

Nøkkelord:
Hjemmesykepleie, kontinuitet, kvalitet, prioritering, organisering

Innledning

Nasjonale og internasjonale utviklingstrekk fører helsetjenestene nærmere hjemmet (Genet et al., 2011; Grimsmo, 2013; Romøren, Torjesen, & Landmark, 2011; Tarricone & Tsouros, 2008). Pasienter, særlig de skrøpelige gamle, skrives ut fra sykehus med pågående og ofte avansert behandling som skal videreføres av kommunale helse- og omsorgstjenester (Grimsmo, 2013). Kvalitetskravene i helsetjenestene våre er mange og omfattende, og det stilles like høye krav til kvalitet når pasienter mottar helsehjelp i eget hjem (hjemmesykepleie), som når de mottar helsehjelp i institusjon eller i sykehus. Et overordnet krav er at tjenestene skal være "samordnet og preget av kontinuitet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene kan forstås som at "et pasientforløp skal være koordinert og helhetlig, med sammenheng både innad i og mellom tjenester" (Gjevjon, 2009, s. 5). Kontinuitet er en forutsetning for kvalitet i helsetjenestene, og kan være assosiert med bedring i pasientens funksjonsnivå (Russell, Rosati, Rosenfeld, & Marren, 2011), psykososial velvære (Birkeland & Natvig, 2008; D'Errico & Lewis, 2010) og reduserte helse-tjenestekostander (Chen & Chen, 2011).

Det finnes relativt lite systematisk og forskningsbasert kunnskap om hjemmesykepleie i Norge, men flere studier påpeker forhold ved hjemmesykepleien som antyder at det er behov for forbedring. Mange av disse forholdene handler om mangel på kontinuitet. I følge Tønnessen & Nortvedt (2012) svikter hjemmesykepleien på områder som å gi individuell og helhetlig sykepleie, å gi helsehjelp til avtalt tid, og å gi omsorgsfull helsehjelp. Trekk ved tjenesten som går igjen i pasienters kritiske beskrivelser av hjemmesykepleien, er mangel på forutsigbarhet. Pasientene vet sjelden hvem som kommer ved neste besøk (Dale, Sævareid, Kirkevold, & Söderhamn, 2011; Moe, Hellzen, & Enmarker, 2013), og de vet sjelden når helsepersonellet skal komme (Gjevjon, 2009). Dette betyr at de i liten grad kan planlegge aktiviteter utenfor hjemmet, og de kan heller ikke ta spontane valg som innebærer å gå ut. Helsepersonell forteller i en nyere norsk studie om at tidspress og mangel på kontinuitet i oppfølgingen av pasienter reduserer deres muligheter for å oppdage tegn på nedstemthet og depressive symptomer hos pasientene (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014). Det er sannsynlig at slike forhold også påvirker helsepersonellens evne til å se symptomer på somatiske lidelser og generell funksjonssvikt.

Å oppnå kontinuitet i hjemmesykepleien er krevende, dels på grunn av hjemmesykepleiens natur og hverdagens praktiske utfordringer, men også på grunn av de valg som aktivt tas når tjenesten planlegges og utføres (Gjevjon, 2014).

Denne artikkelen tar utgangspunkt i resultater fra tre publiserte forskningsartikler om kontinuitet i hjemmesykepleien (Gjevjon & Hellesø, 2010; Gjevjon, Romøren et al., 2013; Gjevjon, Eika et al., 2013). Hensikten er å belyse og diskutere kontinuitetens vilkår i hjemmesykepleien og å diskutere muligheter for å oppnå kontinuitet i en slik kontekst.

Bakgrunn

Kontinuitet i hjemmesykepleien

Litteraturen beskriver oftest kontinuitet ved hjelp av tre ulike, men sammenvevde dimensjoner: personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet (Haggerty et al., 2003; Parker, Corden, & Heaton, 2010; Reid, Haggerty, & McKendry, 2002). Dimensjonene utgjør et generelt rammeverk som forenkler og avgrenser et komplekst begrep. For å kunne beskrive og forstå kontinuitetsfenomenet slik det utspiller seg i praksis, er det behov for et mer detaljert og kontekstspesifikt rammeverk. Figur 1 viser et begrepsmessig rammeverk for kontinuitet i en kontekst hvor pasienter mottar langvarig og hyppig hjemmesykepleie.

Dette rammeverket for kontinuitet i hjemmesykepleien er utviklet med utgangspunkt i Reid og kollegers begrepsbeskrivelse (2002), i tillegg til eksisterende litteratur om hjemmesykepleie og egne erfaringer (Gjevjon, 2014).

Personkontinuitet

Personkontinuitet forstås her som sammenheng i relasjonen og/eller interaksjonen mellom helsepersonell og pasient. Avhengig av hjelpebehov, hvor lenge og ofte pasienten har mottatt eller skal motta hjemmesykepleie, og hvordan tjenesten er organisert og koordinert, kan pasienten oppleve å få helsehjelp av kun én person fra tjenesten (én-til-én), få personer (få-til-én), eller fra mange (mange-til-én).

Informasjonskontinuitet

Informasjonskontinuitet kjennetegnes ved at relevant informasjon om pasienten overføres fra fagperson til fagperson, slik at den som gir helsehjelp til enhver tid har oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand og hjelpebehov. Informasjonskontinuitet fordrer systematisk, skriftlig dokumentasjon i pasientjournalen, og systematisk kommunikasjon

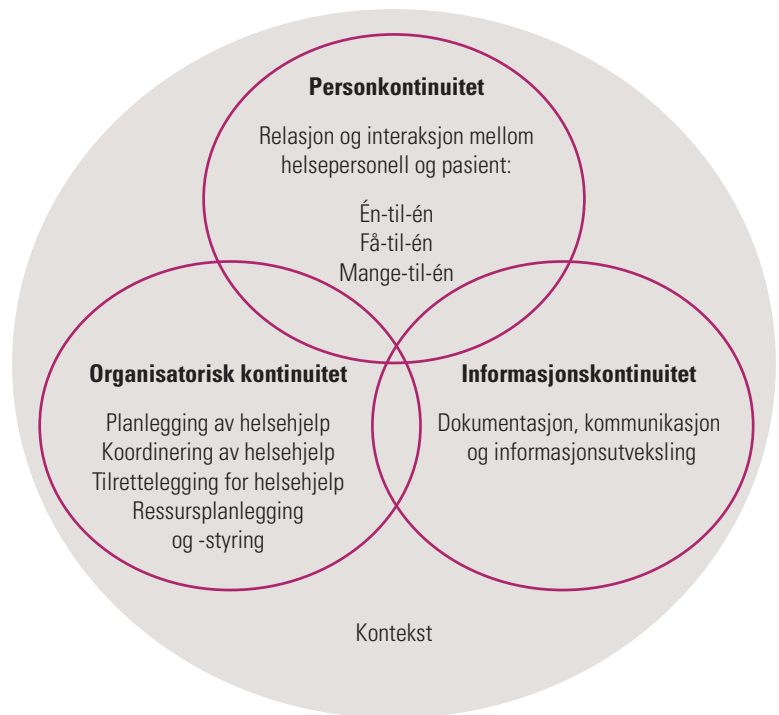
mellom helsepersonale og systematisk informasjonsutveksling (Moen, Hellesø, & Berge, 2008).

Organisatorisk kontinuitet
Organisatorisk kontinuitet bidrar til at pasientene mottar rett helsehjelp til rett tid av rett person. Tjenesten må ha nødvendige rammer og struktur, utøvelsen av helsehjelp må planlegges og koordineres, og helsepersonellet må ha relevante kvalifikasjoner og tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og nødvendig utstyr. Organisatorisk kontinuitet er nødvendig for at tjenesten skal være i stand til å oppnå personkontinuitet og informasjonskontinuitet (van Servellen, Fongwa, & D'Errico, 2006).

Forholdet mellom kontinuitetsdimensjonene
Rammeverket som presenteres i Figur 1 viser at de tre dimensjonene er sammenvevd, men den angir ikke hva slags forhold som eksisterer mellom dimensjonene. Saultz (2003) har plassert dimensjonene i et hierarki, hvor personkontinuitet er plassert på toppen av hierarkiet og informasjonskontinuitet på bunnen – som et fundament. Forfatteren angir her et forhold mellom dimensjonene, med stigende kompleksitet. Personkontinuitet er den mest komplekse dimensjonen, og informasjonskontinuitet er et minimum for å sikre en viss grad av kontinuitet (Saultz, 2003).

To overordnede perspektiver
Forståelsen og opplevelsen av kontinuitet vil variere med person, situasjon, organisasjon og tjenester, og vi forholder oss til to overordnede perspektiver på kontinuitet; det individuelle perspektivet og tjenesteperspektivet. Sett i lys av hjemmesykepleiekonteksten, handler det individuelle perspektivet om mellommenneskelige forhold mellom helsepersonell og pasient, men også om pasientens forhold til tjenesten som sådan. Fra tjenesteperspektivet handler kontinuitet om at pasientene mottar rett helsehjelp til rett tid av

Figur 1 Begrepsmessig rammeverk for kontinuitet i hjemmesykepleien



rett person – en helhetlig og koordinert tjeneste – innenfor de rammene tjenesten har.

Artikkelens empiriske grunnlag

Denne artikkelens empiriske grunnlag er tre publiserte, vitenskapelige arbeider om kontinuitet i hjemmesykepleien som hver for seg har hovedfokus på henholdsvis personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet. Data ble samlet i til sammen 13 kommunale enheter, herav åtte hele kommuner og fem bydeler i store bykommuner. Utvalget av datakilder besto av administrative data knyttet til pasienters helsehjelp fra elektronisk pasientjournal, arbeidslister og arbeidsplaner (Gjevjon, Eika et al., 2013), sykepleiedokumentasjon fra elektronisk pasientjournal (Gjevjon & Hellesø, 2010), i tillegg til personlige intervjuer med ledere i hjemmesykepleien (Gjevjon, Romøren et al., 2013). Alle studiene ble gjennomført i henhold til gjeldende etiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Den første artikkelen beskriver en studie som måler og vurderer grad av personkontinuitet for eldre (> 70 år) langtidsmottakere av daglig hjemmesykepleie (Gjevjon, Eika, Romøren, & Landmark, 2013). Datagrunnlaget ble hentet fra elektronisk

pasientjournal og arbeidslister og besto av informasjon om antall besøk, besøkenes rekkefølge, og hvem av de ansatte som gjennomførte besøket. Pasientene (N=79) mottok i gjennomsnitt 51 besøk fra 17 ulike personer i løpet av en periode på fire uker. Forfatterne målte og vurderte graden av personkontinuitet som lav med hensyn til antall helsepersonell og i hvilken rekkefølge pasienten møtte den enkelte. Graden av personkontinuitet var lavere enn den kunne ha vært ut fra en generell turnus, med et betydelig potensial for forbedring. Sjansen for å få helsehjelp av samme person fra gang til gang var altså liten; pasientene møtte i gjennomsnitt den samme fra tjenesten kun tre ganger i løpet av fire uker. Denne studien beskrev en mangel på personkontinuitet.

Den andre artikkelen er en kvantitativ innholdsanalyse av sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal til nye pasienter (N=91) i hjemmesykepleien (Gjevjon & Hellesø, 2010). Forfatterne beskriver og vurderer dokumentasjonens kvalitet ut fra et rammeverk for systematisk dokumentasjon (VIPS) som skal ivareta informasjonskontinuitet (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2000). Dokumentasjonen var fragmentert og ble skrevet fortløpende uten å følge en struktur som ivaretar kontinuitet. Studien beskrev en mangel på informasjonskontinuitet.

Den tredje artikkelen beskriver lederes definisjon av, og arbeid med å legge til rette for kontinuitet i hjemmesykepleien (Gjevjon, Romøren, Kjøs, & Hellesø, 2013). 16 ledere ble intervjuet, to menn og 14 kvinner. Alle var sykepleiere, ni hadde videreutdanning i ledelse. Informantene hadde vært ledere i gjennomsnitt 5.5 år (median 10 år), med en spredning fra seks måneder til 28 år. Lederne definerte kontinuitet som at pasienter har få personer å forholde seg til, og mangel på kontinuitet som at pasienter må forholde seg til mange. I deres arbeid som ledere måtte de forholde seg til motstridende hensyn, og gjøre vanskelige avveininger og prioriteringer. Hensynet til ansattes arbeidsmiljø kunne gå på bekostning av kontinuitet for pasientene. Videre førte prioritering av de sykeste pasientene til at pasienter med mindre komplekse behov, men som likevel hadde behov for daglig og langvarig helsehjelp, måtte forholde seg til flere personer enn lederne ideelt sett mente var tilfredsstillende. Lederne hadde størst fokus på, og prioriterte organisatorisk kontinuitet i form av daglig drift fremfor personkontinuitet og informasjonskontinuitet.

Disse tre artiklene representerer samlet sett kompleksiteten i begrepet kontinuitet og feno-

menet kontinuitet i hjemmesykepleien. Artiklene beskriver en mangel på personkontinuitet og informasjonskontinuitet i hjemmesykepleien som til dels kan begrunnes i ledernes prioriteringer. Jeg har tidligere hevdet at hjemmesykepleiens natur i seg selv er en utfordring for kontinuiteten (Gjevjon, 2014), og jeg vil utdype dette i det følgende.

Diskusjon

Hjemmesykepleiens natur – en utfordring for kontinuiteten

Hjemmesykepleien er en tjeneste som skiller seg vesentlig fra institusjonstjenester som sykehjem og sykehus. Det største skillet er naturligvis at pasientene mottar helsehjelp i eget hjem, i skjæringspunktet mellom dagligliv og offentlige tjenester (Birkeland & Flovik, 2011). Videre har hjemmesykepleien et langtidsperspektiv på helsehjelpen – pasienter mottar ofte helsehjelp over flere år, og de fleste mottar hjelp relativt ofte (Dale, 2009; Gjevjon, 2014). Hjemmesykepleien skal være et alternativ til institusjon, og helsehjelpen som gis spenner fra forebyggende tiltak til avansert, medisinsk behandling (Birkeland & Flovik 2011; Fjørtoft, 2012). Det finnes ingen grenser for alder, diagnoser, sosial status eller livssituasjon så lenge det anses som faglig og menneskelig forsvarlig at pasienten bor og mottar helsehjelp i eget hjem. Birkeland & Flovik (2011) betegner hjemmesykepleien som "sykepleiens allmennpraksis" (s.14).

I hjemmesykepleien interagerer pasient og fagperson gjennom ett eller flere relativt korte og definerte besøk i pasientens hjem. Hva pasienten skal ha hjelp til er presisert i et enkeltvedtak. Med utgangspunkt i slike vedtak arbeider helsepersonalet etter en liste med pasienter de skal besøke, oppdrag de skal gjennomføre i løpet av en dag, og tiden de skal bruke på hvert oppdrag (Fjørtoft, 2012). En utbredt "New Public Management"-inspirert organisasjonsmodell i norske kommuner er "Bestiller-utførermodellen" (Vabø, 2009), hvor utøvelsen av tjenesten til en viss grad er standardisert for å ha oversikt og kontroll over ressursbruken (Björnsdóttir, 2014). Fra et tjenesteperspektiv sikrer en slik standardisering kontinuitet i tjenesteutøvelsen ved at hjemmesykepleien utfører de oppgavene de er forpliktet til å utføre ut fra planen, men gir mindre rom for fleksibilitet og individuelt tilpasset helsehjelp som kan gi en opplevelse av kontinuitet fra pasientperspektivet (Woodward, Abelson, Tedford, & Hutchison, 2004).

Hjemmesykepleien er ofte gjenstand for kritikk, og ofte har kritikken rot i hjemmesykepleiens natur.

Hjemmesykepleien gir helsehjelp hele døgnet, men kan ikke gi døgnskategorisk hjelp til enkeltpasienter. Har en pasient behov for at helsepersonale er til stede kontinuerlig, må pasienten få helsehjelp i institusjon. Helsepersonalet er sjelden i umiddelbar nærhet til pasienten utenom det konkrete, og ofte korte, besøket som står oppført i en gitt rekkefølge på en arbeidsliste. Melder det seg for eksempel et behov for toalettbesøk utenom planen, er det ikke sannsynlig at pasienten får hjelp til dette umiddelbart. Pasientene må ofte vente på at hjelpen skal komme, og uforutsigbarhet for pasientene, særlig med hensyn til når helsehjelpen skal gis, og hvem som skal gi helsehjelpen, er en velkjent problemstilling (Dale, 2009; Gjevjon, 2014).

Det er i størst grad personkontinuiteten, og særlig helsepersonell-pasient-relasjonen som utfordres i hjemmesykepleien. Pasientene som mottar daglig og langvarig hjemmesykepleie må forholde seg til mange personer fra tjenesten (Gjevjon, Romøren, et al., 2013), og helsepersonellet må forholde seg til mange pasienter. En norsk studie fant et gjennomsnitt på 10 pasienter per helsepersonale per dag, og et maksimum på 23 (Holm & Angelsen, 2014). Holm & Angelsen (2014) fant i tillegg at helsepersonalet i gjennomsnitt brukte ca. 50% av arbeidstiden til direkte pasientkontakt, 20% til transport mellom pasientene og resten til andre oppgaver, inkludert dokumentasjon. Det er rimelig å anta at å etablere relasjoner i en slik kontekst vil være vanskelig og tar tid. Å etablere en relasjon krever uansett at det er kontinuitet i møtene mellom den enkelte fagperson og pasienten (Stajduhar, 2011; Woodward et al., 2004).

En ofte foreslått løsning på de utfordringene hjemmesykepleien står overfor er at det er nødvendig å øke ressursene, særlig bemanningen, i hjemmesykepleien for å unngå kvalitetssvikt og faglig uforsvarlighet – eller å endre organisasjonsform bort fra Bestiller-utførermodellen (Tønnessen, 2011; Tønnessen & Nortvedt, 2012). Fagfolk og forskere gir ofte "systemet" skylden for mangler i helsetjenestene. Det hevdes at standardiseringer gjennom vedtak og vedtakstid, måling av tid og rasjonering av hjelpeomfanget påvirker fleksibilitet og faglig autonomi (Gautun & Hermansen, 2011; Vabø, 2012), hindrer omsorgsfull hjelp og truer pasientens verdighet (Tønnessen & Nortvedt, 2012; Tønnessen, Nortvedt, & Førde, 2011). Med et slikt bakteppe er det rom for tvil om det i det hele tatt er mulig å oppnå tilstrekkelig kvalitet, inkludert kontinuitet, i hjemmesykepleien. Det er rimelig å anta

at det er urealistisk å håpe på økt bemanning og avskaffelse av ressursstyring, måling, rasjonering og standardisering i hjemmesykepleien. Utviklings-trekkene i samfunnet vårt tilsier tvert imot at vi vil ha en alvorlig mangel på helsepersonell om få år, og at ressursbruken i helsetjenestene må reduseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Det kan derfor være mer hensiktsmessig å diskutere mulighetene for å oppnå kontinuitet i hjemmesykepleien gjennom tilgjengelige virkemidler, uavhengig av eksisterende rammer, ressurser og organisasjonsformer. En viktig problemstilling er da hvordan utøvende fagpersoner og ledere kan legge tilrettelegge for, og utøve helsehjelpen på en slik måte at kontinuitet og ønskelige resultater av denne kan oppnås.

Hvordan utnytte mulighetene for kontinuitet i hjemmesykepleien?

Det er et faglig krav at hjemmesykepleien skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, at tjenesten skal legge til rette for helhetlig oppfølging, og at helsepersonellet skal kjenne og ta hensyn til pasientens situasjon. Skal dette sikres gjennom personkontinuitet alene, er det ikke sannsynlig at disse kravene kan bli tilfredsstillt.

Fleksibel personkontinuitet

– stabil informasjonskontinuitet

Personkontinuitet synes å være et ideal for hvordan hjemmesykepleie skal organiseres og gis, men mulighetene for å sikre personkontinuitet for alle pasienter synes å være umulig å oppnå innenfor dagens og sannsynligvis også fremtidens rammer for helsehjelp i hjemmet. Det er derfor betimelig å stille spørsmål om personkontinuitet er nødvendig for alle som mottar helsehjelp av hjemmesykepleien. Skal personkontinuitet være regelen, eller skal et lavt antall helsepersonell være forbeholdt de som trenger det mest?

I lys av ulike perspektiver på kontinuitet, kan det være ulike årsaker til at en pasient har behov for personkontinuitet. Fra et tjenesteperspektiv vil personkontinuitet være nødvendig for å sørge for konsistens og tett oppfølging av tilstander hos pasienter som enten krever spesiell kompetanse, for eksempel innen geriatri, psykiatri eller kreft, eller som krever at en prosedyre blir gjennomført av få, kompetente personer. Et godt eksempel på det siste er sårbehandling, hvor personkontinuitet kan ha en positiv effekt på tilheling av sår (Ebbeskog, 2003; Friman, Klang, & Ebbeskog, 2011). Fra et individuelt perspek-

tiv kan det være viktig for en pasient å ha få personer å forholde seg til for å oppleve forutsigbarhet og trygghet (Woodward et al., 2004). Lederne som ble intervjuet i én av studiene som ligger til grunn for denne artikkelen prioriterte pasienter de mente hadde størst behov for personkontinuitet: Pasienter som var alvorlig syke og skulle dø, og pasienter med demens (Gjevjon, Romøren, et al., 2013). Dette er i tråd med en ny studie som beskriver reorganisering og opplæring av helsepersonale i hjemmesykepleien som styrket kontinuiteten for pasienter med demens (Aasgaard, Fagerström, & Landmark, 2014).

Det vil være vanskelig å fastsette konkrete kriterier for hvem som bør prioriteres med hensyn til personkontinuitet, fordi betydningen og opplevelsen av kontinuitet varierer med situasjon og perspektiv. Heaton, Corden & Parker (2012) tar til orde for en mer fleksibel måte å forstå og oppnå kontinuitet på. Denne fleksibiliteten innebærer at tjenesten, pasienten og de pårørende sammen vurderer behovet for, og finner løsninger for hvordan kontinuitet kan oppnås i pasientforløpet. På denne måten oppnås kontinuitet i samarbeid mellom pasienten og samarbeidspartnerne ut fra pasientens situasjon, behov og ønsker (Heaton et al., 2012). Å motta hjemmesykepleie preger pasientens, og ofte også de pårørendes hverdag. Pårørende har en viktig rolle som samarbeidspartner for både pasient og tjenesteyter (Borglin, Edberg, & Hallberg, 2005; Romøren, 2001), og kan påvirke helsehjelpens kvalitet gjennom sitt engasjement (Gjevjon, 2009). Hjemmesykepleiens involvering i pasientens liv og omgivelser gir en unik mulighet for å kunne oppnå kontinuitet gjennom samarbeid med pasienter og deres pårørende. Her er hjemmesykepleiens natur en viktig ressurs for å kunne oppnå kontinuitet.

I lys av Saultz' kontinuitetshierarki (2003) er informasjonskontinuitet helt nødvendig, og et minimum for å kunne oppnå en viss grad av kontinuitet. I denne sammenhengen kan dette bety at informasjonskontinuitet kan kompensere for lav grad av personkontinuitet i de tilfellene der høy grad av personkontinuitet ikke er påkrevd for at pasienten skal kunne motta faglig forsvarlig helsehjelp. Systematisk dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling knytter tidligere, pågående og fremtidig helsehjelp sammen, og sikrer dermed en kontinuitet i pasientforløpet. Dette er av spesielt stor betydning i hjemmesykepleien. Fagpersonene utfører som oftest helsehjelp i pasientens hjem alene, uten kolleger i umiddelbar nærhet. Handlingene er usynlige for andre enn de som

er tilstede der og da, om ikke handlingene nedtegnes og kommuniseres (Owen, 2005). Med et stort antall fagpersoner og relativt korte og hyppige besøk er det avgjørende at relevant informasjon om pasienten er tilgjengelig i pasientjournalen.

Svenske og norske sykepleieforskere har og har hatt stort fokus på systematisk dokumentasjon i pasientjournalen, og flere studier har påvist mangel på systematikk og dermed en mangel på informasjonskontinuitet, både i institusjon (Carlsson, Ehnfors, & Ehrenberg, 2010; Stokke & Kalfoss, 1999) og i hjemmesykepleien (Gjevjon & Hellesø, 2010; Törnvall, Wahren, & Wilhelmsson, 2007). Det finnes ulike metoder og strukturer for skriftlig dokumentasjon. En tradisjonell, men usystematisk måte å dokumentere på er fortløpende notat, som kjennetegnes ved at helsepersonalet i dagbokform beskriver hva de har gjort hos pasienten fra dag til dag. Dette er fremdeles en utbredt for dokumentasjon som kritiseres for manglende struktur, og som en trussel for informasjonskontinuiteten (Gjevjon & Hellesø, 2010). Ulike modeller og klassifikasjonssystemer er utviklet for at sykepleiere og annet helsepersonale skal kunne sikre informasjonskontinuitet ved å dokumentere systematisk og strukturert (Ehnfors et al., 2000; McCloskey & Bulechek, 1996; Moorhead, Johnson, & Maas, 2004; Mølstad, 2013; North American Nursing Diagnosis Association, 2007; von Krogh, Nåden, & Aasland, 2012). Uansett hvilken modell eller system for dokumentasjon som tas i bruk i hjemmesykepleien, vil systematisering og strukturering sikre økt grad av kontinuitet og redusere flere av utfordringene tjenesten står overfor.

Systematisk og strukturert dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling innad i hjemmesykepleien vil gi grunnlag for å planlegge, koordinere og utføre helsehjelp til pasientene på en slik måte at kontinuitet og kvalitet blir ivaretatt. De utøvende fagpersonene har ansvar for å gjennomføre helsehjelpen ut fra de retningslinjene og rutinene som ligger til grunn, men det er lederne som har et overordnet ansvar for å gjøre det mulig.

Bevisst og begrunnet planlegging,
koordinering og tilrettelegging

Selv om høy grad av personkontinuitet ikke nødvendigvis er like viktig for alle pasienter, er det ikke uten betydning at antallet fagpersoner reduseres. Personkontinuitet har positiv betydning for resultatet av helsehjelpen (Russell et al., 2011). Helsepersonalet kan i utgangspunktet gi helsehjelp til de samme pasientene hver gang han eller hun er

på jobb. Gjevjon, Eika et al. (2013) beregnet at en ansatt kunne gi helsehjelp til samme pasient 16 ganger per måned om den ansatte jobbet i full stilling og var til stede som planlagt, jamfør turnusen. Beregninger gjort på bakgrunn av det empiriske materialet viste at pasienten møtte samme person tre ganger i løpet av en måned (Gjevjon, Eika, et al., 2013). Ut fra egne erfaringer som sykepleier og leder i hjemmesykepleien, og samtaler med ansatte og ledere i hjemmesykepleien i forbindelse med et fagutviklingsprosjekt (Glattre, Gjevjon, & Skredsvig, 2014), er det grunn til å anta at fordelingen av personale til pasienten gjennom daglige arbeidslistene sjelden begrunnes i en intensjon om å sikre høyest mulig grad av personkontinuitet. Fordelingen synes å skje tilfeldig og fra dag til dag, ikke etter en bevisst plan. Metoden som ble utviklet for å måle kontinuitet i hjemmesykepleien kan benyttes til å lage en slik plan ved å beregne graden av personkontinuitet for den enkelte pasient på forhånd ved hjelp av turnus eller arbeidsplan, og i etterkant ved hjelp av dokumenterte besøk (Gjevjon, Eika, et al., 2013). Ved å benytte et slikt verktøy vil man kunne gi pasienter riktig grad av personkontinuitet ut fra behov og ønsker, noe som vil gi økt fleksibilitet for pasienter, for pårørende og for tjenesten (Heaton et al., 2012).

Ledere i hjemmesykepleien har et mulighetsrom med hensyn til å organisere og allokere eksisterende ressurser for å kunne møte utfordringer som beskrives i de mange studiene om kontinuitet. Bruk av primærkontakt (Manthey, Ciske, Robertson, & Harris, 1970) eller en pasientansvarlig sykepleier (Strandquist, 2005) er måter å sikre at pasienten har en ansvarlig person å forholde seg til når antallet helsepersonell totalt sett er høyt. Det etableres en relasjon som har som formål å ivareta at pasienten får dekket sine behov for helsehjelp. Dette er imidlertid en sårbar modell med hensyn til å sikre kontinuitet, dels fordi det er en personavhengig modell, og dels fordi den ansvarlige må innhente informasjon fra andre som kanskje ikke kjenner pasienten i like stor grad. En mer hensiktsmessig modell kan i denne sammenhengen være en gruppebasert modell (team) hvor pasienten har etablert en relasjon med en fast gruppe fagpersoner (Tiedeman & Lookinland, 2004). En slik modell vil kunne ta hensyn til både pasienters (Parker, Corden, & Heaton, 2011) og helsepersonalets ønske om og behov for variasjon, og behovet for "flere øyne" til å vurdere pasienten (Gjevjon, Romøren, et al., 2013).

Konklusjon

Kontinuitet i hjemmesykepleien har vanskelige vilkår, men det finnes gode muligheter for å kunne oppnå kontinuitet i pasientforløpet. Faglige vurderinger i samarbeid med pasienter og pårørende kan gi nødvendig fleksibilitet til å gi riktig grad av kontinuitet ut fra pasientens behov, situasjon og ønsker. Ikke alle pasienter har behov for høy grad av personkontinuitet, og mangel på slik kontinuitet kan kompenseres for ved hjelp av systematisk og strukturert dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling. Ledere må gjøre bevisste og begrunnede valg og prioriteringer, planlegge, koordinere og tilrettelegge tjenesten for å sikre kontinuitet i hjemmesykepleien.

REFERANSER

- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Birkeland, A., & Natvig, G. K. (2008). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning (Norwegian Journal of Nursing Research)*, 10(2), 3–14.
- Björnsdóttir, K. (2014). The place of standardisation in home care practice: an ethnographic study. *Journal of clinical nursing*, 23(9–10), 1411–1420.
- Borglin, G., Edberg, A. K., & Hallberg, I. R. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of aging studies*, 19(2), 201–220.
- Carlsson, E., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2010). Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 298–310. DOI:10.3109/13561820903011976
- Chen, C. C., & Chen, S.-H. (2011). Better continuity of care reduces costs for diabetic patients. *The American journal of managed care*, 17(6), 420–427.
- D'Errico, E. M., & Lewis, M. A. (2010). RN continuity in home health: does it make a difference? *Home Health Care Management & Practice*, 22(6), 427–434.
- Dale, B. (2009). *Compensatory care: cross-sectional studies among older home-living care-dependent individuals in southern Norway*. (PhD), Universitetet i Oslo. Oslo: Unipub. (no. 830).
- Dale, B., Sævareid, H. I., Kirkevold, M., & Söderhamn, O. (2011). Older home-living patients' perceptions of received home nursing and family care. *Nordic Nursing Research*, 1(3), 219–234.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. URL:<https://www.etikkom.no/forskningsetis->

- ke-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/. Lesedato: 16.02.15.
- Ebbeskog, B. (2003). *Elderly Patients with Slow-healing Leg Ulcers – An Embodied Suffering*. Institutionen för klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och äldrevårdsforskning. Department of Clinical Neuroscience, Occupational Therapy and Elderly Care Research. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Econ Pöyry. (2009). *Bemanning i kommunal pleie og omsorg (Vol. 2009-072)*. Oslo: Econ Pöyry.
- Ehnfors, M. M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*.
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 426–434.
- Gautun, H., & Bratt, C. (2014). Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. *NOVA Rapport (Vol. 14)*. Oslo: NOVA.
- Gautun, H., & Hermansen, Å. (2011). Eldreomsorg under press. *Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Oslo: Fafo.
- Genet, N., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11(1), 207.
- Gjevjon, E. L. R. (2009). *Kontinuitet i hjemmetjenesten: en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere (Vol. 2009)*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Gjevjon, E. L. R. (2014). *Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin*. (Ph.D.), Universitetet i Oslo. Oslo: Unipuib. (No. 1762)
- Gjevjon, E. L. R., Eika, K. H., Romøren, T. I., & Landmark, B. F. (2013). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home health care services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553–563.
- Gjevjon, E. L. R., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of clinical nursing*, 19(1–2), 100–108.
- Gjevjon, E. L. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. Ø., & Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 182–190.
- Gjevjon, E. R. (2009). *Kontinuitet i hjemmetjenesten: en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Glatte, E., Gjevjon, E. L. R., & Skredsvig, K. (2014). Effektiv samhandling og styrket fagkompetanse. Sluttrapport for prosjektet «Akutt og Subakutt funksjonssvikt hos eldre». Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringene med utskrivningsklare pasienter. *Sykepleien Forskning*, 8, 148–155.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ. British medical journal*, 327(7425), 1219–1221.
- Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning*, 9(3). DOI:10.4220/sykepleienf.2014.0133
- Heaton, J., Corden, A., & Parker, G. (2012). 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *International journal of integrated care*, 12.
- Hellesø, R., & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *International journal of nursing studies*, 42(7), 807–822.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* Oslo: URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009.html?id=567201>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Holm, S. G., & Angelsen, R. O. (2014). A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research*, 14(1), 439.
- Manthey, M., Ciske, K., Robsertson, E., & Harris, I. (1970). Primary nursing: a return to the concept of "my nurse" and "my patient". *Nursing forum*, 9(1), 65–84.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (1996). *Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project*: Mosby St. Louis.

- Moe, A., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2013). The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing ethics*. doi: 10.1177/0969733013478959
- Moen, A., Hellesø, R., & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2004). *Nursing outcomes classification*: SciELO Brasil.
- Mølstad, K. (2013). ICNP translations. [Lesedato: 04.01.15, 2015]. URL: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp-Norwegian translation.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp-Norwegian%20translation.pdf)
- North American Nursing Diagnosis Association. (2007). *NANDA nursing diagnoses: definitions and classification, 2007–2008*. Philadelphia, PA: North American Nursing Diagnosis Association.
- Owen, J. (2005). Documentation in nursing practice. *Nursing standard*, 19(32), 48–49.
- Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2010). *Synthesis and Conceptual Analysis of the SDO's Programme's Research on Continuity of Care*. Southampton: National Institute for Health Research Evaluations, Trials and Studies Coordinating Centre.
- Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health and social care in the community*, 19(6), 576–601.
- Reid, R. J., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. (2011). *Promoting coordination in Norwegian health care (Coordination reform) (Vol. 11)*: Igitur.
- Russell, D., Rosati, R. J., Rosenfeld, P., & Marren, J. M. (2011). Continuity in Home Health Care: Is Consistency in Nursing Personnel Associated with Better Patient Outcomes? *Journal for healthcare quality*, 33(6), 33–39.
- Saultz, J. W. (2003). Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med*, 1(3), 134–143.
- Stajduhar, K. I. (2011). Articulating the role of relationships in access to home care nursing at the end of life. *Qualitative health research*, 21(1), 117.
- Stokke, T. A., & Kalfoss, M. H. (1999). Structure and content in Norwegian nursing care documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1999; 13(1): 18–25
- Strandquist, M. (2005). Pasientansvarlig sykepleier i kommunen. *Stokkeprosjektet*. Vestfold.
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). The solid facts: Home Care In Europe. . In R. Tarricone & A. D. Tsouros (Eds.), *WHO Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Tiedeman, M. E., & Lookinland, S. (2004). Traditional models of care delivery: What have we learned? *The Journal of nursing administration*, 34(6), 291–297.
- Tønnessen, S. (2011). *The challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. (Ph.D.), Universitetet i Oslo. Oslo: Unipub. (no. 1174).
- Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280–285.
- Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing ethics*, 18(3), 386–396.
- Törnvall, E., Wahren, L. K., & Wilhelmsson, S. (2007). Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management* 2007 Sep; 15(6): 634–42.
- Vabø, M. (2009). Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 346–358.
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition—heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 283–291.
- van Servellen, G., Fongwa, M., & D'Errico, E. M. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing and Health Sciences*, 8(3), 185–195.
- von Krogh, G., Nåden, D., & Aasland, O. G. (2012). Testing a Nursing-Specific Model of Electronic Patient Record documentation with regard to information completeness, comprehensiveness and consistency. *Journal of clinical nursing*, 21(19pt20), 2930–2939.
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchinson, B. (2004). What is important to continuity in home care?: Perspectives of key stakeholders. *Social Science & Medicine*, 58(1), 177–192.
- Aasgaard, H. S., Fagerstrom, L., & Landmark, B. (2014). Nurses' Experiences of Providing Care to Dementia Patients Through Home Health Care After Further Training and a Reorganization of Nursing Resources. *Home Health Care Management & Practice*, 1084822314530992.