

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.2017 kl. 14:00

Kandidatnummer:309

Rettleiar sitt namn: Kari Marie Thorkildsen

**KONTINUITET I HEIMESJUKEPLEIE
TIL ELDRE MENNESKER MED DEMENS**



(Illustrasjonsfoto: ImageQuest)

Bacheloroppgave i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, Stord, 2017

Kull 2014

Antall ord: 7125

Samandrag

Tittel: Kontinuitet i heimesjukepleie til eldre menneske med demens

Bakgrunn: I mi sjukepleieutdanning har eg hatt praksis i heimesjukepleie. I denne praksisen erfarte eg å møte ulike brukarar og deira pårørande og fekk innsyn i korleis samarbeid mellom brukar, pårørande og offentleg helseteneste var på godt og vondt. Søk på internett i forbindelse med ei oppgåve gjorde meg oppmerksom på ein artikkel som hevda at brukarane møter i snitt 17 personar på fire veker. Dette gjorde med nyfiken på temaet og eg ønsker difor meir kunnskap om dette temaet for å ta kunnskapsbaserte val ved seinare utøving av omsorgshjelp.

Problemstilling: «Korleis kan ein betre kontinuitet i pasientforlaup for personar med demens, som bur heime?»

Oppgåva si hensikt: Hensikta med denne oppgåva er å belyse og auke kunnskapsnivået om kontinuitet i pasientforlaup for heimebuande personar som lid av demens.

Metode: Oppgåva er ei systematisk litteraturstudie. Dei fire relevante artiklane eg fann er drøfta opp mot Kari Martinsen si omsorgsteori, mine eigne erfaringar og anna relevant teoretiske materiale.

Resultat: Ved å presentere pasientar, pårørande og sjukepleiarar sine erfaringar kjem det tydeleg fram at kontinuitet bygger på tre ulike faktorar: personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet. Felles for desse tre er at dokumentasjon, informasjon, kommunikasjon og relasjonsbygging er sentralt, samt god koordinering i helsetenesta for å sikre tilstrekkeleg tid og kvalitet på pleie. I tillegg kjem det tydelege fram at å lytte til både pasient og pårørande er naudsynt for å kartlegge hjelpebehovet og ønsker, og på den måten sikre kvalitet på pleie.

Oppsummering: Samarbeid med god kommunikasjon og kunnskap om pasient og pårørande sin situasjon, samt god koordinering av helsetenesta, hjelper sjukepleiar til å sikre kontinuitet i pasientforlaupet.

Nøkkelord: Demens, kontinuitet i pleie, sjukepleier erfaringar, pårørande, heimesjukepleie

Abstract

Title: Continuity in home health care for older people with dementia.

Background: During my nurse education I have had practice in home health care. In this practice I experienced to meet different patients and their next of kin. I also got to know about the cooperation between patients, next of kinds and public health service. When I worked with another task I read an article that claimed that patients in average meets 17 different persons during a period of four weeks. This made me interested in the topic and I want to get more knowledge about this because I want to take decisions based on knowledge.

Research question: “How to improve the continuity in the clinical pathway for persons with dementia, living at home?”

Aim: The aim of this study is to increase my knowledge about continuity in the clinical pathway for persons with dementia, living at home.

Method: the study is a systematic literature review. The four articles I found is discussed against Kari Martinsen’s theory on care, my own experiences and other theoretical material.

Findings: By presenting the experiences from patients, next of kinds and nurses, we can clearly see that continuity is dependent on three different factors: relational continuity, informational continuity and management continuity. Common for these three is that documentation, information, communication and establishing relations are important. Good coordination in the health service to secure sufficient time and quality in the health care are also important. In addition, the study shows that listening to both patients and next of kin’s are necessary to find the needs and wishes they have, and in this way secure the quality of care.

Conclusion: Cooperation with good communication and knowledge about patients and the next of kin’s situation, as well as good coordination of the health care are important to facilitate the continuity in the clinical pathway.

Key words: Dementia, continuity of care, nurses experience, next of kin, home health care

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEIING	1
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2	TEORI.....	3
2.1	Kari Martinsen.....	3
2.1.1	Martinsen om relasjon	3
2.1.2	Martinsen om etikk.....	4
2.2	Heimesjukepleie	4
2.3	Demens	5
2.3.1	Å leve med demens	5
2.4	Kontinuitet	6
2.4.1	Kontinuitet for pasientar med demens.....	6
3	METODE.....	7
3.1	Kva er metode?.....	7
3.2	Systematisk litteraturstudie som metode	7
3.3	Framgangsmåte	8
3.3.1	«Pårørende til aleneboende personer med demens» (Aasgaard et al., 2014)	8
3.3.2	«Older patients' and Next og Kin's Perspevtives on Continuity in Long-Term Home Health Care» (Gjevjon, Romøren, Bragstad & Hellesø, 2016)	8
3.3.3	«Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study» (Karlsson, Bravell, Ek & Bergh, 2014).....	8
3.3.4	«Continuity of care in home health-care practice: two managment paradoxes» (Gjevjon et al., 2013)	9
3.4	Forskingsetikk	9
3.5	Kritisk vurdering av forskingsartiklane	9
4	RESULTAT	11
4.1	Presentasjon av forskingsartiklar.....	11
4.2	Hovudfunn i artiklane	13
5	DRØFTING.....	14

5.1	Å oppnå kontinuitet ved å vurdere antal sjukepleiarar i pleie til ein pasient.	14
5.2	Kontinuitet ved flyt i informasjonsutveksling og dokumentasjon	17
5.3	Organisering – eit spørsmål om prioriteringar	19
6	AVSLUTTING.....	22
	REFERANSELISE.....	23
	VEDLEGG 1 – RESULTATTABELL.....	1

1 INNLEIING

1.1 Bakgrunn for val av tema

Denne oppgåva handlar om kontinuitet i pasientforlaup. Fokuset mitt vil vera heimesjukepleie, konkretisert til personar med demens som mottok pleie i eigen heim. Dette er eit relevant tema å skrive om, i og med at det stadig er aukande behov for sjukepleiarar i heimebaserte tenester. Antal personar som nyttar tenester frå heimesjukepleie aukar stadig, og er meir enn femdobla sidan 1992. I tillegg er det forventa ein stor auke i personar over 80 år som tek imot heimesjukepleie dei neste åra. Samstundes er antal senger i institusjonar redusert dei siste åra. Denne utviklinga har ført til at kommunehelsetenesta har fleire, sjukare og meir fagleg krevjande pasientar enn tidlegare (Birkeland & Flovik, 2014, s. 16 – 17).

”Kontinuitet er kanskje det aller viktigaste i eldreomsorgen” (Hansson, 2016). Han fortel ei historie om ei kvinne med demens som bur heime. Her er fokuset retta mot at livskvaliteten til pasienten og moglegheita for å bu heime lengre aukar i takt med auka kontinuitet i pleie. Her er kontinuitet knytt opp mot antal pleiarar som hjelper same pasient.

Mitt val av tema grunnar i at eg, ved fleire praksisplassar, har opplevd at pasientane må forholde seg til mange forskjellige pleiarar. Eg har observert at dette stiller store krav til blant anna kvalitet i dokumentasjon og informasjonsutveksling mellom sjukepleiarane.

Då eg var i praksis i heimebaserte tenester, leste eg eit lite samandrag av Edith Roth Gjevjon si doktorgrad i artikkelen ”17 ulike pleiere på fire uker” (Østby, 2014). Her kom det fram at dei som tek imot heimesjukepleie møter i snitt 17 ulike pleiarar i laupet av fire veker. Dette overraska meg litt, og eg tenkte med meg sjølv at dette var mange å forholde seg til i ein elles sårbar situasjon. I følgje Gjevjon (2015) viser nyare forskning likevel at pasientar, som tek imot heimesjukepleie, ikkje synes at antal pleiarar er eit problem, men at det er viktig at pleiar har kunnskap om pasientens situasjon, noko som stiller krav til god dokumentasjon av sjukepleie. Ho peikar på at kontinuitet er samansett av personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet. Ein kan då undre seg om dette resultatet gjeld for pasientar med demens, då lærebøker i sjukepleieutdanninga peikar på at pasientar med demens treng stabilitet og rammer for å oppleve tryggleik. Dette førte til val av tema for oppgåva, som forhåpentleg vil

bidra til å auka kunnskapsnivået mitt om temaet, slik at eg kan handle kunnskapsbasert i mitt framtidige yrke.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan ein betre kontinuitet i pasientforlaup for personar med demens, som bur heime?»

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Oppgåva vil fokusera på pasientar som bur åleine, og som mottar heimesjukepleie dagleg. Då demens rammar både kvinner og menn, vil det ikkje vera fokus på kjønnet til pasientgruppa. Oppgåva vil fokusera på kva pasienten, pårørande og sjukepleiaren opplev, og ikkje handla om samhandling mellom 1. og 2. linje tenesta og pasienten.

2 TEORI

2.1 Kari Martinsen

Eg har valt å bruke Kari Martinsen si omsorgsteori i denne oppgåva. Ho hevdar at ein må møte pasienten utan baktankar og ikkje nødvendigvis med mål om at pasienten skal verte uavhengig, men at han skal finne velvære og meining i sin situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 250). For personar som lid av demens er det ikkje realistisk å tenke at pasienten skal klare seg sjølv meir og meir. Her kan målet vera at pasienten skal finne meining i sin situasjon, trass redusert evne til å ivareta eigenomsorg. Nettopp difor er Martinsen si omsorgsteori relevant for denne oppgåva. Omsorga Martinsen beskriv er å anerkjenne ein person ut i frå personens livssituasjon og bakgrunn. Ho hevdar at sjukepleiarens grunnlag er solidaritet med og ansvar for dei svake:

”Solidaritet hviler på likhet mellom mennesker. Likheten går på den generelle situasjonen at vi alle kan bli omsorgstrengende og ha ubetinget rett til omsorg. Å ha solidaritet som ledende verdi, vil si at en ikke setter verdier som uavhengighet og selvstendighet høyest.” (Kristoffersen, 2011, s. 251)

Denne solidariteten kan, ifølge Martinsen (2012, s.143) likevel i nokre tilfelle verta utfordra av kulturen og miljøet på arbeidsplassen.

Martinsen hevdar også at ein berre vil kunne forstå pasienten fullt ut når ein har sett pasienten i sine kjente omgjevningar. Og at å setje mål er viktig, men at desse måla vil endre seg ettersom situasjonen for pasienten endrar seg (Kristoffersen, 2011, s. 250).

2.1.1 *Martinsen om relasjon*

Martinsen (2012, s. 28-33) legg vekt på at tilstrekkeleg med tid er naudsynt for å kunne undre seg og tenke over situasjonen til den andre personen. På den måten blir pleiar nysgjerrig nok til å søk og halde seg til kunnskap som er mest hensiktsmessig for pasienten. Tid med pasienten vil opne for at pleiar er mottakeleg og lyttande. Då er det lagt til rette for at pasienten står i sentrum, og ikkje berre gjeremålet, og ein unngår at pasienten vert behandla som eit objekt. Ved å vera tilstade i augneblikket med pasienten vil pleiar få kjennskap til livserfaringar som vil hjelpe pleiar

til betre forståing av pasientens situasjon. Martinsen påpeikar at det alltid vil vera noko ein ikkje veit om den andre, noko som opnar for at ein ikkje alltid strekk til i møtet med pasienten.

2.1.2 Martinsen om etikk

Martinsen (2012, s. 46-51) hevdar at menneske er avhengige av kvarandre, uavhengig av om ein er frisk eller sjuk. Dette er ikkje noko ein kan velje, og er difor ikkje noko ein kan kome utanom. Om ein lar vera å hjelpa sin neste, sviktar ein samstundes seg sjølv. Ho legg vekt på at omsorg for den andre er spontan godheit, og at desse suverene livsyttingane er noko alle menneske er gitt av livet. Den etiske fordringa er difor at pleiar tar vare på pasienten ut i frå den tilliten som er gitt av pasienten, og ikkje utnytter hans sårbarheit. Martinsen (2012, s. 50) nemner «Den gylne regel» (Matteusevangeliet 7, 12) som ei rettesnor for etikken og for vårt omsorgsansvar for kvarandre. Dette fører til ein viktig, grunnleggande tanke i etikken; korleis ønskjer ein sjølv bli møtt i ein liknande situasjon? Det gir grunnlag for etisk tenking, i staden for å la seg styre av kulturelle normer og reglar (Martinsen 2012, s. 52-56)

2.2 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er ei teneste under heimebaserte tenester i kommunehelsetenesta. Birkeland & Flovik (2014, s. 13) omtalar heimesjukepleie som eit møte mellom offentlege tenester og dagleglivet til pasienten som bur i eigen heim. I heimesjukepleie vil ofte pleiar bli betre kjend med pasienten, då tenesta vert gitt over lengre tid enn ved, til dømes, sjukehus. I Birkeland og Flovik (2014, s.15) si definisjon av heimesjukepleie står det at

”Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt.”

I tillegg peikar dei på at pårørande er ein viktig støttespelar i pasientens liv, særleg i heimesjukepleie.

Birkeland og Flovik (2014, s. 21) hevdar at målet med heimesjukepleie er at pasienten får hjelp til å meistre kvardagen sin slik at han kan få bu heime så lenge han ønsker det, og det er forsvarleg.

Ein stor skilnad på sjukepleie til personar som er innlagt ved institusjon og personar som tek imot helsehjelp i eigen heim, er at ein som heimesjukepleiar er på ”besøk” på pasienten sin heimebane.

Dette gjer at sjukepleiar må trø forsiktig og vise respekt for pasientens val av livsstil (Birkeland og Flovik, 2014, s. 43).

2.3 Demens

Demens råkar truleg 10000 personar kvart år, og i 2014 var det om lag 71000 personar som lei av demenssjukdom. Ved auka alder aukar også risikoen for å utvikle demens. Om lag 40% av personar over 90 år lid av ein demenssjukdom (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412) Bertelsen (2011, s. 326) omtalar demens som ein endring i tidlegare friske personar sin kognitive hjernefunksjon. Tapet av den kognitive funksjonen kan ha ulike orsakar, og demens er eit samla omgrep. Dei ulike typane demens vil utarte seg på forskjellig vis, men dei har til felles at personane får nedsett evne til å utføre daglegdagse gjeremål, og fører til personlegdomsendringar og gjerne svekka hukommelse, skriv Rokstad (2014, s. 10 - 11). Det går ikkje an å verte frisk frå ein demenssjukdom. Prognosane er at pasienten vil bli meir og meir avhengig av hjelp, ettersom sjukdomen utviklar seg. Denne utviklinga av sjukdomen kan gå fort, eller vare opp til 20 år. Det skjer oftare at pasienten døyr med lidinga enn av lidinga (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411-412)

2.3.1 Å leve med demens

Rokstad (2014, s. 10 - 19) beskriv det å leve med demens som krevjande, då pasienten gjerne i starten er klar over sin tilstand og fryktar utviklinga som er uunngåeleg. Ho peikar på at pasientar som lev med demens har eit behov for å bli forstått og akseptert med sin sjukdom, og at dei har behov for å føle seg trygge. Sjukepleiar må difor vera open og ærleg i møte med denne pasientgruppa.

Fermann og Næss (2014, s. 246) hevdar at omtrent halvparten av personar som lid av demens, bur heime. Då denne pasientgruppa opplev kognitiv svikt som resulterer i personlegdomsendring, som angst og depresjon, og ofte lid av tap av hukommelse og redusert evne til å planlegge og gjennomføre daglege oppgåver, vil denne pasientgruppa ha særleg behov for kontinuitet, personsentrert omsorg og tilrettelegging for å ivareta sine grunnleggande behov.

2.4 Kontinuitet

I følge Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry (2003) kan ein skilje mellom tre typar kontinuitet; personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet. Personkontinuitet er ein terapeutisk relasjonen mellom pasienten og omsorgsgivar(ane). Informasjonskontinuitet dreiar seg om å bidra til best mogleg pleie til pasienten ved å sikre at relevant informasjon vert formidla vidare frå fagperson til fagperson. Dette krev god kommunikasjon mellom personalet og systematisk, skriftleg dokumentasjon. Organisatorisk kontinuitet handlar om koordinering, planlegging og tilrettelegging i forhold til stadig endring i pasientens behov for helsehjelp. Her er ressursplanlegging og –styring også ein viktig faktor (Gjevjon, 2015).

2.4.1 *Kontinuitet for pasientar med demens*

I NSF sitt høyringssvar på Demensplan 2020 (2015) kjem det fram at det er naudsynt med eit kompetanseløft for å sikre kontinuiteten pasientane har krav på. Det kjem også fram i Gjevjon, Romøren, Kjøs & Hellesø (2013) at det er behov for å sikre høgare personkontinuitet for personar med demens, enn for enkelte andre pasientgrupper. I tillegg er det slik at pårørande er ein stor resurs for personar med demens og det er difor behov for god kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom offentleg omsorgsytarar og pårørande til personar med demens (Aasgaard, Disch, Fagerstöm & Landmark, 2014).

3 METODE

I oppgåva sin metodiske del blir det forklart kva metode er og kva framgangsmåte som er nytta i denne litteraturstudien. I tillegg vert det presentert ei etisk og kritisk vurdering av funna i litteraturstudien. Det er nytta sjekklister for kvalitativ forskning, frå kunnskapssenteret.no (2017), som verktøy ved kritisk vurdering av artiklane.

3.1 Kva er metode?

I dag er det eit krav at sjukepleiar praktiserar kunnskapsbasert praksis (KBP). Dette er nedfelt i blant anna pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Forsking er ein av tre avgjerande faktorar i KBP (Nortvedt, Jamtvedt, Greverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 16). I forskning vert det samla inn data, som vert analysert og til slutt rapportert (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18). Christoffersen, et al. (2015) forklarar metode som framgangsmåten som vert brukt for å samla inn og analysere data. Dei skil mellom to ulike forskingsmetodar. Den første er kvalitativ metode, som har stor grad av fleksibilitet og bygger på tekst, lyd og bilete. Intervju er eit mykje nytta verktøy i kvalitativ metode. Den andre er kvantitativ metode, som er ein lite fleksibel forskingsmetode og basert på tal.

Systematisk litteraturstudie som metode

I litteraturstudien er ikkje målet å finne ny kunnskap men å skaffe seg ei oversikt over den kunnskapen som allereie er komen fram gjennom forskning. Eit litteraturstudie går ut på å søke, samle, vurdere og gjere seg opp ei meining om det ein finn. Denne måten å systematisere kunnskap på er nyttig for å kunne skaffe seg ein oversikt over kunnskapen mi framtidige yrkesgruppe er oppteken av (Støren, 2013, s. 17).

Frosberg og Wengström (2013, s. 26) hevdar at det ikkje er nok å lesa oversiktsartiklar og bøker for å tilegne seg forskningsbasert kunnskap. Om ein ikkje leitar etter forskning sjølv, vil ein berre få oversikt over eit avgrensa antal artiklar, då ein ikkje presenterer all forskning som er på eit fagområde. I tillegg vil ein då berre få oversikt over det forfattar av samandraget, eller boka, var interessert i å finne ut av.

3.2 Framgangsmåte

3.2.1 «Pårørende til aleneboende personer med demens» (Aasgaard et al., 2014)

Denne artikkelen fant eg ved å utføre eit søk i Bibsys.no med søkeordet «Continuity», og søket vart deretter avgrensa til «norsk», «artikkel» og «2011-2016». Eg opna artikkelen i Idunn.no.

3.2.2 «Older patients' and Next og Kin's Perspevtives on Continuity in Long-Term Home Health Care» (Gjevjon, Romøren, Bragstad & Hellesø, 2016)

Denne artikkelen fant eg ved å utføre eit søk i Bibsys.no med søkeord «Continuity of Patient Care in Home Care», og søket vart deretter avgrensing til «artikkel», «2011-2017», «Bokmål, Norwegian» og «Norsk (Bokmål)». Eg opna artikkelen i Idunn.no.

3.2.3 «Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study» (Karlsson, Bravell, Ek & Bergh, 2014)

Denne artikkelen fant eg ved å utføre eit søk i Chinal med søkeorda «dementia», «continuity of care», «nurses experience» og avgrensa søket til «Full Text» og «Peer Reviewed». Søket er presentert i tabellen nedanfor

Artikkel 3: Søk i databasen Chinal 31.03.2017

Søk nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat/Antall treff
S1	Dementia		33399
S2	Continuity of care		9980
S3	Nurses experience		8475
S4	S1 or S2 or S3		51608
S5	S1 and S2 and S3		1
S6	S1 and S2 and S3	Full text, Peer Reviewed	1

3.2.4 «*Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes*» (Gjevjon et al., 2013)

Her nytta eg manuelt søk ved å søke opp artikkel som var referert til i referanselista i «Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter» (Gjevjon, 2015). Eg hadde ikkje tilgang på denne artikkelen utan betaling, og fekk hjelp av vegleiar til å skrive den ut.

3.3 Forskingsetikk

Forskingsetikk handlar om å sikre truverdigheita og ivareta personvernet i planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Det er naudsynt å følgje etiske retningslinjer i forskning for å sikre at personopplysningar og opplevingar til personane som deltek i studien vert teke vare på og at deira tillit ikkje vert missbrukt (Dalland, s. 95-96). Dette er lovpålagt av blant anna personopplysningslova (2000) og forskingsetikklova (2006).

Alle artiklane i denne oppgåva er vurdert av ulike etiske komitear. I artiklane er det presisert at deltakarane har gitt sitt samtykke ved underskrift og i fleire av artiklane kjem det fram at deltakarane hadde moglegheit til å trekkje seg kva tid som heldt i studien, utan at dette skulle få noko vidare konsekvens for dei.

3.4 Kritisk vurdering av forskingsartiklane

Dei fire artiklane som er valt har ein tydelig IMRaD oppbygging med hensikt (I), metode (M), resultat (R) og diskusjon (D). Denne strukturen er beskrive i Tidemann (2015, s. 30 – 31). Det kjem fram tydelege problemstillingar i både Aasgaard et al. (2014) og Gjevjon et al. (2013). Likevel er det tydeleg beskrive i dei to andre artiklane kva som er målet med studien. Alle fire forskingsartiklane som er kvalitative, som er ei god tilnærming når ein ønsker å få god innsikt i korleis dei ulike partane opplev sin situasjon.

Alle forskingsartiklane bruka intervju som reiskap for å samle data. Dette er ein god måte å samle inn data når målet er å beskrive eller utforske erfaringar og opplevingar. To av artiklane: Aasgaard et al. (2014) og Karlsson et al. (2014) har brukt ei fenomenologisk hermeneutisk analysemetode. Denne metoden tar sikte på å tolke interaksjonar mellom deltakarane i gruppeintervju. Denne måten er eit godt reiskap til å djupare forstå korleis deltakarane opplev sin

situasjon. Likevel er funna i desse artiklane tolkingar som er gjort av forfattarane av artiklane. Dette gjer at det mogleg kunne vert tolka annleis av ein anna forfattar. Det går klart fram i alle fire artiklane både korleis data vart smala inn og korleis den er blitt tolka. Der er også tydeleg i alle artiklane kva som er hovudfunna. Artiklane som er nytta er publisert mellom 2011 og 2016, og er difor rekna som nyare forskning og seier noko om korleis ulike situasjonar faktisk er i dag.

Artikkelen «Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study» (Karlsson, Bravell, Ek & Bergh, 2014) handlar mest om smertelindring, eit tema som ikkje er sentralt i denne oppgåva. Likevel er denne artikkelen tatt med i oppgåva, då den set lys på kor viktig det er med personkontinuitet for å kjenne pasienten tilstrekkeleg for å kunne kartlegge endringar i helsa til pasienten. Dette er relevant for denne oppgåva.

4 RESULTAT

Nedanfor er artiklane, som vart nemnt under «metodedelen», presentert meir heilskapleg kvar for seg. Deretter er det laga eit samandrag av hovudfunna i dei ulike artiklane.

4.1 Presentasjon av forskingsartiklar

Atrikkel 1 - «Pårørande til aleneboende personer med demens» (Aasgaard et al., 2014)

Denne kvalitative artikkelen har bakgrunn i ei større pilotstudie der personalet i heimesjukepleie vart organisert i team der dei fekk heva kompetansen sin i direkte relasjon til pasient og pårørande, for å betre omsorga til personar med demens som bur heime. Målet med denne artikkelen var å beskrive korleis pårørande erfarer å gi omsorg til heimebuande personar med demens etter omorganisering og kompetanseløft av personalet. Det var 6 pårørande til personar med demens som deltok i studien; to søner, tre døtrer og ei svigerdotter. Pårørande var mellom 49 – 72 år og pasientane var kvinner i alderen 72 – 93 år, heimebuande og hadde levd med demens i 3 – 8 år. Ingen ektefelle ville delta grunna at dei var for slitne. Deltakarane vart delt i to grupper. Data vart samla gjennom gruppeintervju, og analysert fenomenologisk – hermeneutisk der ein fangar opp interaksjonar som oppstår mellom deltakarane. Det kjem fram i studien at pårørande er ein viktig resurs, kunnskapsbase og eit bindeledd mellom omsorgstenesta og personen med demens. Dei spelar ei viktig rolle i å ivareta sosiale behov og oppretthalde eit nettverk, i tillegg til å hjelpe med praktiske oppgåver. Dette gjer at personar med demens er avhengige av pårørande for å kunne bu heime. Likevel kjem det fram at det er lite og sjeldan kontakt mellom det offentlege hjelpeapparatet og pårørande. Pårørande opplev ikkje å bli møtt på det emosjonelle plan og forventar ikkje å få støtte til å handtere sin situasjon. Pårørande saknar kontinuitet i personalet og opplev i liten grad av samarbeid og kommunikasjon, og dei uttrykkjer eit ønske om tydeleg ansvars- og oppgåvedeling.

Artikkel 2 - «Older patients' and Next og Kin's Perspectives on Continuity in Long-Term Home Health Care» (Gjevjon et al., 2016)

Denne artikkelen omhandlar ein norsk studie som har som mål å kartlegge korleis pasientar og pårørande opplev kontinuitet i heimesjukepleie. Data vart samla frå januar 2009 til mai 2010 med bruk av strukturert intervju med 125 eldre pasientar og 92 pårørande frå ulike kommunar i Noreg. Pasientane vart intervjuja ansikt til ansikt, medan pårørande vart intervjuja via telefon. Pasientane som deltok var >70 år og fekk dagleg hjelp frå heimesjukepleie >3 månadar. Det kjem fram i studien at pårørande set kontinuitet i personalet høgare enn pasienten gjer. Likevel opplever både pasient og pårørande at det er viktigare at pleiarane som kjem til pasienten er godt informert om pasientens tilstand og har høg kompetanse.

Artikkel 3 - «Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study» (Karlsson et al., 2014)

Denne kvalitative studien er utført i ein kommune vest i Sverige. Målet med studien var å beskrive korleis helsepersonell opplev handtering av smertelindring for pasientar med demens som bur i eigen heim. Det var til saman 23 personar som deltok i studien, der alle hadde fast stilling i minst eit år i heimesjukepleia. Datainnsamling bygde på individuelle intervju frå mai til august 2012 og vart analysert fenomenologisk – hermenautisk. I studien kjem det fram at pleiarane har behov for tillitsfullt samarbeid seg i mellom. Det kjem også fram at det er behov for ulike kartleggings verktøy. For det tredje er det naudsynt med stabil personalgruppe. Til slutt kjem det fram at helsepersonell har behov for meir tid til å kartlegge smerte hjå pasientane.

Artikkel 4 - «Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes» (Gjevjon et al., 2013)

Denne kvalitative studien er utført i nokre utvalde kommunar i Noreg. Målet med studien var å få innblikk i kva perspektiv leiarar i heimesjukepleie har på kontinuitet i pleie. Det var 16 sjukepleiarar, fjorten kvinner og to menn, som deltok i studien. Dei hadde mellom 6 månadar og 28 år erfaring med leiing, og ni av dei hadde vidareutdanning innanfor leiing. Det vart nytta

strukturerte intervju ved innsamling av data, og dei fann stad mellom 2009 og 2010. Det kjem fram i studien at leiarane må balansere mellom å prioritere det beste for personalet, eller prioritere det beste for pasientane. Dette var ikkje like lett alltid, med tanke på at det kunne vera skadeleg for ein pleiar å gå til ein fast pasient over lengre tid om pasienten var tung fysiske eller psykisk. I tillegg vil det vera lettare å oppdage endringar om det er ulike pleiarar som har same pasient. Leiarane hevdar at det å sikre gode arbeidsforhold for personalet vil vera med på å betre kvalitet på pleie, og på denne måten gagne både personell og pasient. Likevel kjem det fram at det i nokre tilfelle er viktig å prioritere få pleiarar inn mot ein pasient for å sikre tryggleik for pasienten og kvalitet på pleie. Dette gjeld spesielt terminale pasientar, eller pasientar som lid av demens.

4.2 Hovudfunn i artiklane

Hovudfunna er at alle artiklane hevdar at personkontinuitet er ein viktig faktor for å kunne oppretthalde kontinuitet i pasientforlaup. Når det er sagt, kjem det også fram at det er like viktig med tillitsfullt og tett samarbeid med god kommunikasjon med pårørande når det gjeld pasientar som lid av demens. For å oppretthalde personkontinuitet er det naudsynt med stabilitet i personalgruppa. Det kjem fram at for å oppretthalde denne stabiliteten er det naudsynt at leiar legg til rette for trivsel og godt arbeidsmiljø. Med andre ord inneheld kontinuitet tre faktorar; personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet.

5 DRØFTING

Ut i frå hovudfunna er det tydeleg tre delar innanfor kontinuitet som gjer seg gjeldane: personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet. I denne delen vil problematikk knytt til dei ulike delane verta drøfta opp mot teorien, artiklane, Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi og egne erfaringar for å svare på problemstillinga.

5.1 Å oppnå kontinuitet ved å vurdere antal sjukepleiarar i pleie til ein pasient.

Når ein talar om kontinuitet i pleie er gjerne det første ein tenker på kor mange pleiarar som utøver pleie og omsorg til ein person. Denne typen kontinuitet vert kalla personkontinuitet. Som nemnt i innleiinga er det stor variasjon i personkontinuiteten i heimesjukepleie-tenesta. Så mykje som 17 ulike pleiarar kan vera involvert i pleie til same brukar i laupet av ein periode på 4 veker, i følge doktorgrada til Edith Roth Gjevjon (Østby, 2014). Ein kan då spørje: Har dette innverknad på kvaliteten på pleie?

I Gjevjon et al. (2016) kjem det fram at 71 % av pasientane i studien sytes det var uproblematisk med mange pleiarar. Derimot hadde 81 % av pårørande eit ønske om at så få pleiarar som mogleg var involvert i pleie til deira familiemedlem. På ei anna side kjem det fram i same studie at eit høgt antal pleiarar ikkje er eit problem, så lenge kvaliteten på pleie er høg. Både pasientar og pårørande påpeikar at sjukepleiar sin kunnskap om pasienten sin situasjon er svært viktig. Det er då tenkjeleg at det ikkje er problematisk med eit høgt antal pleiarar til ein pasient.

Likevel hevdar Karlsson et al. (2014) at tettare oppfølging av pasienten er naudsynt for at sjukepleiar skal oppdage endringar i pasienten sin tilstand. Dette krev at sjukepleiar er sansande tilstade i møtet med pasienten og legg til rette for ein tillitsfull relasjon mellom dei (Martinsen, 2012, s. 30 – 31). Martinsen (2012, s. 49 – 50) hevdar at pasienten, som er i ein sårbar situasjon, utleverer seg til pleiaren, noko som fordrar at sjukepleiar tek vare på pasienten sin integritet og tillit. Denne måten å møte pasienten på er i tråd med det Alvsvåg (2010, s. 54) skriv om at det å vera lyttande og medfølande er det same som å ta i mot forteljinga og erfaringane til pasienten og pårørande. På ei anna side hevdar Alvsvåg (2010, s. 53 – 56) at pasient og pårørande si oppleving

av tryggleik avhenger av at pleiar er engasjert i situasjonen deira, ikkje berre ved å lytte i ein mottakeleg posisjon, men også handlar. Altså, er det truleg ikkje tilstrekkeleg at pleiar brukar all si tid på å lytte til pasienten, og bygge relasjon. Sjukepleiar må også bruke denne informasjonen til å handle i forhold til kva behov pasienten eller pårørande måtte ytre. Ved å engasjere seg i pasienten sin totale situasjon, vil pleiar kunne vera ein støttespelar for pårørande som i mange tilfelle har kjent på ansvaret for pasienten i lengre tid åleine (Alvsvåg, 2010, s. 56). Å vera pårørande til personar som lid av demens kan opplevast som krevjande, då sjukdomsforløpet ofte strekk seg over lengre tid (Birkeland & Flovik, 2014, s. 142). Likevel er det ikkje sikkert at det berre er manglande engasjement frå sjukepleiar si side som resulterer i at pårørande ikkje får tilstrekkeleg hjelp og merksemd for deira situasjon. For, sjølv om det kjem fram i Aasgaard et al. (2014) at familien opplev mangel på interesse frå helsetenesta, kjem det også fram i same studie at pårørande i krevjande situasjonar verken søker eller forventar hjelp. Om dette er fordi dei ikkje ønsker det, eller fordi dei ikkje veit at dei har moglegheit til å få hjelp i sin situasjon, kjem ikkje fram.

I tilfelle der personkontinuiteten er låg vil det truleg ikkje vera lagt til rette for denne tette oppfølginga med nær relasjon mellom sjukepleiar, pasient og pårørande. For, som Gjevjon (2015) uttrykkjer, er det naudsynt med kontinuitet i møtet mellom partane for å etablere ein relasjon. Dette gjeld særleg i møte med personar med demens, då denne pasientgruppa har særleg behov for tryggleik og stabilitet (Birkeland & Flovik, 2014, s. 91), samt særleg behov for høg personkontinuitet (Gjevjon et al., 2013). I møte med pasientar som lid av demens hevdar Karlsson et al. (2014) at det er naudsyn å ha god tid for å kunne gjere ei grundig kartlegging av brukaren sine behov for hjelp. Dette er i tråd med tanken i personsentrert demensomsorg, som tek sikte på å kartlegge korleis brukaren opplevde sitt liv før demenssjukdomen råka han/henne (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 408 – 409). Denne verdsettinga av tid vil altså vera ulik for brukarar med demens, mot andre brukarar med andre tilstandar og sjukdommar. Dette er i tråd med Martinsen (2012, s. 125) sin tanke om at tid vil vera ulikt verdsett alt etter brukars situasjon og tilstand. Så er det då, i denne individuelle tilnærminga til pasienten, at sjukepleiar har moglegheit til å yte personsentrert omsorg i samsvar med Kari Martinsen sin omsorgsfilosofiske tilnærming, der det gjeld å møte mennesket der det er, som det står i sitatet av Martinsen i

Schmidt (2011, s. 62). Pasienten har jo rett på individuell plan i følgje Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

Når det gjeld høg eller låg personkontinuitet er det, som tidlegare nemnt, slik at høg personkontinuitet er knytt til å ha eit betre grunnlag for å sjå endringar i pasienten sitt sjukdomsbilete. Dette samsvarar ikkje med Gjevjon et al. (2013) som hevdar at høg personkontinuitet kan hindre at endringar i situasjonen til pasienten vert oppdaga, grunna at sjukepleiar kjenner pasienten for godt, og difor overser symptoma. Det er då mogleg at det å opprette eit team rundt pasienten, eller eventuelt at pasienten har ein primærkontakt å halde seg til er nyttig. Gjevjon (2015) er einig i at ein primærkontakt kan vera løysinga om det ikkje lar seg gjere å oppretthalde høg pasientkontinuitet. Ho legg til at det i nokre tilfelle er betre med eit team enn ein enkelt person som primærkontakt, då dette bidrar til auka kvalitet og kontinuitet i primærkontakten. I dagbladet (Hansson, 2016) fortalde Hege Hansson historia om korleis det å få ein primærkontakt førte til endringar i kvardagen til mor hennar. Hansson fortel at denne primærkontakten var med å skape kontinuitet, tryggleik, latter og velvære, og at det betra hukommelsen hennar. Mor hennar vart mykje rolegare, og bekymra seg ikkje lenger for kvar veske og nøklar var når ho var på dagsenteret. Denne historia peikar på at livskvaliteten til både brukar og pårørande vart betra ved å auke personkontinuiteten. Alvsvåg (2010, s. 94) omtalar smil som eit vern mot tristhet. Trivsel, velvære og glede er viktig gjennom heile demensforløpet i følgje «Den gode dagen» (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Også Skovdahl & Berentsen (2014, s. 420) hevder at det å arbeide i team vil vera nyttig for å møte behova til den enkelte pasient.

For å oppsummera er altså personkontinuitet med å spele ei rolle i kvalitet på pleie, særleg for personar som lid av demens. Det kan vera ei fordel for pasienten om det er høg pasientkontinuitet, likevel kan det vera nyttig med ein primærkontakt eller eit team om det ikkje lar seg gjere med høg personkontinuitet. I begge tilfelle er det truleg avgjerande at sjukepleiar har kunnskap om kommunikasjon med pasienten som lid av demens og brukar denne kunnskapen til å skape tillit og tryggleik i relasjonen og til å kartlegge pasienten sine erfaringar, ønsker og behov. For, som Fermann & Næss (2014, s. 245) påpeikar, er det ofte slik at pasienten vurderer

situasjonen sin annleis enn det pårørande gjer, og pleiar må difor leggja vekt på det pasienten uttrykkjer av behov og ønsker.

5.2 Kontinuitet ved flyt i informasjonsutveksling og dokumentasjon

Det viktigaste for pasientar og pårørande er, som nemnt tidlegare, kvalitet i omsorgsarbeidet og at sjukepleiar er godt informert om pasienten sin livssituasjon og tilstand. For at dette skal vera mogleg er det truleg naudsynt med høg informasjonskontinuitet. Karlsson et al. (2014) hevdar at det er svært viktig at personalet har kontinuitet i informasjonsutveksling seg i mellom for å få kartlagd pasienten. Denne forma for kontinuitet, som er avhengig av kommunikasjon og dokumentasjon, er med på å forme kvaliteten i omsorgsarbeidet. For, som nemnt tidlegare er det naudsynt å kartlegge brukaren sin situasjon for å kunne handle rett i den enkelte pasient sin situasjon.

Det er fleire ulike verktøy som pleiarane kan bruke for å kartlegge og utveksle informasjon om pasienten seg imellom. Eit av desse verktøya er VIPS (Skovdahl & Næss, 2014, s. 426). Denne modellen vert mykje brukt i heimesjukepleie som eit verktøy for å sikre personsentrert demensomsorg. VIPS-modellen er beskriven av Dahl & Skaug (2011, s. 51 – 52) som eit verktøy der helsepersonell kan formidle helseopplysningar på sitt fagspråk. Dette vil sikre ei felles forståing av det som vert beskrive, og på den måten bidra til høg fagleg kvalitet i sjukepleiedokumentasjonen, der pasienten sitt behov for sjukepleie står i sentrum. Systematisk dokumentasjon sikrar kontinuitet i pasientforløpet ved å skape ein samanheng mellom tidlegare, pågåande og framtidig helsehjelp saman (Gjevjon, 2015). I tillegg vil eit slik verktøy vera med å sikre dokumentasjon som er i tråd med den lovpålagte plikta om dokumentasjon i sjukepleie (Helsepersonelloven, 1999).

Likevel er det ikkje berre systematisk dokumentasjon som sikrar kontinuitet. Gjevjon (2015) nemner også kommunikasjon- og informasjonsutveksling som avgjerande faktorar for å sikre informasjonskontinuitet. Dette gjeld både mellom pleiarane, men også mellom sjukepleiar og pårørande. Pårørande er ein viktig støttespelar for pasientar som lid av demens. Dei kan vera ein viktig kunnskapsbase og ressurs (Aasgaard et al., 2014) og er på mange måtar eit bindeledd

mellom brukaren og den offentlege helsehjelpa. Denne viktige rolla til pårørande som engasjert samarbeidspartnar kan auke kvaliteten i pleie, hevdar Gjevjon (2015). I tillegg er det truleg heilt naudsynt at helsepersonell har gjensidig utveksling av informasjon, då pasientar med demens, i følgje Aasgaard et al. (2014) ikkje har ressursar til å orientere om innhaldet i heimetenesta. Det er grunn til å tru at dette samarbeidet mellom tenesteyter og pårørande har forbettringspotensiale, ettersom det kjem fram i Aasgaard et al. (2014) at det er liten og sjeldan kontakt mellom dei nemnde partane. Studien finn også at pårørande saknar initiativ frå omsorgstenesta. Denne mangelen på informasjon skapar utrygge pårørande om kva kompetanse nivået i omsorgstenesta er, og korleis ulike spørsmål vert handtert. Gjevjon et al. (2016) rapporterer at rundt halvparten (57%) av pårørande opplev at pleiar er tilstrekkeleg informert. Dette samsvarar med Aasgaard et al. (2014) som rapporterer at pårørande opplev at deira situasjon får lite merksemd og interesse, og dei saknar ei gjensidig informasjonsutveksling. Dette er rapporteringar som er bekymringsverdige i forhold til at pårørande har rett på informasjon, i følgje Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Ein kan då undre seg kva konsekvensar dårleg kommunikasjon- og informasjonsutveksling mellom helsepersonellet seg imellom og med pårørande kan føre til for pasienten.

Ein konsekvens som er nemnd i Alvsvåg (2010, s. 83) er at dårleg kommunikasjon kan føre til krenking av brukaren sin verdighet og integritet. Det kan truleg også føre til liten kontinuitet i omsorgsutøvinga, då det i følgje Aasgaard et al. (2014) er naudsynt å samarbeide med pårørande for å avdekkje svikt i kognitive funksjonar, som elles ville vert vanskeleg for pleiar å oppdage, og for å danne eit nyansert bilete av reelle behov. Det kan vera vanskeleg å fordele ansvar og oppgåver mellom den offentlege omsorgstenesta og pårørande (Aasgaard et al., 2014). Dette samsvarar med Birkeland & Flovik (2014, s. 146) som hevdar at det er vanskeleg å fordele ansvar og oppgåver då pårørande ønsker meir avlastning samstundes som helsetenesta ønsker at pårørande skal ta større del av arbeidet. Likevel er det viktig at omsorgstenesta anerkjenner pårørande si viktige rolle som omsorgsperson for pasienten, i og med at pårørande sitt engasjement kan spare samfunnet for ein del utgifter (Birkeland & Flovik, 2014, s. 143). Til dømes aukar moglegheita for at pasienten kan bu heime lengre ved at han/ho er godt følgt opp av både pårørande og offentleg omsorgsteneste, i følgje Aasgaard et al. (2014) og Birkeland & Flovik (2014, s. 143). At det er lite og dårleg kommunikasjon mellom omsorgstenesta og

pårørende og/eller pasient gjer derimot at det er rom for at det veks fram ei misstillit mellom partane. Som Birkeland & Flovik (2014 s. 146) hevdar, kan det oppstå ein kultur for at pårørende ikkje gir tilbakemeldingar om uheldige situasjonar i frykt for at dette kan føre til at pleiarar nedprioriterer eller bruker mindre tid hjå pasienten ved ein seinare anledning. Martinsen (2012, s. 54) seier det slik:

«Tilliten fullbyrder seg i situasjonen, men det er situasjonens omstendigheter som betinger hvordan tilliten fullbyrder seg.»

Martinsen konkretiserer at helsepersonell skal handle etter fagleg skjønn og etter den gylne regel (Martinsen, 2012, s. 54 – 55) Ein kan då reflektere over om pårørende sin uro ved å rapportere uheldige situasjonar, er bygd på reelle hendingar som skapar denne frykta eller berre ein usikkerhet på om helsepersonell klarer å halde seg profesjonelle ved slik tilbakemelding. Dette speglar seg igjen i ei hending praksis i sjukepleieutdanninga, der pleiarar vegrar seg for å gå til enkelte pasientar grunna deira «vanskelege» pårørende. Denne hendinga kan seie noko om at det i nokre tilfelle kan vera grunn for pårørende sine uro rundt dette. Det er ikkje godt å svara eintydig på dette, men, ut i frå Alvsvåg (2010) tolkar brukarar og pårørende kroppsspråket og stemninga til pleiaren. Ut i frå dette er det grunn til å tenkje at frykta til pårørende kan grunne på stemninga som pleiar har bære med seg i kroppen, uavhengig om dette var med overlegg frå pleiar si side.

Vi ser her at informasjonskontinuitet er svært viktig for å sikre pleie som byggjer på grundig kartlegging som sikrar kvalitet. I tillegg er høg kontinuitet i informasjonsutveksling både ved dokumentasjon og kommunikasjon mellom sjukepleiarane naudsynt for å sikre at alle som yter omsorgshjelp til pasienten er godt informert om pasienten sin situasjon. Dette krev at sjukepleiar har kunnskap om korleis han/ho kan dokumentere på ein presis og god måte, samt har kunnskap om kommunikasjon for å skape ein tillitsful relasjon til både pasient og pårørende.

5.3 Organisering – eit spørsmål om prioriteringar

I Gjevjon et al. (2013) kjem det fram at sjølv om høg personkontinuitet er ideelt for brukaren, er dette samstundes ein trussel for pleiaren si helse og kvalitet på pleie. For å forklare nærmare er det ikkje alltid til det beste å prioritere pasienten sitt ønske om få pleiarar til ein kvar pris. Som

leiar må ein også vurdere om dette kan føre til missnøye blant personalet. Dette kjem tydeleg fram i Gjevjon et al. (2013) der leiarar gir uttrykk for at dei må velje mellom å prioritere sjukepleiarane eller pasienten si interesse. Til dømes vert det i studien sett lys på leiar sitt ansvar for tilrettelegging for eit godt arbeidsmiljø. I følgje Verdighetsgarantien (2010) skal pasienten få dekkja individuelle behov. Det vil seie at leiar i størst mogleg grad må følgje opp pasienten sine ønsker. Samstundes er leiar lovpålagt å koordinere helsetenesta på ein slik måte at helsepersonellet kan handle i samsvar med lovpålagte plikter. Til dømes er det ikkje mogleg for helsepersonellet å handle rett om det ikkje er lagt til rette for å bruke tilstrekkeleg med tid, eller om pleiar ikkje har tilgang på naudsynt utstyr. Gjevjon (2015) nemner bland anna dette som nokre av faktorane som organisatorisk kontinuitet skal bidra til. I NSF sitt høyringssvar på Demensplan 2020 (2015) kjem det fram at det er mangel på kompetanse blant helsepersonell som arbeider med eldre. Dette kan vera ein følgje av at det er skeiv fordeling i dei ulike kommunane når det gjeld økonomiske moglegheiter, og om det er tilgang på kompetanse. Denne økonomiske ulikskap er nemnt i Stamsø (2009, s. 98), der det vert påpeika at resursfordeling i helsetenesta vert vanskelegare etter kvart som det er fleire oppgåver som vert tillagt kommunehelsetenesta.

På ei anna side er ikkje det å møte personalets behov først, synonymt med at ein ikkje møter brukar sine behov. Gjevjon et al. (2013) hevdar at ved å sikre stabilitet i personalet kan leiar sin prioritering av personalet bidra til god oppfølging av pasientane. Då vil dette truleg sikre betring i både personkontinuitet og informasjonskontinuitet. Eit døme på at leiinga må prioritere sjukepleiarane er ved pleie av pasientar som har helsetilstandar som gjer at det kan opplevast ekstra tungt å besøke dei kontinuerleg over tid (Gjevjon et al. 2013). I slike tilfelle er det truleg behov for at det vert lågare personkontinuitet for å verne om helsa og trivsel til sjukepleiarane. Likevel vil dette i det store biletet sikre betre pleie til pasienten ved at personalkontinuiteten vert oppretthalden då pleiarane ikkje har behov for sjukemelding eller vil skifte arbeidsplass på grunn av dårleg helse eller misstrivsel.

Når det er sagt, kjem det fram i Gjevjon (2015) at den faglege autonomien og fleksibiliteten i omsorgsytninga er truga i stor grad av vedtak, målingar av tid og rasjoneringar av hjelpeomfang, som fører til å standardisera pleie, som igjen truar omsorgsfull hjelp og brukars verdighet. Dette fokuset på effektivitet og rasjonell tidsbruk kjem også fram i Aasgaard et al. (2014). I tillegg

samsvarar det med Martinsen (2012, s. 57) sin påstand om at det er oppstått eit etisk dilemma for den profesjonelle omsorgsgivar der ein må ta eit val mellom å ta vare på pasienten eller å følgje travelheita i føretaket. Her kan ein tydeleg sjå at god koordinasjon i organisering av pleie er viktig for at ein skal sikre kvaliteten som er pålagt helsepersonellet av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Å følgje vedtaka til pasienten fører til at fokuset er på ordlyd og minuttar, og fagleg kvalitet og sjølvstendige vurderingar av pasienten kjem i skuggen av dette (Fermann & Næss, 2014, s. 258). Denne travelheita går ut over brukar og pårørande ved at dei ikkje blir møtt på det organisatoriske plan, noko som samsvarar med funn i Aasgaard et al. (2014). På trass av dette svarar 83% av pasientane og 80% av pårørande at pleiarane har god nok tid (Gjevjon et al., 2016).

Likevel er det mange pleiarar om kjenner på skyldfølelse grunna at dei kjenner dei ikkje fekk tid til å yte den omsorga dei burde (Martinsen, 2012, s. 59). Å bli låst fast i eit mønster der ein handlar etter klokka er eit resultat av standardisering og mange reglar. Martinsen (2012, s. 55) snakkar om at det oppstår ein konflikt mellom etiske fordringar og kulturbestemte normer. Med andre ord er det i mange tilfelle blitt ein kultur for å arbeide etter klokka, og pleiar går inn i eit mønster der travelheit vert ein vane. Dette presiserer Martinsen (2012, s. 57). Det er ein veldig uheldig situasjon å bli ein del av ein slik kultur, og dette er noko fleire lærarar gjennom sjukepleieutdanninga har åtvara mot å verte ein del av. Dette fordrar at pleiar brukar sitt faglege skjønn i sine prioriteringar (Slettebø, 2013, s. 17). For, som Alvsvåg (2010, s. 53) skriv, vil møtet med pasienten og pårørande avsløre om sjukepleiar er engasjert i deira situasjon.

Ein kan ut i frå det som er drøfta her, på mange måtar sei at organisatorisk kontinuitet krev at leiinga har pasientane i fokus, men at leiar i nokre tilfelle må lytte til personalet sine ønsker for å sikre best mogleg kvalitet og kontinuitet i omsorgsarbeidet inn mot brukaren. I tillegg kan ein reflektere over om sjukepleiar let seg styre av kulturen, eller om han/ho klarar å vera tilstade i situasjonen med pasienten på ein slik måte at det kjem fram i kroppsspråket, og ikkje berre korleis dei uttalar seg.

6 AVSLUTTING

Det er vanskeleg å svare konkret og eintydig på kva som er oppskrifta til betre kontinuitet i pasientforløpet for personar med demens som bur heime. Likevel er det tydeleg i litteraturen og forskingsartiklane som er brukt i denne oppgåva, at faktorar knytt til både personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet spelar ei stor rolle. Dette stiller krav til at eg som sjukepleiar har pasienten i sentrum for all pleie, og individuelt tilpassar dei ulike faktorane inn mot den enkelte pasient og familien rundt. For å kunne gjere dette vert det også stilt krav til at sjukepleiar er engasjert i pasienten og pårørande sin situasjon, og at sjukepleiar har kunnskap om kommunikasjon, både i tilnærming til pasienten, men også for å kunne formidla vidare relevant informasjon og dokumentasjon. Sjølv om alle tre faktorane innanfor kontinuitet spelar ei stor rolle for å auke kontinuitet i pasientforløpet, er det likevel grunn til å hevde at personkontinuitet gjerne er den mest «synlege» faktoren for personar som lid av demens. Ved å sikre høg personkontinuitet, eller bruk av primærkontakt i form av team, vil sjukepleiar trygge både pasienten og pårørande, og på den måte opparbeide seg ei tillit som bidreg til utveksling av informasjon mellom partane vert gjensidig. På denne måten vil truleg sjukepleiar også trivast betre og ha godt samvit som yrkesutøvar.

REFERANSELISE

- Aasgaard, H. S., Disch, P. G., Fagerström, L., & Landmarks, B. Th. (2014). Pårørende til aleneboende personer med demens – Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering. *Nordisk sykepleieforskning*, 2(4), 114-128. Henta frå: [https://www.idunn.no/nsf/2014/02/paaroerende-til-aleneboende-personer-med-demens - erfaringer](https://www.idunn.no/nsf/2014/02/paaroerende-til-aleneboende-personer-med-demens--erfaringer)
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen – Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe AS.
- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I B. S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (s. 313 – 335). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt.
- Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I B. N. J. Kristoffersen, F. Nortved, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2 – Grunnleggende behov* (2. utg., s. 15 – 60). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 238 – 264). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Forskningsetikkloven (2006). *Lov om behandling av etikk og redlighet i forskning*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56>

Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1/1 2015. Henta frå <http://www.idunn.no>

Gjevjon, E. R., Romørens, T. I., Bragstad, L. K., & Hellesø, R. (2016). Older Patients' and Next of Kin's Perspectives on Continuity in Long-Term Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 28(3), 142-149. doi:10.1177/1084822315626001

Gjevjon, E. 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, 182-190. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003) Continuity of care: a multidisciplinary review. *British medical journal*, 327(7425), 1219-1221.

Hansson, H. (2016, 20.august). Kontinuitet er kanskje det aller viktigste i eldreomsorgen. Henta frå <http://dagbladet.no>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m. m.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Karlsson, C. E., Bravell, M. E., Ek, K., & Bergh, I. (2015). Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 190-200. doi: 10.1111/opn.12072

Kunnskapssenteret. (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Henta frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartiklar>

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Norsk sykepleieforbund. (2015, 19. august). *Høring – Demensplan 2020 – Høring*. Henta frå: <https://www.nsf.no/nsf-mener/horingsuttalelser>

Pasient- og brukarrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukarrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Personopplysningsloven (2000). *Lov om behandling av personopplysningar*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! – Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schmidt, H. (2011). *Har du tid til det, da? – Om åndelig omsorg i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014) Kognitiv svikt og demens. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408 – 437). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stamsø, M. A. (2009). Organisering og finansiering av velferdstjenester. I B. M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring – Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg., s. 86 – 118). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Østby, B. A. (2014, 13. juni). *17 ulike pleiere på fire uker*. Henta frå <http://www.sykepleien.no>

VEDLEGG 1 – RESULTATTABELL

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
«Pårørende til aleneboende personer med demens»	Beskriva pårørende si erfaring med å gi omsorg til heimebuande personar med demens i samarbeid med heimetenesta etter reorganisering og kompetanseløft av personalet.	Kvalitativ metode der dei nytta fokusgruppeintervju som vart tolka med fenomenologisk hermeneutisk analysemetode Intervjua fant stad eit år etter reorganisering og kompetanseløft av personalet	Seks pårørende til personar med demens – 2 søner, 3 døtrer og ei svigerdotter. Pårørende sin alder var mellom 49-72 år. Pasientane sin alder var mellom 72-93 år. Sjukdomsforlaup mellom 3-8 år.	Familien vert ikkje tilstrekkeleg involvert i samarbeid om den daglege omsorga. Familien erfarer at dei ikkje kjenner personalet og måten heimetenesta er organisert på og opplev mangelfull kommunikasjon. Familien opplev også mangel på ansvar- og rolleavklaring, samt manglande gjensidig informasjonutveksling.
«Older Patients' and Next of Kin's Perspective s om Continuity in Long-Term Home	Å få kjennskap til korleis pasientar og pårørende opplev kontinuitet ved behov for langtids heimesjukepleie	Kvalitativ metode med strukturerte intervju frå januar 2009 til mai 2010. Intervju ansikt til ansikt med pasient og per	Dei som deltok i intervju var 125 eldre pasientar >70 år som har motteke heimesjukepleie dagleg >3 månadar og 92 pårørende.	Pasientane syntes det er viktigare med kunnskapsrike og dyktige helsepersonell som dei har kjennskap til enn antal helsepersonell som kjem til dei. Pårørende hadde lettare for å

Health Care»		telefon med pårørende.		godta eit høgt antal pleiarar om pleiarane var godt informert om pasientens situasjon.
«Home health.care teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study»	Å bli kjend med heimesjukepleie-team sin erfaring med smertelindring hjå pasientar med demens.	Kvalitativ metode der ein nytta individuelle intervju, og bruka ein fenomenologisk hermeneutisk analysemetode	Det var 13 sjukepleiarar og 10 assistentar som deltok i intervju. Dei arbeidde ved 3 forskjellige heimehjelps-team i Sverige.	Det er behov for eit tillitsfullt samarbeid, fleire ulike kartleggingsverktøy, stabilitet i personalgruppa og tid til å kartlegge smerte.
«Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes»	Å utforske kva perspektiv leiarar i heimesjukepleie-tenesta har på kontinuitet i pleie.	Kvalitativ metode med strukturert intervju. Intervjua fann stad mellom 2009 og 2010, der alle intervju var ansikt til ansikt, utan om eit som fann stad per telefon.	Det var 16 sjukepleiarar, fjorten kvinner og to menn, som deltok i undersøkinga, frå 12 ulike kommunar. Dei hadde erfaring som leiar mellom 6 månadar og 28 år. Ni personar hadde vidareutdanning i leiing.	Som leiar møter ein utfordringar knytt til kontinuitet, då det kan vera vanskeleg å tilfredsstille både personell og pasient. Difor er det nokre tilfelle der personkontinuitet må gå framføre personalets ønsker, og motsett.