



Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter

Fragile continuity of care for elderly patients

Maren Kristine Raknes Sogstad

Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning, Institutt for helsevitenskap, NTNU i Gjøvik

maren.sogstad@ntnu.no

Astrid Bergland

Professor, Forskergruppen Aldring, Helse og Velferd, Institutt for fysioterapi, OsloMet

astridb@oslomet.no

Forfatterne av denne artikkelen er gjesteredaktører for dette spesialnummeret. Redaksjonell behandling, ekstern fagfelleevaluering og beslutning om publisering av artikkelen er håndtert av ansvarlig redaktør, og forfatterne har ikke hatt innsikt i vurderingsprosessen.

Sammendrag

Innledning: Sammenheng i helsetjenestene har vært på agendaen lenge og har vært tema for utstrakt forskning, utvikling og forbedringsaktiviteter både før og særlig etter Samhandlingsreformen i 2012. Prosjektet *CrossCare Old* utforsket kvalitet i tverrsektorielle omsorgsoverganger for eldre pasienter fra spesialisert sykehusomsorg til kommunale helse- og omsorgstjenester og mellom ulike tjenestetilbud i kommunen. Basert på en analyse av resultater i publiserte artikler fra studien er målet for denne artikkelen å undersøke og forstå hvordan sammenheng i pasientforløp utspiller seg for eldre pasienter, deres pårørende og helsepersonell i dagens helsetjenester, basert på et tredimensjonalt kontinuitetsbegrep.

Metode: En syntese av resultater fra analyser og artikler produsert i CrossCare Old utgjorde vårt empiriske materiale. Vi analyserte dataene ved hjelp av tematisk innholdsanalyse. Begrepet kontinuitet med tre dimensjoner – relasjonskontinuitet, informasjonskontinuitet og organisasjonskontinuitet – brukte vi som ramme i analysen.

Resultat: Hovedtemaet som fremkom, var «Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter». Sårbarheten knyttes til samspillet mellom personlige behov og preferanser, den sosiale konteksten og tjenestekonteksten. Med hensyn til relasjonskontinuiteten pekes det på at mange personer er involvert, og at helse- og omsorgspersonell har liten tid. Temaet informasjonskontinuitet belyser utilstrekkelig involvering av pårørende og pasienter, mangelfull informasjon, stor vekt på medisinske opplysninger, uklare roller og ansvarsområder samt behov for mer kontakt og muntlig informasjon. Organisasjonskontinuitet omfatter behov for mer uttalt struktur og lederstøtte, for stor arbeidsbelastning og behov for kompetanseutvikling.

Konklusjon: Til tross for langvarig innsats for bedre samhandling for å sikre god sammenheng i tjenestene for eldre fremstår fremdeles sammenhengen i tjenestene som sårbar. Utfordringene som beskrives, synes å være resultater av et presset helsesystem med stor arbeidsbelastning, manglende kompetanse, manglende kapasitet i tjenestene og behov for bedre strukturer og lederstøtte. Slik etterlyser informantene i denne studien en organisering og ledelse og en helsepolitikk som gir rammer for å kunne skape sammenheng i helse- og omsorgstjenestene.

Nøkkelord

Samhandling, sammenheng, kontinuitet, eldre pasienter

Abstract

Introduction: Coordination of health care services has been on the agenda for a long time and has been a topic for extensive research and development both before, and especially after the Collaboration Reform in 2012. The Cross-Care Old project explored quality in cross-sectoral care transitions for elderly patients moving from specialized hospital care to municipal health and care services, and between various services on the municipal level. Based on an analysis of results in published articles from the CrossCare Old study, the aim of this article is to investigate and understand how integrated care processes unfolds for elderly patients, their relatives and health professionals in today's health services, based on a three-dimensional concept of continuity in care.

Method: Based on a synthesis of results in analyses and articles from the CrossCare Old, we performed a thematic content analysis. We used the concept of continuity with three dimensions – relational continuity, information continuity and management continuity – as a framework in the analysis.

Result: The main theme emerging was «Vulnerable coordination in the health and care service for elderly patients». The vulnerability is linked to the interplay between personal needs and preferences, the social context, and the service context. Relating to relational continuity, the high number of people involved, and that health and care personnel seems to be in a rush is highlighted as a challenge. The topic of information continuity highlights insufficient involvement of relatives and patients, lack of information, great emphasis on medical aspects, unclear roles, and areas of responsibility as well as the need for more direct contact. Management continuity includes the need for clear structures and management support, high workload and need for competence development.

Conclusion: Despite long-term efforts for better collaboration to ensure good continuity in the services for the elderly, this continuity still appears vulnerable. The challenges described relates to a pressured health care system, with large workload, lack of competence, lack of capacity. Through their statements, the informants in this study calls for structure and management support, as well as a health care policy that enables continuity of care.

Keywords

Continuity of care, integrated care, elderly patients

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Kontinuitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene har vært mantra i norsk politikk og i helsetjenesten i en årrekke. Til tross for dette belyser forskning at mange eldre pasienter opplever utilstrekkelig kontinuitet i helse -og omsorgstjenesten.

Hva tilfører denne studien?

- Eldre som skrives ut fra sykehus, har behov for å kunne forholde seg til et begrenset antall personer for å oppleve god sammenheng i tjenestene.
- Ansatte ser behov for å ha muntlig kontakt for å ivareta informasjonskontinuiteten.
- Rammebetingelsene som tjenestene har i dag, begrenser muligheten for at eldre pasienter skal oppleve god sammenheng i tjenestene.
- Studien synliggjør spenningen mellom store arbeidsoppgaver, tvetydige mål og utilstrekkelige ressurser.

Innledning

Helsevesenet er et komplekst system som stiller ekstraordinære krav til helsepersonell for å sikre kvaliteten og sikkerheten ved omsorgsoverganger (Aase & Waring, 2020). Helhetlige og sammenhengende tjenester har vært mantra i norsk politikk i en årrekke. Samhandlingsreformen (2008–2009) satt tematikken på dagsordenen for fullt og er videre fulgt opp i nyere politikk som for eksempel kvalitetsreformen *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Her er sammenheng ett av satsingsområdene. Meldingen har som mål å bidra til økt trygghet og forutsigbarhet gjennom pasientforløp og i overganger mellom eget hjem, sykehus og sykehjem. Det henvises til at mange eldre pasienter og deres pårørende opplever at tjenestene er for oppstykket, og at dette er spesielt negativt for dem med størst behov. Utfordringene er blant annet for lite kontinuitet og trygghet i overgangen mellom de ulike tjenestenivåene.

Helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester er også et sentralt tema i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023). Nevnte plan viser til at samvalg, der brukerne medvirker i utforming av tjenesten, og at pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner, er viktig for god kvalitet.

Eldre pasienter kjennetegnes av en høy grad av multisykdom med komplekse behov for helsehjelp og en høyere sannsynlighet for overganger mellom ulike helse- og omsorgstjenestetilbud (Storm et al., 2014). Dette utfordrer helsetjenesten på en særlig måte ved å legge til rette for personsentrerte og integrerte tjenester, som blir ansett å ha stor betydning for denne pasientgruppen (Palmer et al., 2018; Berntsen et al., 2019). At tjenestene er integrerte, innebærer en strukturert innsats for å sikre koordinerte, proaktive, tverrfaglige og personsentrerte tjenester, som er tilpasset pasientens egne preferanser, verdier og behov (Berntsen et al., 2018). Å få dette til i praksis har vist seg å være utfordrende, og eldre pasienter opplever ofte manglende sammenheng i helsetjenesten og mangelfull omsorg ved overgangen fra sykehus til sine hjem (Lawless et al., 2020; Murray et al., 2019). Både mangelfull planlegging, utilstrekkelig informasjon og manglende deltakelse og medvirkning er godt dokumentert og bidrar til opplevelsen av manglende sammenheng i tjenestene (Muth et al., 2019; Sinnott et al., 2013; Berntsen et al., 2019; Gagnon et al., 2019).

Sammenheng i helse- og omsorgstjenestene med kontinuitet som linse

Vi har valgt å bruke begrepet kontinuitet for å undersøke og forstå sammenhengen i pasientforløp for eldre. Kontinuitet i omsorgen ble først formelt beskrevet i 1947 som en planlagt utveksling av informasjon mellom et sykehus og andre deler av helse- og omsorgstjenesten som anså pasienten og hans eller hennes liv som en helhet, og endret på denne måten søkelyset fra sykdommen til pasienten (Hu & Wang, 2020). Kontinuitet i primærhelsetjenesten er beskrevet som et uavbrutt forhold mellom pasient og helsetjenesteleverandør for å forbedre livskvaliteten. Kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten understreker også «fleksibilitet» og «koordinering» av tjenester som «stabilitet» og «kontakt» over tid i forholdet mellom pasienten og helsetjenesteleverandøren (Hu & Wang, 2020). 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, 2015). Valentijn og medarbeidere peker på at «kontinuitet i helsevesenet» refererer til den erfarte sammenhengen av omsorg over tid, og peker på at den personlige opplevelsen er viktig (Valentijn et al., 2013). Konseptet «kontinuitet i omsorg» (*continuity of care*) har endret seg over tid og ser ut til å henge sammen med andre konsepter, for eksempel koordinering og integrering av omsorg (Uijen et al., 2012). Disse konseptene kan overlape hverandre, og forskjellene mellom dem forblir ofte uklare (Uijen et al., 2012).

Kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten er et teoretisk begrep som i henhold til Haggerty et al. (2003) deles opp i tre dimensjoner. Begrepet er også tidligere anvendt og diskutert i en norsk kontekst (Gjevjon, 2015).

- Relasjonskontinuitet, et forhold mellom pasient og tjenesteyter(e) over tid
- Informasjonskontinuitet, tilgjengelighet og bruk av data fra tidligere hendelser i nåværende pasientmøter for å sikre at tjenesten som ytes, er tilpasset individet (dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling)
- Organisasjonskontinuitet, planlegging og koordinering av tjenester, ressursplanlegging og -styring og en sammenhengende tilnærming til ledelse av tjenester, tilpasset pasientens endrede behov

Hver av disse dimensjonene bidrar til å oppdage og forstå ulike aspekter i observert og/eller beskrevet praksis. En slik helhetlig forståelse er viktig i arbeidet med å forbedre sammenheng i tjenestene.

Forskning viser at kontinuitet i helsetjenesten er viktig for god kvalitet og kan være assosiert med bedring i pasientens funksjonsnivå og psykososialt velvære (Gjevjon, 2015; van Walraven et al., 2010; Haggerty et al., 2003). Videre har kontinuitet i omsorg vist seg å føre til reduserte helsekostnader (Barker et al., 2017; Bazemore et al., 2018) og lavere dødelighet (Hansen et al., 2018). Pasientopplevd kvalitet i helse- og omsorgstjenesten øker ved god kontinuitet, og pasienter uttrykker at kontinuitet i helsetjenestene fører til økt følelser av trygghet og selvtillit (Haggerty et al., 2013) samt økt tilfredshet hos pasientene (Van Walraven et al., 2010). Kontinuitet er også viktig for å redusere misforståelser, duplisering av arbeid, manglende informasjon, pasientmisnøye og redusere unødvendig bruk av helsetjenester (Mansukhani et al., 2015).

Mangel på kontinuitet i tjenestene er dessverre vanlig og har vist seg å være både kostbart og potensielt skadelig (Kripalani et al., 2007; Vos et al., 2011). Det resulterer ofte i innleggelse eller reinnleggelse på sykehus (Coffey et al., 2019; Barker et al., 2017; Bazemore et al., 2018), mens kontinuitet har vist seg å kunne redusere reinnleggelser for eldre pasienter (Puntis et al., 2016; Schultz et al., 2005). Eldre og skrøpelige pasienter ser ut til å være spesielt utsatt for uønskede hendelser relatert til utskriving og overganger i helsetjenesten siden de har hyppige omsorgsoverganger og systemene ikke er tilpasset deres behov (Allen et al., 2017).

Siden det er vanskelig å skape kontinuitet i tjenestene, er det behov for et vedvarende arbeid for å forbedre kontinuiteten. Mye av innsatsen har vært rettet mot å redusere sykehusinnleggelser (Pacho et al., 2017) og redusere uønskede pasienthendelser (Kripalani et al., 2014).

Tidligere forskning på pasientforløp og overganger i helse- og omsorgstjenesten har fokusert på å redusere liggetiden på sykehusopphold og bedre kostnadseffektiviteten og kommunikasjonen mellom helsepersonell. Det har i liten grad handlet om å forbedre de personsentrerte aspektene ved overgangene i helse- og omsorgstjenestene for eldre mennesker (Allen et al., 2017; Allen et al., 2014; Le Berre et al., 2017; Rochester-Eyeguokan et al., 2016). Involvering av pasienten og pårørende og deres unike perspektiv på kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene har potensial til å spille en viktig rolle i å skape og opprettholde kvalitet og sikkerhet i overganger (Lawless et al., 2020; Shahsavari et al., 2019; Dyrstad et al., 2015; Aase & Waring, 2020; Allen et al., 2017; Hansen et al., 2018; Scott, 2017). Forskere etterlyser forskning som setter søkelys på kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene for personer som er eldre, kritisk syke eller lider av kroniske sykdommer, for å kunne bidra til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (Gjengedal et al., 2019; Klinga et al., 2020; Czypionka et al., 2020; Stoop et al., 2020; Phelan et al., 2021).

Hensikt

Prosjektet «A cross sectoral approach to high quality health care transitions for older people» (*CrossCare Old*) er et tverrfaglig prosjekt som er finansiert av Norges forskningsråd, og som blir avsluttet i 2021. Hovedmålet i prosjektet var å utvikle ny forskningsbasert kunnskap om tverrsektorielle omsorgsoverganger for eldre pasienter fra spesialisert sykehusomsorg til kommunale helse- og omsorgstjenester og mellom ulike tjenestetilbud i kommunen. Prosjektet var organisert i tre arbeidspakker.

I denne publikasjonen ønsker vi å bidra med forskningsbasert kunnskap om hvordan sammenheng i omsorg rapporteres, oppfattes og oppleves av eldre pasienter, pårørende og ulike grupper helsepersonell. Det overordnede målet er å oppmuntre til refleksiv diskusjon

om ulike forståelser og erfaringer inkludert sentrale spenninger og dilemmaer og hva disse kan innebære med hensyn til hvordan kontinuitet for eldre mennesker kan konkretiseres. Ved å bidra til slike refleksjoner kan kunnskapen som produseres, være et nyttig bidrag til fremtidige prosesser og prosjekter som involverer kvalitetsforbedring og praksisendring i feltet.

Basert på en analyse av resultater i publiserte artikler fra CrossCare Old-prosjektet er målet for denne artikkelen å undersøke og forstå hvordan sammenheng i pasientforløp utspiller seg for eldre pasienter, deres pårørende og helsepersonell i dagens helsetjenester basert på et tredimensjonalt kontinuitetsbegrep (Haggerty et al., 2003). Resultatene vil kunne bidra til politikkutforming og bedre situasjonen for ulike brukergrupper som pasienter, pårørende og helse- og omsorgspersonell.

Metode

Design

CrossCare Old-prosjektet anvendte både kvalitative og kvantitative tilnærminger for å studere samhandling når eldre pasienter beveger seg mellom ulike helsetjenestetilbud. Studien var delt i tre arbeidspakker, se tabell 1, som henviser til de ulike artiklene som er produsert i arbeidspakkene, inkludert hensikt, design og materiale.

Tabell 1 Oversikt over publikasjoner i CrossCare Old-studien

Forfatter	Hensikt	Design og materiale
Arbeidspakke 1	Kvalitet i individuelle pasientforløp	
Hestevik, Molin, Debesay, Bergland & Bye, 2019	Å utforske hvordan helsepersonell opplever å tilby individualisert ernæringsomsorg innen akutt geriatrisk sykehus- og hjemmetjeneste	Kvalitative intervjuer, 23 helsepersonell fra sykehus, akutt geriatrisk omsorg og hjemmetjeneste
Hestevik, Molin, Debesay, Bergland & Bye, 2020a	Å utforske synspunktene til helsepersonell på hvordan de oppfatter at eldre personer og pårørende deltar i avgjørelser om egen ernæringsomsorg og mulige barrierer for den deltakelsen	Kvalitative intervjuer, 23 helsepersonell fra sykehus, akutt geriatrisk omsorg og hjemmetjeneste
Hestevik, Molin, Debesay, Bergland & Bye 2020b	Å produsere kunnskap som kan informere politikk og klinisk praksis om hvordan omsorgen for eldre personer som er underernærte eller har risiko for underernæring, kan optimaliseres	Kvalitative intervjuer med 15 eldre pasienter med dokumentert risiko for underernæring eller underernæring og ni pårørende
Kvæl, Debesay, Bye, Langås & Bergland, 2019a	Å utforske hvordan helsepersonell opplever pasientdeltakelse under kommunalt korttidsrehabiliteringsopphold og belyse hvordan de utfører sitt kliniske arbeid med hensyn til å balansere pasientens behov, tilgjengelige ressurser og organisatoriske begrensninger	Kvalitative intervjuer med 18 helsepersonell fra tre institusjoner for kommunal korttidsrehabilitering i overgangen mellom sykehus og hjem
Kvæl, Debesay, Bye & Bergland, 2020	Å utforske forhandlingene om pasientdeltakelse som ble observert i samspillet mellom pasienter, pårørende og ansatte i 14 familiemøter	Observasjon av 14 familiemøter innen kommunal korttidsrehabilitering, 14 pasienter, ni pårørende og teamet bestående av sykepleier eller sykepleieassistent, fysioterapeut, ergoterapeut og distriktkoordinator

Forfatter	Hensikt	Design og materiale
Kvæl, Debesay, Bye, Langås & Bergland, 2019b	Å utforske geriatriske pasienters og deres pårørendes erfaringer og preferanser når det gjelder pasientdeltakelse i kommunal korttidsrehabilitering og identifisere typer pasientdeltakelse og deres potensielle styrkende eller inaktiviserende effekt	Kvalitative intervjuer med 15 pasienter og tolv pårørende
Lilleheie, Debesay, Bye & Bergland, 2020a	Å utforske erfaringene til eldre pasienter over 80 år med kvaliteten på helsetjenestene på sykehus og de første 30 dagene etter sykehusutskrivning	Kvalitative intervjuer med 18 pasienter (i alderen 82 til 100 år) to ganger etter utskrivelse fra sykehus
Lilleheie, Debesay, Bye & Bergland, 2020b	Å utforske eldre pasienters pårørendes syn på helsetjenestekvalitet på sykehuset og de første 30 dagene etter sykehusutskrivning	Kvalitative intervjuer med tolv pårørende
Lilleheie, Debesay, Bye & Bergland, 2021	Å utforske erfaringer til eldre pasienter og deres pårørende med hensyn til å være mottakere av helsetjeneste de første 30 dagene etter pasientenes utskrivning fra sykehus	Kvalitative intervjuer med 18 pasienter (i alderen 82 til 100 år) og tolv pårørende
Olsen, Debesay, Bergland, Bye & Langaas, 2020	Å utforske helsepersonells oppfatninger og erfaringer angående spørsmål som «Hva er viktig for deg?» for å forbedre overføring av omsorg for eldre, kronisk syke personer	Kvalitative intervjuer med 20 helsepersonell som deltok i et norsk kvalitetsforbedrings samarbeidprosjekt, tre viktige nøkkelpersoner og observasjoner av 22 møter i regi av prosjektet
Olsen, Bergland, Debesay, Bye & Langaas, 2021a	Å utforske helsepersonells oppfatninger og erfaringer om «Hva er viktig for deg?» for å oppnå mer personsentrerte pasientforløp for eldre mennesker	Kvalitative intervjuer med 20 helsepersonell som deltok i et norsk kvalitetsforbedrings samarbeid og observasjon av 22 møter i regi av prosjektet
Olsen, Bergland, Bye, Debesay & Langaas, 2021b	Å utforske helsepersonellens erfaringer og forståelse av å implementere tjenesteforløp for å forbedre overføring av omsorg for eldre mennesker	Kvalitative intervjuer med 20 helsepersonell og tre nøkkelpersoner samt observasjoner av 22 møter i regi av prosjektet
Arbeidspakke 2	Tjeneste – vertikal samhandling	
Gautun, Hellesø, Øien & Veenstra, 2021	Å studere sammenhengen mellom sykepleieres informasjonspraksis og kvalitet på utskrivning av eldre pasienter	Spørreskjema til sykepleiere i sykehus som er involvert i utskrivning av eldre (n=1785)
Veenstra & Gautun, 2020	Å studere sykepleieres vurdering av bemanning i tjenestene for eldre som skrives ut fra sykehus	Spørreskjema til sykepleiere som jobber med eldre i sykehjem, omsorgsbolig og hjemmetjenesten (n=3461)
Gautun & Bratt, 2017	Å undersøke om omsorg for eldre foreldre påvirker yrkesdeltakelse	Spørreskjema til norske arbeidstakere (n=529)
Hellesø & Gautun, 2018	Å studere hvordan e-melding fungerer i samhandling ved utskrivning av eldre pasienter	Spørreskjema til sykepleiere i sykehus (n=2431)
Gautun, Bratt & Billings, 2020	Å utforske sykepleiers perspektiver på utskrivning av eldre pasienter fra sykehus	Spørreskjema til sykepleiere i sykehus (n=2421) og kommunehelsetjeneste (n=4312)
Gautun & Bratt, 2018	Å undersøke hyppighet av sykepleieres ønske om å forlate eldreomsorgen	Spørreskjema til sykepleiere (n=4945)
Gautun & Syse, 2017	Å undersøke om sykepleiere i kommunehelsetjenesten føler seg i stand til å gi tilstrekkelige tjenester til pasienter som skrives ut fra sykehus	Spørreskjema til sykepleiere (n= 1938)

Forfatter	Hensikt	Design og materiale
Arbeidspakke 3	Tjeneste – horisontal samhandling	
Hellesø & Sogstad, 2019	Å utforske sykepleieres dokumentasjonspraksis	Individuelle intervjuer med 14 sykepleiere i sykehus og observasjon i ti sykehjemsavdelinger
Sogstad & Skinner, 2020	Å utforske samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike tilbud i kommunen	Observasjon og etnografiske samtaler i seks korttidsenheter i sykehjem samt intervju med syv ansatte i hjemmetjenesten som var involvert i mottak av nye brukere
Veenstra, Skinner & Sogstad, 2020	Å studere variasjon i sykepleieres vurdering av informasjonskontinuitet	Spørreskjema til sykepleiere ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester som mottar eldre brukere (n= 5527)
Skinner, Veenstra & Sogstad, 2021	Å studere variasjon i sykepleieres vurdering av samhandling	Spørreskjema til sykepleiere ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester som mottar eldre brukere (n= 5527)
Rostad, Skinner, Wenzel-Larsen & Sogstad, 2021	Å studere elders pasientforløp i de kommunale helse- og omsorgstjenester	Kvantitativ studie av IPLUS-data

Til sammen gir de tre arbeidspakkene et godt grunnlag for å studere kontinuitet i tjenestene, både fra et individ- og et systemperspektiv.

For informasjon om informanter, forskningsarena, anvendte datainnsamlingsmetoder, analysemetoder og etikk henvises leseren til publikasjonene nevnt i tilknytning til arbeidspakkene.

Data og analyse

På bakgrunn av analyser og publikasjoner utarbeidet hver av arbeidspakkene i prosjektet en oppsummering av sine resultater. Oppsummeringen representerte utdrag av resultater fra artiklene omtalt i tabell 1 og tok utgangspunkt i rammeverket for personsentrerte og integrerte tjenester («Person-centred Practice Framework») av McCormack og McCane (2017). Dette rammeverket beskriver utforming av koordinerte tjenester som på en helhetlig måte møter pasienten, og setter denne i stand til å medvirke i sitt tjenesteforløp. Ivaretagelse av sammenheng er innebygget i et personsentrert og integrert perspektiv, og vi vurderte oppsummeringen som et godt utgangspunkt for å studere sammenheng i tjenestene for eldre pasienter. De oppsummerte resultatene utgjorde til sammen et dokument på 40 sider. Dette dokumentet danner utgangspunkt for analysen til denne artikkelen.

I fellesskap utarbeidet forfatterne en ramme for en tematisk innholdsanalyse (tabell 2), basert på det teoretiske begrepet kontinuitet (Haggerty et al., 2003).

Tabell 2 Ramme for tematisk analyse

Dimensjon av kontinuitet	Omhandler
Relasjonell kontinuitet	Forholdet mellom tjenesteytere og pasient og de ulike aktørenes opplevelse av dette forholdet. Dette inkluderer også informasjon om hvordan dette forholdet og rammene for forholdet virker inn på kontinuitet i tjenestene
Informasjonskontinuitet	Informasjonshåndtering, alt fra dokumentasjon til kommunikasjonskomponenten ved overføring av pasientinformasjon. Det inkluderer også opplevelser av tilgjengelig informasjon for de ulike aktørene, systemene og rutinene for informasjonshåndtering og hvordan dette påvirker kontinuiteten i tjenestene
Organisasjonskontinuitet	Organisering av arbeidet, inkludert rammefaktorer som ressurser og systemer, for å ivareta konsistent og fleksibel omsorg for den enkelte pasient. Også hvordan de ulike komponentene påvirker kontinuitet i helsetjenestene

Basert på oppsummeringen av resultatene i de tre arbeidspakkene utførte vi en tematisk innholdsanalyse (Braun & Clark, 2006). Først ble dokumentet kodet i de tre kategoriene relasjonell kontinuitet, informasjonskontinuitet og organisasjonskontinuitet. Begge forfatterne kodet dokumentet før vi i fellesskap diskuterte kodingen og kom frem til en felles forståelse. Basert på de primære kodene knyttet til de tre kategoriene ble innholdsanalyse videre utført for å identifisere meningsenheter innenfor de tre kategoriene. Meningsenhetene ble videre kondensert til undertemaer, som vi samlet til et hovedtema: «Sårbar kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene til eldre pasienter». Hovedtemaet og tilhørende undertemaer danner utgangspunkt for den videre presentasjonen av resultatene (tabell 3).

Tabell 3 Analysetabell

Kategori	Undertema	Hovedtema
Relasjonskontinuitet	Mange personer	Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenestene til eldre pasienter
	Liten tid	
Informasjonskontinuitet	Pasient og pårørende ikke tilstrekkelig inkludert	
	Mangler informasjon, medisinsk perspektiv	
	Uavklarte roller og ansvar	
	Behov for kontakt og muntlig informasjon	
Organisasjonskontinuitet	Behov for struktur og lederstøtte	
	Arbeidsbelastning	
	Kompetanse	

Funn

Basert på funn fra de tre arbeidspakkene i CrossCare Old fremtrer kontinuitet som det å kunne knytte koblinger mellom fortid, nåtid og fremtid. Et hovedfunn er at sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter er sårbar, og både pasienter, pårørende og ansatte uttrykker denne sårbarheten på ulike måter. Den sårbare sammenheng i tjenestene knyttes til samspillet mellom personlige behov og preferanser, den sosiale konteksten og tjenestekonteksten. Overordnet fremkommer det hvordan de strukturelle rammene på den ene siden muliggjør, men også begrenser kontinuitet og sammenheng i pasientforløp. Infor-

mantene peker på at helsetjenestenes søkelys på pasientenes sykdom går på bekostning av en mer holistisk basert helse- og omsorgstjeneste, der brukerens preferanser og behov imøtekommes. Funnene får frem betydningen av profesjonell fleksibilitet som tillater å bryte forhåndsdefinerte rammer og imøtekomme endringer i pasienters behov, der pasienter og pårørende får større mulighet til å bidra til å skape god sammenheng i tjenestene, altså kvalitet i relasjons-, informasjons- og organisasjonskontinuitet. For å lykkes bedre med å skape sammenheng etterlyser informantene i prosjektet utveksling av forståelig og brukervennlig informasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende. Sammenheng i tjenestene er slik knyttet til i hvilken grad helsetjenestene investerer tid og ressurser i å utvikle en ledelses- og omsorgskultur samt strukturer som legger til rette for en personsentrert sammenheng i praksis.

Relasjonskontinuitet og sammenheng

Innenfor kategorien relasjonskontinuitet er det første undertemaet «mange folk». Det er særlig pasientene selv og deres pårørende som fremmer dette temaet. De gir uttrykk for at det er mange folk innom, og at dette utfordrer opplevelsen av kontinuitet og sammenheng. Når eldre pasienter skrives ut fra sykehus, er det mye de må forholde seg til. Dette kan dreie seg om mestring av eget hverdagsliv inkludert sosial deltakelse etter utskrivning, endret funksjonsnivå, endret medisiner, endret opplevelse av trygghet og endring i tjenester. Pasientene gir tydelig uttrykk for at det å forholde seg til strømmen av stadig nye mennesker i denne komplekse situasjonen er utfordrende. Når hjelperne blir mange, blir det utfordrende å bygge en relasjon. Manglende relasjon utfordret kommunikasjon mellom den eldre og tjenestene. Videre gir pårørende uttrykk for at de påtar seg eller blir pålagt et stort arbeid med å koordinere og holde oversikt for sine eldre. Å stadig skulle forholde seg til nye personer gjør også denne oppgaven mer utfordrende.

Informantene peker på at det tar tid å bygge en relasjon. Det at ansatte har «liten tid», fremkommer også som et viktig undertema. Dette blir særlig relevant når idealet er å levere integrerte og personsentrerte tjenester. Nå besøkene blir så korte at den eldre aldri rekke å bygge en relasjon med personene som kommer innom, gir dette lite rom for å se den eldre pasienten i et helhetlig perspektiv og bruke faglig skjønn. Informantene beskriver at de korte besøkene bidrar til at de eldre pasientene kan føle seg behandlet med lite respekt, både gjennom verbal kommunikasjon og ansattes oppførsel. De korte besøkene gir også en dårlig ramme for brukermedvirkning, som for noen resulterer i frustrasjon og motstand mot hjelpen de mottar. Eldre gir også uttrykk for at de kan føle seg som en pakke i et forutbestemt forløp heller enn en involvert partner i utforming av sitt eget tjenestetilbud. Pårørende stiller også spørsmål ved kvaliteten på tjenestene som ytes i disse korte besøkene. De ansatte opplever mye byråkrati, mye rapportering, mange skjemaer og mindre rom for klinisk skjønn og det å se hele mennesket de har til behandling.

Ansatte uttrykker også at de opplever det som viktig å bygge en relasjon til pasientene for å kunne yte tjenester med god kvalitet. Samtidig viser materialet at de ansatte kan ha ulik tilnærming i sin tjenesteutøvelse, der noen synes å være oppgaveorientert, mens andre synes å være mer relasjonsorientert. Det at ansatte også må forholde seg til et stort antall pasienter, gjør det utfordrende å forholde seg til enkeltmennesket og spille på de mer relasjonelle sidene av det å yte tjenester og omsorg. På denne måten går manglende tid og mange oppgaver på bekostning av kvaliteten i tjenestene. Ansatte som har jobbet med implementering av «Hva er viktig for deg?»-samtaler, uttrykker at de opplever dette som et tiltak for å fremme pasientens stemme, og at det gir en mulighet for å være mer åpen for å forstå pasientenes perspektiv. Det å arbeide med helhetlige pasientforløp ga ansatte økt innsikt gjennom at de

innså at de ofte bare hadde et øyeblikksbilde av pasientene, og da lett kunne misforstå pasientenes ønsker og behov. De ansatte anså at relasjonen til pasientene ikke bare er viktig for å vurdere pasienten «her og nå», men for å kunne innlemme erfaringene fra tidligere levd liv i oppfølging og tilrettelegging for å realisere hva som var viktig for dem.

Informasjonskontinuitet og sammenheng

Når mange personer og tjenester er involvert i oppfølging av den enkelte pasient, blir nøyaktig, relevant, helhetlig og tilgjengelig informasjon viktig i oppfølgingen. Resultatene fra vår studie viser at det er utfordringer med å opprettholde god informasjonskontinuitet med hensyn til informasjonsdeling mellom pasienter og helsepersonell på ulike nivåer gjennom pasientforløpene. For det første fremkommer det at pasienter (og pårørende) ikke er tilstrekkelig inkludert i informasjonsflyten om sin egen tilstand og sine egne tjenester. Pasientene gir uttrykk for at de ikke har tilstrekkelig informasjon om sin egen tilstand, hvordan de kan bidra til å realisere hva som er viktig for dem, og videre oppfølging etter utskrivning fra sykehuset med hensyn til å få en mer aktiv hverdag. De uttrykker også at de er usikre på hvem de skal kontakte hvis de har spørsmål, eller hvis det skulle oppstå komplikasjoner etter et sykehusopphold. Pårørende støtter denne opplevelsen og etterlyser også i større grad å bli involvert og informert når deres eldre skrives ut fra sykehus.

Dataene viser også at sykepleiere i sykehus erfarer at informasjonen til eldre pasienter kan bli bedre ved utskrivning, der bare 60 % av sykepleierne gir uttrykk for at pasienten er godt informert om hvilke tjenester den vil motta i kommunen når den skrives ut fra sykehuset.

Samhandling og informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har vært på dagsordenen lenge, og det er blant annet innført elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger for å lette informasjonsflyten mellom de to nivåene. Likevel viser våre funn at det fremdeles er utfordrende å få dette til. Generelt gir sykepleiere i sykehus uttrykk for at pleie- og omsorgsmeldingene fungerer godt i informasjonsutveksling, men at det er behov for mer direkte kontakt mellom sykepleierne på de to nivåene for å supplere, avklare og nyansere informasjonen i de elektroniske meldingene. Sykepleiere i kommunene er mindre fornøyd med informasjonsutvekslingen mellom de to nivåene og gir uttrykk for at de bruker mye tid på å innhente informasjon fra sykehus, fastlege, legevakt og andre tjenester. Når det gjelder informasjonsutvekslingen mellom ulike aktører internt i kommunen, er de mer fornøyd, men også her peker informantene på betydningen av muntlig informasjonsutveksling for å utfylle informasjon og avklare misforståelser.

Når det gjelder innholdet i informasjonen som utveksles, viser studien at skriftlig dokumentasjon i hovedsak er basert på et medisinfaglig innhold. Informasjon om medisiner og medisinske tilstander er det som er oftest tilgjengelig i dokumentasjonen. Dette er i motsetning til informasjon om psykososiale behov, som pasienter og pårørende kun i sjeldne tilfeller opplevde som tilgjengelig og ivaretatt i oppfølgingen etter sykehusutskrivelse. Dette viser at dokumentasjonen i liten grad omhandler pasientenes helhetlige behov for helse- og omsorgstjenester. Studien viser også at informasjonskontinuiteten (målt som grad av tilgjengelig informasjon) var viktig for opplevelsen av samhandling, og vice versa, der god informasjon ga god samhandling og omvendt der informasjonen var dårlig eller mangelfull opplevdes også samhandlingen som dårligere.

Organisasjonskontinuitet og sammenheng

Datamaterialet viser at helse- og omsorgstjenesten har etablert en rekke strukturer for å ivareta organisasjonskontinuitet. Disse strukturene finnes på ulike nivåer fra overordnede samarbeidsavtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste ned til ulike formaliserte

møtepunkt for utveksling av informasjon i den utøvende enheten. Dette kan for eksempel være et fast vurderings- eller tverrfaglig møte eller rapporten som foregår ved vaktskift. I vår studie gir de ansatte uttrykk for hvor viktige disse faste strukturene er for å få samhandlingen til å fungere godt. Også etablerte rutiner og tverrfaglig støtte er viktig. Hvis nødvendige strukturer ikke er etablert eller ikke fungerer slik de ansatte ønsker, gir informantene i prosjektet uttrykk for manglende organisatorisk støtte i sitt arbeid for å ivareta kontinuitet rundt eldre pasienter. Organisasjonskontinuitet knyttes til aspekter ved koordinering av tjenester og tiltak som krever involvering av flere tjenesteytere og tiltaksplaner i behandling og oppfølging av behandling. Informantene uttrykker at organisasjonskontinuitet må muliggjøre fleksibilitet i pasientomsorgen og er knyttet til tilpasning av pasientomsorg når pasientenes behov endres, for eksempel ved å muliggjøre relevante rehabiliteringstilbud.

Informantene peker på at sektoren lider av for dårlig grunnbemanning og kapasitet. For stor arbeidsbelastning og for sterk prioritering av «kost-nytte-perspektiv» er elementer som har stor betydning for hvorvidt det er mulig å ivareta en god organisasjonskontinuitet. Pasientene selv og deres pårørende peker på hvor travelt de ansatte har det, og at de derfor helst ikke vil bry dem unødig. De uttrykker en aksept for at de ansatte yter tjenester i en balanse mellom pasientens behov, tilgjengelige ressurser og organisatoriske rammer. De ansatte selv gir uttrykk for at arbeidsbelastningen er høy, der om lag halvparten av sykepleierne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever utilstrekkelig bemanning, og at dette utfordrer kontinuitet og kvalitet i tjenestene. Ansatte i hjemmetjenestene gir også uttrykk for hvordan de prioriterer i sin daglige praksis ved å «ta tid» fra noen pasienter for å hjelpe de med mer akutte behov. I tillegg til at arbeidsmengden er høy, peker de på behovet for tilstrekkelig og rett kompetanse. Særlig sykepleiere i sykehjem mener at det er for mange ufaglærte og for få sykepleiere på deres arbeidsplass.

Diskusjon

Hensikten med denne artikkelen var å belyse hvordan sammenheng i pasientforløp fremstår for eldre pasienter, deres pårørende og helsepersonell i dagens helsetjenester. Alt i alt viser våre funn at sammenhengen i pasientforløpene for eldre er sårbar, og at denne sårbarheten påvirker opplevd kvaliteten i tjenestene som leveres. Våre funn er dermed i tråd med forskning som viser at kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene er allment antatt å være avgjørende for at pasientbehandling skal ha høy kvalitet (van Walraven et al., 2004; Gjevjon et al., 2013; van Walraven et al., 2010; Haggerty et al., 2003; Mansukhani, 2015; Puntis et al., 2016; Pacho et al., 2017). Heaton og medarbeidere peker på at oppnåelsen av kontinuitet fra pasienters perspektiv i stor grad avhenger av at tjenester bidrar til fremgang på dimensjonene som er viktig for dem (Heaton et al., 2012). Kontinuitet er en kompleks og dynamisk prosess for samproduksjon som involverer pasienter, omsorgspersoner, familier og fagpersoner. Jo mer engasjerte pasienter og medlemmer av deres uformelle omsorgsnettverk er, jo bedre er deres opplevelse av kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten (Heaton et al., 2012). Det er ønskelig at kontinuiteten er basert på relevant relasjonell kontinuitet forstått som at pasientene erfarer et pågående godt gjensidig forhold til en eller flere i helsetjenesten (Vargas et al., 2017).

Parker og medarbeidere belyser i en kunnskapsoppsummering hva som er kontinuitet i omsorg, og hva som påvirker den (Parker et al., 2011). I likhet med Parker et al. (2011) viser våre funn at tjenestebrukere og omsorgspersoner verdsetter gode forhold til fagpersoner basert på tillit, ansattes væremåte, kommunikasjonsevner og tilgjengelig tid. Gjensidig tillit og respekt er kritisk for å oppnå god relasjonell kvalitet i helse- og omsorgsarbeid (Farrelly

& Lester, 2014). I tråd med Freeman et al. (2007) fremgår det av våre funn at det er viktig å se pasientene som parter i sin egen omsorg, der helsearbeiderne legger vekt på å jobbe sammen med pasienter i stedet for å levere en ferdig utformet tjeneste til dem. Samtidig indikerer våre funn, slik Freeman et al. (2007) peker på, at grupper av pasienter kan være mer sårbare og trenger ekstra profesjonell hjelp for å oppnå bedre kontinuitet på veien til bedre helse.

Funn fra denne studien viser at eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, opplever det som utfordrende å forholde seg til mange ulike personer i sitt tjenestetilbud. Selv om det er et ønske om å legge til rette for relasjonell kontinuitet, har det vist seg å være utfordrende både på grunn av hjemmetjenestens natur med mange ansatte, stor forekomst av deltid og tjenester som leveres døgnet rundt syv dager i uken. Samtidig beskriver også ledere i tjenesten et paradoks mellom det å ta vare på pasientene og det å ta vare på de ansatte. I denne skvisen beskriver ledere hvordan de prioriterer kontinuitet for pasienter som de mener har særlig behov for det (Gjevjon et al., 2013). I en studie av eldre pasienter som mottok hjemmetjenester over tid, uttalte de eldre selv at det ikke var så viktig hvor mange ulike personer de møtte, bare de ansatte som kom, hadde god informasjon om pasienten, og at kvaliteten i tjenestene som ble levert, var høy (Gjevjon et al., 2016). Dette peker også på at behovet for kontinuitet kan variere gjennom et pasientforløp. Resultatene fra vår studie viser at eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, har behov for et begrenset antall personer å forholde seg til for å oppleve kontinuitet og spesielt i en overgangsfase for å få oversikt over sin egen situasjon, tjenestene de mottar og for å etablere en ny livssituasjon. Dette er i tråd med Gjevjon (2015), som argumenterer for at ikke alle pasienter har like stort behov for personkontinuitet. Hun peker samtidig på at en fleksibel personkontinuitet fordrer stabil informasjonskontinuitet, og at systematisk og strukturert dokumentasjon er avgjørende for å sikre kontinuitet uavhengig av grad av personkontinuitet (Gjevjon, 2015).

Våre funn er også i tråd med Vargas et al. (2017), som stadfester at kontinuitet i helse-tjenesten handler om å sikre pasientene rett tilgang til tjenester over tid, informasjonsflyt mellom de ulike leverandørene av helse- og omsorgstjenester samt god koordinering mellom dem for å opprettholde sammenheng i omsorgen. Våre funn synes videre å bekrefte Vargas og medarbeideres (2017) beskrivelse av kontinuitet i helsevesenet som pasientens opplevelse av omsorg over tid har karakter av å være basert på hans eller hennes helsebehov og personlige forhold. I vår studie ser vi at det er mangler ved oppfølging av pasientenes skiftende behov og hvordan informasjon om tidligere hendelser og personlige forhold deles og brukes av de forskjellige helseleverandørene. Tjenestebrukere og omsorgspersoner satte stor pris på informasjon som bidro til å forstå pasientens tilstand og behandling, samt god koordinering mellom fagpersoner og tjenester (Parker et al., 2011). Kunnskapsoppsummeringen til Parker et al. (2011) fremhevet at tjenestebrukere, omsorgspersoner og fagpersoner dynamisk konstruerer kontinuitet mellom seg. I våre funn fremstår arbeidsbelastning, liten tid og mangel på kompetanse som begrensende faktorer for denne samkonstruksjonen av kontinuitet. Resultatene våre viser hvordan rammen for tjenesten begrenser muligheten for at eldre pasienter skal oppleve god sammenheng. Å sikre kontinuitet fremkommer som et omfattende arbeid. For å sikre en relasjonell komponent i tjenestene, samt å legge til rette for brukermedvirkning, må ansatte ha tid til dialog og å stille spørsmål og ha tid og mulighet til å ta hensyn til informasjonen og innspillene de får. Videre må ansatte ha tilstrekkelig kompetanse og tid til å dokumentere og dele helhetlig informasjon om pasienten. For å støtte dette arbeidet må det være strukturer, rutiner og møtepunkter for deling av informasjon, og hele dette systemet må ivaretas og «smøres» av ledere, som må sikre akseptabel arbeidsbelastning og tilstrekkelig kompetanse blant sine medarbeidere og et forsvarlig og tilpasset tilbud til pasientene. Hardy og medarbeidere peker på at manglende kontinuitet i utveksling av infor-

masjon kan knyttes til kommunikasjon mellom viktige partnerne i overgangsplanlegging (Hardy et al., 2005). I tråd med våre funn peker Hardy et al. (2005) på ulike typer kommunikasjonsproblemer som feil, forsinkelser, hull (informasjonen forblir hos helsearbeiderne) og uklarhet i kommunikasjonen. Slike problemer blir mer fremtredende i et presset system. Fra et slikt ståsted kan helsepersonells ønske om muntlig kontakt sees som et behov for å bøte på et presset system som lett kan føre til feil og mangler. Systemet fremstår da som sårbart ved at man ikke har tilstrekkelige strukturer for å sikre god sammenheng, men stadig må bruke pressede ressurser på «brannslukking».

Alt dette arbeidet som skal til for å sikre god sammenheng, kan ofte fremstå som usynlig og dermed ikke bli anerkjent og hensyntatt i tilstrekkelig grad når helse- og omsorgstjenester planlegges og organiseres. Dette er godt beskrevet av Davina Allen, som studerte sykepleiere i arbeid og dokumenterte hvor mye av arbeidet som var knyttet til koordinering og organisering av pasientflyten. I en diskurs der det er pasientnær tid som telles, benevner Allen dette som usynlig arbeid (Allen, 2015). Endringer i tjenestene med økt desentralisering og ansvarsforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene har ført til at sykepleiere, særlig i hjemmetjenestene, har fått et økt ansvar for å koordinere tjenestene til pasienter som bor i sitt eget hjem, og de utgjør dermed en viktig brikke for sammenheng i helse- og omsorgstjenestene (Melby et al., 2018). Økt synlighet av dette koordineringsarbeidet vil være et viktig steg for å sikre bedre sammenheng i tjenestene til eldre pasienter. Våre funn viser, i likhet med tidligere forskning, at god sammenheng ikke er noe som bare skjer, og i begrenset grad er et enkelt resultat av organisering og struktur, men er noe som må jobbes med for hver pasient (Lawless et al., 2020; Shahsavari et al., 2019; Dyrstad et al., 2015; Aase & Waring, 2020; Scott, 2017).

Våre funn viser hvor viktig god informasjon er både for samhandling og opplevelse av sammenheng. Den skriftlige informasjonen i pasientenes journal, der også meldinger mellom tjenestene inngår, er kjernen i informasjonssystemet. Å få til helhetlig og god dokumentasjon i journalen har vist seg å være utfordrende i en rekke studier (Østensen, 2019; Engen et al., 2020; Wibe, 2015). Denne utfordringen med god nok informasjon er også godt synlig i vår studie, der betydningen av muntlig informasjonsutveksling og ønske om mer direkte kontakt mellom helsepersonell for utveksling og avklaring av informasjon er tydelig.

I tråd med Vargas et al. (2017) peker våre funn på at kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene må forankres i klinisk ledelse slik at informasjon kan analyseres innen og på tvers av nivåer av helse- og omsorgstjenestene. Det er også viktig at kontinuitet forankres i sunne arbeidsbetingelser for å kunne gi pasienter en opplevelse av sammenheng i tjenestene. Våre funn viser at kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene handler om tilpassing og oversetting av informasjon mellom ulike tjenestekontekster, kommunikasjon mellom helsepersonell samt koordinering av omsorg over tid for å opprettholde en personlig tilnærming som kan møte pasientenes skiftende behov. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2018) peker på at kontinuitet og koordinering i helse- og omsorgstjenesten er nært beslektet ved at kontinuitet muliggjør koordinering av helse og omsorg gjennom å skape forhold og relasjoner for å støtte sømløse interaksjoner mellom flere leverandører innen tverrfaglige team eller på tvers av omsorgsinnstillinger eller sektorer. En konseptanalyse av Hu og Wang (2020) om «kontinuitet» i helse- og omsorgstjenesten viste at kontinuitet handler om prosessene med informasjonsoverføringer og relasjonskoordinering mellom pasienter og deres helseteam under pågående helseledelse, hvilket synes å samsvare godt med våre funn.

Resultatene fra denne studien viser at det er behov for å jobbe videre med å øke den tverrfaglige kompetansen og utvikle nye modeller for å sikre god sammenheng i tjenestene. Relasjonelt samarbeid synes ifølge våre funn å være en bærebjelke for å oppnå konti-

nuitet i helse- og omsorgstjenestene. Vik (2018) peker på at *relasjonelt samarbeid* er preget av nærhet og sammenkobling er helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer i kontakt med hverandre. Gjennom møteplasser, dialog og forhandlinger utvikles en gjensidighetskunnskap som medfører at profesjonene oppnår konsensus for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. Helsedirektoratet (2018) peker i dokumentet «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» på at utvikling av gode pasientforløp krever systematisk arbeid over tid. Gjennom tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid, i tett samarbeid med pasienter, brukere og pårørende, utvikles felles praksis og konsensus om kriterier for gode pasientforløp. Det må sikres kontinuitet i tilbudene over tid og på tvers av ansvarsområder. Det er viktig at tjenesteyteren ikke slipper ansvaret før neste aktør i forløpet har fått oversikt og tatt ansvar. Synspunktene til Helsedirektoratet rammer inn budskapet fra våre informanter.

Vår analyse viser hvordan de ulike dimensjonene av kontinuitet trer frem, og hvordan beskrivelsene gir innhold og innsikt i opplevelsen av sammenheng i tjenestene. Ifølge van Walraven et al. (2004) kan kontinuitetskomponentene bedres ved å gjøre endringer i helsevesenet. For eksempel kan informasjonskontinuitet bedres ved økt bruk av ulike informasjonssystemer. En slik forståelse av koblinger mellom kontinuitet i tjenestene og pasienters resultat er viktig for å bestemme hvilke tiltak som kan innføres for å forbedre pasientens opplevelse av sammenheng.

Styrker og svakheter ved studien

Studien bygger på et stort og helhetlig datamateriale som belyser individ-, ansatte- og systemperspektivet. Datamaterialet er samlet fra et stort antall informanter, både pasienter, pårørende og ulike grupper ansatte, og det er samlet inn på ulike arenaer og ved bruk av både kvalitative og kvantitative metoder.

I denne artikkelen har vi benyttet en tematisk innholdsanalyse med kontinuitet som førende rammeverk. Å benytte et teoretisk rammeverk som inngang til analysen setter søkelys på forhåndsdefinerte kategorier. På denne måten gir teorien hjelp til å utforske fenomenet vi studere. Samtidig kan en slik teoretisk inngang være begrensende for å oppdage andre fenomener i datasettet.

Kvalitative data fra pasienter, pårørende og ansatte er samlet i et begrenset antall kommuner, og kvantitative data har vi kun skaffet fra sykepleiere som er ansatt i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at data og perspektiver fra andre kommuner og andre aktører i helsetjenesten ikke er inkludert. Studiens funn kan ikke nødvendigvis generaliseres til hele helse- og omsorgstjenesten som sådan, men vil kunne gi et viktig bidrag for å forstå hvordan kontinuitet og sammenheng fremstår i dagens tjenester.

Konklusjon

Til tross for langvarig innsats for å bedre samhandling fremstår fremdeles sammenhengen i tjenestene for eldre som sårbar. utfordringene vi beskriver, er velkjente og dreier seg om mangel på persontilpasset, helhetlig og relasjonell omsorg, feil og mangler i informasjonsflyten mellom de ulike aktørene og mangelfulle systemer for struktur og lederstøtte. Disse utfordringene synes å være resultater av et presset helsesystem der stor arbeidsbelastning gir liten tid til både å bygge relasjoner og å samle og dokumentere tilstrekkelig om pasientens situasjon samt å kunne tilby de tjenestene eldre har behov for når endringer oppstår. Det er også mangel på kompetanse og uhensiktsmessig sammensetning av kompetanse som gir utfordringer i å yte sammenhengende og gode tjenester. I et slikt presset system uttrykkes

det i materialet vårt et stort behov for strukturer og lederstøtte som kan avlaste den enkelte ansatte i gjennomføringen av daglige samhandlingsoppgaver og prioriteringer, både mellom ulike oppgaver og ulike pasienter. Slik etterlyser informantene i denne studien organisering og ledelse og en helsepolitikk som gir rammer for å kunne skape sammenheng i helse- og omsorgstjenestene.

Prosjektet CrossCare Old er finansiert av Norges forskningsråd (prosjektnummer 256644/H10).

Referanser

- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R. & Livingston, P. M. (2017). User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research* 2017, 27(1), 24–36. <https://doi.org/10.1177/1049732316658267>
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. Oxon: Routledge.
- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R. & Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Service Research*, 14, 346. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
- Allen, J., Hutchinson A. M., Brown, R. & Livingston, P. M. (2017). User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research*, 27(1), 24–36. <https://doi.org/10.1177/1049732316658267>
- Barker, I., Steventon, A. & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *British Medical Journal*, 56, j84. <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- Bazemore, A., Petterson, S., Peterson, L. E., Bruno, R., Chung, Y. & Phillips, R. L. (2018). Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Annals of Family Medicine*, 16(6), 492–497. <https://doi.org/10.1370/afm.2308>
- Berntsen, G., Høyem, A., Lettrem, I., Ruland, C., Rumpsfeld, M. & Gammon, D. (2018). A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Services Research*, 18(1), 479. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>
- Berntsen, G., Strisland, F., Malm-Nicolaisen, K., Smaradottir, B., Fensli, R. & Røhne, M. (2019) The Evidence Base for an Ideal Care Pathway for Frail Multimorbid Elderly: Combined Scoping and Systematic Intervention Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(4), e12517. <https://doi.org/10.2196/12517>
- Bratt, C. & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1074–1082. <https://doi.org/10.1111/jonm.12639>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1191/1478088706qp0630a>
- Coffey, A., Leahy-Warren, P., Savage, E., Hegarty, J., Cornally, N., Day, M. R., Sahm, L., O'Connor, K., O'Doherty, J., Liew, A., Sezgin, D. & O'Caomh, R. (2019). Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2457. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142457>

- Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Baltaxe, E., Roca, J., Ruths, S., Stokes, J., Struckmann, V., Haček, R. T., Zemplényi, A., Hoedemakers, M. & Rutten-van Mölken, M. (2020). The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs. *BMC Health Services Research*, 20, 1102. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05917-9>
- Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K. & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition Technology & Work*, 17(1), 15–34. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>
- Engen, E. J. H., Devik, S. A. & Olsen, R. M. (2020). Nurses' Experiences of Documenting the Mental Health of Older Patients in Long-Term Care. *Global Qualitative Nursing Research*, 15, 7. <https://doi.org/10.1177/2333393620960076>
- Farrelly, S. & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 449–460. <https://doi.org/10.1111/hsc.12090>
- Freeman, G., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J. ... Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?* http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf
- Gagnon, M.-P., Ndiaye, M. A., Larouche, A., Chabot, G., Chabot, C., Buyl, R., ... & Légaré, F. (2019). Optimising patient active role with a user-centred eHealth platform (CONCERTO+) in chronic diseases management: a study protocol for a pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(4), e028554. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028554>
- Gautun, H. & Bratt, C. (2017). Caring too much? Lack of public services to older people reduces attendance at work among their children. *European Journal of Ageing*, 14, 155–166. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0403-2>
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>
- Gautun, H., Bratt, C. & Billings, J. (2020). Nurses' experiences of transitions of older patients from hospitals to community care. A nation-wide survey in Norway. *Health Science Reports*, 3. <https://doi.org/10.1002/hsr2.174>
- Gautun, H., Hellesø, R., Øien, H. & Veenstra, M. (2021). Hospital nurses' assessments of cross-sectoral communication and information exchanges: associations with quality of care transitions in older people. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7.
- Gjengedal, E., Sviland, R., Moi, A. L., Ellingsen, S., Flinterud, S. I., Sekse, R. J. T., Natvik, E. & Råheim, M. (2019). Patients' quest for recognition and continuity in health care: time for a new research agenda? *Journal of Caring Sciences*, 33(4), 978–985. <https://doi.org/10.1111/scs.12696>
- 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(1), 182–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x>
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18–26. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-06>
- Gjevjon, E. R., Romøren, 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. <https://doi.org/10.1177/1084822315626001>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–21. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K. & Beaulieu, C. (2013). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Annals of Family Medicine*, 11(3), 262–71. <https://doi.org/10.1370/afm.1499>

- Hansen, F., Berntsen, G. K. R., & Salamonsen, A. (2018). «What matters to you?». A longitudinal qualitative study of Norwegian patients' perspectives on their pathways with colorectal cancer. *Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1548240>
- Hardy, B., Hudson, B., Keen, J., Young, R. & Robinson, M. (2005). *Partnership and Complexity in Continuity of Care: a study of vertical and horizontal integration across organisational and professional boundaries*. <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2027399>
- 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, 1–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.794>
- Hellesø, R. & Gautun, H. (2018). Digitalized Discharge Planning Between Hospitals and Municipal Health Care. *Studies in Health Technologies and Informatics*, 250, 217–220. <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-217>
- Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» – sykepleieres refleksjoner om sin journalføring. I H.K. Andreassen et al. (red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 73–89). Cappelen Damm Akademisk.
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. & Bye, A. (2019). Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for older people in hospital and home care: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1471–2318. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1339-0>
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. & Bye, A. (2020a). Hospital nurses and home care providers' experiences of participation in nutritional care among older persons and their family caregivers: a qualitative study. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 33(2), 198–206. <https://doi.org/10.1111/jhn.12729>
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. & Bye, A. (2020b). Older patients' and their family caregivers' perceptions of food, meals and nutritional care in the transition between hospital and home care: a qualitative study. *BMC Nutrition*, 6, 11. <https://doi.org/10.1186/s40795-020-00335-w>
- Hu, J., Wang, Y. & Li, X. (2020). Continuity of Care in Chronic Diseases: A Concept Analysis by Literature Review. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(4), 513–522. <https://doi.org/10.4040/jkan.20079>
- Klinga, C., Hansson, J., Hasson, H., Andreen Sachs, M. & Wannheden, C. (2020). From the service user association's perspective: What contributes to value in integrated mental health and social care services? *Journal of Integrated Care*, 28(2), 53–63. <https://doi.org/10.1108/JICA-10-2019-0045>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 297(8), 831–841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- Kripalani, S., Theobald, C. N., Anctil, B. & Vasilevskis, E. E. (2014). Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annual Review of Medicine*, 65, 471–485. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-022613-090415>
- Kvæl, L., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2019b). Healthcare Professionals' experiences of Patient Participation among Older Patients in Intermediate Care – At the intersection between Profession, Market and Bureaucracy. *Health Expectations*, 22(5), 921–930. <https://doi.org/10.1111/hex.12896>
- Kvæl, L., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2020). The Dramaturgical act of Positioning within Family Meetings – Negotiation of Patients' Participation in Intermediate Care Services. *Qualitative Health Research*, 30(6), 811–824. <https://doi.org/10.1177/1049732319873054>

- Kvæl, L. A. H., Debesay, J., Bye, A., Langaas, A. & Bergland, A. (2019c). Choice, Voice, and Coproduction in Intermediate Care: Exploring Geriatric Patients' and Their Relatives' Perspectives on Patient Participation. *SAGE Open*, 9, 3. <https://doi.org/10.1177%2F2158244019876318>
- Lawless, M. T., Marshall, A., Mittinty, M. M. & Harvey, G. (2020) What does integrated care mean from an older person's perspective? A scoping review. *BMJ Open*, 10(1), e035157. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035157>
- Le Berre, M., Maimon, G., Sourial, N., Guériton, M. & Vedel, I. (2017). Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1597–608. <https://doi.org/10.1111/jgs.14828>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye A. & Bergland, A. (2020a). A qualitative study of old patients' experiences of the quality of the health services in hospital and 30 days after hospitalization. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.21203/rs.2.11434/v2>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye A. & Bergland, A. (2020b). Informal caregivers' views on the quality of healthcare services provided to older patients aged 80 or more in the hospital and 30 days after discharge. *BMC Geriatrics*, 20(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1488-1>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2021). The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1855751>
- Mansukhani, R. P., Bridgeman, M. B., Candelario, D. & Eckert, L. J. (2015). Exploring Transitional Care: Evidence-Based Strategies for Improving Provider Communication and Reducing Readmissions. *P & T: a peer-reviewed journal for formulary management*, 40(10), 690–694. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4606859/>
- McCormack, B. & McCane, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice (2. utg.)*. West Sussex, England: Wiley Blackwell.
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). «We Tie Up the Loose Ends»: Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global Qualitative Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/2333393618816780>
- Murray, J., Hardicre, N., Birks, Y., O'Hara, J. & Lawton, R. (2019). How older people enact care involvement during transition from hospital to home: A systematic review and model. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 22(5), 883–893. <https://doi.org/10.1111/hex.12930>
- Muth, C., Blom, J. W., Smith, S. M., Johnell, K., Gonzalez-Gonzalez, A. I., Nguyen, T. S., Brueckle, M. S., Cesari, M., Tinetti, M. E. & Valderas, J. M. (2019). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *Journal of internal medicine*, 285(3), 272–288. <https://doi.org/10.1111/joim.12842>
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A. & Langaas, A. (2020). What matters when asking, «what matters to you?» — perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *BMC Health Services Research*, 20, 317. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05150-4>
- Olsen, C. F., Bergland, A., Debesay, J., Bye, A. & Langaas, A. (2021a). «Crossing knowledge boundaries: health care providers' perceptions and experiences of what is important to achieve more person-centered patient pathways for older people». *BMC Health Services Research*, 21, 310. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06312-8>
- Olsen, C. F., Bergland, A., Bye, A., Debesay, J. & Langaas, A. (2021b) "Patient flow or the patient's journey? Exploring health care providers' experiences and understandings of implementing a care pathway to improve the quality of transitional care for older people». *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/10497323211003861>

- Pacho, C., Domingo, M., Nunez, R., Lupon, J., Moliner, P., de Antonio, M., Gonzalez, B., Santesmases, J., Velaz, E., Tor, J. & Bayes-Genis, A. (2017). Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients With Heart Failure. *Revista Espanola de Cardiologia*, 70(8), 631–638. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2017.01.003>
- Palmer, K., Marengoni, A., Forjaz, M. J. & Jureviciene, E. (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*, 122, 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
- 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 & Social Care in the Community*, 19(6), 576–601. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01001.x>
- Phelan, A., Rohde, D., Casey, M., Fealy, G., Felle, P., O’Kelly, G., Lloyd, H. & Carroll, A. (2021). Co-Creating Descriptors and a Definition for Person-Centred Coordinated Health Care: An Action Research Study. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.5575>
- Puntis, S. R., Rugkåsa, J. & Burns, T. (2016). The association between continuity of care and readmission to hospital in patients with severe psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(12), 1633–1643. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1287-3>
- Rochester-Eyeguokan, C. D., Pincus, K. J., Patel, R. S. & Reitz, S. J. (2016). The Current Landscape of Transitions of Care Practice Models: A Scoping Review. *Pharmacotherapy*, 36(1), 117–33. <https://doi.org/10.1002/phar.1685>
- Rostad, H. M., Skinner, M., Wenzel-Larsen, T. & Sogstad, M. (2021). Sammenheng i kommunale helse- og omsorgstjenester – hvor mye flytter eldre mellom ulike tilbud i kommunen? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2). <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-04>
- Saultz, J. W. & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 159–166. <https://doi.org/10.1370/afm.285>
- Scott, J. (2017). Patient Experiences of Safety in Care Transitions. I K. Aase, J. Waring & L. Schibeavaag (red.), *Researching Quality in Care Transitions: International Perspectives* (s. 71–86). Cham: Springer International Publishing AG.
- Shahsavari, H., Zarei, M. & Aliheydari Mamaghani, J. (2019). Transitional care: Concept analysis using Rodgers’ evolutionary approach. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103387. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>
- Sinnott, C., Mc Hugh, S., Browne, J. & Bradley, C. (2013). GPs’ perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 3(9), e003610. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003610>
- Skinner, M. S., Veenstra, M. & Sogstad, M. (2021). Nurses’ assessments of horizontal collaboration in municipal health and care services for older adults: A cross-sectional study. *Research in Nursing & Health*. <https://doi.org/10.1002/nur.22144>
- Sogstad, M. & Skinner, M. S. (2020). Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(2), 137–153. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-10>
- Stoop, A., Lette, M., Ambugo, E. A., Gadsby, E. W., Goodwin, N., MacInnes, J., Minkman, M., Wistow, G., Zonneveld, N., Nijpels, G., Baan, C. A., de Bruin, S. R. & SUSTAIN consortium (2020). Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 20(2), 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5427>
- Storm, M., Siemsen, I. M., Laugaland, K., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14, e013. <https://doi.org/10.5334/ijic.1194>

- Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G. & van den Bosch, W. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice*, 29(3), 264–271. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr104>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13, e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- van Walraven, C., Mamdani, M. M., Fang, J. & Austin, P. C. (2004). Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 19(6), 624–645. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30082.x>
- van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A. & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 947–956. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x>
- Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J-P., Aller, M. B. & Vázquez, M. L. (2017). Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy and Planning*, 32(4), 549–562. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw168>
- Veenstra, M. & Gautun, H. (2020). Nurses' assessments of staffing adequacy in care services for older patients following hospital discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 805–818. <https://doi.org/10.1111/jan.14636>
- Veenstra, M., Skinner, M. S. & Sogstad, M. (2020) A nation-wide cross-sectional study of variations in homecare nurses' assessments of informational continuity – the importance of horizontal collaboration and municipal context. *BMC Health Services Research*, 20, 464. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05313-3>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, (02). <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Vos, L., Chalmers, S. E., Dückers, M. L., Groenewegen, P. P., Wagner, C. & van Merode, G. G. (2011). Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: a literature review. *Implementation Science*, 19(6), 8. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-8>
- WHO. (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Geneva: World Health Organization.
- Wibe, T., Ekstedt, M., & Hellesø, R. (2015). Information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. *Informatics for Health & Social Care*, 40(3), 198–209. <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.879150>
- Østensen, E., Bragstad, L. K., Hardiker, N. R. & Hellesø, R. (2019). Nurses' information practice in municipal health care-A web-like landscape. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13–14), 2706–2716. <https://doi.org/10.1111/jocn.14873>
- Aase, K. & Waring, J. (2020). Crossing boundaries: Establishing a framework for researching quality and safety in care transitions. *Applied Ergonomics*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103228>