

Examensarbete

Kandidatexamen

En översikt av vilka faktorer som har samband med patientens upplevelse av kontinuitet i vården

En litteraturstudie

A review of the various factors that influence the patient's experience of continuity in care

Författare: Camilla Andersson och Cecilia Tranlund

Handledare: Marie Olsen.

Examinator: Anncarin Svanberg

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ 2018

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 5/1 2016

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

ABSTRAKT

Forskning visar på att patienter önskar kontinuitet, då de upplever att det bidrar till känslan av trygghet och närhet. Det ger sjuksköterskan möjlighet att lära känna personen och en möjlighet att bättre följa upp gjorda åtgärder.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva vilka faktorer som har samband med patientens upplevelse av kontinuitet i vården.

Metod

Studien har genomförts som en litteraturstudie.

Resultat

Resultatet visade att det var viktigt för kontinuiteten att de fick träffa en sjuksköterska som de kände sedan tidigare och att det var samma sjuksköterska vid alla vårdtillfällen. Det var även viktigt att sjuksköterskan de träffade var uppdaterad på deras medicinska historia.

En viktig faktor som höjde kontinuiteten var om patienten hade en kronisk sjukdom, då de patienterna oftare kräver regelbunden uppföljning med fler besök hos vården. Patienterna upplevde större kontinuitet om vården utfördes av sjuksköterska istället för av andra vårdgivare. Sjuksköterskorna var mer anpassningsbara, flexibla och tog sig mer tid med patienten.

Slutsats

Studien visar att kontinuitet är något som patienter upplever som viktigt när de möter vården men det saknas forskning om hur vården ska organiseras, för att kontinuiteten ska upplevas bättre ur ett patientperspektiv, balanserat mot organisationens behov av att spara tid och pengar.

Nyckelord

Kontinuitet, patientens upplevelse, patient tillfredsställelse, relation.

ABSTRACT

Research shows that patients want continuity, as they feel it adds to the feeling of security and closeness. That it gives the nurse the opportunity to get to know the person and an opportunity to better follow up actions.

Aim

The aim of this study was to investigate the factors that influence patient perception of continuity of care.

Method

This study was conducted as a literature review.

Result

The results showed that it was important for the continuity that they got to meet a nurse they knew from before, and it was the same nurse at every appointment. It was also important that who they met, was up to date on their medical history. An important factor that increased continuity was if the patient has a chronic disease, which increases the need to require regular follow-up with more visits to health care. Patients experienced greater flexibility of care performed by a nurse instead of a doctor, the nurses took more time with the patient and that it was more effective.

Conclusion

The study shows that continuity is important when patients receive care, but there is no research about how care should be organized, for continuity to be perceived better from a patient perspective, balanced against the needs of the organization to save time and money.

Keywords

Continuity, patient experience, patient satisfaction, relationship.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kontinuitet har flera definitioner	1
Äldre patienter påverkas i större utsträckning	3
Kontinuitetens vinster och risker	3
Sjuksköterskans ansvar	5
Omvårdnadsteori	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Frågeställning	7
Definition av begrepp	7
METOD	8
Design	8
Urval	8
Sökord	8
Meshtermer och CINAHL headings	8
Inklusionskriterier	9
Exklusionskriterier	9
Tabell 1. Databassökning	10
Värdering av artiklarnas kvalitet	10
Tabell 2. Kvalitetsbedömning	11
Tillvägagångssätt	11
Dataanalys	12

Forskningsetiska aspekter	12
RESULTAT	13
Interpersonell kontinuitet	13
Longitudinella kontinuiteten	14
Informationsmässig kontinuitet	16
DISKUSSION	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	20
Slutsatser	21
Studiens kliniska betydelse för samhället samt etiska aspekter	22
Referenslista	23
Bilaga 1. Granskningsmall kvantitativa artiklar	29
Bilaga 2. Granskningsmall kvalitativa artiklar	30
Bilaga 3. Tabell 3: Resultatstabell	31

INLEDNING

Med denna studie vill författarna undersöka vilka faktorer som påverkar patienters upplevelse av kontinuitet. Anledningen till att författarna valde att sammanställa detta ämne i en litteraturöversikt var då de under den verksamhetsförlagda utbildningen såg brister i kontinuiteten, och att kontinuitet efterfrågades av patienterna. Tidigare forskning har visat att både personal och patienter uppfattar kontinuitet som viktigt, men inte hur väl vården tillgodoser patientens behov av kontinuitet, eller vad som påverkar den. Vår avsikt med denna litteraturöversikt var att beskriva vilka faktorer som bidrar till en bättre kontinuitet i vården.

BAKGRUND

Kontinuitet har flera definitioner

Kontinuitet ses idag som en av hörnstenarna i omvårdnaden av patienter, det ses av många som en synonym för vårdkvalitet och anses vara avgörande för att kunna ge personcentrerad och individuell omvårdnad. Vad kontinuitet innebär är olika definierat i litteraturen och har förändrats under tid. Enligt Svenska Akademiens (2006) ordlista betyder kontinuitet oavbrutet sammanhang, att ha ett sammanhang över en längre tidsperiod.

Kontinuitet inom omvårdnad innebär att, vårdpersonal som arbetar runt en patient samarbetar och kommunicerar kontinuerligt i syfte att uppnå bästa möjliga vård genom en samlad bedömning utifrån patientens unika behov (Swedish standard institute, u.å). Kontinuitet definieras vanligen som relationen mellan läkare och patient, men kontinuitet är mycket vidare begrepp som enligt Björkelund et al. (2013) innefattar flera delar: att komma till samma sjuksköterska som tidigare, informationsmässigt, relationellt, interpersonellt och ledningsmässigt.

Freeman och Huges (2010) delar upp kontinuitet i två dimensioner där en relationella kontinuiteten inte enbart måste bestå av relationen patient och sjuksköterska, utan att relationen kan bestå av patienten och ett team. Det viktiga är att samma sjuksköterska återkommer flera gånger under en period. Den ledningsmässiga kontinuiteten handlar om hur vården koordineras och planeras utifrån verksamheterna och hur informationsflödet ser ut.

För att tydliggöra begreppet kontinuitet föreslår Saultz (2003) en modell med tre dimensioner, denna modell används av författarna genomgående i arbetet. Dessa är *informationskontinuitet*, *longitudinell kontinuitet* och *interpersonell kontinuitet*.

Informationsmässig kontinuitet – Är en sammanställning av medicinsk och social information om individen som helhet, vilket ska hjälpa att sjuksköterskan kan ta hand om hela patienten.

Ledningsmässig kontinuitet/longitudinell kontinuitet med betydelsen att alla patienter har ett ”medicinskt hem”, där majoriteten av vården sker, t ex vårdcentralen som patienten skrivit sig vid, och att det är sjuksköterska på det stället som ska ta ansvaret för koordinationen av all vård patienten behöver.

Interpersonell kontinuitet - Är en förlängning av de andra kontinuiteterna, den är en av grundstenarna i primärvårdens verksamhet. För att interpersonell kontinuitet ska kunna uppstå krävs att relationen mellan sjuksköterskan och patienten blir så djup att patienten känner sin sjuksköterska vid namn och känner att det finns ett personligt engagemang hos sjuksköterskan vid besöken (Saultz, 2003). Även Haggerty et al., (2003) delar upp kontinuiteten på samma sätt som Saultz (2003) men med annat namn: informationsmässig kontinuitet, ledningsmässig kontinuitet, relationell kontinuitet.

I en norsk studie av Gjevjon, Eika, Romøren och Landmarks (2013) undersöktes hur den relationella kontinuiteten fungerade. Det visade sig att under en period på fyra veckor fick patienterna genomsnittligen 51 besök i hemmet och vid dessa tillfällen kom 17 olika . Detta resultat visar på att det finns mycket kvar att göra, både utifrån de förutsättningar verksamheterna redan har, och att det finns ett behov av att ta reda på vilka faktorer som bidrar till relationsmässig kontinuitet.

Äldre patienter påverkas i större utsträckning

Behovet av omsorg och sjukvård har ökat och kommer att öka ytterligare i framtiden, då människans medellivslängd blir allt högre och fler blir äldre, dessutom förflyttas mer och mer av vården från de olika vårdinrättningarna till patienternas egna hem (Socialstyrelsen, u.å).

Med anledning av detta har hemtjänsten utökats, och det behövs ökad och bättre samverkan mellan de olika vårdinstanserna så som primärvård, specialistvård och rehabilitering. Dock råder det otydligheter när det gäller ansvaret för hälso- och sjukvården utanför sjukhusen och detta gör att vården inte fungerar optimalt, vilket är något som drabbar främst de multisjuka äldre i vårt samhälle (Socialstyrelsen, 2007).

Raivio, Jääskeläinen, Holmberg-Martilla och Mattila (2014) genomförde en studie i Finland som pågick under en längre tid på 14 år. I studien kontrollerade de kvaliteten och tillgängligheten inom vården efter att det skett stora omorganisationer, vilket föranlett till att det minskats ner på antalet vårdenheter och samtidigt smalnats av utbudet på dessa. I den longitudinella studien som gjordes under denna tid visade det sig att tillfredsställelsekänslan, tillgängligheten och känslan av kontinuitet minskade hos patienterna under dessa år. Störst missnöje var det hos patienter som var äldre än 65 år. Liknande resultat framkom i Kristensson, Hallberg och Ekwall's (2009) studie, där de kunde påvisa att äldre patienter över 70 år som fick vård i hemmet och hade frekvent kontakt med vården, ändå kunde känna uppgivenhet och maktlöshet över sin vård. Patienterna som mottog omvårdnad eftersträvade delaktighet i beslut och kontinuitet, men kände det som att det var vårdorganisationen som styrde och bestämde, inte de själv. De kunde inte påverka vilka personer som kommer till deras hem eller fick välja vilken läkare som skulle ta hand om dem.

Kontinuitetens vinster och risker

Enligt De Maeseneer, De Prin, Gosset och Heyerick (2003) medför kontinuitet lägre vårdkostnader och en ökad vårdkvalitet. Vinsterna med kontinuitet inom vården är att patienterna får bättre information, behandlingsmetoderna blir mer synkroniserade, vilket tillsammans ger bättre vårdresultat, samt att kommunikationen mellan personerna och hälso- och sjukvårdspersonalen blir enklare (Freeman & Hughes, 2010).

Även patienterna själva önskar kontinuitet, detta var något som framkom i Berg, Skott och Danielsons (2006) studie. De kunde även påvisa att patienterna upplever att kontinuitet bidrar till känslan av trygghet och närhet. Vidare såg de även att detta gav sjuksköterskorna en bättre möjlighet att lära känna personen som ska behandlas, vilket gör uppföljningen mer

personifierad och kan leda till ökad tillit. Liknade resultat framkom i en studie av Fergusson, Ward, Card, Sheppard och Mcmurtry (2013), där det framkom att det var viktigt att så mycket som möjligt få träffa samma under vårdtiden, vilket gav kontinuitet och möjliggjorde en mer personlig relation och ökade tilliten till sjuksköterskan. En annan vinst med kontinuitet påvisades i Dreier et al., (2012) studie, där resultatet påvisade ett samband mellan kontinuitet och kvaliteten i förebyggande vård. Den förebyggande vården var viktig för hur den fortsatta hälsoutvecklingen skulle bli för patienterna, och genom att de träffade samma gavs en kontinuitet som medförde att patienterna oftare tillfrågades om sin livsstil, vilket innebär att förebyggande åtgärder snabbare kunde sättas in.

Björkelund et al., (2013) menar att kontinuitet ger minskat behov av högre vårdnivåer, ger friskare population och ger bättre utnyttjande av de resurser som finns tillgängliga. De anser även att vårdresultatet blev bättre med ökad kontinuitet. Van Walraven, Oake, Jennings och Forster (2009) visar i sin studie att kontinuitet ger minskad risk för återinläggningar, bättre vårdresultat och ökad tillfredsställelse med vården.

Parker, Corden och Heaton (2011) samt Wiabel, Henao, Aller, Vargas och Wazques (2011) beskriver att förändrad relation till personal kan leda till att psykiskt sjuka människor känner missnöje med vården, brist på tillit, depression och isolering. De menar även att brist på kontinuitet leder till kommunikations problem och ger en risk att behandlingen inte följs som den är tänkt.

Sjuksköterskans ansvar

Den 1 juli 2010 infördes en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, § 29 a), och enligt den är respektive verksamhetschef ansvarig för att tillgodose patienternas individuella behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Lagändringen innebär också att verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt för de patienter det är nödvändigt för, eller om patienten själv begär det. Den 1 Januari 2015 stärktes även patientens rätt till delaktighet i sin egen vård genom patientlagen (2014:821, kap.6, §1). I lagen står att ”patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt”. Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2014) beskriver sjuksköterskans ansvar att medverka i utformningen av riktlinjer för omvårdnadsarbetet utifrån patientens, arbetskamraternas och verksamhetens behov och förutsättningar. Detta innebär att det är sjuksköterskans ansvar att planera arbetet runt

personen så att denne får träffa samma personer i sin vård i högsta möjliga grad. I rollen som sjuksköterska ingår det även att sjuksköterskan ska förebygga ohälsa, detta sker bland annat genom att sjuksköterskan ska identifiera hälsorisker hos individen samt vilka resurser och förutsättningar personen har och därefter motivera denne till nödvändiga livsstilsförändringar. I en artikel av Sullivan et al. (2015) beskrivs vikten av att sjuksköterskan har en relation till patienterna. Patienterna visade på vikten av att känna tillit till sjuksköterskan, så att patienterna tillåter sjuksköterskan möjligheten att ge fysiskt och psykiskt stöd.

Hälsosjukvårdens organisation

Hälso och sjukvården organiseras i dag genom att Regering, Landsting och kommun har ett gemensamt ansvar, där regeringen sätter ramarna för kommunal och landstingets verksamhet samt utser tillsynsmyndigheter. Landstingens uppgift är att ge hälso- och sjukvård samt tandvård till barn och ungdomar. Kommunernas uppgift är att tillgodose bland annat social omsorg där äldre och handikappomsorg ingår. (Finansdepartementet, 2008). Reformerna under 1990-talet bland annat ädelreformen och psykiatrireformen medförde att ansvarsfördelningen ändrades. Landstingen och kommun, fick utökat patientansvar för patienter med stort vårdbehov, kommunerna blev dessutom ansvariga för att integrera medicinska och sociala insatser. Resurserna för denna omorganisation ökades inte i tillräcklig omfattning vilket medförde problem med kontinuiteten och patientrelationen på grund av minskad tillgänglighet och samordning (Socialstyrelsen, 2009).

Omvårdnadsteori

Inom dagens hälso- och sjukvård är det nödvändigt att sjuksköterskan har viss kunskap om olika metoder och förhållningssätt gentemot patienten, för att på så sätt kunna förmedla en så god vård som möjligt. Genom att applicera olika omvårdnadsteorier i omvårdnaden finner hon metoder för praktiskt tekniska, uttrycksfulla samt kommunikativa moment, och uppnår därmed dess syfte och mål (Kirkevold, 2000). Valet av Travelbee som teoretisk referensram föll sig naturligt då hon i sin teori ser patienten som en person med behov, istället för en patient med något "sjukt" som ska botas. Hennes teori räknas som en interaktionsteori, och hon betonar det existentiella med vikten av en väl utvecklad relation och god kommunikation mellan patient och sjuksköterska för att kunna skapa god omvårdnad. Applicering av denna teori kommer att användas för att sjuksköterskor i klinisk verksamhet ska få möjlighet till stöd och vägledning mot ett alternativt vårdande.

Enligt Kirkevold (2000), har omvårdnadsteoretikern Travelbee (1926-1973) en existentiell människosyn som säger att människan är fri. Hon har en humanistisk livsåskådning som säger att alla människor är lika mycket värda, och en individualistisk människosyn som säger att människan kan fatta egna beslut och bestämma över sig själv. De begrepp hon använder för att framhäva omvårdnadens teori är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer och kommunikation. Travelbee anser att allt som kan påverka individens hälsa och välbefinnande ska beaktas när sjuksköterskan planerar sin omvårdnad. Enligt Travelbees livsåskådning är kommunikationen en ömsesidig process som förmedlar tankar och känslor, den är både verbal och icke-verbal, och för att den ska fungera krävs det att en mellanmänsklig relation upprätthålls. För att få denna relation mellan personen och n är det bra och viktigt med tillgång till kontinuitet vid vårdtillfällena. Då kommer gemensamheten att utvecklas och stärkas, vilket leder till mindre lidande och större mening med livet (Kirkevold, 2000).

Mahomed, St John och Pattersson (2012) studier lutar sig mot Travelbees teorier och påtalar vikten av kommunikativ kontinuitet, då detta betyder att patienterna upplever att de känner trygghet när de får träffa samma vårdpersonal. Detta underlättar för patienterna att ställa frågor som kan kännas genanta, patienterna upplever att de kan föra samtal runt hela sin medicinska historia eftersom sjuksköterskan har varit en del av den historien.

Problemformulering

Kontinuitet ses som en av hörnstenarna i omvårdnad, den innebär att vårdpersonal samarbetar och kommunicerar kontinuerligt i syfte att uppnå bästa möjliga vård. Patienterna anser att kontinuitet ger en bättre tillfredsställelse och tillit till vården, sjuksköterskorna anser att kontinuitet ger högre patientsäkerhet, eftersom given vård bättre följs upp. Forskning visar att kontinuitet ger minskat behov av högre vårdnivåer, ger friskare population, lägre vårdkostnader, ökad vårdkvalitet och ger bättre utnyttjande av de resurser som finns tillgängliga, men idag ges inte patienter kontinuitet i tillräckligt hög grad vilket påverkar patientsäkerheten.

Med denna studie vill författarna påvisa vilka faktorer som påverkar upplevelsen av kontinuitet inom vården, så att sjuksköterskor får kunskap om vilka aspekter som ska tas hänsyn till vid vården, för att skapa de bästa förutsättningarna för en trygg, säker och individuell vård och för att bäst kunna tillgodose patienternas individuella behov.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva vilka faktorer som har samband med patientens upplevelse av kontinuitet i vården.

Frågeställning

Vilka faktorer påverkar patientens upplevelse av kontinuitet i vården?

Definition av begrepp

Patient: I denna litteraturöversikt används ordet *patient* med mening alla personer över 18 år som besöker en vårdinrättning för att ta emot omsorg, vård och behandling av sjuksköterska eller annan yrkesgrupp inom vården eller person som mottar detta i sitt hem (Svenska Akademien, 2006).

METOD

Friberg (2012) beskriver litteraturöversikten som en översikt av ett kunskapsläge eller ett problem inom det efterfrågade området vilket skapar en utgångspunkt för fortsatt forskning. Enligt Polit och Beck (2012) finns det flera anledningar till att göra en litteraturöversikt, men att det för studenter främst är ett sätt att skapa en förståelse för hur man bygger upp forskning, och att ge kunskap om vilka verktyg som finns till insamlandet av material och analys.

Design

Denna studie genomfördes som en litteraturöversikt med artikelsökning.

Urval

Sökningar har skett på databaserna PubMed, CINAHL samt Web of Science. Databaserna valdes utifrån Högskolan Dalarnas ämnesguide med inriktning omvårdnad. Web of Science valdes för att den gav tillgång till tvärvetenskaplig forskning och innehöll rikligt med omvårdnadslitteratur samt att Forsberg och Wengström (2013) ansåg att PubMed och CINAHL var två användbara databaser vid sökning av artiklar gällande omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2012). De rekommenderade även PubMed som sökdatabas som ett komplement till Web of Science och CINAHL.

Sökord

Grundläggande sökord valdes utifrån studiens syfte och dess frågeställning och därefter skapades kombinationer genom användandet av booleska operatorena AND och NOT för att avgränsa sökningarna. Följande sökord har använts: *Continuity of care, Patient satisfaction, Interpersonal continuity, Continuity of patient care, Nurse, Health care, Satisfaction, Patient experience, Relational continuity, Quality of care, Elderly, Interpersonal relation, Experience.*

(Tabell 1)

Meshtermer och CINAHL headings

Pubmed: Continuity of patient care, primary healthcare, personal satisfaction, attitudes to health, interpersonal relation CINAHL: continuity, care.

Inklusionskriterier

Litteraturoversikten innehåller både kvalitativa samt kvantitativa artiklar. Den innehåller artiklar med personer över 18 år som söker vård och behandlas av sjuksköterskor. Artiklarna skulle ha fått högt eller medelhögt betyg i granskningen. Artiklarna fick inte vara äldre än tio år gamla. Artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext, vara peer-reviewed originalartiklar samt skulle vara skrivna på svenska eller engelska, för att författarna skulle kunna behärska språket och därmed undvika feltolkningar.

Exklusionskriterier

Artiklar som enbart riktade sig mot läkare-patientrelation valdes bort, likaså artiklar som endast beskrev patienternas tillfredsställelse, valdes bort eftersom de inte svarade mot studiens syfte.

Tabell 1. Databassökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat, n=15
CINAHL	Continuity of patient care AND Relational continuity	1843 15	0 15	0 5	2
PubMed	Continuity of care AND Relationship – centred	2415 36	0 11	0 4	1
PubMed	Continuity of care AND Interpersonal relation AND Satisfaction	2415 430 97	0 0 23	0 0 8	3
PubMed	Continuity of care AND Quality of care AND Nurses	2415 849 80	0 0 31	0 0 11	2

Web of Science	Continuity of patient care AND Patients attitudes And Experiences	0 0 21		0 0 6	2
Web of Science	Continuity of patient care AND Health care AND Elderly	2692 1732 76	0 0 30	0 0 10	3
Web of Science	Continuity of Patient Care AND Patient Satisfaction AND Nurse	2527 472 122	0 0 30	0 0 10	1
Web of Science	Patient Experience AND Relationship AND Continuity	192533 12063 210	0 0 5	0 0 2	1

Värdering av artiklarnas kvalitet

Artiklarnas kvalitet värderas utefter de granskningspunkter som Friberg (2012) anser vara viktiga. Vidare kommer ytterligare granskningar skedd med hjälp av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) granskningsmall för kvalitativa artiklar samt Forsberg och Wengströms (2008) granskningsmall för kvantitativa artiklar som modifierats av Högskolan Dalarna (bilaga 1 och 2). Totalpoäng för kvantitativa artiklar är 29 poäng och totalpoäng för kvalitativa artiklar är 25 poäng. Granskningsmallarna består av ja/nej frågor. Ett positivt svar var en indikator för hög kvalitet och gav ett poäng. Ett negativt svar indikerade låg kvalitet och gav därför noll poäng. Poängen sammanställs och omvandlas sedan till procentsatser för att få en uppfattning av artiklarnas kvalitet. 0-59% innebär att artikeln håller låg kvalitet, vid 60-79% har artikeln medelkvalitet och 80-100% innebär hög kvalitet på artikeln. De artiklar som kommer att användas har medel- och hög kvalitet. (Tabell 2).

Tabell 2. Kvalitetsbedömning.

Kvalitetsbedömning av artiklar		
	Kvantitativ metod	Kvalitativ metod
Maxpoäng	29	25
Låg kvalitet	0 - 59 %	0 - 59 %
Medelhög kvalitet	60 - 79 %	60 - 79 %

Tillvägagångssätt

Efter att ha bestämt syfte med litteraturstudien samt formulerat frågeställningarna användes Högskolan Dalarnas ämnesguide för att få fram nyckelord på Svenska MeSH. Båda

författarna har självständigt gjort systematiska sökningar på olika databaser som delades upp mellan författarna. Systematisk sökning innebär att författarna letat efter litteratur inom ett specifikt ämne efter att tidigare ha bestämt hur många artiklar som behövs och vilken sorts artiklar som eftersöks samt bestämt inklusions och exklusions kriterier (Rienecker & Stray Jørgensen. 2014). Utifrån de träffar som gavs lästes alla titlar och relevanta valdes titlar ut, abstrakten lästes och om dessa överensstämde med syftet lästes hela artikeln och granskades utifrån granskningsmallarna av författarna var för sig (Forsberg & Wengström, 2013; Willman, Stoltz & Bahtsevani 2006).

Artiklarna har sedan lästs av båda författarna upprepade gånger var för sig med fokus på dess resultat. Därefter har det utförts en bearbetning av materialet tillsammans. Författarna har gemensamt sammanställt resultatet och gemensamt skrivit litteraturöversikten.

Dataanalys

Författarna har följt Fribergs (2012 b) metod. Det innebär att författarna har tillsammans analyserat de utvalda artiklarna (n=15). Artiklarna lästes flera gånger av båda författarna med fokus på artiklarnas resultat samt citat i texten. Artiklarna har sedan jämförts med syftet och att författarna kontrollerade att artikeln svarar mot frågeställningen. Varje artikels resultat har sedan sammanställts och jämförts med övriga artiklar. Artiklarnas likheter och skillnader identifierades, kategorier skapades och resultaten delas in i 3 kategorier. Slutligen redovisas resultaten utifrån de kategorier analysen skapade.

Forskningsetiska aspekter

Artiklarna valdes ut i enlighet med Forsberg och Wengströms (2012) beskrivning av etiska överväganden vilket innebär att alla artiklar som ingått i studien är redovisade och alla resultat är redovisade och referat har använts för att undvika plagiering.

Författarna har enbart inkluderat artiklar som genomgått etisk prövning eller fått tillstånd innan studien. Enligt Vetenskapsrådet (2011) ska etisk prövning ske när det finns en uppenbar risk att försökspersonen tar fysisk eller psykisk skada eller när forskningen behandlar känsligt material i form av personuppgifter enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204, §13). Författarna har inte plagierat eller förvrängt fakta utan har försökt hålla sig objektiva och neutrala i valet av artiklar och vid tolkning av resultaten. För att undvika plagiering menar Vetenskapsrådet (2011) att det är viktigt att visa i texten vilka tankegångar som är författarnas och vilka fakta, idéer och resultat som kommer från annan forskning genom att tydligt referera.

RESULTAT

I litteraturstudien ingår det 15 artiklar varav fem är kvalitativa, nio är kvantitativa och en använder mixad metod (Bilaga 3). Studierna kommer från Norge, England, USA, Korea, Oman, Spanien, Canada, Australien, Sverige och Nederländerna och är publicerade mellan år 2006 - 2015.

Resultatet av denna studie kommer att presenteras utifrån kategorier :

informationskontinuitet, longitudinell kontinuitet och interpersonell kontinuitet.

Informationsmässig kontinuitet

I Alazri et al. (2006) studie påvisades att patienterna förväntade sig att kommunikationen mellan vårdinrättningarna och mellan sjuksköterskorna skulle vara tydlig. Med det menade patienterna att oavsett var, när eller vem man träffade när de behövde vård, så skulle patienterna bli lika behandlade och få samma information. Patienterna ville att journalerna skulle vara så välskrivna att alla svar skulle kunna läsas där. Patienterna ansåg även att informationen i journalen skulle hjälpa de som hade svårt att träffa samma varje gång att få ökad kontinuitet.

I Wade et al. (2015) och Redsell et al. (2007) artiklar jämfördes om det blev någon skillnad ur det kontinuerliga synsättet beroende av vilken yrkesgrupp personen vårdades av, det vill säga om det blev skillnad om patienten fick omvårdnad av en sjuksköterska eller en läkare. Patienterna i båda studierna ansåg att det var viktigt att den man träffade var uppdaterade på deras medicinska historia. I Wade et al. (2015) studie upplevde patienterna större flexibilitet vid vård av sjuksköterska när de sökte kontakt, det var mer effektivt, sjuksköterskorna tog sig mer tid med patienten. Kunde inte sjuksköterskan svara på frågor så fann de svaren genom det goda samarbetet som fanns i vårdteamet, sjuksköterskorna jobbade utifrån ett mera holistiskt synsätt som också visade sig vara mera ekonomiskt. Att delegera uppföljande besök till sjuksköterskor gav högre tillgänglighet, vilket skapade högre kontinuitet i möjligheten att utföra provtagningar och uppföljande besök. Det fanns även större möjlighet att få relationell kontinuitet till sjuksköterskan enligt detta sätt att arbeta än det gjorde till läkaren i vanlig organisation där patienten fick all sin vård av sin läkare. I Uijen et al. (2012) studie visar resultatet istället på att patienter som fick vård vid enstaka tillfällen allt eftersom det uppstod

vårdbehov, upplevde högre grad kontinuitet, jämfört med de patienter som fick egenvårdsbehandling i kombination med utbildning och motiverande samtal av sjuksköterskor, eller där patienten fick regelbunden uppföljning genom att träffa sjuksköterska minst två gånger per år och läkare en gång per år.

Patienterna i Nazareth et al. (2008) studie ansåg att det var viktigt med information om vad som hände under tiden mellan olika undersökningar eller behandlingar då ovisshet skapade osäkerhet, vilket i sin tur gjorde att kontinuitetskänslan försvagades. Fick patienterna tydlig information om exempelvis långa väntetider eller varför undersökningar dröjde så länge, medförde detta att patienterna uppfattade kontinuiteten som hög. Hade personen fått information om att en ny vårdavdelning skulle ta sig an deras fall, var det viktigt att denna överlämning fick en bra uppföljning inom rimlig tid, och hade en avdelning utfört ett prov måste nästa avdelning vara snabb att delge svaret till patienten så snart svaret inkommit, för upplevs det som lång tid mellan undersökning och resultat, så minskade känslan av kontinuitet hos patienten.

Longitudinella kontinuiteten

Att inte ha en varaktig sjuksköterskekontakt, oavsett det är kontakten med en läkare eller sjuksköterska, skapade lägre känsla av kontinuitet för patienten (Kristjansson, et al., 2013; Nazareth et al., 2008). Hög omsättning bland personalen på SÄBO medförde att patienten ofta behövde skapa nya relationer till sina omvårdnadsgivare, vilket ledde till att känslan av kontinuiteten samt trygghet och tillit till vården minskade. Att så mycket som möjligt få träffa samma sjuksköterska under vårdtiden gav kontinuitet och möjliggjorde en mer personlig relation. Detta ökade tilliten till sjuksköterskan och gav bättre förutsättningar för att sjuksköterskan skulle uppfatta patientens behov. De organisationer som hade rotationsschema, det vill säga där personalen roterar mellan flera olika avdelningar under en tidsperiod, gav patienterna lägre känsla av kontinuitet. Vilken sorts ledarskap som utövades påverkade hur atmosfären blev inom organisationen. Gynnades utvecklingen av relationell kontinuitet genom schemasättning och attityder hos ledningen, så arbetade personalen mer med patientens främsta för ögonen (Brown Wilson, 2009).

Vilken vårdnivå personen besökte påverkade i hur hög grad de fick kontinuitet (Aller et al., 2013). Primärvård- och specialistsjukvård gav högre känsla av kontinuitet än att besöka

akutsjukvård eller vanlig vårdavdelning (Seok Hong et al., 2010). Flera studier påvisar att var kliniken var belägen har betydelse för kontinuiteten. De patienter som bodde runt större samhällen eller städer upplevde att kontinuiteten är bättre än de som bodde på mindre orter. De större orterna hade oftast större antal mottagningar, vilket skapade valfrihet och medverkade till att upplevelsen av kontinuiteten stärktes (Kristjansson et al., 2013; Aller et al., 2013). I en undersökning som Karlsson, Edberg, Jakobsson och Hallberg utfört jämfördes patienter boendes på SÄBO med patienter som hade hemtjänst. Avseende den totala känslan av kontinuitet var det inte stor skillnad på upplevelsen, men de som mottog hjälp i hemmet var betydligt nöjdare med personalens kontinuitet i omvårdnaden.

I en studie av Boulton et al., (2006) med 1437 respondenter, angav tre fjärdedelar av dem att de ville kunna boka i förväg, för att kunna välja vem och ur vilken personalkategori de skulle träffa vid besöket. Ökad tillgång till snabbare besök, och att vården gavs inom rimlig tid enligt patientens förväntningar var viktigt för upplevelsen av kontinuitet (Al-Azri et al., 2014; Nazareth et al., 2008). Att ha öppet på helger innebar att verksamheten hade större personalgrupp och därmed försämrade möjlighet att ge hög grad kontinuitet (Kristjansson et al., 2013). Att patienten arbetade heltid medförde sämre kontinuitet då patienterna fick boka tid utifrån sina möjligheter att besöka vården, inte utifrån vilken person de ville träffa (Kristjansson et al., 2013; Baker et al., 2006). I Aller et al. (2013) studie där syftet var att fastställa upplevd grad av kontinuitet vid jämförande besök på primärvård mot specialistvård, samt vilka faktorer som spelade in för kontinuitetsupplevelsen. I denna studien deltog 1497 patienter med olika sjukdomsbakgrunder och olika utbildningsnivåer, av de som deltog hade 40% ingen utbildning eller endast slutförd grundskoleutbildning och dessa patienter uppfattade kontinuitet som god, medan de 57% som hade högre utbildning och universitetsexamen upplevde att kontinuiteten inte var till belåtenhet. En studie utförd av Al-Azri et al. (2014) visade att ju högre utbildning desto svårare var det att få träffa samma varje gång. Patienter med högre utbildningsnivå ställde högre krav på delaktighet och ville involveras vid medicinska beslut. Patienterna ville känna att de samarbetade med n och att de var en del av teamet.

Interpersonell kontinuitet

Att få träffa en känd och av patienten själv namngiven sjuksköterska eller annan ger en hög känsla av kontinuitet och tillfredsställelse med vården (Boulton, Tarrant, Windridge, Baker & Freeman, 2006). Flera studier gjorda av Baker et al., 2006; Boulton et al., 2006; Redsell, Stoke, Jackson, Hasting och Baker (2007) påvisade att faktorer som påverkade uppfattningen

om kontinuitet var olika mellan äldre och yngre patient grupper. För de äldre patienterna från 65 år och uppåt hade det stor betydelse att få träffa någon som tog sig tid att lyssna på deras problem ur såväl medicinskt som personligt perspektiv (Baker et al., 2006), att träffa samma sjuksköterska vid sina vårdtillfällen, att n över tiden har blivit deras ”egna” personliga sköterska. De äldre patienterna ville gärna bli igenkända redan när de kommer till mottagningen och anmälde sig i receptionen (Boulton et al., 2006).

De faktorer som var viktiga för de äldre hade inte lika stor betydelse för de yngre patienterna. De patienter som var yngre och fortfarande var yrkesarbetande hade inget emot att besöka mottagningar där många olika arbetade, det som istället var viktigt för dessa patienter var att få hjälp snabbt, att informationen var tillräcklig och att de kunde föra en diskussion runt sina problem. (Seok Hong, Chung Kang, & Kim, 2010).

Patienterna som var med i Wade et al. (2015) studie beskrev att det tar tid att bygga upp en relation, och att det första mötet var avgörande för hur det fortsatta samarbetet skulle komma att fungera. Patienterna tyckte också att det var viktigt att de som patienterna träffade var uppdaterade på deras medicinska historia, att sjuksköterskorna var flexibla och jobbar utifrån ett mera holistiskt synsätt. Liknande resultat kunde Nazareth et al. (2008) påvisa i att det var viktigt att patienterna kände sjuksköterskan. De menade att den kontinuiteten ledde till att de bättre involverades i beslutstagandet, till ökad tillit till sjuksköterskan och skapade förutsättningar för kontinuitet. Även Kristjansson, Hogg, Tuna, Maya-Bruinsma och Gebremichaels (2013) kom fram till att då patienten träffade samma sjuksköterska, så skapades en bättre relation som ledde till ökad tillit och delaktighet i beslut och ökade känslan av kontinuitet. De kunde även se att kontinuiteten som skapades genom att träffa samma sjuksköterska gav bättre följsamhet till behandlingen, och detta i sin tur ledde till att behandlingsresultaten förbättrades.

Trots att patienterna satte högt värde i att träffa samma vid sina besök, visade Alazri, Neal, Heywood och Leese (2006) att undantag ibland görs från detta. Deltagarna i studien uppgav att om det uppstod ett akut problem, kunde vem som helst få hjälpa dem. Gällde besöket personens barn var det inte heller högprioriterat vem som skulle hand om barnet, det som var viktigt då var att barnet snabbt fick hjälp.

I studien av Kristjansson et al. (2013) visades att en viktig faktor som höjde kontinuiteten var om personen hade en kronisk sjukdom, då de personerna oftare kräver regelbunden uppföljning med fler besök hos vården. Detta resultat bekräftades även av andra studier Seok Hong et al. (2010), Aller et al., (2013); Bentler, Morgan, Virnig och Wiolinsky (2014) och

Baker et al. (2006). Dock, visade Seok Hong et al. (2010) att i de fall som patienter hade flera sjukdomar så sänkte det känslan av kontinuitet, bäst kontinuitet upplevde de som enbart hade en sjukdom.

Kontinuitet var viktigt för personer som hade dåliga upplevelser av vården och själva livet, samt de som mådde psykiskt dåligt. (Kristjansson et al., 2013). I Ciechanowski och Katon (2006) studie beskriver de att hur en individ kunde knyta an till andra personer också påverkade deras förmåga att skapa relation med andra. Studien beskriver att personer som hade dålig självkänsla, hade svårt att lita på andra och har rädsla för att söka hjälp hade svårt att få den interpersonella kontinuiteten att fungera.

DISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att undersöka vilka faktorer som påverkar patientens upplevelse av kontinuitet. Resultatet tyder på att flera faktorer spelar in för individen, men att vissa faktorer påverkar i högre grad. Resultatet delas in i tre kategorier:

Många studier visade att det var viktigt för kontinuiteten att de fick träffa en person som de kände sedan tidigare och att få träffa samma vårdpersonal vid alla vårdtillfällen (Boulton et al., 2006; Redsell et al., 2007; Al-Azri et al., 2014; Nazareth et al., 2008).

En viktig faktor som höjde kontinuiteten var om personen hade en kronisk sjukdom, då de personerna oftare kräver regelbunden uppföljning med fler besök hos vården (Kristjansson et al., 2013; Seok Hong et al., 2010; Aller et al., 2013; Bentler et al., 2014 & Baker et al., 2006). Wade et al. (2015) samt Redsell et al. (2007) jämfördes om det blev någon skillnad i kontinuitetsupplevelsen beroende av vilken yrkesgrupp personen vårdades av. Patienterna i båda studierna ansåg att det var viktigt att den man träffade var uppdaterade på deras medicinska historia och patienterna upplevde större kontinuitet om vården utfördes av sjuksköterska istället för av andra vårdgivare. Sjuksköterskorna var mer anpassningsbara, flexibla och tog sig mer tid med patienten.

Resultatdiskussion

Kontinuiteten gör att kontakten mellan patienter och sjuksköterskor blir bättre, något som måste främjas enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763). Det är också en faktor som börjar belysas och tas hänsyn till i de olika verksamheterna inom vården, då det visat sig

ha effekter som gör att patienterna snabbare svarar på den omvårdnad sjuksköterskorna ger dem, vilket i sin tur gör att kostnaderna för vårdtillfällena minskar. Enligt Inspektionen för vård och omsorg (IVO,2013) känner var femte äldre med stort vårdbehov att kontinuiteten till personalen har brister. Sätter man den undersökningen i relation mot Travelbees existentiella livsåskådning där kommunikationen är en ömsesidig process som förmedlar tankar och känslor, både verbalt och icke-verbalt som kräver en mellanmänsklig relation (Kirkevold, 2000), så påvisar det att vården idag brister ur patientens synvinkel och det är något som sjuksköterskan måste uppmärksamma och jobba mot då det är viktigt att få träffa samma person vid sina vårdtillfällen för att kunna få en relation.

I större städer finns det ett större antal mottagningar, detta medför att blir lättare för patienterna att välja mellan tillgång till en vårdgivare som de själva valt och känner eller att få snabb vård. Bor man långt från mottagningarna får man lov att vänta längre tid för att träffa en vårdare eftersom antalet mottagningar är begränsat. Detta kan göra att patienten känner blir tvingad att träffa den vårdare som är tillgänglig för att få direkt hjälp, kan patienten däremot vänta några dagar extra så är det större chans på de mindre orterna att få träffa den vårdare som som efterfrågas (Kristjansson, Hogg, Tuna, Maya-Bruinsma & Gebremichaels 2013; Aller et al. 2013; Boulton, Tarrant, Windridge, Baker & Freeman. 2006).

Att träffa en person som är känd sedan tidigare och att få träffa samma vårdpersonal vid alla vårdtillfällen är viktigt (Boulton et al.,2006; Redsell et al., 2007; Al-Azri et al., 2014; Nazareth et al., 2008), speciellt för äldre och patienter med kroniska sjukdomar eller som har flera olika sjukdomar som kräver behandling. Det här är något som är svårt att uppfylla inom vården idag, där personaltätheten blir sämre eftersom det genomgående genomförs omstruktureringar med följd av personal minskningar allt för att minska den totala vårdkostnaden i samhället. Författarna menar att de stora nedskärningar som idag är en verklighet inom både hälso och sjukvården är en fara för kontinuiteten på flera sätt. Bland annat kan det vara svårt att till exempel lägga ett schema som främjar kontinuiteten. Travelbee menade att allt som kan påverka individens hälsa och välbefinnande ska beaktas vid sjuksköterskans planering av vård, vilket innebär att dagens användande av önskeschema negativt påverkar kontinuiteten (Kirkevold, 2009). På grund av att det är få sjuksköterskor och många stafett sjuksköterskor, så är det svårt att planera för återbesök och så vidare med tanken på att patienterna ska få möjlighet att träffa samma sjuksköterskor även vid nästa besök. Att det är

viktigt att planera för att få en bra kontinuitet i vården styrks även av Gjevon et al. (2013). Samtidigt slås mindre avdelningar ihop för att bilda allt större organisationer. Detta medför att patienterna och sjuksköterskorna inte upplever att behovet av kontinuitet uppfylls tillräckligt, eftersom sjuksköterskorna inte känner sina patienter, utan det är något som sjuksköterskorna trots den höga arbetsbelastningen som råder måste jobbas vidare med för att uppnå.

I kommunal omvårdnad har sjuksköterskan en nyckelroll som ansvarig för hälso- och sjukvård men det är enligt IVO (2013) svårt för verksamheterna att hitta sjuksköterskor med rätt erfarenhet och inriktning. I Landstinget Dalarna och andra landsting saknas ett stort antal sjuksköterskor med stängda vårdplatser som följd. Speciellt somrarna är svåra att täcka upp under semestrarna. Därför är det vanligt med stafettsjuksköterskor från bemanningsföretag för att få hjälp att anställa tillräckligt många sjuksköterskor med eftersökt inriktning och som har erfarenhet av området. Användandet av stafettsjuksköterskor och stafettläkare strider helt mot de faktorer som bidrar till bättre kontinuitet och försvårar skapandet av den relation som krävs för att skapa tillit till vården och sjuksköterskan. Kostnaden för inhyrd personal har ökat i Landstinget Dalarna från 218 000 kronor 2011 till 14 miljoner kronor 2014 (Läkartidningen, 2015). Den 19 oktober 2015 lade Landstinget Dalarna fram ett förslag om att stoppa inhyrningen av bland annat stafettsjuksköterskor. Sveriges kommuner och landstings (SKL, 2015) styrelse rekommenderade i oktober 2015 sin kongress att bifalla en motion om att ta fram en strategi i att minimera antalet inhyrd personal då användningen av bemanningsföretag i alltför stor utsträckning har direkt påverkan på : patientsäkerheten. arbetsmiljön och den gör det svårt att klara sitt utbildningsuppdrag för bland annat läkare och sjuksköterskor. Så även om ledningen i Landstinget Dalarna ser det ekonomiska problemet med inhyrd personal och är på rätt väg när det handlar om att minska personalomsättningen, så finns det mycket kvar för Dalarnas kommuner och landstinget att göra vad gäller förmågan att se behovet av och viljan att skapa kontinuitet för patienterna.

I en studie av socialstyrelsen (2003) undersöktes vilka faktorer som äldre patienter ansåg vara viktigt i kontakten med vården. Patienterna ansåg att faktorerna att förstå sammanhang, tilltro till vården, förtroendefull relation och goda kontaktmöjligheter alla var lika viktiga och utgjorde basen för en trygg vårdrelation. Det har visat sig att när personalen är känd av patienterna skapas det en bättre relation (Boulton et al.,2006; Redsell et al., 2007; Al-Azri et al., 2014; Nazareth et al., 2008), vilket i sin tur skapar tillit, känslan av att bli hörd och ger en

större möjlighet att ta del av beslut om egna vården. Det ger också en bättre följsamhet i behandlingen vilket i sin tur ger bättre resultat av behandlingen. Författarna menar att vid palliativ vård samt kroniska smärttillstånd är kontinuitet hos personalen extra viktig.

I Wade et als. (2015) studie upplevde patienterna större flexibilitet vid vård av sjuksköterska när de sökte kontakt, det var mer effektivt, sjuksköterskorna tog sig mer tid med patienten. Författarna anser att erfarna sjuksköterskor har en hög kompetens som inte alltid nyttjas fullt. Sjuksköterskan har som mål att förebygga och lindra ohälsa medan läkarna ofta upplevs mer fokuserade på att bota eller lindra redan uppstådda problem. Båda perspektiven behövs men beroende på patientens behov kan det vara minst lika effektivt med sjuksköterskans vård. Detta stärks av Larsson, Fridlund, Arvidsson, Teleman, Svedberg. & Bergman (2015) som kom fram till att patientsäkerheten var lika bra hos både sjuksköterska och läkare, samtidigt som vården given av sjuksköterska var hälften så dyr. Flera Landsting har under våren och sommaren provat att ersätta läkare med sjuksköterskor på akutmottagningen för att bättre utnyttja läkarna och för att spara patienternas tid, bland annat på Sahlgrenska sjukhuset och Akademiska sjukhuset, men än har inte något resultat publicerats av hur försöken gått, hur patientsäkerheten varit eller av patientupplevelsen.

Författarna menar att resultatet och tidigare forskning visar på att det finns brister i kontinuiteten till patienten på flera nivåer. Det brister både relationellt, i mellanmänskliga relationen samt att det finns brister i samverkan och information mellan de olika vårdnivåer och vårdpersonalgrupper patienten besöker eller får besök av. Det finns fortfarande mycket som kan göras för att förbättra vårdupplevelsen och patientsäkerheten med kontinuitet som fokus. Vi anser att det behövs bättre samarbete mellan kommun och landsting eftersom de ofta verkar runt samma patient, gärna med ett gemensamt journalsystem för att öka den informationsmässiga kontinuiteten.

Metoddiskussion

Litteraturoversiktens syfte var att sammanställa och beskriva den forskning och kunskap som finns angående de faktorer som påverkar individens uppfattning av kontinuiteten inom omvårdnaden. Artiklar som haft låg kvalitet vid granskningen har valts bort. Avgränsningen sattes för att litteraturoversikten skulle baseras på senast tillgängliga kunskap och forskning. Författarna har dock funderingar om mallarnas användbarhet, då varje fråga ger en poäng, därmed väger frågan om ifall artikeln anger var data samlades in lika tungt som om studien inte uppfyller syftet eller om studien är trovärdig.

En styrka i studien är att vi använt oss av både kvalitativa och kvantitativa studier samt en studie med mixad metod vilket gett ett försök till att påvisa samband mellan faktorer och dess påverkan på individers upplevelse av kontinuitet. En svaghet med studien kan vara att inkluderade artiklar var skrivna på engelska vilket kan innebära att motsägande resultat från artiklar skrivna på andra språk kan ha uteslutits. Författarna kan ha missförstått artiklarna då de var på engelska, men för att minimera missförstånd har författarna slagit upp de engelska ord de har varit osäkra på. Validiteten i studien kan ifrågasättas då det har varit svårt att hitta artiklar som enbart riktar sig mot personens upplevelse av kontinuitet då de flesta försökt mäta personens upplevelse av tillfredsställelse med vården, och att kontinuitet då enbart varit en del i den mätningen. Något som ökat reliabiliteten och trovärdigheten med studien, anser författarna, var att sökstrategin, tillvägagångssätt och analysmetod har presenterats noggrant. Detta innebär att litteraturstudien skulle kunna replikeras och uppnå samma resultat. Ekengren och Hinnfors (2012) säger att det är viktigt att slutsatserna ska kunna nås oavsett valet av metod och val av material i litteraturöversikten.

Slutsatser

Studien visar att kontinuitet är något som patienter upplever som viktigt när de möter vården. Speciellt äldre och multisjuka har ett ökat behov, och vårdapparaten idag tar särskild hänsyn till dessa patienter, vilket gör att de har en hög upplevelse av kontinuitet redan idag, men att det finns fortfarande mycket som kan göras för att förbättra vårdupplevelsen. Individuella faktorer påverkar i hög grad patienternas upplevelser, men utifrån kunskap om vilka faktorer som påverkar kan organisationen struktureras för att underlätta olika individers olika behov. Att ge patienten valmöjlighet redan vid bokningen att få välja om den vill träffa en viss personal eller om denne vill ha snabb tillgång till besök påverkar patientens upplevelse av kontinuitet och därmed i förlängningen dess tillfredsställelse med vården.

Författarna anser att det saknas forskning på patienter med kroniska sjukdomar i åldersgrupperna 18-65 år då de flesta undersökningarna skett på patienter över 65 år. Forskning saknas om hur vården ska organiseras, för att kontinuiteten ska upplevas bättre ur ett patientperspektiv, balanserat mot organisationens behov av att spara tid och pengar.

Studiens kliniska betydelse för samhället samt etiska aspekter

Litteraturstudien pekar mot vilka faktorer som skapar kontinuitet och kan vara intressanta att titta på, för en organisation under uppbyggnad eller vid en omorganisation, när det handlar om att skapa förutsättningar för ökad patientsäkerhet och patienttillfredsställelse i relation till organisationens behov. Till exempel kan det finnas flera olika kompetenser som arbetar i ett team på vårdcentralen, där flest patienter får sin omvårdnad. Det är även viktigt för organisationen att förstå betydelsen av koordination och informationsflöde mellan och inom organisationer.

REFERENSER

Al-Azri, M., Al-Ramadhani, R., Al-Rawahi, N., Al-Shafee, K., Al-Hinai, M., & Al-Maniri, A. 2014. Patients' attitudes and experiences of relational continuity in semi-urban general practice in Oman. *Family Practice*, 31(3), 303-309. doi: 10.193/fampra/cmu004

Alazri, M H., Neal, R D., Heywood, P., & Leese, B. (2006) Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *The British Journal of General Practice*. 2006, Jul 1; 56(528). Hämtad 20 november från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1872058/>

Aller, M-B., Vargas, I., Waibel, S., Cordech, J., Sanchez-Perez, I., Colomes, L., Llopart, J R., Ferran, M., & Vaxquez, L. A. (2013) A comprehensive analysis of patients perception of continuity of care and their associated factors, *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 291-299. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt010>

Baker, R., Boulton, M., Windridge, K., Tarrant, C., Bankart, J., & Freeman, G K. (2006). Interpersonal continuity of care: A cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences, *The British Journal of General Practice*. 2007, Apr 1; 57(537). Hämtad 20 november från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2043338/>

Bentler, S E., Morgan, R O., Virnig, B A., & Wiolinsky, F D. (2014). Evaluation of a patient-reported continuity of care model for older adults. *Qual Life Res* 2014(23), 185-193. doi: 10.1007/s11136-013-0472.x

Berg, L., Skott, C., & Danielson, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20(1), 42-50. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00378.x

Björkelund, C., Maun, A., Murante, AM., Hoffman, K., De Maseseer, J., & Farkas Pall, Z. (2013). Impact on continuity on quality of primary care: from the perspective of citizens preferences and multimorbidity- position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 2013(21), 193-204. Hämtad 10 maj 2015 från <http://web.a.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9f4056d1->

151b-4ebe-98f172549e443b7%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4212.

Boulton, M., Tarrant, C., Windridge, K., Baker, & Freeman G K. (2006). How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study. *British Journal of General Practice* 2006(56), 749–755. Hämtad 28 oktober från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1920714/pdf/bjpg56-749.pdf>

Brown Wilson, C. (2009). Developing community in care homes through a relationship-centered approach. *Health and Social Care in the Community*, 17(2), 177-186. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00815.x

Ciechanowski, P., Katon, W. (2006). The interpersonal experience of health through the eyes of the patients with diabetes. *Social Science & Medicine* 2006 (63) 3067–3079. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.002

De Maeseneer, J M., De Prin, L., Gosset, C. & Heyerick, J. (2003). Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003 Sep-Oct; 1(3):144-8 doi: 10.1370/afm.75

Dreiherr, J., Comaneshter, DS., Rosenbluth, Y., Battat, E., Bitterman, H., & Cohen, AD. (2012). The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population-based study. *Israel Journal of Health Policy Research* 2012(1), 21. doi:10.1186/2045-4015-1-21

Ekengren, A-M. & Hinnfors, J. (2012). *Uppsatshandbok- Hur du lyckas med din uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.

Fergusson, L M., Ward, H., Card, S., Sheppard, A., & Mcmurtry, J. (2013). Putting the ‘patient’ back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education in Practice*, 13(2013) ,283-287. doi: 10.1016/j.nepr.2013.03.016.

Finansdepartementet. (2008). *Kommuner och landsting – organisation, verksamhet och ekonomi*. Stockholm:Finansdepartementet.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Freeman, G., & Huges, J. (2010). *Continuity of Care and the patient Experience*. The Kings Fund: London. Hämtad 22 maj 2015 från http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/continuity-care-person-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf

Friberg, F. (2012 a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012 b). Att göra en litteraturoversikt. Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Gjevjon, E R., Eika, K H., Romøren, T O., & Landmark, B F. (2013). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of advanced nursing* 70(3), 553-563.doi:1111/jan.12214.

Haggerty, JL., Reid, RJ., Freeman, GK., Starfield, BH., Adair, CE., & McKendry, R.(2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. 2003, Nov 22; 327(7425), 1219–1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219

IVO2013-2. (2013) *Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre– slutrapport 2013*. Stockholm:Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 26 november från <http://register.ivo.se/publiceratmaterial/rapporter/Documents/aldre-efterfragar-kontinuitet.pdf>

Karlsson, S., Edberg, A-K., Jakobsson, U. & Hallberg, I-L. (2013). Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 318–330, doi: 10.1111/jocn.12115

Kirkevold, M.(2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Kristjansson, E., Hogg, W., Tuna, M., Maya-Bruinsma, L. & Gebremichael, G.(2013.) Predictors of relational continuity in primary care: patient provider and practice factors. *BMC Family Practice*,14(72). Doi:10.1186/1471-14-72

Kristensson, J., Hallberg, IR., & Ekwall, AK.(2009). Frail Older Adults' Experiences of Receiving Health Care and Social Services. *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING*, 36(10), 20-28. doi: 10.3928/00989134-20100330-08

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., Svedberg. & Bergman, S. (2015). A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: a cost comparison study in a randomised controlled trial. *BMC*. 2015;16: 354. doi:10.1186/s12891-015-0817-6

Ström, M. (2015) Sjuksköterskebristen vårt största arbetsmiljöproblem.*Läkartidningen*, 2015;112:DAAA. Hämtad 25 november 2015 från (<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/01/Sjukskoterskebristen-slar-hart-mot-sjukhuslakarna/>)

Mahomed, R., St John, W. & Patterson, E. (2012). Australien.Understanding the process of patient satisfaction with nurse-led chronic disease management in general practice. *Journal of Advanced Nursing*. 68(11), 2538-2549. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05953.x

Nazareth, I., Irving, A., Aslett, H., Ramsey, A., Richardson, A., Tookman, A., Mason, C., King, M. (2008). Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer – a qualitative case study analysis, *European Journal of Cancer Care*,17,569-577. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00891.x

Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2011) Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health and social care in the community*, 19(6), 567-601. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01001.x

Polit, DF., & Beck, CT. (2012). *Nursing Research -Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.9.th Edition*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg-Martilla, D., & Mattila, K.(2014). Decreasing trends in patients satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BCM Fam Pract. May 15*. doi:10.1186/1417-2296-15-98

Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A., & Baker, R. (2006). Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 57(2), 172–180. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04085.x

Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2014). *Att skriva en bra uppsats*. Lund: Liber.

Saultz, J W. (2003). Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med*. 1(3). 134–143.doi: 10.1370/afm.23

Seok Hong, J., Chung Kang, H. & Kim, J. (2010). Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea. *J Korean Med Sci* 2010; 25: 1259-1271 doi: 10.3346/jkms.2010.25.9.1259

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 15 maj från Riksdagen.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 4 Juni 2015 från Riksdagen.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K6

Socialstyrelsen. (2003). *Trygghet- en studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården*. Hämtad 26 november från

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10727/2003-123-21_200312321.pdf

Socialstyrelsen. (u.å). *Vård och omsorg av äldre*. Hämtad 4 juni 2015 från Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Vard-och-omsorg-om-aldre-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2007). *Vård och omsorg av äldre- Lägesrapport 2006*. Hämtad 2 november 2015 från Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-131-12>

Socialstyrelsen. (2009). *Utmaningar för svensk hälso- och sjukvård inför 2010-talet*. Hämtad 7 januari 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utmaningar%20f%C3%B6r%20svensk%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd%20inf%C3%B6r%202010%20talet.pdf>

Sullivan, K A., Schultz, K., Ramaiya, M., Berger, M., Parnell, H. & Quinlivan, E B. (2015). Experiences of Women of Color with a Nurse patient Navigation Program for Linkage and Engagement in HIV Care. *AIDS patient CARE and STDs. Volume 29*(1). DOI: 10.1089/apc.2014.0279

Svenska kommuner och landsting. (2015) *Motion 27- Minimering av anlitaandet av hyrpersonal i vården*. Stockholm: Avdelningen för vård och omsorg. Hämtad Hämtad 26 november från

<http://skl.se/download/18.85439e61506cc4d3a276438/1445862107419/Motion+27+minimering+av+anlitaandet+av+hyrpersonal+i+v%C3%A5rden.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 26 november 2015 från

http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Swedish standard institute, SIS.(u.å). *Begreppssystem för kontinuitet i vården*. Stockholm.

Hämtad 17 november från

http://www.sis.se/pdf/CONTsys_13940_090417633928385270740803.pdf

Svenska Akademien. (2006) *SAOL 13*. Hämtad 8 November från

<http://www.svenskaakademien.se/svenska-spraket/svenska-akademiens-ordlista-saol/saol-13-pa-natet/sok-i-ordlistan>

Uijen, A-M., Bischoff, E WMA., Schellevis, F., Bor, H HJ., Van den Bosch, W JHM. & Schers H J.(201). Continuity in different care modes and its relationship to quality of life- a randomised controlled trial in patients with COPD. *BrJGenPract* 2012. doi: 10.3399/bjgp12X649115.

Wade, J., Holding, P N., Bonnington, S., Rooshenas, L., Lane, J A., Salter, C E., Tilling, K., Speakman M J., Brewster, S F., Evans, S., Neal, D E., Hamdy, F C., Donovan, J L. Establishing nurse-led active surveillance for men with localised prostate cancer: development and formative evolution of a model of care in the Protec T trial. *BMJ Open* 2015;5:e008953. doi:10.1136/bmjopen-2015-008953

Waibel, S., Henao, D., Aller, M-B., Vargas, I. & Vazquez M-L. (2011). What do we know about patients`perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal of Quality in Health Care* 201, 24;1. 39-48. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzr068>

Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A. & Forster, A J. (2009) The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16(2010) 947-956. doi:10.1111/j.1365.2009.01235.x

Vetenskapsrådet. (2011). *GOD FORSKNINGSSSED*. Bromma: CM-Gruppen AB.

Hämtad 5 november från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING**Kvantitativa studier**

	Fråga	Ja	Nej
	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
	Återger abstraktet studiens innehåll?		
	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
	Är designen relevant utifrån syftet?		
	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
	Är inklusionskriterierna relevanta?		
	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
	Är exklusionskriterierna relevanta?		
	Är urvalsmetoden beskriven?		
	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
	Finns populationen beskriven?		
	Är populationen representativ för studiens syfte?		
	Anges bortfallets storlek?		
	Kan bortfallet accepteras?		
	Anges var studien genomfördes?		
	Anges när studien genomfördes?		
	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
	Anges vilka mätmetoder som användes?		
	Beskrivs studiens huvudresultat?		
	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
	Besvaras studiens frågeställningar?		
	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		

	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING**Kvalitativa studier**

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionkriterier beskrivna?		
11	Är exklusionkriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		

25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Tabell 2 Sammanställning av artiklar (n=15) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Aller, M-B., Vargas, I., Waibel, S., Cordech, J., Sanchez-Perez, I., Colomes, L., Llopart, J R., Ferran, M. & Vaxquez, L. 2013. Spanien.	A comprehensive analysis of patients perception of continuity of care and their associated factors	Patientens upplevelse av tillfredsställelse med kontinuiteten i primär och specialist vård samt vad som påverkar upplevelsen och om det är skillnad mellan nivåerna i upplevelsen av kontinuitet	Intervjuer baserade på frågor framtagna genom instrumentet Questionnaire of continuity between care levels.	1500 personer erbjöds delta, 77% tackade nej. Personer över 18 år som besökte primärvård eller sjukhus för 3 månader sedan	Känslan av kontinuitet är generellt högre i primärvård än specialistvård. Påverkande faktorer är: Positivt: hög ålder, tillgänglighet och om primär och specialistsjukvård är på samma ställe eller uppdelat. Negativt: Hög utbildning. Fler än en sjukdom, utlandsfödd,	21 P 84%
Bentler, S E., Morgan, R O., Virnig, B A. & Wiolinsky, F D. 2014. USA	Evaluation of a patient-reported continuity of care model for older adults.	Att utvärdera en mätmetod för att se vilken patientgrupp som är mest trolig att få fördelar av CoC	Kvantitativ metod. 6060 slumpmässigt valda patienter utsågs att fylla i enkäten National Health and Health Service Use Questionnaire	2620 patienter < 65 år som hade medicinskt rättighetsbidrag fyllde fullständigt i enkäten. Patienterna var av båda könen, av olika etnicitet, hade olika inkomst och olika lång utbildning	Metoden visar att kontinuitet ska mätas både utifrån tiden vårdgivaren ger och utifrån var vården ges. Upplevelsen av kontinuitet och vilka faktorer som påverkar skiljer sig mellan män och kvinnor samt beroende på etnicitet och upplevd hälsa.	25 P 86 %
Kristjansson, E., Hogg, W., Tuna, M., Maya-Bruinsma, L. & Gebremichael, G. 2013. Canada.	Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors	Att analysera vilka faktorer som skapar Kontinuitet i vården och vilken typ av vård som kan ge mest Kontinuitet.	Enkät som skapades utifrån verktyget PCAT. Delades ut till patient, vårdgivare och kliniker under perioden oktober 2005 – juni 2006. 137 vårdcentraler och 5296 patienter deltog och svarade på fyra frågor rörande faktorer som påverkade upplevelsen av kontinuitet.	Patienter över 18 år som inte var akut sjuka eller var kognitivt nedsatta. Kliniker som varit verksamma över 1 år och godkända deltagande, Sjuksköterskor som arbetat längre än 6 månader.	Faktorer som påverkar Positiv påverkan: Hög ålder, närhet till vården, om de har "husläkare" Negativ påverkan: mental ohälsa, högre utbildning, om de arbetar heltid	21 P 84%
Alazri, M H., Neal, R D., Heywood, P, & Leese, B. 2006 England	Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care	Hur patienter med typ 2 diabetes uppfattar och vilka erfarenheter de har av kontinuiteten inom primär-vården. För, nack-delar och olika typer av kontinuitet.	intervjuades	79 patienter från sju vårdcentraler med typ 2 diabetes i	Relationsmässig kontinuitet var bra för den psykosociala hälsan, men den kunde leda till feldiagnostik. Den teamrelaterade kontinuitetens var bra för den psykiska omvårdnaden, men man upplevde en frånvaro av personlig kontakt och det kunde skapa förvirring i behandlingen	21 P 84 %

Karlsson, S., Edberg, A-K., Jakobsson, U. & Hallberg, I-L. 2013. Sverige.	Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accomodation.	Undersöka relationen mellan tillfredsställelse beroende av boendeform, vårdbehov och hälsobekymmer.	Intervjuer genomförda Oktober 2002- Maj 2003 av särskilt utbildade sjuksköterskor. Intervjuerna genomfördes enl önska av patienten i hemmet eller annan plats.	166 patienter som besökte öppenvården i skåne .>65 som hade minst 2 besök/månad av hemsjukvård/hemtjänst eller bodde i särskilt boende.	Patienter som bodde hemma och fick hemsjukvård upplevde högre tillfredsställelse med både vårdkontinuitet och personell kontinuitet jämfört med patienter boendes på SÄBO.	26 P 89 %
Baker, R., Boulton, M., Windridge, K., Tarrant, C., Bankart, J. & Freeman, G K. 2006. England.	Interpersonal continuity of care: A cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences.	Att undersöka vilka personligheter som upplever kontinuitet som viktigt och vad som gör det svårt att få det.	Kvantitativ studie Enkäter med 31 frågor lämnades ut till slumpvis valda patienter på 22 olika kliniker i olika områden samt en "walk in" klinik. Deltagarna delades in i 4 åldersgrupper	1437 patienter svarade. De var 18-80 år gamla , bode i varierande stadsdelar och hade olika kön. Olika etnicitet och olika socioekonomiska förutsättningar.	Utifrån etnicitet, om man arbetar, och kön så uppger patienterna olika faktorer som viktiga. 766 patienter uppgav att det var viktigt at träffa någon de kände och litade på, av dessa uppgav 13% att de inte fick det vid besöket.	28 P 96 %
Al-Azri, M., Al-Ramadhani, R., Al-Rawahi, N., Al-Shafee, K., Al-Hinai, M. & Al-Maniri, A. 2014. Oman.	Patients attitudes and experiences of relational continuity in semi-urban general practice in Oman	Undersöka relationskontinuitetens roll i primärvården och dess effekt på patienternas uppfattning och erfarenhet av vården.	Kvantitativ studie Enkät som delades ut medan patienterna väntade i väntrummet. Under Juni 2012. Undersökningen förklarades av två forskningsassistenter och de som inte kunde läsa/skriva assisterades vid undersökningen.	958 patienter över 18 år deltog	Att träffa samma personal varje gång skapar bättre relation vilket skapar tillit, känsla av att bli hörd, att ta del av beslut om egna vården, följsamhet i behandlingen, bättre resultat av behandlingen. Saker som påverkar är att öka tillgång till snabbare besök, patientens utbildningsnivå	27P 93 %
Nazareth, I., Irving, A., Aslett, H., Ramsey, A., Richardson, A., Tookman, A., Mason, C., King, M. 2008. London, England	Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer – a pualitative case study analysis	Syftet var att få fram vilka relations faktorer som kunde påverka kontinuiteten hos cancer patienter	Intervjuer med öppna svars frågor genomfördes	21patienter, 12 med bröst cancer och nio med colorectal cancer från tre primärvårds ställen deltog, 28 intervjuer med nära anhöriga, läkare och sköterskor till dessa skedde	Resultatet visade att olika relationsförhållanden mellan de inblandade i vården runt den sjuke kunde påverka hur kontinuiteten, vårdkvaliteten och kommunikationen uppfattades	20 P 80 %
Wade, J., Holding, P N., Bonnington, S., Rooshenas, L., Lane, J A., Salter, C E., Tilling, K., Speakman M J., Brewster, S F., Evans, S., Neal, D E., Hamdy, F C., Donovan, J L. 2015 England	Establishing nurse-led active surveillance for men with localised prostate cancer: development and formative evolution of a model of care in the Protec T tria	Syftet var att se om det var någon skillnad på omvårdnad som endast gjordes av sjuksköterskor mot läkar och sjuksköterskeledd omvårdand.	Intervjuer och frågor I en kvalitativ studie	Männen som deltog var mellan 50-69 år. 22 män fick sjuksköterskeledd omvårdnad och 20 män fick en kombination av läkare och sköterskor vid sin omvårdnad. De intervjuades och fick svara på enkäter.	Den sjuksköterskeledda omvårdnaden, ökade flexibiliteten, tillgängligheten, kontinuiteten och ökade känslan av att det var bra kvalitet på omvårdnaden.	22 P 88 %
Brown Wilson, C. 2009. England.	Developing community in care homes through a relationship-centered approach	Att undersöka hur relationer utvecklas och dess betydelse i vårdhem.	En konstruktivistisk studie där 3 Vårdhem valdes för att bredda studien gällande erfarenheter, antal familjer och olikheter bland personalen. Boende, personal och familjemedlemmar i 3 vårdhem bildade fokusgrupper	Äldre patienter boende på vårdhem, personal och familjemedlemmar i 3 vårdhem	Faktorer som vilken sorts ledarskap som utövas och personalens och boendes möjlighet till delaktighet påverkar både personalens ageranden och patienternas känsla av samhörighet och kontinuitet	18 P 72 %

Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A. & Baker, R. 2006. England.	Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care.	Att studera hur patienterna tänker om och upplever skillnade i läkare och sjuksköterskors roller i primärvården.	Delvis strukturerade intervjuer med 28 patienter som sökte vård	28 vuxna patienter. 21-77 år gamla. Alla som ville delta togs med i studien.	Vårdgivaren Flertalet deltagare uppger att de har högre känsla av kontinuitet i relationen läkare-patient trots att de uppger att sjuksköterskorna tog sig längre tid med patienterna och var mer medkännande. Tidigare kännedom om patienten. Deras bakgrund, sociala status, tidigare sjukdomar osv.	23 P 92 %
Ciechanowski, P., Katon, W. 2006. USA.	The interpersonal experience of health through the eyes of the patients with diabetes.	Att undersöka om patienternas sätt att knyta an påverkade deras känslor av kontinuitet, tillit och relation till vårdgivarna	Kvalitativ delvis strukturerade intervjuer med 27 patienter.	27 patienter med DM 2, utvalda för att ge så varierande grad som möjligt gällande ålder, kön etnicitet och anknypnings metod	Patienternas sätt att knyta an påverkar hur de upplever kontinuitet och relationen med vårdgivaren	26 P 89%
Boulton, M., Tarrant, C., Windridge, K., Baker, & Freeman G K. 2006. England	How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study	Att undersöka hur patienten ser på och använder primärvården i relation till vårdgivarens förmåga att ge kontinuitet och tillgänglighet och att identifiera faktorer som förklarar eller hindrar patient tillfredsställelse.	Data collection involved in-depth interviews, consultation record booklets completed over 6 months and general practice records for the year including the study period. Data were analysed qualitatively	31 patienter <18 år valdes med hänsyn till att sprida variationen av kön, ålder, etnicitet, hälso status och om de var anställda eller inte.	Patienter är individer med olika förutsättningar och önsknningar. Hos vissa är det viktigt att få träffa en särskild person som namnges vid bokningen. Andra personer vill inte vara lästa hos särskilda personer, eller vill ha snabb vård, utan där väljer de bekvämlighetsfaktorer som viktiga för kontinuitet. Vissa vill snabbt träffa vårdgivare som namnges och att få det uppfyllt ger hög känsla av kontinuitet och tillfredsställelse med vården.	24 P 82%
Seok Hong, J., Chung Kang, H. & Kim, J. 2010. Korea.	Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea	Att undersöka tillgången till kontinuitet inom sjukhusvården för äldre personer i Korea och att undersöka om det finns ett samband mellan kontinuitet och hälsoresultat.	The study dataset was constructed for each disease with insurance claims for patients whose disease was marked as a primary disease or a secondary disease, Study subjects were followed for 4 yr, the first 3 for continuity of care and the last year for health outcomes	Elderly people, 65-84 yr of age, who were first diagnosed with diabetes mellitus (n=268,220), hypertension (n=858,927), asthma (n=129,550), or chronic obstructive pulmonary disease (COPD, n=131,512) in 2002 were followed up for four years, until 2006.	Antalet besök patienten gör på sjukhuset ökade känslan av kontinuitet upp till 36% besöket. Därefter sjunker känslan. Ålder påverkade upplevelsen av kontinuitet olika beroende på sjukdom. Män gavs mer kontinuitet än kvinnor. Vårdnivån påverkade hur hög grad de fick kontinuitet.	26 P 89 %
Uijen, A-M., Bischoff, E WMA., Schellevis, F., Bor, H HJ., Van den Bosch, W JHM. & Schers H J. 2012. Nederländerna.	Continuity in different care modes and its relationship to quality of life- a randomised controlled trial in patients with COPD.	Att analysera om upplevelsen av kontinuitet förändras hos patienter med Kroniska obstruktiv lung sjukdom vid olika vårdmetoder.	Studien var singel-blinded, parallell -group randomised controlled trial som delades in i 3 olika vårdmetoder. Studien pågick i 24 månader. Patienter delades in i 3 grupper och fick vård genom att träffa sin vanliga läkare när behov uppstod, genom att utbildade patienterna i egenvård och sedan skötas av sjuksköterskor genom telefonuppföljning, eller genom att vården delades av läkare och sköterskor genom kallelse till besök på VC 2-4 ggr / år.	180 patienter deltog med kriterierna att de efter bronkvidgande läkemedel hade FEV1<0.7 och FEV>30% än beräknat värde.	Patienter som får vård enl traditionell metod, där patienten söker vård vid behov, upplever högre grad kontinuitet än patienter som vårdas med alternativa modeller som – Egenvård i kombination med utbildning av SSK eller regelbunden uppföljning minst 2 ggr per år.	27 P 92 %