



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

”Då slipper man dra hela sitt livs historia”

En kvalitativ intervjustudie om äldre personers upplevelse av kontinuitet i svensk hälso- och sjukvård.

HUVUDOMRÅDE: *Gerontologi*

FÖRFATTARE: *Malin Färnlöf*

HANDLEDARE: *Ingemar Kåreholt*

JÖNKÖPING 2019 05

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att beskriva och fördjupa förståelsen för äldre personers upplevelse av kontinuitet i hälso- och sjukvården utifrån olika dimensioner i begreppet kontinuitet. Studien utformades som en kvalitativ intervjustudie med deduktiv ansats. De enskilda intervjuerna som utfördes analyserades med riktad innehållsanalys och med fokus på tre dimensioner av kontinuitet tidigare beskrivna i forskning; informationskontinuitet, behandlingskontinuitet och relationell kontinuitet. Tio informanter från en vårdcentral i Östergötland deltog, deras ålder varierade mellan 72-96 år och de hade alla haft fyra eller fler vårdbesök senaste året. Samtliga dimensioner tidigare beskrivna i forskning förekom i intervjuerna och informanterna beskrev främst den relationella dimensionen. Denna innehöll att betydelsefulla relationer skapas över tid, med olika vårdprofessioner, och här beskrev informanterna vikten av att kunna vara personlig och att ha en dialog i samförstånd, samt att skapa en relation till hela vårdenheten. Informationskontinuitet och behandlingskontinuitet var tätt sammankopplat med den positiva upplevelsen av relationell kontinuitet och här betonades bland annat vikten av att få träffa samma vårdpersonal för att behandlingen skulle bli sammanhängande. Att äldre personer kan känna sig icke värda den vård de erhåller, gör att vårdpersonal kan behöva hjälpa äldre personer att säkra kontinuitet då de kanske inte aktivt gör detta själva. Har äldre personer en fast vårdkontakt kan relation till vårdpersonal skapas och man slipper återberätta sin historia varje gång man besöker vården.

Nyckelord: sammanhängande vård, kronisk sjukdom, relationell kontinuitet, informationskontinuitet, behandlingskontinuitet

Summary

"I don't want to tell my story all over again"

A qualitative study of elderly's experience of continuity of care in the Swedish healthcare system.

The aim of this study was to expand the understanding of elderly's experiences in relation to continuity of care in the Swedish healthcare system. The method used was a qualitative interview format. The interviews were analysed with a direct content analysis, focusing on three dimensions of continuity of care described in previous research; informational continuity, management continuity and relational continuity. The ten people included in the study were all under the care of a primary healthcare unit in Östergötland. The participants were between 72-96 years old and they have all utilised different aspects of the Swedish healthcare system four times or more over the last year. Findings indicated that the participants mainly described the relational aspect of continuity and that relationships are developed over time. Important factors identified were mutual understanding in communication and a personal connection. The interviewees' perceived positive experience of relational continuity was closely linked to information sharing and a coherent treatment approach. Findings also indicated that if the relational continuity was reported to be a positive experience, so was the other dimensions of continuity. Elderly people might need help to assure continuity of care since they might not be able to do so themselves. If elderly people get to meet the same health care professionals relationships can evolve and they don't have to tell their story all over again.

Keywords: coherent care, chronic disease, relational continuity, management continuity, informational continuity

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Äldre i Sverige	1
Åldrande	1
Äldre och sjukdom	2
Äldre och sjukvård	2
Svensk sjukvård	3
Slutenvård	4
Primärvård	4
Digital vård	5
Begreppet kontinuitet i hälso- och sjukvård	5
Olika dimensioner av kontinuitet	6
Att mäta kontinuitet	8
Kontinuitetens baksida	9
Problemformulering	9
Syfte	9
Material och metod	10
Förförståelse	10
Design och Metod	10
Urval	10
Datainsamling	11
Analys	11
Etiska överväganden	13
Resultat	13
Den relationella dimensionens innehåll	15
Relation byggs över tid	15
Att kunna vara personlig	15
Dialog i samförstånd	16
Relation till vårdenheten	16
Sammanhängande behandling	16
Vikten av att få träffa samma vårdpersonal	16
Vårdpersonal samarbetar	17
Informationens betydelse	17
Vikten av att vårdpersonal är förberedd	17
Att få information	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Slutsatser	21
Referenser	22
Bilagor	27

Inledning

Äldre som grupp ökar i samhället och är en grupp med stort behov av hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2018). Att äldre personer konsumerar mer sjukvård beror på att äldre på grund av den biologiska åldrandeprocessen är känsligare för sjukdomar och har sämre återhämtningsförmåga (Mensen, 2010). Ur hälsoekonomisk synvinkel är det därför viktigt att effektivisera och förbättra vården framförallt för äldre personer. Den ofta komplexa sjukdomsbilden hos äldre gör dock detta särskilt svårt. Den högspecialiserade sjukvården idag är också allt mer fragmenterad och specialiserad, vilket leder till svårigheter att hålla ihop vården för personer med komplex problematik. Även bemanningsproblem gör detta svårare (SOU, 2016). Att vården håller hög kontinuitet har visat sig gynnsamt på många olika sätt, till exempel besöker patienter akutmottagningen i lägre utsträckning vid hög kontinuitet (Barker, Steventon & Deeny, 2017) och användandet av onödiga medicinska undersökningar minskar (Romano, Segal & Pollack, 2015). Kontinuitet kan också effektivisera vården genom att vårdgivaren redan har träffat patienten tidigare, har kännedom om personen och inte behöver inhämta så mycket information som om man aldrig hade träffats förut (SOU, 2016). Samtidigt är kontinuitet i sig ett komplext begrepp, där forskning sällan fokuserar på patientens egen upplevelse (Saultz, 2003; Sheaff et al, 2015). Syftet med denna uppsats är att beskriva äldre personers egna upplevelser av kontinuitet i hälso- och sjukvården.

Bakgrund

Äldre i Sverige

Sverige har i jämförelse med andra europeiska länder en hög medellivslängd, en av de högsta i EU. År 2015 var medellivslängden i Sverige för kvinnor 84,1 år och för män 80,4 år. Skillnaden mellan könen är bland den lägsta i EU. Mellan 2000 och 2015 ökade också den totala medellivslängden i Sverige med nästan 2,5 år till 82,2 år, och är nu högre än EU-genomsnittet (Socialstyrelsen, 2018).

Ökningen av medellivslängden sedan 2000 beror i första hand på minskad dödlighet efter 65 års ålder. I takt med att den svenska befolkningens livslängd ökar, växer både antalet och andelen personer 65 år och äldre i befolkningen. År 2050 beräknas antalet äldre som är 75 år eller äldre att ha fördubblats jämfört med 2015 (Socialstyrelsen, 2018). Både antalet och andelen äldre i en befolkning är viktigt att ta hänsyn till, när en åldrande befolkning diskuteras (Victor, 2010). Eftersom äldre har ett större behov av hälso- och sjukvård och omsorg kommer behovet av hälso- och sjukvård och omsorg att öka. Det krävs att både hälso- och sjukvården och omsorgen kan anpassa sig till att möta behoven för denna växande befolkningsgrupp (Socialstyrelsen, 2018). Inom denna grupp finns också stora skillnader i olika sociostrukturella variabler såsom, etnicitet, socioekonomisk status, kön vilka påverkar hälsa (Victor, 2010). Ju högre socioekonomisk status man haft, desto större är chansen att ha bibehållen god hälsa vid hög ålder (Straand, 2007).

Det finns många negativa uppfattningar om åldrandet och att vara äldre. Dessa är bland annat att alla äldre personer är likadana, "man kan inte lära gamla hundar sitta" och att alla äldre är ensamma och socialt isolerade. Det finns en utbredd uppfattning att med åldrandet kommer försämrad hälsa, sämre mentala och fysiska funktioner och generell fysiskt förfall (Victor, 2010). Begreppet "gammal" manar, både nu och förr, fram bilden av hög ålder, svaghet och skröplighet. En inte helt ovanlig bild av äldre är att se dem som inaktiva, skröpliga, asexuella, ja helt enkelt ute ur livet (Sundström, 2014). Andersson (2013) har undersökt vad olika synonymordböcker menar är synonymer till "gammal". Bland synonymerna återfanns bland annat "sett sina bästa dagar", "mossbelupen, möjligt, med mera".

Åldrande

Det är en vanlig uppfattning att ålderdomen börjar i och med att man blir ålderspensionär (Straand, 2007) Människokroppen åldras dock under hela vuxenlivet, både biologiskt, psykologiskt och socialt (Romøren, 2010). Varför vi åldras är inte helt klarlagt (Ernst Bravell, 2014a), men den normala åldrandeprocessen börjar när kroppen nått mogen ålder, det vill säga redan vid cirka 25 års ålder. Åldrandehastigheten varierar mycket från individ till individ då såväl genetiska förhållanden som miljöfaktorer, livsstil och kohorteffekter påverkar åldrandet hos individen (Straand, 2007) vilket leder

till att olikheten mellan jämnåriga är störst vid hög ålder (Mensen, 2010). Detta gör äldre till en mycket heterogen grupp, och är därför en grupp som är svår att generalisera (Hysten Ranhoff, 2010; Victor, 2010).

Ålderdomen karaktäriseras av två förhållanden; naturliga åldersförändringar och ökad risk för en rad kroniska och allvarliga sjukdomar. Övergången mellan åldrande och sjukdom är ofta flytande. (Mensen, 2010). Åldern säger något om den genomsnittliga funktionsnivån hos en grupp människor, inte vilken funktionsförmåga som kan förväntas hos den enskilda individen (Straand, 2007). Inom gerontologin skiljs det primära åldrandet och det sekundära åldrandet åt. Det primära åldrandet är de biologiska åldersförändringar som uppstår hos alla individer, oavsett miljöpåverkan. Dessa blandas dock lätt ihop med sjukliga förändringar, vilket är det sekundära åldrandet. De primära åldersförändringarna är ofta godartade på grund av den stora reservkapacitet som människan besitter, men de leder till en ökad känslighet. Primärt åldrande är progressivt, sker långsamt och är irreversibelt. Med det primära åldrandet följer en minskad reservkapacitet och ett minskat motstånd mot sjukdomar och andra yttre påfrestningar. Sjukdomar och symptom som är vanliga med stigande ålder kallas ibland sekundärt åldrande, eftersom de egentligen uppkommer sekundärt till följd av de primära förändringar som sker i kroppen. Sekundärt åldrande är en effekt av normala åldersförändringar i kombination med påverkan av miljö och livsstil och drabbar inte alla äldre människor. Sekundärt åldrande kan också innebära en förstärkning av det primära åldrandet, som en konsekvens av miljöpåverkan. Sekundärt åldrande är selektivt, drabbar inte alla individer, och är också ofta behandlingsbart (Ernst Bravell, 2014a). Enbart åldersförändringar, utan sjukdom, ger sällan funktionsnedsättning före 85-90 års ålder (Hysten Ranhoff, 2010).

När den biologiska åldrandeprocessen kommit så långt att kroppen inte längre klarar att lyda utan att protestera, eller när sjukdom reducerar krafter och funktionsförmåga, bidrar kroppen till en upplevelse av att vara äldre (Kirkevold, 2010). Behov av hjälp hos äldre personer uppstår när kombinationen av åldrande och sjukdom leder till funktionsnedsättning, det vill säga sviktande förmåga att klara uppgifter och roller i vardagen (Romøren, 2010).

Det sociala åldrandet omfattar de förändrade sociala roller som följer med stigande ålder, främst i arbets- och familjelivet (Romøren, 2010). Självbilden förändras, men personligheten förändras inte nämnvärt med åldern utan håller sig ganska stabil under hela livet (Romøren, 2010, Hagberg, 2008). Kognitiva förändringar sker inom vissa områden av intellektet, dessa kan kompenseras väl hos äldre av deras tidigare erfarenhet och kunnande. En av de kognitiva funktionerna som är mest känslig för åldersförändringar är minnesfunktionerna. Kreativitet kan utvecklas och fortsätta högt upp i åldrarna (Hagberg, 2008).

Äldre och sjukdom

Minskad dödlighet i många sjukdomar hos yngre äldre leder till att äldre äldre hinner skaffa sig fler sjukdomar och funktionsnedsättningar. Denna teori om utvidgad sjuklighet har lett fram till formuleringen av den så kallade medicinska paradoxen – ju fler som sjukvården räddar till livet, desto fler ohälsoproblem får vården ta hand om senare i livet (Anell, 2004). Bland äldre som bor i ordinärt boende är de vanligaste hälsoproblemen muskel- och skelettbesvär, syn- och hörselnedsättningar, högt blodtryck samt hjärtsjukdom. De viktigaste orsakerna till inläggning på sjukhus bland äldre är stroke, hjärtsjukdom, skador (framförallt höftfraktur), cancersjukdomar, lunginflammation samt mag- och tarmsjukdomar. Äldre män läggs oftare in på sjukhus än äldre kvinnor (Romøren, 2010).

Sköra äldre är ett definierat begrepp (eng. frail elderly) som innebär att den äldre individen måste ha tre eller fler av följande karaktäristika: nedsatt fysisk aktivitet, muskelsvaghet (nedsatt gripstyrka), dålig balans, eller nedsatt gånghastighet, trötthet eller liten uthållighet samt oavsiktlig viktminskning. Åldersförändringar är den viktigaste orsaken till att äldre blir sköra (Hysten Ranhoff, 2010).

Äldre och sjukvård

Ålder får enligt prioriteringsutredningen inte vara en prioriteringsgrund (SOU, 1995). Samtidigt är det 40 procent av Sveriges befolkning som tycker att yngre skall ha företräde till vård framför äldre. Yngre personer anses mer värdefulla då de har en framtid (Lundin, 2007).

Äldre patienter konsulterar läkare oftare än yngre personer (Straand, 2007). Samtidigt visar forskning att sårbara patienter lätt kan avstå från att söka vård. Detta kan bero på ett antal olika små faktorer som

tillsammans gör att man avstår. Vissa patienter tyckte att deras besvär inte var tillräckliga för att söka vård för, särskilt om de trodde att allmänläkaren tyckte att deras besvär var triviala. När man jämförde patientens besvär med den medicinska journalens såg man dock att merparten av patienterna tenderade att undervärdera sina symptom (Sheaff et al, 2015). Svårigheten att skilja primärt åldrande (omöjligt att påverka) från sekundärt åldrande (möjligt att påverka) gör att äldre människor ofta blir både över- och underbehandlade (Ernst Bravell, 2014a). Äldre kan visa upp en vagare symptombild. En kombination av sämre reservkapacitet och förändrad homeostas i den åldrande kroppen leder till att den klassiska symptombild som förväntas vid olika sjukdomar inte alltid finns, trots förekomst av sjukdom. Äldre kan till exempel ha en annorlunda smärtbild jämfört med yngre, temperaturstegringar kan utebli och på grund av försvagad hostreflex kan hostan vara betydligt mindre eller saknas helt hos äldre vid en luftvägsinfektion. Detta försvårar också diagnostisering (Ernst Bravell & Ericsson, 2014). Eftersom äldre människor har en sämre reservkapacitet kan många akuta sjukdomstillstånd utvecklas snabbare än hos yngre och ge upphov till sekundära komplikationer om inte rätt behandling sätts in. Det är också förekommande att äldre patienter felaktigt tolkar sina symptom som vanliga åldersförändringar (Straand, 2007; Hylén Ranhoff, 2010). Patienter med nedsatt kognitiv funktion har också nedsatt möjlighet att förmedla subjektiva symptom (Hylén Ranhoff, 2010).

Äldre personer blir oftare inlagda på sjukhus (Straand, 2007) och en vanlig inläggningsorsak är fallskador. Kvinnor vårdas i högre utsträckning för fallskador än män (Socialstyrelsen, 2019). Personer 80 år eller äldre riskerar att få vänta länge på akutmottagningen, bland annat eftersom denna ålderskategori skrivs in i slutenvård i högre utsträckning jämfört med yngre personer. Väntetiden har historiskt ökat och fortsätter att göra detta. Mediantiden för vistelse på akutmottagningen är tre timmar och 58 minuter (Socialstyrelsen, 2019).

Att få bli behandlad som en hel patient av någon som såg till alla hälsoproblem och sjukdomar, ansågs viktigt av patienterna som var 65 år och äldre med flera sjukdomar. Att primärvården ibland följer devisen ”1 problem per besök” gör det svårt för multisjuka personer att få en sammanhållen vård med bibehållen kontinuitet (Kearley, Freeman & Heath, 2001). Särskilt primärvården förmedlas med en besökslogik som inte främjar kontinuitet (SOU, 2016). Fler av dem som hade kroniska sjukdomar upplevde bristande kontinuitet än dem som inte hade det. Bristande kontinuitet kan bland annat handla om bristande koordinering i insatser som rörde olika vårdinstanser och vårdnivåer (till exempel vid utskrivning från sjukhuset), bristande informationsöverföring och bristande behandlingskontinuitet (Tarrant, Windridge, Baker, Freeman & Boulton, 2015). En åldrande befolkning, den ökade specialiseringen i sjukvården och ett stort utbud av hälso- och sjukvårdsinstanser och hur dessa samarbetar gör koordinering och kontinuitet av vård till patienter med komplexa besvär allt mer problematisk (Sheaff et al, 2015), samtidigt som kontinuitet är viktigast för dessa individer. Äldre patienter som får träffa samma läkare i primärvården har lägre dödlighet än patienter som inte får träffa samma läkare (Maarsingh, Henry, van der Ven & Deeg, 2016).

Svensk sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen gör klart att ansvaret för att alla medborgare i Sverige har god tillgång till sjukvård ligger hos regionerna och kommunerna (HSL 2017:30). Lagen ger regioner och kommuner frihet att organisera vården självständigt (Anell, Glenngård & Merkur, 2012) och detta är ett utmärkande drag för den svenska hälso- och sjukvården. Historiskt har det funnits en bred politisk enighet om hälso- och sjukvårdens utbyggnad och expansion, men systemet är fullt av olika organisationslösningar och styrmodeller. En stor utmaning för hälso- och sjukvården är att tillgodose ökade behov (Berlin & Kastberg, 2011).

Svensk sjukvård är skattefinansierad (Anell et al, 2012) och nettokostnaderna för hälso- och sjukvård har stadigt ökat de senaste tio åren. Man kan skatta den kostnadsökning som följer av att vi blir fler och att en större andel av befolkningen befinner sig i ”kostsamma åldrar” (SKL, 2018). Vården är gratis för personer under 20 år (Anell et al, 2012) och sedan 2016 är öppenvården även avgiftsfri för personer över 85 år (Sverige Riksdag, 2016). Regionerna sätter själva sin avgift, men dessa varierar inte mycket över landet. Högkostnadsskyddet är nationellt och innebär att patienten aldrig betalar mer än 1100 kr för sin vård inom en 12 månaders period (Anell et al, 2012).

Svensk sjukvård har i viktiga avseenden mycket goda medicinska resultat, enligt flera av de internationella jämförelser som görs. Men bilden är inte entydigt positiv. Framförallt enkätbaserade jämförelser av befolkningarnas uppfattningar om hälso- och sjukvården ger mera blandade resultat för

Sverige. Enligt hälso- och sjukvårdsbarometern anser 84 procent av befolkningen att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Knappt 61 procent svarar att de har stort eller mycket stort förtroende för sjukvården i sitt eget landsting eller region. Andelen invånare som har förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet skiljer sig emellertid stort mellan de olika landstingen och regionerna. Fler har förtroende för sjukhus än för primärvård. Fem av tio tycker att väntetider till besök och behandling på sjukhus är rimliga. För vårdcentraler är motsvarande siffra sex av tio. (SKL, 2018).

Slutenvård

Med slutenvård eller specialiserad vård menas den vård som bedrivs på sjukhus. Svensk sjukvårds "akilleshäla" har under senare år varit lång väntetid inom den specialiserade vården för diagnos och vård inom vissa områden. Därför infördes Vårdgarantin 2005 och regleras sedan 2010 i lag (Anell et al, 2012). Denna innebär att patienten skall få kontakt med primärvården samma dag som denne söker vård. Inom tre dagar skall patienten få en medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal i primärvården. Vid remiss till den specialiserade vården skall första besök ske inom 90 dagar, och behandlingen inom specialiserad vård skall starta inom 90 dagar efter första besök (HSL 2017:30). Andelen som får ett första besök inom 90 dagar i specialiserad vård har sedan 2012 minskat något, från 91 till drygt 87 procent. Andelen återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar för personer 65 år och äldre är de senaste åren i princip oförändrat i Sverige, knappt tio procent. Variationerna är stora, några landsting och regioner ligger på mellan sju och åtta procent, medan andra har runt 12 procent återinskrivningar inom 30 dagar. Däremot har antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus och tiden som utskrivningsklar på sjukhus inte försämrats, trots ökande överbeläggningar. Detta kan tyda på att samarbetet mellan regioner och kommuner utvecklats, liksom kommunens förmåga att tillgodose de äldres behov av stöd och omsorg efter en episod av sjukhusvård (SKL, 2018).

Antalet besök på akutmottagningen av personer 80 år och äldre kan spegla förmågan i den öppna vården och i äldreomsorgen att tidigt upptäcka och tillmötesgå vårdbehov, och därmed minska akutmottagningsbesöken för de allra äldsta. Skillnaderna mellan landsting och regioner är förhållandevis stora, från under 600 besök per 1 000 invånare till över 800 besök (SKL, 2018). Patienterna ger överlag ett gott betyg åt sin upplevelse från akutmottagningarna. 91 procent av patienterna upplevde att de bemöttes med respekt och värdighet. Skillnaden i upplevelse skiljer sig dock kraftigt mellan de som fått vänta mer eller mindre än en timme (Nationell Patientenkät, 2017)

Primärvård

Primärvård är den del av hälso- och sjukvården som bedrivs utanför sjukhus och är all hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusens speciella resurser eller annan särskild kompetens. Ur en hälsoekonomisk synvinkel måste primärvården betraktas som en av de absolut viktigaste vårdnivåerna. En utbyggd primärvård är kostnadseffektivt för samhället och ger "mest vård för pengarna" (Olofsson, Nilsson & Wahllöf, 2010). Generellt har dock befolkningens förtroende varit lägre för primärvården än för den specialiserade sjukvården (Anell et al, 2012).

Enligt Socialstyrelsen skall primärvården fungera som "första linjens sjukvård" och har ett stort ansvar för den sammanhållande planeringen av personers vård (Socialstyrelsen, 2011b). Specialister i allmänmedicin, sjuksköterskor, distriktssköterskor, psykologer, kuratorer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter bedriver vård på denna nivå. Vanligaste utformningen av en vårdcentral är 4-6 specialister i allmänmedicin som kompletteras med andra yrkesgrupper. Det finns cirka 1100 vårdcentraler i Sverige (Anell et al, 2012) och primärvården står för ungefär en femtedel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, vilket motsvarar omkring 40 miljarder kronor per år för landsting och regioner (Glenngård, 2015). I Sverige uppgår antalet läkarbesök till cirka 25 miljoner per år, och 45-60 procent av dessa sker hos allmänläkare (Hjortdahl, 2007). Andelen patienter som får ett läkarbesök på vårdcentralen inom sju dagar var 89 procent år 2017. 70 procent av patienterna får läkarbesök samma dag som man kontaktar vårdcentralen (SKL, 2018). 60 procent av alla kontaktorsaker i primärvården har samband med upplevda symptom eller besvär. Ju äldre patienten är, desto fler hälsoproblem tas upp vid varje konsultation på vårdcentralen (Hjortdahl, 2007).

Primärvården ska kunna ge alla medborgare, oavsett ålder och hälsotillstånd, möjlighet till medicinsk bedömning, utredning och behandling (Olofsson et al, 2010). Den är ansvarig för att guida patienten till rätt vårdnivå (Anell et al, 2012) och skall även erbjuda rådgivning, förebyggande insatser och rehabilitering (Olofsson et al, 2010). Antalet vårddygn i slutenvård har sjunkit sedan 1998 och en allt större del av vården sker i öppenvård, såsom i primärvården (Anell et al, 2012).

Vårdval infördes i svensk sjukvård 2010 och innebär att patienten är fri att lista sig på valfri primärvårdsenhet (Olofsson et al, 2010). Möjligheten att själv få välja vårdgivare och ha inflytande av den vård man får rankas ibland mer betydelsefullt än att alltid få träffa samma läkare. Personer med dålig hälsa och kroniska sjukdomar samt äldre patienter föredrog dock att lista sig hos en enskild läkare. Dessa patienter väntar hellre på en tid till listad läkare, än att komma tidigare till annan läkare (Hjelmgren, Anell & Nordling, 2006).

Läkare i primärvården

Allmänmedicin är en av drygt femtio olika medicinska specialiteter i Sverige (SFAM, 2014). År 1981 blev allmänmedicin en egen specialitet med reglerad utbildning jämförbar med övriga specialistutbildningar (Olofsson et al, 2010) Den som är specialist i allmänmedicin kallas allmänläkare. De flesta allmänläkare arbetar med att ta hand om patienter på vårdcentraler, hälsocentraler och andra läkarmottagningar inom primärvården. De sköter ofta läkarinsatserna på barnvårdscentraler och äldreboenden. Som yrkestitel används bland annat distriktsläkare, husläkare eller familjeläkare (SFAM,2014).

Allmänläkaren är en specialist med generalistperspektiv. Generalisten engagerar sig i en människa och inte i ett speciellt ämne, en grupp sjukdomar eller någon speciell medicinsk teknik. Generalistens engagemang är öppet och man försöker förstå en sjukdom genom att sätta in den i ett sammanhang (Olofsson et al, 2010). För äldre och multisjuka individer är primärvårdens generalistkompetens viktig, då den innebär att se patienten och dennes sammansatta problem och behov utifrån ett bredare sammanhang och inte enbart den specifika sjukdomen (Glenngård, 2015).

Digital vård

Patientlagen ändrades 2015, vilket innebar att patienter kunde söka vård var som helst i Sverige. Det, i kombination med ett beslut i Region Jönköpings län om att likställa digitala besök med fysiska, gjorde att så kallade virtuella vårdcentraler kunde börja ta emot patienter från hela Sverige. Patienterna slussas via samarbetspartners i form av privata, fysiska vårdcentraler i Jönköpings län. Regionens beslut togs med tanke på den egna verksamheten, men den öppnade också upp för privata aktörer där Kry och Min doktor är störst i Sverige (Cederberg, 2017). Från oktober 2016 till slutet på år 2017 hade antalet besök hos Kry och Min Doktor ökat med 500 procent. Det är främst personer som bor i storstadsregionerna som nyttjar möjligheten till digitala vårdbesök, och då till sina barn (Sprenkel, 2018).

Äldre personer är delvis exkluderade från denna typ av service. Att äga och använda digital teknik är vanligast bland yngre äldre med hög inkomst. Ju äldre personer är, desto sämre tillgång och möjlighet att använda digitala hjälpmedel har man. I Sverige saknar 20 procent av medborgarna över 65 år digital teknik och har varken smartphone, läsplatta, laptop eller stationär dator (Olsson, Samuelsson & Viscovi, 2019). Det finns risker med den digitalisering som sker, då resurser kan komma att styras om från de sjukaste patienterna som behöver dem mest, och att efterfrågan på vård styr mer än det faktiska medicinska behovet (Krey, 2018). Att allmänläkare är en bristvara i svensk primärvård medför till exempel problem med att upprätthålla kontinuiteten i primärvården, något som främst drabbar patienter med kroniska sjukdomstillstånd med stort behov av samordning av olika vårdinsatser och kontinuitet. Det är främst äldre patienter och de med sämre hälsa som kontinuiteten är viktig för (Olofsson et al, 2010; Anell et al, 2012).

Begreppet kontinuitet i hälso- och sjukvård

Rätten till kontinuitet i sjukvården är reglerad i Hälso- och sjukvårdslagens femte kapitel, första paragrafen: "Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska(...) tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet" (HSL 2017:30). Trots att kontinuitet i vården är lagstadgad konstaterar flera nationella utredningar att bristen på kontinuitet är ett problem i vården av äldre i Sverige (IVO, 2013; SOU, 2016). Enligt svenska akademins ordlista betyder begreppet kontinuitet "oavbrutet sammanhang" (SAOL, 2015). Kontinuitet i hälso- och sjukvården, engelskans Continuity of care, "COC" (Haggerty et al, 2003) är dock ett mer komplext och mångfacetterat begrepp än så.

Kontinuitet som begrepp började aktualiseras i forskning rörande hälso- och sjukvård kring år 1950. Initialt syftade då kontinuitet i vården till att patienten hade en personlig vårdgivare. Under 1970-talet skiftades fokus till att främst se till att vården skulle vara koordinerad och sammanhållen. Multidimensionella modeller introducerades för att definiera kontinuitet i vården, där kontinuitet kan vara bland annat både att vårdgivaren följer sin patient och tar hänsyn till förändringar över tid, ger

vård oavsett geografisk plats, erhåller patienten och närståendes förtroende och har kännedom om sina patienter (Uijen, Schers, Schellevis & van den Bosch 2012). Samtidigt vid den här tiden i Sverige utvecklades det tidigare använda provinsialläkarsystemet och ersattes med dagens system med allmänläkare och vårdcentraler som har ansvar för ett avgränsat område med ett visst antal invånare. Till vårdcentralerna knöts också distriktsköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, fotvårdare och så småningom psykosocial kompetens i form att till exempel kuratorer och psykologer (Olofsson et al, 2010). Allmänläkarna mötte då och möter fortfarande människor med vitt skilda hälsoproblem - allt från odramatiska och ofarliga besvär till komplicerade och livshotande tillstånd (Malterud & Hunskår, 2007) och deras generalistkompetens är viktig särskilt för äldre och multisjuka individer då den innebär att se patienten och dennes sammansatta problem och behov utifrån ett bredare sammanhang och inte enbart den specifika sjukdomen (Glenngård, 2015).

Såsom i många andra länder har antalet vårdplatser på sjukhus i Sverige stadigt sjunkit sedan 1970-talet relaterat till strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Man har skiftat fokus från ineliggande vård till sjukhus till att i större utsträckning vårda patienter i primärvård och öppenvård (Anell et al, 2012). Efter mitten på 1970-talet skiftades också fokus i forskningen kontinuitet i hälso- och sjukvård till att göra kontinuitet mätbart. Kontinuitet blev allt mer synonymt med att patienten träffade samma läkare, en läkare som känner patienten och har en relation till denne. Flera mått utvecklades under den här tiden, såsom "Continuity of care index" (COCI), "Number of providers seen" (NOP), "Sequential continuity index" (SCN) och "The usual provider index" (UPC) (Uijen, 2012). Under 1990-talet återkom multidimensionella modeller, där kontinuitet allt mer definierades utifrån patientens synvinkel (Uijen et al, 2012).

Patienter och närstående beskriver kontinuitet som en upplevelse av att vårdgivaren vet vad som har hänt tidigare, att olika vårdgivare är överens om behandlingsplaner, och att vårdgivaren som känner dem även kommer vara ansvariga för deras vård i framtiden. Vårdgivare tenderar att beskriva kontinuitet som en uppfattning om att de har tillräckligt stor kunskap och information om patienten för att kunna erbjuda den mest kompetenta och kunniga vården. Vad som är kontinuitet för patienten och för vårdgivare är således nödvändigtvis inte samma sak (Haggerty et al, 2003) och fortfarande är kontinuitet i vården som begrepp bristfälligt definierat och förstås och används på olika sätt i olika studier (Haggerty et al, 2003; McCallum, Mikocka-Walus, Turnbull & Andrews, 2015; Saultz, 2003). Detta leder till svårigheter att dra slutsatser från olika studier och särskilt att kunna generalisera utifrån studieresultat. Detta är särskilt anmärkningsvärt då kontinuitet sedan länge är ett viktigt begrepp i framförallt primärvården (Saultz, 2003). För om kontinuitet i hälso- och sjukvården skall förespråkas så måste vi vara klara med vad vi menar med det (Freeman, Olesen & Hjortdahl, 2003).

Olika dimensioner av kontinuitet

I forskningen framträder kontinuitet som ett mångdimensionellt begrepp där begreppet under olika tidsperioder definierats och forskats på i olika sammanhang och ur olika synvinklar (Uijen et al, 2012; Saultz, 2003; Sheaff et al, 2015 mfl). Vanligt är att mäta kontinuiteten som en effekt på olika utfall, såsom minskat antal besök på akutmottagningen (Kohnke & Zielinski, 2017) eller minskad risk för dödlighet i olika sjukdomar (Wook et al 2014). Flera författares olika förklaringsmodeller till vad kontinuitet som begrepp egentligen innebär i vården är samstämmiga och vissa skiljer sig. Saultz (2003) menar till exempel att kontinuitet främst kan förstås som ett hierarkiskt koncept som sträcker sig från den basala informationen kring patientens sjukdomsbakgrund som informationskontinuitet innebär, följt av longitudinell kontinuitet. Interpersonell kontinuitet är den högsta nivån och karaktäriseras av en komplex interpersonell relation mellan vårdgivare och patienten som innehåller både förtroende och ansvarstagande (Saultz, 2003). Haggerty et al (2003) menar istället att kontinuitet i hälso- och sjukvården består av tre delar; informationskontinuitet, behandlingskontinuitet och relationell kontinuitet. Waibel, Henao, Aller, Vargas och Vazquez (2012) utvecklar detta resonemang till en modell kring hur informationskontinuitet, behandlingskontinuitet och relationell kontinuitet samverkar och stärker varandra Sheaff et al (2015) föreslår att eftersom flera olika dimensioner och former av kontinuitet finns, bör man i sjukvården inte prata om kontinuitet i singular utan i plural.

Informationskontinuitet (eng. Informational continuity)

Denna dimension av begreppet syftar till att alla vårdgivare skall ha tillgång till och kunna läsa in sig på dokumentation om patientens tidigare hälsoproblem och medicinska historia, oavsett var vården har ägt rum (Saultz, 2003; Haggerty et al, 2003). Dokumentationen är länken mellan olika vårdgivare och kan vara både patient- eller sjukdomsfokuserad (Haggerty et al, 2003). Vid hög informationskontinuitet finns all information om patienten som behövs för att kunna bedriva vård av denne tillgänglig (Sheaff et al, 2015). Denna dimension av kontinuitet innehåller också hur vårdpersonal förvaltar insamlad

information och hur den används i arbetet med patienten (Hunskår & Rørtveit, 2007).

Informationskontinuiteten försvåras när olika vårdgivare har olika journalsystem. Detta gör att det är svårare att delge och ta emot information kring patienten, såsom utskrivningsinformation och läkemedelsförändringar. En svensk studie påvisade att det var ofta förekommande att utskrivningsinformation inte skickades samma dag som patienten skrevs ut, men potentiella patientrisker som följd (Caleres, Bondesson, Midlöv & Modig, 2018).

Dokumenterad information tenderar att fokusera på patientens medicinska tillstånd, men kännedom om patientens preferenser, värderingar och social kontext är lika viktiga för att överbrygga informationstapp och se till att den givna vården är i enlighet med patientens behov och önskemål. Denna typ av kunskap är dock ofta inte dokumenterad, utan är något som varje vårdgivare som vårdar patienten bär med sig och kommer ihåg (Haggerty et al, 2003). Ibland görs antagandet att bristande relationell kontinuitet kan täckas upp av förbättrad informationskontinuitet, såsom vid sammanhållen, elektronisk journalföring. Detta menar dock Freeman et al (2003) inte är möjligt då det innefattar skilda aspekter av vården som inte går att ersätta med varandra.

Longitudinell kontinuitet (eng. Longitudinal continuity, chronological continuity)

Denna dimension av kontinuitet fokuserar på att vården skall ges från så få vårdgivare som möjligt, i linje med patientens behov, då upprepade kontakter med samma vårdgivare är en grund för att bygga tillit och respekt (Freeman et al, 2003). Med detta menas att pågående vård sker på samma plats, i samma journalsystem och med samma vårdgivare och att detta genererar mer kunskap kring patienten. Longitudinell kontinuitet beaktar ett mönster av besök men säger ingenting om kvaliteten på dessa besök eller kontakten och relationen mellan patienten och vårdgivaren (Saultz, 2003; Sheaff et al, 2015). Att mäta sökmönster och antalet besök är två olika sätt att mäta longitudinell kontinuitet (Saultz, 2003)

Longitudinell kontinuitet skapar en familjär miljö för vården och gör det lättare för patienten att få tillgång till vård när denne behöver, men säkerställer inte att en relation baserad på förtroende mellan vårdgivare och patient existerar (Saultz, 2003). Tidsaspekten kan vara lång, såsom en allmänläkares relation med en patient under flera år, eller kort såsom en patientens vårdtid inneliggande på en sjukhusavdelning (Haggerty et al, 2003). Både vid behandling av akuta tillstånd och vid uppföljning av kronisk sjukdom är det dock visat att en fast familjeläkare skriver ut färre läkemedel och utför färre kompletterande undersökningar än läkare som hela tiden växlar. Patienterna följer också medicinska råd bättre (Hunskår & Rørtveit, 2007).

Relationell kontinuitet (eng. Interpersonal continuity/ relational continuity)

Denna dimension av kontinuitet innebär kontinuitet i relationen mellan vårdgivare och patient och fokuserar på kvaliteten i denna relation (Freeman et al, 2003; Saultz, 2003). Enligt Saultz (2003) karaktäriseras den interpersonella kontinuiteten av ansvarstagande och förtroende och här fokuseras både på vården som har varit och patientens framtida behov. Den relationella kontinuiteten behöver inte alltid avse en specifik vårdgivare utan kan också vara ett team eller grupp vårdpersonal som patienten har kontakt med (Haggerty et al, 2003; Freeman et al, 2003).

Relationell kontinuitet är knuten till longitudinell kontinuitet då denna är en förutsättning för att relationell kontinuitet skall kunna utvecklas och innebär att patient och vårdgivare lär känna varandra och bygger upp förtroende (Baker et al, 2007). Särskilt kroniskt och allvarligt sjuka patienter har bättre följsamhet till behandlingsplanen och tar upp flera psykosociala problem vid god relationell kontinuitet (Kearley et al, 2001). Tillit och personlig kännedom gör det lättare för patienten att ta upp svåra teman, kontinuitet ger trygghet med avseende på sekretess och personlig integritet. Kontinuitet är rationellt, ingen tid går förlorad, allt behöver inte göras med detsamma och båda parter vet att man kan träffas igen på ett inbokat uppföljningsbesök. Kännedom om patienten gör också att läkaren också lättare kan fånga upp icke verbal kommunikation, såsom stämningsläge kroppshållning, klädsel och mimik och jämföra med tidigare kända uppgifter (Hunskår & Rørtveit, 2007).

I europeiska länder såsom Danmark, Nederländerna och Storbritannien där en lång tradition finns av en personlig relation mellan allmänläkaren och patienten uppfattar patienterna själva att det finns en god tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. I Norge har en tradition av personlig relation med fastläkare införts först under senare tid, vilket även gett en positiv effekt på patienternas upplevelse av kontinuitet. Kontinuitet gentemot listade patienter är också något som de allmänpraktiserande läkarna i de länder som studerats själva uppskattar (Anell, 2017).

Studier rörande relationell kontinuitet begränsas ofta av att det är svårt att isolera och mäta denna dimension av kontinuitet. Många västerländska vårdssystem låter patienten själv välja vårdgivare, vilket gör att det är svårt att genomföra randomiserade studier där patienter placeras i olika grupper. Detta gör att det är svårt att veta om kontinuitet ger nöjdhet med vården eller om nöjdhet leder till kontinuitet (Saultz & Albedaiwi, 2004). Dock kan flera studier där man definierat relationell kontinuitet visa på positiva samband mellan relationell kontinuitet och till exempel större andel preventiva åtgärder för patienten, lägre antal personer som krävde inläggande vård och bättre symptommonitorering av kroniska sjukdomar (Saultz & Lochner, 2005). Patienter som rapporterade positiva, etablerade kontakter med sin listade läkare i primärvården rapporterade också i lägre grad dålig samordning av vården. När patienten upplevde att läkaren kände till deras medicinska bakgrund, förklarade och involverade dem i vården upplevde de vårdkedjan som mer sammanhängande (Penm, MacKinnon, Strakowski, Ying & Doty, 2017).

Behandlingskontinuitet (eng. management continuity)

Här åsyftas en samstämmig och konsistent behandling av en patients sjukdom anpassad efter patienten föränderliga behov. Behandlingskontinuitet är extra viktig när patienten har behov av vård från flera olika vårdgivare samtidigt (Haggerty et al, 2003; Sheaff, 2015). Syftet är en sammanhållen, samstämmig vård för att möta patientens olika hälsoproblem och sjukdomar som en helhet (Sheaff et al 2015). Kontinuitet innebär här att insatser i sjukvården sker i rätt tid och på rätt sätt, i rätt ordning. Vårdplaner underlättar för behandlingskontinuiteten och möjliggör en känsla av förutsägbarhet och säkerhet både för individen och för vårdpersonal. Flexibilitet i att kunna ändra vården utifrån individens behov och omständigheter är en viktig aspekt i behandlingskontinuiteten (Haggerty et al, 2003). Saultz (2003) menar dock att denna dimension mer handlar om koordinering av vård, snarare än om kontinuitet. Ju fler vårdgivare och förflyttningar mellan vårdnivåer en period av vård av en komplex patient innebär, desto större är behovet av en gemensam vårdplan och att göra detta överflyttningar så sömlösa och ömsesidiga som möjligt. På så vis är koordinering en förutsättning för kontinuitet (Sheaff et al, 2015).

Teambaserad kontinuitet (eng. Interdisciplinary eller team-based continuity)

Denna dimension av kontinuitet kallas också ibland för generaliserad kontinuitet och åsyftar den kontinuitet som kan finnas när kännedom om patienten finns även när patienten behöver vård från olika personer och kliniker (Saultz, 2003). Den kännetecknas av effektiv kommunikation mellan vårdgivare och kliniker och med patienten (Freeman et al, 2003).

Familjekontinuitet (eng. Family continuity)

Definieras som ett system av vård som en hel familj ingår i och där kontinuiteten skapas genom att vårdgivaren har kännedom om hela familjens hälsotillstånd, sjukdomar och hälsorelaterade besvär. (Saultz, 2003; Hunskaar & Rortveit, 2007)

Flexibel kontinuitet (eng. flexibel continuity)

Flexibel vård som ändrar sig efter patientens behov över tid (Freeman et al, 2003). Flexibel kontinuitet liknar behandlingskontinuitet då det handlar om att vården skall vara anpassad till förändringar i patientens omständigheter och att vårdplan och planering förändras i enlighet med dessa (Sheaff et al, 2015).

Många studier har visat att dessa olika dimensioner av kontinuitet påverkat utfallet av vården, patienternas nöjdhet, följsamhet till vård och behandling samt ökad egenvårdsförmåga. Även att användandet av vård på fel vårdnivå minskar (Sheaff et al, 2015).

Att mäta kontinuitet

I omvårdnadsforskningen är det vanligt att kontinuitet mäts i form av informationsöverföring – från sjuksköterska till sjuksköterska vid skiftbyte eller från sjuksköterskan i slutenvård till sjuksköterskan på det kommunala vårdboendet. I andra studier mäts kontinuitet i form av uppföljning efter slutenvård, utan att ta hänsyn till vem det är som följer upp patienten. Dessa artiklar tenderar att definiera kontinuitet som tillgänglighet kring patientens medicinska journal för alla som vårdar patienten, informationskontinuitet. Andra studier definierar kontinuitet i sjukvården som relationen mellan vårdpersonal och patient, den relationella kontinuiteten (Saultz, 2003).

Continuity of Care Index (COCI) mäter antalet besök med enskilda vårdgivare. Detta innebär att varje patient inte behöver ha en fast läkare (Uijen et al, 2012). Måttet indikerar kort gott enbart antalet olika vårdgivare patienten träffat vid sina besök och ger ett högt mått av kontinuitet om patienten har haft

många vårdbesök med ett fåtal vårdgivare. Usual Provider Continuity Index mäter istället patientens sökmönster i relation till dennes ordinarie läkare. Enligt detta mått skulle patienten kunna ha interpersonell kontinuitet med sin ordinarie läkare, men under tiden för mätning träffa flera andra specialister relaterad till medicinsk utredning och behandling som kräver specialistvård (Saultz, 2003).

Hur sjukvårdssystemet är organiserat i ett land spelar roll för utfallet av kontinuiteten i sjukvården när den mäts. Hög kontinuitet avseende att få träffa samma allmänläkare minskade dock risken för återinläggning på sjukhus, oavsett sjukvårdssystem (Swanson, Vogt, Sundmacher, Hagen & Moger, 2018).

Kontinuitetens baksida

Det finns också faror med kontinuitet, såsom att läkaren kan bli avtrubbad i sin kännedom om patienten, det går på rutin i kontrollerna och viktiga kliniska förändringar upptäcks för sent. Man kan också slarva med dokumentation, då man kan kanske tycker att allt av vikt redan är nedskrivet (Hunskår & Rørtveit, 2007) I vissa studier har man påvisat att kontinuitet faktiskt försämrar det utfall man önskar mäta. Ur hälsoekonomisk synvinkel har också vissa studier påvisat att kontinuitet gör vården dyrare. Att det finns samband mellan förbättrad vård av multisyka individer vid hög interpersonell kontinuitet har vissa studier haft svårt att påvisa. Det är också viktigt att komma ihåg att samband inte är samma sak som orsakssamband, och många studier rörande kontinuitet är retrospektiva eller tvärsnittsstudier, vilket inte möjliggör utvärdering av orsakssamband (Saultz & Lochner, 2005). Kontinuitet kan också leda till ogynnsamma maktförhållanden. Patienten kan hamna i en ogynnsam beroendeställning (Hunskår och Rørtveit, 2007).

Hur kontinuitet mäts är viktigt att ta hänsyn till när resultatet presenteras. Till exempel så fann Geroldinger et al (2018) att hög kontinuitet ökade risken för död hos patienter med diabetes, beroende på hur definieringar och mätningar gjordes. Bland annat är det av stort vikt att specificera vilken vårdprofession man avser mäta kontinuiteten utefter.

Komplexa patienter, särskilt äldre, identifierar relationell kontinuitet som en viktig del i vården (Bayliss, Edwards, Steiner & Mains, 2008). Äldre patienter föredrar i högre utsträckning att vara listade hos en specifik, namngiven läkare som kan lyssna, förstå och bry sig om (Raivio, Holmberg- Martilla & Matilla, 2014; Glenngård, 2015). För att kunna erbjuda optimal vård till komplexa patienter, är det viktigt att förstå på vilket sätt relationell kontinuitet respektive informationskontinuitet bidrar till utfallet av sjukvård (Bayliss et al, 2015).

Problemformulering

Kontinuitet är ett bärande begrepp inom sjukvården, särskilt primärvården, och nämns som en viktig faktor framförallt för äldre personer som har olika sjukdomar och hälsoproblem som medför en komplexitet i vård och behandling. Det tas för givet att kontinuiteten är viktig och central och avsaknaden av kontinuitet i sjukvården framställs som ett stort problem. Samtidigt är begreppet kontinuitet allt ifrån självklart och oproblematiskt att använda i forskning då det syftar till olika saker och mäts på olika sätt, och äldre personer är också en heterogen grupp som är svår att dra generella slutsatser ifrån. Det finns inte heller så mycket tidigare forskning kring patientens perspektiv på vad kontinuitet innebär och hur det upplevs. Baserat på detta ställs frågan vad kontinuitet i hälso- och sjukvården innebär och hur det upplevs av äldre personer?

Syfte

Att beskriva och fördjupa förståelsen för äldre personers upplevelse av kontinuitet i hälso- och sjukvården utifrån olika dimensioner i begreppet kontinuitet.

Material och metod

Förförståelse

Författaren till denna studie har arbetat tio år som sjuksköterska, merparten av dessa med inriktning på vård av äldre personer. Vid byte av arbetsplats från kommunal äldreomsorg och hemsjukvård till regionens primärvård upplevdes svårigheter i vården av äldre personer jämför med hur man arbetar i kommunal hälso- och sjukvård där man som sjuksköterska har ett tydligt omvårdnadsansvar för en grupp personer. Då kunde relationen utvecklas, man lärde känna varandra och visste hur man skulle kommunicera för att den andra skulle förstå. Att i primärvården vårda ibland mycket svårt sjuka äldre utan att ha en tidigare relation till dem väckte tankar kring hur viktig kontinuitet är, särskilt med äldre personer som har levt ett långt liv och på så vis har mycket med sig i bagaget, både psykologiskt, emotionellt, relationellt och fysiskt.

Design och Metod

Studien utformades som en kvalitativ intervjustudie med individuella intervjuer utifrån syftet att studera personers subjektiva beskrivningar av sina upplevelser av kontinuitet i mötet med hälso- och sjukvården. Kvalitativ metod har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen (Marshall & Rossman, 2016) och data används för att skapa förståelse och insikt kring det fenomen man avser att studera. Det sagda ordet och informantens beskrivning blir föremål för analys och tolkning (Henricsson & Billhult, 2017).

Vid deduktiv ansats startar forskningsarbetet med antaganden som baseras på tidigare teoretisk kunskap (Priebe & Landström, 2017). Eftersom syftet var att beskriva äldre personers upplevelse av kontinuitet utifrån dimensioner i begreppet kontinuitet, valdes en deduktiv ansats med befintlig forskning som teoretiskt ramverk för analysen. Den mest citerade artikeln rörande kontinuitet som begrepp är Haggerty et al "Continuity of care: a multidisciplinary review" (2003) Där sammanfattas tre typer av kontinuitet som finns i all typ av vård:

- Informationskontinuitet – användandet av information från tidigare händelser och personliga omständigheter för att göra den nuvarande vården anpassad till den enskilde individen.
- Behandlingskontinuitet - en konsekvent och sammanhängande behandling av ett hälsotillstånd som också är anpassad för patientens föränderliga behov.
- Relationell kontinuitet – en pågående terapeutisk relation mellan patienten och en eller flera vårdgivare. (Haggerty et al., 2003)

Utifrån dessa tre dimensioner av begreppet utformades intervjuguiden och dessa tre var också de förutbestämda koder som användes för att kategorisera materialet under analysen.

Urval

Deltagare i en kvalitativ studie väljs utifrån att de har erfarenheter av de fenomen som är i fokus för den aktuella studien (Henricsson & Billhult, 2017). Initialt innefattade inklusionskriterierna att personen skulle vara över 75 år och haft minst fyra fysiska möten med sjukvården under senaste året, samt vara boende i ordinärt boende. Gränsen vid 75 år sattes för att hitta personer som är sårbara på det sätt som Hylén Ranhoff (2010) beskriver, det vill säga har nedsatt organkapacitet och försämrad homeostas på grund av åldersförändringar. Sjukvårdskontakterna kunde vara av olika art; både primärvård, slutenvård och öppen specialistvård samt med olika vårdprofessioner. Personer som hade någon form av demensdiagnos, erhöll palliativ vård eller hade begränsad förståelse för svenska exkluderades.

Flera vårdcentraler i Region Östergötland kontaktades med förfrågan kring möjligheten att informera patienter och fråga om deltagande i studien i samband med vårdbesök på enheten (bilaga 1). En vårdcentral valde att delta. Urvalet bestod av personer som under mars och april månad år 2019 besökte vårdcentralen, som är en av de största i regionen. Vårdcentralens upptagningsområde är blandad avseende de listade personernas socioekonomiska status och innefattar personer både boende på landsbygd, i mindre ort samt tätort.

Personerna tillfrågades av legitimerad vårdpersonal kring deltagande i studien i samband med sitt vårdbesök. Var personen intresserad att delta erhöll denne skriftlig information kring studien (bilaga 2) samt gav sitt medgivande att bli kontaktad via telefon. Efter några dagar togs kontakt med personen och tid och plats för intervjun bestämdes. En person som var yngre än 75 år tillfrågades av vårdpersonal då denne, likt övriga informanter, haft kontakt med olika enheter i sjukvården och hade flera olika

sjukdomsdiagnoser. Då denne informant hade stor erfarenhet av det fenomen som var i fokus för studien inkluderas även hen i studien.

Totalt intervjuades tio personer. Könsfördelningen bland informanterna var jämn, fem var kvinnor och fem var män. Informanternas ålder varierade mellan 72-96 år. Medelåldern var 83,6 år, medianåldern 83 år.

Datainsamling

En kvalitativ semistrukturerad intervjuguide användes (bilaga 3). Enligt Danielsson (2017a) innebär en semistrukturerad intervju att frågorna formuleras i en viss struktur men att de inte behöver tas i en bestämd ordning utan att intervjuaren kan anpassa detta till vad som kommer upp under intervjun. Intervjuguiden skall inte vara för lång och skall fungera som ett stöd (Danielsson, 2017a).

Då denna studie syftade till att beskriva upplevelse av kontinuitet som företeelse i hälso- och sjukvården, samtidigt som kontinuitet är ett multidimensionellt begrepp som kan vara svårt att förstå för informanterna, behövde tidigare forskning utgöra ett teoretiskt ramverk för de intervjufrågor som utformades, varpå riktad kvalitativ innehållsanalys valdes som analysform för insamlad data. Detta hjälper till att förbestämma vad som är av intresse eller hur relationen mellan frågorna skall se ut (Hsieh & Shannon, 2005).

Intervjufrågorna utformades med fokus på de tre olika typer av kontinuitet som Haggerty et al (2003) presenterar. Intervjuerna inleddes med en fråga kring vilka vårdkontakter informanterna haft under senaste året för att skapa en bakgrund kring ämnet. Därefter ställdes en mera öppen fråga och efter detta flera riktade frågor kring olika dimensioner av kontinuitet i enlighet med hur Hsieh och Shannon (2005) beskriver att intervjufrågor bör utformas vid riktad innehållsanalys.

Datainsamlingen föregicks av en provintervju vilket Danielsson (2017a) rekommenderar. Efter provintervjun omarbetades frågeformuläret på de punkter där intervjufrågorna föreföll svåra att förstå och inte riktigt fångade studiens syfte i sin helhet. Första intervjun efter detta var initialt tänkt som ytterligare en provintervju, men då frågorna i omarbetad form föll väl ut, inkluderades även denna intervju i resultatet.

Totalt genomfördes tio intervjuer under mars och april 2019. Intervjuerna skedde på olika platser med olika informanter beroende på vad varje informant föredrog, såsom i bostaden eller på vårdcentralen. Samtliga intervjuer skedde på en lugn, avskild plats med en ostörd miljö, något som enligt Danielsson (2017a) är viktigt för att intervjun skall bli djup och innehållsrik i förhållandet till syftet. Fyra informanter blev intervjuade i hemmet, sex informanter intervjuades i avskilt rum på vårdcentralen. Intervjuerna varierade i längd, mellan 17-46 minuter. Ljudupptagning skedde vid samtliga intervjuer, vilket enligt Kvale och Brinkman (2014) är det vanligaste sättet att registrera intervjuer. Vid en intervju framkom det ytterligare intressanta synpunkter efter att ljudupptagningen avslutats, varpå informanten tillfrågades om även detta kunde inkluderas i materialet. Då informanten godkände detta så inkluderades även dessa kommentarer.

Intervjuerna transkriberades omgående efter varje intervju för att intervjun skulle vara färsk i minnet när den transkriberades, något som Kvale och Brinkman (2014) rekommenderar. Intervjuerna transkriberades ordagrant, där även pauser, skratt, suckar och stödljud återgavs i text. Detta är viktigt då det påverkar den underliggande meningen av det som sägs (Graneheim & Lundman, 2004).

Analys

Innehållsanalys är en välanvänd metod inom kvalitativ forskning (Hsieh & Shannon, 2005) och är influerad av både hermeneutik och logisk positivism. Texten analyseras genom att delas in i meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, underkategorier och kategorier (Hsieh & Shannon, 2005; Danielsson, 2017b). Den riktade innehållsanalysen är mer strukturerad än den konventionella, då existerande teori eller tidigare forskning används för att identifiera bärande koncept (Hsieh & Shannon, 2005).

Först lästes utskriften av varje enskild intervju igenom flera gånger för att en uppfattning om texten och dess innehåll skulle kunna bildas, vilket både Hsieh och Shannon (2005) samt Danielsson (2017b) rekommenderar. Analyschema motsvarande Danielssons (2017b) användes därefter för att arbeta med texten (se Tabell 1 nedan).

En meningsbärande enhet är ord, meningar eller stycken som innehåller aspekter som är relaterade till varandra genom sitt innehåll och kontext. I den kondenserade meningsbärande enheten kortas innehållet ned medan kärnan i det som sagts bibehålls (Graneheim och Lundman, 2004). De kondenserade meningsbärande enheterna kodades utifrån vilken dimension av begreppet kontinuitet de beskrev. I de fall (femton stycken) där det inte var tydligt vilken dimension den kondenserade meningsbärande enheten representerade markerades dessa med ett frågetecken. Där kodningen var avslutad analyserades de kondenserade meningsbärande enheterna som markerats med ett frågetecken på nytt, den hela meningsbärande enheten lästes flera gånger i sitt totala sammanhang och placerades därefter i dimension/ med den kod den passade bäst. När data sorterats under respektive kod lästes alla kondenserade meningsbärande enheter igenom på nytt flera gånger för att kontrollera att kodningen stämde överens. Enstaka justering med ny kodning skedde. Nästan samtliga kondenserade meningsbärande enheter kunde placeras in i någon av de dimensioner av kontinuitet som Haggerty et al (2003) beskriver. Ett mindre antal (fem stycken, från fyra olika informanter) kondenserade meningsbärande enheter placerades utanför befintliga kategorier (se resultat).

Kategorier svarar på vad texten innehåller och innehåller grupper av koder i subkategorier (Danielsson, 2017b). Att skapa kategorier är själva kärnan av innehållsanalys. En kategori refererar främst till en deskriptiv nivå av innehållet och kan ses som ett uttryck för det manifesta innehållet i en text (Graneheim & Lundman 2004). Kategorierna som framkom i materialet motsvarade Haggerty et als (2003) indelning av kontinuitet i tre olika typer.

Tabell 1 Exempel på analysens genomförande.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
de är, alltså pålästa, de, jag kommer inte dit och de säger jaha, kan du berätta hur det är med dig då? Det är inte så inte. Utan de vet hur det är med mig. Och de vet, sjuksköterskan vet och doktorn vet.	Personalen är påläst, de vet hur det är med mig	Information	Vikten av att vårdpersonal är förberedd	Informationens betydelse
Och inte bara hålla oss utanför, vi måste, man får inget uppfattning av en människa om det finns en mur emellan. Och det fanns det inget där.	Inte hållas utanför, ingen mur emellan	Relation	Att kunna vara personlig	Den relationella dimensionens innehåll
Hon är ju fenomenal alltså. Hon går ju bort och pratar med läkaren om det är någonting som ska göras och sådär va så jag tycker att hon har varit jätteduktig alltså och ordnar upp det.	Sjuksköterskan pratar med läkaren, ordnar upp det	Behandling	Vårdpersonalen samarbetar	Sammanhängande behandling

Etiska överväganden

Äldre och särskilt sköra och sjuka är en utsatt grupp med ibland sänkt autonomi. Detta kräver särskilt betänkande. Det var i urvalsskedet viktigt att tillse att personer som skulle delta i studien hade en god kognitiv förmåga så att de hade förutsättningar att till fullo förstå informationen som gavs. Därför valdes urvalssättet att ta hjälp av legitimerad vårdpersonal för att tillfråga lämpliga personer om deltagande. Vårdpersonalen hade god kännedom om personernas sjuklighet, vårdkontakter och hälsoproblem. Informerat samtycke innebär att informanter har rätt att dra sig ur vid vilken tidpunkt som helst och att de är informerade kring det allmänna syftet med undersökningen och hur den är upplagd (Kvale & Brinkman, 2014). Stor vikt lades vid samtycke och att informanterna till fullo förstod vad inkludering i studien innebar. Samtliga informanter fick ett informationsbrev (bilaga 2). Denna information repeterades vid intervju tillfället för att säkerställa att informanterna förstått sina rättigheter och möjligheten att avsluta sitt deltagande. Att information kring studiens syfte och innehåll skulle vara lättförståeligt eftersträvades, då detta är något som Kjellström (2017) betonar.

Konfidentialitet handlar om att värna så att inte obehöriga får ta del av känsliga uppgifter och/eller personuppgifter som leder till att det är möjligt att identifiera vem som har medverkat (Kjellström, 2017). Intervjumaterialet, både ljudfiler och transkriberat material förvarades så att inte obehöriga hade åtkomst till materialet. Allt material var kodat och inget material kunde på vis härledas till specifik individ. Författaren erhöll förnamn, ibland efternamn samt telefonnummer till intervjupersonerna, i några fall även adressuppgifter. Dessa förvarades åtskilt från intervjumaterialet och på sådant sätt att ingen obehörig hade åtkomst till uppgifterna.

Resultat

Över lag var informanterna nöjda med vården de hade fått tidigare och pågående vård. Få negativa aspekter lyftes fram under intervjuerna rörande den egna vården. Att kontinuitet var viktigt framkom tydligt då de flesta informanter svarade "att få träffa samma vårdpersonal" på frågan "vad är viktigt för dig när du besöker sjukvården?" som ställdes inledningsvis under intervjuerna. Samtliga informanter upplevde att kontinuitet fanns i och med det att man oftast fick träffa samma vårdpersonal, och samtliga informanter uttryckte att detta var viktigt på ett eller annat sätt. Merparten av informanterna upplevde sig som relativt friska och vid relativt god hälsa, trots att de alla hade en eller flera sjukdomsdiagnoser av kronisk karaktär. Deras besök i vården verkade utgöra en liten del av vardagen och föreföll inte inverka på livet som helhet på ett negativt sätt. Exempelvis glömde de ofta bort att nämna årskontroller och planerade besök av icke akut karaktär som ingick i deras vård när antalet vårdbesök efterfrågades. Det förekom även att vårdkontakter med andra kliniker nämndes i förbifarten när något annat diskuterades, vilket tolkades som att man inte upplevde dessa som något som var viktigt i den bemärkelsen då man inte nämnt dem initialt.

Samtliga tre typer av kontinuitet som Haggerty et al (2003) beskriver fanns representerade i materialet. Mängden data avseende relationell kontinuitet var avsevärt störst när indelning efter Haggerty et al (2003) dimensioner gjordes. Näst störst var behandlingskontinuitet och minst var informationskontinuiteten.

Den relationella kontinuiteten var den som informanterna pratade mest om. Det föreföll vara så att det var detta som informanterna framförallt associerade begreppet kontinuitet med. Samtliga informanter upplevde att relationell kontinuitet fanns och beskrev på olika sätt vad man upplevde att den innehöll. Det framkom att informanterna uppskattade att ha en djupare relation med sin primära vårdgivare. Den relationella kontinuiteten bildade kategorin **den relationella dimensionens innehåll** och innehöll fyra subkategorier.

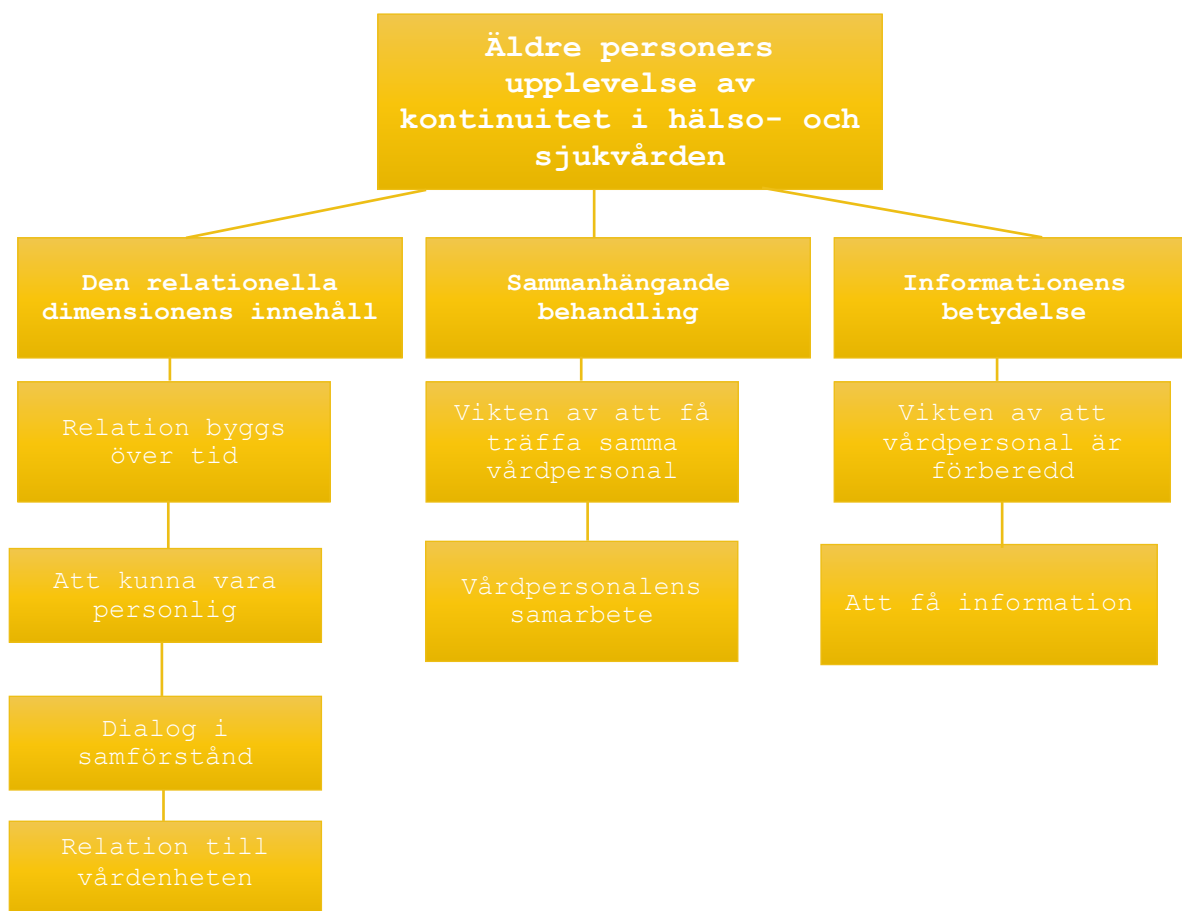
Behandlingskontinuitet verkade inte vara något som informanterna föreföll ha reflekterat särskilt mycket över gällande sin egen vård, i den form som Haggerty et al (2003) beskriver och så som frågorna utformats kring detta. Det krävdes alltid följdfrågor för att de skulle utveckla sitt resonemang kring detta under intervjuerna. Behandlingskontinuitet bildade kategorin **Sammanhängande behandling** och innehöll två subkategorier; vikten av att träffa samma vårdpersonal samt vårdpersonal samarbetar.

Informanterna pratade minst om informationskontinuitet. När de fick fråga kring detta svarade de flesta informanter att de inte hade någon uppfattning kring om hur informationen utbyttes mellan olika enheter eller hur den användes. När informationsutbyte var tydligt och vårdpersonal berättat att man tagit del av information från annan vårdgivare, kunde dock tydliga exempel på detta ges. Informationskontinuitet bildade kategorin **informationens betydelse** och innehöll två subkategorier; vikten av att vårdpersonal är förberedd samt att få information.

Utöver dessa tre kategorier gjordes ytterligare ett fynd när data analyserades. Fyra informanter uttryckte i sina intervjuer att de, på grund av sin ålder, inte riktigt var värda den vården som de erhållit, att de "tog upp en plats i kön" och att de var mindre värda vården relaterat till hög ålder, vilket tolkades som en slags ålderism riktad mot den egna personen. Dessa kommentarer var inte direkt knutna till kontinuitet utan snarare till vård i allmänhet, varpå ingen kategori skapades. Däremot gav de uttryck för äldres uppfattning av sig själva i relation till sjukvården, vilket ändå ansågs behöva lyftas fram.

"Ibland brukar jag tänka att vad tar ni hand om en gammal kärring för när det finns så många unga som kanske behöver komma före." I3

"De gör ju väldigt mycket även fast man är äldre. Och det har jag funderat på många gånger det är ju konstigt att de håller på med en gammal kärring" I10



Figur 1. Kategorier och subkategorier

Den relationella dimensionens innehåll

Relation byggs över tid

För att en relationell kontinuitet skall kunna uppstå uttryckte informanterna att det var en förutsättning att ha träffats flera gånger. Relation är något som byggs över tid och detta var en viktig faktor.

”Det går ju att konversera på ett helt annat plan med en människa som man har sett ett antal gånger” I2

”Får man ett förtroende första gången så ligger det ju kvar” I5

Några informanter beskrev med glädje hur de haft samma läkare under väldigt många år och hur detta var något man värdesatte.

”Jag flyttade hit ut 82...och då fick man en läkare och då fick jag henne, ja och sen har jag haft henne så hon känner mig både innan och utan ja” I1

En stor vinst med att ha träffats flera gånger var att vårdpersonalen då kände till informantens historia och att man inte behövde berätta samma saker om och om igen.

”Jag vill ju ha kontinuitet för att jag tycker att det är ganska bortkastat att hålla på att berätta sin historia gång på gång” I7

”Då känner man ju henne eller honom så att när en ska ha en ny måste man ju berätta, igen, saker och ting va. Det är ju jobbigt” I4

När den relationella kontinuiteten bröts var det också detta som var det som var jobbigast enligt informanterna, att behöva återberätta sin historia på nytt. Detta uppfattades som negativt. Det fanns dock några informanter som beskrev att det kan vara bra att bryta relationen som byggs över tid ibland och att det inte bara behöver vara negativt att träffa ny vårdpersonal. Att få träffa ny personal kunde både innebära att man inte hade förtroende eftersom man inte kände sin vårdgivare, eller att vårdgivaren såg på dem som patient med nya ögon.

”Då fick jag en som jag inte hade haft (...) han var väldigt NOGA! Noga med undersökning och allting så att ibland, ibland då är det kanske bra att byta läkare” I1

Bland de sju informanter som hade erfarenhet av både primärvård och slutenvård fanns här också en tydlig skillnad mellan primärvård och slutenvård. I primärvården uppskattades det att träffa samma personer och bygga relation över tid, men när man var inlagd på sjukhuset spelade den relationella kontinuiteten mindre roll, eftersom man vistades på sjukhus under kort tid. De patienter som hade långvarig kontakt med olika specialistkliniker, uttryckte dock att det var bra om man fick träffa samma även där.

”Jag visste inte om jag tyckte det var viktigt heller för jag tänkte inte på det, jag hann ju aldrig skapa några relationer till dem. Jag har inte någon doktor där som jag har något minne av heller (...) Alltså när man kommer in akut då struntar man väl ganska mycket i vad det är för folk som är omkring en” I8

Att kunna vara personlig

När relationell kontinuitet fanns och man lärt känna varandra uttryckte informanterna att de upplevt att man även kunde prata om andra saker med vårdpersonalen, och att detta var viktigt för hur de upplevde sin kontakt med sjukvården. Det uppskattades att man hade en läkare eller sjuksköterska som kände till en som person, på även det personliga planet och som man kunde ha en mer informell relation till. Att kunna prata om andra saker än det man sökt vård för, vara personlig och ha en relation som byggde på mer än bara det man vårdades för, var något som uppskattades i den terapeutiska relationen.

”Man kan prata lite, man kan prata om vad som helst. Kan skoja lite emellanåt med.” I5

”Det får gärna vara lite privat prat emellan, så att det inte blir för högtidligt (...) Jag måste säga till att vara läkare, och patient, vi kunde sätta oss och gapskratta ibland. Det var inte bara det jag sökte för, vi kunde ha jätteroligt”. I3

Flera informanter uttryckte att det var lättare att ha en mer intim och personlig relation med sjuksköterska, även då de upplevde relationell kontinuitet med sin läkare. En informant beskrev till och med hur hen fått kännedom att sjuksköterskan hen haft skulle avsluta sin tjänst och byta arbetsplats, och hur hen då ämnade lista om sig till samma vårdcentral som sjuksköterskan skulle börja arbeta på.

”Den kontakten jag har med sjuksköterskorna framförallt. Den är fantastisk bra. Det underlättar. Jag kan prata om olika saker. Det går hem” I2.

Efter jag träffa min sjuksköterska måste jag säga att hon har gjort otroligt mycket (...) det är henne jag förlitar mig helt på. För jag tycker att hon visar fortfarande efter det här långa tiden ett intresse och hon ställer alltid upp för mig, hon, man kan alltid prata med henne, hon är fantastisk. Och nu har jag hört att hon ska lämna här. Men då flyttar jag dit...” I7

Dialog i samförstånd

Att ha en dialog i samförstånd var något informanterna upplevde när relationell kontinuitet fanns. Man hade lärt känna varandra och förstod vad vårdpersonalen menade när de sa olika saker, och vårdpersonal hade i sin tur lärt känna informanten och hur denne uttryckte sig. Informanterna kunde då prata på ett mer avslappnat sätt, man upplevde att man talade samma språk. Detta gjorde att förtroende skapades och att man upplevde ett bra bemötande.

”Man ska inte behöva sitta och välja ord” I9

”Även om det inte kan förändras nåt så får man förtroende att de lyssnar på och tar reda på.” I3

Relation till vårdenheten

När informanterna upplevde att en terapeutisk relation fanns så uttryckte flera informanter att den inte bara var knuten till en eller flera vårdgivare utan snarast till vårdenheten där man erhöll mycket av sin vård, i det här fallet en vårdcentral. Att redan i receptionen bli igenkänd och välkommen var betydelsefullt och gjorde att informanterna kände sig bekväma, trygga och avslappnade. Hade man haft en god relationell kontinuitet tidigare var det inte heller så oroande ifall man någon gång fick byta vårdgivare på vårdcentralen, då man upplevde att man kände till vårdenheten som plats.

”De är ju trevliga i reception och hela vägen. Man känner dem. De skriker hej när man kommer. Och det tycker jag är skönt” I9

”Här känner jag ju efter den här långa tiden så känner jag ju alla (...) Man kommer inte som någon, att de känner igen en och sådant det gör att man får en trivselkänsla och då går allting mycket enklare” I7

Sammanhängande behandling

Vikten av att få träffa samma vårdpersonal

Behandlingskontinuitet var inte något som informanterna tydligt reflekterat över i sin kontakt med sjukvården. Det blev tydligt att de på ett sätt såg behandlingskontinuitet som ett resultat av relationskontinuitet, fanns det en terapeutisk relation mellan informanten och vårdgivaren upplevde informanterna också att behandlingskontinuiteten fungerade. I upplevelsen av en god relation med vårdpersonalen fanns på så vis också att de kände till planering och behandling, vad som skulle göras och varför.

”Allt finns med hela tiden så de vet vad de sysslar med hela tiden. Det är inget sånt här letande efter saker utan det är precis klart vad vi ska göra nu och hur vi ska gå vidare.” I6

En informant uttryckte att så länge hen upplevde effekt av behandlingen, så spelade det ingen roll om olika vårdpersonal behandlade på olika sätt. Detta eftersom hen i grunden hade en god relation till vårdenheten och att hen upplevde att behandlingen fungerade.

”det är okej för att jag blir så väl behandlad, jag är inte bekymrad. Utan läkarna här gör ett bra arbete fast de behandlar olika, de har olika behandlingsformer (...) det spelar mindre roll hur de bär sig åt huvudsaken är att målet är nått va” I2

Vårdpersonal samarbetar

Att vårdpersonal samarbetade runt informanterna som patienter var det tydligaste sättet som de formulerade att det fanns en sammanhängande behandling och en behandlingskontinuitet. Flera informanter kunde ge konkreta exempel på hur olika vårdgivare på samma eller olika enheter samarbetade med varandra. När vårdpersonal berättat vilka kontakter de tagit eller skulle ta med andra professioner eller vårdenheter kunde informanterna med lätthet beskriva att det fanns ett samarbete och en sammanhängande planering för behandling. När konkreta exempel inte fanns, upplevde informanterna att det var svårt att veta huruvida det fanns kontinuitet i behandling och planering. Informanterna uttryckte dock inte att det var något som inte fungerade avseende behandlingen eller att det var något de saknade i sin vård.

”Man ser ju då att det finns en kontakt, en vidare kontakt med läkaren va och det måste ju vara positivt givetvis. För läkaren vet precis vad som händer och vad vi har gjort och så vidare även om jag inte har träffat henne.” I6

Informationens betydelse

Vikten av att vårdpersonal är förberedd

Hade informanten en god relationell kontinuitet upplevde de ofta att även informationskontinuiteten var bra vilket ibland gjorde dessa två kategorier svåra att särskilja, eftersom samtliga informanter hade relationell kontinuitet med någon vårdprofession. Det var då svårt att veta om informanternas upplevelse kom av hur och att information användes eller av att det fanns en kännedom om patienten via den terapeutiska relationen. Det som dock blev tydligt var att informationskontinuitet var viktig för informanterna på så vis att man upplevde att vårdpersonalen var förberedd, oavsett om man träffats tidigare eller inte. Om vårdpersonalen var förberedd slapp de återupprepa sin historia och detta var något som var viktigt och betydelsefullt. Om informationskontinuiteten inte fungerade kunde detta leda till personalen ställde frågor som informanten upplevde konstiga och detta kunde skapa irritation.

”Det finns ju allting dokumenterat, så att har hon bara haft, när jag kommer dit va för att då om hon då har hunnit och läst på lite då kommer hon ju liksom mera närmare det hela” I4

”Så att det är inte bara det att de sätter sig och tittar i datorn och sen börjar fråga vad som hände då utan de det vet dom, och det tycker jag är jättebra”. I9

Journalerna de är inte sådär hemskt kontrollerade. För ibland får man ju konstiga frågor som ju finns i journalerna å då undrar jag...” I7

Att få information

Att som patient bli informerad om vad som skulle hända och vilken planering som fanns framstod också som något som informanterna associerade med informationskontinuitet. Att vårdpersonal, särskilt sjuksköterskor som informanterna uttryckte hade mera praktiska arbetsuppgifter än läkare, förklarade varför man gjorde vissa saker på ett visst sätt var viktigt. På det sättet kunde de se att vårdpersonal använde sig av tidigare information och av nuläget för att anpassa vården.

”De pratar och klargör vad de gör och vad som händer” I6

”Utan det är ju ett ganska praktiskt jobb, som sjuksköterskor och undersköterskor gör, och det är inga konstigheter, det är inga svårigheter att förstå det heller om man bara berättar vad man gör” I8.

Om man upplevde att man inte fick information kring sin vård eller svar på sina frågor uttryckte en informant att det kändes som att vårdpersonalen undanhöll något.

”När jag frågar om det där så får jag så konstiga svar.. så jag tror att det är något att de inte vill tala om att de har missat det” I4

Diskussion

Metoddiskussion

Att bestämma metod för studien utgjorde en lång process, då det inte föreföll självklart om syftet bäst besvarades med kvantitativ eller kvalitativ metod. Fler nyanser och dimensioner kan fångas med kvalitativ metod genom att tolkning av det sagda ordet och informanternas beskrivningar blir föremål för analys och tolkning vid kvalitativ metod (Henricsson & Billhult, 2017). Genom att använda kvalitativa metoder i gerontologisk forskning får man en fördjupad kunskap om äldre och åldrande ur ett "inifrånperspektiv", eftersom äldre ges möjlighet att berätta hur man lever och upplever åldrandet, vad som är meningsfullt i livet och hur man bemästrar svårigheter (Ernst Bravell, 2014b). Eftersom syftet var att beskriva äldre personer upplevelse av kontinuitet i hälso- och sjukvården och ett "inifrånperspektiv" eftersträvades, valdes kvalitativ metod. Kvalitativ metod är lämpligt när beskrivningar av fenomen, situationer och händelser skall göras (Danielsson, 2017a). Vid kvantitativ metod med specifik inriktning på äldre personer bedömdes att informanternas egen upplevelse och beskrivning av fenomenet inte skulle kunnat ha utforskats lika djupt, och nyanser i innehållet hade inte kunnat fångas.

Eftersom det finns mycket tidigare forskning rörande kontinuitet, upplevdes det svårt att göra en kvalitativ studie med en helt induktiv ansats. Om en öppen fråga såsom "Vad innebär kontinuitet i hälso- och sjukvården för dig" ställts bedömdes risken vara stor för att det skulle blivit fokus på informanternas uppfattning av begreppet som sådant och inte upplevelsen av hur det fungerade praktiskt i vården, vilket var det som var av intresse. Eftersom det också saknas konsensus kring begreppet kontinuitet i hälso- och sjukvården (Sheaff et al, 2015) användes befintlig teori och tidigare forskning för att konkretisera och förtydliga begreppet varvid studien fick en deduktiv ansats. Men som Priebe och Landström (2017) beskriver så är forskningsprocessen sällan strikt linjär och kodningens omsättning till subkategorier och kategorier var ett mer induktivt arbete.

Det finns flera definitioner kring när man egentligen är en äldre person. Åldern 75 år sattes för att informanterna skulle vara sårbara enligt Hylén Ranhoffs (2010) benämning, då studiens syfte initialt var att undersöka sköra äldres upplevelse av kontinuitet. Då det bedömdes vara alltför tidskrävande att finna dessa individer, samt att intervjua sköra personer kommer med svårare etiska ställningstaganden sattes de inklusionskriterier som blev gällande för studien.

Det hade varit önskvärt med ett urval av personer listade på flera olika vårdcentraler runt om i Region Östergötland, för att öka generaliserbarheten och trovärdigheten till studien. Flera andra vårdcentraler kontaktades men var ej intresserade av att medverka. Samtidigt innefattade studiens hälso- och sjukvården generellt och inte bara primärvården, vilket gör att vilken vårdcentral informanten tillhörde blev av mindre betydelse. Hur sjukvårdssystemet är uppbyggt påverkar kontinuitet (Olofsson et al, 2010) och eftersom Sverige har regionalt styre över hälso- och sjukvårdens organisation (Anell et al, 2012) hade en större spridning över Sverige också varit lämplig för att öka generaliserbarheten för studien.

Att vårdpersonal hjälpte till att välja ut och informera informanter kan ha medfört urvalsbias. Informanterna var patienter som vårdpersonal kände till väl, och som på så vis också kan antas ha en god kontinuitet utifrån olika dimensioner i begreppet kontinuitet. Men eftersom studiens syfte inte var att utföra någon form av nöjdhetsmätning, utan snarare fördjupa förståelsen för äldre personers upplevelse av kontinuitet, så bedömdes detta påverka resultatet i mindre utsträckning. Detta kan snarare ses som något positivt, då informanterna hade stor erfarenhet av det fenomen som avsågs studeras (Henricsson & Billhult, 2017). Att vårdpersonal hjälpte till vid urvalet av informanter var också ett sätt att säkra etiska aspekter, då dessa kontrollerade för till exempel förekomst av demenssjukdom och endast frågade patienter som de bedömde skulle orka delta. Det fanns variationer i urvalet avseende ålder och kön vilket enligt Henricsson (2017) ökar överförbarheten och trovärdigheten i urvalet.

Att det var en och samma person som intervjuade samtliga informanter kan ses som en styrka då den kvalitativa intervjun är ett samspel mellan forskare och informant (Kvale & Brinkman 2014). Det noterades att intervjuerna tenderade att bli längre när de utfördes i informantens eget hem. Detta kan ha berott på att miljön gjorde informanten mera avslappnad och på så vis också hade lättare att prata fritt och obehindrat.

Vid innehållsanalys ökar trovärdigheten om resultatet som framkommer vid analys diskuteras mellan flera personer (Graneheim & Lundman, 2004; Mårtensson & Fridlund, 2017). Att denna studie gjorts av en ensam författare kan på så vis minska studiens trovärdighet. I syfte att öka bekräftelsebarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017) beskrevs analysprocessen så noggrant som möjligt. I dataanalysen visas exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet till kategori med ett exempel från varje kategori (tabell 1). Varje underkategori belyses även med ett eller flera citat från de transkriberade intervjuerna. Analysen fick också ta lång tid, och författaren återkom till materialet flera gånger och tillfällen för att se data ur olika synvinklar och säkerställa så hög neutralitet som möjligt.

Styrkan med riktad innehållsanalys är att existerande teori kan bekräftas och utvecklas. Riktad innehållsanalys innebär dock att forskarens ansats när insamlad data skall analyseras är på ett vis förutbestämd. Detta gör att det är mer troligt att tidigare teori får mer stöd än att den kommer att emotsägas. Det finns också risk att informanter svarar på ett särskilt sätt för att göra forskaren nöjd. Allt för stark influens av befintlig teori kan också göra forskaren okänslig för kontextuella aspekter av fenomenet som undersöks (Hsieh & Shannon, 2005). Under analysprocessen var avsikten att ha ett öppet sinne och därför kodades materialet med förutbestämda koder efter att kondenserade meningsbyggande enheter valts ut, och inte direkt som Hsieh och Shannon (2005) också beskriver att riktad kvalitativ innehållsanalys kan användas. På så vis färgades inte vad som ansågs viktigt när data lästes igenom de första gångerna.

Att intervjua äldre personer medför ibland särskilda svårigheter. Då syn- och hörselnedsättningar är vanliga besvär bland äldre (Romøren, 2010) samt de kognitiva funktionerna kan påverkas (Hagberg, 2008) behöver äldre personer ibland mer tid vid samtal. Då författaren var van att arbeta med äldre i sin yrkesprofession innebar detta inga praktiska problem. Stor vikt lades vid att informanterna skulle känna att de deltog frivilligt och att deras deltagande inte påverkade vården. Då författaren tidigare arbetat på vårdcentralen som informanterna var listad på, kan detta dock ha medfört att de inte kände att de kunde prata lika fritt som de hade gjort med någon som inte hade någon som helst anknytning till vårdcentralen.

Författarens förförståelse inom området kan ha bidragit till att det lades stor vikt vid den relationella kontinuitet vid analys av resultatet, då detta var det som väckte specifikt intresse för studien till att börja med. Författarens kännedom om primär- och slutenvårdens struktur och utformning i aktuellt område kan ha utgjort en fördel, då det var lättare att förstå informanternas referenser till de olika delarna. Samtidigt kan författarens förutfattade meningar av hur systemet fungerar färgat resultatet. Att vara medveten om sin egen förförståelse och att tydliggöra denna innebär dock att en så reflekterade hållning som möjligt intas (Henricsson, 2017). Att ge flera exempel på vad informanterna sagt med egna ord i resultatet var också ett sätt att försöka låta resultatet stå för sig självt och vara så transparent som möjligt, för att öka pålitligheten (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Resultatdiskussion

I resultatet blev det tydligt att kontinuitet är viktigt och att det informanterna främst associerar kontinuitet med, är att få träffa samma vårdpersonal vid sina besök och att kunna skapa en relation till sin vårdgivare. Av de tre dimensioner av kontinuitet som analyserades, var den relationella dimensionen den som uppfattades som viktigast av informanterna. Det är i mötet saker och ting händer och det är också här andra dimensioner av kontinuitet, såsom behandlingskontinuitet och informationskontinuitet, blir synliga. Freeman och Hughes (2010) förklarar varför den relationella aspekten ofta dominerar patientens egen berättelse genom att få träffa samma vårdpersonal som man sedan tidigare har ett förtroende för ofta är det mest effektiva sättet att säkerställa både god informationskontinuitet och behandlingskontinuitet (Freeman & Hughes, 2010).

Det blev i resultatet tydligt att olika dimensioner av kontinuitet i hälso- och sjukvård var tätt sammankopplade. Ett bärande tema genom dimensionerna var att informanterna upplevde kontinuitet när vårdpersonal kände till deras historia och de slapp upprepa den, både medicinskt och på ett mera personligt plan. Waibel, Henao, Aller, Vargas och Vazquez (2012) presenterar en modell kring hur relationell kontinuitet, behandlingskontinuitet och informationskontinuitet samverkar, och att de olika dimensionerna påverkar varandra, som förtydligar och stärker det som framkom i resultatet. De menar att får patienten träffa samma vårdpersonal minskar komplexiteten i informationsöverföringen och den medicinska och sociala kännedomen om patienten ökar vilket i sin tur förbättrar vårdens planering och skapar samförstånd mellan patient och vårdgivare. Relationell kontinuitet bidrar till

behandlingskontinuitet då vården blir mer anpassad utifrån individens unika förutsättningar när en terapeutisk relation finns. Tydlig och relevant information underlättar relationell kontinuitet och information kan ges på ett anpassat sätt och vid rätt tidpunkt om relationell kontinuitet finns (Waibel et al, 2012). Freeman och Hughes (2010) menar dock att informationskontinuitet snarare är ett medel för att uppnå behandlingskontinuitet och inte en egen dimension. De menar också att personers upplevelse av informationskontinuitet sällan framkommer tydligt i forskning, vilket blev tydligt även i resultatet.

Resultatet visade också att aspekten tid var viktig för att en terapeutisk relation skulle kunna utvecklas. Detta visar också Waibel, Vargas, Coderch och Vázquez (2018) som beskriver att relationen utvecklas gradvis, när patienten gjort sig bekant med läkarens personlighet, bemötande och reaktioner och när läkaren fått kunskap om patientens karaktär, hälsobehov, medicinska historia och sociala behov. Att känna varandra var mer än att bara känna igen varandras ansikten. Patienterna uppskattade relationerna till läkaren och det var vanligt att man pratade om primärvårdsläkaren som "min doktor" (Waibel et al, 2018). Att relationen byggs över tid stämmer väl överens med Saultz (2003) idé om att longitudinell kontinuitet är en förutsättning för att relationell kontinuitet skall kunna uppstå, det vill säga att man behöver träffa samma person flera gånger för att en relation skall kunna utvecklas. Över tid leder kontakten med samma läkare till att förtroende skapas (Pandhi & Saultz, 2006). Att tid är en viktig komponent när kontinuitet diskuteras, blev särskilt tydligt i resultatet där informanter beskrev att relationen med deras allmänläkare hade varat i 30 år eller mer. Kanske är tid också extra viktigt för äldre personer, som levt ett långt liv och har en längre tidslinje att sammanfatta vid varje besök i sjukvården jämfört med en yngre person? Kanske är en långvarig relation på så vis mer värt, ju längre tid du levt.

Det Waibel et al (2018) beskriver kring hur relationen utvecklas mellan läkare och patient, visades i resultatet även gälla för sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Informanterna framhöll kontinuiteten och relationen till sjuksköterskan som minst lika viktig, ibland viktigare än kontinuiteten och relationen med läkaren. Detta är intressant då det inte forskats särskilt mycket på detta inom primärvården, och att det i omvårdnadsforskningen mest handlar om informationsöverföring när kontinuitet diskuteras (Saultz, 2003). Att fokus starkt ligger på relationen mellan läkare och patient i internationell forskning kan bero på hur hälso- och sjukvårdssystemen är utvecklade i andra länder. Sverige har i jämförelse med andra EU-länder en låg andel allmänläkare, och en högre sjukskötersketäthet (Anell et al, 2012). I Danmark, England och Nederländerna är allmänläkarnas sedan länge fria företagare i privat regi (Anell, 2017). I dessa länder, där invånarna är listade hos sin egen allmänläkare och där i princip alla vård kanaliseras via denne, blir allmänläkarens position betydligt starkare än i system som Sverige där individen fritt kan välja att gå till primärvården eller att direkt söka sig till specialister inom slutenvården (Olofsson et al, 2010). I Sverige sköts också en större del av primärvårdens uppgifter av sjuksköterskor, såsom exempelvis diabeteskontroller, sårbehandling och blodtryckskontroller, uppgifter vilka i regel utförs av läkare i andra länder (Hjortdahl, 2007). Detta gör att sjuksköterskor i Sverige på så vis har en mer framträdande roll även i den relationsskapande dimensionen och här finns utrymme för framtida forskning särskilt gällande sjuksköterskans roll i primärvården. Även för andra patientkategorier än äldre är relationen med annan vårdpersonal viktig. Brand och Pollock (2018) visade exempelvis i sin studie rörande personer med kronisk njursjukdom att relationell kontinuitet kunde komma i andra former än bara specifikt med personens läkare. En terapeutisk relation med sjuksköterskan eller att bli igenkänd av personalen redan i receptionen, visade sig även här vara viktigt.

Informanterna uttryckte att det var viktigare att träffa samma personer i primärvården jämfört med ett akut besök i slutenvården. Att det upplevs viktigare att få träffa samma vårdpersonal i primärvården jämfört med slutenvården är något som Waibel et al (2018) visar att även personer i yngre åldrar upplever. I detta sammanhang är det intressant att notera att i Sverige har befolkningens förtroende generellt sett varit lägre för primärvården än för den specialiserade sjukvården (Anell et al, 2012). Har man så högt förtroende för den slutna vården så att det också bidrar till att det spelar mindre roll vem man träffar? Samtidigt är att vårdas på sjukhus inte en del av vardagen på samma sätt som ett besök på vårdcentralen är om man går dit varje vecka. Sett ur denna synvinkel är en vistelse på sjukhus en mer udda händelse. Aspekten tid är också viktig, på sjukhus vistas man bara några få dagar, och då kan det vara så att någon relation inte hinner utvecklas på samma sätt, som en informant uttryckte det.

Att några av informanterna inte såg sig värda den vård de erhölet, var ett intressant bifynd. Detta kan medföra att äldre undviker att söka vård, såsom Sheaff et al (2015), Straand (2007) och Hylén Ranhoff (2010) menar. Att det finns tendenser i samhället att tycka att yngre personer skall ha företräde till vård har Lundin (2007) visat, men inte att detta gällde även de äldre personerna själva. Bland personer som upplevt diskriminerande behandling i vården, var åldersdiskriminering den vanligaste formen av

diskriminering (Rogers, Thrasher, Miao, Boscardin & Smith, 2015). Fördomar mot äldre påverkas starkt av hur hälsotillståndet uppfattas. Ses äldre som pigga för sin ålder är bilden mer positiv än om motsatsen gäller (Andersson, 2013). När äldre utsätts för negativa stereotyper kring åldrandet påverkar det hur de hanterar olika situationer. Relationer mellan människor skapas socialt på så vis att individer söker stöd för att bekräfta deras redan etablerade uppfattningar och attityder kring något. Om vårdpersonal betraktar äldre patienter som hjälplösa eller inkompetenta, är det också dessa beteenden de kommer uppleva att patienterna har och vice versa (Coudin & Alexopoulos, 2010). Negativa, yttre stereotyper påverkar alltså hur äldre tänker om sig själva. Och resursprioriteringar i sjukvården använder ibland ålder som en faktor. Till exempel så slutar man screena kvinnor för bröstcancer efter 74 år ålder, detta trots att mer än hälften av cancer fallen debuterar efter 65 års ålder. Man får också sällan ge blod om man är över 65 år (Andersson, 2013). Att äldre patienter reflekterar kring att ”de får mer vård än de borde” såsom informanterna gjorde i resultatet, är då möjligen en reaktion på de signaler som hälso- och sjukvården medvetet eller omedvetet sänder ut avseende ålder.

Det finns en risk att överskatta just äldre personers behov och upplevelse av kontinuitet genom att fokusera på dem som grupp. Att göra generaliseringar kring vilka grupper som har störst behållning av kontinuitet kan vara missledande, eftersom relationell kontinuitet har visat sig vara viktig bland patienter under olika omständigheter (Freeman & Hughes, 2010). Som tidigare nämnt är äldre också en ytterst heterogen grupp (Hyllen-Ranhoff, 2010; Victor 2010) och det är inte åldern som enskild faktor som gör att kontinuiteten är viktig, utan de hälsoproblem och sjukdomar individen har som kräver vård. De patienter som särskilt gagnas av fasta vårdkontakter är exempelvis äldre med flera kroniska diagnoser, då detta är en patientgrupp som är såväl storkonsumenter av vård samt behöver sammanhållna insatser (SOU, 2016). Pandhi och Saultz (2006) beskriver också att kontinuitet i hälso- och sjukvården överlag är viktigast för personer med kroniska sjukdomar. Upplevelsen av kontinuitet ser på så vis inte ut att formas annorlunda för äldre personer än för andra individer med kroniska sjukdomar.

Slutsatser

Kontinuitet är ett brett begrepp som har definierats på olika sätt i den stora mängd studier som producerats kring ämnet. Därför behöver kontinuitet förstås och avgränsas på liknande sätt, för att bli jämförbar. Föreliggande studie ligger i linje med tidigare producerad forskning inom området som definierar kontinuitet på liknande sätt. Att äldre personer inte vill vara till besvär och kan känna sig icke värda den vård de erhåller, gör att vårdpersonal särskilt kan behöva hjälpa äldre personer att bevaka deras intressen i vården och säkra delaktighet och kontinuitet då de kanske inte aktivt gör detta själva. Att ha en fast vårdkontakt i primärvården upplevs viktigt för äldre personer som har regelbunden kontakt med sjukvården för då kan relation till vårdpersonalen skapas och man slipper återberätta sin historia varje gång man besöker vården. Det skulle vara intressant om fokus på kontinuitet i primärvården i framtida forskning utvidgades till att fokusera på andra yrkeskategorier än läkare, då denna studie visat att även exempelvis sjuksköterskor och personal i receptionen är viktiga personer att bygga relation med. Att svensk primärvård organiseras för att främja så att patienter som upplever det viktigt att få träffa samma vårdpersonal får göra detta är viktigt att ta hänsyn till i framtiden.

Referenser

- Andersson, L. (2013). Ålderism. I Andersson, L. (red) *Socialgerontologi* s. 329-357 Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Anell, A. (2004) *Strukturer Resurser Drivkrafter - sjukvårdens förutsättningar*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Anell, A. (2017) *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. (PM; Vol. 2017, Nr. 1). Stockholm, Sverige: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Anell, A., Glenngård A. H., och Merkur, S. (2012) Sweden: *Health system review. Health systems in Transitions*. Vol 14, nr 5, 1-159.
- Baker R., Boulton M., Windridge K., Adair C., Bankart J. och Freeman G. (2007) Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract*. Vol 57, 283-289. <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- Barker, I., Steventon, A., och Deeny, S. (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. *BMJ* 356, vol. 84 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84>
- Bayliss, E. A., Edwards, A.E., Steiner J. F. och Mains, D.S. (2008) Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract*. 25 (4), 287-293.
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., Shoup, J. A., Zeng, C., McQuillan, D. B. och Steiner, J. F. (2015) Effect of Continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system, *Annals of family medicine*. Vol 13, 123- 129. <https://doi.org/10.1370/afm.1739>
- Berlin, J. och Kastberg, G. (2011) *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö, Sverige: Liber
- Brand, S. och Pollock K. (2018) How is continuity of care experienced by people living with chronic kidney disease? *J Clin Nurs*. 27:153-161. DOI: 10.1111/jocn.13860
- Caleres, G., Bondesson, Å, Midlöv, P. Och Modig, S (2018) Elderly at risk in care transitions. Why discharge summaries are poorly transferred and used – a descriptive study. *BMC Health services Research* Vol 18:770 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3581-0>
- Cederberg, J. (2017, 10 februari) Kostnaden för digitala vårdcentraler kan fördubblas. *Lakartidningen.se*. Hämtad från: <http://www.lakartidningen.se>
- Coudin, G. Och Alexopoulos, T. (2010) 'Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults *Aging & Mental Health* Vol. 14, No. 5, 516-523
- Danielsson, E. (2017a) Kvalitativ forskningsintervju, I: Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination*. S. 143-154. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017b) Kvalitativ innehållsanalys, I: Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination*. S. 285-299. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Ernst Bravell, M. (2014a) Biologiskt åldrande. I Ernst Bravell, M. (red.) *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. s.93-117. Malmö, Sverige: Gleerups.
- Ernst Bravell, M. (2014b) Gerontologi – vad är det? I: Ernst Bravell, M. (red.) *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. s. 19-42. Malmö, Sverige: Gleerups.
- Ernst Bravell, M. & Ericsson, I. (2014) Geriatrik och psykiatri. I Ernst Bravell, M. (red.) (2014) *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. s. 221-260. Malmö, Sverige: Gleerups.

- Geroldinger A., Sauter S.K., Heinze G., Endel G., Dorda W. och Dufts Schmid G (2018) Mortality and continuity of care – Definitions matter! A cohort study in diabetics. *PLoS ONE* 13(1): e0191386. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191386>
- Freeman, G.K. och Hughes J. (2010) *Continuity of Care and the Patient Experience: An Inquiry into the Quality of General Practice in England*. London, Storbritannien: The King's Fund.
- Freeman G.K., Olesen F. and Hjortdahl P. (2003) Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Practice*; 20: 623–627.
- Glenngård, A. H. (2015) *Primärvården efter vårdvalsreformen*. Valfrihet, kvalitet, produktivitet. Stockholm, Sverige: SNS Förlag
- Graneheim, U. H. och Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112 doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hagberg, B. (2008) Det psykologiska åldrandet. I: Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G. och Sjöbeck, B. *Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykiskt och socialt perspektiv*. s. 188-204. Stockholm, Sverige: Natur och Kultur.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair C.E., och McKendry, R. (2003) Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219-1221
- Henricsson M. och Billhult, A. (2017) Kvalitativ metod. I Henricsson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination*. s. 111-119. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Henricsson, M. (2017) Diskussion. I Henricsson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination*. s. 411-420. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Hjelmgren, J., Anell A. och Nordling, S. (2006) Hur vill befolkningen att primärvården skall organiseras? – En studie baserad på Discrete choice metodik Lund, Sverige: IHE – Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE-rapport 2006:1'
- Hjortdahl. P. (2007) Hälsoproblem och kontakter inom allmänmedicinsk verksamhet. I Hunskaar, S. och Hovelius, B. (red.) *Allmänmedicin*. s. 29-35. Lund, Sverige: Studentlitteratur
- Hsieh, H-F. och Shannon, S. E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Hunskaar, S. och Rortveit, G. (2007) Allmänmedicinska arbetssätt och metoder. I Hunskaar, S. och Hovelius, B. (red.) *Allmänmedicin*. s. 36-64. Lund, Sverige: Studentlitteratur
- Hylen Ranhoff, A. (2010) Den äldre patienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., och Hylen Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. s. 73-84. Stockholm, Sverige: Liber.
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg. (2013) *Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg av äldre. Slutrapport 2013*. Hämtad från: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2013/aldre-efterfragar-kontinuitet-rapport.pdf>, 2018-02-12.
- Kearley K.E., Freeman G.K. och Heath A. (2001) An exploration of the value of the personal doctor–patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. Vol 51, ss. 712–718.
- Kirkevold, M. (2010) Äldre och sjuk. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., och Hylen Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. s. 23-28. Stockholm, Sverige: Liber.
- Kjellström, S. (2017) Forskningsetik, I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination*. S. 57-80. Lund, Sverige: Studentlitteratur

- Kohnke, H. och Zielinski A. (2017) Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health care*. 35:2, 113-119, DOI: 10.1080/02813432.2017.1333303
- Krey, J. (2018, 15 januari) Läkareförbundet kritiskt till avgiftsfria digitalbesök. *Dagensmedicin.se*. Hämtad från: <http://dagensmedicin.se>
- Kvale, S. och Brinkman S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Lundin, S. (2007) Gamla kroppar och nya tekniker. I: Jönsson, L-E. & Lundin, S. (red.) *Åldrandets betydelse*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Malterud, K. och Hunskaar, S. (2007) Allmänmedicin. Specialistområde och yrkesverksamhet. I Hunskaar, S. och Hovellius, B. (red.) *Allmänmedicin*. s. 22-28. Lund, Sverige: Studentlitteratur
- Marshall, C. och Rossman, G. B. (2016) *Designing Qualitative research* (6 uppl.) London, Storbritannien: Sage Publications
- Maarsingh, O. R., Henry, Y., van der Ven, P. och Deeg, D. JH. (2016) Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *Br J Gen Pract*; DOI: 10.3399/bjgp16X686101
- McCallum, S., Mikocka-Walus, A., Turnbull, D. och M. Andrews, J.M. (2015) Continuity of Care in Dual Diagnosis Treatment: Definitions, Applications, and Implications, *Journal of Dual Diagnosis*, 11:3-4, 217-232, DOI: 10.1080/15504263.2015.1104930
- Mensen, L. (2010) Biologiskt åldrande. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., och Høyen Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. s. 48-53. Stockholm, Sverige: Liber.
- Mårtensson, J. & Fridlund, B (2017) Vetenskaplig kvalitet i examensarbete I: Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination*. S. 421-438. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Nationell patientenkät (2017) *Primärvård* <https://patientenkät.se/sv/resultat/primarvard-2017/>. Hämtad 2019-02-11
- Olofsson, C., Nilsson, A., och Wahllöf, U. (2010) *Patientens val: en bok om primärvård och vårdval*. Lund, Sverige: Studentlitteratur
- Olsson, T., Samuelsson, U. och Viscovi, D. (2019) At risk of exclusion? Degrees of ICT access and literacy among senior citizens, *Information, Communication & Society*, 22:1, 55-72, <https://doi.org/10.1080/1369118X.2017.1355007>
- Pandhi, N. och Saultz, J. W. (2006). Patients' perceptions of continuity interpersonal continuity of care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, 390-397. ^[1]_{SEP}
- Penm, J., MacKinnon, N. J., Strakowski, S. M., Ying, J. och Doty, M. M. (2017) Minding the gap: Factors associated with Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. *Annals of family Medicine*. Vol. 15, ss. 113-119. <https://doi.org/10.1370/afm.2028>
- Priebe, G. och Landström, C. (2017) <den vetenskapliga kunskapens möjligheer och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I: Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination*. S. 25-40. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Raivio, R., Holmberg-Martilla, D. och Mattila, K. J (2014) Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *Br J Gen Pract*. DOI: 10.3399/bjgp14X681841
- Rogers, S. E., Thrasher, A. D., Miao, Y., Boscardin, J., och Smith, A. K. (2015) Discrimination in Healthcare Settings is Associated with Disability in Older Adults: Health and Retirement Study, 2008–2012 *J Gen Intern Med* 30(10):1413–20. ^[1]_{SEP} DOI: 10.1007/s11606-015-3233-6. ^[1]_{SEP}

Romano, M. J., Segal, J.B. och Pollack, C.E. (2015) The association between continuity of care and the overuse of medical procedures. *JAMA Intern Med.* 175 (7), ss. 1148-1154. doi:10.1001/jamainternmed.2015.1340.

Romøren, T. I. (2010) Äldre, hälsa och hjälpbehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., och Høyen Ranhoff, A. (red.) *Geriatisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten.* s. 29-37. Stockholm, Sverige: Liber.

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

Saultz J.W. och Albedaiwi W. (2004) Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*, s.445-51. doi:10.1370/afm.91.

Saultz, J. W. och Lochner, J. (2005) Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med Vol 3* ss 159-166. DOI: 10.1370/afm.285.

SFAM - Svensk förening för allmänmedicin (2014) Allmänmedicin – vad är det?
Hämtad från: <http://sfam.se/foreningen/organisation/om-allmanmedicin-for-allmanheten/>
Hämtad 20180129.

Sheaff R., Halliday J., Øvretveit J., Byng R., Exworthy M., Peckham S., et al. (2015) Integration and continuity of primary care: polyclinics and alternatives – a patient-centred analysis of how organisation constrains care co-ordination. *Health Serv Deliv Research Vol 3* (35). DOI 10.3310/hsdr03350

SKL (2018) Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2018.
Hämtad från: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-637-7.pdf?issuul=ignore>

Socialstyrelsen (2011a) De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. (artikelnr 2011-10-20) Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18470/2011-10-20.pdf>. Hämtad: 2018-03-05.

Socialstyrelsen (2011b) Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. (artikelnummer 2011-12-30). Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>. 2018-03-09

Socialstyrelsen (2018) Vård och omsorg om äldre. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20857/2018-2-7.pdf>. Hämtad 2019-02-18.

Socialstyrelsen (2019) Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21197/2019-2-2.pdf>. Hämtad 19-03-04

SOU (1995) Vårdens svåra val (SOU 1995:5)
Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49b6ca/contentassets/6c4cb9f4c3ef4296b68ea7c6cefbfd2/del-1-kap.-1-t.o.m.-kap.-8-vardens-svara-val>. 2019-03-28,

SOU (2016) Effektiv vård (SOU 2016:2)
Hämtad från: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf. 2018-03-09

Sprengel, V. (2018, 15 januari). Digitala vårdcentraler blir allt populärare bland storstadsbor. *Dagenmedicin.se* Hämtad från: <http://www.dagensmedicin.se>

Straand, J. (2007) Ålderdom. I: Hunskaar, S. och Hovelius, B. (red.) *Allmänmedicin.* s. 747-758. Lund: Studentlitteratur

Sundström, G. (2014) Med äldreomsorgen i tiden. I: Ernsth Bravell, M. (red.) Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi. s. 43-58. Malmö: Gleerups.

Svenska akademiens ordlista (SAOL) (2015) Sökord: Kontinuitet. Hämtad från: <https://svenska.se/tre/?sok=kontinuitet&pz=1>. Hämyad 20190220.

Svensk författningssamling, 2017. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 2017:30. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30. 2018-02-12.

Sveriges Riksdag (2016)
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/yttrande/avgiftsfri-oppnvard-for-personer-som-ar-85-ar_H405SoU2y
Hämtad 2018-01-29.

Swanson, J. O., Vogt, V., Sundmacher, L., Hagen, T. J. och Moger, T. A. (2018) Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: A comparative study of Norway and Germany. *Health Policy. Vol 122*, 737-745.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.013>.

Tarrant, C., Windridge, K., Baker, R., Freeman, G. och Boulton, M. (2015) 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care *Family Practice*, 82–87 doi:10.1093/fampra/cmz077

Uijen, A., Schers, H.J., Schellevis, F.G. och van den Bosch, W.J.H.M. (2012) How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice* 29, 264–271. doi:10.1093/fampra/cmz104

Victor, C.H. (2010) *Ageing, health and Care*. Bristol: The policy press.

Waibel, S., Henao, D., Aller, M. B., Vargas, I., & Vazquez, M.-L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 24, 39–48.

Waibel, S., Vargas, I., Coderch, J., och Vazquez, J.M. (2018) Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*, 18:257 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3042-9>

Wook Sin, D. et al (2014) Impact of Continuity of care on mortality and health Care Costs: A nationwide Cohort Study in Korea. *Ann Fam Med. Vol 12*, ss 534-541. Doi: 10.1370/afm.1685

Äldre personers upplevelse av kontinuitet i hälso- och sjukvården

Till Verksamhetschef/Vårdenhetschef, Vårdcentral

Bakgrund

Äldre är en grupp som har mycket kontakt med sjukvården och andelen äldre i samhället ökar. Det finns mycket forskning om att kontinuitet på olika sätt förbättrar vårdens kvalitet, såsom att få träffa samma läkare minskar onödiga besök på akutmottagningen och patienterna då är med följsamma till behandling. Kontinuitet kan också vara att all information finns tillgänglig vid vårdövergångar och det i sin tur förbättrar behandlingskontinuiteten. Det finns däremot inte så mycket kvantitativ forskning om hur äldre personer upplever kontinuitet vid kontakt med sjukvården.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva och fördjupa förståelsen för äldre personers upplevelse av kontinuitet i hälso- och sjukvården.

Tillfrågan om deltagande

Önskemålet är få hjälp med att tillfråga personer över 75 år, boendes i ordinärt boende och som haft fyra eller fler fysiska besök hos sjukvården om deltagande i en intervju, och lämna ut information till dessa personer. Varje intervju beräknas ta cirka 45 minuter.

Hantering av data

Intervjun kommer att skrivas ut och användas till magisteruppsatsen i Magisterprogrammet i Gerontologi vid Hälsohögskolan i Jönköping. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Kontakt

Jag kontaktar Er via telefon inom ett par dagar för att inhämta Ert tillstånd att genomföra intervjuer vid Er enhet.

Handledare för studien

Ingemar Kåreholt, professor, Hälsohögskolan, Jönköping University. Telefon: 036-101343

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

Malin Färnlöf, leg. Sjuksköterska. Student på Magisterprogrammet i Gerontologi, Jönköping University. Telefon: 0703-081912, mail: malinfarnlof@hotmail.com

Äldre personers upplevelse av kontinuitet i sjukvården

Till dig som är över 75 år och som har besökt sjukvården vid fyra tillfällen eller fler under senaste året.

Bakgrund och syfte

Att patienter får träffa samma vårdpersonal, gå till samma vårdgivare och att information kring vården förs över till andra berörda vårdgivare på ett bra sätt kallas inom forskningen för kontinuitet. Kontinuitet kan vara viktigt både för patienten själv men även för kvaliteten på sjukvården. Det kan minska onödiga vårdbesök och göra att behandlingen fungerar bättre. Det finns många studier om att kontinuitet förbättrar vårdkvaliteten, men inte så mycket forskning på hur äldre personer upplever kontinuitet vid kontakt med sjukvården.

Syftet med studien är att beskriva äldre personers upplevelse av kontinuitet i hälso- och sjukvården.

Tillfrågan om deltagande

Om du är över 75 år och haft fyra eller fler vårdbesök det senaste året vill jag gärna intervjua dig om dina upplevelser av mötet med sjukvården med fokus på kontinuitet. Intervjun kommer att spelas in på band. Dina svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avstå från deltagande, eller när som helst avbryta din medverkan i studien utan att ange orsak.

Hantering av data

Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en magisteruppsats i Gerontologi vid Hälsohögskolan i Jönköping. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Kontakt

Kan du tänka dig att delta i studien? Meddela den vårdpersonal som gav dig denna information, så kontaktar jag dig inom kort via telefon för mer information och planering för intervju.

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

Malin Färnlöf, leg. Sjuksköterska

Telefon: 0703-081912. Mail: malinfarnlof@hotmail.com

Handledare:

Ingemar Kåreholt, professor, Hälsohögskolan Jönköping University

Telefon: 036-101343

Intervjuguide

- Kan du beskriva för mig vilka kontakter med sjukvården du har haft under senaste året?
 - Hur många kontakter?
 - Kan du berätta för mig vad du tycker är viktigt när du besöker sjukvården?
 - Upplever du att vårdpersonal känner till din sjukdomshistoria samt anledningen till ditt besök, när du besöker sjukvården?
 - På vilket sätt?
 - Upplever du att vårdpersonalen känner till din behandling och planering?
 - På vilket sätt?
 - Om du har kontakter på olika kliniker, hur upplever du att dessa samarbetar med varandra?
 - Får du oftast träffa samma vårdpersonal vid dina besök?
 - Hur upplever du detta?
 - Är det viktigt för dig med en fast läkarkontakt i primärvården?
 - Om du har en fast läkarkontakt i primärvården, hur upplever du er relation?
 - Har du någon annan fast kontakt i sjukvården som är viktig för dig?
 - Vad är du nöjd med i den vård du fått senaste året?
 - Vad är du mindre nöjd med i den vård du fått senaste året?
 - Upplever du att dina behov av och förväntningar på sjukvården har ändrats med stigande ålder?
 - På vilket sätt?
-
- Hur gammal är du?
 - Hur upplever du din egen hälsa?