Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

KONTINUITET I HEMSJUKVÅRD UR ETT MULTIPERSPEKTIV

CONTINUITY IN HOME CARE FROM A MULTIPERPECTIVE

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2021

Författare: Olof Kullberg
Karl Eriksson

SAMMANFATTNING

Titel:	Kontinuitet i hemsjukvård ur ett multiperspektiv
Författare:	Kullberg, Olof; Eriksson, Karl
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Leanderz Gamgam, Åsa
Examinator:	Berglund, Mia
Sidor:	26
Nyckelord:	Multiperspektiv, hemsjukvård, kontinuitet, mixad metod, patientfall

---

Bakgrund: Att bedriva hemsjukvård med hög kontinuitet har i tidigare studier visat sig medföra positiva effekter för vårdens kvalité. I lagen står det skrivet att patientens behov av kontinuitet ska tillgodoses, trots detta vittnar media fortfarande om brister kopplade till kontinuitet. **Syfte:** Att belysa kontinuitet från flera perspektiv utifrån ett patientfall i hemsjukvården. **Metod:** Mixad metod med kvantitativa och kvalitativa delar. Den kvantitativa delen beräknar kontinuiteten utifrån två formler och redovisas med deskriptiv statistik. Den kvalitativa delen består av kvalitativa innehållsanalyser av omvårdnadspersonalens dagliga noteringar samt en anhörig intervju. **Resultat:** Resultatet visade ett varierande värde på HHI och CoC index, Innehållsanalyserna resulterade i flera underkategorier och huvudkategorier. Syntesen kombinerar kvantitativa och kvalitativa för att få fram hur HHI och CoC förhåller sig till upplevelserna från patient och anhörig. **Diskussion:** Det finns styrkor och svagheter med respektive formel. Anteckningsboken ger en inblick i kommunikationen mellan vård- och omsorgspersonal. Intervjun av anhörig belyser vikten av kontinuitet från ett anhörigperspektiv. **Slutsats:** Studien visar hur kontinuitet kan belysas med både kvantitativa och kvalitativa implikationer. Vården kan dra nytta av att utveckla sätt för att bättre kunna belysa kontinuitet från både kvantitativa och kvalitativa data.

ABSTRACT

Title:	Continuity in home care from a multiperspective
Author:	Kullberg, Olof; Eriksson, Karl
Department:	The School of Health Sciences, University of Skövde
Course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Leanderz Gamgam, Åsa
Examiner:	Berglund, Mia
Pages:	26
Keywords:	Continuity, home care, mixed method, multiple perspectives, case

---

Background: Conducting home care with high continuity has in previous studies been shown to have positive effects on care. The law states that the patient's need for continuity must be met, despite this, the media still testify to shortcomings linked to continuity. **Aim:** To shed light on continuity from multiple perspectives from a patient case in home care. **Method:** Mixed method with quantitative and qualitative parts. The quantitative part calculates the continuity based on two formulas and is reported with descriptive statistics. The qualitative part contains two content analyzes, one of which is on the notebook from the patient's home and one is on an interview with a relative. **Results:** The results showed a varying value of HHI and CoC index, The content analysis resulted in several subcategories and main categories. The synthesis combines quantitative and qualitative to bring out how HHI and CoC relate to the experiences from patient and relative. **Discussion:** There are strengths and weaknesses with each formula. The notebook provides an insight into the communication between care and nursing staff. The interview of a relative highlights the importance of continuity from a relative perspective. **Conclusion:** The study shows how continuity can be elucidated with both quantitative and qualitative implications. Healthcare can benefit from developing ways to better illuminate continuity from both quantitative and qualitative data.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING **1**
BAKGRUND **1**
Hemsjukvård och hemtjänst 1
Kontinuitet 1
Kontinuitet i hemsjukvård 2
Lagar som berör kontinuitet 3
Tillit och trygghet 3
Vårdande 3
PROBLEMFORMULERING **4**
SYFTE **5**
Frågeställningar 5
METOD **6**
Urval och datainsamling 6
Analys 7
Kvantitativ 7
Continuity of Care 7
Herfindahl-Hirschman 7
Kvalitativ 8
Etiska överväganden 10
RESULTAT **11**
Kontinuitet i kontakter 11
Herfindahl-Hirschman och Continuity of Care index 12
Dokumentation av patientens sinnesstämning 14
Positiva känslor 14
Negativa känslor 15
Matlust 15
Kontinuitetens betydelse utifrån anhörigperspektivet 15
Relation 16
Kommunikation 16
Förändringar 16
Förtroende 17
Resultatsammanfattning 17
Syntes av det kvantitativa och det kvalitativa 18
DISKUSSION **20**
Metoddiskussion 20
Resultatdiskussion 22
Kvantitativa 22
Kvalitativa 23
Konklusion 26
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet 26
REFERENSER **27**
Bilagor 31

BILAGOR

1.1 Continuity of Care index.

2.1 Herfindahl-Hirschman index.

INLEDNING

Kontinuitet är av stor vikt för att god vård ska kunna bedrivas. Kontinuiteten möjliggör en relation mellan vårdpersonal och patienten, vilket kan förstärka patientens upplevda trygghet och tillit till vårdpersonalen. Media vittnar om att kontinuiteten inte alltid följs upp som den borde. I vården kan det förekomma en hög omsättning av personal vilket resulterar i en försämrad kontinuitet. Detta är prevalent i bland annat hemsjukvården. Det kan bero på flera anledningar, men faktum kvarstår, kontinuiteten brister. Att undersöka kontinuiteten i hemsjukvård kan leda till en ökad förståelse inom vad kontinuitet innebär för hemsjukvården och hur det påverkar patienterna, anhöriga, respektive vård- och omsorgspersonalen.

BAKGRUND

Hemsjukvård och hemtjänst

I Sverige bedrivs vård och omsorg bland annat i hemmet hos patienten, detta kallas för hemsjukvård. Hemsjukvård innebär vanligtvis att medicinska insatser, rehabilitering, habilitering, samt att omvårdnad utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering (Socialstyrelsen, 2014).

Den kommunala hemtjänstverksamheten hjälper till att underlätta den dagliga livsföringen och möjliggöra att patienten kan bo kvar i det egna hemmet. Hemtjänsten delas traditionellt sett in i olika uppgifter av servicekaraktär, dels mot personlig omvårdnad, dels praktisk hjälp med skötsel av hemmet, exempelvis städning och hjälp med inköp. Både hemsjukvård och hemtjänst i Sverige integrerar så att hemsjukvårdens uppgifter kan delegeras på hemtjänstpersonalen (Socialstyrelsen, 2014).

Kontinuitet

Ordet kontinuitet betyder fortlöpande sammanhang över en längre tidsperiod (Svenska Akademien, 2015). Kontinuitet i vården kan beskrivas enligt Effektiv vård (SOU 2016:2) som ett långsiktigt förhållande mellan vårdpersonal och patient, och är generellt sett något som framförs av patienter som mycket önskvärt. Det betyder att det är samma person eller personer som genomför vården hos en patient. Detta är alltid av värde men speciellt värdefullt i komplexa vårdsituationer där kunskap och tillit till varandra är av stor betydelse. Kontinuitet medför en upplevd trygghet hos patienten, då patienten får möta en person som är bekant med dennes nuvarande och tidigare sjukdomshistoria. Kontinuitet medför även en trygghet hos personalen, då personalen inför ett möte finner en känsla av kontroll, som i sin tur skapar en bättre arbetsmiljö (Effektiv vård, SOU 2016:2). Kontinuitet kan enligt Östman et al., (2019) också beskrivas som en känsla av att vara i goda händer där patienterna känner att de får ta del av relevant information samt vetskapen om att vårdpersonal vet vilka de är och har kunskap om hur deras vård ska genomföras.

För att bemöta patientens behov är det viktigt att ha information om patienten, samt att patienten och att vården som institution har ett kontinuerligt flöde av information mellan varandra. Genomförandet av detta kan försäkra kontinuiteten i patientens vård, som kan förbättra livskvalitén, göra patienter mer nöjda, reducera kostnader samt minska risken för framtida sjukhusinläggningar (Jingjing et al., 2020).

Enligt Effektiv vård (SOU 2016:2) kan kontinuitet leda till ett mer effektiviserat arbete, samt att patienter med vårdbehov av mer avancerad nivå kräver mer resurser än normalt, vid dessa fall behöver vården prova sig fram för att komma fram till lösningar. Det är därför av stor vikt att personal som känner till patientens anamnes är närvarande, speciellt utifall komplikationer skulle uppstå. Att minska tiden för inläsning inför ett patientmöte leder också till ett mer effektiviserat arbete på grund av att personalen känner till patienten sedan tidigare och minskar därmed även risken för att saker dokumenteras fler än en gång. Enligt Hustoft et al., (2019) ger kontinuitet i rehabilitering av patienter en ökad hälsa hos patienten och detta kan indikera på att kontinuitet skapar en mer kvalitativ vård.

Kontinuitet i hemsjukvård

Hemsjukvården i Sverige gör det möjligt att vårdas av vårdpersonal i hemmet och därigenom slippa förflytta sig från sitt hem som patient. Ett problem med hemsjukvård enligt Gott et al. (2004) handlar om att släppa in personer i sitt hem, då detta kan upplevas som ett intrång i patientens privatliv. Enligt Gott et al., (2004) intervjustudie angående äldre och anhörigas individers upplevelse av sin hemsjukvård vid ett palliativt skede var känslan av intrång ett framträdande ämne. En fokusgrupp berättade om upplevelsen av att vara försvunnen i ett hav av människor. De som blev intervjuade upplevde även hemsjukvården som påfrestande i form av att alltid behöva visa ett leende och välkomna vårdpersonalen när de kanske hellre ville vara ifred. Medverkande i studien som hjälpte anhöriga med sin hemsjukvård påpekade att patienter inte ville ha främlingar som tog hand om dem, då detta bland annat kunde orsaka att känslan av att den säkra hemmiljön försvinner och patienten slutar känna sig trygg i sitt eget hem.

Att bedriva hemsjukvård med kontinuitet som ett framstående fokusområde har visats ha god effekt på uppfattningen av kvaliteten på vården utifrån ett patientperspektiv. Jämförelser som har utförts mellan sköra äldre personer som fått hög kontinuitet på sin hemsjukvård kontra låg kontinuitet visar att de som fått hög kontinuitet upplever att vården håller högre kvalitet i flera aspekter (Berglund et al., 2013).

Vid en jämförelse mellan en grupp äldre patienter som fått en omfattande intervention i kontinuitet kontra en kontrollgrupp som inte fått någon intervention visade det sig att patienterna i interventionsgruppen upplevde en bibehållen eller högre livstillfredsställelse i jämförelse med kontrollgruppen. Områden inom livstillfredsställelse omfattade funktionell kapacitet, psykologisk hälsa samt finansiell situation, inom alla dessa områden visade interventionsgruppen en högre sannolikhet att behålla eller öka sin tillfredsställelse (Berglund et al., 2015).

Lagar som berör kontinuitet

Lagarna som omfattar kontinuitet är främst Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientlagen (SFS 2014:821). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas och omfattar samtliga vårdgivare, regioner och kommuner. Kontinuitet benämns i § 1, kap 5 och beskriver att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas på ett sätt som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Patientlagen (SFS 2014:821) syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I § 1, kap 6, står det skrivet att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Lagen besvarar inte med exakta värden när kontinuiteten är tillräcklig, samt inte hur den ska eller kan beräknas.

Tillit och trygghet

Enligt Svenska Akademien (2015) betyder tillit att lita på någon och trygghet innebär beskydd och en känsla av säkerhet. Enligt Hill et al., (2014) är det som patient viktigt att känna en tillit till vårdpersonalen, att uppleva känslan av att vara i goda händer. Känslan av tillit till vårdpersonal är viktigt och det finns flera definitioner av tillit inom sjukvård, men det gemensamma temat från dessa är att patienten är i en sårbar position och litar på att professionella inom sjukvården kommer göra rätt medicinskt (Hill et al., 2014). För att kunna förlita sig på vårdpersonalen måste de allra flesta också känna en trygghet i att vårdpersonalen kan utföra vården på ett professionellt sätt. För att bygga en förtroendeingivande vårdrelation mellan vårdpersonal och patient kan enligt Söderberg et al., (2015) en god kontinuitet bidra med att både patient och vårdgivare har god kännedom om varandra och därigenom kunna bygga trygghet och tillit.

Det finns olika perspektiv inom kontinuitet i sjukvården, där två av huvuddelarna är patientens perspektiv och vårdens perspektiv. Utifrån patientens perspektiv är kontinuiteten bland annat trygghetsskapande, att bemötas av samma personal som känner till deras tidigare sjukdomshistoria såväl som nuvarande inger en högre tillit och skapar därmed en tryggare atmosfär för patienten. Kontinuiteten utifrån sjukvårdens perspektiv visar att kontinuitet även här är trygghetsskapande och att på liknande sätt känna till patientens situation och tidigare sjukdomshistoria inger en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet (Effektiv vård, SOU 2016:2)

Vårdande

Det centrala begreppet vårdande står för de möten som uppstår mellan patient och vårdpersonal. Vårdande står för att främja patientens delaktighet och ansvar kring sin hälsa, och detta främjas genom ett förhållningssätt som innefattar att vara närvarande, att kunna möta och förstå patientens livsvärld. Resultatet av att följa dessa principer innebär att vårdpersonal stödjer patienten i sin hälsoprocess (Högskolan i Skövde, 2017). Vårdrelation

är ett begrepp som innefattar en kontakt mellan patient och vårdpersonal som bygger på ett professionellt engagemang, som både kan vara kortvarigt och långvarigt. Det är här vårdpersonalen använder sin kunskap som är av stor vikt för patienten. Vårdrelationens kärna ligger i trygghet hos varandra (Friberg et al., 2009).

I ett vårdande moment är det av stor vikt att möta patientens behov, och detta är i huvudsak vårdpersonalens uppgift. För att detta ska ske krävs det mer än att bara undersöka, utan det krävs också att patienten får komma till tal och uttrycka sina känslor och funderingar, så att en ömsesidig kontakt mellan båda parter skapas (Snellman, 2009). Förutsättningen för att kunna utföra god vård av hög kvalitet är vetskap om vilka faktorer som påverkar patienternas upplevelse av god vård. Dessa faktorer kan skilja sig mellan patienter, att utifrån patientperspektiv försöka bygga en förståelse för vilka faktorer som kan påverka upplevelsen av god vård (Crow et al., 2002).

PROBLEMFORMULERING

Kontinuitet i hemsjukvård är viktig och betydande för att god vård ska kunna genomföras. I nuläget följs inte alltid kontinuitet upp och detta kan leda till att kvalitén på vården försämras. Forskning kring uppföljning och beräkning kring kontinuitet inom hemsjukvård är i dagsläget bristfällig.

Kontinuitet är viktigt för att patienten ska känna tillit och trygghet till vårdpersonalen som patienten kommer i kontakt med. Vårdpersonal ska även känna en trygghet genom att känna till patienten sedan tidigare och ha god överblick över tidigare och kommande vård. Konsekvenserna som kan uppstå om kontinuiteten inte är god nog är att patienten och vårdpersonalen inte känner sig tillfreds med den vård som bedrivs och att det även kan leda till att kvalitén på vården försämras. Kunskapen ska användas för att förespråka vikten av kontinuitet och visa varför det är viktigt att kontinuerligt beräkna och utvärdera kontinuiteten.

SYFTE

Syftet är att belysa kontinuitet från ett multiperspektiv utifrån ett unikt patientfall i hemsjukvården.

Frågeställningar

- Hur kan kontinuitet beräknas utifrån två olika beräkningsformler?

- Hur belyser och beskriver personalen patientens upplevelser i dokumentationen?

- Hur beskriver anhöriga vården med fokus på kontinuitetens betydelse för patienten?

METOD

Studien var en mixad metodstudie, detta innebar att kvantitativa och kvalitativa metoder använts, som avslutats med en syntes. Denna studie har försökt att till viss del besvara hur upplevelserna från varierande kontinuitet förhåller sig till de beräknade värdena på kontinuitet. Valet av mixad metod grundade sig i att varken kvantitativ eller kvalitativ metod enskilt skulle kunnat besvara frågeställningarna. Kvantitativ metod innebär att samla in kvantifierbara data på ett systematiskt sätt och kunskapen är neutral och handlar om generell giltighet och lagbundenhet (Friberg, 2017). Kvalitativ metodik används för att finna ny kunskap och för att belysa patientens och vårdpersonalens erfarenheter kring interventionen (Friberg, 2017). När de används i kombination ger både kvantitativa och kvalitativa data en mer fulländad analys, metoderna kompletterar varandra (Creswell et al., 2004). Mixad metod är enligt Borglin (2017) komplementär för att den kvantitativa metoden beskriver numeriska data och den kvalitativa metoden beskriver textdata. Användandet av mixad metod kan bestyrka resultatets trovärdighet genom den komplementära data och genom att kombinera de två metoderna tillsammans elimineras delvis de begränsningar som respektive metod medför, samtidigt som styrkorna som metoderna frambringar kvarstår.

Den kvantitativa metoden använde författarna genom att analysera den data som finns i anteckningsboken som därefter presenteras genom Microsoft Excel™ som deskriptiv statistik. Den kvalitativa metoden valdes för att kunna belysa de upplevelser som patienten uttrycker i anteckningsboken enligt vårdpersonalen samt för att analysera intervjun av anhörig, där data har analyserats med hjälp av en innehållsanalys enligt Granheim och Lundman (2004) och därefter redovisats i tabellformat.

Studien var baserad på ett fall och kallas därför för en fallstudie. En fallstudie kan enligt Denscombe (2014) fokusera på en eller få individer för att besvara ett fenomen på ett djupdykande sätt. Målet med en fallstudie är att belysa det generella genom att se till det specifika.

Urval och datainsamling

Data som användes i studien var anteckningarna som fördes hos en patient där hemsjukvård och hemtjänst har bedrivits mellan början av mars och slutet av september under året 2016. Patienten var 80 år gammal, änkeman sedan några några år tillbaka och hade en demenssjukdom samt drabbats av en stroke. Detta gav anledning till behovet av hemsjukvård och hemtjänst. Patienten avled 2016. Denna anteckningsbok har legat i patientens hem och har använts för att förmedla information gällande dokumentation om det som vårdpersonalen hjälp patienten med, patientens upplevelser, samt som en plattform för tvåvägskommunikation mellan anhöriga och vårdpersonal. Allt som antecknats har varit på svenska. Patient och anhöriga har gett sitt godkännande till användandet av all data inkluderad i denna studie.

Datan bestod av hela anteckningsboken, det vill säga all data, vilket omfattar 200 sidor av handskriven text. Anteckningsboken ligger till grund för de kvantitativa beräkningarna av kontinuitet genom datum noteringar för utförda vårdbesök samt för den kvalitativa analysen som handlar om vårdpersonalens upplevelser av patientens mående.

En intervju av anhörig har genomförts för att få ytterligare perspektiv av kontinuiteten. Intervjun med den anhörige planerades i förväg och författarna konstruerade fem frågor med fokus på kontinuitet. Den anhörige fick därefter svara på frågorna muntligt, detta spelades in med hjälp av en mikrofon. Efter utförd intervju, transkriberades den till text. En innehållsanalys genomfördes på den transkriberade texten enligt Graneheim och Lundman (2004). Exempel på frågor som ställdes är till den anhörige är "Kan du beskriva dina erfarenheter av kontinuitetens betydelse för patienten?'' och ''Vilken betydelse har kontinuiteten för dig som närstående?''.

Analys

Kvantitativ

Data från anteckningsboken analyserades med hjälp av två beräkningsformler, varav den första är Continuity of Care (1.1) (University of Bristol, u.å.). Den andra formeln var Herfindahl-Hirschman index (2.1) (US department of justice, 2018). Valet av dessa beräkningsformler grundar sig i att båda har tidigare använts för att beräkna kontinuitet.

Continuity of Care

CoC index är en beräkningsformel som använts i vården för beräkning av kontinuitet (Bice & Boxerman, 1977). Uträkningen skapades för att kunna jämföra kontinuiteten mellan två olika vårdgivare. Formlerna är enligt författaren en förbättring jämfört med de tidigare beräkningsformlerna som existerat för att beräkna kontinuitet. CoC mäter i vilken utsträckning en enskild patient träffar en vårdpersonal under en viss tidsperiod. Detta innebär att det kan skapas ett index som identifierar hur vårdpersonal tillhandahåller vård till en patient och andelen vård som tillhandahålls av varje individ ur vårdpersonalen. Fördjupning av Continuity of Care index presenteras separat (Bilaga 1.1).

Tillvägagångssätt var att utgå från anteckningsboken, läsa texten, identifiera vårdarna och skriva in varje enskilt besök som varje vårdare gjort under varje månad i ett Excel dokument. Därefter överföra dessa namn in i ett annat Excel dokument med CoC formeln implementerad och därigenom utvinna ett värde på kontinuiteten. Därefter sammanställa dessa värden till en figur som visade CoC värdena över tidsperioden.

Herfindahl-Hirschman

Herfindahl-Hirschman index används främst inom industri men kan även användas för beräkning av kontinuitet i vården. Formeln är simpel i sin struktur, och beräknar normalt företags relativa storlek i marknader. Indexet ökar ju färre företag som ockuperar en marknad, och indexet varierar beroende på hur stora marknadsandelar varje firma har (US department of justice, 2018). Kortfattat går formeln ut på att först avgöra hur många

procentandelar varje vårdgivare har och därefter upphöja denna siffra med 2, därefter adderas alla vårdgivare och ett tal utvinns, vilket ger ett mätvärde på kontinuiteten. Vid optimal kontinuitet finns endast en vårdpersonal som tar hand om patienten till 100 procent och resultatet blir 10 000 (100^2). Fördjupning av Herfindahl-Hirschman index presenteras separat (Bilaga 2.1).

Tillvägagångssätt var att utgå från anteckningsboken, läsa texten, identifiera vårdarna och skriva in varje enskilt besök som varje vårdare gjorde under varje månad i ett Excel dokument. Därefter överföra dessa namn in i ett annat Excel dokument med HHI formeln implementerad och därigenom utvinna ett värde på kontinuiteten enligt HHI. Därefter sammanställa dessa värden till en figur som visade HHI värdena över tidsperioden.

Herfindahl-Hirschman formel:

$$V_1{}^2 + V_2{}^2 + V_3{}^2 + V_4{}^2 \ldots = \text{HHI}$$

”V” står för vårdpersonal.

Kvalitativ

Data från anteckningsboken och intervjun av den anhörige analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Denna analysmetod söker efter innehåll på flera nivåer. Första steget i en kvalitativ innehållsanalys är enligt Graneheim och Lundman (2004) att först läsa igenom innehållet flera gånger för att få en god överblick av innehållet. I det andra steget genomsöks det efter meningsbärande enheter som kan vara av betydelse, vilket därefter förkortas till mindre text, men med bibehållen grundbetydelse. I det tredje steget sorterades meningarnas grundbetydelse in i koder, underkategorier och tillslut huvudkategorier där innehållet inte överlappar med varandra (Graneheim & Lundman, 2004).

Två separata innehållsanalyser genomfördes, en på intervjun och en på dokumentationen från anteckningsboken enligt stegen från Granheim och Lundmann (2004). Programmet som användes för att skriva in all data i var Microsoft Excel™. Microsoft Excel™ valdes för att författarna föredrog den struktur som programmet kan hjälpa till att skapa.

Först lästes innehållet flera gånger enskilt, därefter reflekterade författarna tillsammans över vad som kunde anses vara meningsbärande enheter i förhållande till syftet, dessa skrevs därefter in i programmet på separata rader. Tillsammans förkortade författarna ner dessa till mindre text, det var kritiskt att utföra detta tillsammans för att minimera risken för förändring av meningens grundbetydelse. I det tredje steget sorterades dessa in i koder som färgmarkerades efter en femgradig skala, rött symboliserade en negativ upplevelse och grönt symboliserade en positiv upplevelse. Detta förenklade processen i att dela in koderna i underkategorier, och till sist dela in underkategorierna i huvudkategorier.

Tabell 6.1 visar färgskalans uppdelning från kraftig röd till livfull grön, samt dess betydelse.

Färgskala				
Negativ upplevelse	Måttligt negativ upplevelse	Neutral	Måttligt positiv upplevelse	Positiv upplevelse

Tabell 4.1 visar ett exempel från den kvalitativa innehållsanalysen av anteckningsboken. Kursiv text innebär en nödvändig ändring för att bibehålla sekretess.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Huvudkategori**
Patienten mår bra och har ett gott humör.	Mår bra och har ett gott humör.	Mår bra, gott humör	Välmående	Positiva känslor
Patienten är på dåligt humör.	På dåligt humör.	Dåligt humör	Dåligt humör	Negativa känslor

Tabell 5.1 visar ett exempel från den kvalitativa innehållsanalysen av intervjun av anhörig. Kursiv text innebär en nödvändig ändring för att bibehålla sekretess.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Huvudkategori**
Patienten var speciellt förtjust i en äldre undersköterska. *Patienten* var alltid väldigt glad när *hen* kom.	*Patienten* blev alltid glad när en specifik undersköterska kom	En specifik undersköterska gjorde *patienten* glad	Specifik personal	Relation

Etiska överväganden

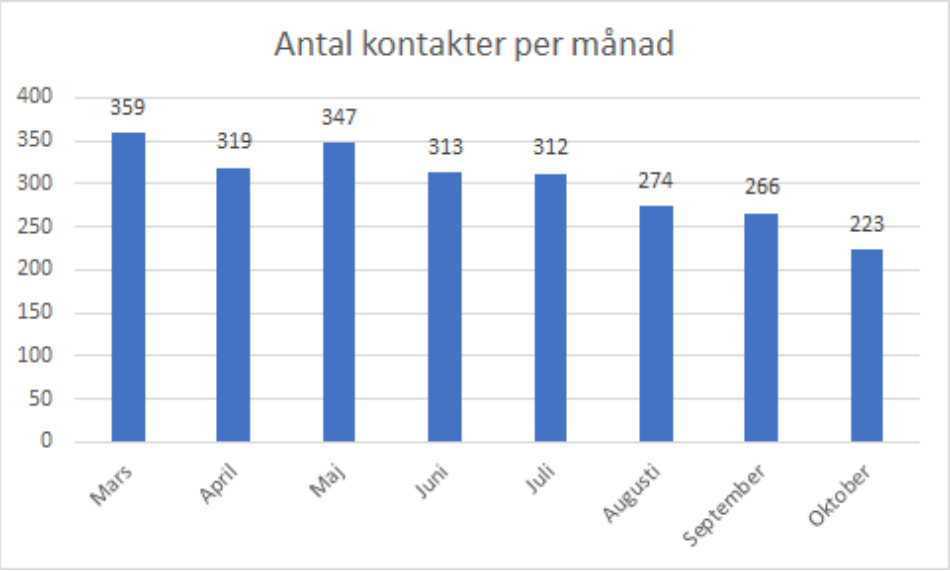
Studien har genomförts i linje med Helsingforsdeklarationen. Helsingforsdeklarationen innehåller riktlinjer för etiska principer för hälso- och sjukvårdspersonal som medverkar i medicinsk forskning. Deklarationen innehåller bland annat principer som att inte skada liv, hälsa eller kränka integriteten hos människan (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2013). Data är inhämtad från en patient som är avliden. Patienten gav sitt muntliga godkännande innan denne gick bort. Patienten har en anhörig som även ingår i studien och som även har lämnat sitt godkännande om att data från anteckningsboken får användas. Resultaten har redovisats så att det inte går att identifiera vem det berör. Anteckningsboken har endast lästs av författarna.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns fyra huvudkrav att förhålla sig till för att bedriva en humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, dessa innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Författarna har förhållit sig till informationskravet genom att informera inblandade parter som berörts av studien. Samtyckeskravet har bejakats genom att låta alla deltagare bestämma om de velat medverka eller ej. Konfidentialitetskravet har uppfyllts genom att uppgifter endast funnits originalformat och ej blivit kopierade, samt att dessa uppgifter förvarats i kassaskåp, som endast författarna haft tillgång till. Nyttjandekravet har tillgodosetts under hela studien genom att uppgifter endast har använts i syfte för studiens ändamål

RESULTAT

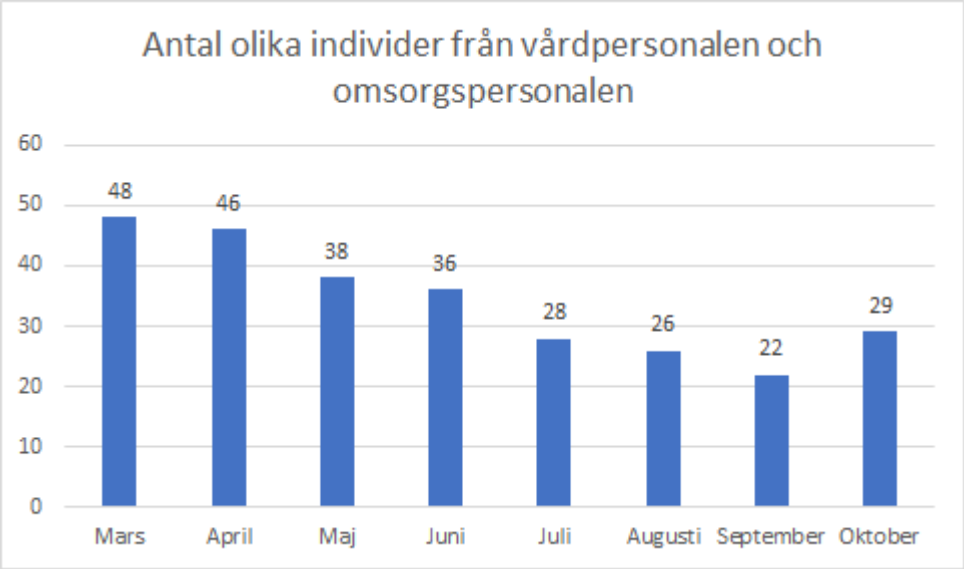
Resultatet beskrivs i två delar, en kvantitativ och en kvalitativ, samt avslutas med en syntes. Den kvantitativa delen redovisas med hjälp av figurer och en kort beskrivning om vad de innebär, samt information kring vad som går att utläsa. Den kvalitativa delen består av två innehållsanalyser, varav en är på anteckningsboken och en på intervjun av den anhörige. Data i den kvalitativa delen beskrivs med hjälp av tabell 4.2 och tabell 5.2, samt beskrivningar och utveckling kring vad som framkom från innehållsanalyserna.

Kontinuitet i kontakter



(Figur 1.1) Figuren illustrerar antalet kontakter från vårdpersonal som patienten i studien har haft per månad.

Med kontakt avses möte mellan personal och patient. Analysen av anteckningsboken visade att antalet kontakter av vårdpersonal per månad har varierat mellan 223 och 359. Medelvärdet för antalet kontakter per månad var 302 kontakter och medianen var 316 kontakter.

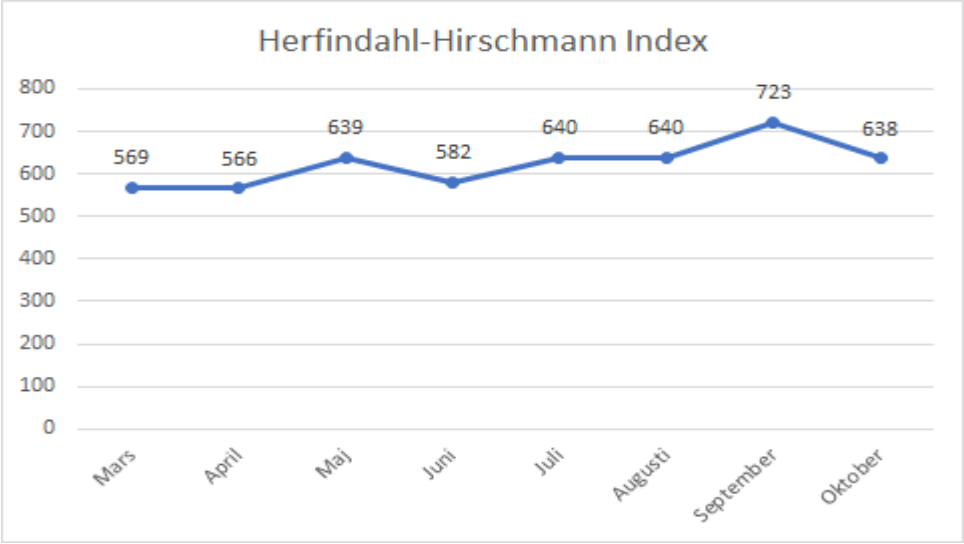


(Figur 1.2) Figuren visar antalet olika individer ur vårdpersonalen och omsorgspersonalen som besökt patienten under varje månad.

Individer i denna kontext innefattar enskild personal ur vårdpersonalen och omsorgspersonalen som varit i kontakt med patienten.

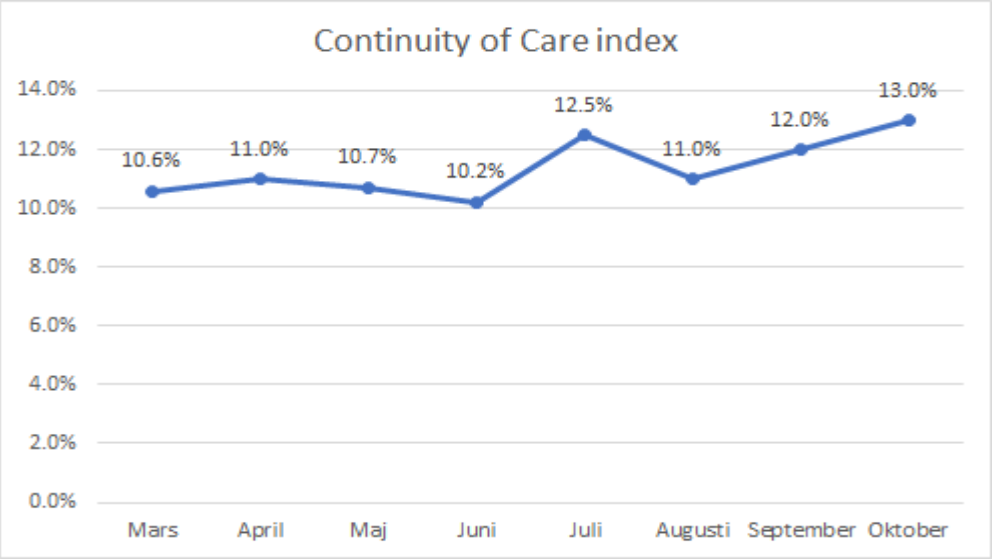
Analysen av anteckningsboken visade att antalet olika individer från vårdpersonalen och omsorgspersonalen som besökte patienten varje månad varierade mellan 48 och 22. Medelvärdet för antalet olika individer ur personalen som besökte patienten under en månad blev 34.

Herfindahl-Hirschman och Continuity of Care index



(Figur 2.1) Figuren beskriver kontinuiteten utifrån Herfindahl-Hirschman index (HHI).

Herfindahl-Hirschman index varierar mellan månaderna se figur 2.1. Data som har analyserats utifrån anteckningsboken visar att kontinuiteten hos patienten varierar mellan månaderna. Högsta möjliga kontinuitet dvs endast en vårdgivare skulle stå för alla besöken ger ett HHI på 10 000 poäng (100^2). Resultatet för HHI varierade mellan 566–722 poäng. September månad hade högst värde och april lägst.



(Figur 3.1) Figuren beskriver utifrån Continuity of Care index (CoC index).

Data har analyserats med CoC index, som visar vilken enskild vårdgivare som har högst kontinuitet räknat i procent. Högsta värdet en vårdgivare kan få är 50% då det alltid är 2 vårdgivare vid varje besök. CoC varierade mellan 10,2% och 13,0%. Högst värde är det i oktober och lägst värde var det i juni.

Dokumentation av patientens sinnesstämning

(Tabell 4.2) Tabellen beskriver huvudkategorier och underkategorier som framkommit från innehållsanalysen.

Huvudkategori	Underkategori
Positiva känslor	● Välmående ● Glad ● Belåten
Negativa känslor	● Irriterad ● Missnöje ● Dåligt humör
Matlust	● Försämrad matlust ● Vill inte äta

Analysen av data från anteckningsboken har resulterat i tre huvudkategorier och åtta underkategorier. Resultat av innehållsanalysen visar en variation gällande personalens dokumentation av patientens upplevelser. Upplevelser beskrivs utifrån personalens uppfattning av patienten. Det förekom inte med patientens ord hur hen upplevde vården, utan istället var det personalens uppfattning av patientens upplevelser.

Positiva känslor

Positiva känslor förekom i form av *välmående, glad* och *belåten.* Meningar som "Kryper ner i säng med ett nöjt leende." *och* "Patient är glad och nöjd." är exempel på meningar som skrevs i anteckningsboken gällandes patientens positiva känslor.

Välmående var framträdande tillsammans med glad och belåten. Dessa underkategorier fångade patientens positiva humör. Personalen dokumentera hur patienten ibland mådde bra och i andra fall att patienten var på gott humör i samband med att de beskrev vädret. Patientens positiva humör dokumenterades i form av hur patienten ibland skrattade tillsammans med specifik personal och att de hade haft trevliga pratstunder under besöken. Dessa trevliga pratstunder dokumenterades främst endast av en individ ur personalen. Ibland beskrev dem vad patienten hade haft för sig i samband med det goda humöret, "Patienten mår bra, ser på tv." eller "Patienten får kringla till frukost, är nöjd!".

Patientens humör korrelerade ibland med samma individ ur personalen, vid vissa tillfällen i anteckningsboken kunde det uttydas hur en specifik individ gjorde att patienten blev på ett positivt humör. Data var begränsad och därmed var dessa möten med personalen begränsade till endast ett fåtal, ett långsiktigt mönster kunde ej urskiljas på endast data från anteckningsboken.

Negativa känslor

Negativa känslor förekom i form av irritation och aggression från patienten om att hen inte ville utföra det som vårdpersonalen föreslog. “Blev irriterad när vi frågade fler gånger” beskrev hur irriterad patienten blev över det repetitiva frågandet. Ett missnöje från patientens sida av att personalen inte förstod direkt, var synligt. Det förekom oftast ingen fakta gällande patientens humör och vad som orsakat det.

Irriterad, missnöje och *dåligt humör* omfamnade de olika negativa känslorna som patienten upplevde. Exempelvis “Patienten blir arg och skriker på oss när vi erbjuder att sitta på toaletten” ger en inblick i hur personalen uppfattar och förmedlar vidare patientens upplevelser genom anteckningsboken.

Matlust

Matlust valdes ut för att matlusten kan ge patienten ett sätt att yttra sina upplevelser av vården. För att ge ett så brett spektrum av patientens upplevelser som möjligt sågs matlust som relevant information i innehållsanalysen.

Försämrad matlust och *vill inte äta* fångade de olika betydelserna av hur matlusten kunde visa sig. Den försämrade matlusten dokumenterades ibland av samma individ ur personalen. Vårdpersonalen dokumenterade att patienten ätit med god aptit på flera ställen i anteckningsboken. Detta förekom ibland i samband med att patienten hade ätit mat som den anhörige hade köpt med sig, “Ätit thai-mat med mycket god aptit”.

Kontinuitetens betydelse utifrån anhörigperspektivet

Resultatet efter innehållsanalysen av intervjun blev fyra huvudkategorier samt tio underkategorier.

(Tabell 5.2) Tabellen beskriver huvudkategorier och underkategorier som framkommit från innehållsanalysen av den genomförda intervjun.

Huvudkategori	Underkategori
Relation	● Bra bekantskap, god vård ● Misstanke mot andra ● Specifik personal ● Skapandet av en relation
Kommunikation	● Kommunikationssvårigheter ● Mindre smidig vård
Förändringar	● Störande med förändringar ● Problem med ny personal

Förtroende	● Smidighet tar tid ● Trygghet till vården

Relation

Relation var en betydande del kopplat till kontinuitet i intervjumaterialet av anhörig. Relation förekom i form av underrubrikerna *bra bekantskap, god vård, misstanke mot andra, specifik personal* och *skapandet av en relation.*

Bra bekantskap och god vård uttrycktes genom att den anhöriga kände att vården gick särskilt bra när personalen kände patienten ‘’Jag tyckte att vården fungerade väldigt bra. Speciellt bra var det när det var personal som kände patienten’’. Misstanke mot andra uttryckte sig i att patienten var van vid personal som ofta besökte hen och om ny personal kom hem till patienten skulle detta kunna orsaka misstanke hos patienten. ‘’Men detta hade kanske inte gått att genomföra då patienten hade blivit misstänksam om någon annan hade kommit in.’’

Specifik personal var av betydelse i intervjun då patienten enligt den anhörige hade uttryckt extra omtanke och glädje till en specifik person bland vårdpersonalen ‘’Patienten var speciellt förtjust i en äldre undersköterska. Patienten var alltid väldigt glad när hen kom.’’ Skapandet av en relation var centralt då patienten var sjuk och hade svårigheter att skapa och bibehålla en relation utanför sitt hem, därav blev vårdpersonalen som kontinuerligt besökte patienten en stor del i patientens sociala liv. ‘’När man är så sjuk som hen var så klarar man inte av att hålla eller att bygga upp sociala kontakter. Hemtjänstpersonalen står då för den största delen av sociala kontakter som hen har. De blir då både vänner och personal.’’

Kommunikation

Kommunikation visade sig vara en betydande del av vården enligt den anhöriga. Kommunikation förekom i form av underrubrikerna *kommunikationssvårigheter* och *mindre smidig vård.*

Kommunikationssvårigheter var enligt anhörig ett vanligt förekommande problem för patienten och vårdpersonalen då patienten tidigare drabbats av en stroke som lett till afasi och det var därför av stor vikt att vårdpersonalen kände patienten. ‘’Patienten kunde inte själv kommunicera sina åsikter utan det var viktigt att känna till vad hen tyckte om.’’. Mindre smidig vård uttryckte sig i att patienten hade hamnat på sjukhus och vid hemvistelse uppstod det problem. Vårdpersonalen hade hunnit komma ifrån sina rutiner under den tid patienten låg på sjukhus och därför gick vården inte lika smidigt som tidigare men den anhörige försökte ändå hålla sig lugn och låta vårdpersonalen jobba ostört. ‘’När hen kom hem från sjukhuset var det en del strul, vården löpte inte på lika smidigt men jag försökte att hålla mig lugn och inte vara inne och styra i vårdpersonalens arbete för att de i lugn och ro skulle kunna hitta sina egna rutiner’’.

Förändringar

Förändringar i vården var enligt den anhörige störande för patienten. *Störande med förändringar* och *problem med ny personal* var de underkategorier som bäst fångade upp den anhöriges beskrivning gällandes förändringar.

Den anhörige beskrev att om det blev för stora förändringar kunde patienten uppleva detta som störande och visade detta genom att vägra äta mat som personalen uppmanade patienten att inhandla. Detta förtydligas i citatet "Om man gjorde för stora förändringar upplevde patienten det som störande eller så åt patienten inte den maten som någon ambitiös undersköterska fått patienten att handla i affären."

Problem med ny personal uppstod i form av att den anhörige stötte på problem med att ny personal inte hade vetskap om rutinerna kring patienten. Samtidigt som den anhörige beskrev hur hen väldigt sällan stötte på problem med den ordinarie personalen. Vid ett tillfälle beskrev den anhörige hur ny personal inte hade kunskap kring hur dem skulle ta sig fram till patientens hus och hur den anhörige upplevde att det var hen som skulle lösa situationen, detta trots att den anhörige befann sig i en annan stad och hade viktiga saker för sig.

Problem med ny personal visades sig även genom att den anhöriga uttryckte sig att hen skulle ha gjort annorlunda när det kom till vård av patienten, och betonade på att ny personal sätt att genomföra vården inte alltid stämde överens med vad patienten var van vid och vad patienten ville ha för vård, vilket kunde orsaka problem. "Jag upplevde att ny personal hade sitt sätt att utföra vården på och att det inte alltid stämde överens med hur patienten ville ha vården.''

Förtroende

Förtroende visade sig i intervjun. *Smidighet tar tid* och *trygghet till vården* blev underkategorierna som bäst fångade betydelsen av de meningsbärande enheterna som framkom.
Den anhörige uppgav att det kunde ta tid innan vårdpersonalen kom in i ett smidigt arbetssätt, det tog ibland mellan tre och fyra veckor innan vårdpersonalen kunde arbeta ostört. Den anhörige hade förtroende för personalen, detta visas genom att den anhörige låter personalen arbeta ostört utan att behöva lägga sig i. Däremot var det en gräns vid 3–4 veckor som den anhörige kände att det var läge att komma med påpekande gällande vården av patienten. "Jag brukade låta det gå tre till fyra veckor som vårdpersonalen kunde arbeta ostört utan påpekande från mig. Det är så lång tid det tar innan det flyter på smidigt."

Intervjun hade en underton av att den anhörige ändå kände sig trygg med vården, i citatet "Det gav mig en stor trygghet att vården kring patienten fungerade" läggs detta fram. Trots att det ibland var ny personal upplevde den anhörige ändå en trygghet i att vården fungerade bra kring patienten.

Resultatsammanfattning

Den kvantitativa delen visade varierande antal kontakter, Herfindahl-Hirschman index visade varierande poäng mellan 566–722 poäng och Continuity of Care index visade ett värde mellan 10,2% och 13,0%. Herfindahl-Hirschman index och Continuity of Care index gav två olika värden som inte speglade varandra.

Den kvalitativa delen innehöll innehållsanalysen av anteckningsboken och innehållsanalysen av intervjun av anhörig. Från anteckningsboken framkom huvudkategorierna *Positiva känslor, Negativa känslor* och *Matlust*, samt åtta underkategorier. Intervjun av anhörig gav huvudkategorierna *Relation, Kommunikation, Förändringar*, och *Förtroende*, samt tio underkategorier.

Syntes av det kvantitativa och det kvalitativa

Den kvantitativa delen ger två olika beräkningsformler som ger två skilda värden på kontinuiteten för varje månad. HHI ger oss ett värde på kontinuiteten som representerar alla kontakter som patienten haft med vårdpersonalen, samtidigt som CoC index ger den individ från vårdpersonalen som haft högst andel kontakter med patienten räknat i procent utifrån alla kontakter.

Den kvalitativa delen ger två innehållsanalyser som hjälper uppsatsen att belysa vårdpersonalens och den anhöriges perspektiv. Ur anteckningsboken framkom det positiva känslor, negativa känslor och matlust, dessa gav en inblick i hur vårdpersonalen dokumenterade och förmedlade information, samt vilka upplevelser patienten uttryckte under vårdtiden. Ur intervjun av den anhörige framkom anhörigperspektivet vilket är centralt i vårdandet. Intervjun hjälpte till att belysa vad den anhörige hade för upplevelser av vården kopplat till kontinuiteten för patienten i studien. På grund av utformningen av innehållsanalyserna går det inte att utföra jämförelser månad för månad, detta för att innehållsanalysernas perspektiv sträcker sig över hela den dokumenterade tiden och den kvantitativa delen beräknar månad för månad. Detta för att patient och anhörig perspektiven inte särskilde sig märkbart över månaderna och därav var det naturligt att istället se över hela perioden.

Den anhöriga ger tecken på att hen är nöjd med vården, samtidigt som det finns tecken på missnöje, exempelvis när det tillkommer ny personal som patienten inte känner. Under denna tid så varierade HHI värdet mellan 566–722 poäng och CoC värdet mellan 10,2%-13%. Det är svårt att genomföra en koppling mellan uttryckt nöje eller missnöje och värdena då både positiva och negativa känslor förekommer på både låga och höga HHI och CoC värden. Dessa värden kan däremot tolkas som tillräckliga värden för båda index då patienten till största del känner sig nöjd samtidigt som den anhörige känner sig nöjd. Detta kan ge insikt i att den kontinuitet som framkommit i resultatet både från HHI och CoC index kan vara tillräcklig för att patienten och den anhörige ska uppleva vården och kontinuiteten som god.

Informationsutbytet mellan personal och anhörig var bättre när den anhörige och individerna ur personalen hade haft god kontakt sedan innan. Detta kan tydas från hur den anhörige beskrev en situation gällande rutinerna kring patienten, specifik hur de skulle ta sig fram till patienten. Det högsta uppmätta värdet från CoC under perioden är 13%, detta innebär att vid denna månad var 13% av kontakterna gjorda av en och samma individ ur personalen. Sambandet mellan den individ som den anhörige hade god kontakt med och den med högt CoC bekräftades under intervjun då den anhörige kom ihåg den personalen som trevlig och

bemötande. Det förekom vid flera tillfällen att den individen ur personalen med högsta CoC index kände den anhörige till och hade positiva upplevelser kring den individen. Det fanns ett samband mellan positiva upplevelser hos anhörig och höga värden på CoC.

Den anhörige upplevde att vården inte alltid överensstämde med hur patienten ville ha sin vård. “Jag upplevde att ny personal hade sitt sätt att utföra vården och att de inte alltid överensstämde med hur *patienten* ville ha vården.”. Specifikt när det var ny personal som utförde vården. Vid en månad var det 48 olika individer som besökte patienten, trots att patienten hade ungefär lika många besök varje månad. CoC och HHI var även under denna månad på några av de lägsta av alla uppmätta värden.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa kontinuitet från ett multiperspektiv utifrån ett patientfall i hemsjukvården där både kvantitativa och kvalitativa data var av betydelse, därav valet av mixad metod. Hayes et al., (2013) skriver hur mixad metod söker efter att bygga styrkor och reducera svagheter genom kombinationen mellan de båda forskningsmetoderna. Mixad metod är en expansiv och kreativ form av forskning, inte en begränsande form av forskning. Den är inkluderande, pluralistisk, kompletterande. Forskningsmetoder bör följa forskningsfrågan på ett sätt som ger bästa möjliga chans att få användbara svar (Johnson et al. 2004). För att besvara hur kontinuitet faller i relation till upplevelser blev mixad metod det självklara valet av forskningsmetod.

Forskning med mixad metod är speciellt användbart för sjuksköterske forskning, varav två anledningar är framträdande. Första anledningen är att den kan användas för att bedöma effekterna och resultatet av omvårdnadsåtgärder och den andra är att den ger en överskådlig bild för att förstå hälsobeteenden så att lämpliga omvårdnadsinterventioner kan utvecklas (Hayes et al. 2013).

Det finns två styrkor som gör den kvantitativa metoden speciellt användbar i denna studie. Enligt Johnson et al. (2004) möjliggör den att kvantitativa förutsägelser kan göras, samt att den kan generalisera ett forskningsresultat när det replikerat på många olika populationer och delpopulationer. Detta gör att beräkningarna som utförts kan replikeras och jämförelser kan göras, samt att godtagbara värden för när kontinuitet är tillräcklig kan bestämmas.

I den kvantitativa delen blev utgångspunkten anteckningsboken som legat i patienten hem. Ur ett kvantitativt perspektiv hade anteckningsboken flera brister och data från anteckningsboken var i vissa fall svårtolkad. Vårdpersonalen och omsorgspersonalen dokumenterade främst med sitt förnamn, detta kan leda till att individer med samma förnamn förs in som en individ ur personalen i anteckningsboken. Men det förekom även att personalen dokumenterade med deras begynnelsebokstav efter förnamnet. Detta kan ha varit personalens sätt att skilja på varandras namn i anteckningsboken. Smeknamn användes sporadiskt på få ställen i anteckningsboken och författarna räknade dessa till den individ som hade snarlikt namn och som stod dokumenterad tidigare under samma dags arbetspass. Detsamma gällde om ett namn skrevs på två olika sätt under ett och samma pass, exempelvis möjligheten att stava liknande namn med olika bokstäver. Detta kan berott på att den som dokumenterat stavat sin kollegas namn med liknande men fel bokstäver.

På grund av att nattpersonalen endast dokumenterade med “Natten” valdes dessa att inte bli inkluderade i statistiken då de inte skrevs vilka ur personalen som besökt patienten. Detta bortfall kan ha lett till att värdena kring kontinuiteten har påverkats. På grund av att det alltid är två individer ur personalen vid varje besök kan båda beräknings formlerna endast uppnå 50 procent av maximalt resultat. Detta för att personalen delar på kontakten med patienten. HHI kan därmed endast vara 5000 poäng och CoC kan endast vara 50 procent.

Den kvantitativa metoden i denna studie ger inte möjligheten att se de personliga relationerna som kan finnas mellan patienten och individer ur personalen. Hög kontinuitet behöver inte betyda att patienten får den bästa vård som hen önskar, på grund av att personalen som skapar den höga kontinuiteten nödvändigtvis inte behöver ha en bra relation med patienten. Därför kan det vara viktigt att även belysa patientens relationer till specifik personal genom en kvalitativ metod.

En styrka med den kvalitativa delen är att den kan ge förståelse och beskrivningar av människors personliga upplevelser av fenomen (Johnson, 2004). Kontinuitet utan inblandade parters upplevelser skulle göra att denna studies resultat inte täckt stora delar som omfattar kontinuitets betydelse. Svagheten enligt Johnsson et al. (2004) med den kvalitativa delen är att den har benägenhet att påverkas lättare av forskarens personliga fördomar och egenheter. Detta har författarna varit medvetna om, författarna har därför beaktat sina egna fördomar och egenheter innan framställningen av studien för att försäkra sig om att besitta en neutral ställning. Tillvägagångssättet var att först reflektera självständigt om ens fördomar och egenheter och efter detta tillsammans diskutera dessa.

I den kvalitativa delen utgick författarna med syfte att bibehålla en hög nivå av sekretess så har varken anhörig, personal eller patientens namn eller information tagits med i uppsatsen. Författarna har behövt byta ut namn som förekommit med respektives roll. Exempelvis om patientens namn förekom under intervjun byttes detta namn ut mot "*patienten*" vid den kvalitativa innehållsanalysen. Genom analys av anteckningsboken så förekom det enligt författarna en bristande dokumentation av patientens upplevelser och mående. När detta förekom var det ofta kortfattat, exempelvis ”*Allt bra”* eller ”*Allt okej”*. Detta medförde svårigheter att se hur det faktiska måendet för patienten var och resulterade i ett tunt material som var svårt att arbeta vidare på, därav tillkom intervju av anhörig för få mer material att arbeta med samtidigt som ett annat perspektiv tillfördes.

Författarna hade önskat urskilja hur upplevelserna påverkas av en varierande kontinuitet. På grund av den analyserade datans slutgiltiga utformning var det problematiskt att skapa en syntes mellan den kvalitativa och den kvantitativa delen. Data från den kvalitativa delen sträcker sig över hela perioden som analyserats och den kvantitativa går från månad till månad. Detta medförde svårigheter i att skapa en syntes mellan metoderna. Den valda metodens potential har därmed inte kunnat utnyttjas i den grad som författarna önskat.

Personalen dokumenterade inte sin yrkestitel i anteckningsboken, detta medförde att det var svårt att belysa hur olika professioner påverkat patienten. Detta skapade svårigheter kring hur sjuksköterskans profession skulle kopplas till studien. Att en sjuksköterska var och besökte patienten var självklart då patienten var av behov av hemsjukvård men det framgick inte hur ofta sjuksköterskan var på besök.

Resultat från den kvantitativa delen kan generaliseras och liknande beräkningar kan genomföras i andra delar av vården. I den kvalitativa delen finns två innehållsanalyser och enligt Danielsson (2017) kan dessa inte generaliseras men de kan vara överförbara till liknande kontext som avser grupper och organisationer.

Resultatdiskussion

Kvantitativa

Kontinuiteten är inte alltid en enkel och endimensionell process. Ett kontinuitetsindex kan bara spegla en dimension av ett komplext problem (Ejlertsson & Berg, 1985). Kontinuitet som framkommit efter analysen visar hur kontinuiteten varit under tidsperioden. Den visar inte upplevelserna som patienten haft, upplevelserna som vårdaren haft eller anhörigas perspektiv. Den misslyckas i att ge en helhetsbild, men indexen kan ge en dimension av ett komplext problem.

Tidigare forskning på ämnet kontinuitet har använt COC och HHI vilket är två välkända index för beräkning av kontinuitet. De har också använt två eller fler index för att göra studierna mer överförbara (Saint-Pierre et al. 2019). På grund av de frekvent använda indexen COC och HHI blev valet att basera den kvantitativa delen på dessa.

CoC index beräknade den enskilda individen ur vårdpersonalens med högst kontinuitet hos en patient och inte den totala kontinuiteten av samtlig vårdpersonal hos patienten. Styrkorna med beräkningen var att enkelt få reda på vem som var hos patienten flest gånger utav personalen, och utifrån det göra en bedömning ifall kontinuitet var tillräckligt bra. Chen et al., (2020) menar att ett större värde på CoC index resulterar i mindre hälsokostnader för patienter som inom en snar framtid kommer att avlida. Ett högt CoC index kan därför ses som eftersträvansvärt i livets slutskede. Enligt Tourangeau (2014) kan det däremot ses som orealistiskt att nå en perfekt kontinuitet, det vill säga att bara några få individer har hand om en och samma patient. CoC index kan vara fördelaktig ifall det finns verksamhetskrav på att det ska finnas minst en individ med exempelvis en kontinuitet på 25% hos en patient, och att det därmed blir en godkänd kontinuitet. Svagheten med CoC index är att det inte resulterar i en helhetsbild kring kontinuiteten, det vill säga kontinuiteten kring all vårdpersonal. Därför kan CoC index med både fördel och nackdel nyttjas beroende vad användaren vill ha ut av sin bedömning eller på vilket sätt användaren väljer att beräkna kontinuiteten på.

HHI får fram ett värde på alla kontakter som en patient haft till skillnad från CoC index som endast ser till individen ur personalen med högst procent. Styrkan med HHI är att på ett smidigt sätt få fram den totala kontinuiteten hos en patient och därigenom göra en bedömning ifall fler individer behöver besöka patienten oftare. Enligt Glenngård och Anell (2018) förknippas ett högre värde på HHI med en syn av bättre tillgänglighet bland patienter. Eftersträvan efter ett högt värde på HHI är därav fördelaktigt för patienterna.

HHI kan med fördel användas när det söks efter en likartad kontinuitet hos vårdpersonalen emellan, så att patienten skall kunna känna sig lika trygg och bekväm oberoende av vem det är som genomför besöket. Svagheten med HHI är att det är svårare att se vem det är som har bäst kontakt med patienten, och det kan därför bli svårare att bestämma vilken individ det är som behöver utöka sina besök. En nackdel med HHI är att resultatet visar sig i poäng från $0<X<1–10000$, vilket kan vara svårt att tyda på förhand för en person som inte har koll på referensvärdena, till skillnad från CoC index där resultatet visar sig i procent.

Resultatet har visat annorlunda beroende på vilket index som har använts. Exempelvis visar tabellen (2.1) enligt HHI mars månad till april månad en minskning från 569.2–566.1, samtidigt som tabellen (3.1) enligt CoC index visar en ökning från 10,6% till 11%. Detta visar att den totala kontinuiteten blev sämre men den enskilda högsta kontinuiteten blev till det bättre. Därför kan det vara svårt att enbart använda sig av ett index för att ta reda på hur kontinuiteten kan påverka en patients välbefinnande, då en patient kan känna mer trygghet till en vårdgivare än till en annan vårdgivare. Efter fortsatt studerande av graferna syns det tydligt att antalet kontakter minskar över tid, men notera att detta nödvändigtvis inte behöver betyda att kontinuiteten ökar. Trots att oktober hade absolut lägst antal kontakter dokumenterade så går det att tyda att kontinuiteten enligt HHI inte här var högst. Däremot var den högst enligt CoC index, vilket kan antas bero på ett lägre antal kontakter kan leda till en högre procentenhet för den som besökt patienten flest gånger.

Inför studien reflekterade författarna över hur kontinuiteten skulle se ut över månaderna. På förhand kan det vara logiskt att tänka att kontinuiteten skulle exempelvis vara bättre på våren än den skulle vara på sommaren, på grund av att personal går på semester och ersätts av sommarpersonal. Enligt HHI och CoC Index så visade det sig att detta inte var fallet utifrån patientfallet i studien. Antal olika individer av vård- och omsorgspersonalen som besökte patienten sjönk under sommarmånaderna juni-september, samtidigt som det totala antal kontakter som patienten haft per månad höll sig på ungefär samma värde som tidigare. HHI visade inte sitt lägsta värde under någon av sommarmånaderna. CoC visade dock sitt lägsta värde under juni månad, men visade högre värden under resterande sommarmånader. Det går att tolka detta resultat genom att tro att personalkontinuiteten var bättre planerat under semestermånaderna då det var sämre tillgång till personal som därigenom krävde mer noggrant administrativt arbete. Kontinuiteten kan också ha blivit sämre hos andra patienter då den blev till det bättre hos patienten i studien. Uppdelningen av semestern kan också ha varit jämnt fördelat så att ingen märkbar skillnad på kontinuitet kunde synas.

Kvalitativa

Veenstra et al., (2020) skriver om vikten av att hemsjukvårdare har ett kontinuerligt flöde av information mellan olika parter som vårdar patienten, detta för att vid bristande kontinuitet kunna bibehålla ett adekvat informationsflöde. Resultatet visar att det kan tolkas som att det finns en brist på information gällandes patientens upplevelser och därmed kan det bildas en bristande kontinuitet på grund av avsaknad av tillräcklig dokumentation. Anteckningsboken verkade fungera för sitt syfte, att förmedla information mellan olika individer i personalen samt hålla den anhörige uppdaterad. Dock kan det ifrågasättas vilken typ av information som förmedlades och i vilken grad. Som tidigare nämnt var det korta fraser och meningar kring patientens upplevelser, dessa kunde möjligtvis varit mer beskrivande för att framtida personal skulle fått en bättre uppfattning om patientens preferenser.

Att kunna lära sig om en patient genom att läsa journalen betyder inte att någon relation mellan patienten och sjuksköterskan uppstår (Saultz, 2003). Därför kan det argumenteras att ett värde på vilken sjuksköterska som har högst kontinuitet hos patienten kan ses som den med bästa relationen till patienten. Motargumentet blir att beräkningarna utelämnar den interpersonella relationen mellan patienten och sjuksköterskan, vilket i denna studie kompletteras av två kvalitativa innehållsanalyser. Friberg et al., (2009) skriver att kärnan i

en vårdrelation ligger i trygghet hos varandra. Frågan är om alla vårdare kände sig trygga i att vårda patienten, speciellt de som inte kanske kände patienten sedan innan. En brist på dokumentation kring patienten kan leda till en osäkerhet hos vårdaren, vilket också kan spegla sig i patienten. Detta kan i sin tur leda till en försämrad vårdrelation. I detta fall är det av stor vikt att sjuksköterskan uppfyller sina krav på kompetens. En sjuksköterska ansvarar enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) för omvårdnadkompetensen i ett vårdlag, där det bland annat innebär att främja kontinuitet och ge en god och säker hälso- och sjukvård.

Patientens negativa känslor dokumenterades och dessa handlade om att patienten blev irriterad, missnöjd och på dåligt humör. Patienten tycks ha upplevt personalen som irriterande vid flera tillfällen då personalen repetitivt frågade patienten om saker som hen inte ville göra. En kommunikationsbrist mellan vårdare och patient kan tydas, en faktor i denna brist kan vara att vårdarna inte haft tillgång till tillräckliga data om patienten och hur hen vill att vården ska gå till. Samtidigt kan irritationen vara skapad av patienten själv, då hen upplever irritation över att hen inte kan uttrycka sig. Matlust var en huvudkategori som författarna ansåg vara relevant för syftet och frågeställningen då matlust och patientens vägran till mat kan vara patientens sätt att kommunicera sina upplevelser av vården. Samtidigt är det värt att nämna att patientens vägran till mat också kan vara helt naturlig.

Syftet med intervjun var att få ett bredare och fördjupat perspektiv gällande fenomenet kontinuitet samt patientens upplevelser då materialet i anteckningsboken inte var adekvat nog. Intervju av anhörig analyserades och gav fem huvudkategorier och tolv underkategorier, där det söktes efter meningar som skulle kunna ha betydelse för kontinuiteten av patientens vård. Relation är den första huvudkategorin som benämns i resultatet och kan påverkas markant beroende på hur kontinuiteten av vården ser ut. Är kontinuiteten god så säger Effektiv vård (SOU 2016:2) att det skulle kunna leda till en bättre relation mellan vårdpersonal och patient då det innebär mer tid tillsammans, som i sin tur kan leda till bättre vård då både patient och personal känner en tillit till varandra. Samtidigt så behöver en relation inte alltid betyda att det är en god relation, och kan möjligtvis leda till sämre vård då patient och vårdpersonal inte känner tillit till varandra. I detta fall så uttrycker den anhöriga att hen tyckte att vården var speciellt god när personalen kände patienten, vilket kan bestyrka kontinuitetens positiva betydelse för vården.

Kommunikation är den andra huvudkategorin som framstod i resultatet av intervjun. Kommunikation var en väsentlig del då patienten hade kommunikationssvårigheter på grund av sin afasi, det var därför av betydelse att personalen kände till patientens preferenser. Kopplat till kontinuitet var det därför viktigt att personal som kände patienten genomförde vården. Att besöka en patient i dennes hem medför ett ansvar som vårdpersonal där kommunikation är viktigt men när detta inte är ett alternativ så medför det ett ännu större ansvar och då är det viktigt att känna patienten. I studien Sundling et al., (2020) beskrivs hur äldre patienter inom hemsjukvården frekvent visade sin oro som hintar till känslor och sällan genom att adressera sina känslor verbalt. Patienten hade afasi, detta kan göra det extra viktigt för personalen att vara vaksam för eventuella hintar som patienten uttrycker. Att uppfatta dessa hintar kan ta tid och flera stunder av irritation kan uppstå innan patienten och vårdpersonalen förstår varandra. Det går att tänka att det räcker med att få instruktioner inför en hemvistelse hos en patient men för att vården ska hålla hög kvalité så menar Chen et al.,

(2016) att en av faktorerna som tyder på högkvalitativ vård är att vårdpersonalen upprätthåller sig professionellt och skapar tillit för patienten.

Förändringar är den tredje huvudkategorin och förekom upprepade gånger under intervjun i form av att patienten ofta hade svårt med för stora förändringar i sin vardag. Det är då viktigt att vårdpersonal vet hur rutinerna ser ut för att undvika irritation hos patienten samtidigt som vården ska vara effektiv. Intervjun påvisade att det ofta var ny personal som hade problem, och dessa problem existerade inte när ordinarie personal var närvarande. Att inte ordinarie personal var närvarande kan tyda på att kontinuiteten var sämre under denna period, vilket enligt anhörig kunde orsaka irritation och missnöje för patienten om betydande förändringar skedde. Samtidigt behöver ny personal inte betyda att kontinuiteten var sämre överlag den månaden då resten av dagarna kan ha haft hög kontinuitet men det kan ändå påvisa kontinuitetens betydelse för vårdandet.

Förtroende handlar om den anhörigas förtroende till vårdpersonalen och vården. Att kontinuiteten var hög betydde mycket för den anhöriga då hen var mer bekant med vårdpersonalen och visste att de genomförde god vård för patienten, vilket den anhöriga kunde finna en trygghet i. Att genomföra god vård för patienten kan exempelvis sammankopplas med att inte gå ifrån rutiner allt för mycket då patienten inte uppskattar detta. Som anhörig kan det därför vara fördelaktigt att föra en dialog med vårdpersonalen för att tydliggöra var patientens gränser går och därefter lägga sitt fulla förtroende i att detta följs. Limberger et al., (2020) betonar att det är viktigt att vårdpersonal i hemsjukvård inte inkräktar för mycket på patientens och anhörigas privatliv men samtidigt ska inte vårdens kvalité påverkas och uppmuntrar därför till att föra dialog mellan patient, anhöriga och vårdpersonal för att tydliggöra vad som är tillåtet så att inte onödigt missnöje skapas.

I resultatet framkom flera centrala delar som kan kopplas till begreppet vårdande. Att genomföra hemsjukvård och hemtjänst innebär att genomföra vård i en annan människas hem. Därför har det centrala begreppet vårdande en stor roll då det enligt Högskolan i Skövde (2017) står för att främja patientens delaktig och ansvar kring sin hälsa och vård, vilket kan anses som extra viktigt då patienten fortfarande är i sitt hem. Det innebär att personalen alltid har ett stort ansvar i att bemöta och förstå patienten på rätt sätt. Från intervjun av anhörig framkom det att den anhörige ibland uppfattade att ny personal inte gjorde som patienten föredrog. Att främja patientens delaktighet kring sin vård kan ha varit svårt på grund av patientens afasi, men vårdpersonalen och omsorgspersonalen måste ständigt försöka bejaka patientens preferenser trots att patienten har vissa svårigheter med kommunikationen. I anteckningsboken förekommer det att patienten uppvisade irritation vid upprepning av frågor. I en situation som denna så gäller det att försöka bemöta irritationen på rätt sätt så att inte ytterligare irritation skapas, vilket det centrala begreppet vårdande förespråkar enligt Högskolan i Skövde (2017) genom att möta och förstå patientens livsvärld. Det centrala begreppet vårdande har därför en central roll genom hela studien.

Enligt Sherwood och Barnsteiner (2013) är två av sjuksköterskans kärnkompetenser evidensbaserad vård och samverkan i team. Denna studie ger en inblick i hur kontinuitet kan belysas utifrån ett multiperspektiv, studien ser till att förstärka grunden för evidensbaserad vård. Samtidigt kan studien hjälpa sjuksköterskor i sitt teamarbete, genom att i teamet som

omvårdnadsansvarig kunna belysa ämnet kontinuitet från flera perspektiv och därefter leda teamet mot en god och säker vård.

Konklusion

Att belysa kontinuitet från flera perspektiv ger en inblick i hur kontinuitet kan tolkas på olika sätt. Siffror och data från den kvantitativa delen ger endast ett perspektiv på kontinuiteten men besvarar inte patientens och anhörigas upplevelser av vården. Samtidig har den kvalitativa delen svårigheter med att på ett lätt och bestämt sätt kunna säga vad som räknas som tillräckligt hög kontinuitet. Båda delar skapar en bättre helhet av vad kontinuitet kan innebära för vården. Studien visar att det är svårt att bevisa en adekvat koppling mellan kontinuitet och välmående med den data som fanns tillgänglig för författarna. Det finns däremot tecken på att hög kontinuitet är fördelaktigt för patientens mående och vård men det är inte tillräckligt och det krävs mer forskning i ämnet för att få fram mer pålitliga resultat.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studien skapar ett exempel på hur fenomenet kontinuitet kan belysas med både kvantitativa och kvalitativa implikationer. Ett förslag till utveckling av ämnet är att skapa en beräkningsformel som alltid kan finnas tillgänglig i journalsystemen, vilket kan ge sjuksköterskan och andra professioner en snabb inblick i hur kontinuiteten ser ut för varje patient. Samt att exempelvis skapa ett standardiserat frågeformulär eller liknande kopplat till kontinuitet för att kunna belysa patientens upplevelser av vården.

REFERENSER

Berglund, H., Hasson, H., Kjellgren, K., & Wilhelmson, K. (2015). Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, *24*(7-8), 1079-1090. https://doi.org/10.1111/jocn.12699

Berglund, H., Wilhelmson, K., Blomberg, S., Dunér, A., Kjellgren, K., & Hasson, H. (2013). Older people's views of quality of care: a randomised controlled study of continuum of care. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, *22*(19-20), 2934-2944. https://doi.org/10.1111/jocn.12276

Bice, T. W., & Boxerman, S. B. (1977). A quantitative measure of continuity of care. *Med Care*, *15*(4), 347–349. https://doi.org/10.1097/00005650-197704000-00010

Borglin, G. (2017). Mixad metod - en introduktion. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan, s. 237). Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2014). *The good research guide: for small-scale social research projects*. McGraw-Hill Education (UK).

Chen, A.Y., Chen, B. & Kuo, CC. (2020). Better continuity of care improves the quality of end-of-life care among elderly patients with end-stage renal disease. Sci Rep 10, 19716 https://doi.org/10.1038/s41598-020-76707-w

Chen, H., Li, M., Wang, J., Xue, C., Ding, T., Nong, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2016). Factors influencing inpatients' satisfaction with hospitalization service in public hospitals in Shanghai, People's Republic of China. Patient preference and adherence, 10, 469–477. https://doi.org/10.2147/PPA.S98095

Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med*, *2*(1), 7-12. https://doi.org/10.1370/afm.104

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, *6*(32), 1–244. https://doi.org/10.3310/hta6320

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan, s. 296). Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G., & Berg, S. (1985). Continuity of Care in Health Care Teams a Comparison of Continuity Measures and Organisational Solutions. Scandinavian journal of primary health care, 3(2), 79-85.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.

Friberg, F., Öhlén, J., Edberg, A.-K., & Castoriano, M. (2009). *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. Studentlitteratur.

Glenngård, A. H., & Anell, A. (2018). Process measures or patient reported experience measures (PREMs) for comparing performance across providers? A study of measures related to access and continuity in Swedish primary care. Primary Health Care Research & Development (Cambridge University Press / UK), 19(1), 23–32.

Gott, M., Seymour, J., Bellamy, G., Clark, D., & Ahmedzai, S. (2004). Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliative Medicine*, *18*(4), 460-467. https://doi.org/10.1191/0269216304pm889oa

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105-112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hayes, B., Bonner, A., & Douglas, C. (2013). An introduction to mixed methods research for nephrology nurses. *Renal Society of Australasia Journal*, *9*(1), 8-14.

Hill, K. M., Twiddy, M., Hewison, J., & House, A. O. (2014). Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. *BMC Fam Pract*, *15*, 191. https://doi.org/10.1186/s12875-014-0191-8

Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Moen, V. P., Aβmus, J., & Hetlevik, Ø. (2019). The effect of team collaboration and continuity of care on health and disability among rehabilitation patients: a longitudinal survey-based study from western Norway. *Quality of Life Research*, *28*(10), 2773-2785. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02216-7

Högskolan i Skövde. (2017). *Omvårdnad - beskrivning och definition*. Hämtad 2 mars, 2021, från https://map.his.se/PageFiles/3459/Omv%C3%A5rdnad%20-%20beskrivning%20och%20definition.pdf

Jingjing, H., Yuexia, W., & Xiaoxi, L. (2020). Continuity of Care in Chronic Diseases: A Concept Analysis by Literature Review. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *50*(4), 513-522. https://doi.org/10.4040/jkan.20079

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, *33*(7), 14-26.

Limberger, R., & Schnepp, W. (2020). How Do Relatives Experience Advanced Home Care? A Qualitative Study. *Home Health Care Management & Practice*, *32*(4), 191–198. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/1084822320907393

Palinkas, L. A., Aarons, G. A., Horwitz, S., Chamberlain, P., Hurlburt, M., & Landsverk, J. (2011). Mixed method designs in implementation research. *Adm Policy Ment Health*, *38*(1), 44-53. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0314-z

Saint-Pierre, C., Prieto, F., Herskovic, V., & Sepúlveda, M. (2019). Relationship between continuity of care in the multidisciplinary treatment of patients with diabetes and their clinical results. *Applied Sciences*, *9*(2), 268.

Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *The Annals of Family Medicine*, *1*(3), 134-143.

SFS 2014:821. Patientlagen. Socialdepartementet. Hämtad 2 mars, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. Hämtad 2 mars, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--ochsjukvardslag_sfs-2017-30

Sherwood, G. & Barnsteiner, J. (red.) (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2014). *Hemvård: En kartläggning av översikter.* https://www.sbu.se/contentassets/e6c06e9b0d1545aaaeb3d2ef44918531/hemvard_2014-12-22.pdf

Sockolow, P., Wojciechowicz, C., Holmberg, A., Bass, E. J., Potashnik, S., Yushi Yang, & Bowles, K. H. (2018). Home Care Admission Information: What Nurses Need and What Nurses Have. A Mixed Methods Study. Studies in Health Technology & Informatics, 250, 164–168. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3233/978-1-61499-872-3-164

SOU 2016:2. *Effektiv vård: Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso och sjukvården.* http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf

Sundling, V., Hafskjold, L., Eklund, J. H., Holmström, I. K., Höglander, J., Sundler, A. J., van Dulmen, S., & Eide, H. (2020). Emotional communication in home care: A comparison between Norway and Sweden. Patient Education & Counseling, 103(8), 1546–1553. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.pec.2020.03.002

Svenska Akademien (2015). *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket*. (Fjortonde upplagan). Stockholm: Svenska Akademien.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf

Söderberg, A., Karlsson, M. R., & Löfvenmark, C. (2015). Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet. *Nordic Journal of Nursing Research*, *35*(4), 203-209. https://doi.org/10.1177/0107408315587800

Tourangeau, A., Patterson, E., Rowe, A., Saari, M., Thomson, H., MacDonald, G., ... & Squires, M. (2014). Factors influencing home care nurse intention to remain employed. Journal of Nursing Management, 22(8), 1015-1026.

University of Bristol. (u.å). *Continuity of Care index*. http://www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/resources/continuityaudit/

US department of justice. (31 Juli 2018) *Heifindahl-Hirschmann formula*. https://www.justice.gov/atr/herfindahl-hirschman-index

Veenstra, M., Skinner, M. S., & Sogstad, M. K. R. (2020). A nation-wide cross-sectional study of variations in homecare nurses' assessments of informational continuity - the importance of horizontal collaboration and municipal context. BMC Health Services Research, 20(1), 1–11. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12913-020-05313-3

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). *JAMA*, *310*(20), 2191. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Östman, M., Bäck-Pettersson, S., Sandvik, A.-H., & Sundler, A. J. (2019). "Being in good hands": next of kin's perceptions of continuity of care in patients with heart failure. *BMC Geriatrics*, *19*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1390-x

Bilagor

1.1 Continuity of Care index

MEDICAL CARE
April 1977, Vol. XV, No. 4

Communication

A Quantitative Measure of Continuity of Care

THOMAS W. BICE, PH.D.,* AND STUART B. BOXERMAN, D.SC.†

IN THE MAY 1976 ISSUE of *Medical Care* Stephen M. Shortell proposed two statistical measures for quantifying the concept of continuity of medical care.[5] These measures constitute a significant advancement in the quantification of this notion, representing an improvement over the simpler measures of continuity employed previously.[1-3] Shortell's statistics suggest four characteristics should be incorporated into a measure of continuity. These are:

1. The use of individuals as units of analysis when measuring continuity of care.
2. The comparability of individuals utilizing different numbers of providers.
3. The influence of total number of visits.
4. Referral patterns among providers.

In this communication we operationalize Shortell's definition of continuity of care to include the extent to which a given individual's total number of visits for an episode of illness or a specific time period are with a single or group of referred providers. To this end we offer an index of continuity of care (COC) adapted from Rae and Taylor's index of fragmentation.[4]

$$COC = 1 - \frac{(n^2 - \sum_{j=1}^{s} n_j^2)/2n^2}{(n-1)/2n} \qquad (1)$$

Where:
n = total number of visits
n_j = number of visits to provider j
s = No. of unreferred providers

NOTE: All visits to either a usual provider or a referred provider are viewed as having been to a single provider.

The numerator of the fraction in equation 1 expresses the dispersion of events (*i.e.*, visits), across a set of nominal categories (*i.e.*, providers). When $s = 1$, all visits are with a single provider, and $(n^2 - \sum_{j=1}^{s} n_j^2)/(2n^2) = 0$, indicating no dispersion, or maximum continuity.

Were the number of providers visited equal for all persons $[1 - (n^2 - \sum n_j^2)/(2n^2)]$ would suffice as a measure of continuity. However, as this is a highly restrictive situation that is not likely to occur in practice, the measure must be standardized for different numbers of providers. To accomplish this, we define the denominator $(n - 1)/(2n)$ which expresses the maximal nominal variance possible given n. In effect, we are assuming that minimal continuity occurs when each of the n visits involves a different provider. From our initial definition of continuity and this assumption, equation 2 is a simplified version of equation 1.

$$COC = \frac{\sum_{j=1}^{s} n_j^2 - n}{n\,(n-1)} \qquad (2)$$

Let us briefly examine our algebraic measure and its relationship to the four

* Professor, Department of Sociology, Associate, Division of Health Care Research, Washington University, St. Louis, Missouri 63130.

† Assistant Professor, Department of Health Care Administration, Washington University, St. Louis, Missouri 63130.

essential properties outlined above. The measure clearly incorporates the notion that continuity should be measured on an individual basis given that individual's pattern of utilization. In this way, the effect of a proposed health care delivery system on the continuity of care of individual members of a population can be examined more satisfactorily than with a continuity measure computed for the aggregate population.

Secondly, the measure allows a comparison of continuity for two individuals utilizing different numbers of providers. Suppose for example utilization patterns for patients A and B as follows:

Patient	Unreferred Provider 1	2	3	4	Total Visits
A	4	2	3	3	12
B	6	6	–	–	12

Both patients had 12 visits. Clearly we seek a statistical measure which allows a fair comparison of these two patterns and intuitively feel that patient B should have a higher continuity score since he has "concentrated" his care in the hands of fewer providers.

Formula 2 yields

$$COC_A = \frac{(4^2+2^2+3^2+3^2) - 12}{12(12-1)}$$

$$= \frac{16+4+9+9-12}{132}$$

$$= \frac{26}{132} = 0.197$$

$$COC_B = \frac{(6^2+6^2)-12}{12(12-1)}$$

$$= \frac{36+36-12}{132}$$

$$= \frac{60}{132} = 0.455$$

Such comparability is important in evaluating alternative health delivery systems and their corresponding effect on an individual's continuity of care.

Thirdly, the measure is appropriately influenced by the total number of visits. We recognize the patient's decision making role in seeking medical care. Each of a given number of visits to a provider can be viewed as an independent decision. As the number of visits increases, the number of independent decisions likewise goes up, and this should be reflected in the continuity score. Consider for example three patients, A, B, and C, with visit patterns as shown:

Patient	Unreferred Provider 1	2	Total Visits
A	1	1	2
B	10	10	20
C	100	100	200

There results

$$COC_A = 0$$

$$COC_B = \frac{9}{19} = 0.474$$

$$COC_C = \frac{99}{199} = 0.497$$

We observe that although each of the above three patients divided their visits evenly between two unreferred sources, their continuity scores are not the same. This is consistent with our qualitative concept of continuity and the notion of decision making. It is of interest to note that as the number of total visits becomes extremely large (approaches infinity) and the visits are divided evenly between two unreferred providers, the value of C approaches 0.5.

Finally, we have incorporated the aspect of referral patterns into our statistic by considering all visits to either one's usual provider or any referred providers as visits to

a single provider. To see the effect of including referrals on the value of COC, consider once again the visit patterns for example one. If, in this example, providers 3 and 4 seen by patient A had been referred by provider 1, the pattern of visits would become:

	Unreferred Provider	
Patient	1	2
A	10	2

The corresponding value of COC is then .697 rather than .197. Similarly if for patient B provider 2 were referred by provider 1, then all 12 visits would be to a single provider, and a COC score of 1.0 would result, instead of .455.

In summary, we have provided in this communication an operational definition of continuity of care which includes referrals, number of providers, and number of visits, and which is a characteristic of an individual rather than an aggregated population. We have offered a statistical measure which quantifies this operational definition.

References

1. Alpert, Joel, *et al.*: Effective use of comprehensive pediatric care. Am. J. Dis. Child. **116**:529, 1968.

2. Breslau, Naomi, and Reeb, Kenneth: Continuity of care in a university based practice. J. Med. Educ. **50**:965, 1975.

3. Mindlin, Rowland, and Densen, Paul: Medical care of urban infants: continuity of care. Am. J. Public Health **59**:1294, 1969.

4. Rae, Douglas, and Taylor, Michael: The analysis of political cleavages. New London, Yale University Press, 1970, p. 31.

5. Shortell, Stephen: Continuity of medical care: Conceptualization and measurement. Med. Care **14**:377, 1976.

2.1 Herfindahl-Hirschman index

The Herfindahl–Hirschman Index

Stephen A. Rhoades, of the Board's Division of Research and Statistics, prepared this technical note.

The Herfindahl–Hirschman index, better known as the Herfindahl index, is a statistical measure of concentration. It has achieved an unusual degree of visibility for a statistical index because of its use by the Department of Justice and the Federal Reserve in the analysis of the competitive effects of mergers. The Herfindahl index can be used to measure concentration in a variety of contexts. For example, it can be used to measure the concentration of income (or wealth) in U.S. households and also market concentration, that is, the degree of concentration of the output of firms in banking or industrial markets. It is useful in analyzing horizontal mergers because such mergers affect market concentration, and economic theory and considerable empirical evidence suggest that, other things equal, the concentration of firms in a market is an important element of market structure and a determinant of competition. However, despite its visibility, the Herfindahl index is sometimes not understood in terms of its use, measurement, or interpretation in merger analysis.

To facilitate and simplify the application of the antitrust laws regarding mergers, in 1982 the Department of Justice published formal numerical guidelines for horizontal mergers (those between firms operating in the same product and geographic markets) based on the Herfindahl index (HHI).[1] In 1985, the Justice Department proposed somewhat modified numerical guidelines for mergers in the banking industry and published revised guidelines in 1992. These numerical guidelines are used by the Federal Reserve as the first step in analyzing the effect on competition of bank mergers. The guidelines, as applied to banking, specify that if a bank merger would result (1) in a post-merger HHI in a market of less than 1,800 or (2) in a change in the HHI of less than 200 (less than 50 in other industries), it is likely that the market structure would not reach a concentration level, or concentration would not increase enough, such that firms in the market would have the market power to maintain prices above the competitive level for a significant period.

The HHI is only one element in the analysis of the competitive effects of bank mergers. However, because of the importance attached to market concentration as an indicator of competition and the relative ease of calculating the HHI, this index serves as an efficient screening device for regulators and as a planning tool for bankers. At the Federal Reserve, the HHI is calculated by including 100 percent of the deposits of commercial banks in a market and at least 50 percent of the deposits of thrift institutions. If the post-merger HHI does not exceed the numerical guidelines, it is *generally* presumed that the merger would not be seriously anticompetitive, and no further analysis is conducted. If, on the other hand, the post-merger HHI exceeds the numerical guidelines, a detailed economic analysis of competition is undertaken to determine whether other factors, such as potential competition, indicate that the market would be more (or less) competitive than the HHI alone suggests.

The HHI accounts for the number of firms in a market, as well as concentration, by incorporating the relative size (that is, market share) of all firms in a market. It is calculated by squaring the market shares of all firms in a market and then summing the squares, as follows:

$$HHI = \sum_{i=1}^{n} (MS_i)^2,$$

1. The index was developed independently by the economists A.O. Hirschman (in 1945) and O.C. Herfindahl (in 1950). Hirschman presented the index in his book, *National Power and the Structure of Foreign Trade* (Berkeley: University of California Press, 1945). Herfindahl's index was presented in his unpublished doctoral dissertation, "Concentration in the U.S. Steel Industry" (Columbia University, 1950). For more detail on the background of the index, see Albert O. Hirschman, "The Paternity of an Index," *American Economic Review* (September 1964), pp. 761–62.

Digitized for FRASER
http://fraser.stlouisfed.org/
Federal Reserve Bank of St. Louis

where MS_i represents the market share of firm i and there are n firms in the market. The following example of calculating the HHI before and after a merger illustrates the use of the formula. Assume that there are four banks in a market. Bank A holds 40 percent of bank deposits in the market, Bank B holds 30 percent, Bank C holds 20 percent, and Bank D holds 10 percent. Substituting these values in the formula gives the HHI for bank deposits in this market:

$$(40)^2 + (30)^2 + (20)^2 + (10)^2.$$

Completing this calculation gives the before-merger HHI:

$$1{,}600 + 900 + 400 + 100 = 3{,}000.$$

Next assume that Bank C, with 20 percent of the market, acquires Bank D, which has 10 percent of the market. The HHI after the merger would be

$$(40)^2 + (30)^2 + (20 + 10)^2.$$

Completing this calculation gives the post-merger HHI:

$$1{,}600 + 900 + 900 = 3{,}400.$$

The merger therefore increased the HHI by 400, from 3,000 to 3,400.

Further examination of this example reveals that the HHI gives much heavier weight to firms with large market shares than to firms with small shares as a result of *squaring* the market shares. This feature of the HHI corresponds to the theoretical notion in economics that the greater the concentration of output in a small number of firms (a high HHI), the greater the likelihood that, other things equal, competition in a market will be weak. In contrast, if concentration is low, reflecting a large number of firms with small market shares (a low HHI), competition will tend to be vigorous. The HHI reaches a maximum value of 10,000 when a monopoly exists in which one firm has 100 percent of the market, that is, the HHI = $(100)^2$ = 10,000. In contrast, the HHI takes on a very small value, theoretically approaching zero, in a purely competitive market in which there are many firms with small market shares. For example, in a market with 100 firms that each have a 1 percent share of the market, the HHI = $(1_1)^2 + (1_2)^2 \ldots (1_{100})^2 = 100$.

The following table provides a sense of what different values of the HHI imply for the concentration of a market, assuming that all firms in the market have the same market share. For example, row 2 of the table indicates that a market with five firms of equal size (that is, each with 20 percent of the market) would have an HHI of 2,000.

HHI	Number of firms of equal size in the market	Market share of each firm (percent)
1,000	10	10.0
2,000	5	20.0
3,300	3	33.3
5,000	2	50.0

In conclusion, note that, although the HHI is a useful tool in merger analysis, particularly as an initial screening device, other factors are considered in an economic analysis of competition. □

Digitized for FRASER
http://fraser.stlouisfed.org/
Federal Reserve Bank of St. Louis