



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Livskvalitet och kontinuerlig vårdkontakt för patienter med KOL samt kroniskt sjuka inom primärvården

En litteraturstudie

Författare: Catharina Annerstedt och Sandra Galeano

Handledare: Elisabet Werntoft

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Livskvalitet och kontinuerlig vårdkontakt för patienter med KOL samt kroniskt sjuka inom primärvården

En litteraturstudie

Författare: Catharina Annerstedt och Sandra Galeano

Handledare: Elisabet Werntoft

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Abstrakt

I Sverige finns det runt 700 000 personer som lider av KOL. Prevalensen beräknas öka och 2020 förväntas KOL vara den tredje största dödsorsaken i världen. KOL associeras ofta med lägre livskvalitet och patienterna upplever sig må sämre. Föreliggande litteraturstudie syftade till att beskriva livskvaliteten hos patienter med KOL vid kontinuerlig vårdkontakt inom primärvården utifrån patientens och vårdpersonalens perspektiv. Nio vetenskapliga artiklar kvalitetsgranskades och analyserades för studiens resultat. Samband mellan kontinuitet i vården och förhöjd livskvalitet framkom i resultatet. Vidare beskrevs hur både patienter och vårdpersonal uppfattade kontinuitet i vården och dess betydelse för livskvaliteten. Livskvaliteten upplevdes högre om kontinuitet i vården fanns. Den viktigaste aspekten för ökad livskvalitet var den framväxta vårdrelationen.

Nyckelord

KOL, Kontinuitet, Livskvalitet, Vårdrelation, Primärvård

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Personcentrerad vård	3
Patofysiologi	4
Diagnostik	5
Livskvalitet	6
Att leva med KOL	6
Stigmatisering	7
Instrument för mätning av livskvalitet	7
Kontinuitet i vården och fast vårdkontakt	8
Primärvård	9
Definition av nyckelbegrepp	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling	11
Data analys	13
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Betydelsen av kontinuitet i vården - patientens upplevelse	14
Betydelsen av kontinuitet i vården - vårdpersonalens upplevelse	15
Statistiskt samband mellan kontinuitet i vården och livskvalitet	16
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	20
Slutsats och kliniska implikationer	25
Författarnas arbetsfördelning	25
Referenser	26

Introduktion

Problemområde

Den progressiva sjukdomen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) innebär försämrad livskvalitet hos de personer som drabbas (Brown et al., 2010), KOLs sjukdomsbild innebär exacerbationer där tidiga symptom och tecken är viktiga att upptäcka i tid (Ericson & Ericson, 2008). Patientgruppen har således ett stort behov av frekventa vårdkontakter både när det gäller den psykiska och fysiska hälsan (KOL, 2011a). Flertalet patienter med KOL har idag försämrad livskvalitet och riskerar att utveckla depression (Blumenthal et al. (2009). Därav är en kontinuerlig och fast vårdkontakt av stor betydelse. Ämnet är viktigt bland annat på grund av att det i Sverige finns runt 700 000 personer som lider av KOL. Prevalensen förväntas öka inom de närmsta tio åren och redan 2020 beräknas KOL vara den tredje största dödsorsaken i världen (KOL, 2011a). Med successivt större patientgrupper är det viktigt med en beredskap inom vården, utifrån detta är det av vikt för vården att ha kännedom om behandlingar som främjar patienters livskvalitet (Kara, 2005).

Som en del i utvecklingen av vården för patienter med KOL i Sverige, finns nu inom primärvården specifika KOL-mottagningar som är bättre rustade att behandla patienter med KOL än vårdcentraler (Leva med KOL, 2010a). I en pågående studie av Zwar et al. (2008) från Australien ska effekten av specialistutbildade KOL-sjuksköterskors inverkan på patienter undersökas. Det pågår således kontinuerligt studier i ämnet, KOL relaterat till livskvalitet, och det förekommer även tidigare grundläggande forskning. En relevant fråga är därför på vilket sätt livskvaliteten hos patienter med KOL påverkas av en fast och kontinuerlig vård och hur patienter och vårdpersonal upplever kontinuiteten. Syftet för denna studie är att beskriva livskvaliteten hos patienter med KOL samt kroniskt sjuka vid kontinuerlig vårdkontakt inom primärvården utifrån patientens och vårdpersonalens perspektiv.

Bakgrund

Enligt omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee krävs god relation mellan patienten och sjuksköterskan för att uppnå bästa möjliga vård. Hon anser att vårdpersonalen inte ska bejaka sin yrkesroll utan försöka se patienten och sig själv som individer samt att en god relation växer fram genom olika faser där personerna långsamt lär känna och ser varandra utanför situationen. Faserna går från det första mötet till etablering av ömsesidig kontakt och förståelse. Däremellan finns faser såsom empati, sympati och utveckling av identiteter. Travelbee menar även att en djupare förståelse för patienten ger sjuksköterskan mer motivation att vårda patienten (Travelbee, 1964). Travelbees teori beskrivs i en reviewartikel av Beach och Inui (2006) som beskriver vikten av en relationscentrerad vård, det vill säga patienten bör ses som en unik individ i behov av att bli uppfattad som en individ och inte en sjukdom med tillhörande person. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten ska inte ses som ett möte mellan en yrkesroll och en patientroll utan ett ömsesidigt samarbete av två individer. Följden av detta blir att patienten känner sig respekterad och sedd. I ytterligare en reviewartikel (Barnett, 2008) beskrivs hur sjuksköterskan lär känna sin patient med KOL vid regelbundna möten. Omvårdnad av patienter med KOL anser Barnett (2008) vara en utmaning för vården och sjuksköterskan. Nyckeln till en bra omvårdnad är att få patienten att känna sig som en unik person och inte enbart som en patient bland många. Genom att bygga upp en förståelse för varandras önskemål när det gäller patientens vård, kan sjuksköterskan se till att patienten får den bästa möjliga vård efter dennes förutsättningar. Fokus bör ligga på att se patienten bakom symptomen och att försöka förstå hur patienten känner sig och upplever sin situation. På så sätt kan patienter med KOL enligt Barnett (2008) erhålla en bra vård, vilket understryks av Travelbees omvårdnadsteori.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård definieras av Svensk sjuksköterskeförening (2010) som:

Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. En personcentrerad vård innebär också att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet.

Vid personcentrerad vård är den primära tanken att en person aldrig ska likställas med sin sjukdom eller sina symptom. Vårdpersonal bör tänka på detta vid varje möte inom professionen för att säkerställa personcentrerad vård. Vid utövning av personcentrerad vård krävs att all vårdpersonal innehar den kunskap som är nödvändig vid det specifika mötet samt kan handla utefter denna kunskap. Detta innebär ett ansvar för vårdpersonalen att tillgodose varje patients behov för att underlätta i den situation som uppstått. Personcentrerad vård har effekt på patienters välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2010), vilket även kan ses i Travelbees omvårdnadsteori, då Travelbee (1964) beskriver att vårdpersonalen inte ska bejaka sina yrkelsroller utan se personerna bakom sjukdomen och se till deras behov.

Vid god kontinuitet i vården krävs att personerna ingående i vårdrelationen förstår, respekterar och kan kommunicera öppet med varandra (Freeman & Hughes, 2010). Detta återses i den personcentrerade vården där grunden är att vid möten försöka förstå och se den andre personen.

Patofysiologi

Definitionen av KOL enligt Ericson och Ericson, (2011 s.194) är:

Kronisk hosta med upphostningar under minst 3 månader per år utan påvisbar orsak.

KOL är en kronisk inflammatorisk sjukdom i luftvägarna där det huvudsakliga problemet är luftrörsobstruktion. Kronisk obstruktion gör att emfysem bildas vilket i sin tur leder till sammanfallna bronker (Booker, 2008). Den friska personens passiva utandning blir för patienten med KOL aktiv, ansträngande och enegikrävande. Följden blir en ökad residualvolym med minskat andningsutbyte vilket även emfysemet bidrar till. Ökad residualvolym ger en högre koldioxidhalt i blodet vilket efter en tids sjukdom blir ett habitualtillstånd för patienten med KOL. Vid ökade koldioxidhalter i blodet slås den normala andningsdriven, utvädring av koldioxid, ut och ersätts av en så kallad hypoxic drive. Detta innebär att den främsta anledningen till ventilation är den låga syrgashalten (Ericson & Ericson, 2008). De vanligaste symptomen vid KOL är således hosta, ökad slemsekretion, dyspné, cyanos samt avmagring (Booker, 2008).

Den främsta orsaken till KOL är aktiv rökning, i nio fall av tio orsakas sjukdomen av rökning. Cigaretter innehåller flertalet giftiga ämnen som vid inhalering orsakar inflammation i luftvägarna. Resterande fall av KOL, som inte orsakas av rökning, kan bero på passiv rökning, lång yrkesexponering av dåliga miljöer, ärftlig defekt med brist på alfa1-antitrypsin enzymet (Leva med KOL, 2010b) samt återkommande luftvägsinfektioner i ung ålder (Ericson & Ericson, 2008).

Diagnostik

KOL är en underdiagnostiserad sjukdom då enbart 16 % av de som beräknas ha KOL är diagnostiserade (Leva med KOL, 2010c). En förklaring kan möjligen vara att de första symptomen är svåra att upptäcka för patienten. Vanligt är att symptomen misstolkas som vanliga förkylningar, mer rökhosta än vanligt eller försämrad kondition på grund av stigande ålder. Flertalet söker vård först när symptomen är så påtagliga att det dagliga livet påverkas. Av denna anledning underdiagnostiseras ett stort antal patienter (Leva med KOL, 2010d). Även om patienterna skulle söka i tidigt skede kan diagnos vara svår att ställa vid tidiga symptom. En säker diagnos kan oftast ställas först efter lång tid med förvärrad symptomutveckling (Ericson & Ericson, 2008). Sjukdomen delas in i fyra olika stadium beroende på lungfunktionen. Stadium 1 innebär ett förstadium till KOL där lungfunktionen är 80%, stadium 2 innebär lindrig KOL med en lungfunktion på 80-50%, stadium 3 innebär medelsvår KOL där lungfunktionen är 50-30% samt stadium 4 som innebär svår KOL med en lungfunktion på 30-1%. Till stadium 4 tillhör även patienter med en lungfunktion på 50% eller under samt med andra riskfaktorer som tillägg, exempelvis syrebrist (KOL, 2011b). Lindrig till medelsvår KOL behandlas vanligen inom primärvården medan svår KOL oftast kräver vård på sjukhus (Chavannes et al., 2009).

En vanlig diagnosmetod är spirometri där lungfunktionen fås utifrån en kvot beräknad på forcerad expiratorisk volym (FEV_1) under en sekund och vitalkapaciteten (VC). Detta innebär i praktiken att patienten andas ut möjlig maximal volym under en sekund (FEV_1) och andas ut möjlig maximal volym under ett andetag (VC) (KOL, 2011b).

Livskvalitet

WHO (1996) definierar livskvalitet som:

Individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

Livskvalitet syftar till en subjektiv upplevelse som är kulturellt, socialt och omgivningsbetingat. Livskvaliteten är därav inte ett mått på symptom eller svårighetsgrad av ett tillstånd utan ger snarare en bild av det upplevda värdet av livet (WHO, 1996).

Livskvaliteten hos patienter med KOL är generellt sämre än för personer utan sjukdomen. Sjukdomen i sig associeras ofta med lägre livskvalitet och patienterna upplever sig må sämre (Brown et al., 2010). Blumenthal et al. (2009) hävdar dessutom att en överhängande majoritet av patienterna med KOL utvecklar depression som en följd av den försämrade livskvaliteten.

Att leva med KOL

Enligt en studie av Avsar och Kasikci (2011) förändras livssituationen vid diagnosen KOL. Deltagarna i studien återger till exempel en bristande kontroll över det dagliga livet. Vardagliga rutiner såsom hygien, matlagning och städning kan ge upphov till KOL-symptom. Detta leder till ett successivt ökat beroende av närstående med en minskad självständighet som följd. Även det sociala livet påverkas hos patienter med KOL. Upplevelsen av att sociala aktiviteter måste planeras i förväg vilket begränsar spontana aktiviteter med familj och vänner. Aktiviteter som äger rum vid stora folksamlingar är oftast inget alternativ då rädslan för att öppet visa sina symptom är överhängande. Det förekommer även rädsla för att få plötslig lufthunger och känna dödsångest på allmänna platser vilket förhindrar det sociala livet än mer. Belägg för att patienter med KOL i stor utsträckning lider av ångest finns i studien av Willgoss, Yohannes, Goldbart och Fatoye (2011). Där framgår att ångesten är förknippad till andningsarbetet och att dyspné och oro inför eventuell syrgasbehandling är utlösande faktorer. Patienterna hamnar följaktligen i en ond cirkel där dyspnén framkallar ångest som i sin tur framkallar förvärrad dyspné. Rädslan för ångesten samt själva ångesten påverkar patienternas livskvalitet negativt (Willgoss et al., 2011).

Stigmatisering

Stigmatisering av personer kan förklaras som att individer i samhället blir socialt brännmärkta (Svenska Akademiens Ordlista, 2009). Enligt en studie av Halding, Heggdal och Wahl (2011) anser sig personer med KOL ofta vara stigmatiserade av samhället i olika sociala sammanhang. Diagnosen KOL innebär ofta att personer inte längre känner sig som en del av samhället och inte upplever sig få det nödvändiga psykosociala stödet. Istället kan de enligt Halding et al. (2011) även känna sig dömda då majoriteten av samhället anser deras sjukdom vara självförvållad. Även stigmatisering från vården upplevs bland patienter med KOL då fleratalet patienter känner att sjukvårdspersonal fokuserar mycket på rönkningsvanorna och skuldbelägger patienten. I studien av Halding et al. (2011) framkom även att åtskilliga patienter med KOL är oroliga över sitt sjukdomstillstånd. Frågor som känns viktiga för patienten rörandes deras prognos och vardagliga liv upplevs svåra att ställa av rädsla för ytterligare stigmatisering. Rädslan grundar sig i den redan tidigarelagda skulden från sjukvårdspersonalen det vill säga att tillståndet är självförvållat (Halding, Heggdal & Wahl, 2011).

Instrument för mätning av livskvalitet

Enligt en studie av Rutten-van Mülken, Oostenbrink, Tashkin, Burkhart och Monz (2006) är St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) det vanligaste sättet att mäta livskvalitet hos patienter med KOL. Frågeformuläret anses vara tillförlitligt och svarar på förändringar i livskvaliteten hos patienter med KOL. Frågeformuläret omfattar symptom, aktivitet och påverkan. Studien tar även upp Generic EuroQol Five-Dimension Questionnaire (EQ-5D), ett frågeformulär som kan användas för att uppskatta livskvaliteten. Verktöget är inte sjukdomsspecificerat men tar upp områden som bland annat rör egenvård och ångest/depression. Planas et al. (2005) använder Chronic Respiratory Disease Questionnaire för att mäta livskvaliteten hos patienter med KOL i sin studie. Detta frågeformulär är KOL-specifikt och inkluderar dyspné, utmattning, känslan av sjukdomskontroll och känsloliv.

Berger, Kapella och Larson (2011) visar i sin studie att skillnad finns mellan ytliga och djupa relationer gällandes stigmatisering för personer med KOL. Resultatet visade till exempel att

personerna upplevde sig mindre stigmatiserade bland familjemedlemmarna än bland bekanta. Stigmatisering för personer med KOL var dock störst i sociala sammanhang med främlingar. Det framkom att stigmatisering kan triggas av de uppenbara fysiska symptomen men även av de medicinska materiel, exempelvis syrgasutrustning, som används för behandling.

Kontinuitet i vården och fast vårdkontakt

Kontinuitet i vården innebär att patienten träffar samma vårdpersonal regelbundet och därvid utvecklar en vårdrelation med ömsesidig respekt och tillit. Enligt Freeman och Hughes (2010) är det den tid som läggs vid varje besök viktigt då det är tidskrävande att bygga upp en vårdrelation. Att träffa samma vårdpersonal ger inte automatiskt en god kontinuitet utan det krävs att personerna ingående i vårdrelationen förstår, respekterar och kan kommunicera öppet med varandra. För att en kontinuitet i vården ska kunna upprätthållas krävs att personalen på primärvårdskliniken tar hänsyn till patienternas önskemål och tillåter patienten att till exempel välja vårdteam (Freeman & Hughes, 2010).

En fast vårdkontakt definieras av Socialstyrelsen (2011) som:

En fast vårdkontakt ska se till att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses.

Fast vårdkontakt innebär i praktiken att patienten har rätt till att träffa samma läkare, sjuksköterska etcetera. vid varje vårdtillfälle (Landstinget i Östergötland, 2002).

Den förste juli 2010 genomfördes en lagförändring i Hälso- och sjukvårdslagen; ”Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning” (Sveriges Riksdag, 2010). Denna lagförändring innebar att patienten har rätt att välja var de vill vårdas inom primärvården samt en förstärkt rättighet till fast vårdkontakt.

Verksamhetschefen vid vald vårdenhet har därmed en skyldighet att erbjuda de patienter med behov, exempelvis de kroniskt sjuka, en fast vårdkontakt (Regeringen, 2009). För en person med KOL blir följden således att de har en rätt, om så önskas, till en fast vårdkontakt.

Primärvård

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763 5e§) omnämns primärvården som:

Primärvården ska som en del i den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan kompetens. Landstingen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt.

Inom praktisk verksamhet innebär det att primärvården har en skyldighet att erbjuda den enskilde individen en bred och grundläggande vård med samverkan mellan olika professioner. Primärvården är i de flesta fall den första kontakten med hälso- och sjukvården för patienten. Därmed är det viktigt att primärvården erbjuder en tidig medicinsk bedömning, via telefon eller ger tid för besök vid samma tillfälle som kontakt tas då primärvården är skyldig att erbjuda en vårdsökare läkarkontakt inom sju dagar (Socialstyrelsen, 2004).

Definition av nyckelbegrepp

Emfysem – Innebär att alveolernas väggar brister och bildar större luftblåsor, detta leder till en reducerad andningsyta och nedsatt gasutbyte (Ericson & Ericson, 2008).

Exacerbationer – Försämringsperioder, tillfällig försämring av symptomen (Ericson & Ericson, 2008).

Habitualtillstånd – Normaltillståndet för den enskilda individen (Ericson & Ericson, 2011).

Residualvolym – Den mängd luft som finns kvar i lungorna efter maximla utandning (Ericson & Ericson, 2008).

Spirometri – Mätning av luftvolym vid olika tillfällen hos en persons in- och utandning (Ericson & Ericson, 2008).

Vårdrelation – Relationen mellan vårdpersonal och patient (Beach & Inui, 2006).

Patienttillfredsställelse – I denna studie likställer författarna livskvalitet med patienttillfredsställelse.

Kontinuitet i vården – Innebär att patienten träffar samma vårdpersonal kontinuerligt, det vill säga regelbundet, under sjukdomsförloppet (Freeman & Hughes, 2010). Likställs med en kontinuerlig och fast vårdkontakt.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva livskvaliteten hos patienter med KOL samt kroniskt sjuka vid kontinuerlig vårdkontakt inom primärvården utifrån patientens och vårdpersonalens perspektiv.

Metod

Litteraturstudien baseras på nio vetenskapliga artiklar. Således är studien en sammanställning av de resultat från tidigare vetenskaplig forskning som publicerats (Polit & Beck, 2012). Studien är tänkt ge nya aspekter inom forskningsområdet.

Urval

Sökprofil: Litteratursökningen utfördes via databaserna PubMed samt Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL). PubMed valdes för att databasen innehåller en stor del av den publicerade medicinska litteraturen samt omvårdnadstidskrifter. CINAHL valdes då databasen inriktar sig bland annat på forskningsområdet omvårdnad (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Till PubMed användes sökord som var Medical Subject Headings (MeSH-termer). Dessa var: *nurse**, *COPD*, *Quality of Life*, *Continuity*, *Continuity of Care*, *Relationship continuity*, *Continuity of Patient Care*, *Sweden* samt *Primary Care* (Tabell 1). Till databasen CINAHL användes CINAHL Headings som sökord, dessa var: *Quality of Life*, *Nursing*, *COPD*, *Continuity* samt *Primary Care* (Tabell 2).

Inklusionskriterier: KOL, kroniskt sjuka, vårdas inom primärvården, kontinuitet i vården, artiklar publicerade inom de närmsta tio åren och publicerade på engelska.

Exklusionskriterier: Vård i hemmet, multisjuka patienter, review artiklar

Datainsamling

Tabell 1. Sökningsschema i PubMed

	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3 Valda artiklar
#1	Nurse*	253680	0	0	0
#2	COPD	36652	0	0	0
#3	Quality of Life	185247	0	0	0
#4	Continuity	32083	0	0	0
#5	Continuity of Care	17584	0	0	0
#6	Relationship continuity	1808	0	0	0
#7	Continuity of Patient Care	15428	0	0	0
#8	Sweden	217166	0	0	0
#9	Primary Care	191002	0	0	0
#10	#1 AND #2 AND #3 AND #4	5	5	4	1
#11	#7 AND #2	82	15	6	2
#12	#1 AND #5 AND #3	158	12	4	0
#13	#1 AND #6 AND #2	3	1	0	0
#14	#1 AND #2 AND #8 AND #9	12	6	1	1

Tabell 2. Sökningsschema i CINAHL

	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3 Valda artiklar
#1	Quality of Life	52576	0	0	0
#2	Continuity	9490	0	0	0
#3	Primary Care	43147	0	0	0
#4	Nursing	427469	0	0	0
#5	COPD	4965	0	0	0
#6	#4 AND #5 AND #1	74	8	3	2
#7	#1 AND #2 AND #3	37	6	4	1
#8	#4 AND #3 AND #5	1	0	0	0
#9	#1 AND #2 AND #5	1	0	0	0
#10	#2 AND #4 AND #5	6	3	2	1

Vid första urvalet lästes titel eller abstract. De artiklar som motsvarade syftet valdes till andra urvalet. Vid andra urvalet lästes artikeln i sin helhet, de artiklar som efter andra urvalet fortfarande svarade på syftet valdes till tredje urvalet. Vid tredje och sista urvalet valdes de artiklar ut vars resultat svarade på den planerade studiens syfte. Ytterligare tre av artiklarna fanns via manuell sökning, det vill säga artiklarna erhöles från tidigare valda artiklars referenslista.

Enligt mall befintligt i Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) kvalitetsgranskades de artiklar som valdes ut under litteratursökningen. Studiernas kvalitet faställdes via frågor befintliga i mallen och utifrån svaren bedömdes kvaliteten. Artiklarna lästes och bedömdes av vardera författare, oberoende av varandra. Artiklarnas kvalitet delades in i tre grader; låg, medel samt hög. De artiklar som bedömdes vara av medel och hög kvalitetsgrad inkluderades och de med låg kvalitetsgrad exkluderades. I urvalet framkom elva artiklar varav två exkluderades efter kvalitetsgranskningen då de inte uppfyllde kraven för medel eller hög nivå. Till studiens resultat kvarstod således nio vetenskapliga artiklar. Sex av artiklarna bedömdes till kvalitetsgraden hög och tre av artiklarna bedömdes till kvalitetsgraden medel. De nio utvalda artiklarna som ingår i resultatet markeras med * i referenslistan.

Data analys

De artiklar som ingår i resultatet strukturerades upp i en matris för att få en överblick och lära känna materialet. Enligt Friberg (2012) krävs att artiklarna läses ett flertal gånger för att förstå helheten vilket båda författarna gjorde. Artiklarna sorterades först upp efter metod; kvalitativa eller kvantitativa. Likheter och skillnader i resultaten söktes och teman och subteman identifierades. De kvantitativa artiklarna delades upp efter redovisat resultat av samband eller inget samband. Vidare jämfördes dessa artiklars samband för att se om resultaten kunde jämföras med varandra.

Forskningsetiska avvägningar

Studiens syfte är att beskriva hur livskvaliteten påverkas hos patienter med KOL vid kontinuerlig kontakt med vården. En etisk princip att beakta beskrivs i den moderna hermeneutiken grundad av Hans Georg Gadamer, som belyser vikten av att försöka bortse från sina personliga åsikter gällandes en person. Vidare är det viktigt att vara medveten om sin förförståelse som aldrig helt kan bortses (Birkler, 2009).

De valda artiklarna undersöker effekterna av kontinuitet i vården. Artiklarna uppfattas i sina teoretiska utgångspunkter ha en positiv syn på kontinuitet. Vid användning av dessa studiers resultat som primära källor antas det att forskarna varit medvetna om sin förförståelse och inte låtit detta påverka deras resultat. Vid bearbetning av studierna samt sammanställning av de olika studiernas resultat är det av betydelse att som forskare inte låta förförståelsen manipulera studiens resultat. Declaration of Helsinki of the World Medical Association (2008) fastställer att studier som syftar till att undersöka något som involverar individer ska erhålla ett etiskt godkännande innan genomförande av studien. Vid publikation av dessa studier ska det etiska godkännandet redovisas. Åtta av de nio artiklarna som valdes ut till studiens resultat är godkända av en etisk kommitté.

Resultat

Efter analys av artiklarna framkom tre olika teman från de olika studierna; *Patientens upplevelse av livskvalitet och kontinuitet i vården, Vårdpersonelens upplevelse av livskvalitet och kontinuitet i vården* samt *Det statistiska sambandet mellan kontinuitet i vården och livskvalitet*.

Betydelsen av kontinuitet i vården - patientens upplevelse

Betydelsen av en kontinuitet i vården belyses i studier av Seamark, Blake och Seamark (2004) och von Bültzingslöwen, Eliasson, Sarvimäki, Mattson och Hjortdahl (2006). Seamark et al. (2004) visar till exempel i sin studie där 10 patienter med KOL intervjuades att vårdrelationen upplevdes både positivt och negativt relaterat till livskvaliteten. Det positiva var den kommunikation som växte fram vid en kontinuitet i vården samt den goda relationen som uppstod i mötet. Studien av von Bültzingslöwen et al. (2006) styrker att kommunikationen var en väsentlig aspekt i vårdrelationen. Kontinuiteten i vården bidrog till en öppnare kommunikation där patienterna upplevde sig bättre förstådda och upplevde att vårdaren brydde sig om patienten. Vidare visar studien av Seamark et al. (2004) att den negativa upplevelsen av vårdrelationen uppstod när båda parter inte förstod varandras behov. Bristande kommunikation var en bidragande faktor till att patienten inte kände sig bekväm i vårdrelationen, vilket skapade en ambivalens hos patienterna då de uppskattade kontinuiteten i vården men inte det personliga vårdteamet. Studien syftade till att undersöka de upplevelser patienter med svår KOL och deras vårdpersonal erfor vid palliativ vård i primärvården. Den kvalitativa-intervjustudien, med 14 kroniskt sjuka deltagande patienter, av von Bültzingslöwen et al. (2006) vars syfte var att skapa en förståelse för värdet av att ha en personlig vårdkontakt i en kontinuerlig vårdrelation inom primärvården hos kroniskt sjuka patienter visar att patienter med kronisk sjukdom föredrar att ha en personlig vårdkontakt för att stärka livskvaliteten. Det uppstod en känsla av trygghet vid kontinuitet i vården vilket illustreras via fyra olika teman. Samstämmighet, tillit, förtroende för vården samt tillgänglighet. Patienternas svar tolkades som att en god kontinuitet bestod av dessa teman. Personerna som ingick i vårdrelationen skulle respektera och förstå varandra, en tillit skulle byggas upp, vården skulle kännas säker samt att det personliga vårdteamet skulle vara tillgängliga på olika sätt. Uppfylldes dessa krav på kontinuitet upplevdes större livskvalitet.

I enlighet med föregående studier visar studier av Ingadottir & Jonsdottir (2010) och Efraimsson, Hillervik & Ehrenberg (2008) att en kontinuerlig vårdrelation var av vikt för en personcentrerad vård. Denna vårdrelation var en av anledningarna till att livskvaliteten för patienter med KOL förbättrades. Deltagarna i von Bültzingslöwens et al. (2006) studie framhäver värdet av att ha en kontinuitet i vården baserat på den trygghet det inger att vårdaren känner till sjukdomsanamnesen och känner personen bakom patientrollen. Kunskap om personen och dess bakgrund var en förutsättning för tidigt upptäckande av förändringar i sjukdomsförloppet vilket patienterna uppskattade. Vårdrelationen som byggdes upp beskrevs som en tillit och en viktig del i sjukdomsförloppet. Vidare poängterar Seamark et al. (2004) att förtroendet för den personliga vårdpersonalen var viktig för livskvaliteten vilket även beskrevs i studien av Efraimsson et al. (2008). Där framkom ett samband mellan patienternas livskvalitet och den relation samt tillit som byggdes upp till sjuksköterskan. Vid den kontinuerliga kontakten med sjuksköterskan ökade förmågan att kunna hantera sin sjukdom vilket var betydelsefullt för deras livskvalitet.

Det framkommer i Seamarks et al. (2004) studie att patienterna hellre vårdades av sin personliga vårdpersonal inom primärvården än vårdpersonal på sjukhus som de inte träffat sedan tidigare. De upplevde att sjukhuspersonalen inte var tillmötesgående och de kände sig inte välkomna. Patienterna angav vidare att bristen på tid och uppföljning bidrog till att sjukhusvården upplevdes sämre än primärvården (Seamark et al., 2004). Dock uppgav patienterna frustration vid möte av ny vårdpersonal även inom primärvården. Frustrationen grundades i att behöva upprepa sin sjukdomsanamnes för ständigt ny vårdpersonal och de underströk värdet av en personlig kontakt med personal som kände till deras bakgrund. Patienterna ansåg även att de vid möte med ny personal fick bära ett stort ansvar för sin vård. Upplevelsen av att vårdpersonal under mötet inte hade full vetskap om deras tidigare besök och åtgärder resulterade i att vården kändes osäker (von Bültzingslöwen et al., 2006).

Betydelsen av kontinuitet i vården - vårdpersonalens upplevelse

Lundh, Rosenhall och Törnkqvist (2006) visar i sin studie att vårdpersonalen hade ett flertal synpunkter på hur en patient med KOL bör omhändertas av vårdpersonalen. Syftet med studien var att beskriva och analysera sjuksköterskors perspektiv på omhändertagandet av patienter med KOL. Sjuksköterskorna intervjuades om hur de upplevde vården av patienter med KOL inom primärvården. Tjugo kvinnliga sjuksköterskor valdes ut från

primärvårdskliniker i Sverige för att delta i studien. Elva av dem var vidareutbildade specialistsjuksköterskor inom området KOL och astma. Flertalet av sjuksköterskorna som deltog i studien förespråkade kontinuitet i vården och likväl framhävs att det fanns olika synen på hur en patient med KOL bör vårdas. Det framkom till exempel att några av sjuksköterskorna ansåg sig arbeta efter läkarens order och menade att det inte var av stor vikt om de träffade patienten igen. Den största andelen sjuksköterskor ansåg däremot att det var deras ansvar att patienterna kände sig trygga och var välinformerade. De menade att det var viktigt att patienten fick träffa dem igen om de hade tagit hand om patienten vid dennes första möte på kliniken. Blev patienten skickad till en annan vårdinstans upplevdes det även viktigt att följa upp patientens vård via journalanteckningar, likaså att återkoppla till patienten så denna känner att personalen har översikt över sjukdomsbilden och de vårdåtgärder som anses viktiga. Personalen uttryckte tankar om att kontinuitet i vården ger tillfredställelse hos patienterna och det ökade deras möjligheter till att hantera situationen bättre. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna uppskattade att träffa samma vårdpersonal så att relationen kan byggas upp. Lundh et al. (2006) konstaterade även att patienterna vågade fråga djupare frågor om sin livssituation och tog sig fler friheter vid återbesök (Lundh et al., 2006).

von Bültzingslöwen et al. (2006) beskriver i sin studie huruvida vårdpersonalen upplevde kontinuitet i vården. Personalen framställer värdet av kontinuitet i vården med argumentet att vården blir säkrare. Detta grundades i att patienterna kunde få motsäggande information i möte med ny personal vilket ledde till att patienterna kände sig osäkra och förlorade sitt förtroende för vården. Personalen upplevde, liksom patienterna, frustration över att inte få bygga upp en vårdrelation då tid för kontinuitet inte finns. De upplevde att ansvaret för vården till stor del påtvingades patienten vilket skapade en osäkerhet som inte gynnade deras livskvalitet. Vårdpersonalen menade på att patienterna fick en mer gynnsam miljö för en bra kommunikation om det fanns en kontinuitet och förespråkade denna vårdform.

Statistiskt samband mellan kontinuitet i vården och livskvalitet

Fem studier där en kvantitativ metod användes (Ingadottir & Jonsdottir, 2010; Efraimsson et al., 2008; Zakrisson et al., 2011; Schers et al., 2002; Sindhu, Pholpet & Puttapitukpol, 2010) uppvisade ett samband mellan kontinuitet i vården och livskvaliteten. Studien av Ingadottir och Jonsdottir (2010) syftade till att undersöka hur patienternas livskvalitet förändras vid vård av en och samma sjuksköterska vid en sjuksköterskeledd mottagning. Studien utfördes som en

retrospektiv och prospektiv interventionsstudie med 50 deltagande patienter. Patienternas livskvalitet hade en statistisk signifikant ökning under studiens gång. Den personcentrerade vården och kontinuiteten var bidragande faktorer till att livskvaliteten ökade. Efraimsson et al. (2008) undersökte effekterna av ett strukturerat och undervisande interventionsprogram (givet av en fast vårdkontakt) på patienternas livskvalitet vid en sjuksköterskeledd primärvårdsklinik. Studien var en randomiserad kontrollerad studie med sammanlagt 52 deltagare som randomiserat delats in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Signifikant ökning av livskvaliteten gick att finna i interventionsgruppen men inte i kontrollgruppen. Resultatet visade att detta berodde både på interventionsprogrammet och på kontinuiteten.

Interventionsstudien av Zakrisson et al. (2011) med 103 deltagande, undersökte om ett sjuksköterskelett team inom primärvården kan påverka livskvaliteten hos patienter med KOL. Studien var en kvasi-experimentell studie med 103 deltagande patienter med en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Livskvaliteten förbättrades hos de patienter (interventionsgruppen) som var knutna till ett specifikt KOL-vårdteam där kontinuitet i vården var centralt. Besök hos det personliga vårdteamet bidrog till en större kontinuitet hos patienterna. Ingen ökning av livskvaliteten kunde påvisas i kontrollgruppen. Sindhu et al. (2010) bekräftar sambandet mellan kontinuitet i vården och patienternas livskvalitet. De syftade med sin studie till att undersöka patienters tillfredsställelse av ett sjuksköterskelett öppenvårdsprogram i Thailand. Studien var en kvasi-experimentell studie med sammanlagt 127 deltagande patienter. Patienter som deltog i interventionsgruppen upplevde en högre grad av livskvalitet än patienterna i kontrollgruppen. Kontinuiteten i vården kan ha varit en bidragande faktor.

Studien av Schers et al. (2002) presenterar ett resultat där patienterna upplevde större tillfredsställelse med vården om kontinuiteten i vården var uttalad. Studien syftade till att undersöka kroniskt sjuka patienters syn på vårdkontinuitet inom primärvården. Studien var kvantitativ med 873 deltagande patienter som svarade på semistrukturerade enkäter. Av de deltagande var det 75 % som upplevde det vara av värde med kontinuitet i vården. Vårdrelationen angavs vara viktig då en personlig vårdkontakt ansågs vara fördelaktigt för vården. Det vill säga fördelar såsom bättre kommunikation, bättre förståelse för varandra samt en känsla av säker vård.

I Uijens et al. (2012) studie framkom inget samband mellan en kontinuitet i vården och patientens livskvalitet. I studien undersöktes om kontinuiteten i primärvården hos patienter med KOL påverkades efter att olika vårdmodeller introducerats, vidare gjordes en analys av relationen mellan kontinuitet och patientens livskvalitet. Studien var en randomiserad kontrollerad studie där deltagarna angav sina svar via en enkät specifik för kontinuitet och en enkät specifik för livskvalitet för patienter med KOL. Studien involverade tre grupper varav en kontrollgrupp med sammanlagt 180 deltagare; 1. Vård inom primärvården när patienten själv önskade och kände behov (kontrollgrupp), 2. Självvårdsprogram som undervisades av sjuksköterskan som tillägg till den grundläggande vården (interventionsgrupp) samt 3. Regelbunden vård med planerade kontroller bestämda av vårdteamet inom primärvården (interventionsgrupp). Analys skedde utifrån huruvida de olika grupperna upplevde kontinuiteten i vården och dess relation med den upplevda livskvaliteten. Resultatet visade inget samband mellan livskvalitet och kontinuitet i vården. Det framkom att de deltagande patienterna upplevde stor kontinuitet men att det inte påverkade deras livskvalitet. De patienter som upplevde mest kontinuitet var de som tillhörde kontrollgruppen. I kontrollgruppen fanns patienter som inte under studiens gång ansåg sig i behov av vård och därav inte besökte primärvården. Resultat från studien visar att dessa patienter inte uppvisade någon förändring i livskvaliteten. Alla tre grupper ingående i studien uppgav sig tillfredsställda med vården (a.a.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

En empirisk studie med samma syfte som denna litteraturstudie upplevdes inte nödvändig då det redan fanns forskning inom området. Vid en litteraturstudie gavs möjlighet för ett bredare syfte medan en empirisk studie hade givit ett mer inriktat syfte. Därav gav en litteraturstudie en bredare bild av forskningsområdet. Följaktligen valdes metoden litteraturstudie.

Studierna som valdes till resultatet utfördes i Sverige, Storbritannien, Nederländerna, Thailand samt Island. Åren de publicerats varierar från 2002-2012. Fyra av dem är svenska

studier vilket anses ge en bild av hur vården i Sverige tillämpas. Endast en av studierna utfördes utanför Europa och valdes för att få en jämförelse över hur patienter med KOL vårdas. Artiklen av von Bültzingslöwen et al. (2006) var den enda av artiklarna valda till resultatet som inte specifikt undersökte patienter med KOL utan generellt kroniskt sjuka. Studiens resultat stämde väl överens med denna studies syfte därför inkluderades den till resultatet därav ingår kroniskt sjuka i rubriken, syftet, resultatet och diskussionen.

Medvetenhet finns om att resultatet inte direkt kan appliceras på patienter med KOL genom inkludering av en icke KOL specifik artikel. Artikeln publicerad 2002 befinner sig på gränsen av vad som enligt våra inklusionskriterier är tillåtet att välja ut. Samma artikel beskriver inte något etiskt godkännande i den publicerade skriften. Studien var kvantitativ och utfördes med enkäter till 873 personer. Diskussion har förekommit huruvida en etisk ansökning är gjord för studien, eller om den aktuella tidsskriften inte krävde en redovisning av det etiska godkännandet. Declaration of Helsinki of the World Medical Association reviderades senast 2008 därav är det inte säkerställt att det kravet fanns då den aktuella studien publicerades 2002. Den valdes likväl till studiens resultat då den ansågs relevant för syftet. Två av de artiklar som framkom vid databassökning valdes senare bort vid kvalitetsgranskningen på grund av låg kvalitet. Kvalitetsgranskningen som utfördes med Willmans et al. (2011) mall anses till stor del bestå av individuella bedömningar vilket kan påverka urvalet. Oavsett de färdigställda frågorna är det möjligt att kvalitetsgraden av artiklarna värderas olika beroende på vem som granskar. Till studiens resultat valdes tre av artiklarna ut via manuell sökning. Enligt Friberg (2012) anses manuell sökning vara en sekundär källa, vilket kan innebära att sekundär data finns med i resultatet. Emellertid anser författarna att det fortfarande är primärkällor funna via sekundär sökning.

Till studiens resultat valdes sex kvantitativa studier och tre kvalitativa studier. I de kvalitativa studierna var antalet deltagande mellan 10-20 och i de kvantitativa studierna var antalet deltagande mellan 50-873. När antalet deltagande varierar i så stor utsträckning som i detta fall finns en möjlighet att resultatet påverkas. Vid den kvalitativa metoden ges tillfälle att förstå de deltagande och säkerställa att de förstår syftet med undersökningen och frågorna. Förvisso tolkas de framkomna svaren av forskarna vid den slutgiltiga analysen. Vid den kvantitativa metoden är det däremot frågorna som tolkas. Forskarna har inte samma möjlighet att säkerställa att deras syfte och frågor tolkas adekvat. En öppen frågeställning skulle, exempelvis beroende på metoden generera olika svar. Därav är valet av metod viktigt för att se till så syftet besvaras på bästa möjliga sätt. Genom valet av både kvantitativa- och

kvalitativa studier gavs en möjlighet att jämföra resultat från både kvantitativa metoder och kvalitativa metoder.

I en artikel av Dale (2005) diskuteras huruvida hierarkin inom forskningsmetoderna kan tillämpas inom forskningsområdet omvårdnad. Dale anser att de dubbelblinda randomiserade kontrollerade studierna värderas högst inom forskarvärlden medan en intervjustudie inte är lika högt värderat. Hierarkin kan inte direkt överföras till omvårdnadsforskning då det vid omvårdnad krävs en helhetssyn av patienten och inte enbart fokus på en specifik del. För att erhålla denna helhetssyn krävs det någon form av kvalitativ metod. Vidare anser Dale (2005) att förståelse för patienten inte endast kan erhållas vid en kvantitativ metod. Dales kritik mot kvantitativa metoder och mestadels den dubbelblinda randomiserade kontrollerade metoden grundas i att anknytningen till verkligheten förloras då undersökningen endast ger en begränsad bild av ett fenomen. Det yrkas på att värderingen av forskningsmetoder inom omvårdnad bör ses över och att det vid omvårdnadsforskning bör beaktas att hierarkin inte styr valet av metod (a.a.). Därav valde vi att använda oss av både kvalitativa och kvantitativa studier till resultatet för att belysa ämnet utifrån olika studiers forskningsmetod. Övertag fanns av de kvantitativa studierna, en mer jämn fördelning kunde varit fördelaktigt.

Diskussion av framtaget resultat

Studien syftade till att beskriva livskvalitet hos patienter med KOL samt kronsikt sjuka vid kontinuerlig vårdkontakt inom primärvården utifrån patientens och vårdpersonalens perspektiv. Det framtagna resultatet visade ett tydligt samband mellan kontinuitet i vården och livskvalitet, då fem av sex kvantitativa studier (Ingadottir & Jonsdottir, 2010; Efrainsson et al., 2008; Zakrisson et al., 2011; Schers et al., 2002; Sindhu et al., 2010) visade ett positivt samband medan en studie (Uijen et al., 2012) inte fann något samband. I det framtagna resultatet belystes både patienters och vårdpersonalens perspektiv. Kontinuitet i vården med tillhörande vårdrelationen angavs vara viktig då en personlig vårdkontakt ansågs ge fördelar till den upplevda vården. Fördelar som framkom var bättre kommunikation, bättre förståelse och respekt för varandra, en känsla av tillit samt en positiv förändring av livskvaliteten (von Bültzingslöwen et al., 2006; Seamark et al., 2004; Lundh et al., 2006). Det positiva sambandet mellan livskvalitet och kontinuitet i vården understryks i en reviewartikel av Saultz och Albedaiwi (2004) som beskriver hur kontinuitet i vården ansågs vara grundläggande inom

primärvården, och en bidragande faktor till högre livskvalitet. I en annan artikel av Haggerty et al. (2003) framställs hur vårdpersonalen var medvetna om patientens värderingar, önskemål samt vilja till egenvård i de fall det fanns kontinuitet, vilket gynnade patienters livskvalitet (a.a.). Det kan diskuteras huruvida den positiva effekten av kontinuitet kan generaliseras över hela patientgruppen. Det kan tyckas vara ett positivt inslag i vården då majoriteten får en ökad livskvalitet och vården upplevs säkrare. Likväl bör vården uppmärksamma att alla patienter med KOL möjligen inte uppskattar kontinuitet utan fokus bör fästas vid den personcentrerade vården. Emellertid har primärvården enligt svensk lag (Sveriges Riksdag, 2010) skyldighet att erbjuda kontinuitet i vården om så önskas av patienterna.

Patienterna upplevde enligt von Bültzingslöwen (2006) att vårdpersonalen vid kontinuitet hade kännedom om deras person och livssituation vilket underlättade vid vård och behandling. Kontinuiteten gav en helhetsbild av patienten vilket främjade bemötandet och gjorde det osäkra omhändertagandet säkert (a.a.). Emellertid finns det resultat som pekar på att en kontinuitet i vården värderas högre av vårdpersonal än av patienterna (Schers et al., 2004). Detta kan möjligtvis bero på att vårdpersonalen är mer positivt inställd till kontinuitet i vården än patienterna på grund av att den utbildning och litteratur som vårdpersonalen tar del av ger en positiv syn på kontinuitet i vården. Patienterna har troligen inte en likvärdig kännedom om vad kontinuitet i vården har för betydelse, dessutom är de antagligen inte medvetna om deras rätt till kontinuitet inom primärvården. Förtroendet som byggs upp i vårdrelationen genom kontinuitet kan vara en bidragande faktor till ökad livskvalitet. Detta grundas i tanken om att varje patient behöver känna en trygghet vid kontakt med vården och kontinuiteten kan vara en bidragande faktor till detta. Tryggheten har en möjlighet att växa fram genom vårdrelationen då båda parter lär känna och förstår varandra. Enligt Travelbees teori (Travelbee, 1964) är det viktigt att vid mötet respektera och förstå varandra, sker inte detta kan inte heller en god omvårdnad utföras (a.a.). Travelbees teori kan vara en grund vid omhändertagandet av patienter med KOL då de har en kronisk sjukdom och behöver en god kontakt med vården. Patienterna behöver bli sedda, förstådda och deras önskemål gällandes deras vård ska uppmärksammas. Arbetar vårdpersonal utifrån Travelbees teori upplevs vården troligen säkrare av patienterna.

Saultz och Albedaiwi (2004) förde ett resonemang kring huruvida det var kontinuiteten i sig eller personerna i personalstyrkan som bidrog till den ökade livskvaliteten. De drog slutsatsen att det var svårt att fastställa om det är kontinuiteten som höjer livskvaliteten eller om en bra

vårdrelation, som höjer livskvaliteten och ger en ökad kontinuitet. Även Seamark et al. (2004) diskuterade samma frågeställning och antydde att relationen i kontinuiteten var viktigare än kontinuiteten i sig. Patienterna uppskattade kontinuiteten men inte alla gånger personalen ingående i vårdrelationen. Halding et al. (2011) visade i sin studie att vårdpersonalen upplevde en osäkerhet vid omhändertagande av patienter med KOL då det är en stigmatiserande sjukdom. Vidare beskrevs att det var svårt för vårdpersonalen att dölja sin förförståelse och att inte stigmatisera (a.a.). Utan en fungerande vårdrelation kan det vara svårare att inte stigmatisera och då kommer kontinuiteten möjligtvis inte ha någon positiv effekt för patienten. En vårdrelation med ömsesidig respekt och förståelse är troligtvis bättre än kontinuerliga möten utan en fungerande vårdrelation. Samtidigt kan en kontinuitet bidra till att vårdpersonalen får kännedom om personen och förförståelsen kan utmanas och stigmatisering undvikas, vilket leder till en bättre vårdrelation. Genom att kontinuiteten kan bidra till att patienterna känner sig mindre stigmatiserade kanske även vårdpersonalen känner sig mindre osäkra vid omhändertagandet av patienter med KOL.

Det finns studier som visar skillnader i kontinuiteten mellan primärvård och sjukhusvård. Patienter upplever att sjukhusvården är sämre än primärvården när det gäller bemötande, kontinuitet och uppföljning (von Bültzingslöwen et al., 2006). En studie av de Miguel Díez et al. (2004) visade att kontinuiteten upplevdes mer positivt inom primärvården än inom sjukhusvården. Detta resultat styrks av Löfdahls et al. (2010) studie där patienterna inom primärvården uppgav en hög känsla av kontinuitet. Den upplevda känslan av kontinuitet uppgavs bero på det specifika KOL-teamet som fanns tillgängligt inom primärvården. De Miguel Díez et al. (2004) hävdar även att livskvaliteten hos patienter med KOL inom primärvården upplevdes högre än hos de patienter som vårdades på sjukhus (a.a.). Löfdahl et al. (2010) visade i sin studie att den något högre livskvaliteten hos patienter inom primärvården beror på att de patienter som vårdas inom primärvården har lindrig till medelsvår KOL medan de med svår KOL vårdas på sjukhus. Därav upplevs livskvaliteten högre inom primärvården då de inte erfarit samma sjukdomsprogress (a.a.). Förklaringar till skillnader mellan de olika vårdformerna kan vara att sjukhus vanligen är en större organisation än primärvårdskliniker vilket innebär mer personal som fluktuerar. Detta bidrar till svårigheter för sjukhusvården att tillmötesgå de krav på kontinuitet som finns inom patientgruppen vilket kan orsakas av att det inte finns samma möjlighet för personal inom sjukhusvården till uppföljning och kännedom om specifika patienters anamnes som för personal inom primärvården. Dessa tankar styrks av en studie av Infante et al. (2004) som

visade att ju mer personal som fluktuerade desto mindre upplevde patienterna kontinuitet och värde på vården (a.a.). En aspekt till Löfdahls et al. (2010) argument om att det är sjukdomsprogressen som påverkar livskvaliteten kan vara att svår KOL behöver inte per automatik innebära sämre livskvalitet och lindrig KOL behöver inte innebära bra livskvalitet. Således kan det inte fastställas att primärvården genererar högre livskvalitet enbart på grund av en lindrig sjukdomsgrad. Det kan uppstå svårigheter för patienter som under en längre tid vårdats på en primärvårdsklinik med hög upplevd kontinuitet som nödgats att byta vårdform då sjukdomen progredierar. Det tycks då vara en utmaning för sjukhusvården att ge dessa patienter likvärdig trygghet och kontinuitet. Likväl behöver inte detta innebära att vården av dessa patienter blir sämre på grund av ett byte av vårdform då det viktiga är att vården utformas efter patientens önskemål, vilket leder till en slutsats om att vården fungerar bäst när den är personcentrerad.

Studien av Uijen et al. (2012) redovisade ett avvikande resultatet då den inte visade ett samband mellan kontinuitet i vården och livskvalitet. Samma resultat framkommer i en nyare studie av Zwar et al. (2012) där inget samband mellan kontinuitet och livskvalitet kunde påvisas. Både Uijen et al. (2012) och Zwar et al. (2012) undersökte i första hand patienters upplevda kontinuitet i vården och i efterhand undersökte sambandet mellan kontinuiteten och livskvaliteten. De andra kvantitativa studierna i resultatet undersökte primärt sambandet mellan kontinuitet och livskvalitet. I en studie av Avins et al. (2012) beskrevs svårigheten att bedöma om studiers resultat orsakades av interventionen eller den placeboeffekt som kan uppkomma vid deltagande i denna typ av studier (a.a.). Således kan placeboeffekt ha uppstått vid samtliga kvantitativa studier då alla deltagande inklusive kontrollgruppen svarade på enkäter. Detta gjorde att alla deltagarna fick uppmärksamhet, vilket kan ha lett till att resultatet påverkades. Därmed kan placeboeffektens påverkan inte uteslutas i någon av studierna. Direkt undersökande av livskvaliteten tros bidra till att placeboeffekten ökar då det är större risk att forskarna låter sin förförståelse påverka deltagarna i önskad riktning. En möjlig förklaring till Ujien et al. (2012) och Zwars et al. (2012) resultat är den placeboeffekt som primärt inte påverkat resultatet eftersom de undersökte sambandet mellan kontinuitet och livskvalitet först i efterhand. Placeboeffekten borde således ha påverkat den upplevda kontinuiteten utan att i samma utsträckning påverka livskvaliteten. Det tros föreligga en möjlighet att undvika påverkan till viss del, dock uppfattas det inte möjligt att helt kunna bortse från placeboeffektens påverkan på resultatet.

I enlighet med Dale (2005) och Seamark et al. (2004) bedöms kvalitativa studier vara mer lämpade vid undersökning av personers upplevda livskvalitet (a.a.). Detta grundar sig i att intervjun tycks vara en bättre metod för att förstå det komplexa område som livskvalitet innebär även om intervjuaren kan medvetet eller omedvetet överföra sin förförståelse till den deltagande. Vid en kvantitativ metod med slutna frågor kan det vara så att en individ anses ha en bra livskvalitet om frågorna besvaras positivt. Det vill säga om frågorna besvaras på ett sätt som i utformningen av enkäten bestämts ge högre livskvalitet. Detta behöver inte betyda att individen som besvarat frågorna faktiskt upplever en högre livskvalitet. Enligt en studie av Weldam, Schuurmans, Liu och Lammers (2012) är den upplevda livskvaliteten högst individuell, det som ger livskvalitet för en individ behöver inte nödvändigtvis ge livskvalitet för en annan. Weldam et al. (2012) hävdar vidare att även om det finns KOL-specifika instrument anses det inte möjligt att generalisera resultat att gälla för hela patientgruppen. Inget utav de mätinstrument utarbetade för KOL kan hävdas vara bättre än något annat. Likväl är instrumenten inte optimala för mätning av livskvalitet hos patienter med KOL (a.a.). Utifrån detta dras slutsatsen att det är problematiskt att, oavsett metod, undersöka och beskriva något subjektivt som livskvalitet på ett sätt som motsvarar den faktiska upplevelsen.

Kontinuitet i vården har visats ge högre upplevd livskvalitet även för patienter med andra sjukdomar än KOL såsom; cancer, diabetes samt psykisk sjukdom. Studien av Lee et al. (2011) visade att patienter med cancer upplevde en högre livskvalitet när kontinuitet i vården fanns. Liknande resultat går att finna när det gäller patienter med diabetes, bland annat visar Naithani, Gulliford och Morgan (2005) att en fungerande kontinuerlig vårdrelation bidrog till högre livskvalitet för patienterna. Dessutom fann Green et al. (2008) samband mellan en god vårdrelation och psykiskt sjuka patienters livskvalitet. Enligt en reviewartikel av Waibel et al. (2011) upplevs kontinuitet olika för olika patientgrupper och kraven på kontinuitet i vården varierar. Likväl är det viktigt för alla patienter att det finns en kontinuitet i vården. Enligt Freeman och Hughes (2010) har långvarigt sjuka och äldre högre krav på kontinuitet än yngre och kortvarigt sjuka. I Ujiens et al. (2012) studie var den grupp som sökte vård på sina egna villkor de som upplevde störst kontinuitet. Det vill säga de sökte vård när de själva upplevde att det behövdes (a.a.). Eftersom det finns studier som stödjer kontinuitetens påverkan på patienters livskvalitet när det gäller olika långvariga sjukdomar kan det ses som ett bra verktyg att använda i vården för att ge patienter en god omvårdnad. Även om det finns studier som visar att äldre har högre krav på kontinuitet än yngre så kan dessa resultat troligen inte

appliceras på alla patienter. Sammanfattningsvis fungerar vården optimalt när den är personcentrerad och personerna själva får bestämma och vara delaktiga i sin vård.

Slutsats och kliniska implikationer

Kontinuitet inom primärvården ger enligt framkommet resultat högre livskvalitet för patienter med KOL samt kroniskt sjuka. Anledningen till den ökade livskvaliteten kan bero på flertalet faktorer. Den viktigaste faktorn som belystes var vårdrelationen. Vårdrelationen växte fram vid kontinuerlig vård och ingav en trygghet som grundade sig i patientens vetskap om att vårdpersonalen hade kännedom om sjukdomsanamnes och deras önskemål med vården. Som följd av en fungerande vårdrelation uppstod en bra kommunikation som resulterade i ökad förståelse och respekt. Vidare gav vårdrelationen tillit som ingav patienten trygghet. Alla positiva effekter utav vårdrelationen bidrog till en högre livskvalitet. Vårdpersonal som arbetar med patienter med KOL bör vara medveten om att allt som sker i en vårdrelation kan påverka patienters upplevda livskvalitet. Därav är det av vikt att både patienter och vårdpersonal är lyhörda gällandes varandras åsikter och arbetar för en optimal relation.

Denna studie är ett redskap för primärvården att på bästa sätt bemöta den växande patientgruppen med KOL på ett livskvalitetsbefrämjande sätt. Utifrån studiens resultat är det av vikt att vårdpersonalen tar sig tid att få kännedom om en patients behov och är mottaglig för dennes önskan med sin vård. Enligt svensk lag har primärvården en skyldighet att erbjuda en kontinuerlig vårdkontakt om så önskas (Sveriges Riksdag, 2010). Därav är det en skyldighet att erbjuda patienter med KOL en kontinuerlig vårdkontakt. Då kontinuitet visats ge högre livskvalitet bör lagen efterföljas. Samtidigt är det viktigt att det finns en medvetenhet om att alla personer möjligtvis inte önskar en kontinuerlig vårdkontakt och att respekt visas för detta.

Författarnas arbetsfördelning

Föreliggande studie skrevs gemensamt under tiden som avsatts. Studiens färdiga text har växt fram genom gott samarbete och diskussioner. Studierna till resultatet lästes först enskilt och sedan analyserades varje enskild studie tillsammans.

Referenser

- Avin, A.L., Cherkin, D.C., Sherman, K.J., Goldberg, H. & Pressman, A. (2012). Should we reconsider the routine use of placebo controls in clinical research. *Trials*, 13: 44-50
- Avsar, G. & Kasikci, M. (2011). Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28: 46-52
- Barnett, M. (2008). Nursing management of chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Nursing*, 17: 1314-1318
- Beach, M.C. & Inui, T. (2006). Relationship-centered care. *Journal of General Internal Medicine*, 21: 3-8
- Berger, B. E., Kapella, M. C. & Larson, J. L. (2011). The experience of stigma in chronic obstructive pulmonary disease. *Western Journal of Nursing Research*, 33: 916
- Birkler, J. (2009). *Filosofi och omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Blumenthal, J.A., Keefe, F.J., Babyak, M.A., Fenwick, C.V., Johnson, J.M., Stott, K., Funk, R.K., McAdams, M.J., Palmer, S., Martinu, T., Baucom, D., Diaz, P.T. & Emery, C.F. (2009). Caregiver-assisted coping skills training for patients with COPD: background, design, and methodological issues for the INSPIRE-II study. *Clinical Trials*, 6: 172-184
- Booker, R. (2008). The primary care face of COPD. *Primary Health Care*, 18: 37-47
- Brown, D.W., Pleasants, R., Ohar, J.A., Kraft, M., Donohue, J.F., Mannino, D.M., Liao, W. & Herrick, H. (2010). Health-related quality of life and chronic obstructive pulmonary disease in North Carolina. *North American Journal of Medical Sciences*, 2: 60-65
- *von Bültzingslöwen, I., Eliasson, G., Sarvimäki, A., Mattson, B. & Hjortdahl, P. (2006). Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 2: 210-219
- Chavannes, N.H., Grijsen, M., van der Akker, M., Schepers, H., Nijdam, M., Tjep, B. & Muris, J. (2009). Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: A controlled clinical trial. *Primary Care Respiratory Journal*, 18: 171-176
- Dale, A.E. (2005). Evidence-based practice: compatibility with nursing. *Nursing Standard*, 19: 48-53
- *Efrimsson Österlund, E., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22: 178-185
- Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2011). *Klinisk mikrobiologi*. Stockholm: Liber.

Freeman, G. & Hughes, J. (2010). *Continuity of care and the patient experience*. Hämtad från www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=8712 den 2012-09-07

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Green, C.A., Polen, M.R., Janoff, S.L., Castleton, D.K., Wisdom, J.P., Vuckovic, N., Perrin, N.A., Paulson, R.I. & Oken, S.L. (2008). Understanding How Clinician-Patient Relationships and Relational Continuity of Care Affect Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Results. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32: 9-22

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

Halding, A-G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25: 100-107

Infante, F.A., Proudfoot, J.G., Powell Davies, G., Bubner, T.K., Holton, C.H., Beilby, J.J. & Harris, M.F. (2004). How people with chronic illness view their care in general practice: a qualitative study. *MJA*, 181: 70-73

*Ingadottir, T.S. & Jonsdottir, H. (2010). Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospitals admissions. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 2795-2805

Kara, M. (2005). Preparing Nurses for the Global Pandemic of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 37: 127-133

KOL. (2011a). *Vad är KOL*. Sidansvarig: Boehringer Ingelheim AB. Hämtad från http://www.kol.se/vad_aer_kol/ den 2012-01-24.

KOL. (2011b). *Spirometri visar om du har KOL*. Sidansvarig: Boehringer Ingelheim AB. Hämtad från http://kol.se/hem/Soek_hjelp/om_spirometri.jsp den 2012-01-25.

Landstinget i Östergötland. (2002). *Årsredovisning 2002: Primärvården – basen i den nära sjukvården*. Hämtad från [http://www.lio.se/upload/Dokroot/Arsredovisning/2002/Pdf/10_Primarvarden.pdf/](http://www.lio.se/upload/Dokroot/Arsredovisning/2002/Pdf/10_Primarvarden.pdf) den 2012-01-26.

Lee, T., Ko, I., Lee, I., Kim, E., Shin, M., Roh, S., Yoon, D., Choi, S. & Chang, H. (2011). Effects of Nurse Navigators on Health Outcomes of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 34: 376-384

Leva med KOL. (2010a). *Vad krävs av en KOL-mottagning?*. Sidansvarig: AstraZeneca. Hämtad från [http://levamedkol.se/sv/Pa-varcentralen/Pa-KOL-mottagningen-/](http://levamedkol.se/sv/Pa-varcentralen/Pa-KOL-mottagningen/) den 2012-01-24.

Leva med KOL. (2010b). *Varför får man KOL?* Sidansvarig: AstraZeneca. Hämtad från <http://levamedkol.se/sv/Leva-med-KOL/Varfor-far-man-KOL/> den 2012-01-25.

Leva med KOL. (2010c). *En folksjukdom som folk inte känner till*. Sidansvarig: AstraZeneca. Hämtad från <http://levamedkol.se/sv/Leva-med-KOL/Statistik/> den 2012-01-25.

Leva med KOL. (2010d). *KOL skyndar långsamt*. Sidansvarig: AstraZeneca. Hämtad från <http://levamedkol.se/sv/Leva-med-KOL/Symtom-och-sjukdomsforlopp/> den 2012-01-25.

*Lundh, L., Rosenhall, L. & Törnkvist, L. (2006). Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 56: 237-246

Löfdahl, C-G., Tilling, B., Ekström, T., Jörgensen, L., Johansson, G. & Larsson, K. (2010). COPD health care in Sweden – A study in primary and secondary care. *Respiratory Medicine*, 104: 404-411

de Miguel Díez, J., Izquierdo Alonso, J.L., Rodríguez González-Moro, J.M., de Lucas Ramos, P., Bellón Cano, J.M. & Molina París, J. (2004). Quality of Life With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: the Influence of Level of Patient Care. *Arch Bronconeumol*, 40: 431-437

Naithani, S., Gulliford, M. & Morgan, M. (2005). Patient's perceptions and experiences of 'continuity of care' in diabetes. *Health Expectations*, 9: 118-129

Planas, M., Álvarez, J., Garcia-Peris, P.A., de la Cuerda, C., de Lucas, P., Castellà, M., Canseco, F. & Reyes, L. (2005). Nutritional support and quality of life in stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Clinical Nutrition*, 24: 433-441

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Regeringen. (2009). *Regeringens proposition 2009/10:67*. Hämtad från <http://regeringen.se/content/1/c6/13/65/53/dc38b545.pdf> den 2012-01-26.

Rutten-van Mülken, M., Oostenbrink, J.B., Tashkin, D.P., Burkhart, D. & Monz, B.U. (2006). Does quality of life of COPD patients as measured by the Generic EuroQol Five-Dimension Questionnaire between COPD severity stages? *CHEST*, 130: 1117-1128

Saultz, J.W. & Albedaiwi, W. (2004) Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review. *Annals of Family Medicine*, 2: 445-451

*Schers, H., Webster, S., van den Hoogen, H., Avery, A., Grol, R. & van den Bosch, W. (2002). Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *British Journal of General Practice*, 52: 459-462

*Seamark, DA., Blake, SD. & Seamark, CJ. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18: 619-625

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> den 2012-01-31

*Sindhu, S., Pholpet, C. & Puttapitukpol, S. (2010). Meeting the challenges of chronic illness: a nurse-led collaborative community care program in Thailand. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 17: 93-99

Socialstyrelsen. (2011). *Socialstyrelsen: Hur kända är rättigheterna fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning?* Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011augusti/hurkandaarrattigheternafastvardkontaktochfornyadmedicinskbedomning> den 2012-01-26.

Socialstyrelsen. (2004). *Primärvårdens tillgänglighet, prioriteringar och kvalitet.* Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10333/2004-109-4_20041094.pdf den 2012-01-31

Svenska Akademien. (2009). *Svenska akademiens ordlista.* Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Sveriges Riksdag. (2010). *Sveriges riksdag: Lagstadgad vårdgaranti ska ge stärkt ställning för patienten (SoU7).* Hämtad från <http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=7175&nr=7&utsk=SoU&rm=2009/10> den 2012-01-26.

Travelbee, J. (1964). What's Wrong with Sympathy? *The American Journal of Nursing*, 64: 68-71

*Uijen, A.A., Bischoff, E., Schellevis, F.G., Bor, H., van den Bosch, W. & Schers, H.J. (2012). Continuity in different care modes and its relationship to quality of life: a randomized controlled trial in patients with COPD. *British Journal of General Practice*, 62: 422-428

Waibel, S., Henao, D., Aller, M-B., Vargas, I. & Vázquez, M-L. (2011). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Intermontional Journal for Quality in Health Care*, 1-10

Weldam, S.W.M., Schuurmans, M.J., Liu, R., & Lammers, J-W.J. (2012). Evaluation of Quality of Life instruments for use in COPD care and research: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49: 1227-1247

WHO. (1996). *WHOQOL-BREF, introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.* Hämtad från http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf den 2012-02-02

Willamn, A., Stoltz, P. & Bahtesevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.

Willgoss, T., Yohannes, A., Goldbart, J. & Fatoye, F. (2011). COPD and anxiety: its impact of patients' lives. *Nurs Times*, 2: 107

World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> den 2012-10-10

*Zakrisson, A-B., Engfeldt, P., Hägglund, D., Odencrants, S., Hasselgren, M., Arna, M. & Theander, K. (2011). Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary care: a controlled trial. *Primary Care Respirator Journal*, 20: 427-433

Zwar, N., Hermiz, O., Hasan, I., Comino, E., Middleton, S., Vagholkar, S. & Marks, G. (2008). A cluster randomised controlled trial of nurse and GP partnership for care of chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine*, 8:8

Zwar, N., Hermiz, O., Comino, E., Middleton, S., Vagholkar, S., Xuan, W., Wilson, S.F. & Marks, G.B. (2012). Care of patients with a diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a cluster randomized controlled trial. *MJA*, 197: 394-400

