

Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård?

Patienters och sjuksköterskors upplevelser

Theresa Larsen

Doris Lydahl

April 2022





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2022
FoU i Väst
Box 5073, 402 22 Göteborg
gr@goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se
Text: Theresa Larsen och Doris Lydahl

Innehåll

Förord	4
Sammanfattning.....	5
Inledning	8
Vad är kommunal vård och omsorg?.....	9
Studiens syfte	11
Tidigare forskning.....	12
Effekter av personcentrerad vård.....	12
Personcentrerad vård i hemmet.....	12
Att mäta och utvärdera personcentrerad vård.....	13
Faktorer som förklarar hur personcentrerat personal upplever att de arbetar	13
Resultat av enkät till patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård	14
Metod.....	17
Enkäten.....	17
Fokusgruppsintervjuerna	17
Tillvägagångsätt	18
Etiska frågeställningar	19
Variabler och analys	19
Enkätens reliabilitet och validitet.....	20
Resultat	22
Del I – Resultat från enkäten.....	22
Enkätens svarsfrekvens.....	22
Sociodemografiska faktorer	23
mP-CAT.....	24
Del II – Samband mellan mP-CAT och enkätens oberoende variabler	27
Kön.....	27
Ålder	27
Examensår.....	29
Anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård.....	30
Specialistutbildning.....	30
Boendeform för de patienter som vårdas	31
Samband mellan PERCCI och mP-CAT	33
DEL III – Fokusgruppsintervjuer.....	34
Svårt att arbeta personcentrerat	34
Reflektioner kring patientenkäten	35
Vårdplaner.....	35

Synpunkter på påståenden i PERCCI.....	36
Reflektioner kring enkäten till sjuksköterskor	38
Enkäter som underlag för utvecklingsarbete.....	40
Metoder för att nå fler respondenter.....	41
Slutsatser och rekommendationer	42
Referenser	45
Bilaga 1 Enkät till sjuksköterskor	49
Bilaga 2 Intervjuguide fokusgruppsintervjuer	50
Bilaga 3 Tabeller	51
Bilaga 4 Förslag på reviderad version av patientenkät.....	53
Bilaga 5 Förslag på reviderad version av mP-CAT.....	55
Bilaga 6 Deskriptiva resultat för enkäten till sjuksköterskor	56

Förord

Grunden för den här rapporten är en enkätundersökning och fokusgruppsintervjuer om personcentrerad om sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård. Vi vill därför rikta ett stort tack till alla sjuksköterskor som tog sig tid att svara på enkäten och som deltog i fokusgruppsintervjuerna.

Fokusgruppsintervjuerna rörde dels enkätundersökningen riktad till sjuksköterskor, dels en enkätundersökning riktad till patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Resultaten från enkätundersökningen riktad till patienter har vi redan publicerat i rapporten Personcentrerad i en kommunal kontext (Larsen & Lydahl, 2022). Vi vill ändå passa på att återigen rikta ett stort tack till alla patienter som svarade på enkäten. Utan er insats hade det inte blivit någon studie!

Vi vill också rikta ett varmt tack till Jenny Rangmar, FoU i Väst, för hjälpsam genomläsning och feedback på våra kvantitativa analyser.

Theresa Larsen och Doris Lydahl
Göteborg i april 2022

Sammanfattning

I den här rapporten presenterar vi resultatet av en enkätstudie där vi undersökt i vilken utsträckning som sjuksköterskor anställda i kommunal hälso- och sjukvård upplever att vården är personcentrerad. I rapporten diskuterar vi också om enkäter riktade till patienter och personal kan användas för att följa upp om vården är personcentrerad och hur sådana enkäter i så fall bör utformas. Vi gör även en fördjupad analys av instrumenten PERCCI och mP-CAT, som är utvecklade för att mäta hur personcentrerad vården är ur patienters respektive personals perspektiv.

Metod

Studien bygger på ett kvantitativt och kvalitativt empiriskt material som har samlats in genom

1. digitala enkäter till sjuksköterskor anställda i den kommunala hälso- och sjukvården i nio av Göteborgsregionens tretton medlemskommuner samt
2. fyra fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 24 sjuksköterskor och chefer anställda i den kommunala hälso- och sjukvården i fyra av Göteborgsregionens medlemskommuner.

Enkäten till sjuksköterskor bestod av två delar. Den första delen innehöll frågor om ålder, kön, anställningskommun, examensår, anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård, eventuell specialistutbildning samt var majoriteten av patienterna bor som sjuksköterskan vårdar. Den andra delen bestod av det validerade instrumentet mP-CAT. mP-CAT består av 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan 1 och 5 poäng. Ett totalvärde beräknas (13–65 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

En länk till enkäten skickades ut till samtliga 911 sjuksköterskor som var anställda i den kommunala hälso- och sjukvården i de deltagande kommunerna i september 2021. 395 sjuksköterskor besvarade enkäten fullständigt, vilket ger en svarsfrekvens på 43 procent. Vi analyserade först enkäten deskriptivt vilket innebar att vi redovisade fördelningen av svar på enkätfrågorna och räknade ut medelvärden. I ett senare skede analyserades sambandet mellan olika bakgrundsvariabler hos respondenterna och medelvärden på mP-CAT genom så kallad regressionsanalys. Vi valde att göra regressionsanalyser för att ta reda på om vår hypotes stämde om att det kan finnas ett samband mellan ålder, kön, år sedan examen, specialistutbildning och patienternas boendeform och hur personcentrerat sjuksköterskor upplever att de arbetar.

Resultaten från enkäten till sjuksköterskor liksom enkäten som skickades ut till patienter tidigare under året presenterades och diskuterades i fokusgrupperna. I grupperna fick deltagarna reflektera över sina erfarenheter av att använda mP-CAT, om de upplevt att enkäter till patienter och personal fungerar för att följa upp om vården är personcentrerad och om denna typ av enkäter och de validerade instrument de innehöll är användbara som underlag för att utveckla en mer personcentrerad vård.

Alla intervjuer spelades in med intervjupersonernas godkännande, parallellt med att vi förde anteckningar. Anteckningarna analyserades tematiskt med utgångspunkt i syftet med studien. Vi identifierade fem teman: 1) personcentrerad i kommunal hälso- och sjukvård, 2) reflektioner kring patientenkäten, 3) reflektioner kring enkäten till sjuksköterskor, 4) enkäter som underlag för utvecklingsarbete samt 5) metoder för att nå fler respondenter.

Resultat

Studien visar att det finns en rad faktorer som påverkar hur personcentrerat sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård upplever att de arbetar. Det finns signifikanta samband mellan ålder, år sedan examen, specialistutbildning och om man arbetar med patienter i en eller flera boendeformer och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar. Däremot sågs inget samband mellan kön eller anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar.

Vi fann inte heller något samband i medelvärde för PERCCI och mP-CAT-index på kommunnivå. Med andra ord såg vi ingen koppling mellan patienters och personals upplevelse av hur personcentrerad vården är i enskilda kommuner. Resultatet kan tyda på att patienter och personal gör olika tolkningar av vad som utmärker personcentrerad vård. Eftersom enskilda kommuners medelvärden för PERCCI inte är signifikanta kan några säkra slutsatser av resultatet dock inte dras. Nya studier med högre svarsfrekvenser behövs.

Slutsatser

Studien visar att en majoritet av sjuksköterskorna som besvarade enkäten upplevde att de arbetar tämligen personcentrerat baserat på de dimensioner som mäts i mP-CAT. Medelvärdet för mP-CAT uppgick till 48,9 (SD ± 7,55) (skalan går som bekant från 13–65 poäng).

En analys av mP-CAT talar för att instrumentet håller hög kvalitet, men att det skulle bli ännu bättre på att mäta hur personcentrerat personalen upplever att de arbetar om påståendet 4 och 12 tas bort från mP-CAT ("Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna" samt "Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön"). Detta fynd stämmer väl överens med det resultat som framkom i fokusgruppsintervjuerna med sjuksköterskor och deras chefer.

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna ansåg att patientenkäten är för lång. För att ta reda på hur nöjda patienter är med den kommunala hälso- och sjukvården ansåg de att det räcker att använda PERCCI kompletterat med frågor om skattat allmänt hälsotillstånd, upplevelse av oro och ångest och en fråga om hur nöjd man känner sig totalt sett med hemsjukvården. Trots att PERCCI i tidigare studier visat sig hålla hög kvalitet, ansåg fokusgruppsdeltagarna dessutom att instrumentet behövde modifieras för att ännu bättre fånga patienters upplevelse av personcentrerad vård.

Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård?

För att även nå patienter med svår demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning kan enkäter till patienter eventuellt också behöva kompletteras med enkäter till anhöriga, liksom skattningsskalor där personal bedömer patientens mående och nöjdhet. Fler studier skulle dock behövas för att undersöka hur en modifierad enkät till patienter kompletterat med enkäter till anhöriga fungerar i praktiken.

Inledning

I den här rapporten presenterar vi resultatet av en enkätstudie där vi undersökt i vilken utsträckning som sjuksköterskor anställda i kommunal hälso- och sjukvård upplever att vården är personcentrerad. I rapporten diskuterar vi också om enkäter riktade till patienter och personal kan användas för att följa upp om vården är personcentrerad och hur sådana enkäter i så fall bör utformas. Vi gör även en fördjupad analys av instrumenten PERCCI och mP-CAT, som är utvecklade för att mäta hur personcentrerad vården är ur patienters respektive personals perspektiv.

Det finns idag en bred acceptans internationellt, till exempel inom organisationer som Världshälsoorganisationen (WHO)¹ och Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD)², om att vården ska vara personcentrerad. Även i Sverige har idéerna om personcentrering genomsyrat den nationella styrningen av vården och omsorgen under senare år, särskilt inom den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Begreppet personcentrerad vård har beskrivits och definierats på en rad olika sätt, bland annat beroende på i vilken kontext det används. Gemensamt för de olika beskrivningarna är att vården ska utgå från individens behov, preferenser och resurser; att patienter ska bemötas som personer, med respekt och värdighet samt att patienten ses som en partner i den egna vården (Ekman et al., 2011; Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2018).

Under 2019 genomförde FoU i Väst en förstudie om personcentrering i kommunal vård och omsorg (Larsen & Nordenhielm, 2020). I studien framkom att det finns en uppfattning bland anställda i kommuner att den kommunala vården och omsorgen genomsyras av ett personcentrerat arbetssätt och att man inom kommunal vård och omsorg är duktiga på att arbeta personcentrerat. Det är emellertid inte alltid som begreppet personcentrering används för att beskriva detta. I studien noteras att flera andra begrepp används och tolkas synonymt med personcentrerad vård när idéerna om personcentrering beskrivs i kommunerna. Det handlar om begrepp och uttryck som exempelvis delaktighet, medbestämmande, individens behov i centrum, kontinuitet och inflytande, salutogent förhållningssätt liksom rehabiliterande förhållningssätt.

I förstudien konstateras vidare att kommuner inte systematiskt följer upp i vilken utsträckning den vård och omsorg som ges faktiskt är personcentrerad. Ett skäl till detta är att det saknas modeller för sådan uppföljning av vård och omsorg som ges i hemmet. Till exempel görs inga nationella undersökningar av patienters upplevelser av hemsjukvård. Ett annat skäl är att majoriteten av de instrument som används för att mäta personcentrering är utformade för patienter och personal inom slutenvård eller olika former av institutionsboenden. Det finns därför behov av att utveckla och utvärdera modeller för uppföljning av vård som ges i ordinärt boende, vilket är den vanligaste platsen där insatser i kommunal hälso- och sjukvård ges (Socialstyrelsen, 2020a).

¹ WHO, World Health Organisation, är ett fackorgan inom FN som har som uppdrag att leda och samordna frågor kring global hälsa.

² OECD är en internationell organisation för utbyte av idéer och erfarenheter inom områden som påverkar den ekonomiska utvecklingen mellan industriella länder med demokrati och marknadsekonomi.

I förstudien (Larsen & Nordenhielm, 2020) identifierades endast ett validerat instrument på svenska som mäter hur personcentrerad vården är riktad till personal som ger vård i patientens hem – mP-CAT. mP-CAT är en bedömningsskala som bygger på självrapportering, och som utvecklats av forskare i Sverige och Australien (Edvardsson et al., 2010). Ursprungsversionen är anpassad för vårdpersonal, framför allt sjuksköterskor, som arbetar med äldre patienter och patienter med demenssjukdom på sjukhus och på vård- och omsorgsboenden. Forskare i Sverige har utvecklat och testat en kontextoberoende modifierad version (m-PCAT) (Selan et al., 2017). mP-CAT består av 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan ett och fem poäng. Ett totalvärde beräknas (13–65 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentring. I den enkätstudie som ligger till grund för denna rapport har vi använt oss av mP-CAT för att undersöka i vilken utsträckning som sjuksköterskor i nio kommuner i Göteborgsregionen upplever att den vård de ger är personcentrerad.

I förstudien identifierades inte något validerat instrument på svenska utvecklat för att mäta patienters och brukares upplevelser av vård och omsorg som ges i hemmet. Däremot identifierades ett sådant instrument på engelska (PERCCI) riktad till äldre patienter i ordinärt boende (Wilberforce et al., 2018). Forskarna som utvecklat PERCCI upplevde att det var problematiskt att det saknades instrument som gör det möjligt att följa patienters upplevelser av kvaliteten på vården och omsorgen i hemmet över tid och valde därför att själva utveckla ett sådant instrument. Instrumentet, som består av tolv påståenden, är tänkt att användas för att förstå hur patienter som får vård och omsorg i hemmet uppfattar den vård och omsorg som ges och för att kunna förbättra denna så att den blir mer personcentrerad. I en tidigare delstudie har vi översatt PERCCI till svenska och testat instrumentet på patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård i elva kommuner i Göteborgsregionen (Larsen & Lydahl, 2022). I denna rapport fördjupar vi analysen av instrumentet PERCCI baserat på fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor och chefer anställda i kommunal hälso- och sjukvård och gör även analyser av resultaten från PERCCI och mP-CAT tillsammans.

Vad är kommunal vård och omsorg?

Kommuner och regioner har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården. Kommunernas uppgift är att erbjuda hälso- och sjukvård till personer i vissa boendeformer och verksamheter, ”men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare” (Socialstyrelsen, 2019a, sidan 14). Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar eftersom gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med samhällsutvecklingen (SOU 2019:29, sidan 104).

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på flera olika platser:

- på äldreboenden (det som brukar kallas permanent särskilt boende)
- på boenden med särskild service för vuxna enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- på dagverksamheter och på korttidsboende som är reglerade i socialtjänstlagen
- hemma hos patienter i det som kallas för ”ordinärt boende”, i form av hemsjukvård om region och den aktuella kommunen beslutat att kommunen ska ta över ansvaret för sådan hälso- och sjukvård (se 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30])

De största yrkesgrupperna i den kommunala hälso- och sjukvården är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Ibland finns också undersköterskor anställda i den kommunala hälso- och sjukvården. Många insatser delegeras till undersköterskor, vårdbiträden och medicinskt utbildad personal som arbetar inom hemtjänsten och på särskilda boenden. Med delegering menas att hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överläter uppgiften till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften (Socialstyrelsen, 2020b; Vårdförbundet, 2020).

Det är vanligt att många olika vård- och omsorgsgivare behöver samverka kring en patient som är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård för att vården ska fungera (Arman, 2019). Det är alltid vårdcentraler och sjukhus som ansvarar för läkarinsatser. Den kommunala hälso- och sjukvården förutsätter därför samarbete med patienternas läkare, vilket sker över huvudmannagränserna. Till exempel är medverkan i kommunal hälso- och sjukvård en del av primärvårdsläkarnas uppdrag, där arbetet på vårdcentraler ofta är huvuddelen. Hemtjänsten och omsorgspersonalen på särskilda boenden utför en del av de insatser som ges inom kommunal hälso- och sjukvård, men merparten av arbetstiden ägnas åt omsorg och tillsyn utifrån socialtjänstlagen, till exempel hjälp med dagliga aktiviteter som hygien, mat, städning och förflyttning (Arman, ibid.).

År 2019 var drygt 82 procent av patienterna inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård 65 år eller äldre. Fler kvinnor än män får insatser, sannolikt eftersom kvinnor lever längre och därför kan antas behöva kommunal hälso- och sjukvård i större utsträckning. Drygt 70 procent av patienterna som var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården år 2019 fick vården i sitt ordinarie boende. En nästan lika stor andel av patienterna hade också insatser från socialtjänsten, till exempel hemtjänst eller genom att de bodde på särskilt boende (Socialstyrelsen, 2020a).

Hälsoproblemen och diagnoserna hos patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har stor variation och bredd. Många har flera diagnoser och hälsobesvär. Idag finns inget register över vilka diagnoser som patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har. Diagnoser kan inte registeras i kommunernas journalsystem eftersom det är läkare som ställer diagnos och läkarna är inte anställda

i kommunen (Larsen, Nilsson & Olsson, 2021). År 2016 gjorde Socialstyrelsen emellertid en särskild samkörning mellan registret över patienter som var inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård med uppgifter från patientregistret för att få fram diagnoser och dödsorsaker för patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Här är det dock på sin plats att påpeka att patienter som vårdas i primärvården inte rapporteras till detta register utan bara patienter som fått specialist- eller slutenvård.

Samkörningen visade att hos patienterna under 18 år som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård är utvecklingsstörning, cerebral pares och epilepsi de vanligaste diagnoserna. Tumörsjukdomar förekommer också i mindre utsträckning. Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver vård för vanliga folksjukdomar, som exempelvis hjärtsjukdomar, diabetes, lungsjukdomen KOL och depressioner. Ögonsjukdomar, urinvägsbesvär och lårbensfrakturer är också vanliga diagnoser – framför allt hos personer som är 80 år och äldre (Socialstyrelsen, 2019a och b, 2018).

En stor andel av patienterna som får insatser i kommunal vård och omsorg har kort återstående förväntad livslängd. Vård i livets slutskede utgör en betydande del av den vård som ges. Av de 91 000 personer som avled i Sverige år 2016 var 62 procent inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård och 44 000 av dessa avled i sitt hem (Socialstyrelsen, 2019b).

Studiens syfte

Denna studie syftar till att undersöka i vilken utsträckning som sjuksköterskor anställda i den kommunala hälso- och sjukvården upplever att de arbetar personcentrerat. Studien syftar också till att undersöka hur sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården och deras chefer upplever att instrumenten mP-CAT och PERCCI fungerar för att följa upp om den kommunala hälso- och sjukvården är personcentrerad, och om de anser att instrumenten skulle behöva justeras på något sätt för att bättre mäta hur personcentrerad som patienter och personal upplever att vården är.

Tidigare forskning

I detta avsnitt beskriver vi effekter av personcentrerad vård utifrån tidigare forskning. Vi belyser också forskning om personcentrerad vård när den sker i hemmet samt mätning och utvärdering av personcentrerad vård. Avslutningsvis sammanfattar vi resultaten från den tidigare delstudien i projektet (Larsen & Lydahl, 2022) där vi har undersökt hur personcentrerad patienter upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är.

Effekter av personcentrerad vård

Personcentrering och personcentrerad vård är begrepp som sagts ha många förespråkare men få utövare (Moore et al., 2017). Definitioner av personcentrerad vård tar ofta sin utgångspunkt i vård som ges på sjukhus eller på olika former av vård- och omsorgsboenden. Kunskapen om personcentrerad vård som ges i hemmet är begränsad (Larsen & Nordenhielm, 2020). Inom den kommunala vården och omsorgen betonas övergången från en uppgifts- eller insatscentrerad vård till en vård där relationen till vårdtagaren är i fokus (Vårdhandboken, 2019).

Forskning visar att personcentrering kan leda till kvalitetsförbättringar av vården. Studier som bedrivits vid Centrum för Personcentrerad Vård vid Göteborgs universitet (GPCC) visar bland annat att personcentrerad vård leder till kortare vårdtider, minskade kostnader och högre kvalitet vid kronisk hjärtsvikt (Ekman et al., 2012; Hansson et al, 2016); högre livskvalitet vid cancerbehandling och palliativ vård (Brännström & Boman 2014) samt bättre livskvalitet för personer med psykisk ohälsa i öppenvården (Arvidsdotter et al., 2013). GPCC:s forskning visar också att personcentrerad vård fungerar på distans (Fors et al., 2018).

Personcentrerad vård i hemmet

Forskning om patienters preferenser vid vård i hemmet pekar på att det finns ett starkt stöd för att vård i hemmet bör vara personcentrerad (Walsh et al., 2020). En intervjustudie av Alharbi et al. (2014) visar att patienter som fått personcentrerad vård i högre grad upplever att de blivit lyssnade på och att deras uppfattning tas i beaktande. Talabani et al. (2020) redovisar liknande resultat i en studie om patienters upplevelser av personcentrerad integrerad hjärtvård och palliativ vård i hemmet. Studien visar att om vården är personcentrerad känner patienterna sig trygga med att få vård i hemmet. De litar också på sjukvårdsteamets förmåga att hjälpa dem och känner sig bekräftade både som patienter och personer när de får vara med och fatta beslut om sin vård. En kvalitativ intervjustudie av Wolf et al. (2017) visar att patienter som fått personcentrerad slutenvård värderar relationen till vårdgivaren högre än formaliserade aspekter av personcentrering så som gemensamt överenskomna vårdplaner.

Att mäta och utvärdera personcentrerad vård

Det finns ett växande antal instrument och skalor för att mäta graden av personcentrering (Larsen & Nordenhielm, 2020). Eftersom det saknas en entydig definition av begreppet personcentrering och personcentrerad vård fokuserar instrumenten på delvis olika saker. Flertalet instrument har utvecklats för att mäta personcentrering för specifika patientgrupper. En forskningsöversikt av 23 000 artiklar om utvärdering av personcentrerad vård och 160 instrument gör gällande att olika typer av instrument täcker in olika aspekter av personcentrering och att flera instrument kan behöva användas för att få en heltäckande bild (De Silva, 2014). Enligt forskningsöversikten undersöker de flesta mätinstrument för personcentrerad vård någon av följande fyra aspekter:

1. **Definitioner:** undersöker hur patienter eller professionella definierar personcentrerad vård och dess komponenter
2. **Preferenser:** undersöker vilken slags vård patienter föredrar eller de professionellas attityder och värderingar
3. **Erfarenheter:** undersöker i vilken grad vården är personcentrerad, till exempel genom att undersöka patienternas upplevelser om vården de fått
4. **Utfall:** undersöker vilken effekt den personcentrerade vården har fått.

Studien pekar också på att instrument sällan ger hela bilden av personcentrerad vård och att kvantitativa studier därför kan behöva kompletteras med kvalitativa intervjuer med patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Författaren till studien påpekar också att patienter sällan varit involverade i utvecklingen av de olika mätinstrumenten och att få instrument bygger på saker som patienterna själva identifierat som viktiga (De Silva, 2014).

Faktorer som förklarar hur personcentrerat personal upplever att de arbetar

Forskning som har undersökt vad som kan förklara varför olika personalgrupper upplever att de arbetar personcentrerat i olika stor utsträckning pekar på att ledarskapet har stor betydelse. I exempelvis en studie som omfattade 172 äldreboenden i Sverige fann Backman et al. (2021) att enheter där personalen upplevde att de i hög utsträckning arbetade personcentrerat hade chefer som både engagerade sig i medarbetarnas kunskapsutveckling, professionella utveckling och grupputveckling liksom vårdkvalitet. Forskarna fann också att personal som upplevde att de i hög utsträckning arbetade personcentrerat fick mer handledning och dessutom arbetade på mindre, mer specialiserade enheter med högre personaltäthet än personal som upplevde att de i låg utsträckning arbetade personcentrerat. Däremot fann forskarna ingen skillnad mellan graden av upplevd personcentrering beroende på om äldreboendena drevs i privat eller offentlig regi.

En metaanalys av elva studier om sjuksköterskors och undersköterskors erfarenheter av och uppfattning om personcentrerad vård på äldreboenden, pekar på att personal är positiva till att arbeta personcentrerat, men att det inte alltid är lätt att arbeta personcentrerat i praktiken (Güney et al, 2021). En viktig förklaring till de upplevda svårigheterna är organisatoriska hinder och brist på stöd från ledningen. En annan grupp av forskare som gjort en metaanalys av elva studier som rörde sambandet mellan personcentrerad vård och arbetstillfredsställelse kom fram till liknande resultat (Rajamohan et al., 2019). De fann ett positivt samband mellan om ledningen stödjer ett personcentrerat arbetssätt och arbetstillfredsställelse hos personalen. Enheter som arbetade personcentrerat hade lägre omsättning på personal och högre vårdkvalitet. En studie av Sköldunger et al. (2020) kom till liknande slutsatser och fann dessutom att det inte var mer kostsamt att arbeta personcentrerat.

Resultat av enkät till patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård

I en tidigare delstudie har vi undersökt vad patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård tycker om vården och vad som kan förklara att denna vård upplevs som mer eller mindre personcentrerad (Larsen & Lydahl, 2022). Delstudien syftade också till att testa om mätinstrument PERCCI är användbart för att undersöka i vilken utsträckning den kommunala hälso- och sjukvården upplevs som personcentrerad ur ett patientperspektiv. De rent deskriptiva resultat från enkätstudien finns också publicerade i en separat rapport (Larsen & Lydahl, 2021a).

I delstudien skickades en enkät ut till drygt 1 800 slumpmässigt utvalda patienter, 18 år eller äldre, som var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården i 11 av Göteborgsregionens 13 medlemskommuner den 1 mars 2021. Enkäten bestod av fyra delar. Del ett innehöll frågor om trygghet, delaktighet och vårdens utformning. Frågorna i denna del var hämtade från Socialstyrelsens enkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”, men med den skillnaden att ordet hemtjänst hade bytts ut mot hemsjukvård. Del två bestod av en svensk översättning av mätinstrumentet PERCCI (Wilberforce et al., 2018). Del tre innehöll frågor om upplevd hälsa och den fjärde delen innehöll grundläggande sociodemografiska frågor.

411 av enkäterna besvarades vilket gav en svarsfrekvens på 22,5 procent. Svarsfrekvensen var tillräckligt hög för att kunna dra statistiskt signifikanta slutsatser för deltagande kommuner som helhet, men däremot inte för enskilda kommuner. Den förhållandevis låga svarsfrekvensen kan sannolikt till viss del förklaras av att ett antal respondenter inte hade förmåga att besvara enkäten på grund av demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning. En bortfallsanalys indikerade dock att det inte fanns någon skevhet avseende kön, ålder eller boendeform bland de som besvarat enkäten i jämförelse med totalpopulationen.

Studien visade att drygt 83 procent av de patienter som besvarade enkäten var mycket eller ganska nöjda med hemsjukvården och 82 procent var mycket eller ganska trygga med hemsjukvården. Vidare visade de dimensioner som mäts genom instrumentet PERCCI att de flesta upplevde vården som personcentrerad. Medelvärdet samt medianvärdet för svaren på PERCCI-skalan var 37 respektive 38

för de deltagande kommunerna med en spridning från 34,4 för den kommun med lägst resultat och 39,2 för den kommun som hade högst resultat. Totalvärdet för PERCCI kan anta ett värde mellan 12 och 48 poäng.

Vår studie visade inga samband mellan faktorerna 1) ålder, 2) kön, 3) utbildningsnivå 4) födelseland eller 5) vem som fyllde i enkäten och hur personcentrerad patienterna upplevde att den kommunala hälso- och sjukvården är baserat på resultatet av PERCCI. Studien visade dock att det finns samband mellan om man är samman- eller ensamboende i ordinärt boende och upplevd grad av personcentrering, samt om man bor i ordinärt boende eller på vård- och omsorgsboende. Sammanboende i ordinärt boende tenderar att uppleva vården som mer personcentrerad än de som bor ensamma. Om man däremot flyttar till ett vård- och omsorgsboende så upplever man vården som mindre personcentrerad.

I studien kunde vi också se samband mellan upplevt allmänt hälsotillstånd samt om man har ängslan, oro eller ångest och upplevd grad av personcentrering. Med stöd i tidigare forskning (se exempelvis Wolf et al., 2012) tydde våra analyser på att ju högre patienterna skattade sin hälsa, desto mer personcentrerad upplevde man vården. På motsvarande sätt visade våra analyser att ju mer besvär patienterna hade med ängslan, oro eller ångest, desto mindre personcentrerad upplevde man den kommunala hälso- och sjukvården. Vi kunde däremot inte se några samband mellan patienternas rörlighet inomhus och upplevd grad av personcentrering.

Studien visade dessutom på starka samband mellan upplevd nöjdhet och trygghet med hemsjukvården och upplevd grad av personcentrering. Den typ av analyser som vi gjort kunde dock inte svara på om det är personcentrering som leder till nöjdhet och trygghet med hemsjukvården eller vice versa.

Slutligen visade studien att det fanns ett samband mellan om man har en skriftlig vårdplan och upplevd grad av personcentrering. På basis av tidigare forskning (se exempelvis Ekman et al., 2011) antog vi att det finns ett orsakssamband mellan förekomsten av skriftliga vårdplaner och personcentrering, och att avsaknad av en skriftlig vårdplan innebär att man upplever vården som mindre personcentrerad.

En analys av Chronbach's alfa³ visade att mätinstrumentet PERCCI även översatt till svenska håller god kvalitet och i hög utsträckning mäter det som det avser att mäta, det vill säga hur personcentrerad som patienter upplever att hemsjukvården är. Vi bedömde dock att någon fråga i enkäten kunde behöva anpassas för att bättre fånga upp det svenska sammanhanget. Mot bakgrund av fokusgruppsintervjuerna i den delstudie som vi redovisar i den här rapporten, utvecklar vi detta resonemang ytterligare i resultat- och slutsatskapitlen.

Patientenkäten omfattade 10 A4-sidor, vilket möjligtvis är för långt för målgruppen. Forskning visar att korta enkäter har högre sannolikhet att besvaras. Vi drog därför slutsatsen att det kan räcka att bara använda mätinstrumentet PERCCI för att

³ För en förklaring av vad Chronbach's alfa är, se avsnittet Enkätens reliabilitet och validitet i rapportens metodkapitel.

systematiskt följa upp i vilken utsträckning som hemsjukvården är personcentrerad ur ett patientperspektiv. PERCCI kan möjligtvis behöva kompletteras med frågor om skattat allmänt hälsotillstånd samt upplevelse av oro och ångest, samt eventuellt en fråga om hur nöjd och trygg man känner sig totalt sett med hemsjukvården. För att även få en uppfattning om hur personcentrerad vården är för patienter med svår demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning, kan eventuellt enkäter till anhöriga också vara av värde, liksom skattningsskalor där personal bedömer patientens mående och nöjdhet. I resultat- och slutsatskapitlen i den här rapporten utvecklar vi dessa resonemang ytterligare mot bakgrund av resultaten i fokusgruppsintervjuerna med sjuksköterskor och deras chefer.

Metod

Studien bygger på ett kvantitativt och kvalitativt empiriskt material som har samlats in genom

- 1) digitala enkäter med sjuksköterskor anställda i den kommunala hälso- och sjukvården i nio av Göteborgsregionens tretton medlemskommuner samt
- 2) fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor anställda i den kommunala hälso- och sjukvården och några av deras chefer i fyra av Göteborgsregionens 13 medlemskommuner.

Studien har genomförts av Theresa Larsen och Doris Lydahl, båda verksamma på Göteborgsregionen, FoU i Väst. Larsen och Lydahl har gemensamt skrivit ansökan om etikprövning, utformat enkäten i studien och tagit fram frågeguiden till fokusgruppsintervjuerna. Larsen har genomfört fokusgruppsintervjuerna, gjort de statistiska analyserna av enkäten i SPSS, innehållsanalyserna av fokusgruppsintervjuerna samt författat denna rapport.

Enkäten

Enkäten till sjuksköterskor bestod av två delar (se bilaga 1). I den första delen ställdes frågor om ålder, kön, anställningskommun, examensår, anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård, eventuell specialistutbildning samt var majoriteten av patienterna bor som sjuksköterskan vårdar. Den andra delen bestod av det validerade instrumentet mP-CAT (Selan et al., 2017). mP-CAT består av 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan 1–5 poäng. Ett totalvärde beräknas (13–65 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

Fokusgruppsintervjuerna

Resultaten från enkäten till sjuksköterskor liksom enkäten som skickades ut till patienter tidigare under året (Larsen & Lydahl, 2021a och 2021b) presenterades och diskuterades i fyra fokusgrupper. I grupperna fick deltagarna reflektera över sina erfarenheter av att använda mP-CAT, om de upplevt att enkäter till patienter och personal fungerar för att följa upp om vården är personcentrerad och om denna typ av enkäter och de validerade instrument som de innehållit är användbara som underlag för att utveckla en mer personcentrerad vård.

Fokusgruppsintervjuer är en flexibel metod som genererar rik information om deltagarnas upplevelser, tankar och övertygelser i en social kontext (Morgan, 1997). En intervjuguide användes som stöd vid intervjuerna (se bilaga 2). Intervjuguiden användes på så sätt att alla frågeställningar skulle ha besvarats men de konkreta frågorna ställdes inte alltid. Följdfrågor som inte ingick i intervjuguiden ställdes dessutom i stor utsträckning.

Tillvägagångsätt

Samtliga medlemskommuner i Göteborgsregionen tillfrågades om de ville delta i enkäten till sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård. Nio av tretton kommuner tackade ja. En länk till enkäten, som var digital, distribuerades av chefer för den kommunala hälso- och sjukvården till samtliga sjuksköterskor i dessa kommuner som var anställda i den kommunala hälso- och sjukvården i september 2021. När sista svarsdatum började närma sig meddelade vi cheferna hur många svar vi fått in och bad dem gå ut med en påminnelse. Efter ytterligare två veckor informerades cheferna ännu en gång om svarsfrekvensen i deras kommun och de ombads skicka ut en sista påminnelse. I tabell 1 i resultatkapitlet redovisar vi hur många sjuksköterskor som fick länken till enkäten i respektive kommun samt svarsfrekvenser för enkäten.

Alla kommuner som deltog i enkätundersökningen till sjuksköterskor tillfrågades om de ville delta i fokusgrupper för att diskutera resultaten från enkätundersökningarna till sjuksköterskor liksom den tidigare enkätundersökningen till patienter. Fyra kommuner tackade ja till erbjudandet. Via chefer för den kommunala hälso- och sjukvården i dessa kommuner efterfrågade vi fem till sju sjuksköterskor samt en enhets- eller verksamhetschef alternativt kvalitets-, metod- eller verksamhetsutvecklare per grupp. Vi uppmanade kommunerna att gärna anmäla sjuksköterskor som arbetar i olika verksamheter (ordinärt boende, särskilt boende, korttidsboende, hospice, LSS) till fokusgruppsintervjun. Fyra fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 24 personer hölls, en i varje kommun som anmält intresse att delta. På grund av pandemiläget genomfördes fokusgruppsintervjuerna digitalt via Teams. Varje intervju var cirka en och en halv timme lång. Under intervjuerna presenterade huvudförfattaren till denna rapport respektive kommuns enkätresultat parallellt med att resultaten diskuterades. Efter genomgång av enkätresultaten diskuterades utformningen av instrumenten PERCCI och mP-CAT och värdet av att göra den här typen av uppföljningar med dessa instrument för att undersöka i vilken utsträckning som vården upplevs vara personcentrerad.

Alla intervjuer spelades in med intervjupersonernas godkännande parallellt som anteckningar fördes av en forskningsassistent. Anteckningarna från respektive intervju renskrevs med stöd från inspelningarna för att undvika missuppfattningar och sakfel.

Försteförfattaren till denna rapport läste därefter igenom de renskrivna anteckningarna från intervjuerna flera gånger. De första läsningarna gick ut på att få en överblick över materialet och dess innehåll. Därefter analyserades materialet tematiskt med utgångspunkt i syftet med studien. Fem teman identifierades: 1) personcentrering i kommunal hälso- och sjukvård, 2) reflektioner kring patientenkäten, 3) reflektioner kring enkäten till sjuksköterskor, 4) enkäter som underlag för utvecklingsarbete samt 5) metoder för att nå fler respondenter. Utsagor som belyste dessa teman markerades särskilt och analyser gjordes av om intervjupersonernas utsagor skilde sig åt eller om liknande åsikter framfördes av flera personer anställda i olika kommuner.

Etiska frågeställningar

Projektet har följt de etiska principer och lagar som reglerar och ställer krav på att forskning inte skadar individer. Studien har godkänts av etikprövningsmyndigheten (Dnr 2020–01869).

På första sidan i enkäten fanns information om att enkätsvaren är konfidentiella och behandlas med respekt, att enkätsvaren förvaras på lösenordskyddad dator ansluten till lokalt nätverk på Göteborgsregionen och att de lokala nätverken är krypterade, brandväggskyddade och uppfyller dataskyddsförordningens (GDPR:s) krav för förvaring av personuppgifter. Vidare framgick att enbart forskare, projektledare och forskningsassistent har tillgång till enskilda respondenters svar samt att resultaten från studien presenteras i text, tabeller och figurer där den enskilde inte kan identifieras. Det fanns också information om hur man som respondent kan få del av resultatet. Avslutningsvis stod att ”genom att besvara enkäten ger jag mitt medgivande till att delta i studien och att mina personuppgifter hanteras så som beskrivs ovan”.

Alla personer som deltog i fokusgruppsintervjuerna informerades muntligt innan intervjuerna om projektets syfte och villkoren för deras deltagande i studien, att deltagandet var frivilligt och att de hade rätt att avbryta intervjun utan att ange skäl till detta och att de hade rätt att inte svara på frågor utan att ange några skäl. Deltagarna informerades också om att intervjun spelades in och de fick ge sitt samtycke till det innan inspelningen påbörjades. De fick även information om att enskilda respondenters eller kommuners svar skulle presenteras på ett sådant sätt i rapporter, artiklar och muntliga presentationer att enskilda inte kan identifieras. Dessutom fick de information om när en populärvetenskaplig rapport om studien kunde förväntas publiceras och hur de kunde få tillgång till den.

Variabler och analys

Initialt analyserades hela mP-CAT-enkäten deskriptivt. En deskriptiv presentation av svaren på alla enkätfrågor har tidigare publicerats på Göteborgsregionens webbplats (Larsen & Lydahl, 2021a) och återfinns till stora delar i bilaga 6. Vi har även räknat ut medelvärden på flera bakgrundsfrågor, samt för mP-CAT – både på kommunnivå och för samtliga deltagande kommuner, vilka redovisas i rapportens resultatavsnitt.

För att få en djupare förståelse för vad som påverkar sjuksköterskornas upplevelse av hur personcentrerat de arbetar har vi valt att mäta och analysera förhållandet mellan olika variabler med hjälp av bivariat regressionsanalys. Genom bivariat regressionsanalys studeras *sambandet* eller *korrelationen* mellan två variabler (Djurfeldt et al., 2018). Regressionsanalysen syftar till att visa effekten av en variabel (den oberoende variabeln) på en annan (den beroende variabeln). Därtill kan man genom regressionsanalysen statistiskt förutsäga det ”mest troliga” värdet för den beroende variabeln för varje värde på den oberoende variabeln (Djurfeldt et al., 2018, s. 157). Den oberoende variabeln beskrivs ofta komma före den beroende variabeln i tid, medan den beroende variabeln ses som en effekt av en eller flera oberoende variabler och således kommer efter de oberoende variablerna i ett händelseförlopp.

Vår beroende variabel handlar om hur personcentrerat sjuksköterskor upplever att de arbetar i kommunal hälso- och sjukvård. I enkäten mäts graden av personcentrering genom mätinstrumentet mP-CAT. Vi skapade ett index utifrån påståendena i mätinstrumentet mP-CAT. I detta index togs alla saknade data bort. Värdet på påstående 7, 8, 9, 10 och 12 vändes om före beräkningen eftersom dessa påståenden var negativt formulerade. Detta index, som vi kallar för mP-CAT-index, är vår beroende variabel.

Våra oberoende variabler är hämtade från enkätens övriga delar. De frågor som valdes som oberoende variabler handlar om ålder, kön, anställningskommun, hur länge respondenten arbetat i kommunal hälso- och sjukvård, om respondenten har en specialistutbildning och i så fall inom vilket område samt var patienterna som de i huvudsak vårdar är bosatta. Motsvarande bakgrundsvariabler undersöktes av Selan och kollegor (2017) i utvecklingen av mP-CAT, men sambanden mellan dem och resultatet på enkäten undersöktes aldrig enligt vår vetskap. I studien ville vi därför undersöka huruvida det fanns ett samband mellan valda oberoende variabler och hur personcentrerat sjuksköterskorna upplevde att de arbetar.

Statistiska analyser gjordes med hjälp av statistikprogrammet SPSS version 27. I SPSS genomfördes bivariata linjära regressionsanalyser där den beroende variabeln mP-CAT-index ställdes mot en av de oberoende variablerna i taget. I regressionsanalyserna framkommer också hur säkra vi kan vara på att de samband vi observerar faktiskt finns i totalpopulationen eller om det är så att sambanden bara finns i vårt specifika urval. Detta brukar man tala om som *signifikans* och handlar om huruvida vi kan vara säkra på att den oberoende variabeln påverkar den beroende variabeln eller om sambandet i själva verket är slumpmässigt.

För att undersöka om olika gruppers resultat var signifikant skilda från varandra använde vi oss av Tukey's test (Abdi & Williams, 2010). Med hjälp av detta test undersökte vi till exempel om olika kommuners medelvärde för mP-CAT-index var signifikant skilda från varandra. Vi använde oss även av Pearson's korrelation (Djurfeldt et al., 2018, s. 155 ff) för att undersöka eventuella samband mellan resultatet av PERCCI-enkäten och mP-CAT-enkäten på kommunnivå.

Enkätens reliabilitet och validitet

Reliabilitet handlar om en studies kvalitet och trovärdighet. Man kan också säga att reliabilitet handlar om *konsistens* eller *replikerbarhet*, alltså att samma eller åtminstone liknande resultat ska kunna uppnås vid upprepade mätningar – även om det är en annan eller flera andra forskare som genomför mätningen (Djurfeldt et al., 2018, s. 104).

Cronbachs alfa (α) är ett statistiskt mått på den interna konsistensen hos ett test, beskrivet som ett tal mellan 0 och 1. Intern konsistens avser hur väl olika delar av ett test mäter samma bakomliggande koncept. I vår enkätundersökning ingår bland annat 13 påståenden som tillsammans bildar instrumentet mP-CAT som syftar till att mäta hur personcentrerad hemsjukvården är. Om de olika frågorna alla mäter personcentrering så bör svaren korrelera med varandra, och värdet på Cronbachs alfa

stiger. Ett vanligt gränsvärde är att Cronbachs alpha bör överstiga 0,70 (Field, 2009), men gränsvärden ner mot 0,60 föreslås också i litteraturen (Bryman, 2008), i synnerhet om testet innehåller fem eller färre frågor eller påståenden.

En analys av Cronbachs alfa för mP-CAT i vår enkät ger ett värde på 0,825, vilket talar för att de påståenden som ingår i mP-CAT mycket väl mäter samma bakomliggande koncept, i det här fallet sjuksköterskors upplevelse av att arbeta personcentrerat (se bilaga 3, tabell 22). Värdet på Cronbachs alfa ökar dock något om påstående 4 och 12 tas bort från mP-CAT ("Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna" samt "Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön"). Detta talar alltså för att dessa påståenden borde tas bort från mP-CAT för att uppnå högre intern reliabilitet och för att bättre mäta hur personcentrerad som sjuksköterskor upplever att vården som de ger är. Detta fynd stämmer överens med de resultat som framkom i fokusgruppsintervjuerna med sjuksköterskor och deras chefer, men avviker från resultatet av tidigare studier av mP-CAT (Selan et al., 2017). Selan och kollegor kom i sin studie av mP-CAT fram till att värdet på Cronbachs alfa i stället ökade om de tog bort påstående 3 ("Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har"). Om detta resonerar vi mer rapportens resultat- och slutsatskapitel.

Att vi använt oss av validerade instrument i studien borgar för att studien håller hög validitet. Validitet handlar om huruvida forskaren mäter det hen verkligen avser att mäta, det vill säga mätningens giltighet (Djurfeldt et al., 2018, s. 104–105). Men det kan finnas brister i studiens validitet även om det instrument som används i studien är validerat med goda resultat. I fokusgruppsintervjuerna framkom till exempel att respondenterna tolkat vissa påståenden som ingår i mP-CAT på olika sätt, vilket gör att resultaten inte alltid blir jämförbara med varandra. Hur mP-CAT skulle kunna modifieras för att minska risken för missförstånd diskuterar vi längre fram i rapporten och ett förslag till en modifierad version av mP-CAT presenteras i bilaga 4.

Resultat

I detta kapitel redovisar vi studiens resultat. Avsnittet innehåller tre delar. I den första presenterar vi deskriptiva resultat från enkäten och redovisar svarsfrekvenser och bortfall. En del av de rent deskriptiva resultaten återfinns också i bilaga 6. Därefter analyserar vi sambanden mellan våra oberoende variabler (ålder, kön, examensår, specialistutbildning, anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård samt var majoriteten av de patienter bor som respondenten vårdar), i relation till vår beroende variabel, det vill säga mP-CAT-index. I den sista delen redovisar vi fokusgruppsintervjuerna med sjuksköterskor och deras chefer i vilka de reflekterade över enkäter som metod för att mäta personcentrering ur patienters och personals perspektiv i allmänhet och mätinstrumenten mP-CAT och PERCCI för detta ändamål i synnerhet.

Del I – Resultat från enkäten

Enkätens svarsfrekvens

395 sjuksköterskor besvarade enkäten fullständigt, vilket ger en svarsfrekvens på 43 procent och en felmarginal på fyra procent vid 95 procents konfidensnivå. I Göteborgs Stad och Mölndals Stad är svarsfrekvenserna tillräckligt höga för att kunna dra statistiskt signifikanta slutsatser med en felmarginal på tio procent vid 95 procents konfidensnivå. En fördjupad analys (så kallad envägs variansanalys, Anova, se Djurfeldt et al. 2018, s. 243) av resultaten för enskilda kommuner visar dock att även Stenungsunds resultat är signifikant skilt från resultaten i övriga kommuner förutom i jämförelse med Kungälv kommun (se bilaga 3, tabell 18). Trots att svarsfrekvensen i flera av de övriga deltagande kommunerna låg på mellan 50 och 70 procent kan statistiskt signifikanta slutsatser inte dras för dem. Eftersom undersökningspopulationerna var så små i övriga kommuner (25–55 personer) krävdes att nästan samtliga tillfrågade svarade på enkäten för att kunna dra statistiskt signifikanta slutsatser. Vi har trots detta valt att redovisa vissa resultat på kommunnivå, men är då noga med att poängtera vilka resultat som är signifikanta och vilka som inte är det.

Svarsfrekvensen varierade kraftigt mellan kommunerna – från 70 respektive 68 procent i Partille, Ale och Tjörn till 25 respektive 33 procent i Lerum och Kungälv (se tabell 1). Vi vet tyvärr inget om vilka som svarat respektive inte svarat på enkäten och om det finns något systematiskt bortfall. Däremot vet vi att svarsfrekvensen är högre i de kommuner där chefer gick ut med flera påminnelser och uppmaningar om att besvara enkäten.

Tabell 1. Beskrivning av totalpopulationen och svarsfrekvenser

Kommun	Antal sjuksköterskor som fått länk till enkäten	Antal fullständigt besvarade enkäter	Svarsfrekvens i procent (fullständigt besvarade)	Antal enkätsvar som behövdes för att uppnå 5 respektive 10 % felmarginal och 95 % konfidensnivå
Ale	25	17	68	24/20
Alingsås	50	25	50	45/33
Göteborg	562	214	38	229/83
Kungälv	51	17	33	46/34
Lerum	55	14	25	49/35
Mölnadal	60	38	63	52/37
Partille	37	26	70	34/27
Stenungssund	43	23	53	39/30
Tjörn	28	19	68	27/22
Okänd kommun	-	2	-	-
TOTALT	911	395	43	265/87

Sociodemografiska faktorer

Medelåldern för respondenterna var 45,6 år med en spridning från 24 till 68 år. Av de 395 respondenterna var nästan 90 procent kvinnor (n=353) och knappt 9 procent män (n=35). 3 respondenter svarade att de hade en annan könstillhörighet än man eller kvinna eller att de inte ville svara på frågan.

I genomsnitt var det 17 år sedan respondenterna tog examen som sjuksköterska med en spridning mellan 0 och 48 år. Närmare 60 procent av respondenterna hade arbetat mer än fem år i kommunal hälso- och sjukvård (n=230). 57 procent av respondenterna svarade att de vårdar patienter som bor i ordinärt boende (n=225), 54 procent att de vårdar patienter som bor på särskilt boende eller LSS-boende (n=214) och 15 procent att de vårdar patienter på korttidsboende (n=60) (flera svarsalternativ kunde anges).

Drygt 35 procent hade en specialistutbildning (n=140). Vanligast var distrikts-sjuksköterska, men flera av respondenterna hade en specialistutbildning inom psykiatri, äldre/geriatrik, medicin och anestesi samt intensivvård. De förekom också att respondenterna hade en specialistutbildning inom ambulanssjukvård, skolhälsovård eller till barnmorska.

**Tabell 2. De undersökta oberoende variablerna och deras värden
– andel och antal (i parentes)**

Vad har du för kön?	Kvinna	Man	Annat/vill inte uppge	
	89,8 % (353)	8,9 % (35)	0,8 % (3)	
Ålder på respondenterna	Medel	Spridning		
	45,6 år	24–68 år		
Vilket år tog du examen som sjuksköterska?	Medel	Spridning		
	2004 (17 år sedan examen)	1973–2021 (0–48 år sedan examen)		
Har du någon specialistutbildning?	Nej	Ja		
	64,4 % (253)	35,6 % (140)		
Hur länge har du arbetat i kommunal hälso- och sjukvård totalt sett?	Mindre än 1 år	1–2 år	2–5 år	Mer än 5 år
	7,4 % (29)	7,1 % (28)	27,0 % (106)	58,5 % (230)
Var bor majoriteten av patienterna som du vårdar? (flera svarsalternativ kunde anges)	I ordinärt boende	SÄBO/LSS-boende	Korttidsboende	
	57,2 % (225)	54,4 % (214)	15,2 (60) %	

mP-CAT

Medelvärde för svaren på mP-CAT-index var 48,9 (SD±7,55) och medianvärdet 50,0 för de deltagande kommunerna med en spridning från 41,8 för den kommun med lägst resultat (Stenungsund) och 50,7 för den kommun som hade högst resultat (Alingsås) (skalan går som bekant från 13–65). Resultatet för de deltagande kommunerna som helhet överensstämmer mycket väl med det medelvärde som erhöles av Selan och kollegor (2017) då de testade mP-CAT första gången (medelvärde 48,7, SD±7,79).

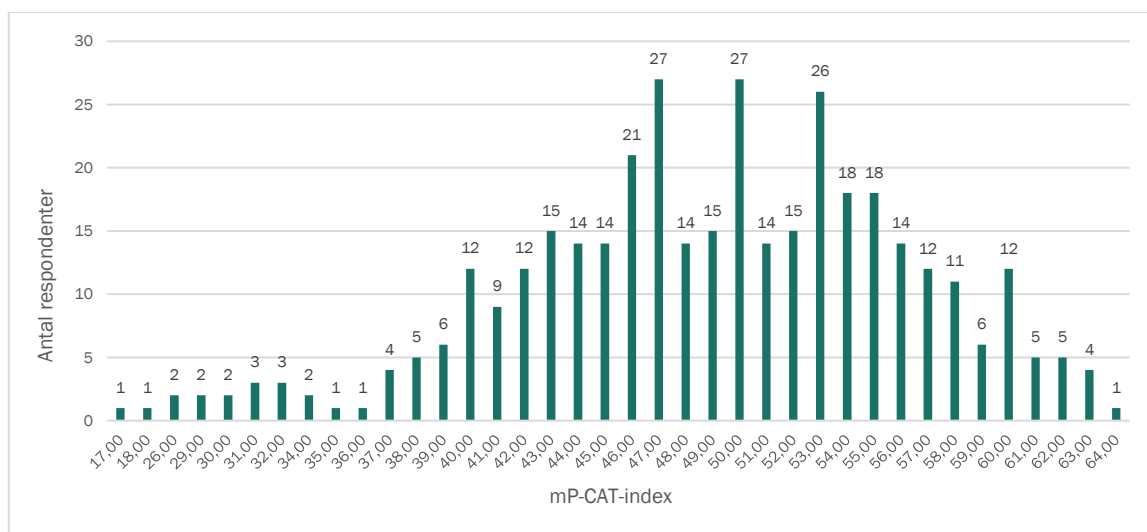
I den kommun med lägst resultat hade 25 procent av respondenterna ett värde lika med eller större än medianvärdet för mP-CAT-index för samtliga deltagande kommuner. Motsvarande siffra för den kommun som hade högst resultat var 52 procent. I tabell 3 redovisas medelvärden för mP-CAT-index på kommunnivå för de kommuner som ingick i studien.

Tabell 3. Medelvärden för mP-CAT-index på kommunnivå

Kommun	Medelvärde mP-CAT	Standardavvikelse
Ale	49,3	4,99
Alingsås	50,7	6,34
Göteborg	49,3	7,72
Kungälv	46,9	6,79
Lerum	49,3	8,74
Mölnadal	50,0	5,94
Partille	48,5	8,58
Stenungsund	41,8	8,41
Tjörn	49,6	5,74
Totalt	48,9	7,55

I Diagram 1 nedan redovisas hur många av respondenterna som erhållit en viss totalpoäng på mP-CAT. Här framgår att en majoritet av sjuksköterskorna bedömer att de arbetar ganska personcentrerat baserat på de påståenden som ingår i mP-CAT. Högsta värde på mP-CAT-index som någon av respondenterna erhöll var 64. Lägsta värdet som någon av respondenterna erhöll var 17.

Diagram 1. Antal personer vars svar på frågorna i mP-CAT uppgår till ett visst värde



I tabell 4 på nästa sida redovisar vi hur många som angett ett visst svar på de påståenden som ingår i mP-CAT. Av tabellen framgår till exempel att mer än hälften av respondenterna instämmer helt i påståendet ”Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskildes behov” och att nästan hälften instämmer helt i påståendet ”Vi tar hänsyn till den enskildes önsknings i den vård som ges”. Av tabellen framgår också att ungefär en tredjedel av respondenterna instämmer delvis i påståendet ”Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov”.

Tabell 4. Andel och antal (i parentes) av det totala antalet respondenter (n: 395) som angett ett visst svar i mP-CAT

Påstående	Nej, tar helt avstånd	Tar delvis avstånd	Tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer	Instämmer delvis	Instämmer helt
1. Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskildes behov.	0,3 % (1)	1,5 % (6)	5,3 % (21)	38,2 % (150)	54,2 % (213)
2. Vi har formella teammöten där vi diskuterar den enskildes vård.	3,8 % (15)	7,1 % (28)	12,5 % (49)	33,8 % (159)	42,7 % (168)
3. Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har.	5,9 % (23)	10,2 % (44)	23,7 % (93)	40,5 % (159)	19,3 % (76)
4. Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna.	2,5 % (10)	11,2 % (44)	33,8 % (133)	39,5 % (155)	12,7 % (50)
5. Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur den enskilde vill ha det.	1,5 % (6)	6,4 % (25)	15,8 % (62)	59,5 % (234)	16,5 % (65)
6. Vården är anpassad efter den enskildes behov.	1,3 % (5)	7,1 % (28)	10,2 % (40)	56,7 % (223)	23,7 % (93)
7. Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov.	22,6 % (89)	24,7 % (97)	17,3 % (68)	31,3 % (123)	3,8 % (15)
8. Miljön hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskildes behov.	15,8 % (62)	28,0 % (110)	24,4 % (96)	27,7 % (109)	3,8 % (15)
9. Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en miljö som är anpassad efter den enskildes behov.	28,8 % (113)	20,4 % (80)	24,2 % (95)	19,6 % (77)	6,6 % (26)
10. Den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som är anpassad efter den enskildes behov.	28,0 % (110)	30,0 % (118)	16,5 % (65)	20,4 % (80)	3,8 % (15)
11. Bedömning av den enskildes behov sker vid varje kontakt.	11,3 % (5)	4,1 % (16)	9,4 % (37)	40,7 % (160)	44,0 % (173)
12. Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön.	19,8 % (78)	18,8 % (74)	33,8 % (133)	23,7 % (93)	3,3 % (13)
13. Vi tar hänsyn till den enskildes önskningsar i den vård som ges.	0 % (0)	8,0 % (31)	6,1 % (24)	43,3 % (170)	48,6 % (191)

Del II – Samband mellan mP-CAT och enkätens oberoende variabler

Kön

I tabell 5 redovisar vi medelvärden för mP-CAT-index fördelat på kön. Signifikanstest kunde emellertid inte göras på grund av att både män och personer som svarat annat/vill inte uppge kön utgjordes av för små grupper (se bilaga 3, tabell 19).

Tabell 5. Medelvärden för mP-CAT-index fördelat på kön

Vilket kön har du?	Medelvärde mP-CAT-index	Antal	Std. avvikelse
Kvinna	48,83	336	7,48
Man	50,45	33	7,56
Annat/vill inte uppge	39,67	3	11,85
Total	48,90	372	7,56

Ålder

Linjär regressionsanalys användes för att undersöka om det finns ett samband mellan respondenternas ålder och hur personcentrerat de upplever att de arbetar mätt genom mP-CAT. Av Tabell 6 nedan framgår att det finns ett samband mellan dessa variabler och att resultatet är statistiskt signifikant på 99-procentsnivån. Oftast dras gränsen för signifikanta värden vid 95-procentsnivå, men i samhällsvetenskapliga studier dras ibland gränsen vid 90 procent (Chia, 1997). Vidare visar tabellen att analysen resulterade i en determinationskoefficient (R^2) på 0,028.

Determinationskoefficienten anger hur stor del av variationen i den beroende variabeln som kan förklaras av den oberoende variabeln. I denna analys ser vi att respondenternas ålder kan förklara omkring 2,8 procent av hur personcentrerat de upplever att de arbetar. Det kan låta som om detta är en låg siffra, men inom samhällsvetenskapliga analyser är höga determinationskoefficienter ovanliga, särskilt när man bara undersöker sambandet mellan en oberoende och en beroende variabel. Vad som anses vara ett starkt eller svagt samband varierar inom olika forskningsdiscipliner. Inom naturvetenskap sätts oftast högre gränsvärden än inom samhälls- och beteendevetenskap. Detta beror på att det vanligtvis finns många fler faktorer som påverkar en viss parameter inom samhälls- och beteendevetenskap än inom naturvetenskap (Cohens, 1988).

Tabell 6. Samband mellan ålder uppdelat i 1-årsklasser och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar

Ålder, ettårsklasser (referenskategori = 23 år)	0,11*** (0,03)
Intercept	43,92*** (1,54)
N	369
Determinationskoefficient (R^2)	,028
F	10,78***

Standardfel i parenteser.

*p < 0.10, **p < 0.05, ***p < 0.01

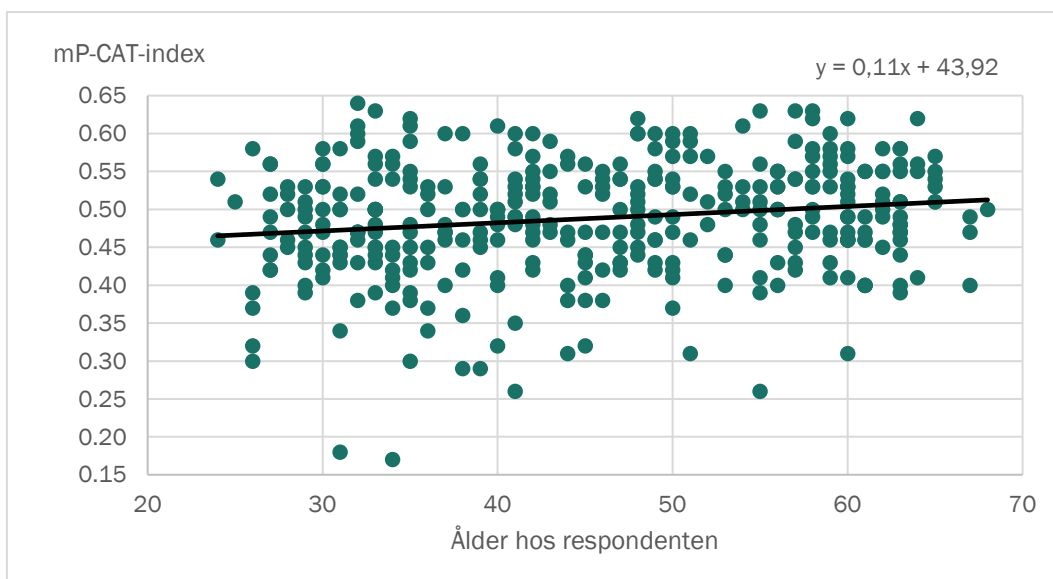
Det som kallas intercept i tabellen visar det lägsta värdet för den beroende variabeln. Interceptet är det förväntade medelvärdet när den oberoende variabeln är noll. Det förväntade medelvärdet behöver inte vara detsamma som det faktiska medelvärdet. 34,92 är alltså värdet på mP-CAT-index vid noll i vår modell, det vill säga noll år gammal. Eftersom det inte finns några noll år gamla sjuksköterskor som arbetar i kommunala hälso- och sjukvården blir det lägsta värdet som mP-CAT-index antar med denna beräkningsmodell 46,45 för den 23-åriga sjuksköterskan som var den yngsta respondenten som deltog i enkätundersökningen ($0,11 \cdot 23 \text{ år} + 43,92 = 46,45$).

I tabellens andra kolumn framgår att värdet på den så kallade b-koefficienten är 0,11. Detta värde säger att ett skalsteg på x-variabeln leder till denna ökning av y-variabel. Ett steg upp på x-variabeln innebär en ökning med 0,11 på PERCCI-skalan. Annorlunda uttryckt kan man säga att för varje år äldre sjuksköterskan blir, desto mer personcentrerat upplever hen att hen arbetar eftersom värdet på mP-CAT-index stiger i genomsnitt 0,11 skalsteg per år. Resultatet innebär också att vi kan förvänta oss att kommuner vars sjuksköterskors medelålder är lägre har lägre värden på mP-CAT-index än kommuner vars sjuksköterskor har en högre medelålder.

Av tabellen framgår att F-värdet är 10,78. F-värdet är ett sammanfattande mått som används för att testa hypotesen att den oberoende variabeln i modellen har en effekt på den beroende variabeln. Vi ser också att F-värdet är signifikant på 99-procentsnivån, eftersom värdet är under 0,01. Det finns alltså goda grunder att tro att den oberoende variabeln ålder i modellen har en effekt på den beroende variabeln mP-CAT-index.

I Diagram 2 nedan illustreras sambandet mellan respondenternas ålder och mP-CAT-index grafiskt. Varje grön prick representerar en respondents svar. Den svarta linjen visar på ekvationen med vars hjälp vi kan räkna ut ett förväntat värde för mP-CAT-index om vi känner till sjuksköterskans ålder.

Diagram 2. mP-CAT-index i relation till ålder hos respondenterna, linjär regression



Resultatet talar för att erfarenhet kan ha betydelse för hur personcentrerat man upplever att man arbetar. Det skulle också kunna vara så att de yngre respondenterna mer nyligen studerade till sjuksköterskor och att utbildningen på senare år innehållit fler moment som handlat om personcentrering än för de som utbildade sig för många år sedan. Här kan det finnas en upplevd diskrepans mellan hur man teoretiskt lärt sig att man ska arbeta personcentrerat, och vilka möjligheter man har att arbeta personcentrerat i praktiken. Materialet i vår studie ger dock inte svar på dessa frågor. Fler studier skulle behövas för att få mer kunskap om sambandet mellan ålder och hur personcentrerat sjuksköterskor upplever att de arbetar.

Examensår

Linjär regressionsanalys användes även för att undersöka om det finns ett samband mellan hur länge sedan respondenterna tog sjuksköterskeexamen och hur personcentrerat de upplever att de arbetar mätt genom mP-CAT. Av Tabell 7 nedan framgår att det finns ett samband mellan dessa variabler och att resultatet är statistiskt signifikant på 95-procentsnivån. Determinationskoefficienten (R^2) är något lägre för år sedan examen än för ålder hos respondenten – 1,7 procent av variationen av mP-CAT-index kan förklaras av modellen. Av tabellen framgår också att värdet på mP-CAT-index är 47,46 när den oberoende variabeln är noll, det säga när det är mindre än ett år sedan respondenten tog examen. Vi kan också se att värdet på mP-CAT-index ökar med 0,088 poäng per år ju längre tiden går från examen.

Tabell 7. Samband mellan år sedan examen (1-årsklasser) och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar

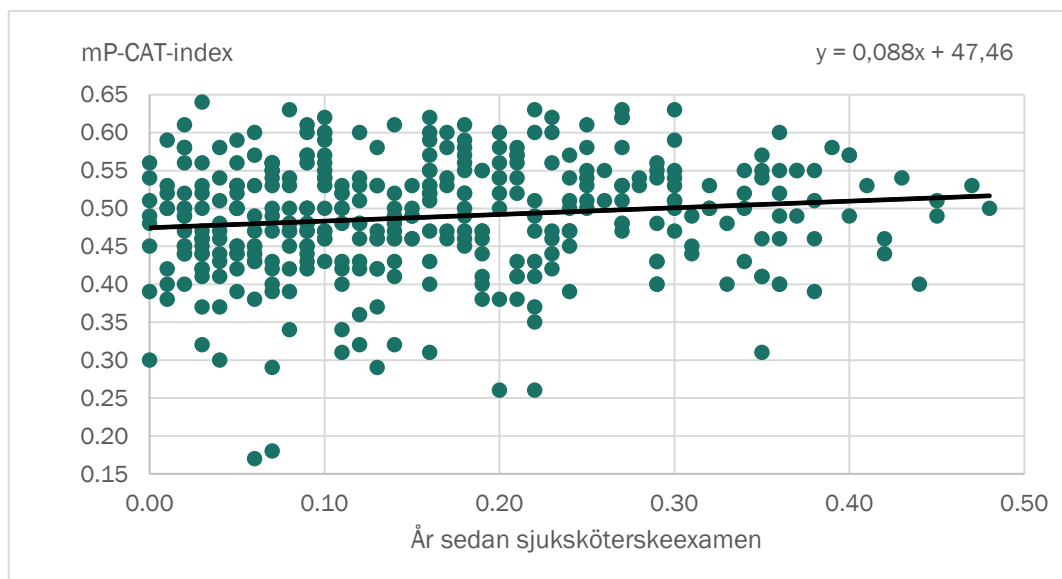
År sedan examen (referenskategori = 0 år)	,088** (0,35)
Intercept	47,46*** (,68)
N	369
Determinationskoefficient (R^2)	,017
F	6,42***

Standardfel i parenteser.

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

I Diagram 3 nedan illustreras sambandet mellan år sedan respondenterna tog sjuksköterskeexamen och mP-CAT-index grafiskt. Varje grön prick representerar en respondents svar. Den svarta linjen visar på ekvationen med vars hjälp vi kan räkna ut ett förväntat värde för mP-CAT-index om vi känner till hur många år sedan som sjuksköterskan tog examen.

Diagram 3. mP-CAT-index i relation till år sedan sjuksköterskeexamen (1-årsklasser) bland respondenterna, linjär regression



Anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård

I tabell 8 redovisar vi medelvärden för mP-CAT-index fördelat på sammanlagd anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård (inte bara på nuvarande arbetsplats). Av analysen framgår att de respondenter som arbetat kortast tid i kommunal hälso- och sjukvård har högst värden på mP-CAT-index tätt följt av de som arbetat mer än fem år. Lägst värden får de som arbetat en till två år i kommunal hälso- och sjukvård. Resultaten för de olika grupperna är dock inte signifikant skilda från varandra.

Tabell 8. Medelvärden för mP-CAT-index fördelat på anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård

Anställningstid	Medelvärde mP-CAT-index	Antal	Std. avvikelse
Mindre än 1 år	49,86	28	7,29
1 till 2 år	45,92	26	9,57
2 till 5 år	48,45	100	6,60
Mer än 5 år	49,32	220	7,68

Specialistutbildning

I tabell 9 redovisar vi medelvärden för mP-CAT-index beroende på om respondenterna svarat att de har en specialistutbildning eller inte. Av analysen framgår att respondenter som har en specialistutbildning har drygt ett poäng högre värde på mP-CAT-index än de som inte har en specialistutbildning.

Tabell 9. Medelvärden för mP-CAT-index fördelat på respondenter med eller utan specialistutbildning

Har du någon specialistutbildning?	Medelvärde mP-CAT-Index	Antal	Std. avvikelse
Ja	49,69	134	7,69
Nej	48,45	240	7,45

Linjär regressionsanalys användes också för att undersöka om det finns ett samband mellan om respondenterna svarat att de har en specialistutbildning och hur personcentrerat de upplever att de arbetar mätt genom mP-CAT. Resultatet av analysen presenteras i tabell 10.

Tabell 10. Samband mellan specialistutbildning och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar

Specialistutbildning (referenskategori = ingen specialistutbildning)	1,57* (0,49)
Intercept	48,33*** (0,49)
N	373
Determinationskoefficient (R ²)	,010
F	3,76*

Standardfel i parenteser.

*p < 0.10, **p < 0.05, ***p < 0.01

Analysen visar att 1,0 procent av variationen i mP-CAT-index kan förklaras av om respondenten har en specialistutbildning eller inte. Sambandet är signifikant på 90-procentsnivån. Analysen visar vidare att de som har en specialistutbildning i genomsnitt får 1,57 poäng mer än övriga respondenter på mP-CAT-index. Med andra ord bedömer sjuksköterskor med specialistutbildning att de arbetar mer personcentrerat än sjuksköterskor utan specialistutbildning.

Boendeform för de patienter som vårdas

I tabell 11 redovisar vi medelvärden för mP-CAT-index fördelat på var majoriteten av patienterna bor som respondenterna vårdar. Mer än ett svarsalternativ kunde anges. Av analysen framgår att hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar knappt skiljer sig åt beroende på om patienterna bor i ordinärt boende eller på ett vård- eller omsorgsboende. Däremot upplever de respondenter som arbetar på korttidsboenden eller med patienter i flera olika boendeformer att de arbetar lite mindre personcentrerat än de som arbetar med patienter i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboende. En fördjupad analys visar emellertid att enbart medelvärdet för de som arbetar med patienter i flera boendeformer är signifikant skilt från medelvärdet för de som arbetar på vård- och omsorgsboenden (se bilaga 3, tabell 21).

Tabell 11. Medelvärden för mP-CAT-index och boendeform hos majoriteten av patienterna som respondenten vårdar

Var bor majoriteten av de patienter du vårdar?	Medelvärde mP-CAT	Antal	Std. avvikelse
Ordinärt boende	49,14	151	7,73
Vård- och omsorgsboende	49,94	132	6,68
Korttidsboende	47,62	55	7,89
Flera boendeformer	45,97	36	8,50
Total	48,89	374	7,55

De respondenter som svarat att de arbetar med patienter i flera boendeformer upplever alltså att de arbetar mindre personcentrerat än övriga grupper. Detta skulle kunna vara ett uttryck för att dessa personer har en annan anställningsform än övriga respondenter, exempelvis att de arbetar i någon slags bemanningspool, saknar fast anställning eller arbetar natt och då inte hinner skapa samma relation till patienterna som övriga respondenter. Här skulle fördjupade studier behöva göras för att undersöka vad eventuella skillnader beror på och om anställningsform har betydelse för hur personcentrerat man upplever att man arbetar.

För att undersöka om det finns något samband mellan om respondenten arbetar mot en eller flera boendeformer och resultatet på mP-CAT-index, provade vi att göra om boendeform till en binär variabel där alla som jobbar mot en boendeform (såväl ordinärt boende som vård- och omsorgsboende och korttidsboende) fick värdet 1 och de som jobbar i flera olika boendeformer fick värdet 2. Linjär regressionsanalys visar då att det finns ett signifikant samband på 95-procentsnivån (se tabell 12). 1,6 procent av variationen i hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar mätt med mP-CAT-index kan förklaras av om respondenterna arbetar med patienter i en eller flera boendeformer. Analysen visar vidare att om en sjuksköterska går från att arbeta med patienter i enbart en boendeform till att arbeta med patienter i flera olika boendeformer så minskar värdet på mP-CAT-index med i genomsnitt 3,23 enheter.

Tabell 12. Samband mellan om respondenten arbetar mot en eller flera boendeformer och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar

Ett eller flera boendeformer (referenskategori = en boendeform)	-3,23** (1,32)
Intercept	52,44*** (1,49)
N	373
Determinationskoefficient (R ²)	,016
F	6,04**

Standardfel i parenteser.

*p < 0.10, **p < 0.05, ***p < 0.01

I tabell 13 nedan sammanfattar vi resultaten från sambandsanalyserna mellan studiens oberoende variabler och hur personcentrerat respondenterna upplever att

de arbetar mätt med mP-CAT-index. Där framgår att den variabel som kan förklara störst andel av variationen i hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar mätt med mP-CAT-index är ålder, år sedan examen, om man arbetar med patienter i en eller flera boendeformer samt om man har en specialistutbildning (se kolumnen standardiserade β -värden). Däremot fann vi inget samband mellan kön eller anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar.

Tabell 13. Sammanfattande resultat för sambanden mellan studiens oberoende variabler och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar mätt med mP-CAT (linjär bivariat regressionsanalys). Endast signifikanta resultat redovisas.

Oberoende variabel	B	Stand. β	R ²	F
Ålder - årsklasser	0,11*** (0,03)	0,17	0,028	10,78***
År sedan examen	0,09** (0,35)	0,13	0,017	6,42**
Arbetar med patienter i en eller flera olika boendeformer	-3,23** (-1,32)	-0,13	0,016	6,04**
Specialistutbildning	1,57* (0,81)	0,10	0,010	3,76*

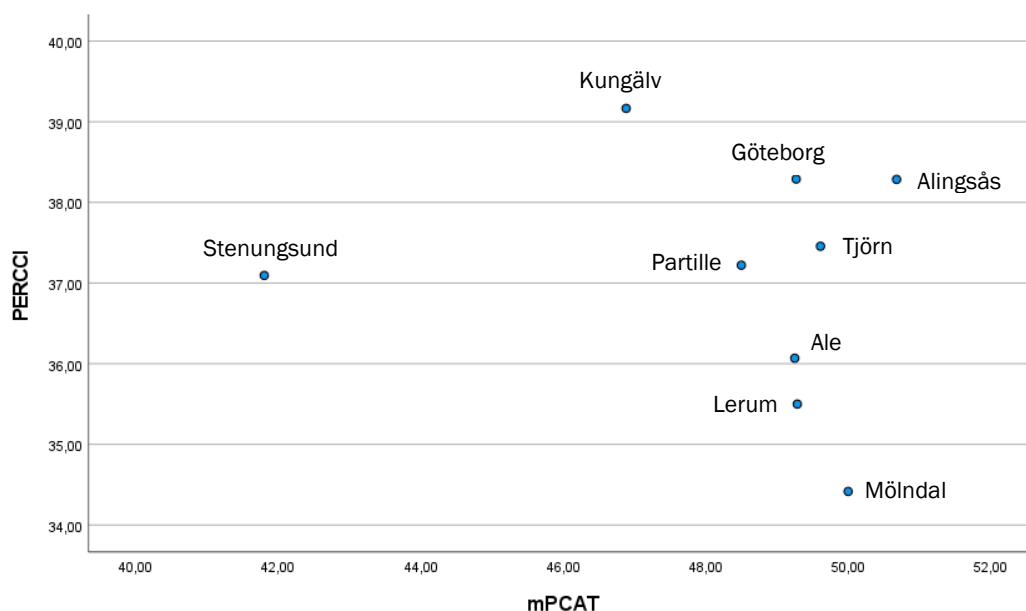
Standardfel i parenteser.

*p < 0.10, **p < 0.05, ***p < 0.01

Samband mellan PERCCI och mP-CAT

Avslutningsvis undersökte vi om det fanns något samband mellan medelvärdet på PERCCI och mP-CAT-index på kommunnivå. Om patienter och personal gör liknande bedömningar av om vården är personcentrerad, borde det finnas ett samband mellan medelvärden på PERCCI och mP-CAT-index. Pearsons korrelationsanalys (Djurfeldt et al. 2018, s. 155) visade emellertid att det inte finns något signifikant samband, vilket framgår av diagram 5 nedan. Resultatet kan tyda på att patienter och personal gör olika tolkningar av vad som utmärker personcentrerad vård, eller att instrumenten PERCCI och mP-CAT mäter olika dimensioner av personcentrering. Eftersom enskilda kommuners medelvärden för PERCCI inte är signifikanta kan vi dock inte dra några säkra slutsatser av resultatet. Nya studier med högre svarsfrekvenser behövs.

Diagram 5. Samband mellan PERCCI och mP-CAT på kommunnivå



DEL III – Fokusgruppsintervjuer

Vi lämnar nu de kvantitativa resultaten av studien och går vidare med att presentera studiens kvalitativa resultat från fokusgruppsintervjuerna.

Svårt att arbeta personcentrerat

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna var tämligen ense om att de tänker mer på att arbeta personcentrerat med patienter som bor i ordinärt boende än med patienter som bor på vård- och omsorgsboende. Några som arbetat både i kommunal hälso- och sjukvård och inom slutenvården ansåg att vården i kommunal hälso- och sjukvård generellt sett är betydligt mer personcentrerad än vård på sjukhus.

Jag är imponerad av personcentreringen som finns i vården i patientens hem. Där anpassar en sig väldigt mycket efter patienten, jämfört med om de ligger på en avdelning, där en inte anpassar efter nästan någonting eftersom verksamheten måste flyta på.

Samtidigt var det flera som lyfte att det inte alltid är lätt att arbeta personcentrerat i kommunal hälso- och sjukvård. Många gånger är tiden knapp när en insats ska utföras och då kan det vara svårt att hinna göra patienten delaktig och lyssna av patientens behov. Deltagarna poängterade också att den kommunala hälso- och sjukvården bygger på samarbete med bland annat patienternas läkare på vårdcentralen och personal i hemtjänsten. Om samverkan inte fungerar så blir resultatet inte bra för patienten, oavsett hur personcentrerat personalen i den kommunala hälso- och sjukvården arbetar.

Deltagarna beskrev att de nog har ett mer personcentrerat förhållningssätt till patienter med omfattande insatser och som befinner sig i ett palliativt skede till skillnad mot patienter som ”bara” får provtagning en gång i veckan i hemmet. Flera menade också att det inte alltid är lätt att få patienten delaktig i vården. En del är så

sjuka att de inte orkar uttrycka sina behov och åsikter. Andra saknar kunskap kring sin vård och hälsa.

Det är inte heller lätt för patienten att ha krav på sin vård, utan kanske litar på personal. Jag tror att patienterna anpassar sig mycket.

Flera av deltagarna menade att hur nöjda patienterna är med den kommunala hälso- och sjukvården till viss del hänger på vilka förväntningar som patienten och deras anhöriga har.

Vissa är tacksamma för minst lilla och vissa tror att vi kan göra allt, vilket vi inte kan. Tydlighet i vad vi kan göra och hur hemsjukvården fungerar kan nog vara viktigt.

Deltagarna menade att kommunikationen om den kommunala hälso- och sjukvården kan förbättras, såväl till patienter och anhöriga som andra aktörer i vården. Flera ansåg att läkare och andra aktörer i regionens sjukvård många gånger inte har tillräckliga kunskaper om den kommunala hälso- och sjukvårdens uppdrag och vilka insatser som kan ges i patientens hem. Flera menade också att den kommunala hälso- och sjukvården kan bli bättre på att informera patienter och anhöriga om vilka insatser som patienten beviljats.

Många gånger ger vi nog bara muntlig information. Det kanske skulle vara bra med skriftlig information också, någon form av patientkontrakt.

Reflektioner kring patientenkäten

Patientenkäten innehöll som bekant fyra delar. Del ett innehöll frågor om trygghet, delaktighet och vårdens utformning. Frågorna i denna del var hämtade från Socialstyrelsens enkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”, men med den skillnaden att ordet hemtjänst hade bytts ut mot hemsjukvård. Del två bestod av en svensk översättning av mätinstrumentet PERCCI (Wilberforce et al., 2018). Del tre innehöll frågor om upplevd hälsa och den fjärde delen innehöll grundläggande sociodemografiska frågor. Under fokusgruppsintervjuerna reflekterade deltagarna både mer allmänt kring enkäten och kring instrumentet PERCCI specifikt.

Vårdplaner

I patientenkäten fanns en fråga om patienten har en skriftlig plan för de insatser de får i hemsjukvården. Nästan 44 procent svarade att de hade en sådan plan. I fokusgruppsintervjuerna diskuterades om sådana skriftliga planer faktiskt finns eller inte. Enbart deltagarna i en av de kommuner som medverkade i fokusgruppsintervjuerna svarade att de har sådana skriftliga planer.

Samtliga patienter har en skriftlig plan för alla insatser. Den ligger i patientens hemsjukvårdspärm.

Deltagarna från denna kommun menade dock att planerna inte alltid är uppdaterade och att det därför inte går att lita på att den skriftliga planen som patienten har hemma är aktuell.

Mycket av kommunikationen med patienten kring behandlingen sker muntligt.

Deltagarna från övriga kommuner som deltog i fokusgruppsintervjuerna svarade att patienten generellt sett inte får någon skriftlig plan för insatserna i hemsjukvården. Några påpekade dock att det kan finnas uppgifter om hälso- och sjukvårdsinsatser i

patienternas genomförandeplan om de bor på särskilt boende eller också har insatser från hemtjänsten. Den skriftliga information som eventuellt finns i patientens hem är dock oftast inte skriven för patienten i första hand, utan som instruktioner till kollegor, exempelvis för hur de ska lägga om ett sår.

Delegering till hemtjänsten, då finns detaljerad skriftlig plan. Det finns, men hur stor är delaktigheten för patienten? Inte så värst tror jag.

Flera av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna trodde att patienterna kan ha blandat ihop genomförandeplanen för insatser inom socialtjänsten med en skriftlig plan för insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården när de besvarade enkäten. Här ansåg några av deltagarna att fördjupade intervjuer med patienterna skulle behöva genomföras för att ta reda på vilka planer som patienterna åsyftat, men också för att mer generellt undersöka om patienterna verkligen förstår vad som är insatser från socialtjänsten respektive kommunal hälso- och sjukvård och ur vilket perspektiv de besvarat enkäten.

Synpunkter på påståenden i PERCCI

I PERCCI ingår som tidigare nämnts tolv påståenden som patienten ska ta ställning till. Resultaten för PERCCI presenterades under fokusgruppsintervjuerna. I följande avsnitt lyfter vi de synpunkter som deltagarna i fokusgruppsintervjuerna hade kring några av påståendena i PERCCI.

I PERCCI ingår påståendet ”Jag har utvecklat nära band med personalen”. Flera av deltagarna ställde sig tveksamma till om höga poäng på detta påstående verkligen är ett tecken på att vården är personcentrerad. Om patienter och personal utvecklar en alltför nära relation kan det vara svårt för personalen att förhålla sig professionellt till patienten. En deltagare gav exempel på att sjuksköterskor haft svårt att skriva ut patienter från den kommunala hälso- och sjukvården just för att de utvecklat nära band.

Frågan är om det är eftersträvänsvärt. Det viktiga är att vi gör ett gott arbete och skapar trygghet. Jag tror det är viktigt att man arbetar i team med patienten, snarare än att ha nära band.

I PERCCI ingår också påståendet ”Jag får tillräckligt med tid för att säga det jag vill till personalen”. Flera av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna påpekade att vissa patienter har ett omätligt behov av att få prata, och att många av de saker som patienten vill prata om inte nödvändigtvis rör den egna hälsan eller insatserna från den kommunala hälso- och sjukvården.

Det är anmärkningsvärt om patienten inte blir lyssnad på kring sitt sjukdomstillstånd, men om det handlar om privata angelägenheter är det kanske ett problem om vi lyssnar för mycket.

Några av deltagarna föreslog att påståendet borde utvecklas så att det står att det gäller patientens sjukdomstillstånd och behandling i hemsjukvården specifikt. Andra menade att det också skulle kunna vara idé att skriva ”personal i hemsjukvården” i stället för bara personalen, eftersom det nu finns en risk att patienten blandar ihop personal som arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården med de som arbetar i exempelvis hemtjänsten.

I PERCCI ingår även påståendet ”Den vård och det stöd som jag får hjälper mig att vara optimistisk kring det som jag fortfarande kan göra”. En majoritet av deltagarna ansåg att påståendet pekar på en central aspekt av personcentrering, nämligen att stärka patientens egna förmågor och kapacitet. Några framhöll dock att det kan finnas motsättningar i kommunen mellan synen på självständighet och vad som krävs för att uppnå detta mellan personalen i den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. En deltagare lyfte ett exempel där den kommunala hälso- och sjukvården ansåg att patientens självständighet skulle stärkas genom att beviljas färdtjänst, medan äldreomsorgen inte hade samma synsätt utan i stället framhöll den kostnad detta skulle innebära för verksamheten.

Ibland är det svårt att hjälpa patienten att stärka deras kapacitet när det kan innebära att en belastar en annan verksamhet. Det är viktigt att vi mellan verksamheter har samma mål.

PERCCI innehåller också påståendet ”Jag får hjälp att hålla kontakt med min omgivning”. Många av deltagarna var kritiska till att detta påstående ingick i ett instrument avsett att mäta hur personcentrerad den kommunala hälso- och sjukvården är eftersom man uppfattade att det är tveksamt om detta är ett uppdrag för den kommunala hälso- och sjukvården

Det handlar snarare om att samordna vårdkontakter. Ibland är det viktigt att hålla kontakt med anhöriga, men generellt är det mer en SOL-uppgift.

Detta påstående var också det påstående i PERCCI som flest patienter avstätt från att ta ställning till (17 procent). Flera av deltagarna i fokusgruppsintervjun funderade på om påståendet verkligen är relevant för alla som är patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Flera reflekterade också över om patienterna kan ha missförstått påståendet.

På hospice hjälper vi till mycket med kontakt med omgivningen om de inte själva kan det. Så för vår del är denna fråga relevant, men kanske inte för den som har hjälp med provtagning en gång i veckan.

Några av deltagarna i fokusgrupperna föreslog att påståendet kanske borde formuleras om och i stället handla om att man som patient får hjälp av hemsjukvården att samordna sina vårdkontakter och sin behandling.

Ytterligare ett påstående som ingår i PERCCI är ”Den vård och omsorg jag får stärker mitt självförtroende”. Här hade fokusgruppsdeltagarna många tankar om just ordet självförtroende och om det är den mest lämpliga översättningen från engelskans ”confidence”. Flera ansåg att påståendet borde bytas ut och ersättas med en formulering som handlar om att bli mer självständig i sin egenvård eller att stärka förmågan att hantera sin egen hälsa och behandling.

Det handlar ju inte om att stärka självförtroendet i största allmänhet utan det som är relaterat till att klara av att hantera sitt sjukdomstillstånd.

I PERCCI ingår dessutom påståendet ”Jag får hjälp med det som är viktigast för mig”. Här reflekterade flera av deltagarna kring att det kan finnas en diskrepans mellan det som patienten vill och det som personalen i den kommunala hälso- och sjukvården upplever som viktigast ur ett medicinskt perspektiv och vad som faktiskt är den kommunala hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård?

De kanske inte alltid tycker att det som vi ger är viktigast. De får kanske såromläggning två gånger i veckan men skulle hellre vilja ha sällskap.

Flera av deltagarna framhöll att man behöver bli bättre på att förklara för patienter och anhöriga varför patienten får en viss insats och varför just den insatsen är viktig. Andra menade att påståendet kanske behöver förtydligas så att det framgår att det är hjälp från hemsjukvården som efterfrågas och inte hjälp från kommunen i största allmänhet.

Reflektioner kring enkäten till sjuksköterskor

Enkäten till sjuksköterskor innehöll, som vi tidigare nämnt, dels bakgrundsfrågor till respondenterna om sådant som ålder och kön, dels instrumentet mP-CAT. I detta avsnitt lyfter vi de synpunkter som deltagarna i fokusgruppsintervjuerna hade kring några av påståendena i mP-CAT.

I mP-CAT ingår påståendet ”Vi har formella teammöten där vi diskuterar den enskildes vård”. I alla fokusgruppsintervjuer förmedlade deltagarna att de som koncept har formella teammöten, men att mötena i praktiken inte alltid blir av. Under pandemin har teammöten periodvis ställts in, dels för att minska smittspridningen, dels för att personalen haft så mycket att göra att teammöten inte hunnits med. Fler av deltagarna framhöll också att det blivit svårare att hålla teammöten sedan införandet av lagen om valfrihet i äldreomsorgen.

Min erfarenhet är att det förändrades då äldreboenden gick över till LOV och privata aktörer. Man jobbade mer tätt i team innan, det har försämrats sedan dess. Det påverkar hur vi organiserar oss.

Några av deltagarna i fokusgrupperna var kritiska till påståendet kring teammöten och tyckte inte nödvändigtvis att teammöten utgör ett mått på om vården är personcentrerad. För att vården ska vara personcentrerad behöver patienten göras delaktig i teammötena.

Vi diskuterar ofta patienter på teammöten, men informerar inte patienten att vi gör det. Det är inte heller alltid som vi återkopplar till patienten vad som sagts på mötet.

Ett annat påstående som ingår i mP-CAT är ”Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har”. Flera av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna reagerade på påståendet och ansåg att livshistorien inte är relevant för alla insatser som ges. Skulle livshistorien alltid dokumenteras skulle det kunna uppfattas som ett onödigt intrång i patientens privatliv menade de.

Jag vet inte om det är lämpligt i alla vårdplaner att livshistorien är med. En går ju på hälsostatus och där kanske den enskildes livshistoria kan vara relevant, men inte alltid. Har vi en plan kring ett sår till exempel så skriver vi inte in livshistorien.

Flera påpekade att livshistorien är viktig när man arbetar med en patient med kognitiv svikt. Det syntes också en tydlig skiljelinje i uppfattning mellan de sjuksköterskor som arbetar på hospice och andra former av vård- och omsorgsboenden och de som främst arbetar med patienter i ordinärt boende. En sjuksköterska som arbetade på hospice uttryckte det så här:

Vi frågar patienten när de kommer till oss vad som betytt mycket för dem och vad som betyder mycket i dagsläget. Det är av vikt för oss för att behandla patienten, och då får

vi ofta en gedigen livshistoria om vi har tid att lyssna. Men det kanske är mer relevant för de som är på hospice än de som har korta, snabba insatser.

Några av deltagarna i fokusgrupperna ansåg också att påståendet kan tolkas på flera olika sätt vilket gör att det finns en osäkerhet kring vad respondenten faktiskt svarat på. En deltagare berättade till exempel att hon arbetar mycket med livshistorier, men att livshistorierna inte finns dokumenterade i hälso- och sjukvårdens vårdplaner. Hon tar del av patienternas livshistorier genom att läsa socialtjänstens dokumentation. Eftersom livshistorierna inte finns dokumenterad i hälso- och sjukvårdens vårdplaner svarade hon nej på påståendet, men funderade under fokusgruppsintervjun på om hon kanske borde ha svarat ja i stället.

Det beror på hur frågan ska tolkas. Är det användningen av livshistorien eller att den finns dokumenterad i en vårdplan som man ska ta ställning till?

Flera av fokusgruppsdeltagarna menade att påståendet bör formuleras om så att det inte kan missförstås. De flesta ansåg att det är viktigt att använda sig av patientens livshistoria i de fall som det är relevant, men att det är mindre viktigt om livshistorien är dokumenterad någonstans.

I mP-CAT ingår även påståendet ”Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en miljö som är anpassad efter den enskildes behov”. Flera av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna ansåg att påståendet inte nödvändigtvis är ett mått på personcentrering. Deltagarna berättade att de ofta ser behov av att göra förändringar i patientens bostad för att den ska vara bättre anpassad efter den enskildes behov och den vård som patienten behöver, men att det inte går att genomföra eftersom patienten eller anhöriga inte vill det. Att göra förändringar i patientens hemmiljö mot dennes eller anhörigas vilja kan ju knappast vara personcentrerad vård.

Jag tänkte lite att det är en prioritering mellan autonomi och att man är gäst i deras hem. Vi är en främling i deras hem. Det tar tid. Det kanske behövs bytas saker men man kan bara rekommendera det i början, men efter tid kanske man kan ta upp det igen efter hand, då en relation har skapats och att man förklarar lite varför man tar upp det igen.

Flera av deltagarna menade också att det bara är hos patienter som bor i ordinärt boende och på LSS-boenden som de ser ett behov av att ibland anpassa miljön. På övriga vård- och omsorgsboenden är miljön redan anpassad och inte något som sjuksköterskorna behöver fundera över. Om påståendet över huvud taget ska vara kvar i mP-CAT, menade flera att det är viktigt att veta var respondenten arbetar någonstans för att kunna dra korrekta slutsatser.

I mP-CAT ingår också påståendet ”Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna”. Kring detta påstående uppstod mycket diskussioner under fokusgruppsintervjun och det fanns en oenighet om relationen eller arbetsuppgiften ska prioriteras och i vilka situationer i så fall.

Jag tycker det är både gott och ont med detta. När en skaffar för tajt relation kan det bli att patienten inte vill att någon annan personal ska komma dit. Men det kan också vara bra för det blir enklare att samarbeta. Men det ska inte vara för privat.

Flera trodde att relationen till personalen betyder mer än att själva insatsen utförs för många enskilda patienters välbefinnande.

Minns inte vad jag svarade, men relationen är ju oerhört viktig för att komma nära patienten och utföra vården. Finns inte relationen kommer patienten inte öppna dörren för mig.

Samtidigt är det många insatser som inte kan prioriteras bort. Om sjuksköterskan avstår från att ge insulin eller bukdiyalys kan situationen snabbt bli livshotande. Många upplevde det därför som både orättvist och omöjligt att ta ställning till om arbetsuppgifternas vikt är underordnade relationen till patienten eller inte.

Det blir orimligt att ställa vårdsäkerhet mot personcentrering.

I mP-CAT ingår dessutom påståendet ”Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov”. Här menade många att de ofta känner stress över att inte räkna till för patienten och att den tid de har att utföra en arbetsuppgift inte alltid är tillräcklig. Samtidigt menade flera att patienternas behov av hjälp och stöd många gånger är omätligt. Det kan också vara så att patienten upplever sig ha ett annat behov än det som de får hjälp med av den kommunala hemsjukvården, men att det behov som patienten upplever som störst inte är något som den kommunala hälso- och sjukvården kan tillgodose eftersom det inte är deras uppdrag.

Vi kanske gör det som är arbetsuppgiften, men patienten kanske upplever att den har ett annat behov, så vi kanske lämnar patienten missnöjd för den hade ett annat behov. Detta är nog lite svärmätt.

Några reflekterade också över att det kan vara svårt att komma till patienten på överenskommen tid om något tagit längre tid än beräknat med en tidigare patient under dagen. Andra påpekade att vissa patienter har önskemål om att personalen ska komma en viss tid varje dag, men att det kan vara omöjligt att tillgodose rent logistiskt. Då finns en risk att patienten känner att dess behov inte blir tillgodosedda oavsett hur personcentrerat sjuksköterskan arbetar ihop med patienten i övrigt.

Enkäter som underlag för utvecklingsarbete

En klar majoritet av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna såg det som mycket positivt att patienters och personals upplevelser av hur personcentrerad kommunal hälso- och sjukvård är har följts upp genom enkätundersökningar. Flera beskrev att de saknat sådan uppföljning tidigare och att enkätundersökningarna framför allt hjälpt till att synliggöra den kommunala hälso- och sjukvården ur patienternas perspektiv.

Det förvånade mig att så många patienter var negativa i sina enkätsvar. Jag upplever ju att vi jobbar väldigt personcentrerat i kommunen. Det är inte bra att fyra procent upplever att vi aldrig tar det som de säger på allvar.

Flera poängterade att denna typ av undersökningar utgör ett viktigt lärotillfälle och sporrar till att förbättra sina resultat. Fokusgruppsdeltagarna var eniga om att sådana enkäter skulle behöva göras årligen i samtliga kommuner i Göteborgsregionen, och gärna även i hela landet. Några föreslog att enkäten skulle kompletteras med ytterligare frågor, eller öppna svarsalternativ där patienterna ges möjlighet att i fritext uttrycka sina åsikter om den kommunala hälso- och sjukvården. En sjuksköterska som tidigare arbetat inom slutenvården gav följande tips:

På akuten så skickade vi en enkät till varje patient. Där frågade vi också patienten vad de tycker vi kan göra bättre, patienten svarar ofta samma saker. Då såg vi mönster på det vi behövde förbättra. Kanske man kan ha det även i denna enkät.

Flera av deltagarna i fokusgrupperna var dock bekymrade över om patienterna förstår skillnaden mellan socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Några föreslog därför att samma patientenkät bör skickas ut till både de som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård och som har hemtjänst eller bor på ett vård- och omsorgsboende för att kunna jämföra resultaten mellan dessa verksamheter. En deltagare föreslog att enkäter till patienter kompletteras med telefonintervjuer där samma frågor ställs som i enkäten för att försäkra sig om att patienterna förstår vilken verksamhet som enkäten avser.

Några av deltagarna framhöll också att de upplevt att flera påståenden i mP-CAT var öppna för olika tolkningar och att en enkät till personal skulle vinna på att precisera och förtydliga de påståenden som ingår. Flera ansåg att enkäten till personal borde gå till alla yrkesgrupper som arbetar i kommunal hälso- och sjukvård, och inte bara sjuksköterskor, så att analyser kan göras av om resultaten skiljer sig åt dem emellan.

Metoder för att nå fler respondenter

Flera av deltagarna i fokusgrupperna var bekymrade över att svarsfrekvensen på patientenkäten var så låg. Många förslag framfördes på hur svarsfrekvensen skulle kunna ökas. Ett förslag var att personal i den kommunala hälso- och sjukvården delar ut och samlar in enkäterna i stället för att de skickas med post. Ett annat förslag var att låta någon i kommunen hjälpa patienter att svara på enkäten, eller att ge patienterna möjligheten att svara på frågorna muntligt.

Jag tänker också att det skulle vara värdefullt att få högre svarsfrekvens, det hade varit jättebra med någon som följer upp inom verksamheten. Kanske någon som håller på med fixartjänster, som kan kolla om patienten behöver hjälp.

Andra var bekymrade för att patienter inte skulle våga svara sanningsenligt på enkäten om personal från kommunen bistår dem i detta. Att säkerställa patienternas anonymitet i den här typen av undersökningar framhölls som central.

Flera av deltagarna funderade över om enkäten till patienterna varit för lång, och att det gjort att flera avstått från att svara. Några ansåg att det kan räcka att bara använda mätinstrumentet PERCCI, eventuellt kompletterat med några enstaka bakgrundsfrågor, för att mäta patientnöjdhet i kommunal hälso- och sjukvård.

Det är bättre att be patienten fylla i PERCCI flera gånger per år i stället för att skicka ut en jättelång enkät en gång om året.

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna påpekade också att en inte oansenlig andel av patienterna som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård saknar förmåga att besvara enkäter på grund av kognitiv sjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning. Här skulle möjligtvis enkäter till patienterna kunna kompletteras med enkäter till anhöriga i stället.

Slutsatser och rekommendationer

I den här rapporten har vi presenterat resultatet av en enkätstudie där vi har undersökt i vilken utsträckning som sjuksköterskor anställda i kommunal hälso- och sjukvård upplever att vården är personcentrerad. I rapporten har vi också diskuterat om enkäter riktade till patienter och personal kan användas för att följa upp om vården är personcentrerad och hur sådana enkäter i så fall bör utformas. Vi har också gjort en fördjupad analys av instrumenten PERCCI och mP-CAT som är utvecklade för att mäta hur personcentrerad vården är ur patienters respektive personals perspektiv. I rapportens sista kapitel sammanfattar vi våra slutsatser och lämnar några rekommendationer inför framtida studier och uppföljningar av personcentrering i kommunal hälso- och sjukvård.

Våra deskriptiva resultat visar att en majoritet av sjuksköterskorna som besvarade enkäten upplevde att de arbetar tämligen personcentrerat baserat på de dimensioner som mäts i mP-CAT. Svarsfrekvensen på enkäten är tillräckligt hög för att kunna dra statistiskt säkerställda slutsatser med fem procents felmarginal för studien som helhet samt med tio procents felmarginal för respondenterna i Göteborgs Stad och Mölndals Stad. Dessutom är resultatet för respondenter som är anställda i Stenungsunds kommun signifikant skilt från resultatet i övriga deltagande kommuner förutom Kungälv.

En analys av Cronbachs alfa för mP-CAT talar för att detta instrument har en hög intern konsistens. Värdet på Cronbachs alfa ökar dock något om påståendet 4 och 12 tas bort från mP-CAT ("Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna" samt "Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön"). Detta talar alltså för att dessa påståenden bör tas bort från mP-CAT för att erhålla högre intern reliabilitet och för att bättre mäta hur personcentrerad som sjuksköterskor upplever att vården är. Detta fynd stämmer överens med de resultat som framkom i fokusgruppsintervjuerna med sjuksköterskor och deras chefer. Resultatet skiljer sig dock från tidigare undersökningar av mP-CAT där en borttagning av dessa påståenden inte förbättrade verktygets interna konsistens (jämför Selan et al., 2017).

Våra analyser visar att det finns signifikanta samband mellan ålder, år sedan examen, specialistutbildning och om man arbetar med patienter i en eller flera boendeformer och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar mätt med mP-CAT. Däremot sågs inget samband mellan kön eller anställningstid i kommunal hälso- och sjukvård och hur personcentrerat respondenterna upplever att de arbetar.

Ålder hade större betydelse för resultatet än år sedan examen, vilket skulle kunna tala för att livserfarenhet har större betydelse än utbildning för hur personcentrerat man upplever att man arbetar. Fler studier skulle behövas för att få mer kunskap om sambandet mellan ålder, yrkeserfarenhet och utbildning och hur personcentrerat sjuksköterskor upplever att de arbetar.

Vi fann inte något samband i medelvärde för PERCCI och mP-CAT-index på kommunnivå. Resultatet kan tyda på att patienter och personal gör olika tolkningar av vad som utmärker personcentrerad vård. Eftersom enskilda kommuners medelvärden för PERCCI inte är signifikanta kan några säkra slutsatser av resultatet dock inte dras. Nya studier med högre svarsfrekvenser behövs där instrumenten valideras mot varandra och där man undersöker om patienter och personal värderar olika faktorer som relevanta i en personcentrerad vård.

Tidigare studier av personcentrerad vård har visat att det finns samband mellan organisatoriska förutsättningar och ledarskapet och hur personcentrerad verksamheten är (se exempelvis Backman et al., 2021; Güney et al., 2021; Rajamohan et al., 2019). I vår studie har vi inte undersökt någon oberoende variabel som mäter organisatoriska förutsättningar eller ledarskap, men ser att det borde göras i framtida undersökningar av personalens förutsättningar att arbeta personcentrerat.

Enkäten till patienter som vi genomfört i en tidigare delstudie (Larsen & Lydahl, 2022) omfattade totalt tio A4-sidor, vilket är en sida mindre än Socialstyrelsens årliga enkät om vad äldre tycker om äldreomsorgen. Trots detta menar de personer som deltog i fokusgruppsintervjuerna att enkäten är för lång. Forskning visar att korta enkäter har högre sannolikhet att få svar (Edwards et al., 2002). För att mäta den upplevda graden av personcentrerad vård hos patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård menar vi därför att det kan räcka att bara använda mätinstrumentet PERCCI, möjligtvis kompletterat med frågor om skattat allmänt hälsotillstånd samt upplevelse av oro och ångest samt eventuellt en fråga om hur nöjd och trygg man känner sig totalt sett med hemsjukvården. För att kunna hålla enkäten så kort som möjligt, torde det vara en fördel om uppgifter om kön, ålder, boendeform och omfattning på insatser från kommunen kunde hämtas från kommunernas journalsystem i stället för att fråga om dessa i enkäten. Huruvida detta är möjligt har vi dock inte undersökt i denna studie.

I fokusgruppsintervjuerna framkom synpunkter på flera av påståendena i PERCCI och att några av dem borde formuleras om för att inte missförstås och bättre mäta graden av personcentrerad vård ur patienters perspektiv. Ett förslag på en modifierad patientenkät baserad på resultatet från fokusgruppsintervjuerna presenteras i bilaga 4. Ytterligare studier skulle behövas för att modifiera PERCCI och validera den nya versionen samt för att pröva en reviderad enkät och eventuell samkörning med individdata i kommunerna.

Flera svagheter med enkäten till patienter har framkommit genom fokusgruppsintervjuerna. En av svagheterna är att det finns en osäkerhet om patienterna förstått om de svarat på en enkät om hemsjukvård eller om de också vägt in alla insatser de har från hälso- och sjukvården eller kommunen, exempelvis från hemtjänsten. Ett sätt att kontrollera detta i framtida studier är att komplettera enkäter med telefonintervjuer där detta klargörs. En annan svaghet med enkäten till patienter är den låga svarsfrekvensen. Vi tror att svarsfrekvensen skulle kunna förbättras genom att korta ner enkäten och genom att personal distribuerar och samlar in enkäten i förslutna kuvert i stället för att enkäten ska skickas med posten. Eftersom många patienter inte har möjlighet att svara på enkäter på grund av

kognitiv svikt eller intellektuell funktionsnedsättning tror vi också att det skulle kunna finnas ett värde av att anhöriga ges möjlighet att svara på en särskild anhörigenkät om patienten inte har kapacitet att svara. Ytterligare studier skulle dock behövas för att testa nya distributionsmetoder av enkäten och enkäter till anhöriga som komplement till patientenkäter.

En svaghet med enkäten till sjuksköterskor som framkom i fokusgruppsintervjuerna är att flera av de påståenden som ingår i mP-CAT är svårtolkade och att alla inte nödvändigtvis utgör ett mått på hur personcentrerat sjuksköterskor upplever att de arbetar. Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna framhöll att några påståenden skulle vinna på att formuleras om, eller helt plockas bort från mP-CAT, så att det mer tillförlitligt mäter hur personcentrerat personal upplever att de arbetar i kommunal hälso- och sjukvård. Ett förslag på en modifierad version av mP-CAT baserat på resultatet från fokusgruppsintervjuerna och Chronbach's alfa presenteras i bilaga 5. Ytterligare studier behövs emellertid för att validera den nya versionen.

Trots de svagheter som enkäter till patienter och personal visat sig ha för att mäta hur personcentrerad den kommunala hälso- och sjukvården är, framgick det tydligt av fokusgruppsintervjuerna att sjuksköterskor och deras chefer ställer sig mycket positiva till den här typen av uppföljningar inom den kommunala hälso- och sjukvården och gärna ser att enkäter till patienter och personal genomförs årligen.

Referenser

Abdi, H & Williams, L. J. (2010) Tukey's Honestly Significant Difference (HSD) Test. I: Salkind, N. (red) *Encyclopedia of Research Design*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Alharbi, T., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A. & Olsson, L-E. (2014). Experiences of person-centred care – patients' perceptions: Qualitative study. *BMC Nursing*, 2014, Vol. 13, Iss. 28, 13(28). DOI: 10.1186/1472-6955-13-28

Arman, R. (2019). "Vi är ingen ö" – vardagen i kommunal hälso- och sjukvård ur ett medarbetarperspektiv. Göteborgsregionen, FoU i Väst.

<https://www.goteborgsregionen.se/download/18.a9a62fa16dd75a97b01e80d/1571311287798/Rapport%20Vi%20%C3%A4r%20ingen%20%C3%B6%20KHSV.pdf>.

Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C. (2013). Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients – a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Compl Alt Med*. Nov 7;13(1):308. DOI: 10.1186/1472-6882-13-308

Backman, A., Sandman, P-O., Sköldunger, A. (2021). Characteristics of nursing home units with high versus low levels of person-centred care in relation to leadership, staff, resident and facility factors: findings from SWENIS, a cross-sectional study in Sweden. *BMC Geriatrics*. 21:498. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02434-0>

Brännström, M., Boman, K. (2014). Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *Eur J Heart Fail*. 16(10):1142-51. doi: 10.1002/ejhf.151.

Bryman, A. (2008). Samhällsvetenskapliga metoder. Andra upplagan. Stockholm: Liber.

Chia, K. (1997). Significant-itis " -An Obsession with the P-value. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(2), 152-154. doi:10.5271/sjweh.193

Cohens, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate Publishers. Second Edition.

De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. The Health Foundation Inspiring Improvement. <https://www.bl.uk/collection-items/helping-measure-personcentred-care-a-review-of-evidence-about-commonly-used-approaches-and-tools-used-to-help-measure-personcentred-care>

Djurfeldt, G., Larsson, R & Stjärnhagen, O. (2018). *Statistisk verktygslåda 1 - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Fethersonhaugh, D., Nay, R., Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*. 22(1)101–108. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610209990688>.

Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M., & Sandman, P. O. (2014). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: Associations with person-centredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), 269–276. DOI: 10.1111/opn.12030

Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGiuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *Bmj*, 324(7347), 1183. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7347.1183>

Ekman, I., Wolf A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9):1112–1119. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr306>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care – Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3rd edition. London: Sage.

Fors, A., Blanck, E., Ali, L., Ekberg-Jansson, A., Fu, M., Lindström Kjellberg, I., Mäkitalo, Å., Swedberg, K., Taft, C., Ekman, I. (2018). Effects of a person-centred telephone-support in patients with chronic obstructive pulmonary disease and/or chronic heart failure – A randomized controlled trial. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203031>

Güney, S., Karadağ, A., El-Masri, M. (2021). Perceptions and experiences of person-centered care among nurses and nurse aides in longterm residential care facilities: A systematic review of qualitative studies. *Geriatric Nursing*, 42(4), 816-824. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.005>

Hansson, E., Ekman, I., Swedberg, K., Wolf, A., Dudas, K., Ehlers, L., Olsson, L. E. (2016). Person-centred care for patients with chronic heart failure - a cost-utility analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 15(4):276-84. doi: 10.1177/1474515114567035. Epub 2015 Jan 16. PMID: 25595358.

Larsen, T., & Lydahl, D. (2022). *Personcentrering i en kommunal kontext – analys av en enkät till patienter med hemsjukvård*. Göteborgsregionen, FoU i Väst. <https://goteborgsregionen.se/download/18.7c48537717dc24f25642870f/1643278998242/Rapport%20Personcentrering%20i%20kommunal%20kontext%20Patientenk%C3%A4t.pdf>

Larsen, T., & Lydahl, D. (2021a). *Hur personcentrerad tycker sjuksköterskor att vården är? Resultat för nio kommuner i Göteborgsregionen*. Göteborgsregionen, FoU i Väst. <https://goteborgsregionen.se/download/18.5242224a17ce9bd8a6616641/1637750264171/Hur%20personcentrerad%20tycker%20sjuksk%C3%B6terskor%20att%20v%C3%A5rden%20%C3%A4r.pdf>

Larsen, T., & Lydahl, D. (2021b). *Patientenkät kommunal hälso- och sjukvård 2021. Resultat för elva av Göteborgsregionens kommuner*. Göteborgsregionen, FoU i Väst. <https://goteborgsregionen.se/download/18.2dba85da17ba873fda1a8413/1631937846688/Patientenk%C3%A4t%20kommunal%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd%202021.pdf>

Larsen, T., Nilsson, Å. & Olsson, J. (2021). Utveckling av nyckeltal för att följa omställningen till god och nära vård i Göteborgsregionens kommuner. Göteborgsregionen, FoU i Väst. <https://goteborgsregionen.se/download/18.31305b8f178fec5d5c8611f/1619753095420/Nyckeltal%20n%C3%A4ra%20v%C3%A5rd%20och%20omsorg%20i%20G%C3%B6teborgsregionen.pdf>

Larsen, T., & Nordenhielm, S. (2020). *Personcentrering i kommunal vård och omsorg*. Göteborgsregionen, FoU i Väst. <https://goteborgsregionen.se/download/18.664d3f7f16fd04123b9e4058/1580204582375/personcentrering-inom-kommunal-var-d-och-omsorg.pdf>

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 662-673. DOI: 10.1111/scs.12376

Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Qualitative Research Methods Series 15. A Sage University Paper. Andra upplagan.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Rapport 2018:8. <https://www.vardanalys.se/rapporter/fran-mottagare-till-medskapare/>

Rajamohan, S., Porock, D., Chang, Y-P. (2019). Understanding the Relationship Between Staffand Job Satisfaction, Stress, Turnover, and Staff Outcomes in the Person-Centered Care Nursing Home Arena. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(5), 560-568. <https://doi.org/10.1111/jnu.12488>

Selan, D., Jakobsson, U., Condelius, A. (2017). The Swedish P-CAT: modification and exploration of psychometric properties of two different versions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3):527–535.

Sköldunger, A., Sandman, P-O., Backman, A. (2020). Exploring person-centred care in relation to resource utilization, resident quality of life and staff job strain – findings from the SWENIS study. *BMC Geriatrics*, 20:465, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01855-7>

Socialstyrelsen (2020a). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården?* <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen (2020b). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2020*.

Socialstyrelsen (2019a). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>

Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård?

Socialstyrelsen (2019b). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-21.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Diagnoser och dödsorsaker, patienter i kommunal hälso- och sjukvård*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-17-bilaga.xls>

SOU 2019:29 *God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*. <https://www.regeringen.se/4ada85/contentassets/3fcc1ab1b26b47bb9580c94c63456b1d/god-och-nara-var-d-sou-2019-29.pdf>

Talabani, N., Ångerud, K. H., Boman, K., & Brännström, M. (2020). Patients' experiences of person-centred integrated heart failure care and palliative care at home: an interview study. *BMJ supportive & palliative care*, 10(1), e9–e9. DOI: 10.1136/bmjspcare-2016-001226

Vårdförbundet (2020). *Delegering*. <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/regelverket-i-varden/delegering/>

Vårdhandboken (2019). *Personcentrerad vård*. <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

Walsh, S., O'Shea, E., Pierse, T., Kennelly, B., Keogh, F., & Doherty, E. (2020). Public preferences for home care services for people with dementia: A discrete choice experiment on personhood. *Social Science & Medicine*, 245, 112675. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112675

Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., & Roberts, C. (2018). The preliminary measurement properties of the person-centred community care inventory (PERCCI). *Quality of Life Research*, 27(10):2745–2756. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1917-1>

Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ open*, 7(7), e016491. DOI:10.1136/bmjopen-2017016491

Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Swedberg, K., & Ekman, I. (2012). Impacts of patient characteristics on hospital care experience in 34,000 Swedish patients. *BMC nursing*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-8>

Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård?

Bilaga 1. Enkät till sjuksköterskor

Bilaga 2. Intervjuguide fokusgruppsintervjuer

1. Introduktion – presentation av studiens syfte, godkännande att delta och spela in, hur vi behandlar informationen, hur resultaten redovisas m m
2. Presentationsrunda – förnamn, erfarenhet som ssk, nuvarande uppdrag
3. Forskare presenterar arbetsgruppens resultat samt kommunens resultat av patientenkäten
4. Gemensam reflektion kring resultaten. Vad tänker ni kring resultaten? Känner ni igen er? Är det något som förvånar? Finns det påståenden i instrumenten som ni ser behöver justeras? Varför i så fall?
5. Hur upplever ni att instrumenten mP-CAT i kombination med patientenkäter fungerar för att undersöka i vilken utsträckning som vården och omsorgen är personcentrerad? Skulle de kunna användas för att utveckla den vård och omsorg som ges i kommunen så att den blir mer personcentrerad? Varför/varför inte?
6. Om begreppet personcentrering inte kommit upp till diskussion tidigare, avsluta med att fråga hur de ser på personcentrering – vad det innebär i kommunal hälso- och sjukvård.

Bilaga 3. Tabeller

Tabell 18. Signifikanta skillnader i medelvärden för mP-CAT mellan Stenungsunds kommun och övriga kommuner

Kommun	Jämförelsekommun	Skillnad medelvärde mP-CAT-index	Standardavvikelse	Sig.
Stenungsund	Ale	-7,45*	2,487	0,071
	Alingsås	-8,88***	2,22	0,003
	Göteborg	-7,47***	1,739	0,001
	Kungälv	-5,08	2,446	0,490
	Lerum	-7,49*	2,584	0,093
	Möndal	-8,20***	2,058	0,003
	Partille	-6,70*	2,205	0,063
Tjörn	-7,81**	2,409	0,035	

*p < 0.10, **p < 0.05, ***p < 0.01

Tabell 19. Signifikanta skillnader i medelvärden för mP-CAT fördelat var majoriteten av patienterna bor som respondenterna vårdar

Var bor majoriteten av patienterna som du vårdar?	Jämförelse boendeform	Skillnad medelvärde mP-CAT-index	Standardavvikelse	Sign.
Fler boendeformer	Ordinärt boende	-3,17	1,39	0,104
	Vård- och omsorgsboende	-3,97**	1,41	0,026
	Korttidsboende	-1,65	1,60	0,734

*p < 0.10, **p < 0.05, ***p < 0.01

Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård?

Tabell 22. Cronbach's alfa för mP-CAT

Cronbach's alfa för mP-CAT = 0,825 (13 påståenden)

Påstående i mP-CAT	Cronbach's Alpha om påståendet stryks
1. Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskildes behov.	0,811
2. Vi har formella teammöten där vi diskuterar den enskildes vård.	0,821
3. Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har	0,816
4. Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna.	0,828
5. Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur den enskilde vill ha det.	0,809
6. Vården är anpassad efter den enskildes behov.	0,802
7. Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov.	0,804
8. Miljön hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskildes behov.	0,813
9. Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en miljö som är anpassad efter den enskildes behov.	0,804
10. Den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som är anpassad efter den enskildes behov.	0,800
11. Bedömning av den enskildes behov sker vid varje kontakt.	0,816
12. Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön.	0,832
13. Vi tar hänsyn till den enskildes önskingar i den vård som ges.	0,812

Bilaga 4. Förslag på reviderad version av patientenkät

	Aldrig eller sällan	Ibland	Ofta	Alltid
De första sex påståendena rör personal som tar hand om dig i hemsjukvården, t ex sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska.				
1. Personalen tar det jag säger på allvar.				
2. Personalen bemöter mig med vänlighet, som om jag betyder något för dem.				
3. Personalen märker när jag har bättre och sämre dagar.				
4. Jag har utvecklat nära band med personalen. Jag har förtroende för personalen.				
5. Personalen förstår vilka områden i livet jag behöver hjälp med.				
6. Jag får tillräckligt med tid för att säga det jag vill säga till personalen om min hälsa och behandling.				
De sista sex påståendena rör din hemsjukvård totalt sett.				
7. Den vård och det stöd som jag får hjälper mig att vara optimistisk kring det som jag fortfarande kan göra.				
8. Jag har något att säga till om i beslut som fattas om min vård och omsorg.				
9. Jag får hjälp att hålla kontakt med min omgivning. Personalen hjälper mig att samordna min vård.				
10. Jag får hjälp med det som är viktigast för mig.				
11. Mina åsikter om min vård och omsorg respekteras.				
12. Min vård och omsorg stärker mitt självförtroende. Min vård och omsorg stärker min förmåga att hantera min sjukdom och behandling.				

13. Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med hemsjukvården?

Kryssa endast för ett alternativ.

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd
- Vet inte/Ingen åsikt

Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård?

14. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Kryssa endast för ett svarsalternativ.

- Mycket gott
- Ganska gott
- Någorlunda
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

15. Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?

Kryssa endast för ett svarsalternativ.

- Nej
- Ja, lätta besvär
- Ja, svåra besvär

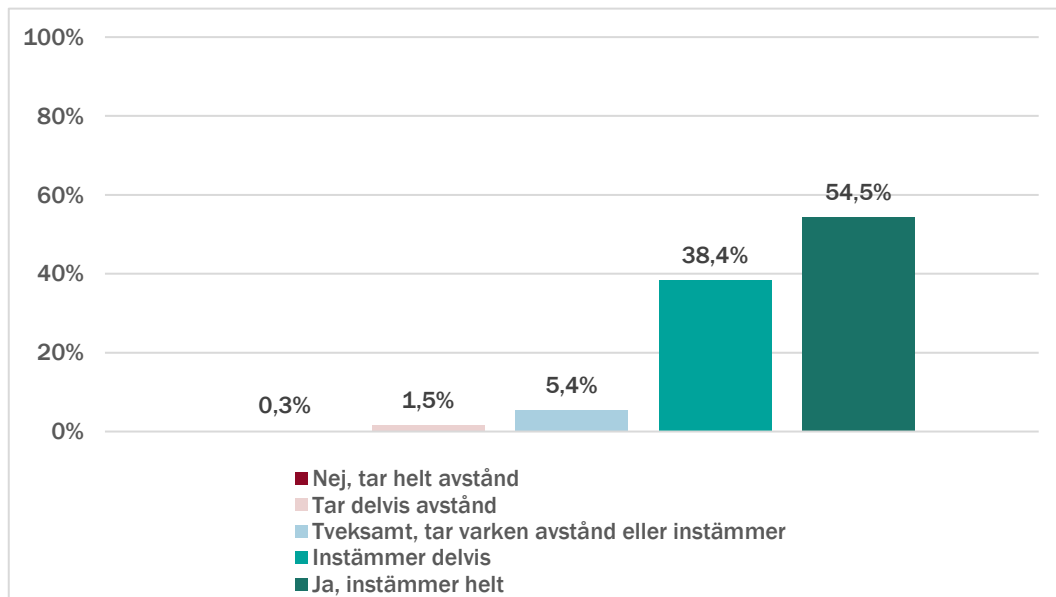
Bilaga 5. Förslag på reviderad version av mP-CAT

1. Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskildes behov.
2. Vi har formella teammöten där vi diskuterar den enskildes vård.
3. ~~Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har.~~
Ny lydelse:
Kunskaper om den enskildes livshistoria används i den enskildes vård.
4. ~~Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna.~~
5. Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur den enskilde vill ha det.
6. Vården är anpassad efter den enskildes behov.
7. Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov.
8. Miljön hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskildes behov.
9. ~~Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en miljö som är anpassad efter den enskildes behov.~~
Ny lydelse:
Det är viktigare att få arbetsuppgiften gjord än att skapa goda relationer med den enskilde.
10. Den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som är anpassad efter den enskildes behov.
11. Bedömning av den enskildes behov sker vid varje kontakt.
12. ~~Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön.~~
13. Vi tar hänsyn till den enskildes önskningar i den vård som ges.

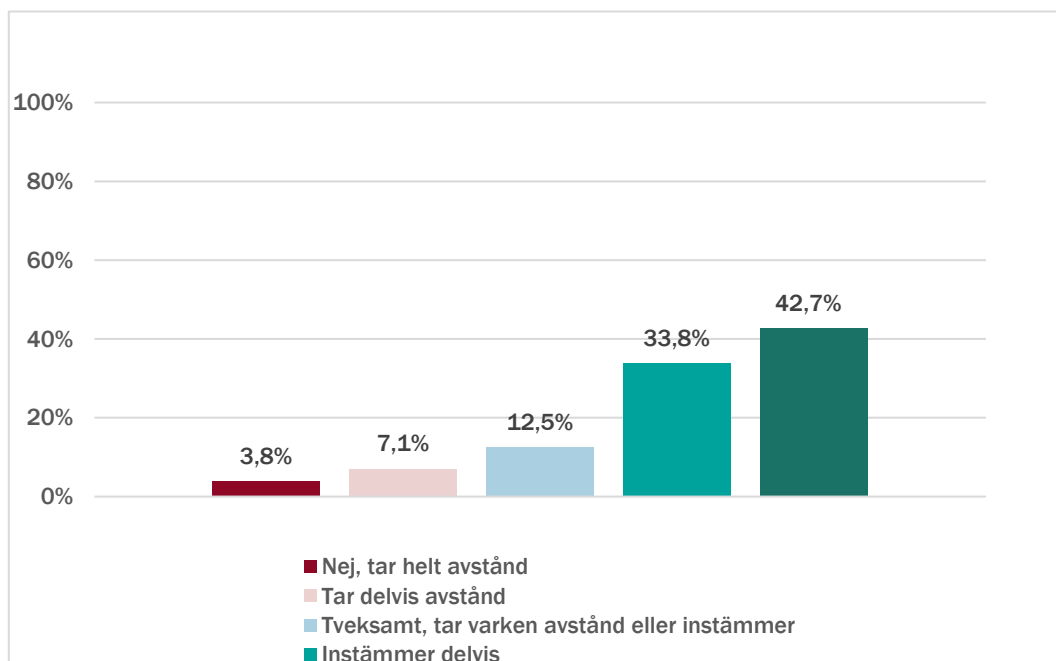
Bilaga 6. Deskriptiva resultat för enkäten till sjuksköterskor

Andel sjuksköterskor som angett ett visst svarsalternativ

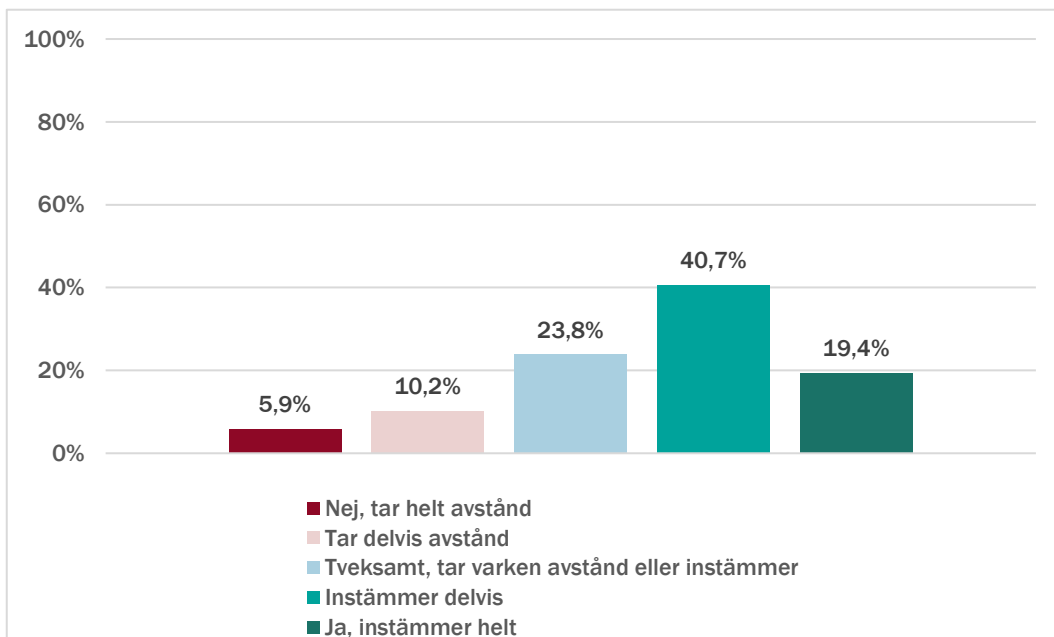
Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskildes behov.



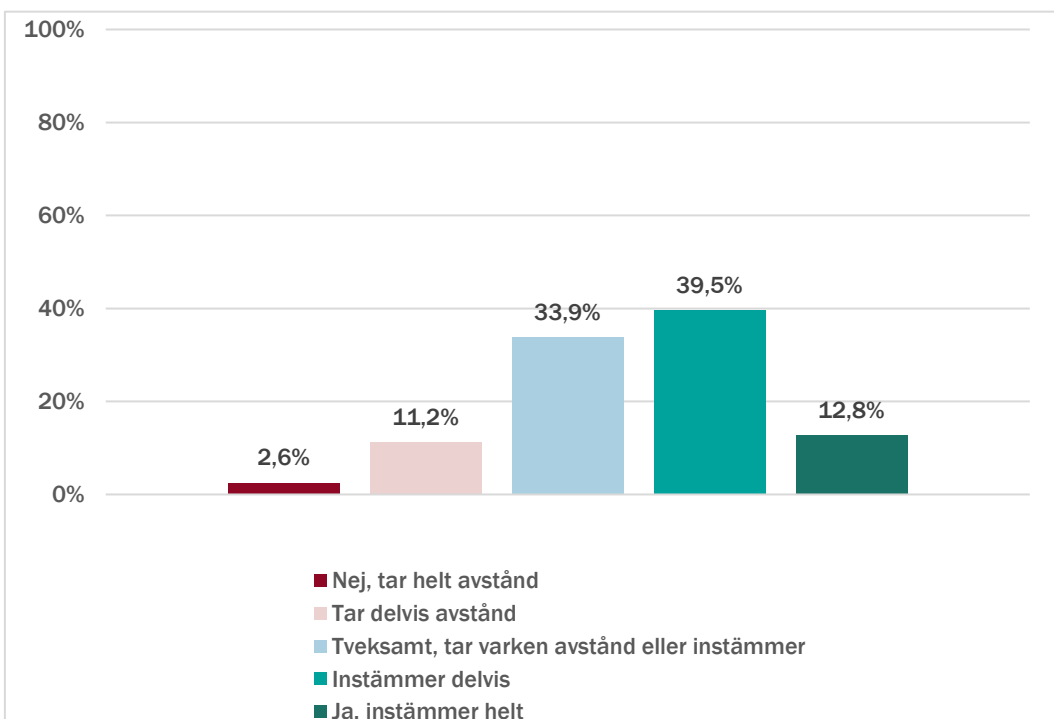
Vi har formella teammöten där vi diskuterar den enskildes vård.



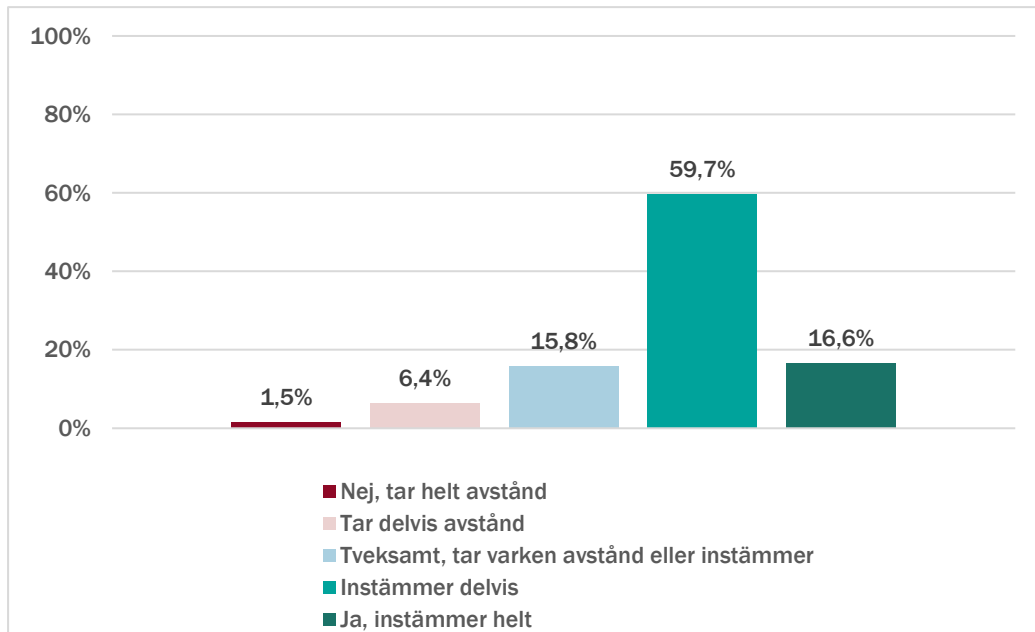
Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har.



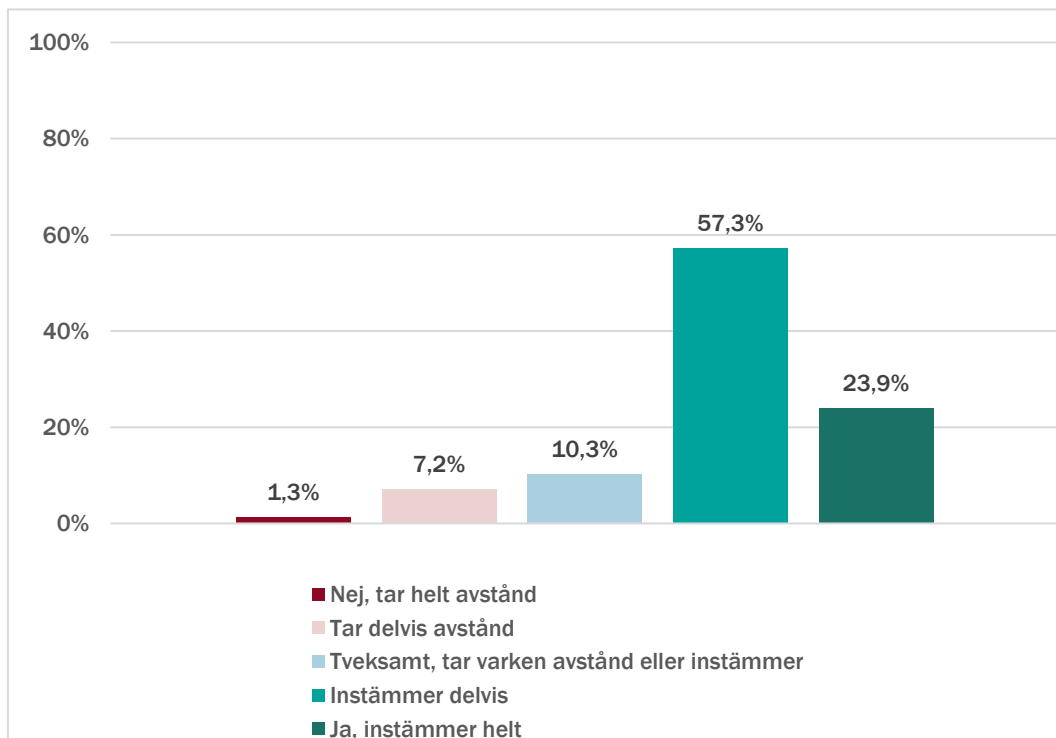
Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna.



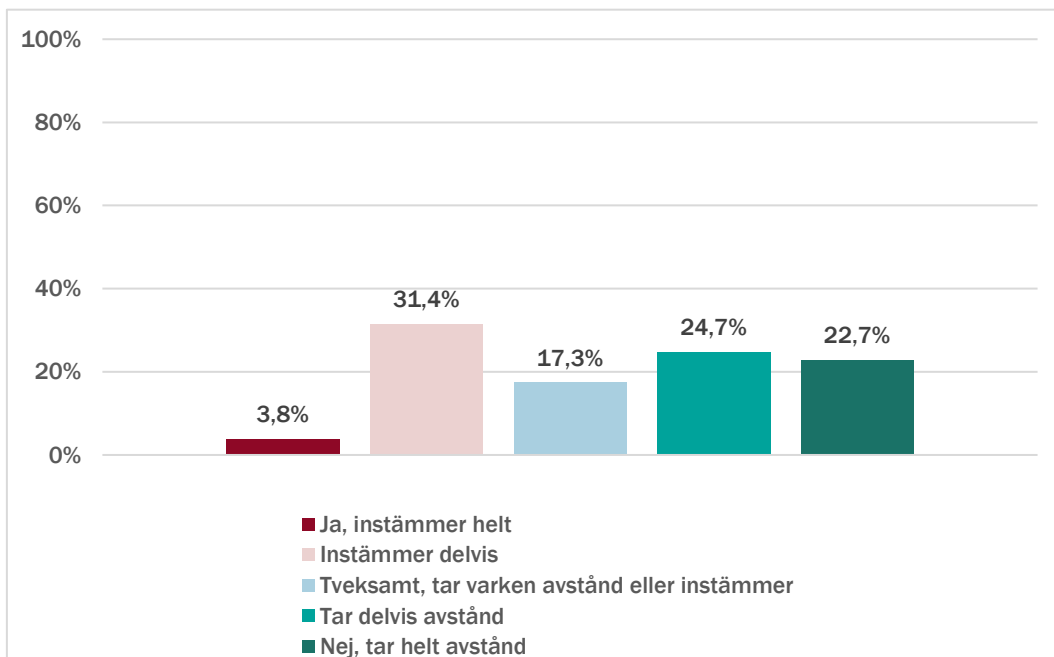
Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur den enskilde vill ha det.



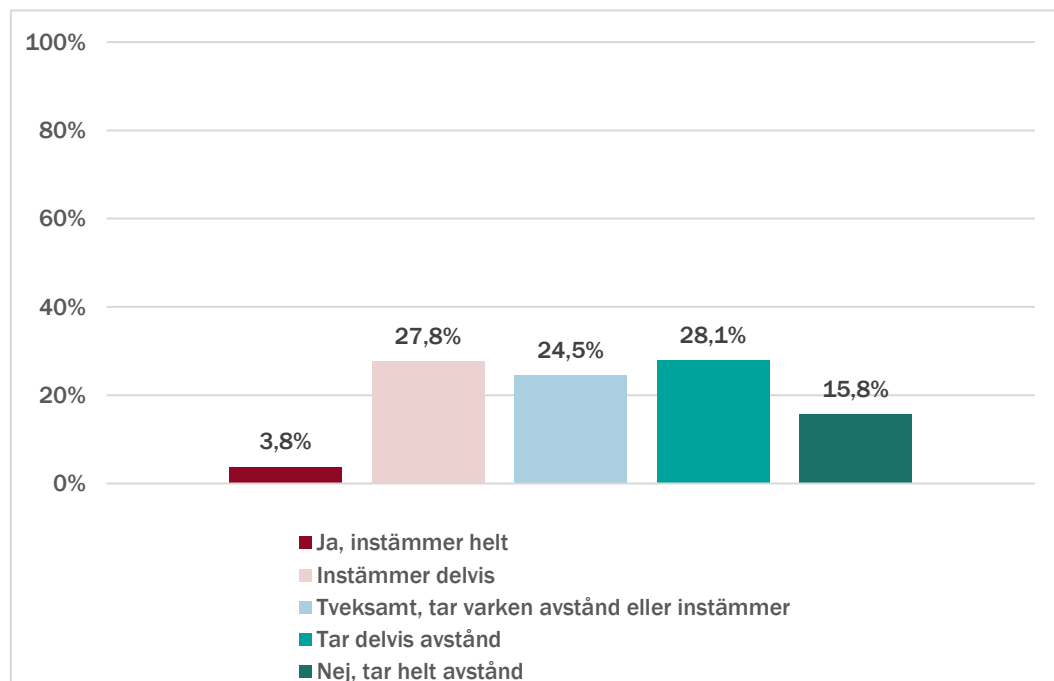
Vården är anpassad efter den enskildes behov.



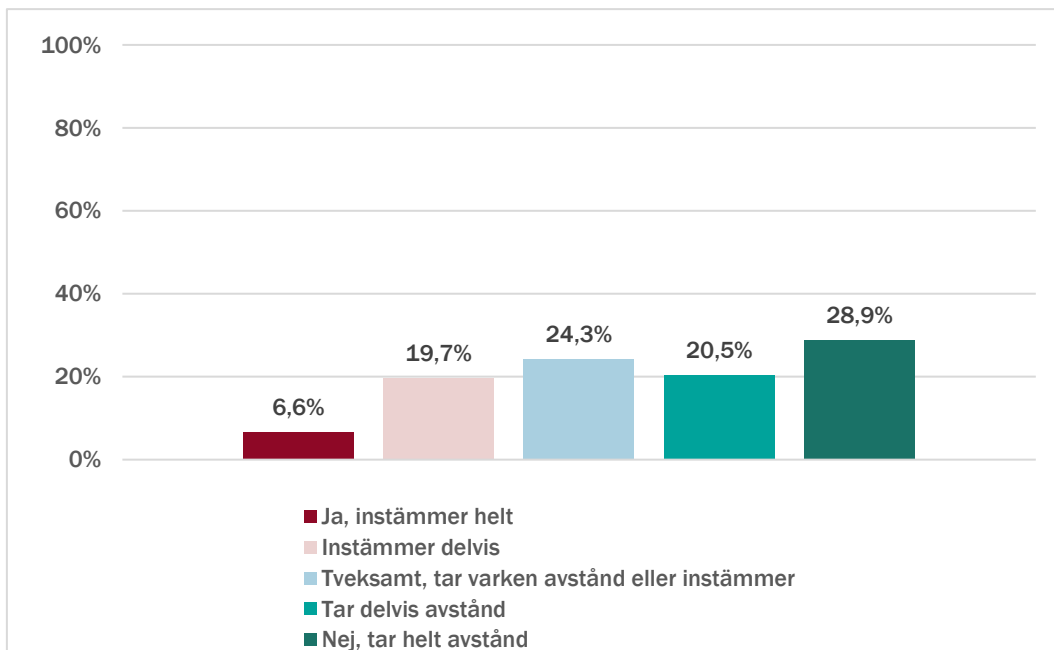
Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov.



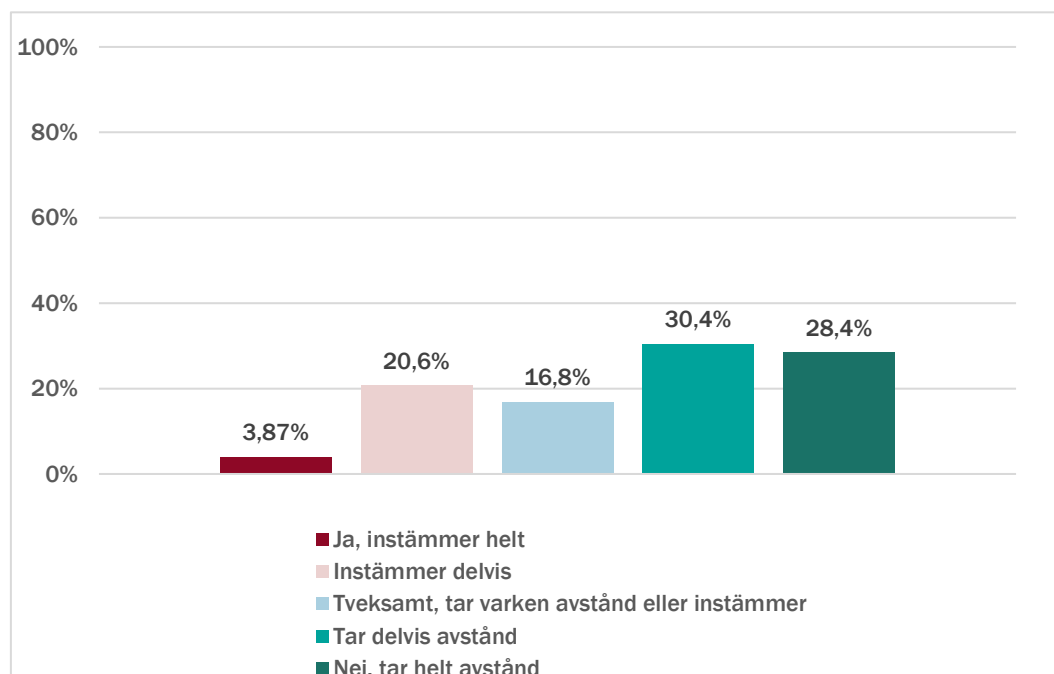
Miljön hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskildes behov.



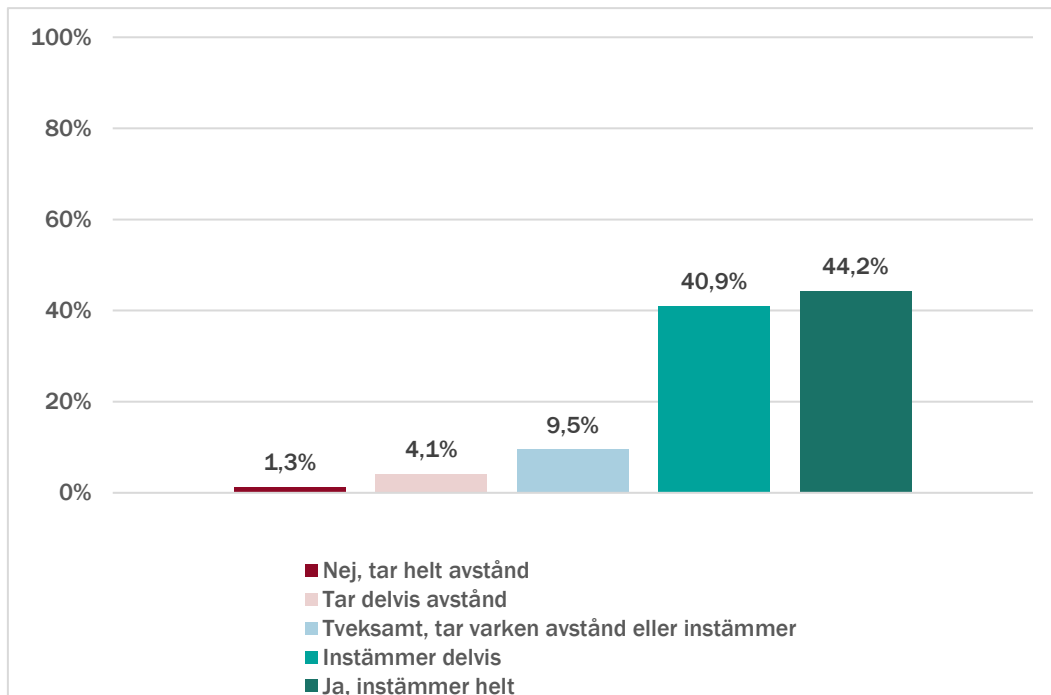
Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en miljö som är anpassad efter den enskildes behov.



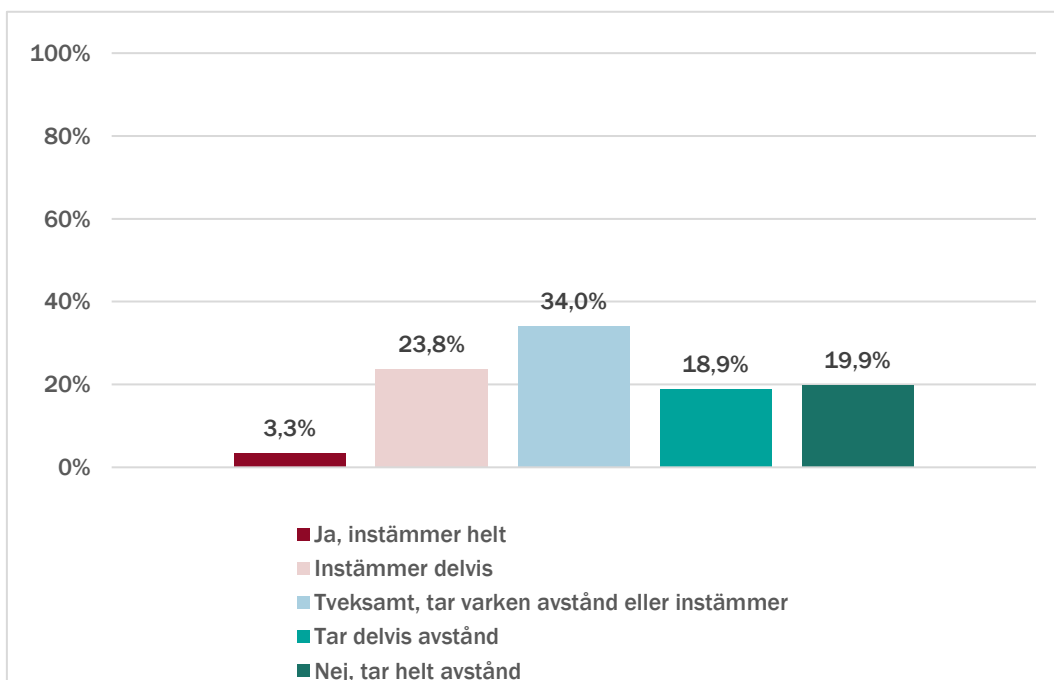
Den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som är anpassad efter den enskildes behov.



Bedömning av den enskildes behov sker vid varje kontakt.



Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön.



Vi tar hänsyn till den enskildes önsknings i den vård som ges.

