

Personcentrering i en kommunal kontext

– Analys av en enkät till patienter
med hemsjukvård

Theresa Larsen och Doris Lydahl
Februari 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
Theresa Larsen och Doris Lydahl



GÖTEBORGS
REGIONEN

Innehåll

Förord	4
Sammanfattning.....	5
Syfte	5
Metod	5
Resultat	6
Slutsatser	7
Inledning	8
Vad är kommunal hälso- och sjukvård?	9
Syfte och frågeställningar.....	10
Tidigare forskning.....	11
Effekter av personcentrerad vård.....	11
Personcentrerad vård i hemmet.....	11
Äldre personers upplevelser av personcentrerad vård.....	11
Vad påverkar patienters upplevelse av vård?.....	12
Att mäta och utvärdera personcentrerad vård.....	12
Metod.....	14
Enkäten.....	14
Tillvägagångsätt	14
Etiska frågeställningar	17
Variabler och analys	17
Enkätens reliabilitet och validitet.....	18
Resultat	20
Svarsfrekvenser.....	20
Ålder och kön.....	20
Boendeform	21
Hjälp att besvara enkäten	21
Födelseland.....	21
Utbildningsnivå.....	21
Hälsotillstånd.....	22
Skriftliga kommentarer på enkäten	24
PERCCI	24
Medelvärden på PERCCI-skalan för några av studiens oberoende variabler....	27
Analys	30

Finns det något samband mellan sociodemografiska faktorer och upplevd grad av personcentrering?.....	30
Finns det något samband mellan vem som fyllt i enkäten och upplevd grad av personcentrering?.....	32
Finns det något samband mellan den fysiska och psykiska hälsan på upplevd grad av personcentrering?	32
Allmänt hälsotillstånd.....	32
Ängslan, oro och ångest	34
Rörlighet.....	35
Finns det något samband mellan hur nöjd och trygg man är med hemsjukvården och upplevd grad av personcentrering?.....	35
Trygghet och otrygghet	36
Nöjdhet och missnöjdhet	36
Finns det något samband mellan om man har en vårdplan och upplevd grad av personcentrering?.....	37
Slutsatser och rekommendationer	39
Referenser	41
Bilaga 1. Deskriptiva resultat för enkäten till patienter i kommunal hälso- och sjukvård 2021	45
Bilaga 2. Patientenkät	53
Bilaga 3. Chronbachs alfa för PERCCI.....	65

Förord

Grunden för den här rapporten är en enkätundersökning om upplevelser av den kommunala hälso- och sjukvården. Vi vill därför rikta ett stort tack till alla patienter som tog sig tid att svara på enkäten.

Enkätstudien hade inte varit möjlig utan det stöd och den hjälp vi fått från sjuksköterskor och andra personer i kommunerna som har bistått i att förse oss med adresser, klistra adressetiketter och skicka ut enkäterna. Utan er insats – ingen studie. Stort tack!

Vi vill också rikta ett varmt tack till Jenny Rangmar, FoU i Väst, och Patrik Vulkan, Institutionen för Sociologi och Arbetsvetenskap, Göteborgs universitet, för hjälpsam genomläsning och feedback på våra kvantitativa analyser.

Theresa Larsen och Doris Lydahl

Göteborg i december 2021

Sammanfattning

Denna rapport handlar om resultatet av en undersökning om vad patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård tycker om vården och i vilken utsträckning som vården upplevs vara personcentrerad. Personcentrerad vård anses eftersträvansvärt både internationellt och i Sverige. Idag följer kommuner dock inte systematiskt upp i vilken utsträckning den vård och omsorg som ges faktiskt är personcentrerad. Det finns därtill få instrument som syftar till att undersöka personcentrering inom hemsjukvården.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka i vilken utsträckning den kommunala hälso- och sjukvård som ges såväl i ordinärt boende som på vård- och omsorgsboenden upplevs som personcentrerad och vad som kan förklara att denna vård upplevs som mer eller mindre personcentrerad. Studien syftade också till att testa om ett mätinstrument som heter PERCCI (the Person-Centred Community Care Inventory) är användbart för att undersöka i vilken utsträckning den kommunala hälso- och sjukvården upplevs som personcentrerad ur ett patientperspektiv. Mer specifikt skulle studien besvara följande frågeställningar:

1. Hur upplever patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvården den vård och omsorg de får?
2. I vilken utsträckning upplever de att den kommunala hälso- och sjukvården är personcentrerad?
3. Finns det några samband mellan hälsa och välmående, upplevelse av hemsjukvården samt individuella faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland liksom boendeform och upplevd grad av personcentrering?

Metod

För att besvara våra forskningsfrågor skickade vi ut en enkät till patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården i 11 av Göteborgsregionens 13 medlemskommuner. Enkäten bestod av fyra delar. Del 1 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. Instrumentet består av 12 påståenden. Ursprungsversionen har utvecklats av forskare i Storbritannien och syftar till att mäta i vilken utsträckning som äldre personer som bor hemma upplever att vården och omsorgen är personcentrerad. Varje påstående ger mellan 1 och 4 poäng. Ett totalvärde beräknas (12–48 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering. Del tre innehöll frågor om upplevd hälsa och den fjärde delen innehöll grundläggande sociodemografiska frågor.

Enkäten skickades ut till 1 830 slumpmässigt utvalda patienter som var inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård den 1 mars 2021. 411 av enkäterna besvarades vilket ger en svarsfrekvens på 22,5 procent. Svarsfrekvensen är inte tillräckligt hög för att kunna dra statistiskt signifikanta slutsatser för enskilda kommuner, varför inga resultat på kommunnivå redovisas i denna rapport.

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 indikerar emellertid att det inte finns någon skevhet avseende kön, ålder eller boendeform bland de som besvarat enkäten i jämförelse med totalpopulationen.

Enkäten analyserades först deskriptivt vilket innebar att vi redovisade fördelningen av svar på enkätfrågorna och räknade ut medelvärden. I ett senare skede analyserades sambandet mellan olika enkätfrågor genom så kallad regressionsanalys. Denna typ av analys syftar till att visa effekten av en enkätfråga (den oberoende variabeln) på en annan (den beroende variabeln).

Resultat

Studien visar att 83,4 procent av patienterna som besvarade enkäten var mycket eller ganska nöjda med hemsjukvården och 82 procent var mycket eller ganska trygga med hemsjukvården.

Vidare visar de dimensioner som mäts genom instrumentet PERCCI att de flesta upplever vården som personcentrerad. Medelvärdet samt medianvärdet för svaren på PERCCI-skalan var 37,0 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 visar 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 visar 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 går från att bo i ordinärt boende till att flytta till ett vård- och omsorgsboende så upplever man vården som mindre personcentrerad.

I vår studie kan vi också se samband mellan upplevt allmänt hälsotillstånd samt om man har ångslan, oro eller ångest och upplevd grad av personcentrering. Med stöd i tidigare forskning tyder våra analyser på att ju högre patienterna skattar sin hälsa, desto mer personcentrerad upplever man vården. På motsvarande sätt visar våra analyser att ju mer besvär patienterna har med ångslan, oro eller ångest, desto

mindre personcentrerad kommer man uppleva att den kommunala hälso- och sjukvården är. Vi kunde däremot inte se några samband mellan patienternas upplevda rörlighet och upplevd grad av personcentrering.

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

Slutligen visar studien att det finns samband mellan om man har en skriftlig vårdplan och upplevd grad av personcentrering. På basis av tidigare forskning kan vi anta att det finns ett orsakssamband mellan vårdplan och personcentrering, och att avsaknad av vårdplan innebär att man upplever vården som mindre personcentrerad.

Slutsatser

En analys av mätinstrumentet PERCCI visar att det även översatt till svenska håller god kvalitet. Vi bedömer dock att någon fråga i enkäten kan behöva anpassas för att bättre fånga upp det svenska sammanhanget.

Vår enkät omfattade 10 A4-sidor, vilket möjligtvis är något för lång. Forskning visar att korta enkäter har högre sannolikhet att besvaras. För att mäta den upplevda graden av personcentrering drar vi därför slutsatsen att det kan räcka att bara använda mätinstrumentet PERCCI för att systematiskt följa upp i vilken utsträckning den vård och omsorg som ges faktiskt är personcentrerad. 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 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 behövs dock för att utvärdera hur sådana enkäter tillsammans med skattningsskalor fungerar i praktiken.

Inledning

Den här rapporten presenterar resultatet av en undersökning om vad patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård tycker om vården och i vilken utsträckning som vården upplevs vara personcentrerad.

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).

I diskussioner som förts på Göteborgsregionen, i exempelvis nätverket för äldreomsorgschefer och hälso- och sjukvårdsschefer, framhålls att den kommunala vården och omsorgen arbetar personcentrerat, men att man inte alltid använder just begreppet personcentrerad vård för att beskriva detta. Det finns samtidigt en uppfattning bland anställda i kommunerna 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 (Larsen & Nordenhielm, 2020). Idag följer kommuner dock inte systematiskt 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.

Under 2019 genomförde FoU i Väst en förstudie om personcentrering i kommunal vård och omsorg (Larsen & Nordenhielm, 2020). Förstudien visade 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 hemsjukvård.

I denna rapport undersöker vi i vilken utsträckning patienter upplever att den kommunala vården och omsorgen är personcentrerad och presenterar och diskuterar ett instrument för att mäta detta.

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.

Vad är kommunal hälso- och sjukvård?

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, 2019, sidan 14). Kommunerna ansvarar för en stor del av hälso- och sjukvården för många av de sjukaste och sköraste patienterna: äldre, multisyjuka och personer med stora funktionsnedsättningar (ibid.). 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. I vissa kommuner finns också undersköterskor anställda i den kommunala hälso- och sjukvården (Larsen& Ljung). 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 överlåter uppgiften till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften (Socialstyrelsen, 2020a; 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 bara sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster anställda i kommunerna som har kommunal hälso- och sjukvård som enda uppgift. Dessa yrkesgrupper är ofta anställda på olika enheter i kommunen – sjuksköterskorna på en sjuksköterskeenhet och arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster på en rehabenhet. Sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården träffar främst patienterna när de tillkallas av omsorgspersonalen, och hemsjukvårdspersonalen har därför i tidigare forskning kallat för ”konsultativ” (Nilsson et al., 2009).

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, 2019).

Syfte och frågeställningar

Denna studie syftar till att undersöka i vilken utsträckning den kommunala hälso- och sjukvård som ges såväl i ordinärt boende som på vård- och omsorgsboenden upplevs som personcentrerad och vad som kan förklara att denna vård upplevs som mer eller mindre personcentrerad. Studien syftar också till att testa om ett mätinstrument som heter PERCCI (the Person-Centred Community Care Inventory) är användbart för att undersöka i vilken utsträckning den kommunala hälso- och sjukvården upplevs som personcentrerad från ett patientperspektiv. Mer specifikt ska studien besvara följande frågeställningar:

1. Hur upplever patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvården den vård och omsorg de får?
2. I vilken utsträckning upplever de att den kommunala hälso- och sjukvården är personcentrerad?
3. Finns det några samband mellan hälsa och välmående, upplevelse av hemsjukvården samt individuella faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland liksom boendeform och upplevd grad av personcentrering?

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, äldre personers upplevelser av personcentrerad vård samt mätning och utvärdering av personcentrerad vård.

Effekter av personcentrerad vård

Personcentrering och personcentrerad vård är begrepp som har 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).

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 de 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.

Äldre personers upplevelser av personcentrerad vård

Enligt Bölenius et al. (2017) innebär en personcentrering av hemsjukvården och hemtjänsten en möjlighet att förbättra ”the recurrently reported sub-standard experiences of home care services” (Bölenius et al., 2017:1). På äldreboenden har införandet av personcentrerad vård inneburit en ökad livskvalitet för hyresgästerna (Edvardsson et al., 2014).

En studie av Sundler et al. (2020) tyder på att kommunikation är avgörande vid införandet av personcentrering i hemsjukvården till äldre. Personcentrerad kommunikation är kommunikation som erkänner, bjuder in och involverar personen. Studien visar att denna typ av kommunikation främjades av att sjuksköterskan använde verbala uttryck för att betona och erkänna de äldre personernas åsikter och var uppmärksamma på deras känslor och uttryck.

Vad påverkar patienters upplevelse av vård?

Det finns ett samband mellan hur nöjda patienter är med vården och sociodemografiska faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå, socioekonomi, civilstånd och etnicitet (Hall & Dornan, 1990). En litteraturöversikt gjord av Johansson et al. (2002) visar till exempel att äldre patienter samt män brukar vara mer nöjda med vården än yngre personer och kvinnor. Dessutom brukar högutbildade vara lite mindre nöjda än de med lägre utbildning (Johansson 2002:339). Detta stämmer väl överens med resultat från en studie som undersökt patienters nöjdhet med insatser i primärvården i Storbritannien (Campbell et al., 2001), som dessutom fann samband mellan patientnöjdhet och etnicitet. Patienter med invandrabakgrund eller som definierade sig som "svarta" eller med ursprung i Sydasien eller Kina var mindre nöjda med vården än personer födda i Storbritannien och som definierade sig som "vita".

Flera studier pekar också på att det finns ett samband mellan hur nöjda patienter är med vården och upplevd hälsa och funktionsförmåga. I en studie av äldre personers upplevelser av vården på äldreboenden fann Ludlow et al. (2018) att nedsatt hörsel inte bara kan leda till social isolering utan också till sämre upplevelser av vården och att man inte känner att den är personcentrerad. I en annan studie av Wolf et al. (2012) omfattande 34 000 patienter som vårdats på sjukhus i Sverige konstateras att sköra patienter i störst behov av sjukhusvård var mindre nöjda med vården än patienter med bättre hälsa.

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 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 (Health Foundation, 2014).

Förstudien av Larsen och Nordenhielm (2020) kunde inte identifiera något validerat instrument på svenska utvecklat för att mäta vuxna patienters och brukares upplevelser av vård och omsorg som ges i hemmet. Däremot identifierades ett sådant instrument på engelska (person-centred community care inventory, PERCCI) riktat 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.

Metod

Studien bygger på ett kvantitativt empiriskt material som har samlats in genom enkäter med patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården i 11 av Göteborgsregionens 13 kommuner.

Enkäten

Patientenkäten består av fyra delar. Den första innehåller frågor om upplevd trygghet och delaktighet samt hjälpens utformning. Alla frågor i del ett, utom fråga 10 och 11, är hämtade från Socialstyrelsens årliga enkäter till äldre om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden, men är omformulerade så att de avser hemsjukvård i stället för hemtjänst eller omsorg på särskilt boende.

Del två i enkäten består av en svensk översättning av mätinstrumentet PERCCI, som är en förkortning för person-centred community care inventory. Instrumentet består av 12 frågor. Ursprungsversionen har utvecklats av forskare i Storbritannien och syftar till att mäta i vilken utsträckning som äldre personer som bor hemma upplever att vården och omsorgen är personcentrerad (Wilberforce et al., 2018). Varje påstående ger mellan 1 och 4 poäng. Ett totalvärde beräknas (12–48 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

Den tredje delen innehåller tre frågor om upplevd hälsa. Även dessa frågor är hämtade från Socialstyrelsens årliga enkäter till äldre om vad de tycker om äldreomsorgen.

Den fjärde och avslutande delen innehåller grundläggande frågor om bakgrundsfaktorerna kön, ålder, boendesituation, utbildningsnivå och födelseland samt om respondenterna haft hjälp av någon att besvara enkäten. Totalt omfattade enkäten tio A4-sidor inklusive försättsblad med information samt en sista sida med uppgifter om sista svarsdatum. Det är en sida mindre än Socialstyrelsens årliga enkät om vad äldre tycker om äldreomsorgen.

Tillvägagångsätt

Uppgifter om antal inskrivna patienter i den kommunala hälso- och sjukvården den 1 mars 2021 förmedlades av kommunerna. Totalt var 14 563 patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården den 1 mars 2021 i de deltagande kommunerna. I Göteborgsregionen var totalt 24 695 patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården någon gång under år 2020. För att uppnå ett resultat med fem procents felmarginal och 95 procents konfidensintervall för Göteborgsregionens medlemskommuner som en population behövde minst 379 personer besvara enkäten. Felmarginal, som också kallas konfidensintervall, talar om i vilken utsträckning du kan förvänta dig att enkätresultatet speglar åsikterna hos den övergripande populationen. Om något har 95 procents konfidensintervall innebär det att om vi skulle upprepa denna enkätstudie så skulle vi i 19 fall av 20 täcka in det sanna medelvärdet av en viss fråga i enkäten.

9 av de 11 kommunerna valde att själva ta hand om enkätutskicket. Kommunerna fick då ta fram en lista över alla patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården den 1 mars 2021 i kommunen och meddela oss antalet patienter, till exempel 500 individer i Ale kommun.

År 2020 var svarsfrekvensen på Socialstyrelsens enkät till äldre som har insatser från äldreomsorgen 40 procent för de som bodde på särskilt boende och 57 procent för de som hade hemtjänst (Socialstyrelsen, 2020b). Vi antog att svarsfrekvensen på vår enkät skulle bli något lägre. Budgeten för projektet medgav att vi skickade ut cirka 1 800 enkäter. Det innebar att vi hade en liten möjlighet att uppnå tio procents felmarginal och 95 procents konfidensintervall på kommunnivå om svarsfrekvensen skulle motsvara den för Socialstyrelsens enkät. Hur många enkäter vi skickade ut till respektive deltagande kommun framgår av tabell 1. Vi beräknade dock att 1 800 utskickade enkäter skulle besvaras i tillräckligt hög utsträckning för att vi skulle kunna uppnå 5 procent felmarginal och 95 procents konfidensintervall för totalpopulationen i kommunerna som ingick i studien.

Via en så kallad slumpgenerator tog vi sedan fram nummer som motsvarade det antal enkäter som vi ville skicka ut till respektive kommun. I Ale tog vi till exempel fram 140 nummer från 1–500. På kommunens lista över alla patienter fick kommunerna markera de 140 patienter som motsvarade de nummer som de fått av oss. Bredvid varje nummer som vi skickade ut till kommunerna hade vi angett ett särskilt ID-nummer. Vi bad även kommunerna att notera dessa ID-nummer på deras listor över patienter som skulle få enkäterna, i en särskild kolumn. Kommunerna fick färdigkuverterade enkäter, informationsmaterial om studien samt svarskuvert från oss. Varje enkät låg i ett separat kuvert tillsammans med informationsbrev om studien och ett förfrankerat svarskuvert adresserat till ansvarig projektledare på FoU i Väst. Varje kuvert och enkät var försedd med de tidigare nämnda ID-numren som gjorde det möjligt för oss att identifiera hur många som svarat på enkäten i respektive kommun och göra påminnelser till de patienter som inte svarat. Kommunerna skrev sedan namn och adress till patienterna på de separata kuverten och postade dem till patienterna. Vi på FoU i Väst fick således inte tillgång till några personuppgifter. Alla dessa 9 kommuner fick innan processen ta del av ett protokoll för hur enkätutskicket skulle gå till steg för steg och efter enkätutskicket intyga att de följt protokollet. Enkäterna skickades ut i vecka 14 år 2021. Sista svarsdatum var den 30 april.

För de resterande två kommunerna tog vi hand om enkätutskicket. I de fallen var processen med slumpning likadan som beskrivet ovan. Kommunen lämnade sedan över listan med slumpade patienter, inklusive deras adressuppgifter, till oss.

Via ID-numren kunde vi identifiera vilka enkäter som besvarats. I början av maj meddelade vi kommunerna de ID-nummer som inte besvarat enkäten och bad dem skicka påminnelser till cirka en tredjedel av de första patienterna på deras lista som ännu inte besvarat enkäten. I mitten av juni kunde vi konstatera att påminnelsen inte hade så stor effekt på hur många enkäter vi fått in. Vi meddelade därför åter kommunerna de ID-nummer som inte besvarat enkäten och bad dem skicka påminnelser till den tredjedel som ännu inte besvarat enkäten.

För Göteborgs kommun kunde vi redan efter det första utskicket konstatera att svarsfrekvensen var avsevärt lägre än för övriga kommuner. Eftersom vi bara inkluderat cirka 40 procent av de patienter vi hade fått adresser till i Göteborg beslutade vi oss därför för att inte skicka ut några påminnelser. I maj skickade vi i stället ut enkäten till 70 ”nya” slumpmässigt utvalda patienter. I juni fick ytterligare 60 slumpmässigt utvalda patienter enkäten. Sammantaget skickades enkäten ut till 1 830 slumpmässigt utvalda patienter i 11 kommuner.

Tabell 1. Beskrivning av population och svarsfrekvens

Kommun	Antal patienter totalt i KHSV 2020 ³	Antal inskrivna patienter 1 mars 2021	Antal enkätsvar för 5 % felmarginal och 95 % konfidensnivå	Antal enkätsvar för 10 % felmarginal och 95 % konfidensnivå	Antal utskickade enkäter	Antal besvarade enkäter	Svarsfrekvens i procent
Ale	792	500	218	81	140	36	26 %
Alingsås	1 291	1 100	285	89	150	31	21 %
Göteborg	14 047	8 280	368	95	330	45	14 %
Härryda	878	561	229	83	140	33	24 %
Kungälv	1 226	816	262	86	150	36	24 %
Kungsbacka	2 652	-	-	-	-	-	-
Lerum	558	640	241	84	150	38	25 %
Lilla Edet	372	259	155	71	120	34	28 %
Mölnadal	1 553	1 008	279	88	150	18	12 %
Partille	912	706	249	85	150	41	27 %
Stenungsund	667	463	210	80	140	29	21 %
Tjörn	208	320	175	74	140	47	34 %
Öckerö	439	-	-	-	-	-	-
Kommun okänd	-	-	-	-	-	29	-
TOTALT	24 695	14 653	375⁴	96	1 830	411	22,5

³ Uppgifter hämtade från registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård för 2020.

⁴ Antalet baseras på antal patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård i de deltagande kommunerna den 1 mars 2021 (dvs 14 653 patienter). Om beräkningarna i stället gjorts för samtliga patienter som någon gång var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården år 2020 i samtliga av Göteborgsregionens medlemskommuner (24 695 patienter) behövdes 379 enkätsvar.

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).

Ett informationsbrev om forskningsstudien bifogades enkäten. Där framgick att deltagande i studien är frivilligt och att individen hade rätt att avstå från att besvara enkäten eller enskilda frågor i enkäten utan att ange skäl för detta och att det i så fall inte kommer påverka deras vård. Det framgick också 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, brandväggsskyddade 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 från studien.

Variabler och analys

För att besvara studiens två första frågor analyserades hela enkäten deskriptivt, vilket innebär att vi redovisade fördelningen av svar på enkätfrågorna och räknade ut medelvärden. En deskriptiv presentation av svaren på alla enkätfrågor har tidigare publicerats på Göteborgsregionens webbplats och finns i bilaga 1. Vi har även räknat ut medelvärden på flera bakgrundsfrågor, samt för PERCCI-skalan – både på kommunnivå och för samtliga deltagande kommuner.

För att få en djupare förståelse om vad det är som påverkar patienternas upplevelse av graden av personcentrering och svara på studiens tredje fråga så har vi valt att mäta och analysera förhållandet mellan olika variabler med hjälp av linjär bivariat regressionsanalys. Genom denna regressionsanalys studeras *sambandet* eller *korrelationen* mellan två variabler (Djurfeldt et al., 2010). Analysen syftar till att visa effekten av en variabel (den oberoende variabeln, som innebär att den har ett värde som inte förändras, till exempel kön) på en annan (den beroende variabeln, i denna studie hur personcentrerad vården är genom att använda oss av medelvärden på PERCCI-skalan). Analysen säger däremot ingenting om kausaliteten – det vill säga om orsak och verkan. Teori och tidigare forskning kan dock hjälpa till att fastställa om sambandet är kausalt. 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., 2010, 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 beskriver upplevd grad av personcentrering. I enkäten mäts graden av personcentrering genom mätinstrumentet PERCCI. Vi skapade ett index utifrån frågorna i mätinstrumentet PERCCI. I detta index togs all saknad data bort.

Detta index, som vi kallar för PERCCI-skalan, är vår beroende variabel. Den kan anta ett värde mellan 12 och 48, där 12 betyder att vården inte alls är personcentrerad och 48 att vården är mycket personcentrerad.

Våra oberoende variabler är hämtade från enkätens övriga delar. De oberoende variablerna valdes med utgångspunkt i tidigare forskning. De frågor som valdes som oberoende variabler handlar om sociodemografiska data, hälsotillstånd samt nöjdhet och trygghet med hemsjukvården. Enkäten redovisas i bilaga 2.

Statistiska analyser gjordes med hjälp av statistikprogrammet SPSS. I SPSS genomfördes analyser där den beroende variabeln PERCCI-skalan ställdes mot en av de oberoende variablerna i taget. I några fall kontrollerades även sambandet mellan den beroende och den oberoende variabeln med ytterligare en variabel. 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.

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., 2010).

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 12 påståenden som tillsammans bildar instrumentet PERCCI 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 alfa bör överstiga 0,70 (Field, 2009), men gränsvärden ner mot 0,60 föreslås också i litteraturen (Bryman, 2008).

En analys av Cronbachs alfa för PERCCI i vår enkät ger ett värde på 0,964, vilket talar för att de påståenden som ingår i PERCCI mycket väl mäter samma bakomliggande koncept, i det här fallet personcentrering. Värdet på Cronbachs alfa minskar dessutom om något påstående tas bort från PERCCI-skalan (se bilaga 3). Av detta kan vi dra slutsatsen att inget av påståendena bör tas bort från PERCCI eftersom instrumentet då skulle bli sämre på att mäta graden av personcentrering.

Att vi använt oss av ett validerat 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, 2010). Men det kan finnas brister i studiens validitet även om det instrument som används i studien är validerat

med goda resultat. I vår studie finns till exempel en risk att respondenterna kan ha blandat ihop hemsjukvård och hemtjänst och inte kunnat skilja på vilka insatser som utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen och vilka som utförs med stöd av socialtjänstlagen. I vår studie ville vi ta reda på i vilken utsträckning patienter upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är personcentrerad, inte vård och omsorg som ges av kommunen totalt sett. Om respondenterna besvarat enkäten baserat på sina upplevelser av vården och omsorgen som ges av kommunen, mäter vi ju inte personcentrering i kommunal hälso- och sjukvård utan personcentrering i kommunal vård och omsorg som helhet.

Resultat

I detta avsnitt redovisar vi merparten av resultatet från enkätstudien. Först säger vi något om enkätens svarsfrekvens. Därefter följer en redovisning av enkätens oberoende variabler, så som ålder, kön och hälsostatus hos respondenterna. Därefter finns en redovisning av resultatet för PERCCI-skalan. Slutligen presenterar vi medelvärden för PERCCI-skalan fördelat på några av enkätens oberoende variabler. En del av de rent deskriptiva resultaten finns i bilaga 1.

Svarsfrekvenser

411 patienter besvarade enkäten fullständigt, vilket ger en svarsfrekvens på 22,5 procent och en felmarginal på fem procent vid 95 procents konfidensnivå. 19 respondenter besvarade enkäten digitalt medan övriga fyllde i pappersenkäten. Svarsfrekvensen är inte tillräckligt hög för att kunna dra statistiskt signifikanta slutsatser för enskilda kommuner, varför inga resultat på kommunnivå redovisas i denna rapport.

Svarsfrekvensen varierade kraftigt mellan kommunerna – från 12 respektive 14 procent i Mölndal och Göteborg till 28 respektive 34 procent i Lilla Edet och Tjörn (se tabell 1). Det finns ett visst samband mellan hur många patienter en kommun har inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården och svarsfrekvensen på enkäten. Kommuner med många patienter hade i allmänhet sämre svarsfrekvens än kommuner med färre patienter. Sådana samband ses inte för Socialstyrelsens enkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” och antal äldre som får hemtjänstinsatser eller bor på särskilt boende i olika kommuner (Socialstyrelsen, 2020b).

117 patienter eller anhöriga till patienter hörde av sig till oss på telefon eller e-post för att meddela att de själva eller deras närstående inte ville eller inte kunde svara på enkäten, exempelvis på grund av demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning. Ytterligare 18 anhöriga hörde av sig till oss och meddelade att deras närstående avlidit. 31 enkäter kom i retur till oss på grund av att adressaten var avflyttad. Den andra påminnelsen som gick ut till patienter i Mölndals kommun kom i retur en månad senare eftersom det visade sig att deras avtal med PostNord hade löpt ut (40 enkäter).

Ålder och kön

Medelåldern för respondenterna var 77 år där den yngste var 21 och den äldste 103 år. 18 procent av respondenterna var under 65 år. Lite fler än hälften av respondenterna var kvinnor, vilket framgår av tabell 2. Ålders- och könsfördelningen på respondenterna stämmer väl överens med hur gruppen patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård ser ut totalt sett i riket. År 2020 var 59 procent kvinnor av alla patienter i Sverige som någon gång under året var inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. 18 procent av patienterna var under 65 år (Socialstyrelsen, 2020b). Ur ett ålders- och könsperspektiv kan vi alltså inte notera någon skevhet i vårt material.

Boendeform

Ungefär två tredjedelar av respondenterna bodde i ordinärt boende och resterande på någon form av vård- eller omsorgsboende. Så ser fördelningen ut även på riksnivå, varför vi inte heller noterar någon skevhet i vårt material relaterat till boendeform. Av de som svarat att de bodde i ordinärt boende uppgav ungefär en tredjedel att de bodde tillsammans med någon annan vuxen. Motsvarande uppgifter saknas på riksnivå varför vi inte kan säga om de som svarat på enkäten skiljer sig från patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården i allmänhet ur detta perspektiv.

Hjälp att besvara enkäten

Ungefär två tredjedelar av respondenterna hade fått hjälp av någon att fylla i enkäten. Nästan hälften hade fått hjälp av en anhörig och 10 procent av personal. Endast ett fåtal hade fått hjälp av en vän eller god man. Liknande siffror sågs för Socialstyrelsens enkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” (Socialstyrelsen, 2020b) för de som hade hemtjänst år 2020. Av de som svarade på enkäten och som bodde på särskilt boende var det bara 18 procent som år 2020 besvarade enkäten på egen hand. Här är det värt att notera att betydligt fler svarade på Socialstyrelsens enkät på egen hand år 2020 än år 2018 och 2019, vilket torde vara en effekt av coronapandemin då äldre inte träffade anhöriga i lika stor utsträckning som annars (ibid, 2020).

Födelseland

Majoriteten av respondenterna var födda i Sverige. Runt fyra procent var födda i övriga Norden eller övriga Europa. Endast ett fåtal respondenter var födda utanför Europa. Motsvarande uppgifter saknas på riksnivå varför vi inte kan säga om de som svarat på enkäten skiljer sig från patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården i allmänhet ur detta perspektiv. Om vi däremot beaktar var samtliga personer som är bosatta i Sverige är födda någonstans, och inte personer som får hemsjukvård specifikt, kan vi dock notera att det är en lägre andel utlandsfödda som besvarat enkäten.

Utbildningsnivå

Knappt hälften av respondenterna uppgav att deras högsta utbildningsnivå var folk- eller grundskola, en tredjedel att de hade en gymnasie- eller yrkesutbildning och knappt 18 procent att de hade en högskole- eller universitetsutbildning. Det saknas nationell statistik över utbildningsnivå på de som får insatser från kommunal hälso- och sjukvård. Om vi däremot jämför statistik över hur utbildningsnivån ser ut för personer i Sverige som är 77 år (medelåldern för de som svarade på vår enkät) så ser vi att andelen personer med högst grund- eller folkskoleutbildning är klart högre bland respondenterna än bland befolkningen i stort (27 procent) (SCB, 2021). Skillnaden beror sannolikt på att personer med sämre hälsa oftare har en lägre utbildningsnivå än personer med bättre hälsa och att de därför oftare är inskrivna i

kommunal hälso- och sjukvård än personer med högre utbildningsnivå (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Hälsotillstånd

Ungefär en tredjedel av respondenterna bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott, och närmare 40 procent som någorlunda. Knappt 25 procent av respondenterna bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt. Detta motsvarar tämligen väl hur de som svarade på Socialstyrelsens enkät "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" bedömde sin allmänna hälsa (Socialstyrelsen, 2020b). Där svarade 34 procent av de med hemtjänstinsatser och 29 procent av de som bodde på särskilt boende att de bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott, medan 22 procent av de med hemtjänstinsatser och 34 procent av de som bodde på särskilt boende bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som ganska eller mycket dåligt.

I vår enkät svarade knappt hälften att de inte besvärades av oro, ängslan eller ångest. Ungefär motsvarande resultat ses i Socialstyrelsens enkät "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" för år 2020 bland de som hade insatser från hemtjänsten (53 procent) (Socialstyrelsen, 2020b). Bland de som svarade på enkäten som bodde på särskilt boende var det dock bara 37 procent som angav att de inte besvärades av oro eller ångest.

I vår enkät uppgav en tredjedel att de förflyttar sig själva utan svårigheter inomhus. Ungefär lika många uppgav att de inte kan förflytta sig själva alls på egen hand eller att de har stora svårigheter att förflytta sig inomhus. Här ses en skillnad mot hur de som svarade på Socialstyrelsens enkät "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" bedömde sin rörlighet inomhus 2020. Där uppgav 28 procent av de som hade hemtjänstinsatser och 18 procent av de som bodde på SÄBO att de förflyttar sig själva utan svårigheter inomhus. 21 procent av de med hemtjänstinsatser och 45 procent av de som bodde på särskilt boende uppgav att de inte kan förflytta sig själva alls på egen hand eller har stora svårigheter att förflytta sig inomhus (Socialstyrelsen, 2020b).

I tabell 2 på nästa sida redovisas resultaten för samtliga undersökta oberoende variabler i studien. Där framgår till exempel att runt 80 procent av respondenterna är mycket eller ganska nöjda och trygga med hemsjukvården.

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

Har du en skriftlig plan för dina insatser i hemsjukvården?	Ja	Nej	Vet inte		
	43,7% (173)	28,5% (113)	27,8% (110)		
Om du svarade nej på föregående fråga, skulle du vilja ha en sådan plan?	Ja	Nej	Vet inte		
	41,0% (89)	24,9% (54)	34,1% (74)		
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med hemsjukvården?	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
	47,6% (177)	35,8% (133)	11,6% (43)	3,5% (13)	1,6% (6)
Hur trygg känner du dig med de insatser som du får från hemsjukvården?	Mycket trygg	Ganska trygg	Varken trygg eller otrygg	Ganska otrygg	Mycket otrygg
	45,9% (183)	36,1% (144)	11,5% (46)	1,8% (7)	1,3% (5)
Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	Mycket gott	Gott	Någorlunda	Ganska dåligt	Mycket dåligt
	5,7% (23)	31,4% (126)	38,9% (156)	18,7% (75)	5,2% (21)
Har du besvär av ångslan, oro eller ångest?	Nej	Ja			
	45,4% (182)	54,6% (219)			
Hur är din rörlighet inomhus?	Jag förflyttar mig själv utan svårigheter	Jag har vissa svårigheter att förflytta mig	Jag har stora svårigheter att förflytta mig	Jag kan inte alls förflytta mig själv	
	31,0% (124)	38,0% (152)	17,5% (70)	13,5% (54)	
Medelålder på respondenterna	77 år (21–103 år)				
Kön på respondenterna	Man	Kvinna	Annat/ vill inte uppge		
	40,6% (165)	58,5% (234)	1,2% (1)		
Boendeform	Ordinärt boende	SÄBO			
	65,0% (260)	35,0% (240)			
Om du svarat att du bor i vanlig lägenhet/radhus/hus, bor du tillsammans med en annan vuxen?	Ja	Nej			
	37,9% (99)	62,1% (162)			
Om du svarat att du bor i vanlig lägenhet/radhus/hus, hur ofta får du vård- eller omsorgsinsatser i hemmet?	3 eller fler g/dygn	1–2 g/dygn	flera g/vecka	1 g/vecka	Mindre sällan än 1 g/vecka
	44,1% (126)	22,0% (63)	12,2% (35)	8,7% (25)	12,9% (37)
Var är du född?	I Sverige	I Norden	Övriga Europa	Övriga världen	
	81,5% (335)	4,1% (17)	3,9% (16)	1,7% (7)	
Vilken är din högsta utbildningsnivå?	Grundskola/folkskola	Gymnasium/yrkesskola	Högskola/universitet	Annan	
	46,1% (184)	29,3% (117)	17,8% (71)	6,8% (27)	
Vem eller vilka var med och besvarade/fyllde i frågeformuläret?	Jag som har hemsjukvård	Någon hjälpte mig			
	36,7% (151)	63,3% (260)			

Skriftliga kommentarer på enkäten

I enkäten hade respondenterna möjlighet att lämna skriftliga kommentarer.

Dessa kunde lämnas i fritextrutor efter enkätfrågorna om:

- känsla av trygghet med hemsjukvården,
- hjälpens utförande,
- delaktighet i hemsjukvården, och
- allmänt hälsotillstånd.

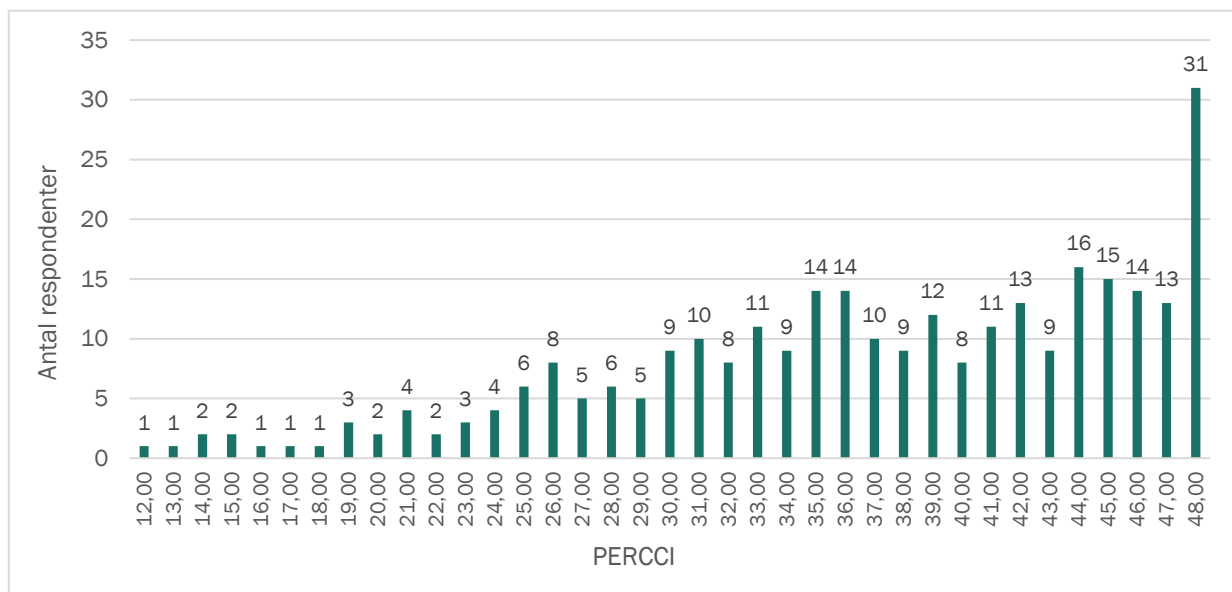
Vi fick generellt in få skriftliga kommentarer. Gällande känsla av trygghet med hemsjukvården är ett typexempel på ett positivt svar: ”mycket trygg och har stort förtroende för ordinarie personal”. Ett typexempel på ett negativt svar är: ”när de måste skicka någon ny, okänd vikarie så känner jag mig otrygg”. Rörande hjälpens utförande tyckte några att ”jag vet att de svarar så fort de kan” medan andra svarade att de ”kommer aldrig fram på telefon”. De fritextsvar som inkom gällande delaktighet gjorde gällande att det ”kan vara intressant för anhöriga” och ”underlättar mycket för anhöriga”. En del fritextsvar inkom under ”övrigt kring din hälsa som du vill tillägga”. Här beskriver framför allt patienten sina strategier för förflyttning och hjälpmedel, exempelvis att de använder rullator i hemmet.

PERCCI

Medelvärdet och medianvärdet för svaren på PERCCI-skalan var 37,0 respektive 38 för de deltagande kommunerna med en spridning från 34,4 för den kommun med lägst resultat (Mölndal) och 39,2 för den kommun som hade högst resultat (Kungälv) (skalan går som tidigare nämnts från 12 till 48). Då resultaten på kommunnivå inte är statistiskt signifikanta ska enskilda kommuners resultat tolkas med försiktighet.

Det fanns en stor spridning mellan respondenterna gällande hur de svarat på de olika påståenden som ingår i PERCCI. En absolut majoritet har dock svarat på ett sådant sätt att deras svar ger 30 eller fler poäng på PERCCI-skalan. 31 respondenter svarade ”alltid” på alla påståenden som ingår i PERCCI, vilket alltså resulterade i att deras svar summerade till 48 poäng på PERCCI-skalan. En respondent hade svarat ”aldrig eller sällan” på alla påståenden vilket alltså resulterade i 12 poäng på PERCCI-skalan. Nedanstående figur visar hur många respondenter som fått ett visst värde på PERCCI-skalan när deras svar sammanställts.

Diagram 1. Antal personer vars svar på frågorna i PERCCI uppgår till ett visst värde



I tabell 3 nedan redovisas hur stor andel av respondenterna som angett ett visst svar i PERCCI. Här framgår att en majoritet av patienterna skattar graden av personcentrering som hög i hemsjukvården baserat på de påståenden som ingår i PERCCI.

Tabell 3. Andel och antal respondenter (i parentes) som angett ett visst svar i PERCCI

	Aldrig eller sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Ej svarat
De första sex påståendena rör personal som tar hand om dig, t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska.					
1. Personalen tar det jag säger på allvar.	4,1% (17)	10,0% (41)	25,8% (106)	50,9% (209)	9,2% (38)
2. Personalen bemöter mig med vänlighet, som om jag betyder något för dem.	3,6% (15)	7,1% (29)	20,2% (83)	60,6% (249)	8,5% (35)
3. Personalen märker när jag har bättre och sämre dagar.	6,8% (28)	19,7% (81)	28,5% (117)	32,4% (133)	12,7% (52)
4. Jag har utvecklat nära band med personalen.	14,4% (59)	23,4% (96)	26,0% (107)	25,5% (105)	10,7% (44)
5. Personalen förstår vilka områden i livet jag behöver hjälp med.	4,9% (20)	16,8% (69)	30,7% (126)	36,5% (150)	11,2% (46)
6. Jag får tillräckligt med tid för att säga det jag vill säga till personalen.	6,6% (27)	16,3% (67)	26,0% (107)	41,4% (170)	9,7% (40)
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.	5,6% (23)	18,7% (77)	30,9% (127)	31,9% (131)	12,9% (53)
8. Jag har något att säga till om i beslut som fattas om min vård och omsorg.	8,8% (36)	17,8% (73)	27,5% (113)	33,8% (139)	12,2% (50)
9. Jag får hjälp att hålla kontakt med min omgivning.	20,4% (84)	15,3% (63)	21,7% (89)	25,5% (105)	17,0% (70)
10. Jag får hjälp med det som är viktigast för mig.	2,9% (12)	11,2% (46)	28,2% (116)	45,3% (186)	12,4% (51)
11. Mina åsikter om min vård och omsorg respekteras.	3,2% (13)	13,4% (55)	27,0% (111)	43,8% (180)	12,7% (52)
12. Min vård och omsorg stärker mitt självförtroende.	9,0% (37)	18,0% (74)	27,0% (111)	30,2% (124)	15,8% (65)

Medelvärden på PERCCI-skalan för några av studiens oberoende variabler

Utfallet på PERCCI-skalan varierade kraftigt beroende på boendeform, hur trygga och nöjda patienterna kände sig sammantaget med hemsjukvården, hur ofta de fick insatser i hemmet samt hur de skattade sin hälsa. Nedan presenterar vi medelvärden för PERCCI-skalan för några av studiens oberoende variabler som visade sig ha ett signifikant samband med utfallet på PERCCI-skalan. Vilka samband som är statistiskt signifikanta diskuterar vi djupare i rapportens analysavsnitt.

I tabell 4 nedan redovisar vi medelvärden på PERCCI-skalan för respondenter som svarat att de är ensam- eller sammanboende i ordinärt boende. Där framgår att medelvärdet på PERCCI-skalan för de som är sammanboende i ordinärt boende var 39,34 medan de som var ensamboende i genomsnitt erhöll ett medelvärde på 37,06. Patienter som är sammanboende upplever alltså i allmänhet vården som mer personcentrerad än de som bor ensamma i ordinärt boende.

Tabell 4. Medelvärden för PERCCI-skalan för ensam- eller sammanboende i ordinärt boende

Boendeform	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
Sammanboende	39,34	74	6,98
Ensamboende	37,06	107	9,14

Vid en fördjupad analys av medelvärden på PERCCI-skalan uppdelat på hur ofta de respondenter som bor i ordinärt boende får insatser från hemtjänst och hemsjukvård konstateras att de respondenter som får högst värden på PERCCI-skalan är de som har hjälp flera gånger i veckan, men inte så ofta som varje dag. De som får lägst värden på PERCCI-skalan är de som har insatser mindre ofta än en gång per vecka tätt följt av de som har insatser en till två gånger per dygn, se tabell 5. Skillnaden i medelvärde på PERCCI-skalan mellan de som har insatser flera gånger i veckan och de som har insatser mindre ofta än en gång per vecka är i genomsnitt 5,68 enheter på PERCCI-skalan.

Tabell 5. Medelvärden på PERCCI-skalan beroende på hur ofta patienter i ordinärt boende får insatser från kommunen

Hur ofta får du insatser från hemtjänst och hemsjukvård?	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
3 eller fler gånger per dygn	37,87	84	8,23
1-2 gånger per dygn	36,33	43	8,57
Flera gånger i veckan	41,95	21	6,97
En gång per vecka	40,13	16	10,00
Mindre ofta än en gång per vecka	36,27	15	7,05

I tabell 6 redovisas medelvärdet på PERCCI-skalan för de som bor i ordinärt boende eller på ett vård- och omsorgsboende. Där framgår att medelvärdet på PERCCI-skalan för de som bor i ordinärt boende var 38,06 medan de som bor på särskilt boende i genomsnitt erhöll ett medelvärde på 35,16. Patienter som bor i ordinärt

boende upplever alltså i allmänhet vården som mer personcentrerad än patienter bosatta på vård- och omsorgsboenden.

Tabell 6. Medelvärden för PERCCI-skalan för patienter bosatta i ordinärt boende eller vård- och omsorgsboende

Boendeform	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
Ordinärt boende	38,06	181	8,26
Vård- eller omsorgsboende	35,16	107	9,05

I tabell 7 redovisar vi medelvärden på PERCCI-skalan beroende på hur respondenten har skattat sitt allmänna hälsotillstånd. Av tabellen framgår att sambandet mellan hälsotillstånd och resultat på PERCCI-skalan inte är helt linjärt. Medelvärdet på PERCCI-skalan är lägst för de patienter som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som ganska dåligt, och inte, som man skulle kunna tro, för de som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket dåligt. Resultatet skulle möjligtvis kunna bero på att de med mycket dåligt allmänt hälsotillstånd sannolikt har mer omfattande insatser från hemsjukvården och att personalen då har mer tid att lära känna patienten och anpassa vården efter dennes behov.

Tabell 7. Medelvärden på PERCCI-skalan beroende på hur patienten skattat sitt allmänna hälsotillstånd

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
Mycket dåligt	35,50	16	10,23
Ganska dåligt	31,93	56	8,99
Någorlunda	36,74	117	8,15
Ganska gott	39,70	84	7,63
Mycket gott	42,75	16	7,10

I tabell 8 redovisas medelvärdet på PERCCI-skalan beroende på om patienten upplever sig ha oro och ångest eller inte. Av tabellen framgår att de som anser sig ha stora besvär med ångslan, oro och ångest har ett genomsnittligt värde på PERCCI-skalan som är 7,54 enheter sämre än de som inte anser sig ha några sådana besvär.

Tabell 8. Medelvärdet på PERCCI-skalan beroende på om patienten har besvär av ångslan, oro eller ångest

Har du besvär av ångslan, oro eller ångest?	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
Nej, inga besvär	39,24	118	8,43
Ja, lätta besvär	36,47	137	7,76
Ja, stora besvär	31,70	37	10,39

I tabell 9 redovisas medelvärden på PERCCI-skalan beroende på hur trygg patienten känner sig totalt sett med hemsjukvården. Av tabellen framgår att de skiljer hela 18,85 steg på PERCCI-skalan i genomsnitt för de som upplever sig mycket otrygga respektive mycket trygga med hemsjukvården.

Tabell 9. Medelvärde på PERCCI-skalan beroende på hur trygg patienten upplever sig vara med insatserna från hemsjukvården

Hur trygg känner du dig med de insatser du får från hemsjukvården?	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
Vet inte	27,50	6	3,78
Mycket otrygg	23,75	4	10,81
Ganska otrygg	24,33	6	8,24
Varken trygg eller otrygg	27,97	32	5,67
Ganska trygg	34,68	107	7,13
Mycket trygg	42,60	131	5,81

I tabell 10 redovisas medelvärde på PERCCI-skalan beroende på hur nöjd patienten känner sig totalt sett med hemsjukvården. Av tabellen framgår att de skiljer så mycket som 21,71 steg på PERCCI-skalan i genomsnitt för de som upplever sig mycket nöjda respektive mycket missnöjda med hemsjukvården.

Tabell 10. Medelvärde på PERCCI-skalan beroende på hur trygg patienten upplever sig vara med insatserna från hemsjukvården

Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med hemsjukvården?	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
Mycket missnöjd	20,67	6	9,31
Ganska missnöjd	25,89	9	7,32
Varken nöjd eller missnöjd	29,50	34	6,29
Ganska nöjd	35,16	90	6,42
Mycket nöjd	42,38	138	6,13

I tabell 11 redovisas medelvärde på PERCCI-skalan beroende på om patienten har en vårdplan eller inte. Av tabellen framgår något förvånande att de som får högst värden på PERCCI-skalan är de som inte vet om de har en vårdplan, och inte som förväntat de som svarar att de har en sådan plan.

Tabell 11. Medelvärde på PERCCI-skalan beroende på om patienten har besvär av ångslan, oro eller ångest

Har du en skriftlig plan för de insatser du får i hemsjukvården?	Medelvärde PERCCI	Antal respondenter	Standardavvikelse
Ja	35,14	74	9,05
Nej	34,99	76	7,98
Vet inte	39,26	138	7,95

Analys

I detta avsnitt analyserar vi sambanden mellan våra oberoende variabler – så som sociodemografiska faktorer, men också hälsotillstånd och upplevd nöjdhet och trygghet med hemsjukvården – i relation till vår beroende variabel, det vill säga resultatet på PERCCI-skalan.

Finns det något samband mellan sociodemografiska faktorer och upplevd grad av personcentrering?

Vår enkät innehöll en rad sociodemografiska frågor där vi frågade patienterna om deras ålder, kön, utbildningsnivå, födelseland och boendeform. Varken ålder, kön, utbildningsnivå eller födelseland visade några signifikanta effekter på hur personcentrerad man upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är baserat på resultatet av PERCCI. Detta resultat skiljer sig från tidigare forskning som funnit samband mellan sociodemografiska faktorer och nöjdhet med erhållen vård (jämför Hall & Cornan, 1990; Johansson et al. 2002). Det fanns inte heller något signifikant samband mellan hur ofta respondenterna som bor i ordinärt boende har insatser från kommunen i form av hemtjänst och hemsjukvård sammantaget, och hur personcentrerad man upplever att vården är baserat på resultatet av PERCCI.

Det visade sig också finnas ett samband mellan hur personcentrerad en patient upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är och om respondenterna som svarat att de bodde i ordinärt boende, bodde själva eller tillsammans med en annan vuxen. För att undersöka detta testade vi den oberoende variabeln "Var bor du?" mot den beroende variabeln PERCCI-skalan. Den oberoende variabeln var en binär variabel med svarsalternativen 0= nej, jag bor inte tillsammans med annan vuxen eller 1= ja, jag bor tillsammans med annan vuxen.

Tabell 12 nedan visar att det finns ett signifikant samband mellan om man är samman- eller ensamboende i ordinärt boende och upplevd grad av personcentrering. Detta resultat är statistiskt signifikant på 10-procentsnivån. Oftast dras gränsen för signifikanta värden vid 5-procentsnivå, men i samhällsvetenskapliga studier dras ibland gränsen vid 10 procent (Chia, 1997). Vidare visar tabellen att analysen resulterade i en determinationskoefficient (R^2) på 0,018. Determinationskoefficienten anger hur stor del av variationen i den beroende variabeln som kan förklaras av den oberoende variabeln. I denna analys ser vi att sammanboende/ensamboende kan förklara omkring 1,8 procent av hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. Det kan låta som att detta är en mycket låg siffra, men inom samhällsvetenskapliga analyser är höga determinationskoefficienter ovanliga, särskilt när man bara undersöker sambandet mellan en oberoende variabel 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).

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. 34,77 är alltså värdet på PERCCI-skalan vid noll i vår modell, det vill säga ensamstående. PERCCI-skalan går som bekant från 12 till 48. I tabellens andra kolumn framgår att värdet på den så kallade b-koefficienten är 2,28. Detta värde säger att ett skalsteg på x-variabeln leder till en ökning på y-variabel. Ett steg upp på x-variabeln innebär en ökning med 2,28 på PERCCI-skalan. Annorlunda uttryckt kan man säga att sammanboende i ordinärt boende upplever vården som mer personcentrerad än ensamboende eftersom värdet på PERCCI-skalan i genomsnitt är 2,28 skalsteg högre för sammanboende.

Tabell 12. Samband mellan samman- eller ensamboende och upplevd grad av personcentrering

Ensam- eller sammanboende? (referenskategori= ensamboende)	2,28* (1,26)
Intercept	34,77*** (1,88)
N	181
Determinationskoefficient (R ²)	,018

Standardfel i parenteser.

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

Vi har även analyserat sambandet mellan boendeform, det vill säga om man bor i ordinärt boende eller på ett vård- och omsorgsboende, och upplevd grad av personcentrering. Tabell 13 visar att det finns ett svagt signifikant samband mellan boendeform och upplevd grad av personcentrering. Resultatet är signifikant på 10-procentsnivån. Tabellen visar att analysen resulterade i en determinationskoefficient (R²) på 0,026. Detta innebär att omkring 2,6 procent av hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är baserat på PERCCI-skalan kan förklaras av om respondenten bor i ordinärt boende eller på ett vård- eller omsorgsboende.

I tabellens andra kolumn framgår att värdet på den så kallade b-koefficienten är -2,90. Detta värde säger att ett skalsteg på x-variabeln leder till en minskning på y-variabel. Ett steg ner på x-variabeln innebär en minskning med 2,90 på PERCCI-skalan. Annorlunda uttryckt kan man säga att om man går från att bo i ordinärt boende till att flytta till ett vård- och omsorgsboende så upplever man vården som mindre personcentrerad eftersom värdet på PERCCI-skalan i vår modell minskar från i genomsnitt 40,96 till 38,06.

Tabell 13. Samband mellan boendeform och upplevd grad av personcentrering

Boendeform (referenskategori=ordinärt boende)	-2,90* (1,04)
Intercept	40,96*** (1,52)
N	
Determinationskoefficient (R ²)	,026

Finns det något samband mellan vem som fyllt i enkäten och upplevd grad av personcentrering?

Vi har också undersökt om det finns något samband mellan vem som fyllt i enkäten och hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. Annorlunda uttryckt kan man fråga sig om patienter som besvarat enkäten på egen hand eller haft hjälp av någon tenderar att fylla i frågorna om personcentrering på olika sätt. I enkäten ställde vi en fråga om vem som fyllt i enkäten med sex svarsalternativ: 1) jag som har hemsjukvård, 2) anhörig, 3) vän eller bekant, 4) god man eller förvaltare, 5) personal eller 6) annan. För att förenkla analysen omvandlade vi denna oberoende variabel till en binär variabel med två svarsalternativ: att patienten själv fyllt i enkäten eller att någon annan fyllt i enkäten.

Vi gjorde en analys med den binära variabeln som oberoende variabel och PERCCI-skalan som beroende variabel. Vår analys visade inte något signifikant samband mellan vem som fyllt i enkäten och upplevd grad av personcentrering. Vi testade även att kontrollera effekten av vem som fyllt i enkäten på graden av personcentrering mot patienternas ålder, men inte heller detta gav några signifikanta resultat. Det innebär att ett eventuellt samband mellan vem som fyllt i enkäten på graden av personcentrering inte är statistiskt tillförlitligt, inte heller när man kontrollerar för ålder.

Finns det något samband mellan den fysiska och psykiska hälsan på upplevd grad av personcentrering?

Precis som Socialstyrelsens enkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” (2020) så innehöll vår enkät tre frågor som handlade om hur patienterna bedömer sin fysiska och psykiska hälsa. För att undersöka om den fysiska och psykiska hälsan påverkar i vilken utsträckning som patienterna upplever att vården är personcentrerad genomförde vi tre analyser.

Allmänt hälsotillstånd

I den första analysen testade vi den oberoende variabeln ”Hur upplever du ditt allmänna hälsotillstånd” mot den beroende variabeln PERCCI-skalan. Vi testade även

att kontrollera sambandet mellan allmänt hälsotillstånd på upplevd grad av personcentrering mot patienternas ålder.

Tabell 14 nedan innehåller två modeller. I den första modellen har vi analyserat om det finns något samband mellan hälsotillstånd och upplevd grad av personcentrering. Modell 1 visar att analysen resulterade i en determinationskoefficient (R^2) på 0,096. Det innebär att 9,6 procent av variationen i den beroende variabeln kan förklaras av variationen i den oberoende variabeln. Annorlunda uttryckt kan man säga att hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd kan förklara omkring 9,6 procent av hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. Det som kallas intercept i tabellen visar det förväntade medelvärdet på PERCCI i vår modell om man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket dåligt. Medelvärdet om man skattar sin hälsa som mycket dåligt är 28,24 på PERCCI-skalan.

I modell 1 framgår att värdet på den så kallade b-koefficienten är 2,83. Detta värde säger att ett skalsteg på x-variabeln leder till en ökning på y-variabeln. Ett steg upp på x-variabeln innebär en ökning med 2,83 på PERCCI-skalan. Maxvärdet, det vill säga om man upplever sitt allmänna hälsotillstånd som mycket gott, är 39,54 på PERCCI-skalan.

För att förenkla så kan man säga att ju högre man skattar sin hälsa, desto mer personcentrerad upplever man vården. Detta överensstämmer även med tidigare forskning som visar att sköra patienter tenderar att vara mindre nöjda med vården än patienter med bättre hälsa (Wolf et al., 2021). Detta resultat är statistiskt signifikant på 1-procentsnivån. Risken att det observerade sambandet mellan bedömning av hälsotillstånd och graden av personcentrering har uppkommit av en slump är således mindre än 1 procent, men inte så liten som 0,1 procent. Här är det dock på sin plats att påpeka att sambandet mellan upplevd hälsa och resultatet på PERCCI-skalan i praktiken ju inte var helt linjärt (jämför tabell 7) så som i vår regressionsmodell. I själva verket erhöll de patienter som skattade sitt allmänna hälsotillstånd som ganska dåligt lägst resultat på PERCCI-skalan och inte de som skattade sitt allmänna hälsotillstånd som mycket dåligt.

I den andra modellen har vi kontrollerat sambandet mellan allmänt hälsotillstånd på upplevd grad av personcentrering mot patienternas ålder. Vår analys visar att sambandet mellan ålder och upplevd grad av personcentrering inte är signifikant. Detta innebär att ålder inte påverkar hur personcentrerad man upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. Däremot kan vi se att sambandet mellan upplevt hälsotillstånd och upplevd grad av personcentrering blir lite starkare när man kontrollerar för eventuell ålderseffekt. Huvudresultatet av denna analys är att effekten eller sambandet mellan upplevt hälsotillstånd och upplevd grad av personcentrering kvarstår även om man tar hänsyn till respondenternas ålder.

Tabell 14. Samband mellan allmänt hälsotillstånd och upplevd grad av personcentrering med kontroll för ålder

	Modell 1	Modell 2
Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? (referenskategori= mycket dåligt)	2,83*** (0,53)	2,96*** (0,54)
Ålder	-	,039
Intercept	28,33*** (1,72)	24,95*** (3,05)
N	270	270
Determinationskoefficient (R²)	,096	,102

Standardfel i parenteser.

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

Ängslan, oro och ångest

Tabell 15 visar sambandet mellan ängslan, oro och ångest och upplevd grad av personcentrering. Genom att titta på determinationskoefficienten kan vi se att upplevelsen av oro och ångest kan förklara omkring 4,2 procent av hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. I tabell 15 framgår att värdet på den så kallade b-koefficienten är 39,24. Detta är värdet på PERCCI-skalan om ängslan, oro och ångest är noll, vilket i denna analys innebär att man inte upplever någon ängslan, oro eller ångest. Vidare visar tabellen att om besvär ökar, det vill säga om man går från inga besvär med ängslan, oro eller ångest, till besvär med ängslan, oro eller ångest så minskar värdet på PERCCI-skalan med 3,78. Minimivärdet, det vill säga om man upplever ängslan, oro eller ångest, är således 35,45 på PERCCI-skalan.

Även detta resultat är signifikant på 1-procentsnivån och innebär kort sagt att det finns ett signifikant samband mellan oro och ångest och hur personcentrerad man upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. Utifrån tidigare forskning om hälsotillstånd (Wolf et al., 2012) är det rimligt att anta att sambandet är kausalt och att ju mer besvär man har med oro och ångest desto mindre personcentrerad kommer man uppleva att den kommunala hälso- och sjukvården är.

Tabell 15. Samband mellan upplevd oro och ångest på upplevd grad av personcentrering

Oro/ångest? (referenskategori= ingen oro)	-3,78*** (0,78)
Intercept	39,24*** (1,02)
N	292
Determinationskoefficient (R²)	,042

Standardfel i parenteser.

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

Vi testade även att kontrollera sambandet mellan oro och ångest på upplevd grad av personcentrering mot allmänt hälsotillstånd. Tabell 16 visar resultatet från denna

analys. Här kan vi se att b-koefficienten sjunker från -3,78 till -2,80 på PERCCI-skalan, vilket är relativt mycket, cirka en tredjedel av effekten. Teoretiskt kan man förstå detta som att oro och ångest och allmänt hälsotillstånd samvarierar. Vi testade även att göra motsvarande mätning för allmänt hälsotillstånd och upplevd grad av personcentrering med kontroll för ångslan, oro och ångest. Denna analys visade inte att allmänt hälsotillstånd sjönk så mycket (bara från 2,80 till 2,50). Därför är vår tolkning att det som såg ut att vara en effekt av ångslan, oro och ångest i själva verket är en effekt av det allmänna hälsotillståndet. Annorlunda uttryck så tycks det allmänna hälsotillstånden påverka individers ångslan, oro och ångest i viss mån, medan det motsatta inte verkar ske med samma effektstyrka.

Tabellen visar vidare att både ångslan, oro och ångest och allmänt hälsotillstånd fortfarande har kvar en unik effekt på PERCCI-skalan. Detta innebär att båda variablerna är viktiga för att bättre förklara utfallet. Under kontroll visar sig samtidigt en del av ångslan, oro och ångesteffekten vara en effekt av allmän hälsa, eller samvariationen mellan allmän hälsa och ångslan, oro och ångest.

Tabell 16. Samband mellan upplevd ångsla, oro och ångest på upplevd grad av personcentrering med kontroll för allmänt hälsotillstånd

	Modell 1	Modell 2
Oro/ångest? (referenskategori= ingen oro)	-3,78*** (1,03)	-2,80** (1,01)
Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? (referenskategori= mycket dåligt)	-	2,50*** (0,52)
Intercept	39,17*** (0,80)	30,86*** (1,89)
N	287	287
Determinationskoefficient (R ²)	,045	,117

Standardfel i parenteser.

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

Rörlighet

Slutligen analyserade vi hur patienternas rörlighet inomhus påverkade graden av personcentrering. Resultatet visade inget signifikant samband. Det går alltså inte att säga att rörlighet har någon effekt på hur personcentrerad man upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är.

Finns det något samband mellan hur nöjd och trygg man är med hemsjukvården och upplevd grad av personcentrering?

Vår enkät innehöll, precis som Socialstyrelsens enkät, frågor om hur nöjda och trygga patienterna var med den kommunala hälso- och sjukvården. Vi frågade hur trygg patienten kände sig med de insatser som den fick från den kommunala hälso- och sjukvården samt hur nöjda eller missnöjda de sammantaget var med hemsjukvården.

Trygghet och otrygghet

Tabell 17 visar hur upplevd trygghet påverkar upplevelsen av graden av personcentrering. Tabellens determinationskoefficient, 0,387, visar att hur trygg man känner sig med insatserna från den kommunala hälso- och sjukvården kan förklara 38,7 procent av hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är.

Det som kallas intercept i tabellen visar värdet på PERCCI-skalan om man upplever sig mycket otrygg med insatserna från hemsjukvården. Det signifikanta resultatet visar att det förväntade medelvärdet vid mycket otrygg är 16,01 på PERCCI-skalan. Eftersom PERCCI-skalan börjar på 12 är 16,01 ett lågt värde.

Analysen visar att det finns ett signifikant samband mellan upplevd trygghet och upplevd grad av personcentrering. Ett steg upp på trygghetsskalan innebär en ökning med 5,03 på PERCCI-skalan. Resultatet är signifikant på 1-procentsnivån. De som svarat att de är mycket trygga med insatserna i hemsjukvården har i genomsnitt ett värde på 36,14 på PERCCI-skalan.

Tabell 17. Samband mellan upplevd trygghet och upplevd grad av personcentrering

Hur trygg känner du dig med insatser från hemsjukvård? (referenskategori= mycket otrygg)	5,03*** (,387)
Intercept	16,01** (1,67)
N	286
Determinationskoefficient (R ²)	0,371

Standardfel i parenteser.

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

Nöjdhet och missnöjdhet

Vi testade även effekten av nöjdhet eller missnöjdhet på graden av personcentrering. Determinationskoefficienten i tabell 18 visar att hur nöjd eller missnöjd man sammantaget är med hemsjukvården kan förklara hela 43,6 procent av hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är.

Tabellen visar vidare ett värde på 12,15 om den upplevda nöjdheten är noll, det vill säga om man är mycket missnöjd med hemsjukvården. Detta är vårt lägsta signifikanta medelvärde eftersom PERCCI-skalan börjar på 12. Analysen visar också att det finns ett signifikant samband mellan upplevd nöjdhet eller missnöjdhet och upplevd grad av personcentrering. Ett steg upp på skalan över upplevd nöjdhet innebär en ökning med 5,96 steg på PERCCI-skalan. Maxvärdet, det vill säga om man är mycket nöjd med hemsjukvården, är 35,99. Sammantaget innebär detta att det finns ett signifikant samband mellan upplevd nöjdhet och missnöjdhet samt upplevd grad av personcentrering. Detta resultat är signifikant på 1-procentsnivån.

Tabell 18. Samband mellan upplevd nöjdhet och upplevd grad av personcentrering

Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med hemsjukvården? (referenskategori=mycket missnöjd)	5,96*** (,41)
Intercept	12,15*** (1,77)
N	277
Determinationskoefficient (R²)	0,436

Standardfel i parenteser.

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

Finns det något samband mellan om man har en vårdplan och upplevd grad av personcentrering?

Inom den personcentrerade vården framhålls ofta vikten av att ha en gemensamt överenskommen vårdplan (Ekman et al., 2011). Vi ville därför testa om huruvida man har en vårdplan påverkar hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. För att förenkla analysen omvandlade vi denna oberoende variabel till en binär variabel med två svarsalternativ: 1) att patienten hade en skriftlig vårdplan eller 2) att patienten inte hade det eller inte kände till om de hade en sådan plan eller inte. Tabell 19 visar resultatet av analysen.

Av tabellens determinationskoefficient kan vi utläsa att om man har en skriftlig vårdplan kan förklara 1,5 procent av hur personcentrerad en person upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är. Tabellen visar samtidigt ett signifikant, men negativt, resultat som innebär att avsaknad av en skriftlig vårdplan innebär 2,61 steg ner på PERCCI-skalan. Värdet om den oberoende variabeln var noll, vilket i detta fall innebär att man har en skriftlig vårdplan, var 37,74. Det minsta värdet, det vill säga om man inte har en vårdplan, är 35,14 på PERCCI-skalan. Vi kan på basis av tidigare forskning (Ekman et al., 2011) anta att detta samband är kausalt och att avsaknad av vårdplan innebär att man upplever vården som mindre personcentrerad. Detta resultat är signifikant på 5-procentsnivån. Risken att det observerade sambandet mellan om man har en vårdplan och graden av personcentrering har uppkommit av en slump är således mindre än 5 procent.

Tabell 19. Samband mellan vårdplan och upplevd grad av personcentrering

Har du en skriftlig vårdplan? (referenskategori= vårdplan finns)	-2,61** (1,14)
Intercept	37,74*** (,58)
N	288
Determinationskoefficient (R²)	0,015

Standardfel i parenteser.

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

I detta sammanhang är det dock på sin plats att påpeka att det av tabell 11 i föregående kapitel framkom att de som får högst värden på PERCCI-skalan är de som inte vet om de har en vårdplan, och inte, som förväntat, de som svarar att de har en sådan plan. Resultatet skulle möjligtvis kunna tyda på att de personer som inte vet om de har någon plan är mer obekymrade av naturen och därmed är mer nöjda med vården och upplever den som mer personcentrerad, än patienter som har koll på om de har en skriftlig plan eller inte.

I enkäten bad vi de patienter som svarat att de inte hade en vårdplan att uppge om de ville ha en skriftlig plan för de insatser de får i hemsjukvården. Vi gjorde en analys med variabeln Har du skriftlig vårdplan? (med svarsalternativ ja och nej) som oberoende variabel och PERCCI-skalan som beroende variabel. Resultatet visade inget signifikant samband. Det går alltså inte att säga att önskemål om att få en skriftlig plan eller inte har någon effekt på hur personcentrerad man upplever att den kommunala hälso- och sjukvården är.

Slutsatser och rekommendationer

I den här rapporten presenteras resultatet av en undersökning om i vilken utsträckning den kommunala hälso- och sjukvård som ges såväl i hemmet som på vård- och omsorgsboenden upplevs som personcentrerad och vad som kan förklara att denna vård upplevs som mer eller mindre personcentrerad.

Enkätens svarsfrekvens var 22,5 procent. En bortfallsanalys pekar på att respondentgruppen speglar totalpopulationen sett till ålder, kön och boendeform. Däremot kan vi inte uttala oss om huruvida respondentgruppen speglar totalpopulationen avseende utbildningsnivå och födelseland eftersom dessa data saknas för totalpopulationen. En del av patienterna som fick enkäten skickad till sig saknar förmåga att besvara den på grund av demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning. Det kan förklara en del av den tämligen låga svarsfrekvensen. Hur stor andel det rör sig om känner vi dock inte till. Även om alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård inte har möjlighet att besvara en enkät, anser vi ändå att det är viktigt att tillfråga gruppen om vad de tycker om den vård de får. Enkäter är ett smidigt sätt att nå en stor population, men eftersom flera patienter inte kan svara på enkäter bör man fundera på om undersökningen ska kompletteras med andra undersökningsmetoder. Exempelvis skulle anhöriga kunna svara på en enkät i stället om patienten själv inte har förmåga att göra det. Personal kan också bedöma patientens mående genom särskilda skattningsskalor, exempelvis med hjälp av QUALID som är ett validerat instrument för att undersöka livskvalitet vid svår demenssjukdom (Falk et al, 2007).

Våra deskriptiva resultat visar att en majoritet av patienterna är mycket eller ganska nöjda och trygga med hemsjukvården. Resultatet visar också att de flesta upplever att hemsjukvården många gånger är personcentrerad baserat på de dimensioner som mäts i PERCCI-skalan. Svarsfrekvensen på enkäten är tillräckligt hög för att kunna dra statistiskt signifikanta slutsatser med fem procents felmarginal. Däremot var svarsfrekvensen för låg för att kunna dra statistiskt signifikanta slutsatser på kommunnivå.

En svaghet med studien är att vi inte har kunnat kontrollera om patienterna förstått om de svarat på en enkät om hemsjukvård eller om de räknat in alla insatser man har från kommunen i hemmet eller på det särskilda boendet. Vi har försökt möta denna eventuella risk genom tydlig information i enkäten. En annan svaghet är att vi kan utgå ifrån att många patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har varit för sjuka för att besvara enkäten. Vi har försökt möta denna risk genom att ge anhöriga, vänner och vårdpersonal möjlighet att hjälpa patienten att svara på enkäten. Samtidigt går det att tänka sig att vi hade kunnat ha andra strategier för att nå denna målgrupp, exempelvis genom att komplettera enkäten med intervjuer eller skapa en enkät med enklare frågor. Detta låg dock inte inom ramen för vad vi hade möjlighet att genomföra i denna studie.

Det finns en rad faktorer som påverkar patienters upplevelser av vård. Forskning visar att kvinnor, högutbildade och yngre personer tenderar att vara lite mer missnöjda med vården än män, lågutbildade och äldre personer (Johansson et al. 2002). Patienternas hälsa har också visat sig ha konsekvenser för hur de upplever vården (Ludlow et al., 2018; Wolf et al., 2012). Våra analyser visar emellertid inga samband mellan sociodemografiska faktorer så som ålder, kön, utbildningsnivå eller födelse- och uppväxtland och den upplevda graden av personcentrering. Däremot ser vi signifikanta samband mellan upplevt hälsotillstånd samt upplevd ångslan, oro och ångest och upplevd grad av personcentrering. Utifrån tidigare forskning (Wolf et al., 2012) kan vi sluta oss till att patienter som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott tenderar att uppleva hemsjukvården som mer personcentrerad än de som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt.

Våra analyser visar också på signifikanta samband mellan om patienten är ensamboende eller sammanboende och om personen bor i ordinärt boende eller på särskilt boende och upplevd grad av personcentrering i den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare kan vi se starka signifikanta samband mellan upplevd trygghet och nöjdhet med vården och upplevd grad av personcentrering. Vi kan dock inte uttala oss om orsak och verkan-förhållanden i dessa samband.

En analys av Cronbachs alfa för PERCCI talar för att detta instrument har en hög intern konsistens, det vill säga att påståenden som ingår alla mäter det som instrumentet avser att mäta, alltså personcentrering. Cronbachs alfa visar på god reliabilitet för samtliga frågor och sämre värde om någon fråga tas bort. Vi bedömer dock att påståendet som handlar om att vårdpersonalen hjälper patienten att hålla kontakt med patientens omgivning ändå bör strykas, eftersom detta normalt sett inte är ett hälso- och sjukvårdsuppdrag i Sverige utan möjligtvis ett uppdrag inom socialtjänsten.

Vår enkät omfattade totalt 10 A4-sidor, vilket är en sida mindre än Socialstyrelsens årliga enkät om vad äldre tycker om äldreomsorgen. Trots detta menar vi att enkäten möjligtvis är något för lång. Forskning visar att korta enkäter har högre sannolikhet att få svar (Edwards et al., 2002). För att mäta den upplevda graden av personcentrering menar vi därför att det kan räcka att bara använda mätinstrumentet PERCCI, möjligtvis kompletterat med frågor om skattat allmänt hälsotillstånd och 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 frågor om detta ställs i enkäten. Huruvida ett sådant förfarande är möjligt har vi dock inte undersökt i denna studie. 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.

Referenser

- 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
- 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*. 2014 Oct;16(10):1142-51. doi: 10.1002/ejhf.151.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra upplagan. Stockholm: Liber.
- Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, P. O., & Edvardsson, D. (2017). Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services-a study protocol of a non-randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0445-0>
- Campbell, J. L., Ramsay, J., & Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *BMJ Quality & Safety*, 10(2), 90–95. doi: 10.1136/qhc.10.2.90
- 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. (2010). *Statistisk verktygslåda 1 - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* (2 uppl.). Studentlitteratur.

- 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., DiGuseppi, 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>
- Falk, H., Persson, L., Wijk, H. (2007). A psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scale. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1040-1050. doi:10.1017/S1041610207005777
- 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>
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Utbildningsnivå och hälsa – hur hänger de ihop? Socioekonomiska skillnader i hälsa ur ett utbildningsperspektiv*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ca6067606d8847f7945e922642853caf/utbildning-halsa-faktablad.pdf>
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine*, 30(7), 811–818. DOI: 10.1016/0277-9536(90)90205-7
- 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.
- Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(4), 337-344. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x

- 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>
- Ludlow, K., Mumford, V., Makeham, M., Braithwaite, J., & Greenfield, D. (2018). The effects of hearing loss on person-centred care in residential aged care: a narrative review. *Geriatric Nursing*, 39(3), 296-302. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2017.10.013
- 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
- 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/>
- Nilsson, K., Lundgren, S. och Furåker, C. (2009). Registered nurses' everyday activities in municipal health care: A study of diaries. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 543-552. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2009.01777.x
- Socialstyrelsen (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>
- Socialstyrelsen (2020a). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården?* <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>
- Socialstyrelsen (2020b). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2020*.
- Sundler, A. J., Hjertberg, F., Keri, H., & Holmström, I. K. (2020). Attributes of person-centred communication: A qualitative exploration of communication with older persons in home health care. *International journal of older people nursing*, 15(1), e12284. DOI: 10.1111/opn.12284
- Talabani, N., Ängerud, 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/arbetsatt-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

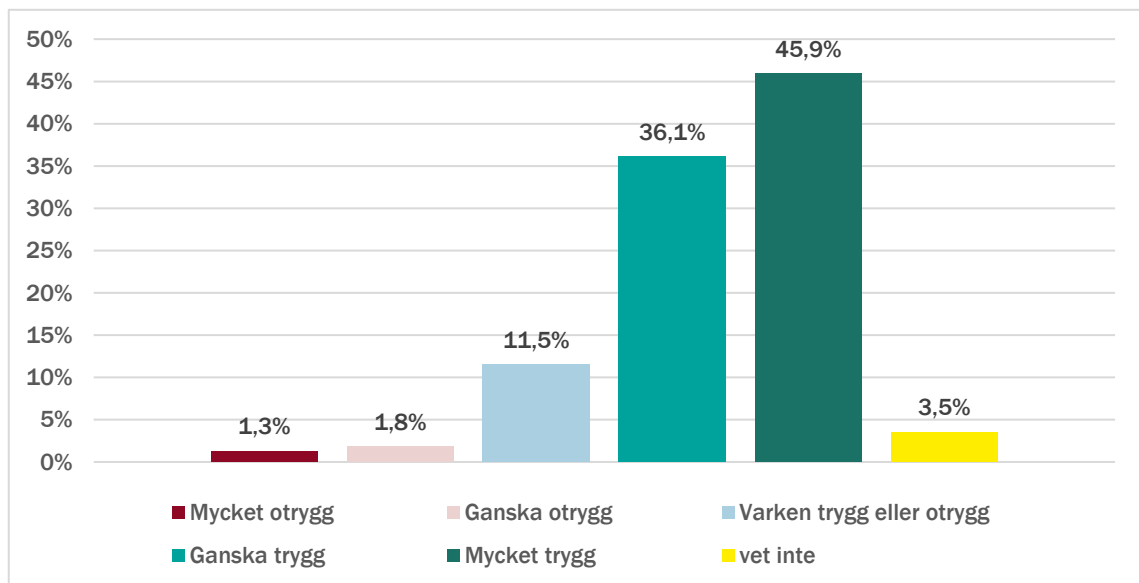
Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., & Roberts, C. (2018). The preliminary measurement properties of the person-centred community care inventory (PERCCI). *Quality of Life Research*. 27(10):2745–2756. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1917-1>

Wolf, A., 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>

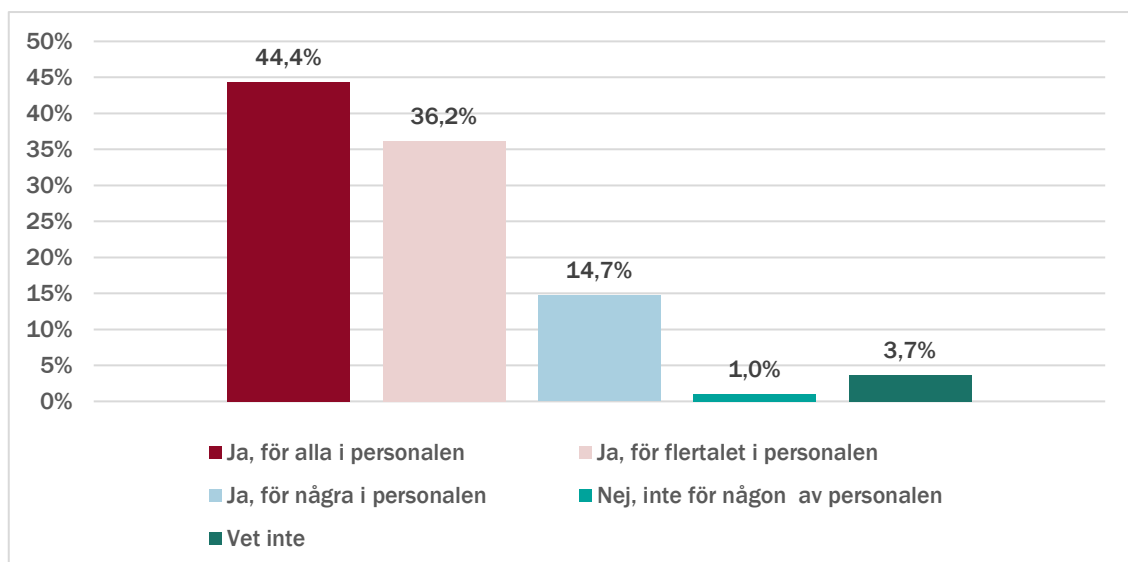
Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ open*, 7(7), e016491. DOI:10.1136/bmjopen-2017-016491

Bilaga 1. Deskriptiva resultat för enkäten till patienter i kommunal hälso- och sjukvård 2021

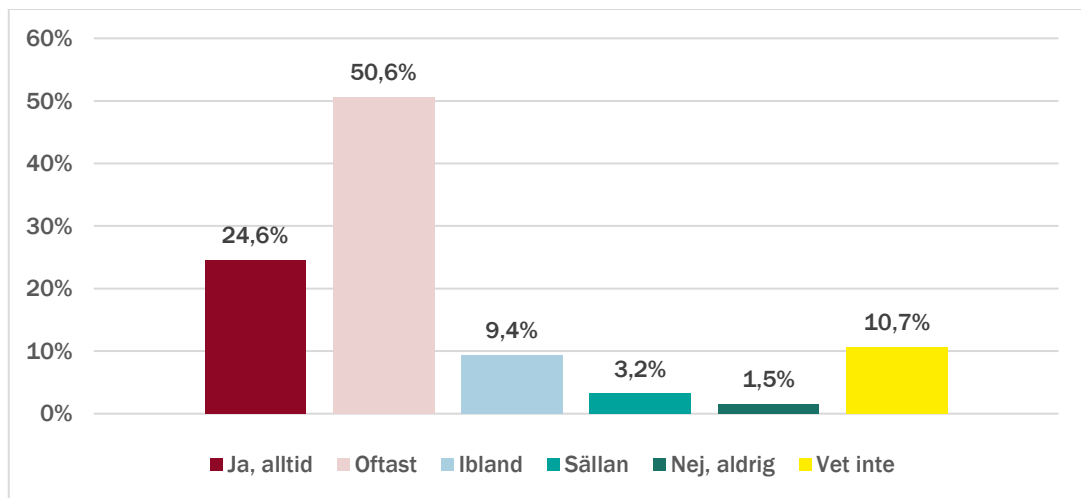
Hur trygg känner du dig med de insatser som du får från hemsjukvården?



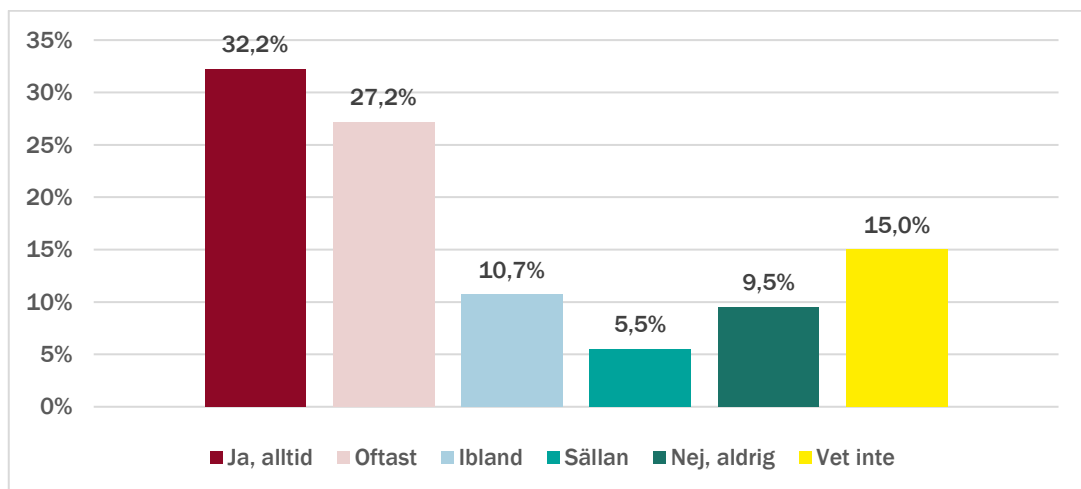
Känner du förtroende för personalen i hemsjukvården?



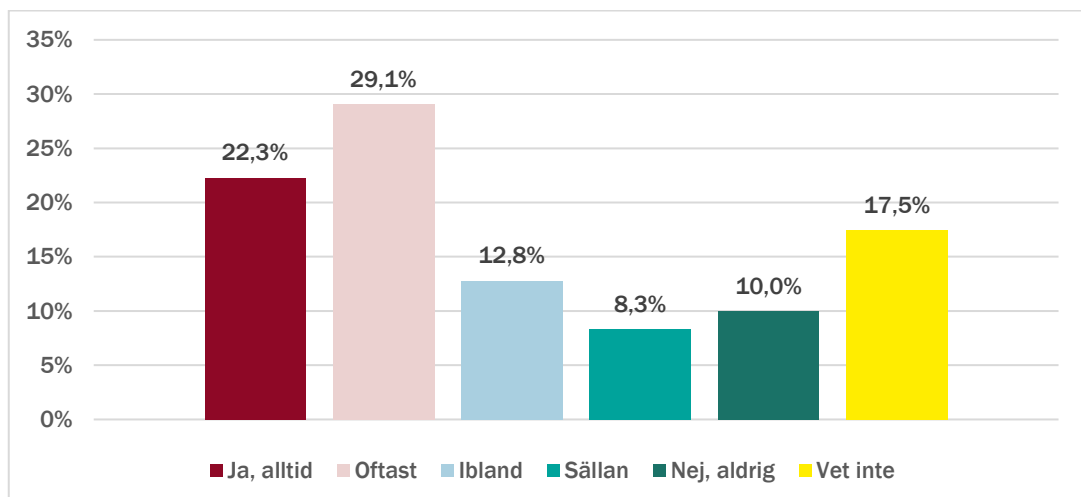
Brucar personalen i hemsjukvården komma på avtalad tid?



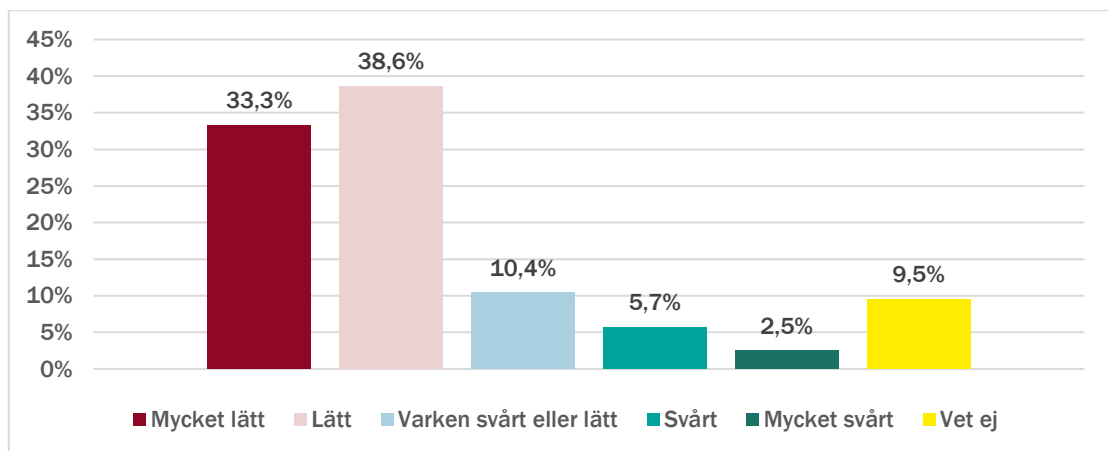
Brucar personalen i hemsjukvården meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? T.ex. byte av tid/dag, förseningar, personaländringar etc.



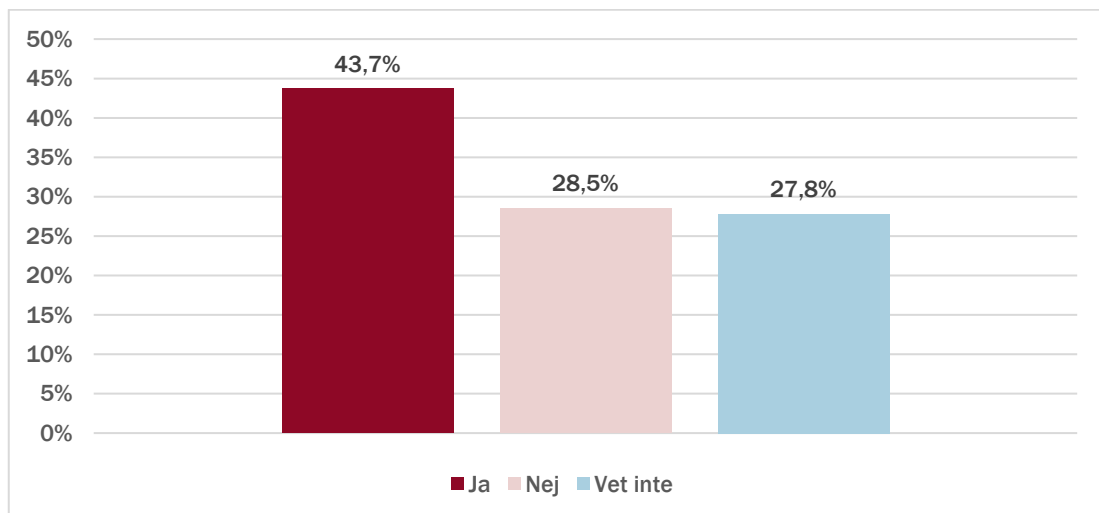
Brucar du kunna påverka vid vilka tider personalen i hemsjukvården kommer?



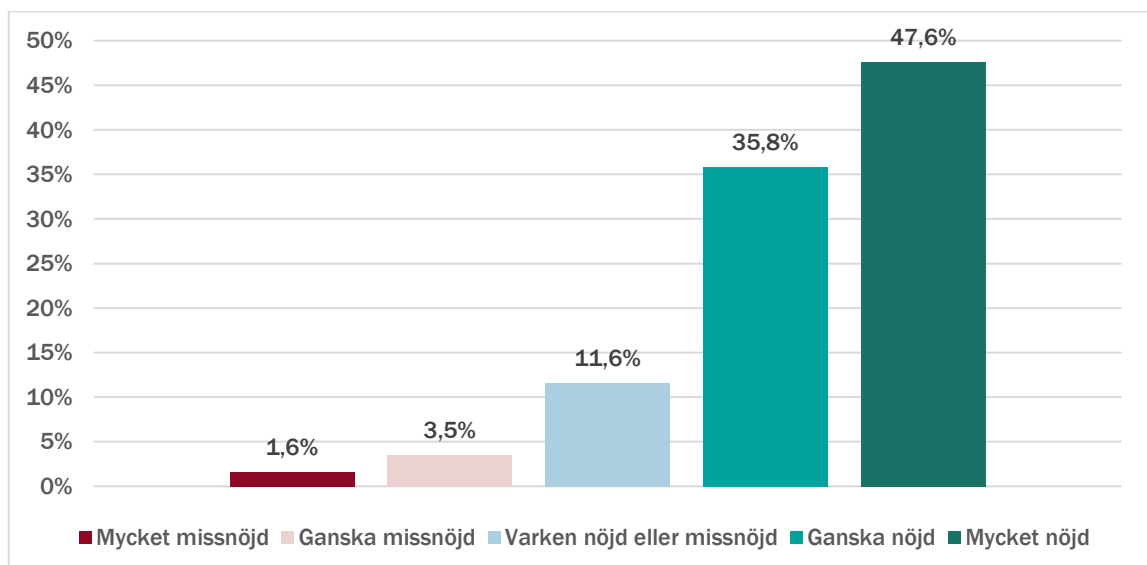
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen i hemsjukvården vid behov?



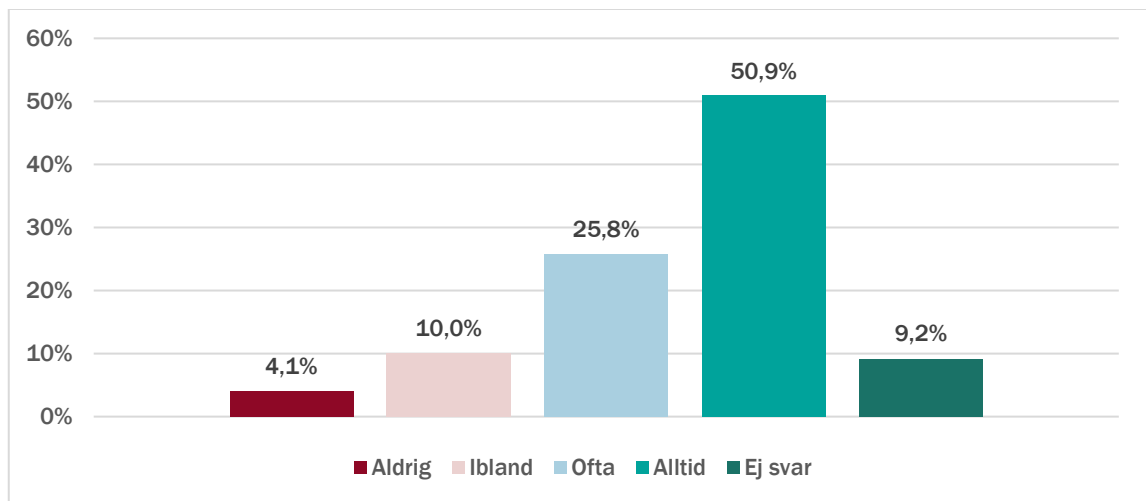
Har du en skriftlig plan för dina insatser i hemsjukvården?



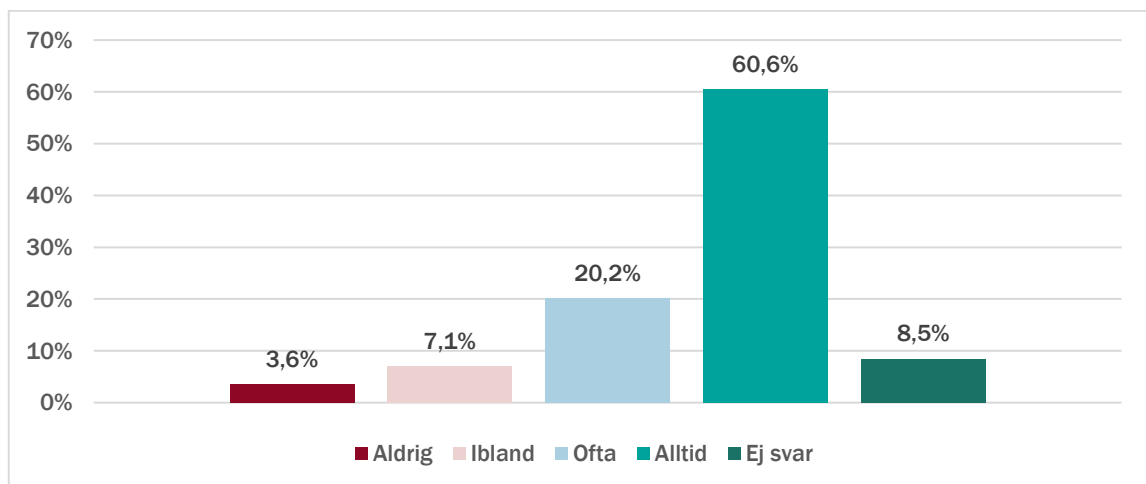
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med hemsjukvården?



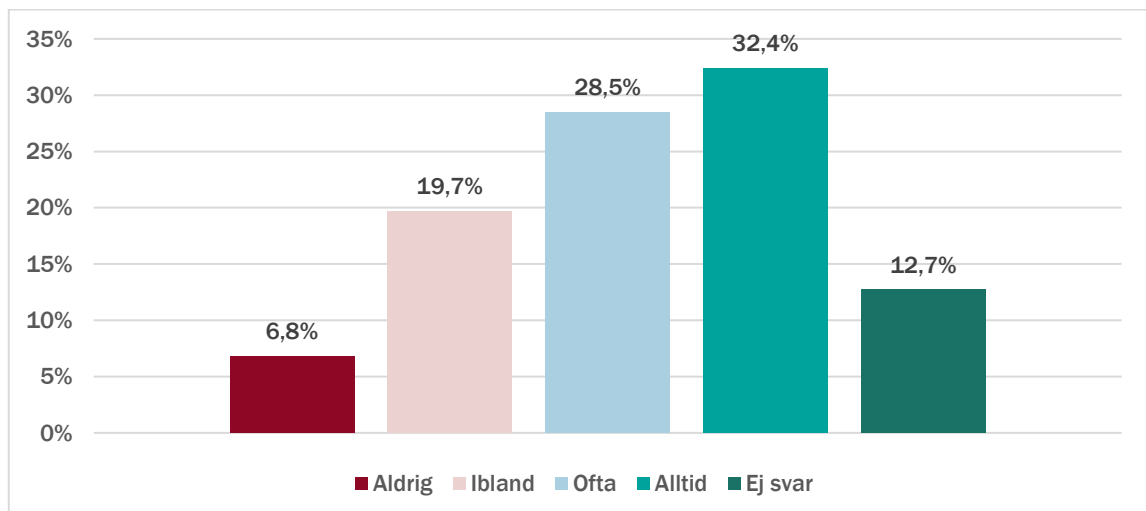
Personalen tar det jag säger på allvar. (Ingår i PERCCI)



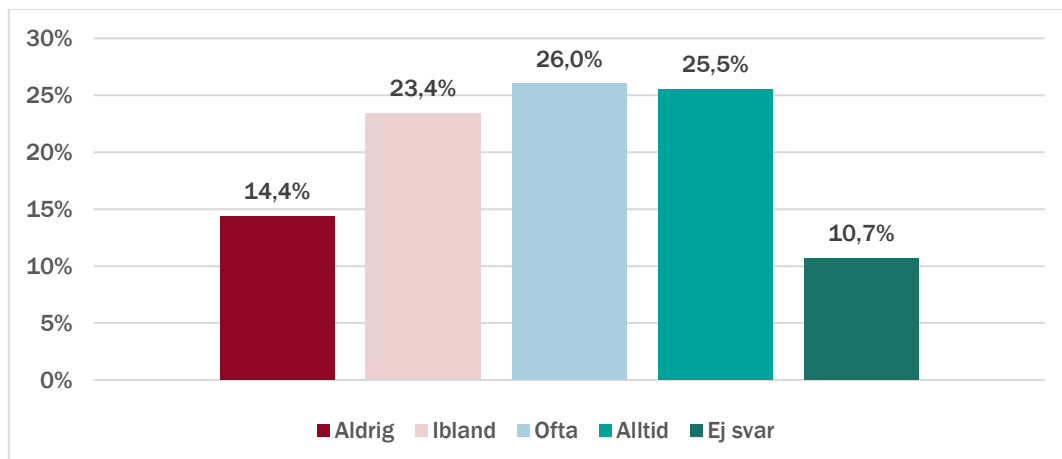
Personalen bemöter mig med vänlighet, som om jag betyder något för dem. (Ingår i PERCCI)



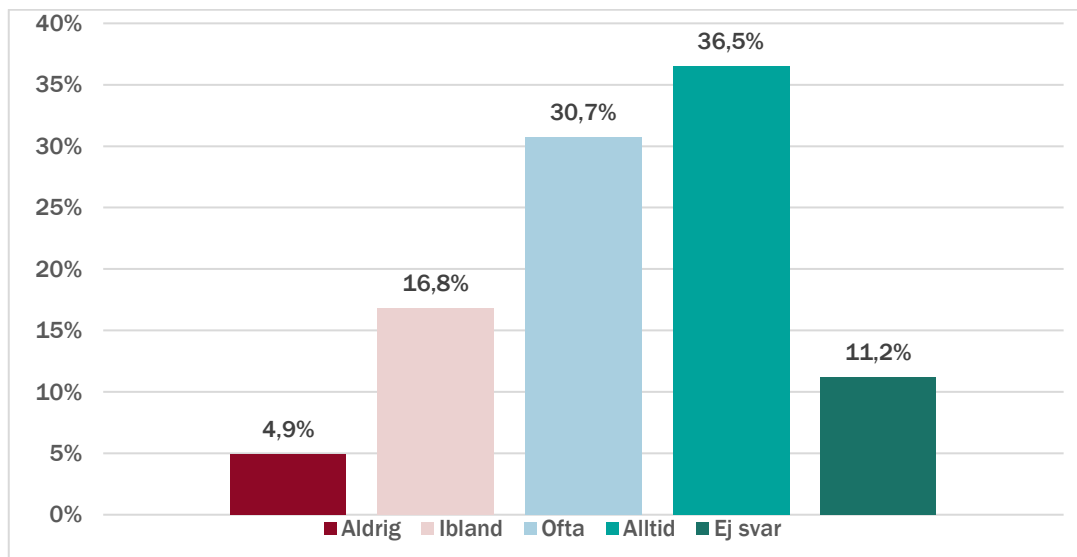
Personalen märker när jag har bättre och sämre dagar. (Ingår i PERCCI)



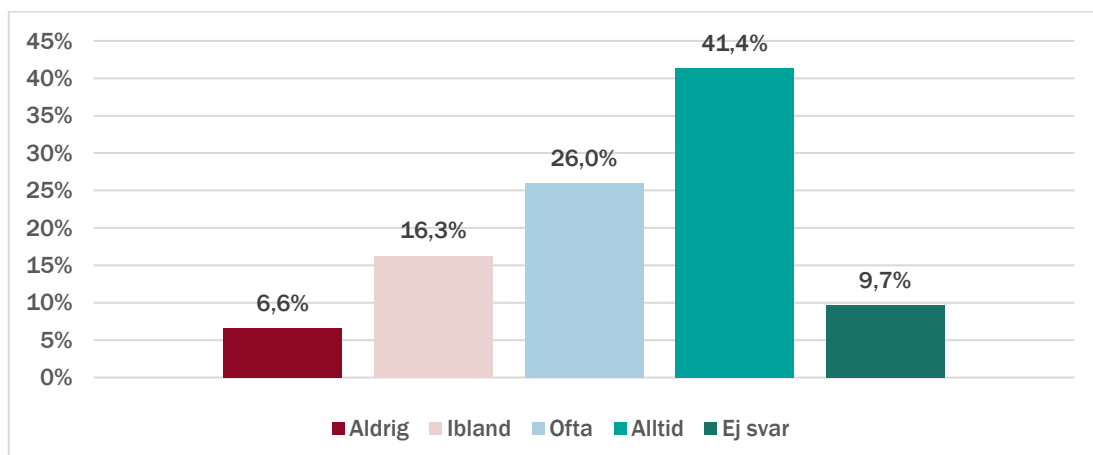
Jag har utvecklat nära band med personalen. (Ingår i PERCCI)



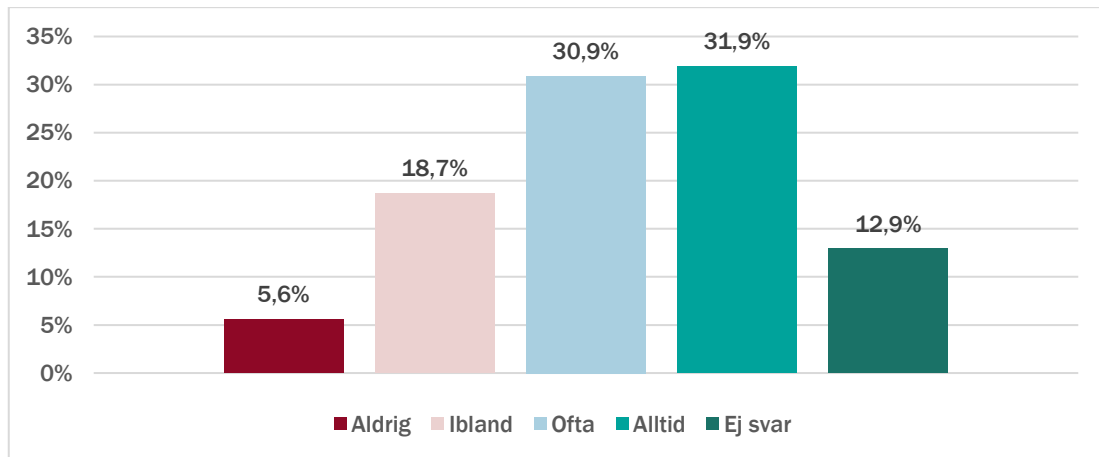
Personalen förstår vilka områden i livet jag behöver hjälp med. (Ingår i PERCCI)



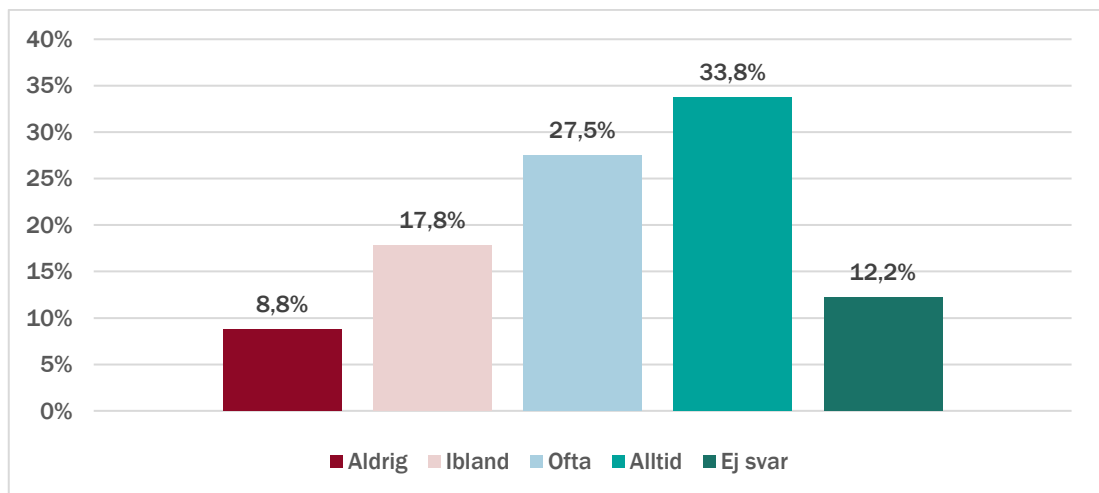
Jag får tillräckligt med tid för att säga det jag vill säga till personalen. (Ingår i PERCCI)



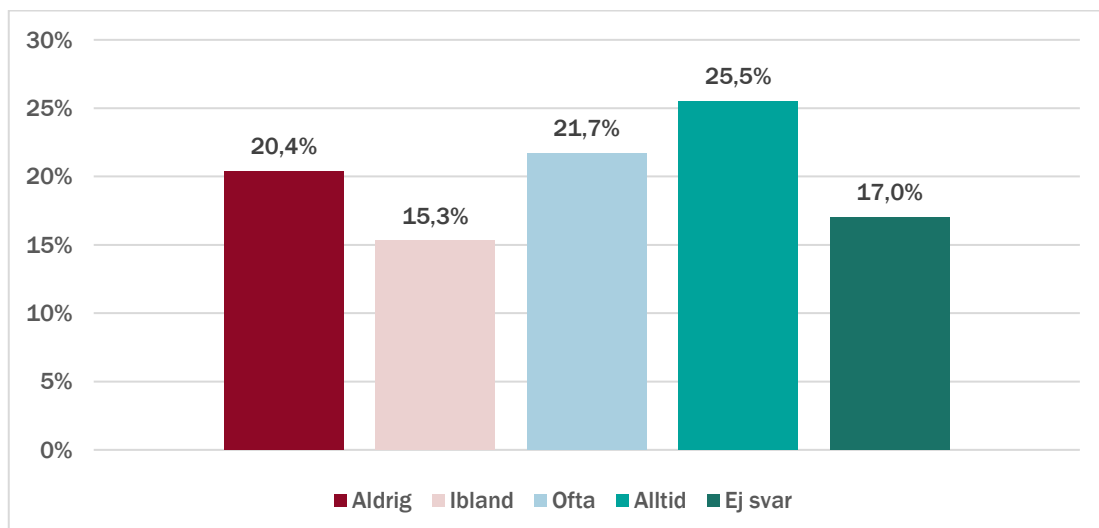
Den vård och det stöd som jag får hjälper mig att vara optimistisk kring det som jag fortfarande kan göra. (Ingår i PERCCI)



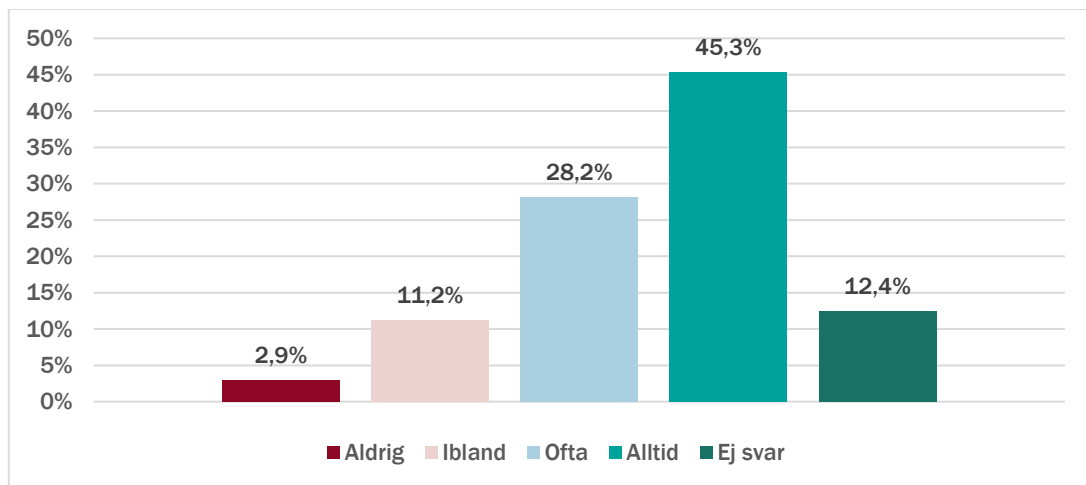
Jag har något att säga till om i de beslut som fattas om min vård och omsorg. (Ingår i PERCCI)



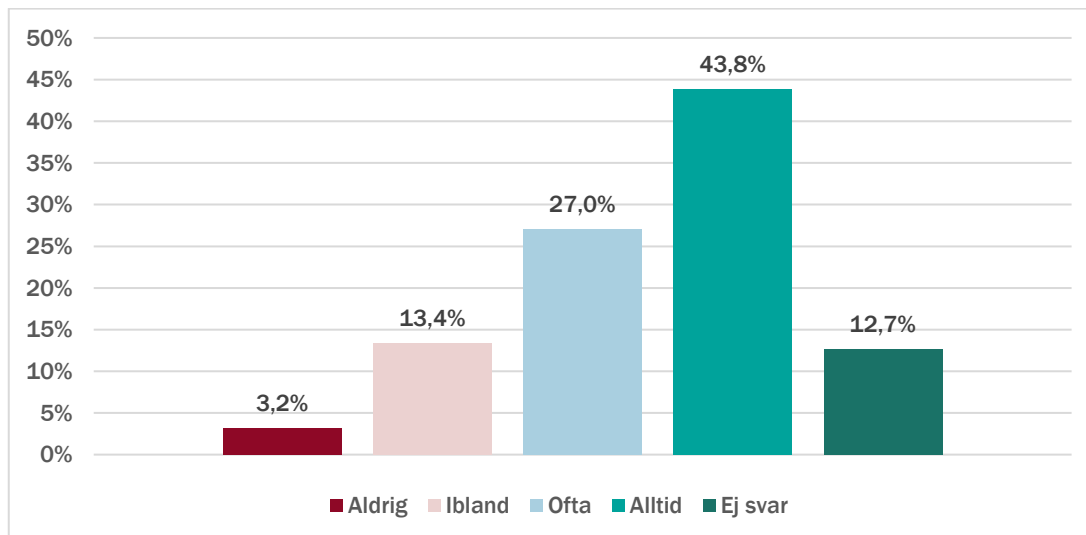
Jag får hjälp att hålla kontakt med min omgivning. (Ingår i PERCCI)



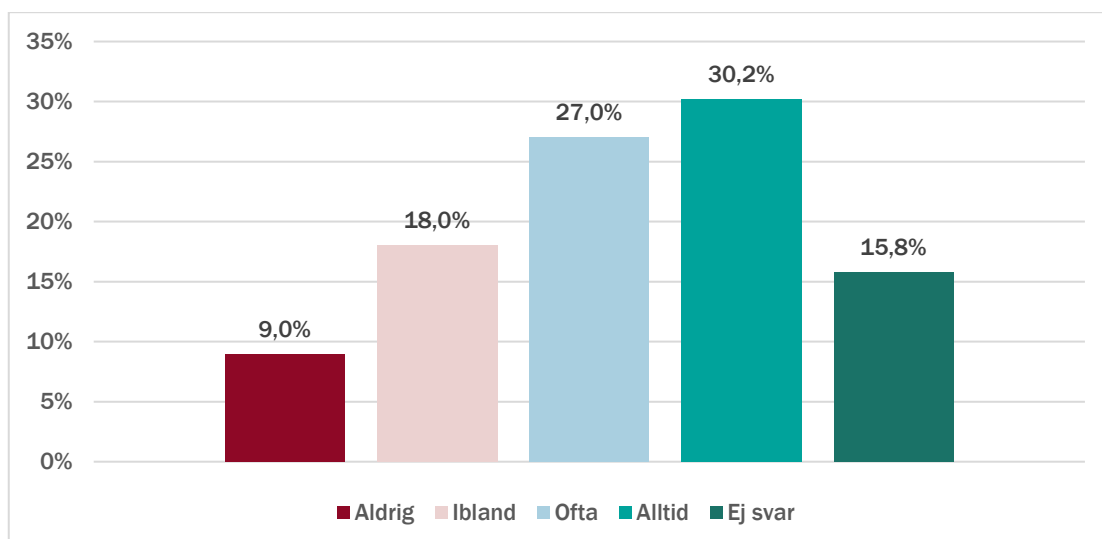
Jag får hjälp med det som är viktigast för mig. (Ingår i PERCCI)



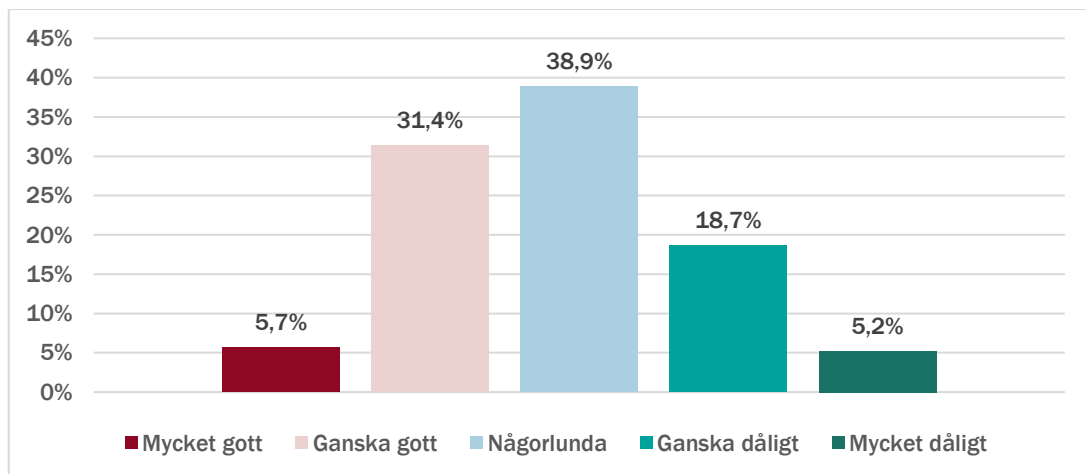
Mina åsikter om min vård och omsorg respekteras. (Ingår i PERCCI)



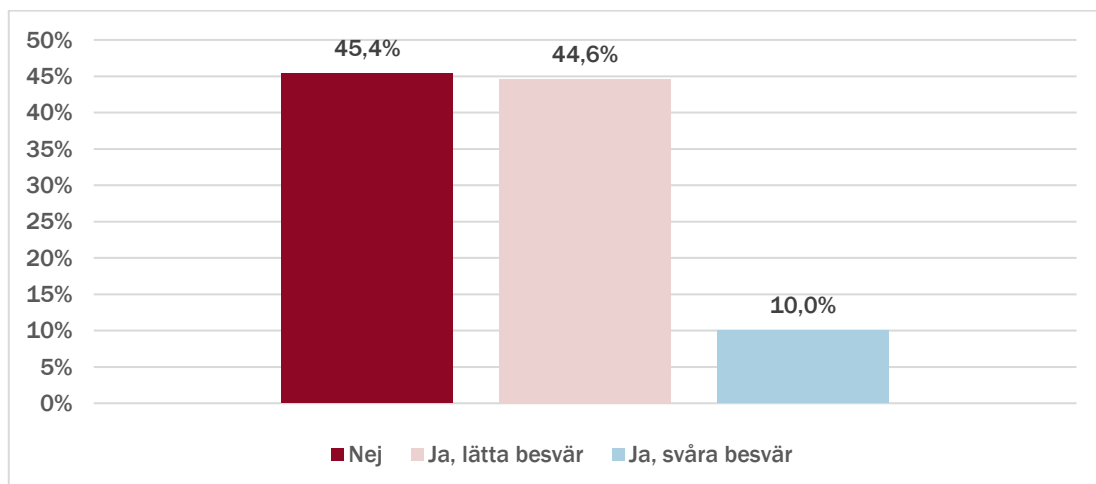
Min vård och omsorg stärker mitt självförtroende. (Ingår i PERCCI)



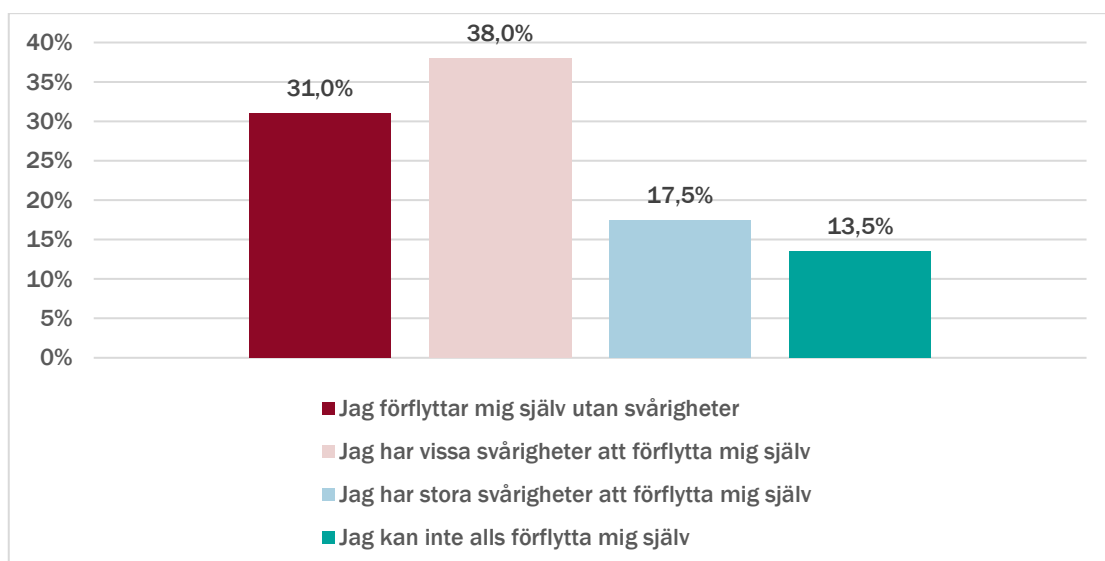
Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?



Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?



Hur är din rörlighet inomhus?



Bilaga 2. Patientenkät

Bilaga 3.

Chronbachs alfa för PERCCI

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Personalen tar det jag säger på allvar.	1385,80	9344720,012	,801	,791	,961
Personalen bemöter mig med vänlighet, som om jag betyder något för dem.	1392,94	9342253,001	,837	,825	,961
Personalen märker när jag har bättre och sämre dagar.	1352,21	9178626,538	,774	,689	,962
Jag har utvecklat nära band med personalen.	1371,85	9204170,525	,825	,780	,961
Personalen förstår vilka områden i livet jag behöver hjälp med.	1366,64	9101386,318	,866	,810	,960
Jag får tillräckligt med tid för att säga det jag vill säga till personalen.	1381,16	9323811,020	,793	,729	,962
Den vård och det stöd som jag får hjälper mig att vara optimistisk kring det som jag fortfarande kan göra.	1349,76	9066514,295	,827	,766	,961
Jag har något att säga till om i beslut som fattas om min vård och omsorg.	1357,06	9010900,430	,882	,847	,959
Jag får hjälp att hålla kontakt med min omgivning.	1308,89	8991028,539	,761	,677	,963
Jag får hjälp med det som är viktigast för mig.	1354,34	9063691,743	,844	,768	,960
Mina åsikter om min vård och omsorg respekteras.	1351,96	9019427,623	,861	,792	,960
Min vård och omsorg stärker mitt självförtroende.	1320,76	9040619,228	,763	,670	,963