

Vårdkvalitet ur patientens perspektiv

– för en förbättrad patientdelaktighet

FÖRFATTARE	Rebecka Gustafsson Camilla Spetz
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterska med inriktning mot medicinsk vård 60 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad VT 2015 OM5360
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Jacobsson Ung
EXAMINATOR	Anna Dencker

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Vi vill rikta ett stort tack till alla som på olika sätt bidragit till att vi kunnat genomföra denna studie. Ett speciellt tack vill vi rikta till vår handledare Eva Jakobsson Ung som med mycket engagemang och härliga kommentarer väglett oss genom arbetet. Vi vill även tacka vår vårdenhetschef Lena Wetterlund för uppmuntran och entusiasmerande stöd under hela processen, som möjliggjort att vi kunna genomföra denna studie i befintlig verksamhet. Tack även till våra “forskningsundersköterskor” (våra vårdkoordinatorer) som bidragit med att dela ut och samla enkäterna. Vi vill även rikta ett speciellt tack till våra underbara familjer som stått ut med oss, när vi varit begrävda i vetenskapliga artiklar och mindre kontaktbara för socialt umgänge.

Rebecka Gustafsson och Camilla Spetz

Borås 2015-03-09

Titel (svensk): Vårdkvalitet ur patientens perspektiv - för en förbättrad patientdelaktighet
Titel (engelsk): Quality of care from patients' point of view - Promoting Patient Participation
Arbetets art: Självständigt arbete
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicinsk vård, 60 högskolepoäng.
Kursbeteckning: OM5360
Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng
Sidantal: 37 sidor
Författare: Rebecka Gustafsson
Camilla Spetz
Handledare: Eva Jakobsson Ung
Examinator: Anna Dencker

SAMMANFATTNING

Introduktion I dag betonas mer än tidigare, att vårdpersonalen ska efterfråga vad det är patienterna önskar få hjälp med. Det är ett nytt sätt att se på den vård som ges. Det är inte längre enbart vårdens utfall som är av betydelse för vårdens kvalitet. Därför är det av betydelse att vårdkvalitet ses ur olika perspektiv såväl patienternas som vårdens. Av den anledningen bör vi ställa frågan: görs rätt saker och görs de på rätt sätt.

Syftet med studien är att identifiera potentiella förbättringsområden av betydelse för vårdkvalitet och utveckling av personcentrerad vård genom att undersöka hur patienter på en internmedicinsk vårdavdelning värderar sina möjligheter till delaktighet utifrån vårdmiljöns fysiska förutsättningar, socio-kulturella atmosfär samt personalens kompetens och förhållningssätt.

Metod Studien genomfördes som en prospektiv tvärsnittsstudie. Mätinstrumentet som användes var enkäten KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv). Nittioåtta patienter inkluderades i studien. De valdes ut konsekutivt under två månader, hösten 2014.

Studiens resultat visar att de förutsättningar som finns på avdelningen för personcentrerad vård och ökad delaktighet är; vårdpersonalens engagemang, förståelse för patienternas situation och respektfullt bemötande. De områden som patienterna värderat, inte uppfyller deras förväntningar, är möjlighet till enskilda samtal med läkare/sjuksköterska, möjlighet att samråda i beslut och den information/undervisning som ges.

Slutsats För att öka kvaliteten på vård och kunna ge förutsättningar för en ökad delaktighet och personcentrerad vård krävs att de organisatoriska förutsättningarna förbättras, att utrymme för enskilda samtal ges.

ABSTRACT

Introduction Today the health care system is more than ever, applied to ask what the patients wants. This is a new approach of how to deliver care. It is more than the outcome of care that matters. Therefore it is important that quality of care is seen from different perspectives, the patients as well as the health organization. For that reason we need to address the question: are we doing the right thing, and is it done the right way.

The aim of the study is to identify potential areas in need of improvement with significance for quality of care and development of person-centered care by examine how patients in a medical ward appraises their possibilities of participation based on the care environments physical prerequisites, socio-cultural atmosphere and the competence and attitudes of the healthcare professionals.

Method The study was executed as a prospective cross-sectional study using questionnaires. The questionnaire used in the study was QPP (Quality from Patients Perspective). Ninety-eight patients were included in the study through a consecutive sample during two month, in the autumn of 2014.

The Result of the study shows that the prerequisites to be seen for Person-Centered Care and increased participation are commitment and respect for patients and understanding for their situation. The patients assessed following areas to be deficient; lack of opportunities for conversations on one-to-one bases with nurses as well as physicians, opportunities of consultation in decision-making and education/information.

Conclusion To increase the quality of care and enhance participation and a person-centered care approach, it is of utmost importance that the structural prerequisites exists, that space is given for conversations on one-to-one basis.

Keywords Quality of care, person-centered care, patient, participation.

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	1
Vårdkvalitet	1
Delaktighet och Personcentrerad vård	2
AKTUELL FORSKNING	4
Vårdkvalitet ur olika perspektiv	4
Delaktighet och Personcentrerad vård ur olika perspektiv	5
SYFTE	6
METOD	7
VÅRDAVDELNINGENS KARAKTÄR	7
URVAL	7
DATAINSAMLING	8
Enkäten	8
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	11
SOCIODEMOGRAFI, VÅRDTID OCH HÄLSOSITUATION	11
RELATIONEN MELLAN UPPLEVD REALITET OCH SUBJEKTIV BETYDELSE	12
ÅTGÄRDSINDEX PÅ DIMENSION- OCH FRÅGENIVÅ	13
Områden i behov av kvalitetsförbättrande åtgärder	14
ÖPPNA FRÅGOR	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	19
KLINISKA IMPLIKATIONER	22
SLUTSATS	22
REFERENSER	23
BILAGOR	
1 Forskningspersonsinformation	
2 KUPP-enkät	

INLEDNING

Vårdkvalitet är ett ledord i dagens sjukvård. Definitionen av ordet skiljer sig dock mellan de som styr vården och de som tar emot den, det vill säga patienterna. Genom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS 1982:763 ställs krav på att vården ska vara av god kvalitet, säker och ges inom rimlig tid. Vad är vårdkvalitet ur patienternas perspektiv? Studier visar att patienter förutsätter att de får den bästa medicinska vården som finns att tillgå. För patienterna handlar god vård om fysiska aspekter och bemötande. Det innefattar mat, hygien, bekvämlighet samt att bli sedda som kapabla personer, som ges möjlighet att berätta sin historia. Det handlar även om *delaktighet* som ligger till grund för upplevelsen av kvaliteten på vården (Hudon, 2011; Lindberg, Hörberg, Persson & Ekebergh, 2013; Mohammed et al., 2014). Detta innebär att det finns två sidor av begreppet vårdkvalitet, dels den som lägger fokus på strukturen samt vårdens utfall och dels den där patienterna värderar vården (Donabedian, 1988). I dagens sjukvård ligger tonvikten på den förstnämnda.

Patienternas position har stärkts ytterligare genom den nya Patientlagen (2014). Genom den ställs ökade krav på integritet, självbestämmande och delaktighet. Stort fokus ligger på att detta sker genom att information ges till patienterna. På regional nivå har detta tolkats som: "När patienter uppmuntras att delta i och påverka sin egen vård ökar deras motivation att göra vad de kan för att förbättra sin situation. Följsamheten till ordinationer ökar, vilket leder till bättre behandlingsresultat" (Regionstyrelsen, 2011, s. 9). Ska patienterna ses som passiva mottagare av information, där målet är ökad följsamhet och bättre behandlingsresultat eller som aktiva deltagare där patienternas olika förutsättningar, behov, önskemål och värderingar prioriteras? Kan vårdkvalitet och ökad delaktighet uppnås utan att de som berörs får vara med och värdera vården? Föreliggande studie syftar till att lyfta fram och synliggöra patienternas syn på vårdkvalitet och delaktighet.

BAKGRUND

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Vårdkvalitet

Patienter, såväl som samhället i stort, förutsätter att den vård som ges är av god kvalitet. Sett ur samhällets perspektiv beskrivs vårdkvalitet som säker, jämlik vård, som ska förebygga skada och ohälsa. Vården ska hålla god hygienisk standard, bygga på kontinuitet och vara säker. Den behöver systematiskt utvecklas, mätas, effektiviseras och kvalitetssäkras (Hälso- sjukvårdslagen, SFS 1982:763; Socialstyrelsen, 2014). Vårdkvalitet belyses även genom Patientlagen (2014), där patienternas rätt till delaktighet framhålls. Den beskriver patienternas rätt till information som rör den egna vården. Patienterna ska ges möjlighet att vara väl insatta i sin sjukdom, för att kunna ta ansvar för sin medicinering och följa ordinationer.

Donabedian (1988) belyser att begreppet vårdkvalitet har två sidor. Dels den tekniska delen, som struktur, processer och resultat av vård, dels upplevelsen av vårdkvalitet, det vill säga det som

patienterna som erhåller vården kan värdera. Den föreliggande studien utgår från Wilde, Starrin, Larsson & Larssons (1993) beskrivning av begreppet vårdkvalitet som är en vidareutveckling av Donabedians teori. Wilde et al. (1993) beskriver vårdkvalitet som ett helhetsbegrepp som formas utifrån de normer, förväntningar och erfarenheter patienterna har med sig in i mötet med vården. Teorin omfattar fyra dimensioner av vårdkvalitet; *Medicinsk-teknisk kompetens*, *Fysisk-tekniska förutsättningar*, *Identitetsorienterat förhållningssätt* och *Socio-kulturell atmosfär*. Tillsammans skapar dessa dimensioner en modell av patienternas preferenser och vårdorganisationens resursstruktur. Genom denna synliggörs patienternas värderingar av, om vårdpersonalen gör rätt saker och om dessa görs på rätt sätt (Se figur 1).



Figur 1: Kvalitet ur patientens perspektiv (Wilde, et al., 1993).

Dimensionen *Medicinsk-teknisk kompetens* handlar om patienternas upplevelser av god vård avseende undersökningar, diagnostisering, behandlingar, väntetid och smärtlindring. De *Fysisk-tekniska förutsättningarna* handlar om hur patienterna upplever hygien, bekvämlighet samt den mat, dryck och tekniska utrustning som erbjuds. Dimensionen *Identitetsorienterat förhållningssätt* behandlar vårdpersonalens egenskaper, såsom bemötande, att visa intresse för patienternas unika situation, ge utrymme för delaktighet och en jämställd relation. Dimensionen *Socio-kulturell atmosfär* beskriver vårdmiljön och dess förutsättningar. Den bör vara anpassad för att ge möjlighet till såväl enskildhet som gemenskap, samt anpassas utifrån patienternas unika önsningar och behov. Vårdmiljön bör även utstråla en trivsamt atmosfär. Denna speglar patienternas upplevelse av vårdpersonalens bemötande gentemot varandra, medpatienter samt besökande.

Delaktighet och personcentrerad vård

I den *Identitetsorienterade dimensionen* lyfter Wilde et al. (1993) fram, att patienterna har behov

och vilja av att bli bemötta med respekt och ärlighet. De önskar bli sedda som unika personer, med egna erfarenheter. Vårdpersonalen ska besitta kunskap, empati samt ha förståelse för patienternas erfarenheter och vad som är värdeskapande för dem. Vårdpersonalen ska även ge patienterna möjlighet till delaktighet genom att stödja och bjuda in dem att delta i vårdprocessen.

McCormack och McCance (2006, 2010) har utvecklat en modell som beskriver grundstenarna i personcentrerad vård (PCV) (Se figur 2). Modellen utgår från ett holistiskt perspektiv, med det grundläggande antagandet att patienterna ses som en helhet, det vill säga som en person snarare än en sjukdom. Tonvikten ligger på den interpersonella relationen mellan patienterna och vårdpersonalen, vilket är en av förutsättningarna för PCV. Genom att patienterna ges möjlighet att kunna delta som jämställda i vårdrelationen, skapas ett partnerskap. Det medför att patienterna får större utrymme för delaktighet i vården.

För att möjliggöra delaktighet, krävs att vårdpersonalen bjuder in patienterna i partnerskapet. Det sker genom att vårdpersonalen lyssnar till patienternas berättelser, tar in deras normer och värderingar. Först då möjliggörs delat beslutstagande. Partnerskapet innebär en interpersonell relation baserad på ömsesidig respekt och förståelse för varandra. Denna relation bör ge utrymme för såväl sjuksköterskorna som patienterna, att ge uttryck för sina värderingar även om de skiljer sig åt. Partnerskapet utgör tillsammans med patientberättelsen och dokumentationen, viktiga hörnstenar i PCV. Inom PCV ses patienterna som personer med erfarenheter av sin hälsohistoria. De besitter kunskap om sina resurser och hinder. Vårdpersonalen bidrar med den medicinska expertisen och ger patienterna stöd genom partnerskapet. Sjuksköterskornas roll i teamet blir den, genom vilken partnerskapet initieras och upprätthålls. De stödjer och gör patienterna delaktiga genom de olika personcentrerade processerna (McCormack & McCance 2006, 2010; Ekman et al., 2011).



Figur 2: Personcentrerad vård enligt McCormack & McCance (2010)

I personcentrerad vård måste hänsyn tas till såväl organisatoriska strukturer, personalens egenskaper, som till den fysiska miljön. Vårdpersonalens egenskaper är inte statiska utan går att förändra och det är av betydelse att hela teamet runt patienterna arbetar mot samma mål (McCormack & McCance, 2010; Wilde et al., 1993). Figur 2 illustrerar hur förutsättningar för PCV, vårdmiljö, personcentrerade vårdprocesser och personcentrerade resultat hänger ihop (McCormack & McCance, 2010). Förutsättningarna för PCV innefattar såväl vårdmiljön, vårdkultur, organisation och ledarskap, som vårdpersonalens egenskaper, kunskap, attityder och värderingar. De personcentrerade vårdprocesserna representerar de vårdhandlingarna som utförs med ett personcentrerat förhållningssätt. Dessa vårdhandlingar baseras på att vårdpersonalen arbetar utifrån patienternas upplevelser, med stöd av patientberättelsen. Partnerskapet innebär delat beslutstagande med helhetssyn på patienterna. I centrum ses de förväntade effekterna av personcentrerat arbetssätt. Dessa är patienternas upplevelse av tillfredsställelse, delaktighet samt välbefinnande (McCormack & McCance, 2010).

Sammanfattningsvis är patienternas upplevelse av vårdkvalitet och delaktighet sammanlänkade. De aspekter som är av betydelse för patienternas upplevelse av vårdkvalitet, är även de som beskrivs som centrala i PCV (Ekman et al., 2011; McCormack & McCance, 2010; Wilde et al., 1993).

AKTUELL FORSKNING

Vårdkvalitet ur olika perspektiv

Vårdkvalitet har studerats ur både patienters och vårdpersonals perspektiv, ofta med hjälp av enkäter. Fröjd et al. (2011) visar i en svensk enkätstudie hur vårdkvalitet upplevs ur patienternas perspektiv. De områden där patienterna upplever störst brist, är läkarens engagemang och förmåga att sätta sig in deras situation. Det är otillräckligt med tillfällen att delta i beslut som rör den egna vården, samt tid för enskilda samtal med läkare och sjuksköterska. Patienterna upplever oklarhet kring vilken läkare och sjuksköterska som är ansvarig för deras vård samt att informationen kring behandlingar, undersökningar och egenvård brister. I en review av internationell forskning beskriver Mohammad et al. (2014), att patienterna upplever att kvaliteten i vården behöver förbättras. Patienterna efterfrågar möjlighet till delat beslutstagande, tillgänglighet, god kommunikation, kunskap och färdighet samt erhållande av god smärtlindring. Dessa aspekter framkommer även genom de observations- och intervjustudier som Lindberg, Hörberg, Persson & Ekebergh (2013) har gjort i syfte att studera teamsamarbete. Dessa studier visar sammantaget att patienterna önskar mer tid för enskilda samtal, ökad förståelse för deras situation samt att vården brister i tydlighet om vem som är ansvarig för vården. De visar även på brister i kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienterna.

En enkätstudie (Smeds, 2014) och kvalitativa studier (Furåker, 2008, 2009) med sjuksköterskor visar att de upplever att alltmer tid läggs på administrativa uppgifter och att den patientnära tiden minskar. En del av denna administrativa tid läggs på kvalitetsregister. Dessa syftar till att mäta olika aspekter av vården, för att göra den mer säker och identifiera förbättringsområden. Rosengren (2012) visar i en intervjustudie att sjuksköterskor ser vinster med att använda kvalitetsregister för att öka kvaliteten och säkerheten i vården för patienternas del. De upplever

dock att det behöver finnas mer tid och bättre förutsättningar för att använda dem.

Delaktighet och personcentrerad vård ur olika perspektiv

Delaktighet har studerats med hjälp av enkäter, intervjuer och observationer ur patienternas och vårdpersonalens perspektiv. Studier visar att äldre patienter upplever att vårdpersonalen besitter mycket makt. De beskriver att de är i underläge eftersom de inte har de rätta kunskaperna för att ha åsikter om medicinska beslut. Det ger en känsla av att de inte är i position att vara delaktiga i beslutsfattande som rör deras vård och behandling (Larsson et al., 2011; Lindberg et al., 2013).

Larsson et al. (2007, 2011) och Sahlsten et al. (2006, 2009) har med hjälp av fokusgrupper studerat innebörden av begreppet delaktighet inom medicinsk slutenvård i Sverige, utifrån patienters såväl som sjuksköterskors perspektiv. Patienterna i dessa studier beskriver hinder för att kunna vara delaktiga inom slutenvård. Dessa handlar dels om inre faktorer, såsom att inse sina egna begränsningar, men även om yttre faktorer som att möta brist på empati och patriarkalisk attityd. Det handlar även om de strukturella barriärer som patienterna upplever, genom det underläge som de befinner sig i. De upplever att det finns ingen tydlig plan med deras vård, att de konstant möts av nya ansikten samt att det inte finns någon plats för dem. När patienter inte ges tid till att berätta om sin situation, kan de bli hindrade att delta i vården. Detta styrks genom såväl intervju- samt observationsstudier (Lindberg et al., 2013; Wolf, Ekman & Dellenborg 2012). För att kunna möjliggöra kunskap om patienters önskan att delta, krävs ett samarbete som bygger på att sjuksköterskorna lär känna patienterna. Sjuksköterskorna kan möjliggöra detta genom att visa intresse för patienterna, låta dem berätta och ta sig tid till att lyssna till det som de har att säga (Larsson et al., 2007; Lindberg et al., 2013; Sahlsten et al., 2009; Wolf et al. 2012).

Florin et al. (2006) undersöker i en enkätstudie patienters och sjuksköterskors upplevelse av patienternas delaktighet. Resultatet visar att delaktighet har ett samband med ålder och socialt status. De som är yngre och ensamstående har en högre önskan om delaktighet än de som är äldre och sammanboende. Det noteras inga könsskillnader. Sjuksköterskorna överskattar ofta patienternas önskan om att vara delaktiga i beslutsfattandet. De är inte tillräckligt medvetna om patienternas perspektiv. I studien framkommer också att patienterna upplever sig få en annan roll, än den som de initialt föredrog. De upplever sig ha en mer passiv roll när det gäller besvär med smärta och andning, än de önskar. Det framkommer även brister i kommunikationen mellan sjuksköterskorna och patienterna. Under sin sjukhusvistelse känner patienterna sig utsatta och längtar efter självständighet, vilket de upplever att de uppnår vid utskrivning.

Hudon (2011) belyser begreppet *enablement*, möjliggörande av delaktighet, i en begreppsanalys. Genom att patienterna har mer kunskap om sitt tillstånd, får de större makt att påverka sina egna liv. De ges på så sätt verktyg att kunna hantera de besvär de har. Vidare ges patienterna möjlighet och förmåga att besluta över sin hälsa och sina liv, när vårdpersonalen bjuder in dem att delta i beslut som rör den egna vården. Det är också av betydelse att vårdpersonalen i sina bedömningar av patienterna fokuserar på deras resurser. De som har störst vinst av detta är patienter med kroniska sjukdomar (Ekman et al., 2012; Hudon, 2011; Sahlsten, 2009).

Det pågår mycket forskning inom området PCV. Störst fokus ligger på patientberättelsen och partnerskapet samt personalens upplevelse av att vårda personcentrerat. Flera studier beskriver även vilka vinster som kan ses med detta arbetssätt (Ekman et al. 2012; Lehuluante, Nilsson & Edvardsson, 2012; Wolf et al., 2012). Wolf et al. (2012) beskriver i en etnografisk studie att sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse är högre hos de sjuksköterskor som arbetar utifrån personcentrerat arbetssätt, än de som arbetar utifrån traditionella arbetssätt. Detta styrks även genom en enkätstudie av Lehuluante et al. (2012). Vidare visar forskningen att sjuksköterskor även ser begränsningar som strukturella faktorer och tidsbrist, vilket leder till frustration. I samband med tidsbrist och hög arbetsbelastning tenderar sjuksköterskorna att falla tillbaka till att arbeta mer uppgiftsorienterat och fokusera på diagnoser, istället för personer med diagnoser (Ekman et al. 2012; Lehuluante, et al. 2012; Wolf et al. 2012).

Ekman et al. (2012) mäter effekten av PCV för patienter med hjärtsvikt inom slutenvård, genom att mäta egenvårdsförmåga, vårdtid, hälsorelaterad livskvalitet och återinläggning jämfört med en kontrollgrupp. Resultatet visar att med PCV uppnås kortare vårdtider, utan risk för ökad återinläggning eller påverkan på hälsorelaterad livskvalitet. Patienterna bibehåller även sin egenvårdsförmåga bättre. En systematisk översikt av Olsson et al. (2012) visar dock att även om resultaten antyder att PCV kan leda till signifikanta förbättringar, krävs det fler studier för att utvärdera effekten.

Sammanfattningsvis belyser aktuell forskning att såväl vårdkvalitet som patientdelaktighet är komplexa områden av betydelse för varandra. Forskningen visar även att samhällets och vårdpersonalens perspektiv till viss del skiljer sig från patienternas. Vårdpersonalen arbetar utifrån riktlinjer för säker vård och ägnar sig åt att mäta, effektivisera och kvalitetssäkra vården samt ge adekvat information. Patienterna lyfter istället fram behovet av att berätta sin historia och de problem de upplever, det vill säga att bli sedda som personer och att bli delaktiga i vården på sina egna villkor, som grund för god vårdkvalitet (Ekman et al. 2012; Fröjd et al., 2011; Lehuluante et al., 2012; Mohammad et al., 2014; Wolf et al., 2012). Vilka brister/förutsättningar ser patienterna inom medicinsk slutenvård i Sverige, avseende vårdens kvalitet och möjlighet till delaktighet? Det vill säga hur patienterna uppfattar; egenskaper hos personalen, vårdmiljön och vårdprocesserna, samt vilka förväntningar de har på vården. Genom att ta reda på det, kan vårdens förutsättningar för PCV identifieras (McCormack & McCance, 2010; Wilde et al., 1993).

SYFTE

Syftet är att identifiera potentiella förbättringsområden av betydelse för vårdkvalitet och utveckling av personcentrerad vård genom att undersöka hur patienter på en internmedicinsk vårdavdelning värderar sina möjligheter till delaktighet utifrån vårdmiljöns fysiska förutsättningar, socio-kulturella atmosfär samt personalens kompetens och förhållningssätt.

METOD

Föreliggande studie utfördes i form en enkätstudie och genomfördes på en internmedicinsk vårdavdelning på ett sjukhus i Västra Götaland under två månader hösten 2014. Enkätstudier faller under kvantitativ studiedesign och syftar till att få information om prevalens, distribution och förhållandet mellan olika fenomen i en befolkning. En enkät inhämtar information från personer genom självrapportering, det vill säga deltagarna svarar på ett antal frågor som ställs av forskarna (Polit & Beck, 2011; Henriksson, 2012).

VÅRDAVDELNINGENS KARAKTÄR

På vårdavdelningen vårdas män och kvinnor från 18 år och uppåt med internmedicinska diagnoser, inom specialiteterna diabetologi, endokrinologi, gastroenterologi samt nefrologi. Vårdavdelningen hade under perioden för datainsamlingen 16-24 vårdplatser och en medelvårdtid på 6,9 vårddygn. Avdelningen är en utbildningsvårdavdelning (UVA), vilket innebär att avdelningen har en tydlig utbildningsprofil, ett högt studentflöde och strävar mot att arbeta evidensbaserat. Personalen arbetar tvärprofessionellt i team. Läkarna är knutna till sin specialitet, medan sjuksköterskorna och undersköterskorna alternerar mellan de olika specialiteterna. Studenterna är under sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) knutna till ett team och har olika bashandledare beroende på vem som är i teamet, samt har en studentsjuksköterska som mentor.

URVAL

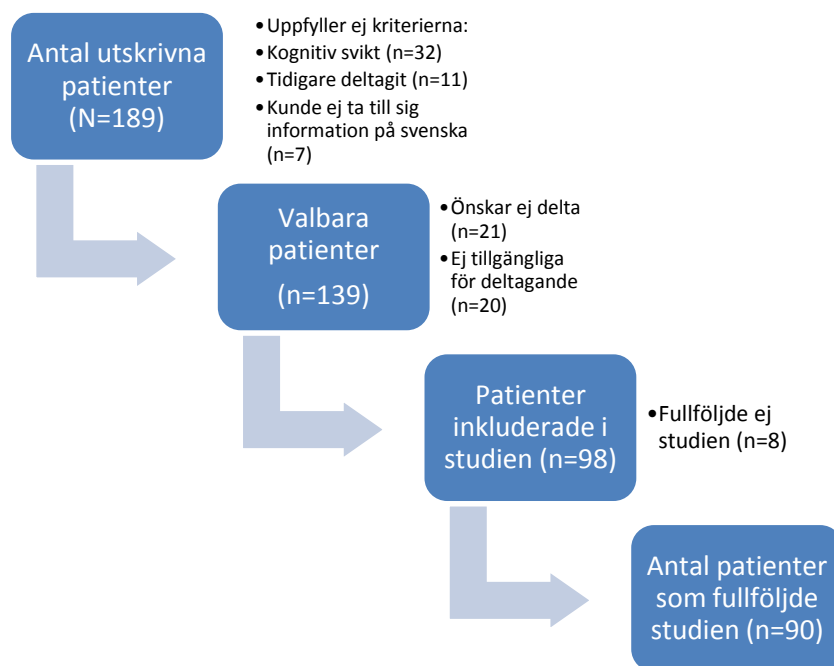
Urvalet skedde konsekutivt under perioden 2014-10-20 till 2014-12-20. Det innebar att alla patienter som vårdades på och skrevs ut från avdelningen under datainsamlingsperioden, samt uppfyllde inklusionskriterierna, tillfrågades om deltagande i studien (Polit & Beck, 2011).

Studiens inklusionskriterier var:

- Patienter som skrevs skrivits ut från avdelningen
- Ålder \geq 18 år
- Patienter som önskade delta
- Patienter som kunde ta till sig muntlig och skriftlig information på svenska

Studiens exklusionskriterier var:

- Patienter med dokumenterad kognitiv svikt
- Deltagande i studien vid tidigare vårdtillfälle



Figur 3: Flödeschema för inklusion och bortfall

DATAINSAMLING

Enkäten delades ut av avdelningens vårdkoordinator alternativt studiens författare. För att öka svarsfrekvensen, erhöll patienterna enkäten omkring en dag före beräknad utskrivning. De patienter som hade svårt att själva fylla i enkäten på grund av trötthet, nedsatt syn eller önskade stöd, erbjöds det. I samband med utlämnandet av enkäten fick patienterna möjlighet att ställa frågor om enkäten samt studien.

Enkäten

Enkäten som användes i studien var KUPP - Kvalitet Ur Patientens Perspektiv (se bilaga 1). Den finns i olika utföranden anpassad för olika verksamheter (Nathorst-Böös et. al., 2001). KUPP har använts som ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete samt forskning, företrädesvis i Sverige. Denna tillhandahölls av företaget ImproveIT, som äger rättigheterna till enkäten. Den har testats för validitet och reliabilitet. Reliabilitetstester har visat Cronbach's α (alfa) > 0.70 (Wilde Larsson, Larsson, Larsson & Starrin, 2001; Wilde Larsson & Larsson, 2002). Den version som användes i studien består av 39 frågor varav de fem första frågorna är av demografisk karaktär, i fråga 32 till 36 skattas hälsosituation vid utskrivning och tre sista frågorna är fritextfrågor.

Enkäten utformades av Wilde (1994) i syfte att söka och förstå vårdkvalitet som helhetsbegrepp ur ett patientperspektiv. I KUPP skattar patienterna sina upplevelser på två sätt: 1) hur de upplever den faktiska vårdkvaliteten, Upplevd Realitet (UR) samt 2) vilken betydelse aspekten har för dem, Subjektiv Betydelse (SB). Varje skattning avseende hur de upplever den faktiska vårdkvaliteten har fyra fasta svarsalternativ från *Instämmer helt* till *Instämmer inte alls* (graderat 4-1). Detsamma gäller skattningarna av hur betydelsefull de enskilda aspekterna, där svarsalternativen är *Av allra största betydelse* till *Av ingen betydelse* (graderat 4-1).

Följande frågor i KUPP hör till respektive dimension (Wilde, Larsson, Larsson & Starrin, 1996) (se Bilaga 1).

- Medicinsk-teknisk kompetens, fråga 12-15
- Fysisk-tekniska förutsättningar, fråga 27-29.
- Identitetsorienterat förhållningssätt, fråga 6-11, 16-21, 24.
- Socio-Kulturell atmosfär, fråga 22-23, 25-26, 31.

DATAANALYS

Svaren från patienterna matades in i statistikprogrammet, Statistical Package for Social Sciences version 22 (SPSS), analyssteg av demografisk data genomfördes av författarna. Analyssteg två och tre utfördes ImproveIT, som bidrog med uträkningar och figurer. Analysen av data genomfördes enligt följande steg:

1. Analys av demografisk data: ålder, kön, utbildningsnivå, boendesituation, hälsosituation i form av skattad hälsa vid utskrivning, vårdtid samt om patienterna kan tänka sig att vårdas på avdelningen igen.
2. Analys av frågorna 6-31 i KUPP. UR ställdes i relation till SB. Den andel som svarade "instämmer helt" eller "instämmer till stor del" på respektive fråga gällande UR sammanställdes. Andelen av dessa svar beräknades i förhållande till gruppen svarande på frågorna som helhet. Svaren avseende SB analyserades på samma sätt. Resultatet presenterades på frågenivå med hjälp av ett diagram (se figur 4) i vilket skillnader mellan patienternas skattningar på UR och SB illustreras.
3. Analys av frågorna 6-31 gjordes även på individnivå, utifrån detta skapades ett åtgärdsindex. Detta beräknades på individnivå med hjälp av ImproveIT enligt följande modell:

1. Bristande kvalitet
2. Något bristande kvalitet
3. Balans lägre kvalitet
4. Balans acceptabel kvalitet
5. Balans högre kvalitet
6. Något övergod kvalitet
7. Övergod kvalitet

	SB				
4	1	1	2	5	
3	1	2	4	6	
2	2	3	6	7	
1	3	6	7	7	
	1	2	3	4	UR

Svaren från varje enskild patient och fråga placeras in i en av sju kategorier. De som ej var ifyllda eller svarade "Ej aktuellt" togs bort i denna analys. Dessa värden ligger till grund för beräkning av ett åtgärdsindex och kallas ÅI-värden.

4. En brist uppstår om patienterna svarar *Instämmer delvis* eller *Inte alls* i förhållande till UR samtidigt som de svarar *Av stor betydelse* eller *Av allra största betydelse* i förhållande till SB. På omvänt sätt uppstår övergod kvalitet när patienterna *instämmer helt* eller *till stor del* samtidigt som de bedömer att frågan är *av liten* eller *ingen*

betydelse. För att få fram områden i behov av kvalitetsförbättrande åtgärder, fortskred analysen på följande sätt. De frågor som hade ett högre UR-medelvärde än 3,50 plockades bort. Analysen utgick därefter utifrån de frågor där SB-medelvärdet var högre än UR-medelvärdet. På faktor- och dimensionsnivåerna är det medelvärdet av andelen svar med ÅI = 1 och ÅI = 2 (20 % eller högre) som skall värderas. Områden med ÅI = 3 (15-19 %) och ÅI = 7 (10 % eller högre) uppmärksammas. Utifrån ovanstående analyser identifierade författarna potentiella förbättringsområden, vilka var av betydelse för vårdkvalitet, delaktighet och utveckling av personcentrerad vård.

Åtgärdsindexet visar på svarsutfallet i kategorierna: brist, låg balans, hög balans och övergod kvalitet och presenteras utifrån de fyra dimensionerna: Medicinsk-teknisk kompetens, Fysisk-tekniska förutsättningar, Identitetsorienterat förhållningssätt och Socio-kulturell atmosfär (se Figur 5). Åtgärdsindexet presenteras även på frågenivå (se Figur 6).

Slutligen analyserades de öppna frågorna i KUPP med hjälp av kvantitativ innehållsanalys. Författarna delade in svaren i meningsbärande enheter, som sedan sorterades in i subkategorier och kategorier (Henricsson, 2012) Utfallet i de olika kategorierna kvantifierades därefter, vilket presenteras i löpande text.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien har genomförts enligt de principer som förespråkas i Codex (2013) och Helsingforsdeklarationen (2013). Då studien genomfördes inom ramen för en högskoleutbildning och ej var aktuell att publicera krävdes inte prövning genom etikprövningsnämnden. Universitetet stod för den funktionen (Polit & Beck, 2011; Lag om etikprövning av forskning 2003:460).

För att säkerställa de deltagande patienternas rättigheter, inhämtades samtycke för deltagande i studien muntligt efter att information givits. Informationen lämnades såväl muntligt som skriftligt och gav en lättförståelig bild av patienternas roll i studien. Informationen omfattade syftet med studien, bakgrund och metoden som skulle användas. Det fanns även information om frivilligheten, risker/fördelar med att delta samt vem som var ansvarig för studien (se bilaga 2). Patienter som inte själva var förmögna (exempelvis vid nedsatt kognition) att ta beslut om deltagande uppfyllde inte inklusionskriterierna och exkluderades därför ur studien (Henriksson, 2012; Codex, 2013; McCormack, 2003).

För de enskilda patienterna hade den genomförda studien ingen kortsiktig nytta. Däremot kunde de genom deltagande bidra till att dela sina upplevelser av vården på avdelningen. På så sätt kunde de bidra till att synliggöra begränsningar liksom förutsättningar i vården, för eventuella framtida förbättringsarbeten. Studien innebar inte någon kostnad för de deltagande patienterna. Den risk studien kunde innebära för patienterna, var att en del av frågorna kunde vara obekväma att svara på. I studiens resultat kan inte de enskilda patienternas svar utläsas (Codex, 2013).

RESULTAT

SOCIODEMOGRAFI, VÅRDTID OCH HÄLSOSITUATION

Sociodemografi, vårdtider och hälsosituation presenteras i tabell 1. Patienterna som deltog i studien hade en medelålder på 66,2 år, varav knappt två tredjedelar var män och drygt en tredjedel kvinnor. De flesta vårdades 2-3 dygn på avdelningen (28,9 %) eller 4-6 dygn (27,8 %). Denna grupp utgjorde totalt (56,7 %). Det fanns inga skillnader mellan patienterna som deltog i studien, jämfört med de som var inskrivna på avdelningen under studietiden avseende ålder, kön och vårdtid.

Tabell 1: Sociodemografi, vårdtid, hälsosituation samt attityd till vårdavdelningen

Sociodemografisk data	n 90 (%)
Ålder	
Medelålder	66,2
Medianålder	68
Minimum, Maximum	20-97
Kön	
Man	58 (64,4)
Kvinna	32 (35,6)
Social Situation (n=83)	
Ensamboende	38 (45,8)
Sammanboende	45 (54,2)
Utbildning (n=83)	
Folkskola/Grundskola	41 (49,4)
Yrkesskola/Gymnasium	29 (34,9)
Högskola/Universitet	13 (15,7)
Vårdtid (dygn)	
0-1	12 (13,3)
2-3	26 (28,9)
4-6	25 (27,8)
7-9	11 (12,2)
10 eller mer	16 (17,8)
Hälsosituation	
Upplevd fysisk hälsa vid utskrivning (n=84)	
Mycket bra	13 (15,5)
Ganska bra	41 (48,8)
Varken bra eller dåligt	15 (17,8)
Ganska dålig	14 (16,7)
Mycket dålig	1 (1,2)
Upplevd psykisk välbefinnande vid utskrivning (n=84)	
Mycket bra	27 (32,2)
Ganska bra	39 (46,4)
Varken bra eller dålig	9 (10,7)
Ganska dålig	9 (10,7)
Mycket dålig	0 (0)
Kan tänka sig att vårdas på enheten igen (n=84)	84 (100)

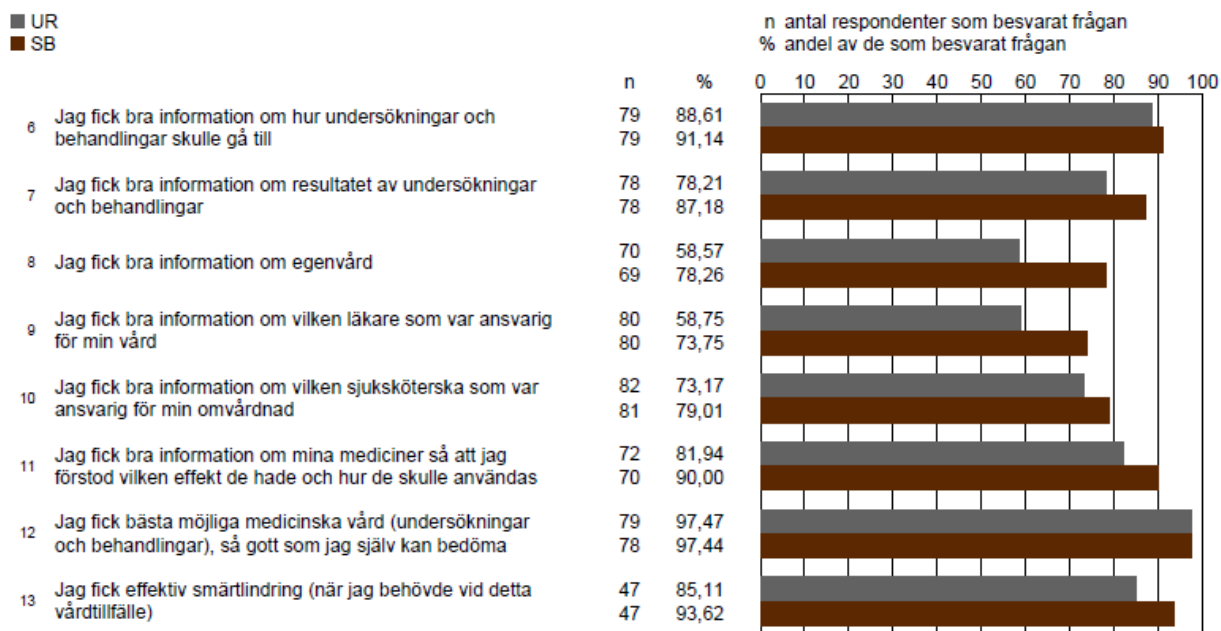
Åttiotre patienter besvarade frågorna om boende och utbildning. Gällande social situation fördelades sig svaren jämnt, med lätt övervikt för de sammanboende (54,2 %). Knappt hälften av patienterna hade en högsta utbildningsnivå motsvarande folkskola/grundskola.

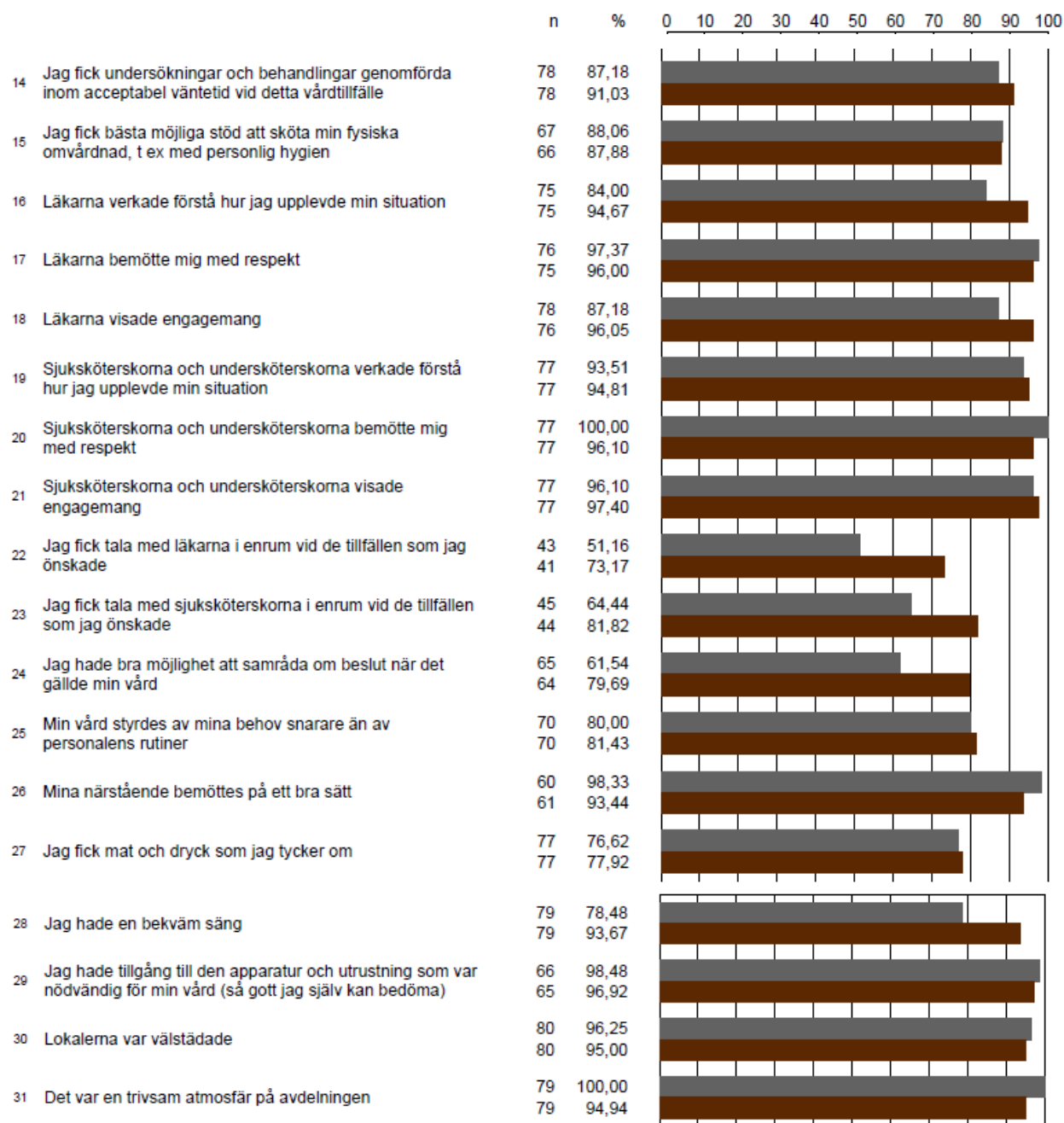
Majoriteten av patienterna skattade sin fysiska och psykiska hälsa som *mycket bra* eller *ganska bra* vid utskrivningen (64,3 % respektive 78,6 %). Alla patienter kunde tänka sig att bli vårdade på avdelningen igen.

RELATIONEN MELLAN UPPLEVD REALITET OCH SUBJEKTIV BETYDELSE

Relationen mellan upplevd realitet (UR) och subjektiv betydelse (SB) presenteras i figur 4. Skillnaden där patienterna skattade UR lägre än SB var tydligast beträffande följande: information om egenvård (fråga 8) (19,7 % skillnad), information om vem som var ansvarig läkare (fråga 9) (15,0 % skillnad), samtal med läkare i enrum (fråga 22) (22,0 % skillnad), samtal med sjuksköterska i enrum (fråga 23) (17,4 % skillnad), möjlighet att samråda om beslut rörande den egna vården (fråga 24) (18,6 % skillnad) samt sängens bekvämlighet (fråga 28) (15,2 % skillnad).

Överensstämmelsen mellan UR och SB var störst beträffande patienternas värdering av att ha fått: bästa möjliga medicinska vård och behandling (fråga 12) (0,03 % skillnad) samt bästa möjliga stöd i att sköta den fysiska omvårdnaden (fråga 15) (0,2 % skillnad). UR skattades högre än SB på några av frågorna och framförallt de som rörde bemötandet av närstående (fråga 26) (4,9 % skillnad) samt atmosfären på avdelningen (fråga 31) (5,0 % skillnad).



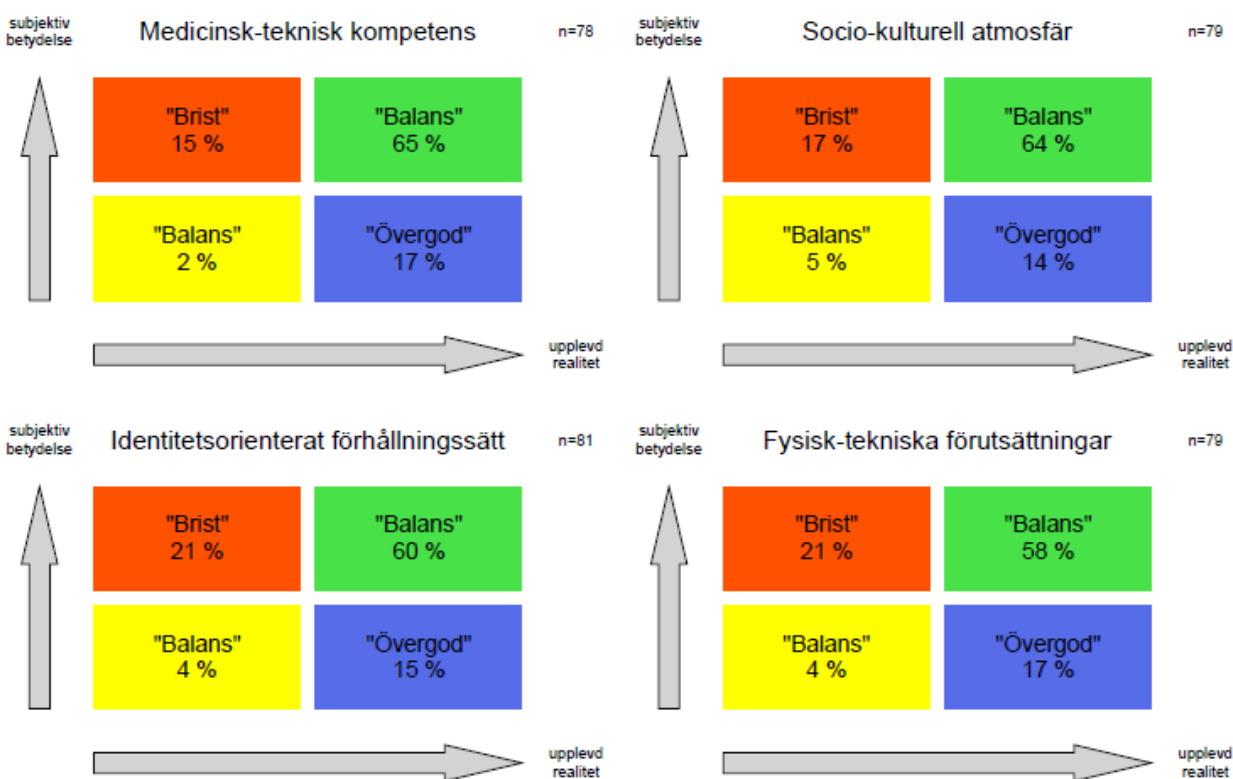


Figur 4: Relationen mellan andel patienter som svarat Instämmer helt eller Instämmer till stor del (UR) samt andel som svarat Av allra största betydelse eller Av stor betydelse (SB), redovisad per fråga. ImproveIT, 2015)

ÅTGÄRDSINDEX PÅ DIMENSION- OCH FRÅGENIVÅ

Områden som visar på “Bristande kvalitet” och “Något bristande kvalitet” presenteras som “Brist”. På dessa frågor övervägs kvalitetsförbättrande åtgärder. “Balans låg kvalitet” presenteras som “Balans låg”. “Balans acceptabel kvalitet och balans högre kvalitet” presenteras som “Balans hög”. “Något övergod kvalitet” och “Övergod kvalitet” presenteras som “Övergod” (Wilde Larsson et al., 2001). Kvaliteten på dimensionsnivå hade en balans på mellan 58-65 %.

De största kvalitetsbristerna identifierades i dimensionerna; *Identitetsorienterat förhållningssätt* och *Fysisk-tekniska förutsättningar* (21 %). Övergod kvalitet identifierades i alla dimensioner och i varierade grad mellan 14-17 %.



Figur 5: Åtgärdsindex på dimensionsnivå (ImproveIT, 2015)

Områden i behov av kvalitetsförbättrande åtgärder

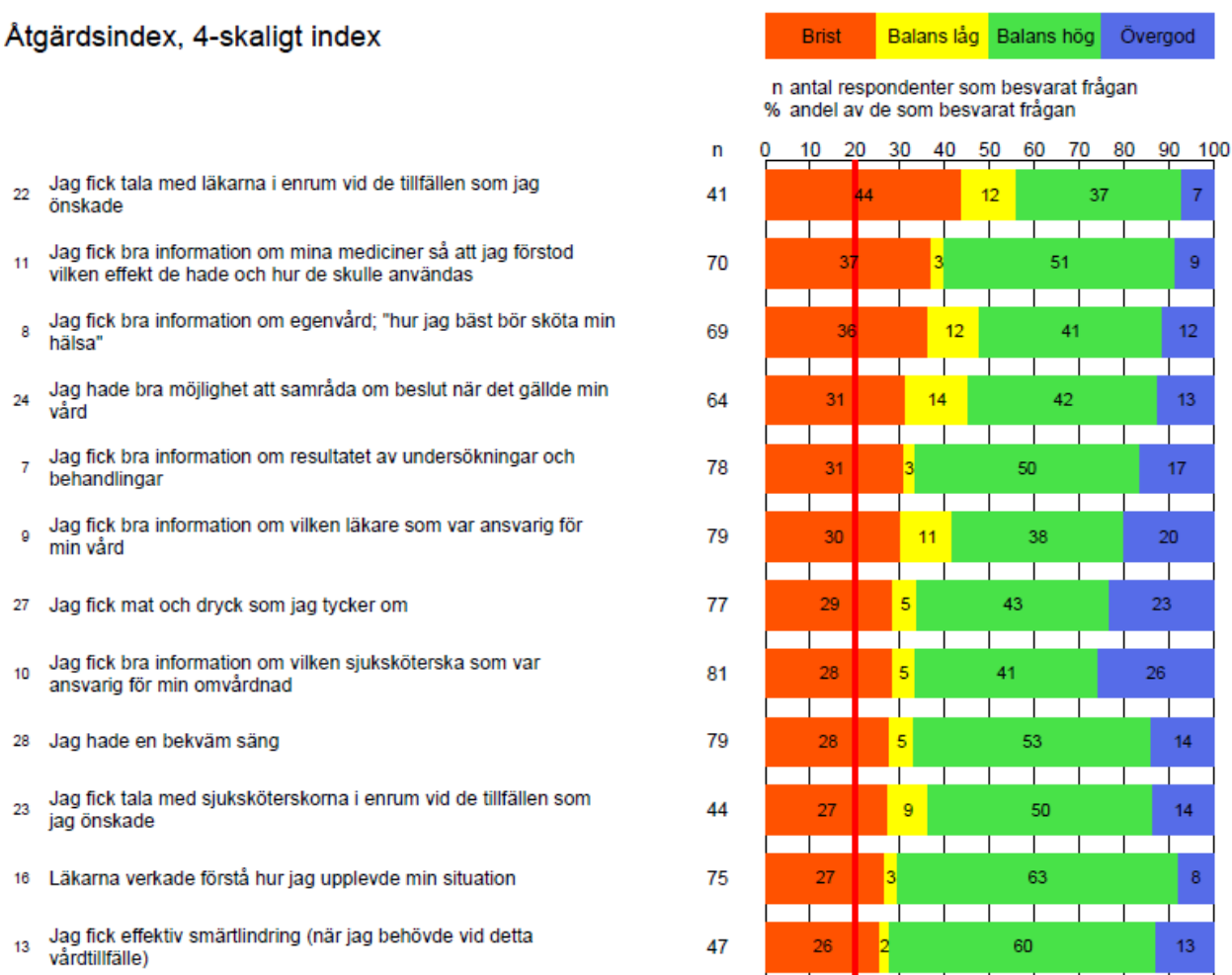
Nedan redovisas åtgärdsindex på frågenivå. Frågor där bristande kvalitet är $\geq 20\%$, är frågor i behov av kvalitetsförbättrande åtgärder. Frågorna redovisas i fallande ordning från störst brist till lägst brist. Även de frågor där kvaliteten uppvisar låg balans, 15-19 % alternativt är övergod kvalitet, $\geq 10\%$ är frågor som bör uppmärksammas (Wilde Larsson et al., 2001). Flera frågor visar bristande kvalitet, $\geq 20\%$. Dessa innefattar: samtliga frågor gällande information, möjlighet till enskilda samtal, samrådan kring vård, smärtlindring, liksom fysiska aspekter: mat, dryck och bekväm säng. De frågor som uppvisade störst brist, var möjligheten till enskilda samtal med läkare, vilken uppvisade 44 % brist. Även information om läkemedel (37 %), egenvård (36 %) och möjlighet att samråda om beslut (31 %). Denna grupp uppvisade även låg andel övergod kvalitet (sju-13 %). En del frågor uppvisade brist $\geq 20\%$ i kombination med fem till nio % låg balans samt hög andel övergod kvalitet (14-20 %). Dessa var möjlighet att tala med sjuksköterska i enrum (27 % brist, nio % låg balans) och bekväm säng (28 % brist, låg balans fem %).

Vissa frågor som uppvisade brist $\geq 20\%$, visade även på högre andel övergod kvalitet. Dessa var frågor kopplade till information rörande behandlingar och undersökningar (30 %) och resultatet av dessa (17 %) samt att dessa utfördes inom acceptabel väntetid (19 %).

Även de frågorna som handlade om vilken sjuksköterska (26 %) och läkare (20 %) som var ansvarig för patienternas vård, samt frågan om mat och dryck, hade stor andel övergod kvalitet (23 %). Det fanns frågor som uppvisade hög andel övergod kvalitet, samtidigt som bristen var \leq 20 %. Dessa handlade om avdelningens atmosfär, respekt och bemötande gentemot patienterna och deras närstående samt hjälp vid fysisk hygien.

Sammanfattningsvis fanns det flera frågor som uppvisade brist och låg balans, vilka därigenom indikerade att det fanns behov av kvalitetsförbättrande åtgärder. Det flesta av dessa föll inom dimensionen *Identitetsorienterat förhållningssätt*. De belyste brist avseende information, möjligheten att samråda i beslut som berörde den egna vården, samt patienternas upplevelse av läkarnas förståelse för deras situation. Det uppvisades även brister inom dimensionen *Socio-kulturell atmosfär*. Dessa handlade om möjlighet att samtala i enrum med sjuksköterskor och läkare samt att personalens rutiner styrde vården framför patienternas behov. Inom denna dimension ryms även bemötande och avdelningens atmosfär. Det gör att dimensionen i helhet uppvisar mindre brist än *Fysisk-tekniska förutsättningar*, som handlar om mat, dryck samt bekvämlighet. Inom alla frågor utom fem, fanns även övergod kvalitet på \geq tio % representerat i varierande grad.

Åtgärdsindex, 4-skalgigt index





Figur 6: Åtgärdsindex på frågenivå (ImproveIT, 2015)

ÖPPNA FRÅGOR

De öppna frågorna var uppdelade i positiva aspekter (n=38) samt förslag till förbättringar (n=27). Det som patienterna lyfte fram som positivt, var bemötandet av patienterna själva och deras närstående. Personalen beskrivs som positiv och omtänksam. Patienterna kände sig trygga med den vård de fått. De beskrev att maten var god och att det var positivt med att ha eget rum. De skrev även att de upplevde att de fått god vård. De områden där patienterna hade förslag till förbättringar handlade om bristande information gällande ansvar, undersökningar, behandlingar och provsvar, samt bristande engagemang från vårdpersonalen. Det innefattade även fysisk bekvämlighet och integritet, att de inte fick möjlighet till enskilda samtal samt att de behövde dela rum med en person av annat kön.

Sammanfattningsvis svarade 65 patienter på de öppna frågorna. Svaren förstärker resultatet från de slutna frågorna i enkäten, att de största bristerna ligger inom dimensionen identitetsorienterat förhållningssätt. Majoriteten av patienterna som kommenterat var nöjda med bemötande (n=16). Detta var dock tio patienter som upplevde att bemötande kunde ha varit bättre. Den största bristen sågs inom bristfällig bekvämlighet/integritet (n=21).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att få en uppfattning kring patienters upplevelse av vårdkvalitet valde författarna att använda sig av enkäter. Fördelen med den valda enkäten är att varje enskild patient ges möjlighet att värdera vårdmiljöns fysiska förutsättning, den socio-kulturella atmosfären, personalens kompetens och förhållningssätt. En annan metod, exempelvis intervjuer skulle ge patienterna möjlighet att tala fritt kring de frågor de upplever vara i behov av förbättring. Intervjuer kan ge en djupare förståelse, men ett smalare underlag. Det skulle heller inte ge samma möjlighet för hela populationen som studeras, att ge sin syn på vårdkvaliteten (Polit & Beck, 2011; Henriksson, 2012).

Studien utformades som en prospektiv tvärsnittsstudie. I den genomförda studien ges möjlighet för en uppföljning i form av en förnyad undersökning med samma instrument även om det inte ges möjlighet att följa förändring över tid. Det gör studien intressant även för framtida uppföljande studier, med avsikt att se hur patienterna upplever det på enheten efter en eventuell intervention (Polit & Beck, 2011; Henriksson, 2012).

Totalt antal utskrivna patienter under undersökningsperioden var 189 patienter. Av det totala urvalet uppfyllde 139 patienter kriterierna för inklusion, av dessa inkluderades 98 patienter, varav 90 patienter fullföljde studien. Detta gav en svarsfrekvens på 91,8 %. För att vara representativt för populationen bör svarsfrekvensen vara över 65 % (Polit & Beck, 2011). Av de 49 patienter som ej deltog i studien valde 21 patienter att inte delta, 20 patienter var inte tillgängliga för deltagande och åtta patienter valde att ej fullfölja studien. De som valde att inte delta uppgav orsaker som att de var för gamla, fyllt i andra enkäter under vårdtiden, de såg ingen vinst med det, ett par uppgav att de inte orkade även om de fick hjälp. Av de som ej var tillgängliga för deltagande var majoriteten oplanerade snabba hemgångar. Orsaken till antalet patienter som ej var tillgängliga för deltagande analyserades. Det framkom att bristande kommunikation mellan teamen och koordinatören vid snabba hemgångar samt en hög arbetsbelastning gjorde att studien inte prioriterades.

De patienter som exkluderades, på grund av att de ej uppfyllde kriterierna för inklusion, var de som tidigare deltagit i studien samt de som hade dokumenterad kognitiv svikt. De patienter som hade kognitiv svikt exkluderades av etiska skäl (Codex, 2014). Av de exkluderade patienterna som skrevs ut under perioden, representerade denna grupp 32 patienter.

Endast patienter som kunde redogöra eller ta till sig information på svenska inkluderades. Enkäten fanns översatt till flera språk, dock fanns inte möjlighet att ge tillräcklig information angående studien muntligt eller skriftligt på andra språk än svenska. Det innebär att dessa sju patienter inte kunde ges samma förutsättningar och möjligheter till informerat samtycke eller möjlighet till information om studien.

Övervägande andel av de som deltog i studien utgjordes av män, 64,4 % (58 patienter). Detta överensstämde dock väl med det totala underlaget vid jämförelse (61,9 %) (117 patienter). Enligt det patientadministrativa systemet, ser fördelningen ut på detta sätt på aktuell avdelning även på årsbasis. Hur könsfördelningen var inom respektive diagnosgrupp och vilka diagnosgrupper som var representerade under undersökningsperioden har inte undersökts, då det ej var av intresse för studiens syfte. Därför kan ingen jämförelse göras avseende detta.

I samband med start lämnades övergripande information om studien till berörd personal på arbetsplatsträffar på enheten. Ansvar för utlämnandet samt insamlingen av enkäterna lades i första hand på avdelningens vårdkoordinatorer, då de har den samlade blicken över in- och utskrivningar. De fick fördjupad information om enkäten och studien. För att minska antalet personer som var inblandade samt att all personal inte var insatta i enkätens uppbyggnad, var det i första hand författarna som bistod med stöd vid de tillfällen som patienterna önskade stöd vid ifyllande av enkäten. Tanken var även att patienterna inte skulle få stöd av den personal som vårdade dem, eftersom det kunde påverka resultatet samt öka den beroendeställning patienterna redan hade. I syfte att minska risken för bias var författarna noga med att endast läsa upp frågorna som de stod, för de patienter som önskade stöd.

Varje enkät och tillhörande kuvert försågs med ett nummer före utdelande, i syfte att underlätta vid inmatningen av data. Inför start utformades en rutin för vilken information som skulle lämnas i samband med utlämnande och vilka som var aktuella att inkluderas. De första två veckorna var även författarna på plats dagligen för att stötta med uppstarten samt bistå med stöd om det efterfrågades, därefter planerades uppföljning på plats tre dagar/vecka med telefonsupport enligt uppgjort schema övriga dagar. Vid övergång till detta upptäcktes dock att flera patienter missades. Orsakerna till detta hög belastning på vårdkoordinatorerna, vilket gjorde att studien inte prioriterades, byte av vårdkoordinator, missade information om patienter som planerades hem med kort varsel. Författarna återgick då till att vara mer på plats och identifiera vilka som var aktuella för deltagande.

Enkäten (KUPP) som användes i studien är testad för validitet och reliabilitet. Enkätens frågor är framtagna utifrån intervjuer med patienter, där de fått belysa vad som är viktigt för dem i vården. Reliabiliteten ligger i att den är testad med bra resultat och den är använd ett flertal gånger i syfte att mäta vårdkvaliteten. Det möjliggör även jämförelser med andra studier där KUPP har använts, vilket är en styrka (Mehica, Gershater Annersten & Alm Roijer, 2013; Larsson et al., 1998; Nathorst-Böös et. al., 2001; Sandin-Bojö, Kvist, Berg & Larsson, 2011; Wilde et al. 2001).

En del frågor uppvisade lägre svarsfrekvens, då en stor andel som fyllt i Ej aktuellt. Validiteten för dessa kan därför ifrågasättas. Detta gäller exempelvis fråga 22, Jag fick tala med läkare i enrum vid de tillfällen som jag önskade. Det var även den fråga där störst brist redovisades (44 %). Där antalet svarande uppgick till 41 patienter. Därtill var det 35 patienter som angav svarsalternativet, Ej aktuellt, samt 14 ej i fyllda svar. På fråga 23 Jag fick tala med sjuksköterskor i enrum vid de tillfällen som jag önskade. Det var det 44 patienter som svarade, utöver dessa angav 30 patienter att detta Ej aktuellt och ytterligare valde 16 att inte fylla i frågan.

Det gällde även fråga 13 Jag fick effektiv smärtlindring med 47 patienter som besvarade frågan. Det var dock 33 patienter som angav Ej aktuellt och därtill tio som inte fyllt i frågan. Wilde Larsson & Larsson (2010) menar att även vid de frågor där svar saknas eller svaret är Ej aktuellt, bör kvalitetsförbättrande åtgärder sättas in om samtidig brist föreligger.

Fem patienter har valt att endast besvara hur de upplevt det under vårdtillfället (UR) och lämnat kolumnen med subjektiv betydelse (SB) obesvarad. Det ger ett internt bortfall (sex %) i studien. Då detta understiger 10 % bör det inte påverka reliabiliteten, enligt SBU (2014). Orsakerna till detta kan vara brist i informationen kring att enkäten bestod av två delar och vikten av att fylla i båda. Andra orsaker kan vara att enkäten sågs som omfattande, vilket uttrycktes av flera patienter, vilket även har setts i andra studier samt att frågorna upplevdes lika (Jakobsson & Holmberg, 2010; Mehica, Gershater Annersten & Alm Roijer, 2013). En svaghet med enkäten är att om endast en del är besvarad, blir jämförelsen ojämn, vilket inte återger en sann bild av relationen mellan UR och SB. Vid ett stort bortfall kan detta påverka studiens reliabilitet. Då enkäten utformades utifrån ett specifikt underlag av patienter för snart 25 år sedan, kan patienternas upplevelse av kvalitet inom dessa frågor ha förändrats. Enkätens validitet som helhet styrks genom att de öppna frågorna inte tillför ytterligare information utan endast förstärker resultatet. Det talar för att enkäten mäter det som avsetts. Studiens validitet kan ses som hög, genom att svarsfrekvensen är 91,8 % samt att de deltagande motsvarar det totala urvalet avseende ålder, kön och vårdtid.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet av studien visar att patienterna upplevde att de fick god vård, ett bra bemötande av såväl dem själva som närstående, samt att atmosfären på avdelningen var trivsamt. De frågor som inte levde upp till patienternas förväntningar handlar om information, tid och plats för samtal samt möjlighet att samråda om beslut gällande den egna vården. När patienterna inte ges utrymme att lyfta fram sina upplevda behov, ges inte möjlighet för vårdpersonalen att ge värdeskapande vård. Det är av vikt att inom vården göra rätt saker, men även att de görs på rätt sätt (McCormack & McCance, 2010; Wilde, 1993).

Studien visar att det finns stor brist på möjlighet till enskilda samtal. Samtidigt som det finns en stor brist förekommer även en låg svarsfrekvens, då flera patienter uppgav att det ej var aktuellt. Är det så att patienterna inte upplever behov av enskilda samtal, eller handlar det om att flera av patienterna känner att de är så väl insatta i sin sjukdom? Andra enkätstudier visar att patienter som har kroniska sjukdomar, som inflammatorisk tarmsjukdom och njursvikt, upplever att de har begränsad kunskap om sin sjukdom (Ringström, Agerforz, Lindh, Jerlstad, Wallin & Simrén, 2009; Wright, Wallston, Eden, Shintani, Ikizler & Cavanaugh, 2011). Samtidigt visar studien att patienterna upplever brister i information, råd om egenvård och möjlighet att samråda i beslut som rör den egna vården. Detta motsäger att patienterna känner sig så väl insatta i sin sjukdom att de inte är i behov av enskilda samtal. Enligt Patientlagen (2014) har patienterna rätt till information, för att ha möjlighet att vara delaktiga i beslut som rör den egna vården. Genom en enkätstudie, vilken använt samma instrument (KUPP), lyfter även Fröjd et al. (2011) fram möjligheten till delaktighet som frågor brister.

Det talar för att det är ett problem av stor betydelse, vilket bekräftar den genomförda studiens resultat samt gör det till frågor i behov av kvalitetsförbättring.

Finns det inte tid för samtal, ges inte möjlighet för patienten att berätta sin historia eller att skapa det partnerskap, inom vilket patienterna ska ges möjlighet att samråda om sin vård. Studier visar att mer tid läggs på administrativa uppgifter, vilket leder till mindre patientnära tid samt att vid hög arbetsbelastning tenderar sjuksköterskor att arbeta mer uppgiftsorienterat (Ekman et al., 2011; Furåker, 2009). För ökad delaktighet och ett personcentrerat arbetssätt krävs att hela teamet arbetar mot samma mål och att vården är organiserad för att relationer ska kunna skapas. Genom att olika vårdhandlingar ges med personcentrerat förhållningssätt, stärks patienternas egenvårdsförmåga. Sjuksköterskorna ska vara ett stöd för patienterna, istället för att patienterna ska anpassa sig efter vårdens rutiner genom att lyfta fram deras unika förutsättningar, resurser och hinder (McCormack & McCance 2006, 2010; Ekman et al., 2011; Lindberg et al. 2013; Wolf et al., 2012).

Avseende frågorna med hög svarsfrekvens uppvisar information om läkemedel den enskilt största bristen. Det medför att denna fråga är ett av huvudfynden som är i behov av kvalitetsförbättrande åtgärder, då det inte heller finns övergod kvalitet $\geq 10\%$. Beror det på att det är ett underprioriterat område, att det finns oklarheter i vem som är ansvarig, eller handlar det om att tiden läggs på andra arbetsuppgifter (Furåker, 2009)? I en intervjustudie med patienter, framkommer det att läkemedelsinformation är ett område i behov av förbättring och att information bör ges muntligt såväl som skriftligt. Den visar även att det finns oklarhet kring ansvarsfördelningen och att läkemedelsinformation kan ges av såväl läkare eller sjuksköterska (Borgsteede, Karapinar-Carkit, Hoffmann, Zoer & van den Bemt, 2011). Vården behöver organiseras så det ges förutsättningar för att kunna ge en god vård med hög medicinsk kvalitet. Det är inte enbart personalens attribut utan även de organisatoriska förutsättningarna som finns samt hur ledarskapet ser ut, som styr hur resultatet blir. Detta är förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt. Det krävs en tydlighet i organisationen angående vem som ska göra vad (McCormack & McCance, 2010).

En del av de frågor som uppvisar stor brist, är även frågor som uppvisar stor andel övergod kvalitet. Det vill säga att en del patienter har skattat dessa frågor som bristande i kvalitet, medan andra skattat att frågorna har en övergod kvalitet. Dessa bör sättas i relation till, om fokus ligger rätt inom dessa frågor, det vill säga görs rätt saker på rätt sätt. Det gäller exempelvis mat och dryck. Inom denna fråga finns en övergod kvalitet på 23 %, men även en brist motsvarande 29 %. En förklaring till detta delade resultat, kan vara att avdelningen har flera olika specialiteter. Patienter med njursvikt och uremiska symtom, som illamående, kan exempelvis uppleva brister i mat och dryck relaterat till sina symtom (Aurell & Samuelsson, 2008). Intervjustudier visar att även om de flesta patienterna upplever att maten uppfyller deras förväntningar, så framkommer även att ungefär hälften upplever att det är svårt att få tillgång till mat under sjukhusvistelsen och att de känt sig hungriga. Orsakerna som patienterna då uppgav var; när och var maten serverades, hur den var förpackad och utbudet av mat. Det handlade även om miljöfaktorer som störande ljud, avbrott och odörer (Naithani, Whelan, Thomas, Gulliford & Morgan, 2008; Justesen,

Mikkelsen & Gyimóthy, 2013). Utifrån PCV ska vården ges utifrån ett holistiskt förhållningssätt, där alla delar vägs in för att patienten ska uppleva välbefinnande i situationen. Flera av de aspekter som framkom i tidigare nämnda studier ligger på strukturell och organisatorisk nivå, som tidpunkt, utbud, att samvårdas flera på samma sal med olika hjälpbehov (McCormack & McCance, 2010). I den genomförda studien var det dock inga av dessa synpunkter som framkom. Det utesluter dock inte att dessa faktorer kan ligga bakom den upplevda bristen och det är en fråga i behov av förbättringar.

Information kring vilken sjuksköterska som var ansvarig, visar i stort sett lika stor brist som övergod kvalitet. Detsamma gäller frågan som rör information inför undersökningar och behandlingar. Där återfinns en brist (22 %), men även en större andel övergod kvalitet (30 %). Vad är orsakerna och hur ser rutinerna ut? De frågor som är centrala för PCV är patienternas berättelse samt partnerskapet, som skapas genom den interpersonella relationen. För att skapa en relation krävs att patienterna vet vem som är ansvarig (Ekman, 2011; McCormack & McCance, 2010). Koutsopoulou, Papathanassoglou, Katapodi & Patiraki (2009) visar i en review, av publicerade studier 1990-2008, att sjuksköterskor har en central roll avseende patientinformation. Den visar att utbildningsnivån är av betydelse gällande kvaliteten på den givna informationen. Information och undervisning är frågor som är väl beskrivna som sjuksköterskornas ansvar i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005:5). Det beskrivs även inom PCV att sjuksköterskornas attribut, bestående av kunskap och färdigheter, är att möta patienterna där de är och efterfråga vilket behov/önskan de har av information. Kan resultatet som den genomförda studien visar, vara relaterat till vårdpersonalens utbildningsnivå och/eller osäkerhet kring vilken information som ska ges inför specifika undersökningar och behandlingar eller är det brist på kommunikation? Detta är ett område att lyfta fram för att undersöka vidare var behovet ligger av kvalitetsförbättrande åtgärder.

Gällande stöd med den personliga hygien, fanns det en större andel övergod kvalitet (23 %) gentemot bristen (11 %). Kan det vara relaterat till att den andel som hade möjlighet att delta i studien klarade att sköta sin personliga hygien själva, eller att patienterna upplever att de får mer hjälp än förväntat. Utifrån PCV är det av betydelse att som vårdpersonal lyfta fram patienternas resurser såväl som att vara medveten om de hinder som patienterna upplever, för att patienterna ska uppleva sig som jämställda i relationen (McCormack & McCance, 2010; Ekman, 2011). Studier visar att det är av betydelse att patienterna upplever delaktighet, genom att den hjälp de får med basala behov anpassas utifrån deras önskemål. Detta är av större betydelse ju mer hjälp patienterna behöver (Jensen, Vedelø & Lomborg, 2013; Kalfoss & Halvorsrud, 2009).

Vid uppföljande studier skulle det vara av intresse att undersöka om det finns något samband med ålder och/eller patienternas diagnoser inom de frågor som visar stor brist och samtidig övergod kvalitet. Detta för att kunna ge en bättre och mer individualiserad vård. Är det till exempel patienterna med kronisk njursvikt som upplever maten som bristande, är det åldersrelaterat eller på organisatorisk nivå. Även uppföljning efter en eventuell intervention avseende bristområdena skulle vara av intresse.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Den genomförda studien synliggör att det finns behov av kvalitetsförbättrande åtgärder inom de områden som rör information och möjlighet till samtal, för att öka delaktigheten och ge förutsättningar för personcentrerad vård, för att nå dit behövs organisatoriska förändringar. Konkret innebär det omfördelning av arbetsuppgifterna, för att möjliggöra ökad patientnära tid med såväl sjuksköterskor som läkare. Genom att arbeta närmre patienterna skulle det tydliggöras vem som är ansvarig för vården, möjligheten till samtal.

SLUTSATS

Studien har undersökt hur patienterna värderar kvaliteten på vården, för att se potentiella förbättringsområden i syfte att öka delaktighet och se förutsättningar för PCV. De förutsättningar, för PCV och delaktighet, som ses i studien är vårdpersonalens engagemang, förståelse för patienternas situation och respektfullt bemötande. Det som patienterna värderat inte uppfyller deras förväntningar, som även är av betydelse för att utveckla PCV, är möjlighet till enskilda samtal med läkare/sjuksköterska, att samråda i beslut och information/undervisning. Dessa frågor är aktuella för kvalitetsförbättrande åtgärder.

REFERENSLISTA

- Aurell, M. & Samuelsson, O. (2008). *Njurmedicin*. Liber. Stockholm.
- Borgsteede, S.D., Karapinar-Carkit, F., Hoffmann, E., Zoer, J. & van den Bemt, P. (2011). Information needs about medication according to patients discharged from general hospital. *Patient Education and Counseling*. 83. 22–28.
- Codex. *Regler och riktlinjer för forskning*. (2013). Hämtad 2014-09-28, från <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>
- Codex. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. (2014). Hämtad 2014-09-29, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*. 260. 1743-1748.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-Centred Care - Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.
- 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, 1112-1119.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 1498–1508.
- Fröjd, C., Svenne, C., L., Rubertsson, C., Gunningberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing management*. 19, 226-236.
- Furåker, C. (2008). Registered Nurses' views on their professional role. *Journal Of Nursing Management*. 16(8), 933-941.
- Furåker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal Of Nursing Management*. 17 .3. , 269-277.
- Helsingforsdeklarationen. (2013)., hämtad 2014-09-27 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Henricsson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hudon, C., Tribble, D., Bravo, G. & Poitras, M.E. (2011). Enablement in health care context: a concept analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 17. 143-149.
- Hälso- och sjukvårdslagen. 1982:763. (1982). Hämtad 2014-10-14, från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- ImproveIT. (2015). *P3-studien. Totalrapport*. Halmstad.
- Jakobsson, L. & Holmberg, L. (2010). Quality from the patient's perspective: a one-year trial. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 25. 3.
- Jensen, A.L., Vedelø T.W. & Lomborg K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease.

- Journal of Clinical Nursing*. 22(7-8). 1005-15.
- Justese, L., Mikkelsen, B.E. & Gyimóthy, S. (2013). Understanding hospital meal experiences by means of participant-driven-photo-elicitation. *Appetite* 75. 30–39.
- Kalfoss, M. & Halvorsrud, L. (2009). Important Issues to Quality of Life Among Norwegian Older Adults: An Exploratory Study. *Open Nursing Journal*. 3. 45–55.
- Koutsopoulou, S., Papanthanassoglou, E. D., Katapodi, M. C. & Patiraki E.I. (2009). A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*. 19. 749–765.
- Lag om etikprovning av forskning. SFS 2003:460 SFS Hämtad 20141110, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/.
- Larsson, I.E., Sahlsten, M., J., M., Segesten, K. & Plos, K. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 25. 575-582.
- Larsson, I.E., Sahlsten, M., J., M., Sjöström, B., Lindencrona, C.S.C. & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 21, 313-320.
- Larsson, K. (1998). Hur kan man mäta kvalitet? Slutrapport från projektet Kvalitetsbokslut för äldre. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, Stockholms läns landsting, (Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 1998:7 Kvalitetsbokslut för äldre).
- Lehuluante, A., Nilsson, A. & Edvardsson, D. (2012). The influence of a person-centred psychosocial unit climate on satisfaction with care and work. *Journal of Nursing Management*. 20, 319-325.
- Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E., & Ekebergh, M. (2013). "It made me feel human"- a phenomenological study of older patients' experiences of participating in a team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 8.
- McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (5), 472–479.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: theory and practice*. Wiley-Blackwell: Chichester, West Sussex.
- McCormack, B. (2003). Researching nursing practice: does person-centredness matter? *Nursing Philosophy*. 179–188.
- Mehica, L., Gershater Annersten, M. & Alm Roijer, C. (2013). Diabetes and infected foot ulcer: a survey of patients' perceptions of care during the preoperative and postoperative periods. *European Diabetes Nursing*. 10, 91-5.
- Mohammed, K., Nolan, M.B., Rajjo, T., Shah, N.D., Prokop, L.J., Varkey, P. & Murad, M.H. (2014). Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective. *American Journal of Medical Quality*. 11, 1-10.
- Naithani, S., Whelan, K., Thomas, J., Gulliford, C.M. & Morgan, M. (2008). Hospital inpatients experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. *Health Expectations*, 11. 294–303
- Nathorst-Böös, J., Munck, I.M.E., Eckerlund, I. & Ekfeldt-Sandberg, C. (2001). An evaluation of

- the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal of Quality in Health Care*. 13 (3). 257-64.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2011). *Nursing Research*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Olsson, L-E., Jacobsson Ung, E., Swedberg, K. & Ekman, I. (2012). Efficacy of person-centered care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 456-465.
- Patientlagen. SFS 2014:821. (2014). Hämtad 2014-10-14, från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K3
- Regionstyrelsen. (2011). Hämtad 13 november 2014, från:
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/framtidens%20sjukv%E5rd%202011/M%E5ldokument%20slutversion%20111128.pdf>
- Ringström, G., Agerforz, P., Lindh, A., Jerlstad, P., Wallin, J. & Simrén, M. (2009). What Do Patients With Irritable Bowel Syndrome Know About Their Disorder and How Do They Use Their Knowledge? *Gastroenterology Nursing*. 32. 4. 284–292.
- Rosengren, K., Höglund, P., J. & Hedberg, B. (2012). Quality registry, a tool for patient advantages- form a preventive perspective. *Journal of Nursing Management*. 20, 196-205.
- SBU. (2014). Kvalitetesgranskning av behandlingsstuder. Hämtad 24 februari 2015.
http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok_Kapitel06.pdf
- Smeds Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S. & Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality & Safety*. 23, 242–249.
- Sahlsten, M., Larsson, I.E., Sjöström, B. & Plos, K. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23, 490-497.
- Sahlsten, M., J., M., Larsson, I.E., Sjöström, B., Lindencrona, C., SC. & Plos, K. (2006). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nursing perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 630-637.
- Sandin-Bojö, A-K., Kvist, L.J., Berg, M. & Larsson, B.W. (2011). What is, could be better: Swedish women's perceptions of their intrapartal care during planned vaginal birth. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24, 81-95.
- Socialstyrelsen. (2014). *Handbok för utveckling av indikatorer*. Hämtad 20141014, från
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-7-3>.
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2015-02-24. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G. & Larsson, M. (1993). Quality of Care from a Patient Perspective. A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 7. 113-120.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M. & Starrin, B. (1994). Quality of Care. Development of a Person-Centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal*

- of Caring Science*. 8. 39-48.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M. & Starrin, B. (1996). *Patienten värderar vården - en vägledning till frågeformuläret KUPP*. VOU rapport 45. Vårdförbundet. Stockholm.
- Wilde Larsson, B., Larsson, G., Larsson, M. & Starrin, B. (2001). *KUPP - boken. Kvalitet ur patientens perspektiv*. Fjärde upplagan. Stockholm: Vårdförbundet.
- Wilde Larsson, B. & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*. 11, 681-687.
- Wilde Larsson, B. & Larsson, G. (2010). *KUPP - Reviderat åtgärdesindex*. Improvit. Halmstad.
- Wolf, A., Ekman, I., & Dellenborg, L. (2012). Every day practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. *BioMedicine Central. Health Services Research*. 12. 184-196.
- Wright, J.A., Wallston, K.A., Eden, S.K., Shintani, A.K., Ikizler, T.A. & Cavanaugh, K.L. (2011). Associations among perceived and objective disease knowledge and satisfaction with physician communication in patients with chronic kidney disease. *Kidney International*. 80, 1344–1351.



FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Behovet och rätten till patienters självbestämmande och delaktighet i vården betonas av Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting. Olika faktorer i vården påverkar detta. Genom att låta patienter värdera vården ökar möjligheten att hitta förutsättningarna och begränsningarna för att öka patienternas delaktighet i vården.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur patienter på en internmedicinsk vårdavdelning värderar vårdmiljöns fysiska förutsättningar, atmosfär samt personalens kompetens och förhållningssätt för att därigenom identifiera förbättringsområden som är av betydelse för vårdkvalitet, patienters möjlighet till delaktighet och egenansvar över sjukdom och vård.

Förfrågan om deltagande

Studien genomförs på XXXXXX på XXXXXX. Vårdenhetschef och verksamhetschef har givit sitt godkännande för studien. Du tillfrågas om du vill delta, eftersom du är patient på XXXXXX.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer du att besvara ett antal frågor i en enkät som belyser vårdens kvalitet. Enkäten beräknas ta 15-20 minuter att besvara. Upplever du det svårt att svara på enkäten kan du erbjudas hjälp med att få frågorna upplästa. Resultatet kommer att sammanställas och sammanfattas i form av en rapport som ska presenteras för personalen på XXXXXX.

Finns det några risker med detta?

Vår ambition är att du inte ska uppleva något obehag genom att delta i studien. Svaren lämnas in och behandlas konfidentiellt. Det kommer inte att gå att urskilja dina svar när resultatet presenteras.

Finns det några fördelar med att delta?

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. Du får möjlighet att delge dina upplevelser av vården. Resultat av studien kan i ett vidare perspektiv bidra till att synliggöra förutsättningar och begränsningar i vården som har betydelse för patientens möjlighet till delaktighet och ansvar över sin sjukdom och vård samt ligga till grund för förbättringsarbeten.

Hantering av data och sekretess

Det insamlade materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till materialet.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avbryta deltagande, utan att förklara varför.

Ansvarig för studien

Camilla Spetz, leg.sjuksköterska. fil.kand. Mail: camilla.spetz@vgregion.se

Rebecka Gustafsson, leg.sjuksköterska. fil.kand. Mail: rebecka.gustafsson@vgregion.se

Telefonnummer till aktuell avdelning XXXXXX. Lämna meddelande så ringer ansvariga för studien upp.



Bilaga 2

P3-studien (Promoting Patient Participation)
Projektnummer: 14-9006
K U P P - Kvalitet Ur Patientens Perspektiv
© 2014 IMPROVEIT och Bodil Wilde Larsson

1. Ålder

2. Kön

- Man
 Kvinna

3. Boende

- Sammanboende
 Bor ensam

4. Utbildning (ange högsta)

- Folkskola/ Grundskola (motsvarande)
 Yrkeskola/ Gymnasium (motsvarande)
 Högskola/ Universitet

5. Hur länge var du inlagd den här gången?

- 0 - 1 dygn
 2 - 3 dygn
 4 - 6 dygn
 7 - 9 dygn
 10 dygn eller mer

Markera ditt svar med två kryss på varje rad.

- 1) sätt ett kryss under A (□□□□□) som graderar upplevelsen.
 - 2) sätt ett kryss under B (○○○○○) som graderar betydelsen.
- Eller sätt ett kryss under Ej aktuellt.

	A					B					Ej aktuellt
	SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG					SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG					
	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse			
6. Jag fick bra information om hur undersökningar och behandlingar skulle gå till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Jag fick bra information om resultatet av undersökningar och behandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Jag fick bra information om egenvård, "hur jag bäst bör sköta min hälsa"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Jag fick bra information om vilken läkare som var ansvarig för min vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Jag fick bra information om vilken sjuksköterska som var ansvarig för min omvårdnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Jag fick bra information om mina mediciner så att jag förstod vilken effekt de hade och hur de skulle användas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Jag fick bästa möjliga medicinska vård (undersökningar och behandlingar), så gott som jag själv kan bedöma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
13. Jag fick effektiv smärttindring (när jag behövde vid detta vårdtillfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Jag fick undersökningar och behandlingar genomförda inom acceptabel väntetid vid detta vårdtillfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
15. Jag fick bästa möjliga stöd att sköta min fysiska omvårdnad, t ex med personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		

Markera ditt svar med två kryss på varje rad.
 1) sätt ett kryss under A (□□□□) som graderar upplevelsen.
 2) sätt ett kryss under B (○○○○) som graderar betydelsen.
 Eller sätt ett kryss under Ej aktuellt.

	A				B				Ej aktuellt
	SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG				SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG				
	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	
16. Läkarna verkade förstå hur jag upplevde min situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
17. Läkarna bemötte mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
18. Läkarna visade engagemang; "brydde sig om mig"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sjuksköterskorna och undersköterskorna verkade förstå hur jag upplevde min situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sjuksköterskorna och undersköterskorna bemötte mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sjuksköterskorna och undersköterskorna visade engagemang; "brydde sig om mig"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag fick tala med läkarna i enrum vid de tillfällen som jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag fick tala med sjuksköterskorna i enrum vid de tillfällen som jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jag hade bra möjlighet att samråda om beslut när det gällde min vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
25. Min vård styrdes av mina behov snarare än av personalens rutiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Markera ditt svar med två kryss på varje rad.

1) sätt ett kryss under A () som graderar upplevelsen.

2) sätt ett kryss under B () som graderar betydelsen.

Eller sätt ett kryss under Ej aktuellt.

	A				B				Ej aktuellt
	SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG				SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG				
	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	
26. Mina närstående bemöttes på ett bra sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jag fick mat och dryck som jag tycker om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jag hade en bekväm säng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jag hade tillgång till den apparatur och utrustning som var nödvändig för min vård (så gott jag själv kan bedöma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
30. Lokalerna var välstädade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
31. Det var en trivsamt atmosfär på avdelningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

32. Hur tycker du att ditt fysiska hälsotillstånd är nu?
- Mycket bra
 - Ganska bra
 - Varken bra eller dåligt
 - Ganska dåligt
 - Mycket dåligt

33. Hur tycker du att ditt psykiska välbefinnande är nu?
- Mycket bra
 - Ganska bra
 - Varken bra eller dåligt
 - Ganska dåligt
 - Mycket dåligt

34. Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av läkarna?
- Ja, helt och hållet
 - Ja, delvis
 - Nej
 - Vet ej
 - Har inte fått råd och anvisningar av läkarna

35. Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av sjuksköterskorna?
- Ja, helt och hållet
 - Ja, delvis
 - Nej
 - Vet ej
 - Har inte fått råd och anvisningar av sjuksköterskorna

36. Känner du någon tveksamhet inför att på nytt söka denna avdelning vid framtida vårdbehov?
- Nej, ingen tveksamhet
 - Ja, viss tveksamhet
 - Ja, ganska stor tveksamhet
 - Ja, stor tveksamhet
 - Vet ej

Om du har svarat 'Ja' på föregående fråga –
37. Vad är anledningen till att du känner tveksamhet inför att på nytt söka denna avdelning vid framtida vårdbehov?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

38. Det här var jag särskilt nöjd med:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

39. Förslag till förbättringar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tack för din medverkan!