

# Förord

Denna rapport har tagits fram på uppdrag av Nationella rådet för vårdpolitik. Docent Märten Lagergren, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum och departementsråd Ilija Batljan, Socialdepartementet har ansvarat för rapportens utformning. De svarar också för såväl rapportens innehåll som de slutsatser som dras. Professor Mats Thorslund, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum har arbetat med och kommenterat det sista kapitlet – där de olika resultaten och speciellt vad de använda metoderna/brukarundersökningar kan ge för resultat och hur säkra de är diskuteras. Göran Berleen, Folkhälsoinstitutet, departementssekreterare Tom Nilsson, departementssekreterare Linda Gustafsson och departementssekreterare Ulf Larsson, Socialdepartementet, samt utredare Marie Lawrence från Socialstyrelsen har skrivit underlag till olika kapitel. Förutom ovannämnda har Gert Alaby, projektledare Monica Albertsson och chefsekonom Ingemar Eckerlund, Socialstyrelsen, utredare Hans Ekholm, Svenska Kommunförbundet, projektledare Marianne Hanning, Landstingsförbundet samt Lars-Gunnar Strand och Birgitta Melin-Skeppstedt, SCB, ingått i en referensgrupp som bistått arbetet med rapporten.

Rapporten syftar till att ge en sammanfattande bild av resultaten i undersökningar om brukares upplevelser av äldreomsorg och hälso- och sjukvård samt värdera dessa resultat.

Stockholm i april 2002

Ilija Batljan  
Departementsråd

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
<b>1 Bakgrund.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Inledning – Vad skall vi mena med kvalitet? .....</b>	<b>13</b>
<b>3 Brukarundersökningar inom hälso- och sjukvården .....</b>	<b>19</b>
3.1 Nationella brukarundersökningar .....	23
3.2 Utvecklingsprojekt.....	35
3.3 Lokala brukarundersökningar .....	39
3.4 Redovisning av patientenkäter/brukarundersökningar per sjukvårdsområde .....	45
<b>4 Lokala brukarundersökningar inom äldreomsorgen – en nationell bild .....</b>	<b>55</b>
4.1 Generella iakttagelser .....	55
4.2 Exempel på lokala brukarundersökningar .....	59
<b>5 Kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården.....</b>	<b>85</b>
5.1 Ett urval av kvalitetsindikatorer .....	87
<b>6 En sammanfattande bild av resultaten i undersökningar om brukares upplevelser av äldreomsorg och hälso- och sjukvård.....</b>	<b>101</b>
6.1 Olika metoder att mäta kvalitet och brukartillfreds- ställelse – möjligheter och begränsningar .....	101
6.2 Vad säger de olika undersökningarna om kvalitet och brukartillfredsställelse inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg? .....	110

# Sammanfattning

Den offentligfinansierade vården och omsorgen är en mycket omfattande verksamhet som kommer många människor till del och drar stora resurser. Det är därför av största vikt att dessa resurser används väl och ger ett från medborgarnas synpunkt tillfredställande resultat. På senare år har många kritiska synpunkter kommit fram i debatten, men vad tycker egentligen medborgarna? En genomgång av ett stort antal brukarundersökningar inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg ger en delvis annan bild.

## *Hälso- och sjukvården*

Nio av tio ger sjukvården godkänt betyg. Detta framgår av Landstingsförbundets rikstäckande undersökning Vårdbarometern, där hela befolkningen får ge ett sammanfattande betyg på sina kontakter med vården. Allra bäst upplevs bemötandet från sjukvårdspersonalen medan möjligheten att komma i kontakt med vården bedöms vara sämre. I vissa fall tar det oacceptabelt lång tid att få kontakt med hälso- och sjukvården.

Särskilt svårt verkar det vara att komma i kontakt med vårdcentralen. Tre av tio – uppgav att de hade haft svårt eller mycket svårt att komma fram till vårdcentralen per telefon. Svårigheten att komma fram på telefon framstår också som den stora vattendelaren mellan offentligt och producerad vård. Endast 8 procent av dem som kontaktade den privat producerade vården rapporterar samma problem.

Å andra sidan erbjöd den offentligt producerade vården besök inom en dag till mer än hälften av de tillfrågade och inom en vecka till tre fjärdedelar. Detta skall jämföras med att i den privat producerade vårdens mindre än en tredjedel fick besök samma dag och endast drygt hälften inom en vecka. Paradoxalt nog tyckte mer än 80 procent av tillfrågade, som besökte den privat producerade

vården att väntetiden var rimligt lång mot endast drygt 70 procent av de, som besökt den offentligt producerade vården. En förklaring kan vara just missnöje med möjligheten till telefonkontakt.

Andelen som är missnöjda med hälso- och sjukvården är alltså förhållandevis låg, men SCB:s ULF-undersökningar visar att den ökat kraftigt på senare år. Nästan var sjätte person år 2000 ansåg sig ha blivit felaktigt eller orättvist behandlad av sjukhus eller läkare mot endast var tionde år 1984, vilket naturligtvis är allvarligt. Nästan hela ökningen inträffade dock under åren 1984 –1992. Detta är kanske överraskande mot bakgrund av att kritiken mot hälso- och sjukvården framför allt hänvisar till de nedskärningar som blivit följden av den ekonomiska krisen på 1990-talet. Givetvis måste man här också beakta inverkan av förändringar i krav och förväntningar.

### *Äldreomsorg*

För äldreomsorgen saknas nationella data om brukartillfredsställelse, men det har gjorts många lokala undersökningar. Dessa ger genomgående äldreomsorgen ett gott betyg. Den allmänna nöjdheten ligger mellan 80 och 100 procent. Det är mycket ovanligt att under 80 % av de svarande i en kommunal undersökning har angett en lägre grad av nöjdhet än "ganska nöjd" respektive "fyra" på en betygskala från "ett" till "fem". Rikssiffror saknas, men en subjektivt grundad uppskattning är att andelen ganska eller mycket nöjda av brukarna i riket ligger runt 85 %. Andelen på riksnivå, som är något eller mycket missnöjda, kan bedömas ligga någonstans mellan 5 och 10 %.

Allmän nöjdhet är dock ett trubbigt mått på omsorgens kvalitet. Bristerna inom äldreomsorgen framkommer tydligare när man ställer specifika frågor. Det är som exempel mycket vanligt att vårdtagarna uppger att personalkontinuiteten är för låg. Man är också missnöjd med att ny personal kommer utan att brukaren har blivit informerad om detta i förväg. I de studier där har man frågat om hur viktig en viss kvalitetsaspekt är för brukaren framkommer att just detta att samma personal återkommer har stor betydelse.

Det är också vanligt att brukarna uppger att de tycker att personalen har bråttom. Det tonar fram en bild av en stressad personal, som bara hinner med den nödvändigaste servicen och fysiska omvårdnaden men som inte har tid över för samtal och annan social samvaro.

I den mån det förekommer frågor om personalens kompetens anser brukarna att den kan behöva bli bättre – bland annat önskar man att personalen skulle ha bättre kunskaper i rena sjukvårdande insatser.

I en studie identifieras fem aspekter av vården där man får låga omdömen. Dessa är:

- flexibilitet i fråga om att tillfälligt få hjälp med andra uppgifter
- flexibilitet i fråga om att få hjälp vid andra tider än överenskomna
- möjligheterna att kunna påverka hur hjälpen utförs
- personalkontinuiteten i insatserna
- möjligheterna att lätt kunna nå personalen per telefon.

### *Kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg*

Brukarundersökningar visar huvudsakligen upplevelsen av kvaliteten i vårdprocessen. De behöver kompletteras med olika indikatorer som också mäter vårdens resultat i återvunnen hälsa och förbättrad livskvalitet. Inom ramen för Socialstyrelsens arbete har ett antal kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården tagits fram. Vi har här valt att presentera ett urval av dessa.

Indikatorerna visar att den svenska hälso- och sjukvården under 1990-talet bidragit till en minskad dödlighet i många sjukdomar och gett förbättrad livskvalitet. Detta är naturligtvis ett betyg som är gott nog. Men indikatorerna visar också på ett antal områden där det förekommer onödiga brister. Ett sånt område, där resultaten i och för sig förbättrats men där det fortfarande återstår brister, är diabetesvården.

När det gäller äldreomsorgen saknas tyvärr nationellt jämförbara kvalitetsindikatorer. En utveckling av kvalitetstänkandet pågår emellertid på många håll och lokalt tas indikatorer fram för att belysa exempelvis förekomsten av trycksår, brister i näringstillförsel, överdrivet utnyttjande av läkemedel etc..

### *Föga stöd i brukarundersökningar för en sjukvård och äldreomsorg i svår kris – men det behövs bättre, mer systematisk och täckande datainsamling om vårdens kvalitet*

Det är inte möjligt att med stöd av tillgängligt material uttala sig om huruvida kvaliteten i vården och omsorgen faktiskt har förbätt-

rats eller försämrats de senaste tio åren. En sådan bedömning kräver data av en helt annan kvalitet än de som för närvarande står till buds. Däremot kan man med fog hävda att flertalet patienter och brukare i stort sett tycks vara nöjda. Bilden av en sjukvård och äldreomsorg i svår kris får föga stöd i allmänna patient- och brukarundersökningar. Detta utesluter inte att det finns problem. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården och brist på flexibilitet inom äldreomsorgen är två stora problemområden. Hur allvarligt man uppfattar dem är en fråga om perspektiv och proportioner. Alla kan rimligtvis inte alltid vara nöjda. Den viktigaste slutsatsen är kanske att det är nödvändigt att utveckla en betydligt bättre, mer systematisk och täckande datainsamling och analys för att få fram ett tillförlitligt underlag på nationell nivå avseende både brukarnas upplevelser och kvaliteten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

# 1 Bakgrund

Nationella rådet för vårdpolitik diskuterade under hösten 2001 behovet av att genomföra en nationell brukarundersökning i syfte att få en bild av brukarnas uppfattning av den svenska hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Efter att det konstaterats att en mängd brukarundersökningar har gjorts på både kommunal- och landstingsnivå bestämdes att en analys av gjorda undersökningar skulle göras och att resultaten av en sådan analys skulle redovisas senast den 15 april 2002.

Rapportens syfte är att utifrån befintlig material ge en sammanfattande bild av resultaten i undersökningar om brukares upplevelser av äldreomsorg och hälso- och sjukvård samt värdera dessa resultat. Med hänsyn till att brukarundersökningar endast är ett mått på kvalitet diskuteras också kvalitetsbegreppet mer generellt och tillgängliga kvalitetsindikatorer presenteras i syfte att bredda analysen av kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården äldreomsorgen.

Rapporten bygger på en deskriptiv analys av olika undersökningar som genomförts under de senaste åren av brukartillfredsställelse och kvalitet inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Den är disponerad som följer:

I kapitel 2 presenteras en inledande diskussion av kvalitetsbegreppet – Vad skall vi mena med kvalitet?.

I kapitel 3 och 4 presenteras en genomgång av brukarundersökningar inom hälso- och sjukvården (kapitel 3) och äldreomsorgen (kapitel 4).

Följande frågor besvaras i kapitlet:

Hur ser resultaten ut, vad tycker brukarna?

Hur är resultatens tillförlitlighet?

Vilka slutsatser kan dras av brukarnas upplevelser av hälso- och sjukvården?

Kapitel 5 redovisar resultat avseende olika kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Följande frågor besvaras i kapitlet:

Varför är det viktigt att ha en bredare bild av kvalitet än den brukarundersökningar ger?

Vilka kvalitetsindikatorer finns idag?

Vad visar kvalitetsindikatorerna?

En sammanfattande bild av resultaten i undersökningar om brukares upplevelser av äldreomsorg och hälso- och sjukvård samt en avslutande diskussion återfinns i kapitel 6

Följande frågor besvaras i kapitlet:

Vilka svar ger dagens brukarundersökningar?

Vad skulle brukarundersökningar kunna svara på?

Vad saknas för att få en fullständig bild av brukarnas upplevelser?

Vilken information ger kvalitetsindikatorer?



## 2 Inledning – Vad skall vi mena med kvalitet?

Den offentligfinansierade vården och omsorgen är en mycket omfattande verksamhet som kommer många människor till del och drar stora resurser. Det är därför av största vikt att dessa resurser används väl och ger ett från medborgarnas synpunkt tillfredställande resultat. Intresset för att mäta, följa upp och utveckla verksamhetens kvalitet är ett uttryck för strävan att uppnå detta. Betydelsen av detta har ytterligare förstärkts genom de stramare ekonomiska villkoren för kommuner och landsting sedan 1990-talets början. Införandet av beställar-utförarorganisationer och privata entreprenader inom vården och omsorgen är ett annat skäl till att betydelsen av uppföljning och utvärdering av kvaliteten kommit i förgrunden.

### *Vad skall vi mena med kvalitet?*

Ett ökande intresse för kvaliteten i tjänsteproduktion är en generell företeelse, som inte är begränsad till den offentligfinansierade vården och omsorgen. Begrepp som kvalitetsstyrning, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling har utvecklats inom den företagsekonomiska tjänsteforskningen. Enligt den i Sverige antagna internationella standarden ISO definieras kvalitet som "alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov". Denna definition ger uttryck för en helhetssyn på tjänsten ifråga ("..alla sammantagna egenskaper...") och en kund- eller brukarinställning ("...tillfredsställa... behov"). Det är alltså enligt denna definition kundens eller brukarens tillfredsställelse, som är grunden för bedömningen av kvaliteten. Av detta följer att brukarundersökningar<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> I denna rapport används beteckningen "brukarundersökningar" som sammanfattande begrepp på alla undersökningar, som vänder sig till medborgarna. "Brukare" i denna mening har alla varit eller blir förr eller senare.

av olika slag blir ett självklart medel för att undersöka och mäta kvaliteten inom olika tjänstesektorer. Men ISO-definitionen talar också om "uttalade eller underförstådda" behov. Hälso- och sjukvården är ofta tekniskt komplicerad och svår för mottagaren att bilda sig en korrekt uppfattning om. Det kan för lekmannen i många fall vara svårt att avgöra om man fått rätt behandling eller om behandlingen gett avsett resultat. Inom äldreomsorgen är många brukare oförmögna att ge uttryck för sin uppfattning. Brukarundersökningar kan därför aldrig vara ett tillräckligt instrument för att följa upp och utvärdera vård och omsorg. De behöver kompletteras med andra metoder för att mäta och bedöma kvaliteten från olika aspekter.

### *Process, struktur och resultat*

Enligt den amerikanske sjukvårdsforskaren Donabedian, som haft stort inflytande på utvecklingen av kvalitetstänkandet inom vården, avgörs vårdkvaliteten både av dess tekniska kvalitet och av kvaliteten i den mellanmänniska kommunikationen. Detta innebär till skillnad från tjänsteforskningstraditionen att vissa aspekter av vårdkvalitet kan – och bör – mätas oberoende av patientens upplevelse. Donabedian har också introducerat begreppen struktur-, process- och resultat-kvalitet. *Strukturkvaliteten* avser de resurser av olika slag – personal, teknisk utrustning, lokaler etc. – som finns i eller tillförs verksamheten, *processkvaliteten* det sätt på vilket resurserna utnyttjas, d v s hur vårdens preventiva, diagnostiska, behandlande, omvårdande och rehabiliterande åtgärder utförs, och *resultat-kvaliteten* de resultat man får i termer av återställd hälsa eller förbättrad livskvalitet. Resultaten kan vara generella avseende befolkningen eller grupper inom denna som helhet, t ex spädbarnsdödlighet, eller sjukdomsspecifika avseende resultatet av en behandling av en viss sjukdom, t ex gallbesvär.

Systematisk uppföljning och utvärdering av kvaliteten i den offentligfinansierade verksamheten är ett demokratiskt krav. Medborgarna och deras valda representanter måste ha tillgång till information som visar hur de gemensamma resurserna används och vilka resultat de ger resp. vilka brister som finns. Men kvalitetsuppföljning måste också syfta till att ge underlag för arbetet att på olika sätt utveckla verksamheten och förbättra kvaliteten – såväl lokalt som nationellt. Detta kräver att olika undersökningar och

indikatorer är tillräckligt specifika, så att de kan ge en tydlig hänvisning till problem och förhållanden som behöver åtgärdas.

### *Målen för verksamheten avgör vad som är god kvalitet*

Kvalitet i sig är ett neutralt begrepp – vare sig gott eller ont. Vad som är god kvalitet bestäms av målen för den aktuella verksamheten. För den offentliga vården och omsorgen är dessa uttryckta genom lagarna – Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL). I hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf stadgas att:

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”.

I den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (reg. prop. 1999/2000:149) framhålls att uppfyllandet av Hälso- och sjukvårdslagens mål kräver ett fortsatt utvecklingsarbete inom flera områden. Detta utvecklingsarbete skall leda till att alla medborgare skall uppfatta

- att sjukvården finns till för alla och envar på lika villkor
- att de får den hjälp de behöver och när de behöver den
- att de bemöts med respekt och omtanke
- att de kan påverka och vara delaktiga i vården
- att alla enskilda insatser liksom vårdprocessen som helhet baseras på aktuell kunskap och utvärderade metoder, samt
- att vården gör sitt yttersta för att stödja förebyggande och hälsofrämjande arbete.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller också en direkt bestämmelse (§31) om att ”kvaliteten i verksamheten (skall) systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”. Socialstyrelsen har med utgångspunkt härifrån utarbetat föreskrifter (SOSFS 1996:24) i syfte att förtydliga och stödja tillämpningen av lagen i praktiken. Dessa föreskrifter innebär att all hälso- och sjukvård skall omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten (§1).

I Socialtjänstlagens första paragraf uttrycks att samhällets socialtjänst skall ”på demokratins och solidaritetens grund främja

människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet”. Vidare skall socialtjänsten ”under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser”. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet. Dessa bestämmelser har givetvis också sin direkta tillämpning när det gäller äldreomsorgen. Även Socialtjänstlagen har kompletterats med bestämmelser avseende kvalitetsutveckling. I §7a stadgas att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt skall utvecklas och säkras.

Målen för äldreomsorgen utvecklas på motsvarande sätt som för hälso- och sjukvården i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (Reg.prop. 1997/1998:113). Ett av de mål som anges för äldrepolitiken är att de äldre skall ha tillgång till god vård och omsorg. Detta innebär enligt propositionen bland annat att de äldre skall

- så långt möjligt ges möjlighet att bo kvar hemma i sin ursprungliga miljö,
- kunna flytta till en särskild boendeform om vårdbehoven är stora,
- ha tillgång till vård och omsorg som passar alla,
- ha tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som yngre,
- kunna lita på att vård och omsorg har god kvalitet,
- kunna lita på att personalen kan sina saker,
- få avsluta livet med värdighet och i frid.

#### *Man måste följa behov och insatser hos hela befolkningen*

Det är viktigt att framhålla att kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling med utgångspunkt från lagstiftningen också innebär att man följer behoven och insatserna i hela befolkningen – inte bara hos aktuella brukare och patienter. Som kommer att framgå av fortsättningen är det vanligt att kvalitetsarbetet inom kliniska verksamheter eller enheter inom socialtjänsten begränsas till de personer, som är föremål för insatser. Från en övergripande synpunkt är detta dock uppenbart inte till fyllest. Man måste säkerställa att behoven i hela befolkningen tillgodoses. De frågeställningar som då blir aktuella är om de totala vård- och omsorgsresurserna är tillräckliga, om det är rätt vård och omsorg som ges, på rätt vårdnivå, av rätt vårdgivare, på rätt plats och vid rätt tidpunkt. I detta ingår

vidare att följa och utvärdera preventiva åtgärder i syfte att förebygga eller tidigt upptäcka sjukdom, ohälsa och vård- och omsorgsberoende i befolkningen.

Kvaliteten i sjukvården och äldreomsorgen kan betraktas från olika perspektiv. Man brukar skilja på patientens eller brukarens perspektiv (till vilket också kan fogas de anhörigas), de professionellas perspektiv och ledningens perspektiv. Undersökningar utifrån brukarens perspektiv avser i allmänhet processkvaliteten (inkl. tillgängligheten). Om resurserna är adekvata eller resultatet tillfredsställande kan ofta – men behöver inte alltid – vara svårt för den enskilde att bedöma.

Granskning från ett professionellt perspektiv utgår från "vetenskap och beprövad erfarenhet". Ett exempel på detta är de kvalitetsregister som upprättats och utvecklas för ett stort antal sjukdomsgrupper (jfr nedan). Kvalitet från ledningens perspektiv innefattar till skillnad från de ovanstående också frågan om resurserna används på rätt sätt och fördelas rättvist mellan olika grupper av brukare med hänsyn till deras behov.

### *Olika mål kan stå i konflikt med varandra*

Som framhållits ovan uttrycker lagarna de mål som skall styra vården och omsorgen och därmed ge innebörd till kvalitetsbegreppet. Vad lagarna dock inte uttrycker är att det kan finnas målkonflikter i olika avseenden, som kräver att mål balanseras mot varandra. Sålunda är det, eftersom resurserna är begränsade, oundvikligt att olika patient- eller brukarbehov ställs mot varandra. Kvaliteten från den enskildes synpunkt kan givetvis bli lidande om rättvisan i systemet kräver att man tvingas stå tillbaka för andra brukare med – som det bedöms – större och mer angelägna behov. En annan målkonflikt kan finnas mellan brukarnas och personalens önskemål. Det som från brukarens perspektiv ter sig som en hemtrevlig miljö kan från personalens sida ses som tungarbetad eller ohygienisk. Även ledningsperspektivet ger upphov till målkonflikter om till exempel brukarens krav på att få vård i den egna bostaden leder till kraftigt höjda kostnader jämfört med vård i ett särskilt boende med närmare tillgång till erforderliga resurser. Dessa inbyggda målkonflikter medför att det aldrig kan bli möjligt att göra alla brukare eller patienter nöjda samtidigt. Någon eller några måste stå tillbaka och dessa kommer kanske då att reagera med missnöje med den upplevda kvaliteten.

Hur ser då den upplevda kvaliteten ut i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen?

### 3 Brukarundersökningar inom hälso- och sjukvården

*Nio av tio ger sjukvården godkänt betyg. Detta framgår av Landstingsförbundets rikstäckande undersökning Vårdbarometern, där hela befolkningen får ge ett sammanfattande betyg på sina kontakter med vården. Allra bäst upplevs bemötandet från sjukvårdspersonalen medan möjligheten att komma i kontakt med vården bedöms vara sämre. I vissa fall tar det oacceptabelt lång tid att få kontakt med hälso- och sjukvården.*

*Särskilt svårt är det att komma i kontakt med vårdcentralen. Tre av tio – uppgav att de hade haft svårt eller mycket svårt att komma fram till vårdcentralen per telefon. Svårigheten att komma fram på telefon framstår också som den stora vattendelaren mellan offentligt och producerad vård. Endast 8 procent av dem som kontaktade den privat producerade vården rapporterar samma problem.*

*Å andra sidan erbjöd den offentligt producerade vården besök inom en dag till mer än hälften av de tillfrågade och inom en vecka till tre fjärdedelar. Detta skall jämföras med att i den privat producerade vårdens mindre än en tredjedel fick besök samma dag och endast drygt hälften inom en vecka. Paradoxalt nog tyckte omkring 85 procent av tillfrågade, som besökte den privat producerade vården att väntetiden var rimligt lång mot endast knappt 75 procent av de, som besökt den offentligt producerade vården. En förklaring kan vara just missnöje med möjligheten till telefonkontakt.*

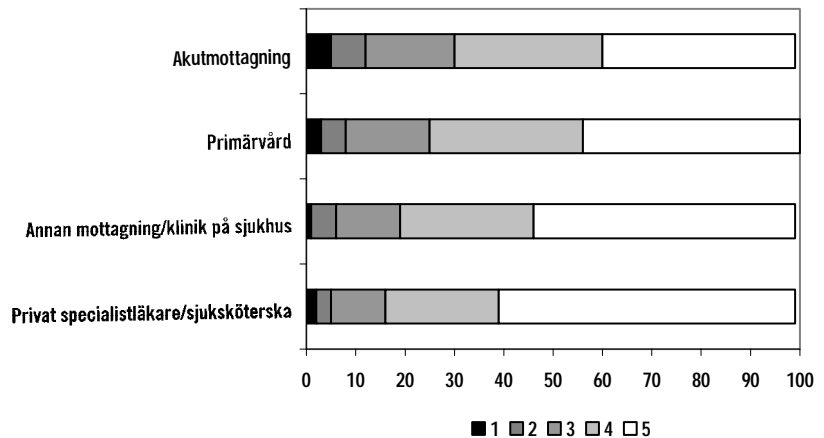
När det svenska folket bedömer svensk hälso- och sjukvård framkommer en positiv bild. I de olika rikstäckande undersökningar som mäter höjd befolkningen är med vården ger mellan 80 och 90 procent av de tillfrågade personerna betyget godkänt. Minst nöjd är man med möjligheterna att komma i kontakt med vården. Nästan en tredjedel tycker till exempel att det är svårt att per telefon komma i kontakt med sin vårdcentral. En fjärdedel tycker inte att den tid man fått vänta på besök är rimlig. Men när man väl etablerat

kontakt anser de allra flesta att kvaliteten på såväl de medicinska som de omvårdande insatserna är tillfredsställande.

*Diagram 3.1 Vilket sammanfattande betyg ger man sitt senaste vårdbesök.*

Befolkningen 18 år och äldre som besökt vården kvartal 3 och 4, 2001.  
Procent

(1= lägst betyg, 5= högst betyg)



Källa: Vårdbarometern kv 3 och 4, 2001, Landstingsförbundet.

När det gäller tillgänglighet får privata vårdgivare oftare något bättre resultat än offentliga. Det kan vara en förklaring till varför man i kundnöjdhetsundersökningar ger högre betyg för privat vård än för offentlig. Generellt sett får privata läkare/sjuksköterskor och offentliga sjukhuskliniker högre betyg än primärvården och akutmottagningar (diagram 2.1).

Attityderna är i viss mån mindre positiva idag jämfört med de bedömningar som gjordes för tio år sedan. Det beror sannolikt på missnöjet med tillgängligheten, men kan även ha att göra skillnader i krav mellan generationer. Yngre är relativt sett mindre nöjda än äldre trots att de i genomsnitt besöker vården mer sällan.



### *Brukarundersökningars syfte*

De finns två typer av brukarundersökningar<sup>1</sup> – befolkningsundersökningar och patientundersökningar. Syftet med befolkningsundersökningar är i huvudsak att ta reda på vad folk i allmänhet tycker om vården oavsett om man är en frekvent användare av den eller inte. Detta är intresse för många inom och utom vården: Beställare och utförare av vård, politiker, massmedia, forskare m fl. Patientundersökningar vänder sig till personer med aktuell erfarenhet av vård. Sådana undersökningar genomförs inom samtliga landsting och görs ofta på lokal nivå till exempel på en vårdcentral eller vid en avdelning på ett sjukhus för att användas i det kontinuerliga kvalitetsarbetet. Patienternas uppfattning om vården är en viktig aspekt på vårdkvaliteten. Hög patienttillfredsställelse är ett önskvärt mål i sig, men kan också bidra till ett gott resultat av vården. Tillfredsställda patienter tycks i större utsträckning än andra följa professionella råd och anvisningar.<sup>2</sup>

### *Tillförlitlighet och tolkning av resultat*

Som är fallet med alla statistiska undersökningar finns olika felkällor som minskar resultatens tillförlitlighet. Tolknings- och slutsatser bör därför alltid göras med viss försiktighet. En av de stora svårigheterna vid genomförandet av brukarundersökningar är mätproblem – man mäter något annat än det man tror sig mäta. I befolkningsundersökningar till exempel tillfrågas personer med olika erfarenhet av vård. Det kan betyda att det man mäter avser olika tidpunkter. Personer som inte varit i kontakt med vården på länge ger förmodligen sin bedömning av hur vården upplevdes vid det senaste besöket och inte av hur den fungerar idag. Likaså kan personer som mycket sällan uppsöker vård göra bedömningar som i större grad baseras på medias beskrivning av vården jämfört med personer som nyligen och ofta besökt den. I patientundersökningar där man enbart vänder sig till personer med aktuell erfarenhet av vården är mätproblemen mindre. Ibland genomförs undersökningar med djupintervjuer vilket brukar minska mätfelens storlek. Djupintervjuer och fokusgruppintervjuer anses vara bättre än patient-

---

<sup>1</sup> I denna rapport används beteckningen "brukarundersökningar" som sammanfattande begrepp på alla undersökningar, som vänder sig till medborgarna. "Brukare" i denna mening har alla varit eller blir förr eller senare.

<sup>2</sup> KUPP, Kvalitet ur patientens perspektiv, Bodil Wilde Larsson m.fl., Vårdförbundet.

enkäter vid intervjuer med socialt svaga grupper (Bodil Wilde Larsson).

Andra mätproblem kan uppstå när frågorna ställs så att subjektiva svar ska ges. Till exempel kan subjektiva svar angående frågor om offentlig respektive privat vård snarare mäta ideologiska ståndpunkter än vårdens faktiska kvalitet.

Ett annat problem i brukarundersökningar är att en stor del av dem som tillfrågas i undersökningarna inte kan eller vill svara. Det s.k. bortfallet brukar (i bästa fall) uppgå till 25 procent. Det är tillräckligt stort för att resultaten skulle kunna omkullkastas om alla lämnat sina svar. Inte sällan genomförs brukarundersökningar via telefonintervjuer vilket innebär att bortfallet ofta består av personer som sällan är hemma, har svårigheter att göra sig förstådda på svenska eller som inte har telefon. Socialt utsatta personer kan av detta skäl vara underrepresenterade.<sup>3</sup> Bortfallsanalyser, som är nödvändiga för att bedöma resultatens tillförlitlighet, saknas dessvärre ofta.

Ytterligare fel i resultaten uppstår när svaren ges av ett urval personer vars attityder och bedömningar ska representera en större grupp och ibland hela befolkningen. Urvalsfelets storlek kan beräknas och brukar redovisas med s.k. konfidensintervall. I princip gäller att ju mindre urvalet är i förhållande till den population det representerar desto större blir konfidensintervallet eller urvalsfelet. Vid jämförelser av resultat mellan olika svars kategorier eller över tid är det särskilt viktigt att känna till urvalsfelets storlek. Först då kan man utläsa om skillnaderna är statistiskt säkerställda. Vid mätning av ett enskilt värde är resultatets osäkerhet mindre.

I följande avsnitt kommer resultat från ett antal brukarundersökningar att redovisas dels från nationella undersökningar, dels från lokala. Vidare beskrivs några projekt och metoder som ett flertal landsting och sjukhus deltar och använder sig av så att jämförelser mellan de lokala resultaten kunna göras. Detta ger en närmast heltäckande bild av den verksamhet av detta slag som pågår, eftersom i stort sett alla undersökningar som gjorts finns redovisade

---

<sup>3</sup> KUPP, Kvalitet ur patientens perspektiv, Bodil Wilde Larsson m.fl., Vårdförbundet.

### 3.1 Nationella brukarundersökningar

Nedan redovisas resultat från tre nationella brukarundersökningar: Vårdbarometern, Undersökningar om levnadsförhållanden och Svenskt kvalitetsindex. Detta är de undersökningar som för närvarande görs och resultaten redovisas fortlöpande i Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok.

#### Vårdbarometern

Vårdbarometern är en befolkningsundersökning som genomförs av Eureka Marknadsfakta AB på uppdrag av respektive landsting som också äger resultaten. Landstingsförbundet redovisar resultaten på sin web-sida ([www.lf.se](http://www.lf.se)). Undersökningen fångar upp både de frekventa patienterna och de i befolkningen som sällan har anledning att kontakta vården. Syftet med undersökningen är att ge beställare och utförare av vård kontinuerlig information om den vuxna befolkningens erfarenheter av kunskaper om och attityder till hälso- och sjukvården.

Datainsamlingen sker genom telefonintervjuer som genomförs fyra gånger per år. Sammanlagt genomförs 1 000 intervjuer årligen inom områden med en befolkningsstorlek på 240 000 – 350 000 invånare 18 år och äldre. Nationella resultat publiceras varje kvartal. De deltagande landstingen förfogar över sin del av undersökningen. Vårdbarometern föregicks av ett försöksprojekt 1999–2000, men har varit i ordinarie drift sedan september 2001. År 2001 deltog femton landsting och antalet har sedan ökat till sjuutton.

Resultaten i tabellerna nedan avser genomsnittsvärdena för det tredje och fjärde kvartalet 2001. Andelen avser antalet personer som svarat på ett visst svarsalternativ av samtliga svarande. Genomgående summerar andelarna i respektive tabell till 100 procent. Antalet personer som svarat på frågorna redovisas längst ned i tabellen. Totalt tillfrågades 14 650 patienter och anhöriga. Flertalet frågor besvaras enbart av patienter (framgår av frågeställningarna). Det bör observeras att osäkerheten i resultaten stor när antalet svarande understiger 750. Redovisade andelar bör då betraktas som mycket ungefärliga.

Senare i år kommer möjlighet att finnas att redovisa resultaten efter ålder, kön och socioekonomisk bakgrund.

*Tillgängligheten är ibland ett problem*

När det gäller att komma i kontakt med sjukhusens akutmottagningar per telefon uppger 13 procent av dem, som varit där under det tredje eller fjärde kvartalet 2001, att detta varit mycket svårt. Fyra av tio anser å andra sidan att det varit mycket lätt. Akutmottagningarnas väntetider bedömdes som rimligt långa av 70 procent.

Bland besökarna till vårdcentralen bedömdes svårigheterna att få kontakt per telefon ännu större. När man väl fått kontakt, fick dock tre fjärdedelar tid för besök inom en vecka. Närmare 40 procent fick tid samma dag. Väntetidens längd ansågs acceptabel av drygt 70 procent.

Besökarna hos privata specialläkare bedömde telefonkontakt som mindre besvärlig. Närmare 60 procent bedömde det vara mycket lätt att få kontakt per telefon, medan 4 procent tyckte att det var mycket svårt. Drygt 80 procent av besökarna hos privatläkare tyckte att väntetiderna var rimligt långa.

Väntetiden från det att läkaren skrivit remiss till dess att besök ägde rum på någon annan mottagning eller klinik på sjukhus uppgick till mer än en månad för 60 procent och mer än ett halvår drygt 10 procent. Väntetiden från det att man fått besked om operation eller behandling var i genomsnitt något kortare. Drygt hälften fick tid inom en månad. Cirka 70 procent ansåg att väntetidens längd var rimlig.

Nedan presenteras svaren på de olika frågorna angående tillgänglighet i tabellform per typ av mottagning:

**Tabell 3.1 Sjukhusens akutmottagningar**

	Betyg	Andel		Betyg	Andel
Hur lätt eller svårt var det att komma fram på telefon?	1 Mycket svårt	13	Var väntetiden rimlig?	Ja	71
	2	9		Nej	26
	3	13	Antal svar = 1 539	Vet ej	3
	4	23			
	5 Mycket lätt	41			
Antal svar = 624	Vet ej	3			

**Tabell 3.2 Vård/hälsocentral eller familje/husläkare**

	Betyg	Andel
Hur lätt eller svårt var det att komma fram på telefon?	1 Mycket svårt	17
	2	13
	3	20
	4	23
	5 Mycket lätt	27
Antal svar = 4 066	Vet ej	0

	Andel	Betyg	Andel
Hur länge fick du vänta från det Du ringde tills det att besöket ägde rum?	Tid samma dag	38	71
	En dag	14	26
	Mindre än 1 vecka	21	
	1 – 2 veckor	13	
	2 – 4 veckor	7	
	1 månad eller mer	3	
Antal svar = 4 066	Vet ej	4	3

**Tabell 3.3 Privat specialistläkare/sjuksköterska**

	Betyg	Andel
Hur lätt eller svårt var det att komma fram på telefon till din specialistläkare/sjuksköterska?	1 Mycket svårt	4
	2	4
	3	13
	4	22
	5 Mycket lätt	57
Antal svar = 343	Vet ej	1

	Betyg	Andel		Betyg	Andel
Hur länge fick du vänta från det att ringde tills det att besöket ägde rum?	Tid samma dag	17	Anser Du att detta är en rimlig väntetid?	Ja	82
	1 dag	11		Nej	16
	Mindre än 1 vecka	25	Antal svar = 279	Vet ej	2
	1–2 veckor	26			
	2–4 veckor	8			
	1 månad eller mer	10			
Antal svar = 343	Vet ej	2			

**Tabell 3.4 Annan mottagning/klinik på sjukhus**

	Betyg	Andel		Betyg	Andel
Hur länge fick du vänta från det att läkare skrev ut remissen tills det att Du fick besöka Mottagningen?	Mindre än 1 månad	40	Anser Du att detta är en rimlig väntetid?	Ja	61
	1–3 månader	31		Nej	35
	4–6 månader	11	Antal svar = 306	Vet ej	4
	Mer än 6 månader	11			
Antal svar = 306	Vet ej	6			

	Betyg	Andel		Betyg	Andel
Hur länge fick Du vänta från det att du fick besked om att du skulle få genomgå en operation eller behandling?	Mindre än 1 månad	52	Anser Du att detta är en rimlig väntetid?	Ja	72
	1–3 månader	24		Nej	20
	4–6 månader	6	Antal svar = 305	Vet ej	8
	Mer än 6 månader	10			
Antal svar = 305	Vet ej	8			

Källa: Vårdbarometern, Landstingsförbundet.

### *Bemötandet bedöms genomgående positivt*

Bemötandet inom sjukvården ges genomgående höga betyg. Över 90 procent av besökarna instämmer delvis eller helt och hållet i på-

stående att vårdpersonalen bemött dem med respekt. Betygen var högre vid offentligt drivna sjukhuskliniker och privata specialistläkare än vid vårdcentraler och sjukhusens akutmottagningar. Endast några få procent ger det allra lägsta betyget ett. De allra flesta instämmer även i påståendet om att läkaren eller sjuksköterskan gav sig tid att lyssna. Fler besökare hos privata specialistläkare än vid akutmottagningarna instämmer helt och hållet. En tiondel av akutmottagningens besökare håller inte med. Tabell 3.5 visar fördelningen på betyg avseende bemötandet per typ av mottagning.

**Tabell 3.5 Betyg på bemötandet vid olika typer av mottagningar**

(Betyg 1 = Tar helt avstånd, 5 = Instämmer helt och hållet)

	Betyg	Vårdform			
		Akut- Mot- tagning	Vårdcentral/ Husläkar- Mottagning	Annan mot- tagning/klinik på sjukhus	Privat spec.- läkare/sjuk- sköterska
Läkaren/sjuksköterskan visade respekt för mig som patient eller anhörig	1	5	2	2	2
	2	5	3	2	1
	3	9	10	6	7
	4	23	20	18	14
	5	58	64	72	76
Vet ej	0	0	1	1	0
Antal svar		1 539	6 415	1 405	533
Läkaren/sjuksköterskan gav sig tid att lyssna	1	5	2	2	1
	2	6	3	3	3
	3	10	12	8	10
	4	26	21	19	13
	5	52	61	69	73
Vet ej	1	1	1	1	0
Antal svar		1 539	6 415	1 405	533

Källa: Vårdbarometern, Landstingsförbundet.

*De flesta är nöjda med den hjälp och den information de fått*

Fler av dem som besökt specialistläkare jämfört med dem som besökt primärvården instämmer i påståendet att man är nöjd med informationen kring sin sjukdom. Omkring 60 procent av besökare hos specialister instämmer helt och hållet jämfört med ca 50 procent i primärvården respektive vid sjukhusens akutmottagningar.

Majoriteten av besökarna i sjukvårdens olika delar anser att de fått den hjälp de förväntat sig. Det är dock något vanligare att besökare hos specialister helt håller med om detta jämfört med besökare vid vårdcentraler och akutmottagningar. Om det beror på att de sistnämndas besökare har högre förväntningar på sina besök än andra eller vice versa är okänt.

**Tabell 3.6. Betyg på information och erhållen hjälp vid olika typer av mottagningar**

(Betyg 1 = Tar helt avstånd, 5 = Instämmer helt och hållet)

	Betyg	Vårdform			
		Akutmottagning	Vårdcentral/ Husläkar- Mottagning	Annan mottagning/klinik på sjukhus	Privat spec.-läkare/sjuksköterska
Jag är nöjd med den information jag fick om min sjukdom och mina problem	1	9	5	4	2
	2	8	6	4	4
	3	14	14	11	12
	4	22	22	21	18
	5	47	52	60	64
	Vet ej	1	1	1	1
	Antal svar	1 539	6 415	1 405	533
Jag fick den hjälp jag hade förväntat mig vid besöket	1	8	5	4	3
	2	5	5	3	3
	3	11	10	9	7
	4	19	20	18	18
	5	56	59	66	69
	Vet ej	1	1	1	1
	Antal svar	1 539	6 415	1 405	533

Källa: Vårdbarometern, Landstingsförbundet.



*Nio av tio ger godkänt sammanfattande betyg*

Nio av tio av den vuxna befolkningen ger godkänt betyg på sitt besök i hälso- och sjukvården. De allra högsta betygen ges kliniker på sjukhus och privata specialistläkare eller sjuksköterskor. En förklaring till skillnaderna kan vara att tillgängligheten är sämre i primärvården och vid sjukhusens akutmottagningar. Några större skillnader mellan vårdformerna vad gäller de lägre betygen kan inte utläsas. Omkring fem procent utdelar lägsta betyg.

**Tabell 3.7. Sammanfattande betyg på information och erhållen hjälp vid olika vårdformer**

(Betyg 1 = Lägsta betyg, 5 = Högsta betyg)

	Betyg	Vårdform			
		Akutmot- tagning	Vårdcentral/ Husläkar- Mottagning	Annan mot- tagning/klinik på sjukhus	Privat spec.- läkare/sjuk- sköterska
Vilket sammanfattande betyg vill Du ge på ditt besök	1	5	3	1	2
	2	7	5	5	3
	3	18	17	13	11
	4	30	31	27	23
	5	39	44	53	60
Vet ej		1	1	1	0
Antal svar		1 539	6 415	1 405	533

Källa: Vårdbarometern, Landstingsförbundet.

*De flesta vänder sig till vårdcentralen*

Nedanstående resultat handlar om befolkningens åsikter om tillgången på vård samt förtroendet för den. Först visas i tabell 3.8 vart man vände sig vid det senaste besöket. Svaren avser de ca 10 400 av de totalt 14 650 svarande, som under de senaste 12 månaderna gjort ett eller flera besök i sjukvården. De anges liksom tidigare i procent.

Majoriteten av de tillfrågade som besökt vården under det senaste året hade vänt sig till primärvården. Endast ca fem procent hade besökt husläkarakut/jourcentral respektive privat specialistläkare.

**Tabell 3.8. Vart vänder man sig i hälso- och sjukvården?**

	Vårdform	Andel
Vart vände Du Dig vid ditt senaste vårdbesök?	Akutmottagning på sjukhus	15
	Vård-/hälsocentral/ husläkarmottagning	58
	Husläkarakut/jourcentral	4
	Mottagning/avdelning/klinik på sjukhus	14
	Privat specialistläkarbesök	5
Antal svar = 10 394	Annat	5

Källa: Vårdbarometern, Landstingsförbundet.

*Man anser i allmänhet att man har tillgång till den vård man behöver...*

Endast tio procent av befolkningen som besökt vården under det senaste året anser att de inte har tillgång till den sjukvård de behöver (tabell 3.9).

**Tabell 3.9. Har man tillgång till den vård man behöver?**

		Andel
Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver	1 Tar helt avstånd	4
	2	6
	3	17
	4	23
	5 Instämmer helt och hållet	49
Antal svar = 10 650	Vet ej	2

Källa: Vårdbarometern, Landstingsförbundet.

*...men det är bara en av fem som har mycket stort förtroende för vården*

På frågan om befolkningens förtroende av hur vård och behandling fungerar ges relativt låga betyg oavsett vårdform. Endast 20 procent av befolkningen har mycket stort förtroende för vården att jämföra med 40–60 procent som gav högsta betyg på sitt senaste vårdbesök. En förklaring till skillnaderna är att man tenderar att ha lägre förtroende för den vårdform man själv inte har aktuell erfarenhet av. Frågan om förtroende har ställts till samtliga personer

som besökt vården, vilket betyder att den intervjuade även fått göra bedömningar om vårdformer de inte besökt. Exempelvis hade endast fem procent besökt privat läkare, medan bedömningar gjordes av 61 procent av de tillfrågade (39 procent svarade "vet ej"). Om frågan enbart ställts till dem som besökt vården skulle sannolikt resultaten bli annorlunda.

**Tabell 3.10. Hur stort förtroende har man för vården?**

	Hur stort eller litet förtroende har Du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar hos:			
	Husläkare/ distriktsläkare	Distrikts- sköterska	Sjukhusmott./ avdelningar och kliniker	Privata special- läka- re/läkarhus
Mycket litet	5	3	2	2
Ganska litet	10	5	4	2
Varken eller	27	20	21	11
Ganska stort	30	27	27	26
Mycket stort	21	22	16	21
Vet ej	8	22	29	39
Antal svar	14 650	14 650	14 650	14 650

Källa: Vårdbarometern, Landstingsförbundet.

### ULF (undersökningar om levnadsförhållanden)

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför sedan 1975 undersökningar av levnadsförhållandena i Sverige. Databaseringen sker genom besöksintervjuer. Årligen intervjuas knappt 6 000 slumpmässigt utvalda personer i åldrarna 16–84 år. Det totala bortfallet uppgår till ca 25 procent.

En av välfärdskomponenterna i studien är hälsa och på frågan som ställdes 1998 om i vilken utsträckning man under de senaste 12 månaderna haft anledning att känna missnöje med hälso- och sjukvården svarade omkring hälften att de inte haft anledning att känna något missnöje alls. Cirka sex procent har känt stort missnöje.

Samma fråga ställdes 1992/93 och då var nöjdheten något högre såväl bland män som bland kvinnor. I underlagsmaterialet framgår att nöjdheten minskat i alla åldersgrupper. Resultatet för resp. år framgår av tabell 3.11 nedan.

Tabell 3.11 Andel av befolkningen som har haft anledning att känna missnöje med sjukvården de senaste 12 månaderna, 1992/93 resp. 1998. Procent

	Män 16–84 år		Kvinnor 16–84 år	
	1992/93	1998	1992/93	1998
Inget missnöje	57	50	56	49
Nästan inget missnöje	15	11	13	10
Varken nöjd eller missnöjd	13	16	14	15
Ganska stort missnöje	6	11	8	14
Mycket stort missnöje	3	5	4	6
Vet ej, ingen uppfattning	6	7	5	6
Summa	100	100	100	100

Källa: ULF, SCB. Publicerad i Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001, Socialstyrelsen

På frågan om man ansett sig ha blivit felaktigt eller orättvist behandlad i vården svarar drygt 14 procent jakande. Andelen är oförändrad under 1990-talet, men en ökning har skett sedan 1984. Svaren bygger på 5 600 intervjuer.

Tabell 3.12 Andel av befolkningen 16–84 år som anser sig ha blivit felaktigt/orättvist behandlad på sjukhus eller av läkare 1984, 1992/93 resp. 2000. Procent

	1984	1992/93	2000
Män	9	13	13
Kvinnor	12	16	17
Samtliga	11	15	15

Källa: ULF, SCB. Publicerad i Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001, Socialstyrelsen

### Svensk Kvalitetsindex

Svenskt Kvalitetsindex (SKI) är ett system för att mäta och analysera hur de faktiska kunderna och andra användare bedömer varor och tjänster i Sverige. Regelbundna mätningar av kundnöjdhet och kvalitetsutveckling i näringsliv och offentlig sektor har genomförts

sedan 1989. Arbetet med Svenskt Kvalitetsindex drivs inom ramen för ett konsortium som består av SIQ (Institutet för Kvalitetsutveckling), SCB (Statistiska centralbyrån), samt de två forskningsinstitutionerna HHS (Handelshögskolan i Stockholm) och CTF (Centrum för tjänsteforskning vid Karlstads universitet).

Datansamlingen sker med hjälp av telefonintervjuer. År 1998 intervjuade SCB drygt 8 000 personer och år 2000 ca 3 500 personer. Per verksamhetsområde är antalet intervjuer vanligen begränsat till 250, vilket givetvis begränsar säkerheten. Som tumregel kan man säga att en skillnad på 4 procentenheter behövs för att här vara statistiskt säkerställd.

I undersökningen har varje kvalitetsfaktor belysts med ett antal frågor. Indexet för kundnöjdhet baseras på tre separata frågor. Värderna i varje kvalitetsindex kan variera från 0 till 100. Ju högre värde desto bättre anser konsumenterna att deras krav och förväntningar uppfylls.

Resultaten från 1998 och 2000 års undersökningar visar att den privat drivna öppenvården värderas något högre än den offentliga. Förväntad och upplevd kvalitet fick högre indexvärden 2000 än 1998, medan värdena för prisvärdhet och kundnöjdhet sjönk. Prisvärdhet och kundnöjdhet i sjukvården får dock högre värden än i serviceboende, grundskola, högskola och skattemyndighet (jfr dock påpekande om statistisk säkerhet ovan).

**Tabell 3.13 Befolkningens bedömning om kvalitet i olika samhällssektorer, 1998-2000.**

	Förväntad kvalitet		Upplevd kvalitet		Prisvärdhet		Kundnöjdhet	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
<b>Öppen hälso- och sjukvård</b>								
– Offentlig	67	72	71	73	74	67	69	67
– Privat	76	81	79	79	77	74	76	73
<b>Utbildning</b>								
– Förskola	72	70	75	74	62	57	71	70
– Grundskola	67	70	65	65	67	69	59	59
– Högskola/universitet	71	71	66	63	67	67	63	61
<b>Skattemyndigheten</b>	58	62	60	64	..	63	57	61
<b>Serviceboende</b>	65	63	67	69	53	55	62	61

Källa: Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001.

### **SCB:s Kvalitetsmodell med Nöjd-Kund-Index (NKI) för patient- och brukarstudier inom Sjukvård och Äldreomsorg**

SCB:s Kvalitetsmodell för brukarundersökningar inom sjukvård och äldreomsorg har genomförts åt kommuner och landsting i såväl stor som liten skala. Även innehållsligt kan undersökningarna variera från enkäter med inriktning på en speciell kliniks verksamhet eller på allmänt hållna enkäter som kan användas vid alla slag av vårdenheter.

Modellens sammanfattande resultat erhålls via multivariat analys. Frågeblanketten är vanligtvis kort. Endast tre av frågorna är standardiserade. Modellen är matematisktstatistiskt fixerad men ger stor frihet för innehåll och frågeutformning.

Modellanalysen resulterar i ett övergripande mått, NKI, på kvaliteten i sin helhet. Vidare beräknas index för modellens kvalitetsfaktorer samt effektmått för varje faktor. Effektmåtten, som erhålls via modellberäkningarna utan att direkta frågor om det behöver ställas, visar faktorernas betydelse för hur patienterna/brukarna värderar totalkvaliteten. Varje faktor mäts vanligen med 3-5 frågor (indikatorer) som bedöms på 10-gradiga skalor.

Kvalitetsmodellen karaktäriseras av att:

- den ger ett övergripande mått på totalkvaliteten (NKI) som kan jämföras med andra organisationers och verksamheters NKI
- NKI-måttet underlättar förändringsskattningar
- den ger en prioriteringsmatris som utpekar faktorer som bör ges hög prioritet i förbättringsarbetet.
- via nationella mätningar erbjuds årliga jämförelsetal på riksnivå för t.ex. sjukvård och äldreboende

Förutom i den nedan beskrivna omfattande patientundersökningen i Västra Götaland 1998 har SCB:s Kvalitetsmodell använts i flera undersökningar vid enskilda kliniker. Särskilt kan nämnas en undersökning som genomfördes åt Landstingsförbundet våren 2001. Patienter ur tre diagnosgrupper: diabetes, reumatism och lungsjukdom, från sex kliniker spridda över landet, deltog i undersökningen. Svarefrekvensen blev i genomsnitt 85 procent och det uppmätta NKI-värdet 74.

## 3.2 Utvecklingsprojekt

Utöver Vårdbarometern pågår andra projekt där man genomför undersökningar så att resultat ska kunna jämföras mellan olika enheter. Två av dem, KAK och Pyramid, täcker inte hela riket men väl större regioner. Picker och KUPP är namnen på två metoder för brukarundersökningar som används på flera ställen i Sverige.

### Pyramidprojektet

Omkring årsskiftet 1997/98 deltog tio sjukhus (Halmstad, Helsingborg, Karlskoga, Kristinehamn, Lindesberg, Ljungby, Luleå-Boden, Lund, Skellefteå och Örebro) i Pyramidprojektet för att identifiera olika förbättringsområden. Medicinkliniker från samtliga sjukhus deltog samt sju kirurgkliniker. Undersökningsmetoden är utvecklad vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet.

I undersökningen studerades nio olika förbättringsområden, vilka redovisas i nedanstående tabell. Varje förbättringsområde belyses genom ett antal enkätfrågor som mäter olika aspekter på ett och samma område. Totalt delades ca 5 800 enkäter ut till patienter på medicin- och kirurgkliniker under en tvåveckorsperiod i januari 1998 med undantag för Universitetssjukhuset i Örebro, där patienterna besvarade enkäten under hösten 1997. Enkäten besvarades anonymt och inga påminnelsebrev skickades ut.

Ca 3 900 individer besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 66 procent. Cirka 67 procent av patienterna som besvarat enkäten tillhörde medicinklinikerna och 33 procent kirurgklinikerna.

Av resultaten framgår att det sammanfattande betyget för medicinklinikerna är något högre än för kirurgklinikerna. Det omvända gäller dock för den medicinska behandlingen, vilket skall ses mot bakgrund av de behandlingsmöjligheter som fanns tillgängliga.

**Tabell 3.14. Patienternas uppfattning om vårdkvalitet vid medicin- och kirurgkliniker på tio sjukhus efter förbättringsområden, 1998.**  
(Maxvärde: 100)

Förbättringsområden	Medicin- och Kirurgkliniker	Medicinkliniker	Kirurgkliniker
Informationsjukdom	82	83	79
Informationrutiner	71	72	67
Tillgänglighet	77	78	76
Medicinsk behandling	89	89	90
Omvårdnad	90	91	87
Bemötande	96	96	95
Delaktighet	76	77	75
Arbetsmiljö	74	75	73
Betyg	87	88	86

Källa: Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1998, Socialstyrelsen

### **KAK-projektet (Kvalitet, arbetsmiljö och kompetens)**

KAK har utvecklats på Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) i samarbete med Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap i Uppsala. Projektet är en vidareutveckling av Pyramidprojektet. Metoden bygger på de förbättringsområden som anges i tabell 3.15 ovan och är inriktad på att förbättra vårdkvaliteten och personalens arbetsmiljö. I en första rapport från januari år 2000 jämförs USÖ med en motsvarande undersökning på USÖ år 1997.<sup>4</sup> Drygt 2 800 patienter framförde synpunkter på vårdkvaliteten. Resultaten jämförs också med tre andra sjukhus: Länssjukhuset Halmstad, S:t Görans Sjukhus AB och Södersjukhuset.

Vårdkvalitetsenkäterna delades ut till patienter under en treveckors period hösten 1999. Enkäterna delades ut i samband med patienternas ankomst och patienterna uppmuntrades att besvara enkäten innan de lämnade sjukhuset. Enkäterna besvarades anonymt och inga påminnelsebrev skickades ut. Totalt delades 4 661 enkäter ut på 22 kliniker på USÖ. Enkäten besvarades av 2 863 patienter, vilket innebar en svarsfrekvens på 61 procent. Det var en lägre svarsfrekvens än 1997, men låg i nivå med övriga tre sjukhus som jämfördes.

<sup>4</sup> KAK-uppföljning 99- Resultat, samband och slutsatser, USÖ



Av de patienter som besvarat enkäten var 71 procent på öppenvårdsbesök och 29 procent inlagda på sjukhuset. Cirka 41 procent av dem som svarade var män. Det högsta förbättringsvärdet för båda åren på RSÖ var Bemötande (96 procent), medan det lägsta var Informationrutiner (en viss förbättring dock skett sedan 1997). Statistiskt säkerställda förbättringar kunde noteras för Informationsjukdom, Omvårdnad och det Sammanfattande betyget. Skillnaderna mellan de jämförda sjukhusen var mycket små.

Hösten 2001 genomförde USÖ sin femte värdkvalitetsundersökning. Drygt 2 600 patienter framförde sina synpunkter på värdkvaliteten. Svarefrekvensen var 60 procent. Fyra av tio svarande var män. I en rapport publicerad i februari 2002 jämförs USÖ:s resultat från 1999 samt med Norrtälje samt S:t Görans sjukhus.

För år 2001 redovisas en statistiskt säkerställd förbättring på förbättringsområdet Tillgänglighet och en statistiskt säkerställd försämring på Informationrutiner. Övriga områden var oförändrade jämfört med år 1999. I jämförelse med de två andra sjukhusen låg USÖ högst med avseende på patienternas skattning av Informationsjukdom. USÖ uppvisar lägst värden på samtliga andra förbättringsområden utom på Delaktighet, jämfört med de andra sjukhusen.

### **Picker-metoden**

Picker-institutet arbetar med uppföljning av europeisk hälso- och sjukvård sett ur patientens perspektiv. Institutet bildades i slutet av 1980-talet i USA och är en s.k. icke-vinstdrivande organisation. Målet med Picker-institutets undersökningar är att med stöd av resultaten visa var förbättringar behöver genomföras. Erfarenheterna av åtgärder som vidtagits i användarnas förbättringsarbete dokumenteras och bidrar till att sprida kunskaper om effektiva åtgärder dem emellan. Undersökningarna sker vanligen med hjälp av frågeformulär till patienter. Dessa är i huvudsak utvecklade i USA, men anpassas till det aktuella landet. Som hjälp för tolkning och jämförelser av resultaten finns Picker-institutets referensdatabas från olika länder.

Pickerinstitutet påpekar att jämförelser skall göras med stor försiktighet och främst användas för att underlätta prioriteringar, sätta realistiska mål och finna goda exempel. Pickermetoden medger dock vissa jämförelser mellan sjukhus och olika länder. I England finns en referensdatabas med svar från mer än en miljon patienter.

Ingen patientidentifikation kan ske, men olika medicinska specialiteter kan jämföras. Inget enskilt sjukhus eller enhet lämnas ut med namn. Den viktigaste jämförelsen är för samma enhet över tid.

I en studie rekommenderas svar från minst 300 patienter och ett slumpmässigt urval. Institutet har som standard att skicka ut två påminnelser och inga belöningar. Svarsfrekvensen tenderar att vara lägre bland patienter från medicinkliniker inom både öppen och sluten vård jämfört med patienter från kirurgkliniker. Vid tillämpningar i Sverige har svarsfrekvensen som genomsnitt legat på 80 procent, vilket är högre jämfört med andra länder.

I Sverige genomförde Picker-institutet och Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) de första studierna tillsammans med 18 sjukhus, där nyligen utskrivna patienter tillfrågats under åren 1997 och 1998.<sup>5</sup> Resultaten visar att många områden behöver förbättras, trots att patienterna generellt är nöjda med vården. Under hösten 1998 genomfördes den första studien riktad till patienter som besökt läkare inom den öppna vården. År 1999 användes även metoden inom primärvården. Hösten 2000 genomfördes den första svenska undersökningen inom dagkirurgi och riktades då till patienter på sjukhusen i Falkenberg, Kungsbacka och Varberg. I början av år 2001 användes för första gången frågeformulär riktade dels till nyblivna mammor på sjukhusen i Varberg och Danderyd, dels till patienter som besökt akutmottagningen på lasarettet i Enköping.

### **KUPP-metoden**

KUPP-metoden (Kvalitet ur patientens perspektiv) har utvecklats vid Institutionen för hälsa och vård i Karlstad under 1990-talet. Den finns i två versioner – en mer omfattande som mäter vårdkvaliteten ur patientens perspektiv med hjälp av 22 frågeområden med sammanlagt 70 frågor och en mer kortfattad som omfattar 14 frågeområden. Våren 2001 hade 60 000 patienter besvarat de olika enkäterna. Liksom för Picker tillhör underlaget de enskilda klinikerna och används som förbättringsinstrument.

---

<sup>5</sup> Spri rapport 488

### 3.3 Lokala brukarundersökningar

Inom samtliga landsting och sjukhusregioner genomförs befolknings- och patientundersökningar. På lokal nivå används resultaten ofta som ett viktigt instrument i det kontinuerliga kvalitetsarbetet. Samma frågor ställs vid olika tillfällen så att effekter av till exempel förändrade rutiner inom en enhet ska kunna mätas. Eftersom mätmetoder och frågeställningar ofta skiljer sig åt mellan avdelningar, sjukhus eller landsting är det svårt att jämföra resultaten dem emellan.

Vårdbarometern (se ovan) är dock uppbyggd på så sätt att de deltagande landstingens resultat ska kunna jämföras. Mätmetoder och frågeformulär är desamma. Nedan redovisas resultat för Stockholms läns landsting och Gävleborgs län, de enda som hittills har endast publicerats.<sup>6</sup> Befolkningsinriktade undersökningar med annan metodik än Vårdbarometern har bland annat gjorts för Jämtland, Skåne och Västmanland. Även dessa presenteras nedan.

#### **Stockholms läns landsting**

Under perioden april till december 2000 intervjuades 1 100 personer i befolkningen i åldrarna 18 – 85 år. En fråga i undersökningen avsåg väntetider vid husläkarmottagningar. Resultaten visar bl.a. att en större andel av patienterna i Stockholms län fick vänta i en vecka eller mer än för riket i sin helhet.

---

<sup>6</sup> Under hösten 2002 väntas Vårdbarometern publicera landstingsvisa resultat för samtliga deltagande landsting.

**Tabell 3.15 Svarsfördelning av frågan om väntetider på husläkarmottagning (utom återbesök), procent.**

referensperiod: april-december 2000

	Stockholms läns landsting	Riket
Gick direkt utan att beställa tid	29	30
Beställde tid per telefon och fick ...		
– tid samma dag	27	29
– vänta 1 dag	9	11
– vänta mindre än 1 vecka	14	13
– vänta mindre än 1–2 veckor	13	8
– vänta mindre än 2–4 veckor	3	4
– vänta mer än 1 månad	3	3
Mindre än en vecka, totalt	79	83
Mer än en vecka, totalt	19	15
Vet ej	2	2

Källa: Vårdbarometern, Befolkningens syn på vården 2000, Landstingsförbundet.

### Landstinget Gävleborg

I Södra Hälsingland har sjukhuset i Söderhamn lagts ned och kraftiga neddragningar har gjorts i Bollnäs. Hälso- och sjukvårdsnämnden i Södra Hälsingland, som har ca 70 000 invånare, har låtit Eureka Marknadsfakta AB genomföra befolkningsenkäter enligt Vårdbarometern per telefon i november 1997, 1999 och 2001. Drygt 500 personer (519 i november 2001) från Bollnäs, Söderhamns och Ovanåkers kommuner svarade på enkäten. 60 procent av de intervjuade har gjort patientbesök under det senaste året, 50 procent besökte 2001 en läkare på vårdcentral och 40 procent en läkare på sjukhus. 40 procent fick besöka vårdcentralen samma dag eller dagen efter som de kontaktade den, vilket var en minskning jämfört med 1999, då ca 55 procent hade denna möjlighet.

Motsvarande uppgifter år 2000 för Stockholm var 56 procent och för riket 59 procent, d v s bättre än för Södra Hälsingland, särskilt i november 2001. Det var dock en högre andel av befolkningen som gjort patientbesök på en vårdcentral i Södra Hälsingland än i riket i sin helhet. Primärvården är också bättre utbyggd och bemannad

där. Trots detta faktum fick 21 procent av patienterna i Södra Hälsingland vänta mer än två veckor 2001 mot 6 procent i Stockholms läns landsting och 7 procent i riket år 2000. Motsvarande uppgifter i Södra Hälsingland var 7 procent år 1999 och 6 procent 1997.

När det gäller i vilken utsträckning läkaren visat stor respekt för den intervjuade som patient instämde år 2001 87 procent i detta påstående på vårdcentraler jämfört med 83–84 procent år 1999 respektive år 1997. På sjukhus var motsvarande uppgifter 80–81 procent för samtliga år. För riket var motsvarande uppgifter för år 2001 desamma på vårdcentraler och högre på sjukhus för planerade besök (90 procent), men desamma på akutmottagningar.

En annan frågeställning var om läkaren var noga med att förklara vad diagnosen innebar. Av patienterna, som besökt sjukhus i Södra Hälsingland år 2001 svarade 72 procent ja på denna fråga, jämfört med 68 procent 1999 och 77 procent 1997. Antalet svar är för lågt för att några säkra slutsatser skall kunna dras. I riket var motsvarande uppgifter 81 procent under andra halvåret 2001. För besök på vårdcentral uppgav 68 procent av patienterna att läkaren varit noga med att förklara vad diagnosen innebar, vilket är en minskning jämfört med åren 1997 och 1999, då motsvarande andel var 75 procent. För riket var motsvarande uppgift 75 procent hösten 2001.

Frågeställningen i vilken utsträckning förväntningarna motsvarades vid det senaste läkarbesöket besvarades positivt av 64 procent av de intervjuade, som besökt sjukhus i Södra Hälsingland i slutet av 2001. Motsvarande andelar låg på 70–71 procent år 1997 respektive 1999. För riket var motsvarande andel 75 procent för besök på akutmottagningar och 85 procent för besök hos specialist på sjukhus under andra halvåret 2001.

Även hälso- och sjukvårdsnämnden i Gävle och för vissa år även västra Gästrikland, omfattande totalt ca 140 000 invånare har genomfört årliga befolkningsenkäter med hjälp av Eureka Marknadsfakta AB sedan 1995. Den senast publicerade avser enbart Gävle kommun och är från år 2000. Antalet genomförda intervjuer har varit drygt 500 per år. Under de senaste 12 månaderna har 60 procent av de tillfrågade har besökt någon läkare som patient, vilket är samma nivå som för södra Hälsingland. 63 procent fick besöka vårdcentralen samma dag eller dagen efter de kontaktade den, vilket var en betydligt högre nivå än för södra Hälsingland och även högre än för riket (59 procent).

Av dem som besökt sjukhus uppgav 89 procent att läkaren visat stor respekt för dem som patient, vilket var en betydligt högre nivå

än tidigare och ungefär samma nivå som för riket hösten 2001. Även på vårdcentralerna hade denna procentandel ökat och uppgick till 84 procent, vilket var något lägre än för södra Hälsingland och för riket.

### **Region Skåne**

Region Skåne genomförde varen 2000 en omfattande befolkningsenkät per brev. Av 25 000 tillfrågade personer i åldrarna 18–80 år svarade 14 000 (56 procent). Den låga svarsfrekvensen gör resultaten något osäkra, t ex när det gäller olika socioekonomiska grupper. Undersökningen har genomförts av den Socialmedicinska enheten vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö i samarbetet med SKOP (Skandinavisk Opinion AB). Resultaten finns redovisade i en rapport – Hälsöförhållanden i Skåne. Folkhälsoenkät Skåne 2000 – publicerad i januari 2001 och även tillgänglig på internet.

När det gäller tillgänglighet och bemötande i hälso- och sjukvården har liknande frågor ställt som i de ovan redovisade befolkningsenkäterna. Resultaten finns redovisade uppdelade på kön, ålder och socioekonomiska grupper.

Tre procent både bland män och kvinnor uppgav att de inte blivit bemötta med vänlighet och respekt vid sitt senaste besök, vilket är en högre andel än för Jämtlands läns landsting. Det fanns inga socioekonomiska skillnader, men i åldrarna 18–34 år uppgav 5 procent av de svarande att de inte blivit bemötta med vänlighet och respekt och åldrarna 65–80 år endast 1 procent av de svarande. Vidare uppgav 4 procent av män födda utomlands detta.

13 procent av männen och 11 procent av kvinnorna uppgav att de inte fått tillräcklig information om sitt hälsotillstånd, undersökning och behandling, vilket var ungefär i nivå med riket i sin helhet. Det bör dock påpekas att de rikssiffror, som redovisats ovan (tabell 3.5 –3.7) är uppdelade på akutmottagningar på sjukhus, specialistmottagningar på sjukhus, offentlig primärvård och privata mottagningar. Sjukhusens akutmottagningar på riksnivå har sämre resultat på denna fråga.

För män i åldrarna 18–34 år i Skåne uppgav 20 procent att de inte fått tillräcklig information om hälsotillstånd, undersökning och behandling och för kvinnor i samma åldersgrupp uppgav 17 procent detta. Betydligt mer nöjda var personer i åldrarna 65–80 år; 5 procent hade inte fått tillräcklig information bland männen och 6 procent av kvinnorna. Här fanns dock socioekonomiska skillnader;

bland arbetare var andelen otillräckligt informerade 16 procent, bland lägre tjänstemän 14 procent, medan för mellan och högre tjänstemän redovisades 9–10 procent otillräckligt informerade.

En hög andel som inte fått nödvändig information om hälsotillstånd, undersökning och behandling redovisas också för arbetslösa, förtidspensionerade och studerande, både för män och kvinnor. För män födda utomlands uppgav 18 procent av de svarande att de var otillräckligt informerade jämfört med 11 procent av kvinnorna.

Jämfört med riket har Skåne en hög andel privatläkarbesök. Det är också fler som besöker läkare totalt sett. Av de män som besvarade enkäten uppgav 30 procent att de besökt en distriktsläkare under de senaste 12 månaderna och 37 procent av kvinnorna. 18 procent av männen uppgav att de besökt en privat läkare, jämfört med 25 procent av kvinnorna.

När det gäller besök hos privata läkare var andelen personer med utländsk bakgrund densamma som för personer födda i Sverige. Däremot uppgav personer i tjänstemannayrken i större utsträckning än arbetare att de besökt en privatläkare.

### **Jämtlands läns landsting**

Landstinget genomförde under år 2001 en omfattande patientenkät. 3 352 enkäter inom hälso- och sjukvården och tandvården har bearbetats. Svarefrekvensen var över 70 procent, vilket är ungefär samma resultat SCB har i sina ULF-undersökningar och Eureka Marknadsfakta uppnått. 93 % av de patienter i Jämtland som svarade på enkäten var mycket nöjda med bemötandet och 99 procent "helt och hållet" och "i stort sett" nöjda med bemötandet, vilket är bättre resultat än vad som redovisas för Landstinget Gävleborg och för riket i sin helhet.

Det bör dock påpekas att metoderna är olika. I Jämtland har patienterna fått ett frågeformulär, medan SCB:s och Eureka's undersökningar genomförs till ett urval av befolkningen genom besök (SCB) eller per telefon (Eureka). Dessutom är tandvården alltså med i Jämtlands-enkäten, vilket inte gäller övriga ovan redovisade enkäter.

När det gäller möjligheterna att nå vårdgivaren per telefon uppgav 53 procent att de var mycket nöjda och 90 procent att de var "mycket" eller "ganska nöjda". Även här är resultaten i Jämtland bättre än i Gävleborg och för riket i sin helhet. Primärvården i Jämtland är också väl utbyggd, jämfört med riket.

60 procent uppgav att de var mycket nöjda med väntetiden för att få ett läkar/tandläkarbesök och 92 procent "mycket" eller "ganska nöjda". 91 procent av patienterna fick komma in direkt eller inom 10 minuter efter avtalad tid.

97 procent uppgav att de "helt och hållet" eller "i stort sett" kände delaktighet i de beslut som rörde deras vård/behandling. 98 procent uppgav att de "helt och hållet" eller "i stort sett" fått svar på de frågor och funderingar de hade inför besöket.

Enkätformuläret gav också utrymme till egna kommentarer, vilket också Eurekas enkätmetod gör. Här tas inte upp de förbättringsförslag och andra synpunkter som redovisas.

### **Landstinget Västmanland**

Landstinget var först med befolkningsundersökningar, som också omfattade frågeställningar om attityder och uppfattningar till hälso- och sjukvården. Undersökningarna genomfördes åren 1991, 1993 och 1996/97 av Samhällsmedicin Västmanland. I en rapport – För bättre hälsa i Västmanland Hela livet! Västmanlänningarnas åsikter om och erfarenheter av kontakter med hälso- och sjukvården, folktandvården och sjukresor/ambulanstransporter i Västmanland, delrapport 2, november 1998 – analyseras befolkningsundersökningen 1996/97. Jämförelser görs också med de tidigare undersökningarna åren 1991 och 1993.

Undersökningen genomfördes genom brevenkät. Frågeformuläret skickades ut till 18 000 västmanlänningar i åldrarna 18–84 år. Bortfallet var 30 procent. För hela länet tillfrågades 9 procent av befolkningen i aktuella åldersgrupper med ett förstärkt urval för de minsta kommunerna. Bortfallet var större bland yngre och personer med utländsk bakgrund.

Den största förbättringen mellan åren 1991 och 1996/97 avseende andelen svarande, som uppgav att de fått mycket eller ganska bra råd/hjälp, när man ringt en sjukvårdsinrättning, observerades inom familjeläkar-/distriktssköterskeverksamheten. En ökning hade också skett mellan åren 1991 och 1996/97 av andelen besökare, som uppgav att de fick komma "omedelbart" till familjeläkar-/distriktssköterskemottagningen.

Personalens bemötande av patienterna hade förbättrats inom primärvården och på sjukhusen sedan 1993. Det fanns stora skillnader mellan kommuner och vårdenheter inom primärvården och mellan sjukhusen. Kvinnorna ansåg i något större utsträckning än



männen att de fått ett "mycket eller ganska trevligt" bemötande, när de ringt till en familjeläkar-/distriktsköterskemottagning. Det var framför allt mellan olika åldersgrupper, som det fanns skilda uppfattningar om bemötandet i telefon. Äldre ansåg i större utsträckning än de yngre att personalens bemötande i telefon var trevligt.

Av kvinnorna var 61 procent och av männen 59 procent "mycket nöjda", när det gäller det sammanfattande intrycket av bemötandet vid det senaste besöket vid familjeläkar-/distriktsköterskemottagningen. Andelen mycket nöjda ökade med åldern. Andelen missnöjda var 2 procent bland kvinnorna och 1,5 procent bland männen. Jämfört med resultaten för riket, hösten 2001, var andelen mycket nöjda betydligt högre i Västmanland

### 3.4 Redovisning av patientenkäter/ brukarundersökningar per sjukvårdsområde

#### **Stockholms läns landsting**

Karolinska Sjukhuset har deltagit i Pyramidprojektet (thorax och barn) och fortsätter nu med Pickermetoden. Klinikerna för neurologi och öron inleder. Orsaken till metodvalet är möjligheterna till internationella jämförelser.

Huddinge Universitetssjukhus har utvecklat en egen patientinriktad enkät som också används i andra landsting. Enkäten bygger på frågor om hur nöjda patienterna är med vården (bemötande från vårdpersonal, delaktighet, information, integritet, mat, fysisk och psykosocial miljö, smärtlindring och tillgänglighet). Svaren från 5 500 patienter finns i en databas, som började utvecklas 1998 och under 2002 tas ytterligare 2 500 patientenkäter in. Resultaten av det hittillsvarande arbetet finns redovisade i två rapporter – "Vad tycker patienterna om vården på Huddinge Universitetssjukhus?" – för år 2000 och för år 2001.

Danderyds sjukhus utvecklade under 1995 en egen patientenkät, som använts under åren 1997–2000. Drygt 1 100 enkäter delades ut och drygt 860 svar kom in, dvs en svarsfrekvens på 77 procent. Svaren på frågorna (12) är skattade på en femgradig skala. Resultaten för de olika åren är relativt likartade. Sjukhuset kommer i fortsättningen att använda Picker-metoden.

Norrtälje sjukhus deltog i det s k Pyramidprojektet i januari 2001. Inom verksamhetsområdena kirurgi, medicin/geriatrik,

anestesi, röntgen och specialistläkargruppen. Totalt 1165 enkäter delades ut och svar erhöles från 761 patienter i öppen och slutenvård, vilket ger en svarsfrekvens på 65 procent. Norrtälje sjukhus jämfördes med fyra andra sjukhus och låg högst när det gäller medicinsk behandling, bemötande, delaktighet och det övergripande betyget. För tillgänglighet och omvårdnad låg Norrtälje på andra plats.

För psykiatri jämfördes Norrtälje sjukhus med Södra Stockholms sjukvårdsområde. Sammanlagt 246 enkäter delades ut på öppenvårdsmottagningarna och svar erhöles från 156 patienter, vilket ger en svarsfrekvens på 63 procent. Jämfört med psykiatrin inom Södra Stockholm, som genomförde sin senaste Pyramidmätning våren 1999, erhöles Norrtälje högre bedömningar av sina patienter på samtliga förbättringsområden utom på Informationsrutiner.

Även området paramedicin; sjukgymnastik och arbetsterapi ingick i Norrtäljeundersökningen. Här fanns inte några jämförelsemöjligheter med andra sjukvårdsområden.

Också S:t Görans sjukhus AB har deltagit i Pyramidprojektet åren 1998, 1999 och 2001. Den senaste undersökningen redovisas i en rapport från maj 2001. Enkäter delades ut till 2 137 patienter och 1 267 svar kom in, vilket ger en svarsfrekvens på 59 procent. Resultaten jämfördes med fyra andra sjukhus; Norrtälje, Lindesberg, Länssjukhuset i Halmstad samt Thoraxkliniken vid Karolinska Sjukhuset. I jämförelse med de övriga sjukhusen låg S:t Göran högst när det gäller patienternas skattning av Informationsjukdom och Informationsrutiner och på andra plats för tillgänglighet, medicinsk behandling, omvårdnad och sammanfattande betyg. Inte på något av de tio förbättringsområdena låg S:t Göran lägst jämfört med de övriga sjukhusen.

Södersjukhuset deltog i Pyramidprojektet både under år 2000 och i slutet av 2001. Den senaste undersökningen är ännu inte avrapporterad. Alla kliniker har deltagit. Dessutom genomföres fokusgruppintervjuer som examensarbeten.

På Södertälje sjukhus har patientenkäter genomförts i samarbete med TEMO. Patienterna tillsänds enkäter per brev. Inneliggande patienter tillskrivs efter det senaste återbesöket. Samtliga vårdavdelningar inom medicin, kirurgi och kvinnosjukvård deltog. För öppen vård har även psykiatri, röntgen och barnmedicin deltagit.

Jämfört med 1999 års undersökning redovisades statistiskt säkerställda förbättringar för Informationsrutiner, tillgänglighet och det övergripande betyget.

S:t Eriks Ögonsjukhus genomförde under 2001 två olika enkäter i egen regi. På akutmottagningen delades enkätformulär ut till 100 patienter, varav 86 svarade. Svaren var genomgående positiva och när det gäller frågan hur patienterna sammantaget upplevt vård och behandling på S:t Eriks ögonakut svarade 40 av 80 utmärkt, 26 mycket bra, 11 ganska bra och 2 dålig eller mycket dålig. Den andra enkäten avser patienter opererade för grå starr och den har ännu ej bearbetats.

### **Landstinget i Uppsala län**

Uppsala Akademiska Sjukhus använder Picker-metoden. I januari 2001 deltog 1 200 patienter. Uppföljningar har genomförts under våren och hösten. För att på ett konstruktivt sätt kunna använda resultaten har fokusgruppintervjuer med 5–8 personer använts.

Lasarettet i Enköping har använt Picker-metoden åren 1998 och 2000. Av 553 utskickade enkäter år 2000 erhöles 398 svar, vilket ger en svarsfrekvens på 72 procent. Svarsfrekvensen var lägre 1998. Fem frågor uppvisade ett bättre resultat år 2000 – delaktighet i beslut om vård, bemötande, information på akutmottagningen, sjuksköterskors/undersköterskors deltagande i patienters oro eller ångslan samt information till närstående.

Inom primärvården i Uppsala län har patientenkäter genomförts årligen sedan år 1999. År 2001 delades 5 300 enkäter ut på alla mottagningar. Svarsfrekvensen var 78 procent. Frågeställningarna avsåg bemötande, medicinsk behandling/omvårdnad, tid hos vårdgivare, information, råd, kontinuitet, stämning på mottagningen, öppettider, delaktighet, väntetid och telefontillgänglighet. Den största förändringen mellan de redovisade åren avsåg telefontillgängligheten, som blivit sämre på samtliga mottagningar.

### **Landstinget Sörmland**

Landstinget genomförde under ett år (1997/98) djupintervjuer med patienter med hjärtsvikt och patienter med höftfraktur och anhöriga till dessa. Sammanlagt intervjuades 144 personer enligt den s k Q-Profmetoden. Metoden innebär att personal vid berörda kliniker svarar på samma frågor via en enkät. I slutrapporten från projektet konstateras, att när det gäller patienter med höftfraktur gör såväl patienter som anhöriga och personal den bedömningen,

att patienterna fått god hjälp med sina akuta medicinska och somatiska vårdbehov under sjukhusvistelsen. De kvarstående behoven handlar om fortsatt rehabilitering och hjälp med ADL, men också om psykologisk hjälp och psykosocial omvårdnad.

Också patienter med hjärtsvikt har behov av psykologisk hjälp, anser både patienter och personal. Patienter med hjärtsvikt frågar inte själva efter särskilt mycket rehabilitering, men däremot finns det hos personalen tankar på ett särskilt rehabiliteringsprogram för den här patientgruppen. Båda patientgrupperna tenderar att bedöma sina problem och behov som mindre än vad anhöriga och personal gör.

I en annan studie – "Vi värderar vården": Personer med diabetes i Sörmland och Älvsborg ger sin bild av kvaliteten på diabetesvård och behandling – författad av Lars Fallberg och Kerstin Svanberg och publicerad i mars 2000 redovisas resultaten från enkätundersökningar vid 29 vårdcentraler och fyra sjukhus våren 1999. Enkätmaterialet grundar sig på totalt 2 528 enkätsvar och omfattar åtta kvalitetsdimensioner; tillgänglighet och service, respekt för patienten, kommunikation, delaktighet, förtroende och kontinuitet, medicinsk behandling och närståendes delaktighet. Av materialet framgår bland annat att 42 procent av de svarande inte alls, eller i liten utsträckning, får vara med och diskutera prover och tester som skall göras. Ca 16 procent fick inte veta resultatet av sina provtagningar i den utsträckning de önskade vid sitt senaste besök.

### **Landstinget i Östergötland**

Ett arbete pågår med att utveckla patientenkäter, som är gemensamma för samtliga sjukhus i landstinget. Under åren 1997 och 1998 genomfördes standardiserade enkätstudier inom följande verksamheter: Samtliga fyra sjukhus i öppen respektive sluten vård under åren 1997 och 1998, inom primärvårdens 40 vårdcentraler samt de privatläkarmottagningar, som får ersättning av landstinget, år 1998. Innehållet i patientenkäterna består av frågor om tillgänglighet, kontinuitet, förväntningar, bemötande, information, förtroende för personal, vård och behandling, delaktighet, smärtlindring, förekomst av oro/ängest, kostens kvalitet samt resultat av terapi/behandling.

År 2000 genomfördes enkätstudier för öppen och sluten sjukhusvård. Totalt 6 478 enkäter skickades ut till patienter, som

skrivits ut från en klinik eller gjort ett besök. Av dessa svarade 54 procent. Den högsta svarsfrekvensen hade Universitetssjukhuset i Linköping och den lägsta Hälso- och sjukvården i Finspång. Resultaten med jämförelser mellan sjukhusen och mellan 1998 och år 2000 finns publicerade i två rapporter – Landstingets patientenkät för öppen sjukhusvård 2000, 6/6 2001 samt Landstingets patientenkät för sluten sjukhusvård, 20/6 2001.

För primärvården finns en rapport från 1998 års enkätundersökning publicerad 1999 – Patientupplevd kvalitet i primärvården i Östergötland 1998 – Analys av skillnader mellan patientgrupper och mellan vårdcentraler. Sammanlagt 9 750 enkäter skickades ut bland patienter som gjort läkarbesök under en sexveckorsperiod. Enkäten besvarades av 6 734 personer (69%). Resultaten visade att alla vårdcentraler, bortsett från telefontillgängligheten, hade en väl godkänd kvalitet sett ur ett patientperspektiv.

### **Landstinget i Jönköpings län**

Patientenkäter har genomförts bland annat vid Höglandssjukhuset, Eksjö-Nässjö och vid Värnamo sjukhus. På Höglandssjukhuset genomförs stora patientenkäter vart annat år och på vissa enheter genomförs små enkäter flera gånger per år. Enkäterna har utvecklats inom sjukhuset och har en tiogradig poängskala. Dessutom genomförs särskilda intervjuer med enskilda patienter.

På Värnamo sjukhus har patientenkäter genomförts och avrapporterats åren 1998, 1999 och 2000. Landstingsförbundets kundorienterade kvalitetsverktyg Qvalitet, Utveckling och Ledarskap (QUL) har använts. I undersökningen år 2000 ingick 870 enkäter. Två tredjedelar delades ut till patienter som besökte sjukhusets mottagningar och en tredjedel till patienter som vårdades på vårdavdelningarna. Generellt sett har de drygt 700 patienter som besvarat enkäten givit ett högt betyg på de områden undersökningen omfattar. De frågeområden som ingår är i stort sett desamma som redovisas för övriga ovan redovisade metoder. Resultaten finns publicerade i en rapport från december 2000.

För primärvården i Värnamo sjukvårdsområde genomfördes en första undersökning med QUL-metoden år 1999. Våren 2001 genomfördes enkätundersökningen inom hela primärvården. Samtliga vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar och rehabiliteringsenheter ingick i undersökningen. Totalt 1206 patienter besvarade enkäten, vilket innebar en svarsfrekvens på 74 procent. Re-

sultaten finns publicerade i en rapport från juli 2001. När det gäller bemötande, information, trygghet och säkerhet är betygen höga. Ett viktigt förbättringsområde är tillgängligheten per telefon. Andra exempel på förbättringsområden är delaktighet i att fatta beslut, kontinuitet, väntetiden för ett besök, liksom väntetiden i väntrummet.

### **Landstinget Kronoberg**

Landstinget har genomfört patientenkäter samt brukar- och anhörigrevision inom Psykiatriförvaltningen. En enkät, som utvecklades i samarbete med Spri, genomfördes åren 1992–93 vid dåvarande sektorsklinikernas akutavdelningar. En egen framtagen patientenkät genomfördes inom den psykiatriska öppenvården 1995 med inriktning på bemötande och behandlingstillfredsställelse. Patientenkäter genomfördes också vid Regionpsykiatriska kliniken åren 1996 och 2000. Vidare gjordes en brukar- och anhörigrevision av psykosvården vid vuxenpsykiatriska kliniken i Växjö 2001 samt en patientenkät inom öppen-sluten psykiatrisk vård hösten 2001. Härvid användes 400 enkäter enligt den s k Mini-KUPP-metoden. Resultaten från denna studie är under bearbetning. Övriga undersökningar har avrapporterats.

### **Landstinget i Kalmar län**

KUPP-metoden används för primärvården i norra delen av länet, som omfattar halva befolkningen samt vid sjukhusen i Oskarshamn och Västervik. För södra delen av länet, omfattande Länssjukhuset i Kalmar, används Pickermetoden hösten 1998. En uppföljning genomförs kring årsskiftet 2001/2002. År 1998 deltog 530 patienter, vilket innebar en svarsfrekvens på 78 procent.

### **Gotlands kommun**

På Visby Lasarett har Pickerundersökningar genomförts åren 1997 och 1999. Bland kvalitetsbristerna år 1997 angavs information och kommunikation. Av sjukhusets patienter angav 49 procent att de inte alls eller endast delvis kände sig delaktiga i beslut om sin egen vård. Som exempel uppgav 20 procent av patienterna att de inte fick risker och fördelar med behandlingen förklarade för sig så att

de förstod och 24 procent fick inte resultaten av behandlingen tillräckligt förklarade. Visby lasarett var bland de första sjukhusen i Sverige som 1997 genomförde en undersökning med hjälp av Pickermetoden.

### **Landstinget Blekinge**

Vid Blekingesjukhuset har patientundersökningar genomförts vid flertalet kirurgiska kliniker, barnkliniken, rehabilitering, barn samt anestesi och kliniskt kemilaboratorium. KUPP-metoden har använts. För anestesi/ambulans och dagkirurgi samt sjukhusövergripande vård i livets slutskede har utnyttjats fokusgruppintervjuer. KUPP-enkäten genomfördes också 1998 på vårdcentralen i Rödeby

### **Region Skåne**

På Universitetssjukhuset i Lund har pågått ett utvecklingsarbete med en patientenkät sedan 1999. Enkäten genomfördes första gången under en vecka i december 2001. Frågorna berör de områden som redovisats för övriga ovan redovisade metoder. I metodutvecklingen har också lasaretten i Landskrona och Orups sjukvårdsdistrikt deltagit.

Lasarettet i Landskrona har också genomfört en KUPP-undersökning på tre vårdavdelningar (medicin, kirurgi och ortopedi) under hösten 2000-vintern 2001. Högsta kvalitetsindex angavs för bemötande av vårdpersonalen, den medicinska vården, den generella atmosfären, empati från sjuksköterskor och undersköterskor. Lägsta kvalitetsindex angavs för delaktighet, engagemang från läkarna, avskild miljö, ansvarig person samt information efter åtgärder.

Vid Landskrona lasarett genomfördes dessutom under år 2000 en postoperativ telefonenkät till 989 patienter, publicerad vid Institutionen för Omvårdnad, Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet i oktober 2000, författare Anne Abrahamsson.

Vid Helsingborgs lasarett AB har olika patientundersökningar genomförts, bl a om hotelldelen på sjukhuset kring årsskiftet 2000/2001.

På Centralsjukhuset Kristianstad genomfördes under hösten år 2000 en Pickerundersökning. Frågeformuläret innehöll 63 frågor. Frågorna besvarades av 501 öppenvårdspatienter och 731 sluten-

vårdspatienter. År 1998 deltog några av klinikerna (medicin och kirurgi), varför vissa jämförelser kunnat göras mellan de båda åren. Efter 1998 års studie beslutades att prioritera information, respekt för patienten samt känslomässigt stöd. I studien år 2000 kunde förbättringar inom dessa områden iakttas.

Inom Närsjukvården Österlen AB (primärvård samt sjukhuset i Simrishamn) genomförs KUPP-enkäter en gång per år från år 2000 på vårdavdelningarna och polikliniska patienter på primärvårdsavdelningarna. Från 2002 genomförs MiniKUPP i pekskrämsmodell på vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, barnmottagning, vårdavdelningar, sjukgymnastik, dagvårdsavdelning samt medicinmottagning en gång per år med totalt 600 enkäter. En rapport "Patienttillfredsställelse" finns utarbetad för enkätundersökningen år 2000.

### **Landstinget Halland**

Länssjukhuset Halmstad deltar i Pyramidprojektet och i en rapport från april 2000 jämförs dels med resultaten från en motsvarande undersökning 1998, dels med S:t Görans sjukhus, Södersjukhuset samt Universitetssjukhuset i Örebro. Sammanfattningsvis kan konstateras att det sammanfattande betyget blev lägre år 2000 än 1998. För tillgänglighet och omvårdnad har Länssjukhuset i Halmstad bättre omdömen än de jämförda sjukhusen.

### **Västra Götalandsregion**

Under våren 1998 genomfördes en omfattande patientundersökning i hela regionen Västra Götaland baserad på SCB:s Kvalitetsmodell med Nöjd-Kund-Index (NKI). Undersökningen omfattade 50 000 patientsvar, och resultaten redovisades på ca 250 värdenheter. Enkäterna delades ut av personalen, och inga påminnelser skickades ut. Den genomsnittliga svarsfrekvensen var ca 50 procent, men det var stora skillnader i svarsfrekvens mellan olika värdenheter. För primärvården blev NKI 75 (på skalan 0 – 100), för öppenvården 75 och för slutenvården 79. Undersökningen visade att tillgängligheten var den kvalitetsfaktor som det var mest angeläget att förbättra. Detta gällde genomgående för de tre vårdformerna, men det var något mindre uttalat för slutenvården.



Vid Geriatriska kliniken på Sahlgrenska sjukhuset har omfattande patientenkäter genomförts och publicerats sedan 1998. Samordnare för detta arbete är Helle Wijk.

Primärvården i Skaraborg har sedan slutet av 1980-talet genomfört egna patientenkäter. Senast genomfördes under 1999 undersökningar på 85 procent av vårdcentralerna.

### **Landstinget i Värmland**

På medicinklinikerna genomfördes under 1999 en Pickeranpassad enkät. KUPP har tidigare använts en gång. På de kirurgiska klinikerna genomförs en enkät som följer upp eventuella komplikationer efter operation.

### **Landstinget Västmanland**

Sjukhusen i Fagersta, Köping, Sala och Västerås har under 1999 och 2000 genomfört KUPP-undersökningen vid flertalet kliniker. Inom mottagningsverksamheten deltog 1 658 patienter och på vårdavdelningar 1 368 patienter. Ytterligare 900 patienter på specialenheter deltog.

Inom familjeläkarverksamheten har enkäter genomförts år 2000 och 2001. Resultaten används på respektive enhet som förbättringsinstrument.

### **Landstinget Gävleborg**

Sjukhuset Gävle-Sandviken har använt både Picker-metoden, KUPP och fokusgrupper. Inom primärvården i Gästrikland har en rad olika patientenkäter genomförts, dels enligt KUPP-metoden 2001, dels andra egna enkäter.

### **Landstinget Västernorrland**

Inom Härnösand-Medelpads hälso- och sjukvård har utvecklats en omvårdnadsrevision NoGa, som innehåller en patientenkät, som infördes 1995. Avvikelse följs upp.

Vid Örnsköldsviks sjukhus genomfördes en KUPP-enkät år 1997. Våren 2001 genomfördes en patientenkät till patienter, som gjort en cystoskopi. Enkäten besvarades av 98 patienter, vilket innebar en svarsfrekvens på 77 procent. Förbättringsområden var information och delaktighet samt möjlighet att samtala med läkarna i enskild miljö. Hösten 1999 intervjuades 226 patienter om omvårdnaden i samband med dagkirurgisk verksamhet. Studien genomfördes av Ulla-Britt Victorin, Institutionen för omvårdnad vid Umeå Universitet.

### **Västerbottens läns landsting**

I Umeå, Skellefteå och Södra Lapplands sjukvårdsdistrikt genomfördes mätningar enligt Pickermetoden åren 1999/2000. Enkäten besvarades av 4 550 patienter. En uppföljning genomfördes hösten 2001 och förnyade uppföljningar planeras under 2002.

Under hösten 2001 genomfördes en enkätundersökning på Västerbottens vårdcentraler riktad till personer med diabetes. Denna enkät besvarades av 861 personer, vilket innebär en svarsfrekvens på 64 procent. Resultaten finns redovisade i en rapport från september 2001.

### **Norrbottens läns landsting**

Sjukhusen i Norrbotten har genomfört olika patientenkäter, som sjukhusen själva utformat. Bland annat kan nämnas att Kalix sjukhus genomfört samma typ av patientenkät åren 1995 och 2000, vilket också redovisas i en jämförande rapport. Rapporten visar att telefontillgängligheten hade blivit sämre, men att väntetiden i väntrummet blivit kortare.

Fokusgruppintervjuer har genomförts inom Kiruna sjukvårdsförvaltning hösten 2000.

## 4 Lokala brukarundersökningar inom äldreomsorgen – en nationell bild

*För äldreomsorgen saknas nationella data om brukartillfredsställelse, men det har gjorts många lokala undersökningar. Dessa ger genomgående äldreomsorgen ett gott betyg. Den allmänna nöjdheten ligger mellan 80 och 100 procent. Det är mycket ovanligt att under 80 % av de svarande i en kommunal undersökning har angett en lägre grad av nöjdhet än "ganska nöjd" respektive "fyra" på en betygskala från "ett" till "fem". Rikssiffror saknas, men en subjektivt grundad uppskattning är att andelen ganska eller mycket nöjda av brukarna i riket ligger runt 85 %. Andelen på riksnivå, som är något eller mycket missnöjda, kan bedömas ligga någonstans mellan 5 och 10 %.*

*Allmän nöjdhet är dock ett trubbigt mått på omsorgens kvalitet. Bristerna inom äldreomsorgen framkommer tydligare när man ställer specifika frågor. Det är som exempel mycket vanligt att vårdtagarna uppger att personalkontinuiteten är för låg. Man är också missnöjd med att ny personal kommer utan att brukaren har blivit informerad om detta i förväg. I de studier, där har man frågat om hur viktig en viss kvalitetsaspekt är för brukaren, framkommer att just detta att samma personal återkommer har stor betydelse.*

*Det är också vanligt att brukarna uppger att de tycker att personalen har bråttom. Det tonar fram en bild av en stressad personal, som bara hinner med den nödvändigaste servicen och fysiska omvårdnaden men som inte har tid över för samtal och annan social samvaro.*

*I den mån det förekommer frågor om personalens kompetens anser brukarna att den kan behöva bli bättre – bland annat önskar man att personalen skulle ha bättre kunskaper i rena sjukvårdande insatser.*

### 4.1 Generella iakttagelser

I detta avsnitt försöker vi ge en nationell bild av brukarnas upplevelse av äldreomsorgen. Denna bild bygger på ett 50-tal olika kommunala undersökningar. Det framstår som mycket klart att

den allmänna nöjdheten med äldreomsorgen är hög eller t.o.m. mycket hög. I undersökning efter undersökning anger en mycket hög andel av brukarna att de är nöjda.

Graden av allmän nöjdhet mäts på lite olika sätt. Ett vanligt sätt att mäta är andel av de svarande som anger att de är mycket nöjda, ganska nöjda, varken eller, ganska missnöjda och mycket missnöjda. De exakta formuleringarna varierar men innebörden är som angivits. Ett annat sätt att mäta är genom en betygsskala, där den vanligaste är 1–5, där 5 anger högst nöjdhet och 1 lägst. Det förekommer andra sätt men de är mycket ovanliga.

Det är mycket ovanligt att under 80 % av de svarande i en kommunal undersökning har angett en lägre grad av nöjdhet än ”ganska nöjd” respektive ”fyra” på en betygsskala från ”ett” till ”fem”. Detta stämmer med en tidigare genomgång som gjorts vid Svenska Kommunförbundet, där det sägs att den allmänna nöjdheten ligger mellan 80 och 100 procent. Nära nog samtliga undersökningar som gått igenom ligger inom det intervallet.

### *Andelen nöjda på riksnivå ligger kring 85%*

Det är omöjligt att ge en säker uppgift om den nationella (riksgenomsnittliga) nöjdheten. En subjektivt grundad uppskattning är att andelen i riket av servicetagarna, som är mycket eller ganska nöjda med servicen, ligger runt 85 %. En alternativ presentation är att ange hur stor andel av brukarna som är missnöjda. Eftersom det är vanligt att det finns ett mittersta svarsalternativ, där brukaren kan ange att man varken är nöjd eller missnöjd, är det inte så enkelt att andelen missnöjda är komplementet till 80 %, alltså 20 %. Studierna indikerar att andelen på riksnivå, som är något eller mycket missnöjda, kan bedömas ligga någonstans mellan 5 och 10 %.

När brukarundersökningar har upprepats visar det sig ofta att nöjdheten minskar. Också i den tidigare nämnda genomgången från Svenska Kommunförbundet sägs det att det finns en tendens till sämre resultat i de fall man väljer att efter ett eller flera år upprepa en undersökning. I de fall nöjdheten går ned rör det sig dock inte om några större nedgångar och det förekommer också att nöjdheten blir högre vid upprepningar. I dessa fall kan den högre nöjdheten vara ett resultat av de åtgärder som satts in. Brukarundersökningarna har då fungerat som startpunkt för ett förändringsarbete.

### *Mer specifika frågor visar tydligare på brister*

Utöver frågor om allmän nöjdhet är det vanligt att man ställer frågor om olika aspekter på kvalitet. Det är vår bild, en bild som också ges av Svenska Kommunförbundet, att nöjdheten är lägre när man ställer specifika frågor. Syftet med de specifika frågorna är ofta att svaren ska ge en grund för inriktning av det förbättringsarbete som pågår. En mängd olika frågetyper förekommer. Det är dock vanligt att frågorna handlar om kvaliteten på boendet, personalens kunskaper och bemötande, omsorgs- och vårdkvalitet samt flexibilitet i olika avseenden.

Det är mycket vanligt att vårdtagarna uppger att personalkontinuiteten är låg. Man uttrycker också missnöje med att ny personal kommer utan att brukaren har blivit informerad om detta i förväg. I vissa studier har man frågat om hur viktig en viss kvalitetsaspekt är för brukaren. Av dessa studier framgår det, mest i särskilt boende, att brukaren tycker det är viktigt att samma personal återkommer.

Det är också vanligt att brukarna uppger att de tycker att personalen har bråttom. Det framkommer en bild av en stressad personal som bara hinner med den nödvändigaste servicen och fysiska omvårdnaden, men som inte har tid över för samtal och annan social samvaro.

I den mån det förekommer frågor om personalens kompetens anser brukarna att den kan behöva bli bättre. Som exempel önskar man att personalen skulle ha bättre kunskaper i rena sjukvårdande insatser.

I en studie<sup>1</sup> identifieras fem aspekter av vården där man får låga omdömen. Dessa är:

- flexibilitet i fråga om att tillfälligt få hjälp med andra uppgifter
- flexibilitet i fråga om att få hjälp vid andra tider än överenskomna
- möjligheterna att kunna påverka hur hjälpen utförs
- personalkontinuiteten i insatserna
- möjligheterna att lätt kunna nå personalen per telefon.

I en annan studie<sup>2</sup> framkommer att nöjdheten vad avser möjligheter till omväxling har sjunkit. Vid en mätning 1997 var 80 procent nöjda medan knappt 75 procent var nöjda år 1999. Det förekommer inte sällan att brukarna är mindre nöjda med den hjälp de får

<sup>1</sup> Kvalitetsbarometern 99 Rapport 1999:9 Blekinge FOU-enhet

<sup>2</sup> Enkät Vård- och serviceförvaltningen 1999 Enköpings kommun

att komma ut på promenader eller, som det ofta uttrycks, ”i friska luften”. När det gäller frågor om mer grundläggande kvalitetsaspekter, som matens kvalitet, är dock brukarna ofta nöjda eller mycket nöjda.

Allmänt sett kan man konstatera att det förefaller som om basala behov i boendet och omsorgen är väl tillgodosedda. Den lägre nöjdheten gäller ofta sociala och personliga behov, såsom behovet av omväxling, sociala aktiviteter och möjlighet att få utöva sina intressen.

### *Inga belägg för att utförarformerna påverkar kvaliteten i äldreomsorgen*

En intressant fråga är om konkurrenssituation och utförarformen har betydelse för brukarnas upplevelser av kvaliteten. Det är få brukarstudier som gjorts med inriktning på utförarformens betydelse. Dock ger dessa studier ingen anledning att tro att utförarformerna har någon sådan betydelse. Nedan redovisas tre exempel på kvalitetsjämförelser av det här slaget.

### **Karlstad**

År 2000 genomfördes i Karlstad kommun en studie där man med olika metoder, bl.a. brukarundersökningar, jämförde kvaliteten i särskilda boenden i entreprenad- och egenregi. Enligt rapporten ger de jämförelser som gjorts inte något svar på frågan om kvaliteten är bättre eller sämre på någon av de enheter som ingår i studien. Dock finns det vissa andra förhållanden som kan vara värda att framhållas. Personaltätheten varierar mellan egen regi och entreprenad-driven verksamhet. Verksamhet i egen regi har som genomsnitt ca 0,15 årsarbetare mer per boende. Personalen har på dessa enheter har också fem år högre medelålder och sjuktalen för verksamhet i egen regi ligger ca 40 % högre än för Partena Care.

I rapporten konstateras det vidare att bemanningen inte följer vårdtyngden i respektive boende. De entreprenaddrivna enheterna har högre vårdtyngd samtidigt som kommunens enheter har högre personaltäthet.

## **Malmö**

I Malmö gjordes med hjälp av brukarundersökningar jämförelser mellan hemtjänst i kommunal regi och sådan som utföres av privata entreprenörer. I kommunens rapport skriver man att jämförelsen inte visar på några skillnader om man ser till det samlade resultatet.

Ser man däremot på enskilda kvalitetsaspekter finns smärre skillnader. Privata entreprenörer har fått bättre betyg när det gäller aktivitet/gemenskap, individuell anpassning, inflytande/valfrihet och information/kommunikation. Kommunal regi har fått bättre betyg när det gäller tillgänglighet och trygghet.

## **Västerås**

I Västerås stad genomfördes en utvärdering av äldre- och handikappnämndens upphandlingsstrategi. Man har där valt att konkurrensutsätta alla utförare, såväl egen regi som privata entreprenörer. När rapporten skrevs (våren 2000) bedrevs ca 20 % av verksamheten under äldre- och handikappnämnden av alternativa utförare. Inom ramen för denna utvärdering studerade man kvaliteten för brukaren och hur den utvecklades under perioden 1993–1998.

Inom utvärderingen ville man ha svar på frågan om på vilket sätt konkurrensutsättningen påverkar den brukarupplevda kvaliteten. Utvärderingen handlade om i vilken mån ett system, där man väljer att konkurrensutsätta, har andra kvalitetsegenskaper än andra system. Det är alltså inte i första hand utförarformen som undersökts. Istället undersöks i första hand den kvalitetspåverkan systemet för tilldelning av rätten att bedriva verksamheten har.

I rapporten konstateras att det inte går att generellt säga om konkurrensutsatt verksamhet har bättre eller sämre brukarupplevd kvalitet. Kommunala och alternativa utförare tycks enligt rapporten inte heller uppvisa några generella olikheter när det gäller brukarupplevd kvalitet.

## **4.2 Exempel på lokala brukarundersökningar**

I detta avsnitt redovisar vi närmare 40 lokala brukarundersökningar. Det förekommer att brukarundersökningarna är delar av studier där också anhöriga och personal tillfrågas. I dessa fall redovisas endast de delar som rör brukarna.

Vår redovisning över respektive studie är kortfattad i syfte att fånga den övergripande bilden. Så långt det har varit möjligt och meningsfullt har vi också valt att presentera tabell exempel ur respektive studie. Urvalet av tabeller är subjektivt, men syftet har varit att ge en bild av vilka frågetyper som förekommer i brukarundersökningarna och i någon mån att spegla vilka värderingar brukarna gör av olika kvalitetsdimensioner.

### **Arboga, 1996**

En brukarundersökning avseende såväl hemtjänst som särskilt boende genomfördes av studenter vid Högskolan i Örebro. Frågorna gällde flera kvalitetsdimensioner. Svaren fångades genom personliga intervjuer. Urvalsstorleken var 20 %. Endast två personer bland närmare 70 avböjde att svara.

En nöjdhet på över 70 % uppmättes i vad gäller boendeform och personal. I de fall man har svarat att man får för få timmar vill man att personalen ska ha mer tid för att prata. De som bor i eget boende uppskattar särskilt att de kan ha egna möbler. Samhalls medverkan i hemtjänsten fungerar mycket bra.

Nedanstående tabell är ett utdrag ur studien. I tabellen redovisas hur brukarna i olika boendeformer bedömer personalens hjälpsamhet och vänlighet.

**Tabell 4.1**

Personalens hjälpsamhet	Eget boende	Servicehus	Sjukhem	Totalt
Mycket hjälpsam och vänlig	28	22	8	58
Ganska hjälpsam och vänlig	7	4	0	11
Inte särskilt hjälpsam och vänlig	1	0	0	1
Inte hjälpsam alls och vänlig	1	0	0	1
Totalt	41	26	9	76

Av tabellen framgår det bl.a. att 58 av 76 boende (76 %) anser att personalen är mycket hjälpsam och vänlig.



### Arboga, 1998

Studien genomförde av pensionärsorganisationer med samma metod som det tidigare året. Nöjdheten kan bedömas ha blivit högre än 1996. I Socialförvaltningens rapport drar man slutsatsen att de insatta åtgärdsprogrammen har fått effekt. På frågan vad som är sämst med vården svarade brukarna: att alla har så bråttom, avgifterna, dåligt med personal.

I tabellen nedan redovisas ett utdrag ur rapporten "Den allmänna nöjdheten med äldreomsorgen i kommunen åren 1994 och 1998":

**Tabell 4.2**

Trivsel	Andel 1994	Andel 1998
Mycket bra	47,0 %	58,6 %
Ganska bra	37,0 %	36,4 %
Varken eller	10,0 %	4,0 %
Ganska dåligt	6,0 %	1,0 %

Av tabellen framgår det att nöjdheten har ökat mellan åren.

### Borås, 1998

En total enkätundersökning riktad till personer med hemtjänst och särskilt boende har genomförts. Bortfallet i hemtjänsten var 32 % och i särskilt boende 41 %.

Det är svårt att hitta någon sammanfattande bedömning, men man pekar på att majoriteten av insatstagarna vill ha kontinuitet i personkontakterna samtidigt som studien visar att personkontinuiteten är låg. Nedanstående tabell är ett utdrag ur studien. Tabellen avser spegla kontinuiteten och önskan om kontinuitet i hemtjänst respektive särskilt boende.

**Tabell 4.3**

	Vårdtagare med hemtjänst		Vårdtagare i särskilt boende	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Är det många olika personer som hjälper dig?	60 %	34 %	57 %	32 %
Är det viktigt för dig att det är samma personer som hjälper dig?	66 %	31 %	82 %	10 %
Får du din hjälp utförd på ungefär samma sätt av personalen?	84 %	9 %	77 %	9 %
Är det viktigt för dig att hjälpen ges på ungefär samma sätt?	80 %	14 %	82 %	10 %
Kommer hjälpen/personalen på avtalad tid?	86 %	9 %	–	–
Är det viktigt för dig att hjälpen/personalen kommer på avtalad tid?	85 %	12 %	–	–

Av tabellen framgår det en tydlig önskan om personalkontinuitet. De verkar dock som den är mindre viktig bland dem som har hemtjänst.

### **Bräcke, 1998**

En total enkätundersökning genomfördes inom hemvården. Det ställdes frågor utifrån flera kvalitetsdimensioner. Totalt 293 enkäter skickades ut. Bortfallet var 23 %.

Nöjdheten gick ner i förhållande till en mätning genomförd 1996. Ganska kritiska synpunkter över hela kvalitetsfältet.

### **Filipstad, 1999**

En enkätundersökning (troligen totalundersökning) inom äldre- och handikappomsorgen har genomförts inom hemtjänst, särskilt boende, hemsjukvård och kommunrehabilitering.

Värdeomdömena ligger högt eller mycket högt. På en skala 1–6, där godkänt ligger på 4,0, ligger medelbetygen i de olika kvalitetsdimensionerna mellan 3,06 och 5,56.

I tabellen nedan redovisas kvalitetsdimensioner som fått höga värden i studien.

**Tabell 4.4**

Frågeställning	Medelbetyg
"Jag känner mig trygg med den hjälp jag får från hemtjänsten"	5,66
"Jag känner förtroende för "min" hemtjänstpersonal"	5,63
"Jag vet vart jag ska vända mig..."	5,42
"Jag känner mig respekterad..."	5,46
"Jag är helt nöjd med den hjälp jag får..."	5,39

I följande tabell redovisas de kvalitetsdimensioner som får lägre värden.

**Tabell 4.5**

Frågeställning	Medelbetyg
"Deltagande i arbetet tillsammans med vårdpersonalen"	3,06
"Det är alltid samma hemtjänstpersonal som kommer till mig"	3,35
"Jag är med och planerar"	3,83
"Jag får tillräckligt med info..."	4,24
"Hemtjänsten ger mig stora möjligheter att aktivera mig själv"	4,26

### **Forshaga, 1997**

En brukarundersökning med intervjuer har gjorts inom såväl hemtjänst som särskilt boende. Ett urval bestående av 27 personer som får hemtjänst och nio personer som har särskilt boende har ingått i studien. Bortfallet för hemtjänsten var 25 %.

Man väljer att dra slutsatser endast för hemtjänsten. Den sammantagna bilden av hemtjänsten är att vårdtagarna är nöjda med servicen. De intervjuade är mycket nöjda med personalen. De brister som framkommit handlar om att vårdtagarna vill ha bättre information i olika avseenden.

Tabellen nedan är ett exempel ur studien. Hemtjänsttagarna fick frågan om den personal som är försenad vid hembesök alltid meddelar detta.

**Tabell 4.6**

Ja	6
Nej	17
Ej aktuellt	4

Det framgår alltså att det var vanligt att personalen inte meddelade sen ankomst.

### **Gävle, 1998**

En enkätundersökning genomfördes inom äldre- och handikappomsorgen. Frågorna anknöt till de kvalitetsmål som fastställts av kommunens omsorgsförvaltning. Kvalitetsvariablerna är; självbestämmande och respekt, delaktighet, kontinuitet, flexibilitet, tillgänglighet och kontakt, kompetens, förtroende och trygghet. Sammanlagt 1614 enkäter besvarades. Bortfallet var 48 % i hemtjänst, 75 % i särskilt boende och 74 % i dagverksamhet.

Brukarnas nöjdhet varierar mellan 68 och 89 %. De anhöriga har en lägre nöjdhet. Nöjdheten har gått ner de senaste åren.

I tabellen nedan redovisas det helhetsomdöme som gavs hemtjänsten åren 1997 och 1998.

**Tabell 4.7**

	1997	1998
Mycket bra	50,1 %	47,2 %
Bra	44,5 %	45,8 %
Varken bra eller dåligt	4,6 %	6,1 %
Dåligt	0,5 %	0,8 %
Mycket dåligt	0,3 %	0,0 %
Totalt	100 %	100 %

Ur tabellen kan det utläsas att andelen som tycker att hemtjänsten är bra eller mycket bra minskade från 95 % år 1997 till 93 % år 1998.

## Göteborg, 1998

Kommunalförbundet Göteborgsregionen genomförde en kvalitetsmätning inom hemvården. I studien mättes kvalitetsaspekterna kontinuitet, flexibilitet, delaktighet, förtroende, kompetens och trygghet. Ale, Lerums, Partille och Tjörns kommuner ingick i studien. Data har fångats med enkäter till brukarna. Det finns ingen uppgift om antalet tillfrågade. Bortfallet var 25 %.

90 % av vårdtagarna är mycket eller ganska nöjda med den hemvård de får. Både vårdtagare och personal uppger att kontakten dem emellan är bra eller mycket bra. I tabellen nedan redovisas brukarnas svar, i de olika kommunerna, på frågan: Hur upplever Du på det hela taget den hemvård Du får? Svartalternativen anges i procentandelar av de svarande i respektive kommun.

**Tabell 4.8**

	Ale	Lerum	Partille	Tjörn
Mycket nöjd	57 %	72 %	60 %	69 %
Ganska nöjd	40 %	28 %	37 %	28 %
Ganska missnöjd	2 %	1 %	3 %	2 %
Mycket missnöjd	2 %	0 %	0 %	0 %

Av tabellen kan man utläsa att andelen som är mycket eller ganska nöjda inte i någon kommun är mindre än 97 %.

## Göteborg, 1999 – 2001

Även under åren 1999–2001 har brukarundersökningar inom äldreomsorgen genomförts i Göteborgs stad. Resultaten har analyserats med hjälp av SCB:s kvalitetsmodell med Nöjd-Kund-Index för offentlig sektor. Undersökningarna har riktat sig dels till brukarna, och i den mån dessa inte har ansetts kunna besvara enkäterna, deras närstående.

De områden inom äldreomsorgen i Göteborgs stad som har undersökts är:

- äldreboende
- hemtjänst
- hemsjukvård

Nöjd-Kund-Index för de olika slagen av vård (jfr tabell nedan) låg under dessa år genomgående på höga nivåer. På den 100-gradiga skalan låg indexet för brukarna inom äldreboendet strax under 80, för brukarna inom hemtjänsten runt 80 och för brukarna inom hemsjukvården över 80.

**Tabell 4.9**

Hela Göteborgs kommunala äldreboende

Vårdtagare	1999	2000	2001
	NKI	NKI	NKI
Äldreboende	77	78	76
Hemtjänst	81	80	80
Hemsjukvård	81	88	85

Separata undersökningar genomfördes också för närstående till brukare. Resultaten låg genomgående cirka 10 indexenheter under brukarnas NKI-värden.

Bortfallet bland brukarna var stort. Huruvida det berodde på skillnader mellan olika värdenheter i hälsostatus eller hur mycket tid och kraft personalen lagt ner på att påminna och motivera vårdtagarna är oklart.

**Tabell 4.10**

Hela Göteborgs kommunala äldreboende

Vårdtagare	1999	2000	2001
	Svars-frekv	Svars-frekv	Svars-frekv
Äldreboende	45	53	45
Hemtjänst	30	51	41
Hemsjukvård	30	40	39

En jämförelse mellan kommunalt och privat äldreboende visade att man var mer nöjda inom det privata äldreboendet men skillnaden var liten.

Antalet vårdtagare som fick enkäter var år 2001

- Äldreboende ca 2 800
- Hemsjukvård ca 2 700
- Hemtjänst ca 7 500

Inom hemtjänsten i Lärjedalen gjordes en brukarenkät. Frågor med olika kvalitetsdimensioner ställdes. Bortfall är oklart eftersom det inte gick att utläsa exakt vad som ingår i urval och vad som är

bortfall. Överlag gavs goda omdömen. Dock ansåg brukarna att personalen har dåligt med tid att prata. Tabellen nedan är ett exempel ur undersökningen. Brukarna tog ställning till påståendet: "Jag kan få andra saker gjorda än det vi kommit överens om."

**Tabell 4.11**

	Antal svarande
Alltid	19
Mycket ofta	13
Ganska ofta	12
Ganska sällan	6
Mycket sällan	4
Aldrig	5
Ej aktuellt	6
Inget svar	6
Totalt antal svarande	71

Av tabellen framgår det att det förekommer i mer än försumlig omfattning att man inte får annan hjälp än den man kommit överens om.

### Hammarö, 1999

En enkät- och intervjuundersökning med ett urval genomfördes. Det gällde hemtjänst, hemtjänst med hemsjukvård samt särskilt boende. Frågor ställdes längs följande dimensioner; sjukvård, delaktighet, behov av rutiner, sysselsättning, utomhusvistelse och tid. Populationen var 428 personer, bortfallet 29 %.

Smärtlindring upplevdes som bristfällig. Man ville kunna påverka mer. Många var missnöjda med sysselsättningen. Många ville ha mer utomhusvistelser. Många önskade att personalen hade mer tid.

Nedan redovisas svaret på en fråga i undersökningen om vad brukaren anser om nivån på kostnaderna för den vård/omsorg och service brukaren får.

**Tabell 4.12**

För höga	40 %
Varken för höga eller för låga	58 %
För låga	2 %

### **Halmstad, Kristianstad, Växjö och Kalmar, 1999**

En totalundersökning med enkätfrågor har genomförts för yngre och äldre personer med hemtjänst och särskilt boende. Bortfallet var i genomsnitt strax över 25 %. I Växjö var dock bortfallet knappt 50 %.

Undersökningen visade att när det gäller hemtjänsten får nästan alla den hjälp som utlovats. En av tio anser att de behöver mer hjälp än de får. Låga värdeomdömen ges av brukarna i fråga om flexibilitet i hjälpen, personkontinuiteten i insatsen och när det gäller att lätt kunna nå personalen per telefon. Yngre brukare ger högre värdeomdömen än äldre brukare. Det största avståndet mellan önskad och upplevd kvalitet gäller möjligheterna till flexibilitet i insatserna, bemötandet från kommunens handläggare och personkontinuiteten. Nöjdheten är lägre i särskilt boende.

I nedanstående tabell, som är ett exempel ur studien, redovisas skillnader mellan önskad kvalitet och upplevd kvalitet i hemtjänsten. Ett positivt värde kan tolkas som att den upplevda kvaliteten är lägre än den vikt man fäster vid egenskapen. Ett negativt värde innebär att den faktiska kvaliteten i någon mening är högre än den vikt man fäster vid den. Ju större talet är desto större är skillnaden mellan upplevd kvalitet och vilken vikt man fäster vid kvalitetsaspekten.



**Tabell 4.13**

Kvalitetsaspekt	Halmstad	Kristianstad	Växjö	Kalmar	Medel	Karlskrona 1998
Personalkontinuitet Samma personer?	0,37	0,30	0,48	0,24	0,35	0,91
Tidskontinuitet Passar tider?	-0,14	-0,11	0,02	-0,22	-0,11	0,15
Flexibilitet hjälp med något annat?	0,51	0,61	0,56	0,37	0,51	0,69
FlexibilitetHjälp vid andra tider?	0,44	0,48	0,41	0,34	0,42	0,54
Integritet/självbestämmande Påverka utförandet?	0,26	0,21	0,32	0,16	0,24	-
Integritet/självbestämmande Bemötande med respekt?	-0,10	-0,13	-0,04	-0,15	-0,11	0,07
Trygghet Personalen – ärlig och pålitlig	-0,01	-0,03	0,04	0,01	0,00	0,05
Trygghet Tillräckligt med tid?	0,02	-0,01	0,31	0,02	0,09	0,56
Trygghet Personalen – lätt att nå?	0,20	0,42	0,37	0,17	0,29	-
Trygghet Personalen – kunskap och kompetens	0,05	0,01	0,19	-0,01	0,06	0,19
Trygghet Bemötande från tjänsteman	0,41	0,37	0,52	0,26	0,39	0,64
Social samvaro Tid att prata och umgås	0,14	0,08	0,46	0,09	0,19	1,02
Genomsnittlig skillnad	0,16	0,16	0,29	0,08	0,17	0,45

Ur tabellen kan det utläsas att differensen mellan önskad och upplevd kvalitet generellt sett främst gäller två aspekter av flexibilitet, nämligen möjligheterna att få hjälp med annat och möjligheterna att tillfälligt få hjälp vid andra tider. Värt att notera är också att den upplevda kvaliteten i flera kommuner är högre än den upplevda när det gäller tidskontinuitet. Sammantaget framstår det som om den faktiska kvaliteten är väl i fas med den förväntade.

### **Jokkmokk, 1997**

Brukarundersökningar med enkäter har genomförts såväl inom särskilt boende som inom hemtjänsten. Följande dimensioner uppmättes: boendet, integritet/självbestämmande, service, medicinska insatser, omsorg och gemenskap/delaktighet. Bortfallet var 53 % inom särskilt boende och 68 % inom hemtjänsten.

Medelbetyget för det särskilda boendet är 3,49. Boendet får högst betyg (3,94) medan gemenskap/delaktighet får lägst betyg (3,00). Medelbetyget inom hemtjänsten är 3,75. Boendet får högst betyg (4,15) och gemenskap/delaktighet lägst (2,72).

I tabellen nedan redovisas de sammanvägda medelbetygen brukarna av kommunens hemtjänst ger för de olika kvalitetsområdena.

**Tabell 4.14**

Boendet	4,15
Integritet/självbestämmande	4,10
Service	3,81
Medicinska insatser	3,60
Omsorg	3,55
Gemenskap/delaktighet	2,72

### **Jokkmokk, 1998**

Studien genomfördes med samma metod som året innan. Bortfallet redovisas inte.

Likartade resultat som året innan.

### Järfälla, 1998

Det genomfördes en enkätstudie riktad till samtliga vårdtagare i hemtjänsten över 65 år. Det ställdes frågor om kvalitetsdimensionerna; kompetens, bemötande, trygghet och inflytande.

Resultatet är att 95 % får den hjälp de blivit lovade, 97 % känner förtroende för personalen och 86 % är nöjda med den hjälp och den service de får. Sämre omdömen får dimensionerna kontinuitet, inflytande samt tillgänglighet.

Nedanstående tabell är ett utdrag ur studien.

**Tabell 4.15**

Fråga	Andel positiva svar
Har du fått den hjälp Du blivit lovad?	95 %
Är du nöjd med den hjälp du får idag?	86 %
Känner du förtroende för personalen?	97 %

### Karlskoga, 1999

En enkät genomfördes bland personer med omvårdnadsinsatser från kommunen. Man ställde fyra konkreta frågor: Får du gå upp ur sängen när du vill? Får du lägga dig när du vill? Får du duscha så ofta du vill? Får du komma ut när du önskar? Enkäten sändes ut till 802 personer och svar inkom från 617. Bortfallet var alltså 23 %.

I tabellen nedan redovisas svaren på frågorna.

**Tabell 4.16**

Fråga	Andel ja	Andel nej
Ur säng när Du vill	76 %	22 %
Lägga dig när Du vill	85 %	14 %
Duscha så ofta Du vill	63 %	37 %
Komma ut när Du önskar	44 %	56 %

Av tabellen framgår det att 56 % svarade att de inte får komma ut när de önskar.

I rapporten om resultatet kan man läsa: "Svaren visar på brister i vår äldreomsorg. Det ställs stora krav på att man anpassar sig till det serviceutbud vi har istället för att serviceutbudet anpassas efter den enskildes önskemål."

**Karlstad, 1997**

Utifrån en metod som beskrivs som "medlevarskap" har kvaliteten på verksamheten vid två gruppboendestäder bedömts. Syftet har varit att få fram den brukarupplevda kvaliteten i förhållande till personalens arbetssätt och arbetsmiljö.

Utvärderarens bedömning är att de fem kvalitetskriterierna för de boende/pensionärerna nämligen helhetssyn, integritet, respekt, självbestämmande och trygghet är väl tillgodosedda vid båda verksamheterna. Det framkommer dock att brukarna önskar förbättringar i den sociala aktiveringen.

**Karlstad, 1998**

En total brukarstudie med enkäter har genomförts inom två entreprenad driven hemtjänst och särskilda boenden. Frågorna ställdes kring kvalitetsdimensionerna; Bortfallet för hemtjänsten var 64 % och i det särskilda boendet 33 %. Man vågar inte tolka resultatet eftersom svaren är ofullständigt ifyllda.

**Kumla, 1999**

De boende vid Sannaheds servicehus intervjuades om sitt boende, vården och omsorgen. Totalt 33 personer ingick i undersökningen, fem föll bort. Även anhöriga intervjuades.

Enligt studien är trivseln är mycket god. Bara tre personer säger att de inte trivs. De kritiska synpunkterna hänger enligt rapportförfattaren samman med resursbrist.

I tabellen redovisas ett exempel ur studien. De boende fick frågan: Vad tycker Ni om bemötandet från personalen? Är personalen...?

**Tabell 4.17**

	Antal	Procent
Mycket hjälpsam och vänlig	23	70
Lite extra hjälpsam	1	3
Hjälpsam och vänlig	1	3
Inte särskilt hjälpsam och trevlig	3	9
Inte alls hjälpsam och vänlig	0	0
Bortfall	5	15
Total	33	100

**Linköping, 1998**

En enkätundersökning med ett urval på 600 servicemottagare av hemtjänst har genomförts. Bortfallet var 33%. Helhetsomdömet var att 90 % är nöjda med verksamheten. De flesta av dem som var missnöjda med verksamheten var över 80 år. Brukarna ansåg att förbättringar kunde göras med inriktning på ökad personaltäthet så att de fick en chans att lära känna brukarnas behov, ökad kompetens när det gäller vård av ett hem och sjukvård, hjälp med promenader och utbudet av fritidsaktiviteter.

Nedan förtecknas de synpunkter servicemottagarna har lämnat på särskild plats i enkäten. Synpunkterna är rangordnade efter hur ofta de förekommit.

- Mer personal behövs
- Det är för många olika personer som kommer
- Vill själv bestämma vad som ska göras
- Personalen behöver utbildning
- Vill själv kunna bestämma när det ska göras
- För höga taxor
- Tid till promenader

**Linköping, 1999**

Genom två platsbesök bildade sig omsorgsnämnden en uppfattning om brukares (äldre) och anhörigas uppfattning om servicen vid ett av kommunens servicehus. Man konstaterade att det pågick ett förbättringsarbete. Någon sammanfattande bild eller omdöme kunde inte åstadkommas.

### Ludvika, 1998

En enkätundersökning inom kommunens särskilda boenden genomfördes med frågor kring; information, boendemiljö, omvårdnad, och relationer. I stort sett var man nöjd. Dock kunde det märkas en lägre nöjdhet när det gällde personalens stöd med relationer. I tabellen nedan redovisas resultatet av frågan i vilken mån den boende anser sig ha något meningsfullt att sysselsätta sig med under dagen. Knappt 60 % av samtliga svarande svarade "Ja" på frågan. Svaren är i tabellen specificerade på de fyra särskilda boenden som ingår i studien.

**Tabell 4.18**

Namn på särskilt boende	Ja	Nej	Vet inte	Inget svar	Antal svarande
Lingongården	20	10		2	32
Kvarngatan	8	4		5	17
Milan	20	7		4	31
Ängsgården	15	9		2	26

### Lund, 1998

I kommunen har det gjorts såväl en studie om uppsökande verksamhet och till den äldre delen av befolkning i syfte att klargöra behovet av äldreomsorg. En del brukarundersökningar har också gjorts med en övervägande hög nöjdhet.

### Malmö, 1999

En enkätundersökning om hemtjänst i ordinärt boende genomfördes. Av 5113 personer som fick enkäten svarade 3007. Bortfallet var alltså 41 %.

Medelbetyget var 4 på en skala 1–5. Generellt sett är man nöjd med servicen. Högst betyg för bemötande och förtroende för personalen. Lägst betyg (2,6) får hjälpen med utevistelser. Kontinuitet är viktigt men får ett betyg (3,7) under medelbetyget. Det är ingen skillnad i kvalitet mellan privat och egen regi.

### Pajala, 1998

Med en enkät till brukarna inom särskilt boende ställdes en mängd frågor om verksamhetens kvalitet. Sammantaget ställde man 34 frågor som gäller olika dimensioner av kvalitet. Man ombads svara inom ramen för en betygsskala 1–5, där betygen 4 och 5 betyder att man anser att ett påstående stämmer bra eller mycket bra. Totalt 89 personer ingick i studien. Bortfallet redovisas per fråga och varierar mellan 1 % och 49 %.

Medelvärden för var och en av de studerade dimensionerna låg i allmänhet uppemot 4 och som lägst 2,7 (förekomsten av regelbundna sammankomster). Andra dimensioner som fick låga betyg var hur mycket tid personalen har och hur mycket man kommer ut.

Med samma metod som ovan har hemtjänsten uppmätts. 30 frågor ställdes. Bortfallet varierar mellan 5 % och 93 %. Medelbetyget är något lägre än för särskilt boende.

### Partille, 1998

En enkätundersökning genomfördes bland bl.a. vårdtagare på ålderdomshem och sjukhem. I tjänsteskrivelsen från Socialkontoret skriver man att ett relativt litet antal vårdtagare bedömdes kunna svara på enkäten. Studien visade att samtliga var ganska nöjda med den vård de får. Personalen fick högt betyg. Däremot kom man inte ut i den utsträckning man önskar och man fick inte heller möjlighet att utöva sina intressen.

I tabellen nedan redovisas svaren på frågan: Får du den hjälp du behöver?

**Tabell 4.19**

	Antal
Alltid	24
Oftast	6
Ibland	5
Sällan eller aldrig	0
Inget svar	0

Av tabellen framgår det att över två tredjedelar av de svarande anser att de alltid får den hjälp de behöver.

I Partille genomfördes 1998 också en enkätundersökning inom hemtjänsten. Ett slumpmässigt urval av hemtjänsttagare gjordes

och enkäter skickades ut till 337 personer. Svar kom från 244 personer. Det innebär ett bortfall på 28 %.

Undersökningen visade att vårdtagarna var nöjda med hemtjänsten. Av kommentarerna till frågorna framgår det att personalen på många ställen var stressad och att det var ont om tid. Det fanns också brister när det gäller information till vårdtagarna om vilken personal som kommer hem till servicetagaren.

### **Skara, 1998**

En brukarundersökning inom äldre- och handikappomsorgens särskilda boenden genomfördes genom att de boende fick besvara en enkät. Svaren fångades upp genom 31 intervjuare från olika föreningar i Skara. Anhörig eller annan närstående hade möjlighet att vid behov medverka vid intervjun (10 % av intervjuerna). 246 av 348 personer tillfrågades. Övriga har bedömdes oförmögna att svara. Bortfallet var 40 %.

Äldre- och handikappomsorgen fick i 10 av 17 dimensioner ett betyg på över 4,5 där 5 är max. Lägre betyg (kring 3) fick kunskaper kring brukarråd och ekonomin på de ställen där man bodde. Kommentarer om brister handlade om att personalen inte hade tid att sitta ner och prata och man ville ha mer sysselsättning. I diskussionen säger rapportförfattarna att de upplever en paradox i det faktum att brukarna säger att de får den hjälp de behöver (betyg 4,8) och att man upplever en brist på personal.

### **Skara, 2000**

Brukarnas nöjdhet har mätts genom att personer som beviljats hemvård givits möjlighet att besvara en enkät under en intervju. Femton frågor ställdes om verksamheten. 465 personer fanns i populationen. Bortfallet var 52 %.

Verksamhetens medelbetyg varierade mellan 2,4 och 4,5. Förhållanden som personal-kontinuitet, hjälp att få kontakt med andra människor, hjälp att utöva intressen, hjälp att komma ut i friska luften och i vilken mån närstående kunde vara med när hjälp diskuterades, fick låga betyg. Det samlade betyget om verksamheten var 4,5.

I tabellen nedan redovisas ett index som anger hur viktig den kvalitetsaspekt som korresponderar med respektive påstående



upplevdes vara och andelen som i hög grad instämde i redovisat påstående.

**Tabell 4.20**

	Viktighetsindex	Andel som gett högt betyg
Jag kan lätt komma i kontakt med personalen	171	87 %
Jag får den hjälp jag behöver för att kunna bo kvar i min bostad	170	88 %
Personalen bryr sig om vad jag tycker	109	76 %
Personalen kommer alltid på den tid som är överenskommen	104	65 %
Den hjälp jag får gör att jag kan klara mig bättre själv	92	83 %
Jag vet vad jag kan få för hjälp och hur mycket	74	47 %
Jag vet vart jag vänder mig om jag har frågor	70	69 %
Det är oftast samma personal som hjälper mig	69	43 %
Jag får hjälp på det sätt som jag vill	65	74 %
Jag får hjälp i min takt	38	55 %
Personalen gör inte saker åt mig som jag själv kan göra	33	85 %
Jag får hjälp att komma ut i friska luften	33	24 %
Mina närstående är med när min hjälp diskuteras	31	75 %
Hemvårdspersonalen hjälper mig att få kontakt med andra människor	15	53 %
Jag får hjälp att utöva mina intressen	9	22 %

Av tabellen framgår det att det i stort sett finns en samstämmighet mellan vad servicetagarna tycker är viktigt och det betyg de ger kvalitetsaspekten. Exempelvis är det viktigt att man lätt kommer i kontakt med personalen och det är också många som anser att man faktiskt gör det. Det finns dock avvikelser i det mönstret. T.ex. tycks det inte, generellt sett, vara viktigt att personalen avstår ifrån att göra saker, som man själv kan göra, men det är ändå många som anser att verksamheten präglas av att personalen då avstår.

En brukarundersökning med samma metod och liknande resultat genomfördes inom de särskilda boendeformerna.

### **Sollefteå, 1999–2000**

Med en total enkätundersökning har brukarnas uppfattning om äldreomsorgen uppmätts. Bortfallet var 25 %. Av brukarna var 88 % nöjda med den hjälp de fick men man saknade delaktighet. Enligt kommunens mål ska 60 % av de äldre med vårdbehov kunna bo kvar i ordinärt boende. Man uppnådde 70 %.

### **Stockholm, 1996**

En brukarundersökning inom hemtjänsten i de olika stadsdelarna genomfördes av Stockholms Stads Utrednings- och Statistikkontor. Totalt 6 115 hemtjänsttagare ingick i studien. De olika kvalitetsaspekter som studerades var personalens arbete, inflytande, bemötande, kontinuitet, trygghet, information, tillgänglighet och hur man passar tider. Bortfallet var 16 % när hänsyn tagits till att intervju inte kunde genomföras mm.

I hela Stockholm var 82 % av hemtjänsttagarna nöjda eller mycket nöjda. Endast 5 % var uttalat missnöjda. I tabellen nedan redovisas svaret på frågan: Om du gör en sammantagen bedömning av kvalitén i hjälpen du får – hur nöjd eller missnöjd är du då? Svaren redovisas på stadsdelsnivå (som stadsdelsindelningen då såg ut) som procentandelen svarande enligt de olika svarsalternativen.

**Tabell 4.21**

Stadsdelsnämndsområde	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken eller	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
Kista	36	42	15	5	2
Rinkeby	39	45	12	2	2
Spånga	41	42	11	5	1
Hässelby	49	38	8	5	0
Vällingby	36	52	5	7	0
Bromma	51	35	9	4	2
Västerled	51	36	6	5	2
Kungsholmen	35	42	17	6	1
Norrmalm	45	36	14	4	1
Östermalm	46	39	11	2	1
Högalid	45	37	12	6	1
Maria	49	31	14	5	1
Sofia	46	39	10	4	1
Årsta	37	46	13	3	1
Hammarby	46	40	13	2	0
Enskede	35	46	15	4	0
Skarpnäck	44	37	15	4	0
Sköndal	38	42	16	3	1
Farsta	40	44	12	2	1
Örby	45	36	15	3	1
Älvsjö	55	36	7	1	1
Liljeholmen	40	42	13	4	0
Hägersten	44	40	13	2	1
Skärholmen	40	40	15	4	1
Hela staden	43	39	12	4	1

**Stockholm, 1998**

(1) Inom Skärholmens stadsdel genomfördes en s.k. kvalitetsuppföljning av särskilda boendeformer. SPRI:s frågor användes, vilket innebär att det till de boende ställdes frågor om praktisk hjälp, personlig hjälp, kontakt med andra människor, sjukvårdsätgärder, snabbhet, yrkesskicklighet hos personalen etc. Bortfallet var 38 %. Det finns ingen sammanfattande bedömning om brukarnas nöjdheter.

I tabellen nedan redovisas vem som har besvarat enkäten. Såväl förhållandena för 1998 som 1997 redovisas. Totalt inkom 177 svar

år 1998 och 154 svar år 1997. Uppgifterna är redovisade i procentandelar.

**Tabell 4.22**

	1998	1997
Den boende själv	3 %	5 %
Den boende med hjälp	20 %	18 %
Endast av närstående	78 %	77%

Av tabellen framgår det att mer än tre av fyra svar kommer från närstående. Andelen ökar mellan åren.

(2) Utrednings- och statistikkontoret genomförde en totalundersökning bland brukarna av hemtjänst på Norrmalm innefattande även brukare under 65 år. De kvalitetsaspekter som ingick i studien var bemötande från personalen, arbete som görs, om avtalade tider passas, om det är lätt att nå personal, om man skapar trygghet för hjälptagarna, om man får hjälp av de man känner, om man kan påverka vad personalen ska göra och om man får information om förändringar. I undersökningspopulationen ingick ca 1 300 personer. Bortfallet var 23 %.

Sammantaget var 80 % av hemtjänsttagarna nöjda eller mycket nöjda. I tabellen nedan redovisas nöjdheten i olika åldersgrupper.

**Tabell 4.23**

Ålder	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken eller/vet ej	Missnöjd
Under 65 år	41	31	15	13
65–79 år	43	38	13	6
80 år och äldre	41	38	16	5

Av tabellen framgår att de brukare som är under 65 år är mindre nöjda än de äldre brukarna.

(3) Utrednings- och statistikkontoret genomförde en studie av hemtjänsten i hela Stockholms Stad. Studien var en del av en utvärdering av den i staden genomförda stadsdelsreformen. De kvalitetsaspekter som undersöktes i den ovan refererade studien (Stockholm, 1996) ingick också här. I det s.k. bruttourvalet ingick 15 569 personer och i nettourvalet 11 184 personer. Bortfallet i

förhållande till nettourvalet var 23 %. I förhållande till bruttourvalet var bortfallet strax över 42 %.

I hela staden var 80 % nöjda eller mycket nöjda med servicen. Detta är en något mindre andel (82 %) än i den ovan redovisade studien från 1996. Ca en tredjedel av de svarande tyckte att servicen blivit sämre det senaste året. I nedanstående tabell redovisas hur detta fördelar sig på olika alternativa aspekter av den upplevda försämringen. De svarande kan ha angett flera alternativ.

**Tabell 4.24**

Försämring	Procent
Jag får mindre hjälp nu	16
Personalen gör ett sämre arbete nu	10
Personalen har ont om tid	76
För mycket personalbyten	44
Annat	6

Av tabellen framgår det att tre fjärdedelar av dem som upplevde att servicen hade blivit sämre angav att personalen hade ont om tid.

### **Stockholm, 1999**

I stadsdelen Kungsholmen genomfördes en enkätundersökning bland hemtjänstkunderna. Totalt 781 enkäter skickades ut. Även SPRIs frågor användes också här. Bortfallet var 38 %.

I tabellen nedan redovisas svaret på frågan: Om du gör en sammantagen bedömning av kvaliteten i den hemhjälp du får – hur nöjd eller missnöjd är du?

**Tabell 4.25**

Mycket nöjd	50 %
Ganska nöjd	37 %
Varken/eller	6 %
Ganska missnöjd	5 %
Mycket missnöjd	1 %

Av tabellen framgår det att 6 % är ganska eller mycket missnöjda.

### Timrå, 1998

Till ett urval bestående av 132 personer skickades en enkät ut om äldreomsorgens olika delar. Bortfallet var 34 %. Frågorna gällde aspekter av kvalitet som information, personal, omsorg och vård.

Hög nöjdhet kan generellt konstateras. Dock ansåg många brukare att det var tveksamt om kostnaden står i rimlig proportion till insatsen/hjälpen. (Sannolikt menas om avgiften står i rimlig proportion insatsen/hjälpen). I nedanstående tabell redovisas svaren på frågan: Anser ni att beslutet (biståndsbeslutet) var tydligt och lättförståeligt?

**Tabell 4.26**

Svarsalternativ	Antal	Andelar
Ja	35	74 %
Nej	4	9 %
Tveksam	3	6 %
Vet ej	5	11 %

Av tabellen framgår det att tre av fyra i de olika boendekategorierna otvetydigt ansåg att beslutet var tydligt och lättförståeligt.

### Umeå, 1998

En stort upplagd studie med frågor till brukare, anhöriga och personal inom äldre- och handikappomsorgen har genomförts. I denna frågades om olika kvalitetsdimensioner: Trivsel, trygghet, rehabilitering/habilitering, personlig hygien, integritet, kontinuitet, "natten", aktiviteter, medicinsk vård, personal, måltiderna och miljö. Bortfallet bland brukarna var drygt 40 %.

I rapporten från studien drar man läsa slutsatsen att vården och omsorgen håller god kvalitet. Dimensionerna dokumentation, aktiviteter och rehabilitering fick dock låga omdömen. När det gäller kvalitetsdimensionen "natten" fick hemtjänsten lägre betyg än verksamheten inom särskilt boende. I rapporten menar man att dessa förhållanden inte är förvånande med tanke på hemtjänstens särställning i förhållande till de övriga boendeformerna.

### **Uppsala, 1999**

(1) En totalundersökning genom postenkät inom hemtjänsten har genomförts. Följande kvalitetsdimensioner ingick i studien: Förhållande till personalen, utförda tjänster, omsorgskontinuitet, ledning och fördelning av arbetstiden, inflytande över arbetet i hemmet, mat på bestämda tider, inflytande över tider för hjälpen och personkontinuitet. Bortfallet var 28 %. Omdömena varierade från 4,9 ner 2,9. Förhållande till personalen fick högst omdöme och personalkontinuitet lägst.

(2) Gottsunda kommun del genomförde en enkät/intervjuundersökning bland äldre över 65 år med annat ursprungsland än Sverige. Syftet var att öka kunskapen om och förutsättningarna för äldre med annat modersmål än svenska. Bortfallet i egentlig mening framgår inte av rapporten, men 229 av 404 personer som ingår i gruppen har intervjuats. Resultatet är att det finns förutsättningar att ordna särskilda lösningar bara för de största språkgrupperna.

### **Värmdö, 1998**

Inom hemtjänsten genomfördes en enkät, där 18 av 30 personer svarade. Bortfallet var alltså över en tredjedel.

Alla angav sig vara nöjda med den personliga hjälpen. Man var dock mindre nöjd med den praktiska hjälpen. Knappt hälften tyckte att de tyckte att deras behov av omväxling, stimulans, kontakt med andra och promenader blev väl tillgodosedda. Man kände stor trygghet i sitt boende.

I en enhet inom det särskilda boendet genomfördes en enkätundersökning, där 23 av 39 boende svarade. Bortfallet var alltså 41 %. Man var nöjd både med den personliga och praktiska hjälpen. Man fick snabb hjälp. Men en del boende upplevde att de fick för lite omväxling, stimulans och kontakt med andra.

### **Västervik, 1999**

I syfte att utröna om höjda avgifter var en orsak till minskat antal hemtjänsttagare genomfördes en enkätundersökning riktad till 58 personer som av sagt sig hemtjänsten. Bortfallet var 28 %. 26 personer svarade att de avstod p.g.a. avgiften.

## 5 Kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården

*Brukarundersökningar visar huvudsakligen upplevelsen av kvaliteten i vårdprocessen. De behöver kompletteras med olika indikatorer som också mäter vårdens resultat i återvunnen hälsa och förbättrad livskvalitet. Inom ramen för Socialstyrelsens arbete har ett antal kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården tagits fram. Vi har här valt att presentera ett urval av dessa.*

*Indikatorerna visar att den svenska hälso- och sjukvården under 1990-talet bidragit till en minskad dödlighet i många sjukdomar och gett förbättrad livskvalitet. Detta är naturligtvis ett betyg som är gott nog. Men indikatorerna visar också på ett antal områden där det förekommer onödiga brister. Ett sånt område, där resultaten i och för sig förbättrats men där det fortfarande återstår brister, är diabetesvården.*

Denna rapport är huvudsakligen inriktad på mätning av kvalitet genom brukarundersökningar. I detta avsnitt behandlas dock andra sätt att mäta kvalitet, nämligen genom kvalitetsindikatorer. Framställningen är begränsad till hälso- och sjukvården. När det gäller äldreomsorgen saknas tyvärr nationellt jämförbara kvalitetsindikatorer. En utveckling av kvalitetstänkandet pågår emellertid på många håll och lokalt tas indikatorer fram för att belysa exempelvis förekomsten av trycksår, brister i näringstillförsel, överdrivet utnyttjande av läkemedel etc.. (jfr diskussion i kap.6 nedan).

### *Vad är en kvalitetsindikator?*

En indikator är ett kvantitativt mått som kan användas för att följa upp och värdera olika förhållanden. Nationalencyklopedin definierar termen Kvalitetsindikator (inom vården) som en mätbar variabel som används för att registrera viktiga aspekter av vårdkvalitet som risk för trycksår, och risk för fallskador. Med



hjälp av indikatorer kan man identifiera förhållanden och områden som bör studeras närmare när det gäller orsakssamband och möjligheter till förbättring.

### *Mått och mätmetoder*

Att följa upp sin verksamhet är grundläggande i allt förbättringsarbete. Valet av mått och mätmetoder påverkas av vilket syfte man har med uppföljningen, om man arbetar i en klinisk vardag och vill ha konkreta verktyg för att kunna förändra sin praxis eller om man är en statlig myndighet som vill få en övergripande uppfattning om utvecklingen i svensk vårdkvalitet. Som påpekades i inledningen är det vanligt att studera tre aspekter på kvalitet: strukturkvaliteten, processkvaliteten och resultatkvaliteten.

Resultatkvaliteten avser slutmålet: Vilken effekt vårdens insatser har på patienterna. Struktur och process är vägen dit (vilken i sig naturligtvis kan vara väl så väsentlig). Länge utgjorde strukturmåtten huvuddelen av vad man på övergripande nivå visste om vården. Tillgången på läkare och vårdplatser utgjorde ryggraden i denna typ av mått. Processmått handlar om hur vården utförs "här och nu" och blir därför känsligare för att identifiera brister i vården. De är också lättare att använda som konkret utgångspunkt i ett förändringsarbete. I många fall, t ex palliativ vård inom hälso- och sjukvården samt för en stor del av äldreomsorgen, är också själva processen en stor del av syftet med vården.

I det internationella arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer kan man se en tydlig trend mot ett ökad användning av process- och resultatmått på bekostnad av strukturmått, eftersom sambandet mellan struktur och vårdresultat ingalunda är givet. Inom hälso- och sjukvården handlar utvecklingen om att ta fram mått som utifrån omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap beskriver vårdprocessen och mäter resultatet av en behandling. Det finns emellertid flera problem med resultatmått. Den största svårigheten är kanske att det alltid är flera faktorer, kända och okända, hos patienten och dess omgivning som förutom vårdens insatser påverkar det som vi kallar vårdresultatet, t ex överlevnaden efter en hjärtinfarkt.

### *Nationella kvalitetsregister*

Antalet kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården har successivt ökat, speciellt under i 1990-talet. Idag finns ett 50-tal kvalitetsregister som är, eller utvecklas för att bli, rikstäckande. Deras syfte varierar liksom hur och när de kommit till, men har alla gemensamt att de startats av representanter för den medicinska professionen. De har byggts upp som stöd för kvalitetsutveckling vid den egna kliniken, regionen eller landet. Registerhållarna finns spridda bland olika kliniker och sjukvårdshuvudmän. Registren är kraftfulla instrument för kvalitetsarbetet och ett av de viktigaste syftena med dem är att bidra till kvalitetsutveckling inom svensk hälso- och sjukvård och till utjämnande av de skillnader som finns i vården samt till kostnadsbesparingar.

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen samverkar på central nivå och lämnar ekonomiskt och på annat sätt aktivt stöd för skapande och utveckling av de nationella kvalitetsregistren. I detta arbete medverkar också Svenska Läkaresällskapet med dess sektioner. Sedan 1990 har medel avsatts inom ramen för de s. k. Dagmaröverenskommelserna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för att stödja utveckling och drift av registren.

#### **5.1 Ett urval av kvalitetsindikatorer**

I kunskapsöversikten "Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården" (Dnr 52 18/2001) beskriver Socialstyrelsen ett antal kvalitetsindikatorer. Nedanstående indikatorer är hämtade från denna skrift.

Det urval av indikatorer, som redovisas nedan, ger bara en mycket begränsad bild av kvaliteten inom hälso- och sjukvården och hur denna utvecklats på senare år. Dessutom speglar utvecklingen av indikatorerna inte bara förändringar av vården. Andra förhållanden kan t.o.m. vara viktigare. I vårt urval ingår som exempel måttet "Andel kariesskadade 12 år gamla barn". Till en del beror naturligtvis en minskning av denna andel på tandvårdens insatser. Men det är också klart att andra faktorer, som hänger samman med förändrade samhällsförhållanden, påverkar andelen. Även för övriga indikatorer som ingår i urvalet finns andra faktorer än hälso- och sjukvårdens kvalitet, som kan ha inverkat på indikatorns utveckling.

## **Andel diabetespatienter med medelglukosnivå (HbA1c) under 6,5 procent**

### *Definition*

Glukerat hemoglobin (HbA1c) är ett mått på medelglukosnivån under föregående 6–8 veckor. Normalområdet för icke-diabetiker är 3,3–5,3 procent.

### *Bakgrund*

Analysmetoden för HbA1c varierar i landet och medför stora skillnader mellan olika regioner. Konsensus föreligger nu om att standardisera HbA1c metoden i Sverige. Arbetet är långt framskridet och enligt uppgift har nu samtliga sjukhuslaboratorier samma referensområde.

HbA1c-nivån avspeglar den genomsnittliga B-glukosnivån över tiden, men ger ingen indikation om vad som behöver förändras för att åstadkomma förbättring. Prov för HbA1c tas med 3–4 månaders mellanrum (kostnad ca 50 kr/analys).

HbA1c är således ett mått på den viktiga metabola kontrollen. Generell målsättning för metabol kontroll är följande:

- < 6,5 %: God kontroll,
- 6,5–7,5 %: gränsområde,
- > 7,5 % otillfredsställande.

Det är visat utan all tvekan i flera stora studier för både typ 1 och 2 diabetes att god metabol kontroll minskar risken för ögon-, njur- och nervsjukdomar samt åderförkalkning med ökad risk för hjärtinfarkt, stroke och perifer kärlinsufficiens som följd. Denna indikator är således ett mått på diabetesvårdens kvalitet.

### *Utveckling under 1990-talet*

Andelen över den angivna nivån har stadigt minskat, men fortfarande ligger mer än 70 procent av landets diabetespatienter över gränsnivån.

## **Dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt**

### *Definition*

Med dödlighet avses här andelen av alla fall av akut hjärtinfarkt, som dör infarktdagen eller inom 28 dagar efter infarkt.

### *Bakgrund*

Dödlighet är en mycket grov och svårvärderad kvalitetsindikator vid hjärtinfarktvård, eftersom den påverkas utomordentligt kraftigt av många yttre faktorer<sup>1</sup>. Utvecklingen av dödligheten bör därför endast användas som resultatmätt i mycket stora patientgrupper. Den kan inte utgöra en kvalitetsvariabel vid jämförelser mellan sjukhus.

### *Utveckling under 1990-talet*

Den åldersstandardiserade dödligheten minskade från 47 till 41 procent för män och från 43 till 37 procent för kvinnor mellan 1990 och 1997.

## **Dödlighet inom tre månader efter stroke**

### *Definition*

Med dödlighet avses här andelen av alla patienter, som vårdats på sjukhus för akut stroke med diagnosen stroke definierad enligt WHO:s definition och som dött inom 3 månader. Ett undantag är dock att diagnosen subarachnoidalblödning (ca 5% av de strokedrabbade) ej ingår.

### *Bakgrund*

Variationer i dödlighetsdata kan ha många orsaker såsom sättet att ange diagnos och patienternas sammansättning med avseende på ålder och kön, svårighetsgrad av sjukdomen och riskfaktorprofil. Även geografiska förhållanden som avstånd till sjukhus kan spela

---

<sup>1</sup> Till exempel: Kön, ålder, geografisk indelning, landsting och sjukhus. En ytterligare påverkande faktor kan vara förekomsten av annan sjukdom.

in. Vårdkvaliteten kan naturligtvis påverka dödligheten. Men innan man kan dra säkra slutsatser om vårdkvalitet utifrån dödlighetsdata måste man ha kontroll över ovan nämnda faktorer.

Strokepatienter som avlider tidigt i förloppet dör oftast av den inträffade hjärnskadnan. Denna dödlighet har man hittills inte kunnat påverka i nämnvärd grad. Dödligheten som inträffar senare (efter första veckan) kan ofta ha sin orsak i sekundära komplikationer och dessa kan man ofta undvika genom god vård. Dödligheten 3 månader efter slaganfallet kan sålunda avspegla kvaliteten på vården bättre än dödligheten under första veckan.

### *Utveckling under 1990-talet*

Dödligheten har legat stabilt på omkring 17–18% (tabell 5.1). Oförändrade dödlighetsciffror innebär, med stor sannolikhet, en reell sjunkande dödlighet<sup>2</sup>. Detta med anledning av att antalet personer som vårdats på sjukhus för akut stroke ökat över tid vilket borde lett till en ökning av registrerade tidiga dödsfall givet oförändrat dödlighet.

**Tabell 5.1**

År	Alla	män	Kvinnor*
1995	17,0	16,0	18,2
1996	17,0	15,1	18,9
1997	16,2	14,2	18,3
1998	18,2	16,5	19,9
1999	18,0	16,1	20,0
2000	17,9	15,9	19,9
2001**	18,3	16,9	19,7

\*kvinnor är i snitt 4 år äldre än männen vilket förklarar den högre dödligheten

\*\*data för detta år är endast för första halvåret

<sup>2</sup> Uppgift om 3 månaders dödligheten kommer från det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke som startade 1995. Registret har succesivt ökat sin täckning från att 1995 endast täcka ca 20 % av alla strokepatienter i landet till att idagsläget täcka ca 85 %

## **Andel strokepatienter vårdade på strokeenhet**

### *Definition*

Med andel strokepatienter vårdade på strokeenhet avses andelen av totala antalet strokepatienter registrerade i Riks-Stroke som fått vård vid särskild strokeenhet. Det ideala måttet torde vara andelen på särskild strokeenhet vårdade strokepatienter av dem som levande inkom till sjukhus. Då denna data inte idag finns tillgänglig för samtliga strokepatienter används data från kvalitetsregistret Riks-Stroke som täcker 80% av samtliga strokepatienter i landet.

### *Bakgrund*

Vård vid strokeenhet har visats reducera både dödlighet och handikapp jämfört med vård vid vanlig avdelning. Metaanalys av olika randomiserade studier har visat en relativ riskreduktion av strokeenhetsvård för dödlighet på 18% och för dödlighet/institutionsboende på 30%.

Strokeenhet är ett funktionellt begrepp och de nyckelprinciper, som karaktäriserar vård vid strokeenhet, omfattar bl.a. multidisciplinärt arbete i team med specialutbildad personal som läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och vid behov logoped, kurator, psykiater, psykolog och dietist. Fastställt program för utredning och behandling, tidig aktiv rehabilitering, regelbunden registrering av insatser, resultat och funktionsnivå och utskrivningskonferens för planering av fortsatt vård i nära samarbete med rehabiliteringsklinik, primärvård, kommun etc. poängteras också.

I de nationella riktlinjer för Strokesjukvården som publicerades våren 2000 är en fortsatt utbyggnad av strokeenheter i landet den högst prioriterade bland rekommenderade åtgärder.

### *Utveckling under 1990-talet*

Som tidigare nämnts rekommenderas i de nationella riktlinjerna för strokesjukvård att alla strokepatienter i landet bör få tillgång till vård vid strokeenhet. Enligt Riks-stroke får nu cirka 70% av patienterna vård vid strokeenhet. Detta är sannolikt en för hög siffra. Patienter som vårdas vid strokeenhet rapporteras sannolikt mera fullständigt än patienter som vårdas vid vanliga

vårdavdelningar. Fördjupad bortfallsstudie pågår. Det finns sålunda utrymme för betydande organisatoriska förbättringar av stroke-sjukvården i landet. Jämförelsen mellan landstingen avslöjar betydande skillnader.

## **Dödlighet i bröstcancer och cancer i grovtarm och ändtarm**

### *Definition*

Dödlighet i bröstcancer och cancer i grovtarm och ändtarm per år (åldersstandardiserad).

### *Bakgrund*

Stora kliniska prövningar och många epidemiologiska studier visar att dödligheten i dessa båda tumörformer alldeles tydligt är påverkansbar av både tidig upptäckt och effektiva behandlingsprogram. Var för sig har inte tidig diagnos, rätt utförd operation, tillägg av strålbehandling och/eller av cytostatika någon drastisk effekt, men kombinationen av dessa i en vårdprocess har märkbara effekter. Dödligheten i dessa tumörformer mäts således i en vidare mening effekten av en vårdprocess där många aktörer måste samverka, t ex för bröstcancers del för en del patienter i alltifrån kallelse till mammografi till kontroll under fem eller flera års hormonbehandling efter operationen.

Bröst- och grovtarmscancer har valts därför att de är vanliga cancersjukdomar och därför att det i båda fallen finns omfattande kliniska studier som ligger till grund för nationella (bröstcancer) eller regionala (grovtarms- och ändtarmscancer), tämligen detaljerade vårdprogram. De föreslagna aktiviteterna i vårdprogrammen ingår dessutom i en process/vårdkedja, som inbegriper många olika medicinska specialiteter och kräver samordning för att vara effektiv.

### *Utveckling under 1990-talet*

Den åldersstandardiserade dödligheten i bröstcancer minskade från 31,9 till 29,6 per 100 000 invånare mellan 1990 och 1997. Den åldersstandardiserade dödligheten i cancer i grovtarm och ändtarm minskade från 26,7 till 23,7 per 100 000 invånare för kvinnor och

från 35,7 till 34,0 per 100 000 invånare för män under perioden 1990–1997.

### **Antal yrkesverksamma allmänläkare inom landstingets primärvård per 100 000 invånare**

Tillgängligheten till primärvårdens medicinska kompetens bestäms ytterst av tillgången till primärvårdsläkare. God tillgång till primärvårdsläkare betyder givetvis inte automatiskt lika tillgång till primärvård för hela befolkningen. Men med den organisation och starka politiska inflytande som finns för sjukvården inom största delen av vårt land bedöms ändå andelen yrkesverksamma primärvårdsläkare ha ett starkt samband med det genomsnitt som primärvården har inom sjukvården.

I den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (Proposition 1999/2000:149) framhålls att antalet läkare i primärvården måste öka för att ge primärvården praktiska förutsättningar att vara basen i hälso- och sjukvården. Då skapas möjlighet för alla invånare som önskar att få behandling av och välja en egen läkare, en familjeläkare. Oavsett tidpunkt på dygnet ska invånarna kunna få hjälp eller vägledas av den öppna vården.

Sverige är ett av de läkartätaste länderna i världen med 1 läkare per 315 invånare, problemet är att vi har för få allmänläkare i förhållande till andra specialister.

#### *Utveckling under 1990-talet*

År 1990 fanns i Sverige ca 4 200 allmänläkare, motsvarande 1 allmänläkare per 2 045 invånare. År 2001 hade antalet ökat till 4 880, vilket motsvarar 1 allmänläkare per 1 826 invånare.

### **Andelen av bräckopererade som fått återfall (recidiv) av sitt bräck**

#### *Definition*

Andelen av samtliga bräckopererade patienter som efter en viss tid fått återfall (recidiv) av sitt bräck och därmed behöver en ny bräckoperation.



### Bakgrund

Bräckoperation är den vanligaste operationen hos vuxna män. Årligen utförs 16 000 – 20 000 sådana ingrepp i Sverige. Ljumsckbräck är ett vanligt tillstånd och indelas traditionellt i grupperna laterala (indirekta) bräck, mediala (direkta bräck) och femorala bräck. Vid undersökningar av 54- respektive 62-åriga män i Göteborg fann man att 22 respektive 30 procent hade bräck eller hade opererats för bräck tidigare. Prevalensen av bräck hos män är mellan 5–10 gånger högre än hos kvinnor. En successivt ökande del av bräckoperationerna görs i öppen vård. Det har skett en förändrad användning av operationsmetoder. Öppna operationer har successivt minskat till förmån för nyare teknologi. Under 1997 gjordes 56 % av alla bräckkirurgiska operationer som dagkirurgi. Denna andel bedöms kunna höjas ytterligare utan att man riskerar försämrad vårdkvalitet. Andelen av de opererade som efter viss tid fått återfall (recidiv) av sitt bräck är ett omvänt mått på kirurgins kvalitet. Andelen recidiv har hittills varit ett av huvudkriterierna för det nationella kvalitetsregistret.

### Utveckling under 1990-talet

**Tabell 5.2 Andelen omoperationer (recidiv) i förhållande till det totala antalet operationer vid registrerade sjukhus**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Totalt
Sjukhus/ enheter	8	8	9	19	21	29	37	45	53	
Registre- rade bräck	1 690	1 645	2 286	3 330	4 055	5 918	8 216	9 256	10 346	46 745
Varav recidiv- bräck, %	16,4	15,9	16,5	17,1	15,8	14,4	15,2	13,1	12,3	14,2

Nationellt register för bräckkirurgi har visat att andelen omoperationer (recidiv) i förhållande till det totala antalet operationer vid registrerade sjukhus är relativt hög, omkring 15 %. Dock råder variationer inom landet. Samtidigt framgår det av tabellen att andelen som fått återfall sjönk mellan 1992 och 1999 från 16,4 till 12,3 procent.

## **Förekomst av lokala återfall efter kirurgi för ändtarmscancer**

### *Definition*

I det nationella registret för ändtarmscancerkirurgi följs vissa årskohorter av patienter upp (f n de som behandlats 1995 och 1997). Lokala återfall i kvarvarande ändtarm eller på platsen för borttagen ändtarm, som upptäcks med klinisk undersökning samt vävnadsundersökning eller med röntgenologiska metoder med eller utan vävnadsundersökning, rapporteras.

### *Bakgrund*

Ett lokalt återfall efter behandling för ändtarmscancer är svarbehandlat, innebär mycket lidande för patienten och påverkar möjligheten till bot på längre sikt. Risken för lokala återfall påverkas av tumörens stadium vid upptäckt, av hur man kombinerar strålbehandling och kirurgi och av den kirurgiska tekniken. Den kirurgiska tekniken kräver utbildning och erfarenhet inom området. Indikatorn avspeglar således som bröstcancerindikatorn ovan såväl organisation och process som utbildningsgrad och kännedom om aktuella behandlingsprinciper. Det är rimligt att anta att en välorganiserad vård med bra resultat inom bröst- och ändtarmscancer också delvis avspeglar cancervårdens organisation i stort.

### *Utveckling under 1990-talet*

Varierar med mellan 5,6 och 14,2 procent i landet. Tidsserien saknas men indikator visar på stora regionala variationer.

## **Perinatal dödlighet och spädbarnsdödlighet**

### *Definitioner*

Med spädbarnsdödlighet avses antalet levandefödda barn som avlider inom ett år efter födelsen per 1000 levande födda barn.

Perinatal dödlighet avser summan av antalet dödfödda barn och antalet barn som avlidit första levnadsveckan per 1000 födda. Som

dödfött betraktas alla barn födda efter minst 28 kompletta graviditetsveckor och som saknar livstecken.

### *Bakgrund*

Spädbarnsdödlighet används i stor utsträckning för att belysa skillnader mellan t.ex. länder vad gäller levnadsnivå. Stora skillnader i olika befolkningars livsvillkor, exempelvis bostadsförhållanden, näringsintag och hygien, bidrar väsentligt till uppmätta skillnader. Även den medicinsk-tekniska utvecklingsnivån i form av t ex organiserad förlossningsvård, utbyggd neonatalvård, barnhälsovård etc. bidrar till uppmätta skillnader. Den perinatale dödligheten belyser omhändertagandet under graviditet och i samband med födelsen.

Det finns flera betydande orsaker till perinatal- och spädbarnsdöd. En stor del av dödsfallen är orsakade av medfödda missbildningar och tillståndet vid födelsen är också i övrigt mycket viktigt för nyfödda barns överlevnadsmöjligheter. Både för tidig födsel och hämmad fostertillväxt ökar risken för dödföddhet och att dö under spädbarnsperioden.

Graviditetstiden är en avgörande faktor för späda barns risk att dö. Ungefär 3 procent av barnen som har fötts för tidigt dör under första levnadsåret medan motsvarande dödlighet bland barn födda med en längre graviditetstid är 0,1–0,2 procent. Nyfödda med extremt låg födelsevikt (<1000 gram) har numera goda överlevnadsmöjligheter. Risken för bestående allvarliga men är nu relativt liten också hos dessa barn.

Plötslig spädbarnsdöd har varit en dödsorsak av stor betydelse. Vad som orsakar plötslig spädbarnsdöd är trots intensiv forskning osäkert men man vet att risken är mindre bland barn till mammor som inte röker, bland spädbarn som sover på rygg eller på sidan, och bland barn som ammas. Dödligheten i plötslig spädbarns död ökade under 1970-talet fram till början av 1990-talet. Sedan 1992 till 1994 då rådet att spädbarn bör ligga på rygg infördes har dödligheten mer än halverats.

Sociala faktorer påverkar risken för perinatal- och spädbarnsdödlighet även om effekterna av en socialt mindre gynnsam social situation är relativt måttliga i Sverige. Tidigare har vissa regionala skillnader i perinatal- och spädbarnsdödlighet kunnat iakttas. Bland annat har Norrbottens län och Blekinge län uppvisat högre dödlighet än övriga områden i Sverige. Skillnaderna har dock inte

varit stora. Med den låga nivå på dödligheten vi har numera kan man inte längre fastställa några klara tendenser vad gäller regionala skillnader och varken Norrbotten eller Blekinge avviker längre. Flickor har en lägre dödlighet under hela första levnadsåret jämfört med pojkar. Av de spädbarn som dör är knappt 60 procent gossar och drygt 40 procent flickor.

Numera dör mycket få barn under det första levnadsåret. Dock pekar vissa faktorer på att vi skulle kunna uppnå en ytterligare sänkning av spädbarnsdödligheten. På kort sikt kommer troligen nedgången att vara relativt obetydlig. Genom ett optimerat omhändertagande av omogna nyfödda, genom t ex ytterligare förbättrad intensivvård av nyfödda och ännu effektivare remitteringar, är en förbättring tänkbar. Likaså är det troligt att färre barn dör till följd av plötslig spädbarnsdöd eftersom rökvanorna gradvis förbättras bland gravida och troligen bland spädbarnsföräldrar. Mot en lägre spädbarnsdödlighet verkar en mindre gynnsam åldersfördelning bland kvinnor som föder barn. Allt fler kvinnor föder barn senare i livet och hög ålder på kvinnan ökar risken för allvarliga komplikationer. Dessutom medför vissa åtgärder vid ofrivillig barnlöshet fler tvillingförlossningar, vilket i sig innebär något högre risker under spädbarnsperioden.

### *Utveckling under 1990-talet*

Spädbarnsdödligheten har fortsatt att minska, från 6,0 per 1000 levandefödda barn år 1990 till drygt 3,4 år 1999. Den perinatale dödligheten minskade under samma tid från 6,8 till 5,7 per 1000 födda.

## **Vaccinationstäckning ifråga om basprogrammet för allmän vaccination**

### *Definition*

Andel barn vaccinerade i enlighet med basprogrammet.

### *Bakgrund*

De klassiska smittosamma barnsjukdomarna utgör inte längre något stort problem tack vare de omfattande vaccinationer som

sedan länge genomförts i enlighet med det allmänna vaccinationsprogram som erbjuds alla barn i Sverige.

Effektiviteten av vaccination framgår som exempel av att smittkoppor globalt sett har utrotats och att mässling blivit en sällsynt barnsjukdom i Sverige. Vaccination mot barnsjukdomar anses vara en av de viktigaste anledningarna till att barnadödligheten gått ned i världen.

Vaccination är samtidigt också ett av de mest kostnadseffektiva sätten att höja hälsolivån. En viktig förutsättning är att tillräcklig täckningsgrad (dvs. andel vaccinerade i en population) uppnås föra att förhindra spridning av sjukdomen. I takt med att en sjukdom blir alltmer sällsynt upphör rädslan för den och dess komplikationer. I stället uppmärksammas de eventuella komplikationer som vaccineringsförfarandet kan åstadkomma. Detta kan bli ett problem trots att frekvensen av vaccinationskomplikationer endast utgör en bråkdel av frekvensen av komplikationen av sjukdomen i sig själv. Tveksamhet kan uppstå hos allmänheten om nödvändigheten och vinsten av vaccination. En målsättning som angivits är att täckningsgraden för vaccinationer bör ligga mellan 96 och 99 procent för att god effekt och gott skydd skall uppnås på populationsbasis.

#### *Utveckling under 1990-talet*

Antalet kommuner med mindre än 90 procents vaccinationstäckning med MPR-vaccin har under senaste femårsperioden nästan fyrdubblats från 7 till 27.

### **Andelen tolv år gamla barn med kariesskador**

#### *Definition*

De epidemiologiska uppgifterna för tolv år gamla barn avser förekomst och utbredning av karies. Uppgifterna registreras som index - DFT (D=Decayed (karierad), F=Filled (fylld) och T=Teeth (tand))

Komponenten D i indexet DFT representerar endast karies som når in till eller in i dentinet. Registreringen är i enlighet med WHO:s rekommendationer. Detta innebär att personer registreras som kariesfria även om de uppvisar kariesangrepp som är begränsade till emaljen. Dessa personer är i egentlig mening inte utan

kariesskador. Sådana skador skall dock enligt nuvarande uppfattning inte föranleda reparativ behandling utan endast förebyggande åtgärder.

Diagnosen karies vid registreringen bygger på en kombination av klinisk och röntgenologisk undersökning. Definitionen av begreppet karies – som når in i dentinet – är enhetlig i riket vid registrering av epidemiologiska data enligt tidigare uppgifter från tandvårdscheferna.

### *Bakgrund*

Indikatorer som beskriver förändringar av kariesförekomsten hos barn och ungdomar belyser tandvårdens insatser för att minska tandsjukdomen karies. Genom att ta med uppgifter om andelen tolv år gamla barn med kariesskador finns möjlighet att jämföra situationen i Sverige med det mål som WHO satt upp för tandhälsan på nationell nivå. Indikatorerna har vidare den fördelen att de kan redovisas som trender från år 1985.

### *Utveckling under 1990-talet*

Medelvärde för antal kariesade och fyllda (DFT) tänder hos 12-åringar sjönk från 2,0 till 0,9<sup>3</sup> mellan 1990 och 1999.

---

<sup>3</sup> Baserar sig på 59 % av alla 12-åringar.

## 6 En sammanfattande bild av resultaten i undersökningar om brukares upplevelser av äldreomsorg och hälso- och sjukvård

### 6.1 Olika metoder att mäta kvalitet och brukartillfredsställelse – möjligheter och begränsningar

Om man utgår från tjänsteforskningens definition av kvalitet finns det i princip endast ett sätt att mäta kvalitet, nämligen genom undersökningar som vänder sig direkt till brukarna. Emellertid kan det på grund av vårdens speciella karaktär finnas starka skäl att definiera vårdkvalitet till att omfatta såväl teknisk kvalitet som mellanmänsklig kommunikation. Den förra aspekten på kvaliteten mäts då lämpligen genom olika indikatorer, huvudsakligen avseende struktur- och resultat kvalitet, medan den senare kan mätas genom olika typer av enkät- eller intervjuundersökningar med tonvikt på processkvaliteten.

#### *Det räcker inte att fråga brukarna*

När det gäller brukarundersökningar kan dessa antingen vara allmänna eller riktade mot en speciell grupp av brukare. Allmänna undersökningar, som alltså riktar sig till hela målgruppen, krävs om man är ute efter att studera den aspekt på kvalitet som har att göra med behovstäckning, dvs. om alla som behöver vården också får den: I vilken utsträckning har personer med behov överhuvudtaget fått vård och omsorg? Träffar vården rätt personer – s.k. "target efficiency"? Vilka är skälen till att personer med behov inte fått vård och omsorg? Har man fått erbjudande om vård men av olika skäl avstått? Eller har man tidigare fått t ex någon form av äldreomsorg men efter ett tag tackat nej till fortsatta insatser? Detta är frågor av central betydelse vid diskussioner om vårdens och omsorgens kvalitet.

Ett problem vid brukarundersökningar är att ställa de rätta frågorna, dvs de som är relevanta för en kvalitetsbedömning. Det är inte självklart att vårdgivaren/frågeställaren och brukaren (eller personer som svarar i brukarens ställe) har samma uppfattning. Dessa kanske tycker att helt andra saker är viktiga. (Detta är givetvis intressant i sig. Som framgått ovan förekommer det i undersökningar att man låter brukarna markera vad de tycker är viktigast).

Ett sätt att komma runt problemet att ställa de rätta frågorna är att i stället för undersökningar med färdiga frågor hämta in brukarsynpunkter genom fokusgrupper eller mer eller mindre strukturerade djupintervjuer. Man kan också använda öppna frågor, som ger brukaren möjlighet att utveckla sina synpunkter. Nackdelen med dessa metoder är å andra sidan att de är svåra att göra på ett systematiskt och jämförbart sätt. En upprepad undersökning ger då inte svar på om det inträffat några förändringar – annat än i mycket allmänna termer.

### *"Allmän nöjdhet" är svår att tolka*

Resultatet av en brukarundersökning kan ofta vara rätt intetsägande i sig. En viss proportion – vanligen ganska hög, ofta 70 – 80 % eller mer – förklarar sig vara mycket eller ganska nöjd och en minoritet är mycket missnöjd. Problemet vid tolkningen av detta är att det verkar finnas en allmän tendens i Sverige och flera andra länder att svara positivt på allmänna frågor huruvida man är nöjd eller inte. Erfarenheterna visar att även om det kan förekomma ett stort missnöje inom de studerade populationerna så är det svårt att spegla hur omfattande detta missnöje är med övergripande frågor om man är nöjd eller missnöjd. Mer intressant är att jämföra resultatet med resultat från studier med andra vårdgivare eller brukargrupper eller om man kan se en förändring över tiden. Även om det är svårt att få ett absolut mått på andelen nöjda och missnöjda i de olika grupperna bör man kunna utgå ifrån att eventuella skillnader i resultaten speglar att de studerade grupperna också skiljer sig åt i sina uppfattningar. Detta förutsätter givetvis att de olika undersökningarna har en jämförbar uppläggning och att man använder en metodik som är stabil över tiden. Som framgått av genomgången i tidigare kapitel är så inte alltid fallet.



### *Det behövs en gemensam metodik*

Det har på senare år genomförts ett mycket stort antal undersökningar i kommuner och landsting med växlande metodik och varierande syften. Den sk Vårdbarometern (jfr ovan), som nu genomförs av allt fler landsting, är ett exempel på standardisering i syfte att öka jämförbarheten. Det är angeläget att utvecklingen av standardiserade metoder fortsätter. Till viss del är dock problemet olösligt genom att varje undersökning måste vara styrd av sitt syfte och dessa syften uppenbart kan variera mellan olika vårdgivare eller intressenter. Ett annat problem är att om en vårdgivare startat en serie undersökningar med en viss metodik riskerar denne att förlora jämförbarheten över tiden vid övergång till en standardiserad uppläggning som medger jämförbarhet med andra. Uppenbart är det här nödvändigt med kompromisser för att tillgodose olika önskemål så väl som möjligt. De lokala "hemlagade" mätmetoderna har många gånger brister i uppläggning och genomförande som gör resultaten mindre användbara. Socialstyrelsen har utarbetat en handbok som stöd för uppläggningsen av brukarundersökningar inom vård och omsorg för äldre i syfte att öka kvaliteten och användbarheten (Socialstyrelsen, 2001). Det är i hög grad angeläget att gemensamma metoder utvecklas och att så många som möjligt följer dessa i uppläggningsen av undersökningar. Ett sådant arbete har inletts inom ramen för Socialstyrelsens Samspraksprojekt, som är en del av den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården.

### *Vilka som inte svarat (och varför) avgör om bortfallet har någon betydelse eller ej*

Ett problem vid alla mätningar av det här slaget är bortfall beroende antingen på att man inte vill svara eller på att man inte kan. Om bortfall äventyrar tillförlighet och representativitet i resultaten beror helt på dess sammansättning. En 50%-ig svarsfrekvens kan vara helt tillfyllest om bortfallet är slumpmässigt. Omvänt kan ett 10%-igt bortfall göra en undersökning värdelös om detta är koncentrerat till en mycket avvikande grupp av brukare. Detta pekar på betydelsen av att analysera bortfallet närmare – något som tyvärr sällan görs. Ibland använder man vid brukarundersökningar helt anonyma enkäter, vilket omöjliggör någon närmare analys av vilka som svarat respektive inte svarat. Anonymitet är givetvis viktig för att man

skall få uppriktiga svar, men man måste veta vilka som lämnat in uppgifter och vilka som inte gjort det.

Bortfall kan bero på att brukaren aktivt avböjer att svara som uttryck för en känsla av integritetsintrång eller av ovilja att ge dåligt betyg till personal som man vet har en svår arbetssituation. Under sådana omständigheter leder bortfallet självfallet till en skev bild av brukarnas tillfredsställelse med vården. Generellt är det idag svårare än för några decennier sedan att få ett högt deltagande i undersökningar av detta slag. Opinionsbildare har här ett ansvar att lyfta fram den medborgerliga, demokratiska skyldigheten att medverka i undersökningar, som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla gemensam verksamhet, som kommer eller kan komma alla medborgare till del.

Det hårdnande klimatet för denna typ av undersökningar ställer också större krav på professionellt utformade studier – både vad gäller strategier för att kontakta och informera urvalspersonerna, men framförallt när det gäller frågornas inriktning och utformning. Standardiserade frågor med begränsad relevans för den aktuella målgruppen riskerar inte bara att generera ett bortfall på de aktuella frågorna, utan även att minska intresset för att överhuvudtaget ställa upp och fylla i en enkät.

Bortfall, som beror av att brukarna är oförmögna att svara, är oundvikligt i de fall vården är riktad till personer med grava kognitiva nedsättningar, såsom är fallet med en betydande del av äldreomsorgen. Till viss del kan man få svar på frågor rörande vårdkvalitet eller problem i olika avseenden från anhöriga, god man eller liknande, men detta komplicerar givetvis analyserna av resultaten i och med att det då inte är den av brukaren upplevda kvaliteten som svaren avspeglar. Attitydmätningen måste i dessa fall kompletteras med andra indirekta mått på vårdkvalitet (jfr nedan). Att avstå ifrån att hämta in uppgifter rörande t ex äldre personer med demenssjukdom är dock ett sämre alternativ. Begränsas undersökningen till att gälla endast de som själva kan svara på frågor alternativt har man en övre åldersgräns på t ex 84 år så innebär det för äldreomsorgens del (och även för vissa delar av sjukvården) att resultaten får ett mycket begränsat värde.

### *Förväntningarna spelar stor roll*

Förväntningar spelar uppenbart en stor roll när det gäller olika aspekter på brukares och patienters uppfattningar av vårdens kva-

litet såsom tillgänglighet, bemötande, information etc. Den som har låga förväntningar är lättare att tillfredsställa – åtminstone temporärt. Det kan vara frestande att söka minska förväntningarna för att på det sättet få en mer positiv brukarreaktion, men detta är en mycket kortsiktig taktik. Upprepade brukarundersökningar visar ofta tendenser till minskande nöjdhet, men detta kan bero på att anspråken ökar när man upplever att det finns en kanal att föra fram dem. Anspråk och förväntningar har ett uppenbart samband med välfärdsnivån i landet. Stigande välstånd kan då medföra en förväntningskris. Såväl hälso- och sjukvården som äldreomsorgen påverkas starkt av dessa fenomen. 1960-1970-talens långtidsvård i fyrbäddsrum eller ännu större sjuksalar ter sig i dag som helt oacceptabel, men var en gång ett framsteg jämfört med ännu sämre förhållanden.

Förändrade och varierande förväntningar gör det vanskligt att på basen av attitydundersökningar uttala sig om vården blivit bättre eller sämre eller om den är bättre på vissa håll än andra. Det krävs här att undersökningarna förutom attitydfrågor också innehåller frågor, som är ägnade att belysa de faktiska förhållandena. När det gäller aspekter på processkvaliteten i hälso- och sjukvården exempelvis: Hur länge fick Du vänta? Gick det att komma fram per telefon och i så fall efter hur många försök? Och när det gäller resultat kvaliteten t ex: Har funktionsförmåga och livskvalitet förbättrats efter behandlingen?, i så fall på vilket sätt? etc.. Eller motsvarande för äldreomsorgen: Hur många personer är engagerade i Din vård? Hur ofta får Du duscha? Hur ofta får Du komma ut? Får Du hjälp med piskning av mattor eller annat liknande om Du så skulle önska? Dessa frågor kan sedan kompletteras med frågor som avser att belysa hur väl dessa faktiska förhållanden stämmer med de förväntningar man har.

### *Vilket perspektiv skall gälla?*

Som framhölls ovan kan vårdkvalitet uppfattas från olika perspektiv – brukarens/patientens, personalens eller ledningens. Till detta kan också fogas de anhöriga (som i sin tur kan indelas i grupper med åtminstone potentiellt olika uppfattning: föräldrar, make/maka, syskon, barn etc.) och medborgarna i allmänhet. Även brukar/patientorganisationer och fackliga organisationer kan ha sina perspektiv, som lyfter fram andra saker än vad enskilda brukare eller personalgrupper kan tycka vara angeläget. Frågan är då vilket

perspektiv som skall vara rådande. Från tjänsteforskningssynpunkt är saken klar: Det är brukaren/patientens uppfattning om kvaliteten i form av "tillfredsställelse" som skall vara den som gäller. Saken är dock inte lika enkel när det gäller vård och omsorg. Patienten/brukaren kan som framhölls ovan vara oförmögen att ge sin uppfattning på grund av kognitiva funktionshinder. Man kan också av tekniska skäl vara ur stånd att korrekt värdera kvaliteten på olika delar av behandlingen eller hur resurserna utnyttjas inom vården och omsorgen (s k strukturkvalitet). Det senare är givetvis vanligare i den högtekniska hälso- och sjukvården än i äldreomsorgen. Men även i äldreomsorg kan denna typ av konflikt uppstå, till exempel om frågan gäller i vilken utsträckning en person skall få hjälp med en viss uppgift, när denna hjälp kanske skulle hindra en effektiv rehabilitering.

### *Process eller resultat?*

Patienten/brukarens bedömning – i termer av att hälsa och livskvalitet upplevs ha blivit bättre, sämre eller att ingen förändring skett – är givetvis av stort intresse för en värdering av utfallet av vården och omsorgen. Märkligt nog saknas ofta frågor som belyser utfallet ("resultatkvalitet" enligt Donabedian) i många brukarstudier. Den genomgång av studier som gjorts i de föregående kapitlen visar att det centrala innehållet i undersökningarna har ägnats åt "processkvaliteten": Hur patienterna/brukarna i olika avseenden blivit bemötta av personalen, hur lätt det varit att få kontakt, om personalkontinuiteten varit tillfredsställande etc. Patienternas/brukarnas tillfredsställelse är med stor sannolikhet starkt kopplad till hur man blivit bemött och hur man upplevt den behandling i form av vård- och omsorgsinsatser man fått. En fråga, som inte på allvar vare sig studerats eller diskuterats, är hur man skall ställa sig till de situationer där sjukvården varit verkningslös, misslyckad eller t o m felaktig, men patienterna ändå uppger sig vara nöjda och uttrycker tillfredsställelse med den behandling och det bemötande de fått från personalen. Enligt tjänsteforskningen skulle sådana fall kategoriseras som god kvalitet – kunden/patienten är tillfredsställd, men detta är naturligtvis inte rimligt sett utifrån hälso- och sjukvårdens mål.

En förklaring till att brukarundersökningarna till stor del avstått från att fråga om det faktiska utfallet av vården kan nog också sökas i det faktum att det var först på slutet av 1960-/början av

1970 talet som survey-tekniken kom att utvecklas från att huvudsakligen ha använts för att mäta attityder och kunskaper i olika befolkningsgrupper till att också försöka ge faktiska beskrivningar av de förhållanden inom befolkningen. Den svenska levnadsnivåundersökningstraditionen som inleddes med 1968 års levnadsnivåundersökning har gått i täten när det gäller att ställa frågor som knappast alls speglar värderingar, förväntningar och attityder utan mera vilka symptom och funktionsnedsättningar man har resp. har haft, vad man utsätts för i sin arbetsmiljö etc. Mycket lite av detta paradigmskifte när det gäller att utnyttja enkät- och intervjumetodiken i kvantitativa undersökningar har dock hittills utnyttjats i brukarstudierna.

### *Relationen mellan vårdare och vårdad är en maktrelation*

Relationen professionell vårdare och patient/brukare är uppenbart av central betydelse för vårdkvaliteten. Det är ju i mötet mellan vårdare och vårdad som mycket av vårdkvaliteten inom vården och omsorgen skapas. Detta är alldeles särskilt relevant inom den lågteknologiska äldreomsorgen. Men relationen vårdare-vårdad är också en maktrelation, som bygger på förtroende och där vårdaren med sin professionella kunskapsbas har ett informationsmässigt övertag. En utvärdering som ensidigt styrs av den professionella personalens uppfattning inbjuder till missbruk. Risken är att en kritisk brukarvärdering avfärdas som "mindre initierad" om den inte stämmer med professionens. Att å andra sidan bortse från en professionell utvärdering av vårdresultatet och slå sig till ro med att "alla är nöjda", hur resultatet än ser ut, leder som påpekades ovan lika fel.

### *Undersökningar av brukarnas tillfredsställelse måste kompletteras med olika resultatindikatorer*

För att ge en allsidig bild av vårdkvaliteten måste brukarundersökningarna kompletteras med mätningen av olika kvalitetsindikatorer. Exempel på indikatorer av detta slag när det gäller hälso- och sjukvården är frekvensen av återinläggningar och re-operationer, förekomsten av felbehandlingar och olycksfall, felmedicinering och svåra biverkningar, sjukhusinfektioner.. . Vid jämförelsen emellan olika enheter är det dock viktigt att ta hänsyn till olikheter i pa-

tientsammansättning och behandlingsmetoder. En klinik kan ha en högre frekvens av problem enbart beroende på att man behandlar patienter med mer komplicerade sjukdomstillstånd. Svårigheten att på ett korrekt sätt ta hänsyn till sådana faktorer gör att kliniker ofta motsätter sig allmän publicering av den här typen av indikatorer på vårdkvalitet. Omvänt kan då detta bli ett sätt att "bortförklara" brister som faktiskt finns.

Motsvarande indikatorer inom äldreomsorgen kan vara förekomsten av trycksår och kroniska sår, undernäring, överdrivet utnyttjande av lugnande medel eller sömnmedel, förekomst av olämpliga läkemedelskombinationer, förekomsten av kateterbehandling vid inkontinens, avsaknad av möjlighet att få komma ut i friska luften varje dag eller åtminstone någon gång under en vecka, schemaläggning av personalens arbetstider som i praktiken omöjliggör en individualiserad omsorg när det gäller t ex tidpunkten för att få stiga upp resp. lägga sig på kvällen, när man kan få duscha, osv.

Även inom äldreomsorgen är dock utnyttjandet av sådana här kvalitetsindikatorer förenade med tolkningsproblem. Exempelvis är inom vissa former av särskilt boende många av de äldre i ett sådant tillstånd att t ex undernäring inte automatiskt kan ses som ett tecken på dålig kvalitet på omsorgen. Inte heller kan förekomsten av olika begränsningsåtgärder ses som ett tecken på dålig omsorgskvalitet med mindre än att vårdtyngden vid resp. äldreboende beaktas.

Vårdtyngden inom de flesta grenar av äldreomsorgen har de senaste decennierna visat en tendens att öka. Jämförelser över tid när det gäller t ex förekomsten av undernäring och begränsningsåtgärder måste beakta dessa förändringar av den genomsnittliga vårdtyngden på vårdenheter. Oavsett vårdtyngdsnivån kan vissa kvalitetsindikatorer ändå studeras. Olämpligt uppförande från personalens sida i form av övervåld, nyp, hårda ord, underlåtelser att byta blöjor, inte svara på larm, inom hemtjänsten och hemsjukvården inte komma på avtalad tid eller än värre inte komma alls den dagen är exempel på dålig kvalitet som på olika sätt kan mätas.

Ett generellt problem inom äldreomsorgen är att den enskilde brukarens hälsa och funktionsförmåga genomsnittligt sett försämras med tiden. Det är endast en minoritet som blir bättre och då bara för en begränsad tid. De flesta av de äldstas sjukdomar är kroniska och huvudmålet kan därför inte vara att söka bota ohälsa och återställa en nedsatt funktion utan i stället att söka förhindra och fördröja en negativ utveckling och ge en personlig omsorg utifrån

de aktuella behoven. Det är viktigt att känna till att när det gäller de äldre brukarnas egen värdering av den erhållna vården och omsorgen, kan svaren lika väl vara påverkade av den försämrade hälsan som av det faktiska bemötande de fått.

På senare år har många äldre av sagt sig kommunal äldreomsorg trots att de varit berättigade till den. Enligt undersökningar som Socialstyrelsen gjort är orsaken vanligen missnöje med storleken på avgiften, men det förekommer också att man inte ansett tjänsterna vara av tillräcklig kvalitet. En löpande, systematisk uppföljning av sådana "avhopp" och deras orsaker är en viktig del i kvalitetssäkringsarbetet.

En yttersta indikator på vårdkvalitet är självfallet också frekvensen och gravheten i gjorda anmälningar om felbehandling eller missförhållanden. Genom ändring i Socialtjänstlagen ("Lex Sarah") har personalen numera skyldighet att utan dröjsmål anmäla missförhållanden som kommer till deras kännedom till socialnämnden. Motsvarande skyldighet att anmäla till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har sedan länge funnits inom hälso- och sjukvården ("Lex Maria"). Här har antalet anmälda fall per år minskat mycket kraftigt under andra halvan av 1990-talet. Det är dock svårt att veta om detta är ett utslag av högre kvalitet i vården, eftersom benägenheten att anmäla kan växla starkt både lokalt och över tiden.

#### *Kvalitetsuppföljning syftar primärt till att förbättra verksamheten*

Den rika florin av mätinstrument och olikheter i de perspektiv som styr mätningarna gör att det är svårt att dra jämförande slutsatser från de många olika kvalitetsmätningar, som utförs i kommuner och landsting. Syftet med dessa mätningar har i allmänhet varit att ge underlag för det egna kvalitetsutvecklingsarbetet. Om de då är tillfyllest kan egentligen endast det lokala arbetet ge svar på. Det finns en forskarkritik mot kvalitetsmätningarna, som går ut på att kvaliteten i vård- och (framförallt) omsorgsarbetet endast till en ringa del kan fångas i siffror. Det handlar, menar man, i grunden om relationer och förhållningssätt av kvalitativ karaktär. Kvalitetsmätningar leder då, enligt dessa forskare, till en snedvridning av kvalitetsarbetet genom att detta inriktas på det som går att mäta. Detta är uppenbarligen problem som är förknippade med alla mätinstrument.

Om resultaten av mätningarna skall styra inriktningen av kvalitetsutvecklingsarbetet blir det mycket viktigt att instrumenten

verkligen är valida, d v s mäter det de är avsedda att mäta, och att de inte kan manipuleras till att visa upp en "pseudokvalitet", som inte adekvat beskriver den faktiska verkligheten i vården. Detta understryker vikten av att mäta och utvärdera på olika sätt och att använda olika indirekta kvalitetsindikatorer som stöd för mätningar och bedömningar.

## 6.2 Vad säger de olika undersökningarna om kvalitet och brukartillfredsställelse inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg?

Som beskrivits i föregående kapitel har under de senaste åren ett stort antal brukarundersökningar genomförts i kommuner och landsting i syfte att mäta brukarnas och patienternas tillfredsställelse med vården och äldreomsorgen och ge underlag för kvalitetsutveckling. Dessa undersökningar har gjorts med olika metoder och delvis olika syften och kan inte på ett enkelt sätt sammanställas till ett nationellt resultat. Några sammanfattande iakttagelser kan dock göras.

*Brucarundersökningar visar att de flesta är nöjda med vården och omsorgen....*

Den helhetsbild som avtecknar sig är att huvudparten av brukarna anger sig vara nöjda eller mycket nöjda med den vård och omsorg man fått del av. Typiska resultat i kommunerna är att 80 – 100 % är nöjda när det gäller allmänna, övergripande frågor om äldreomsorgen. Även hälso- och sjukvården får i landstingens mätningar genomgående ett högt – om än något lägre – betyg. De befolkningsundersökningar på riksnivå som SCB gör visar likaledes en allmänt positiv bild. Mycket få uppger "mycket stort missnöje" – 70 –90 % "inget" eller "nästan inget missnöje". De olika undersökningarna synes därför knappast ge belägg för en mer utbredd kritik i befolkningen mot den vård och omsorg som erbjuds.

*...men man kan se resultaten på olika sätt*

Denna allmänt positiva bild bör dock nyanseras på olika sätt. För det första är det klart att siffror på andelen nöjda kan ses på olika sätt. Att 75 –80 % är nöjda betyder ju samtidigt att omkring en



fjärdedel inte är helt nöjda. I många sammanhang skulle detta uppfattas som en allmänt utbredd kritik. Jämförelser över tiden av SCB ULF-undersökningar visar dessutom att andelen missnöjda ökat kraftigt på senare år. Att nästan var sjätte person år 2000 ansåg sig ha blivit felaktigt eller orättvist behandlad av sjukhus eller läkare är naturligtvis allvarligt i sig. År 1984 var motsvarande andel endast 10%. Nästan hela ökningen inträffade dock under åren 1984 –1992, vilket kanske är överraskande mot bakgrund av att kritiken mot hälso- och sjukvården verkar ha tagit fart först på senare år. Detta visar om inte annat det vanskliga i bedömningar av detta slag. Speciellt när det gäller äldreomsorgen bör, som påpekats ovan, uppgifter om allmän nöjdhet tas med en nypa salt, eftersom många äldre upplever tacksamhet och inte i lokala undersökningar vill ge uttryck för kritik som riskerar att återfalla på personalen. Många undersökningar när det gäller äldreomsorgen har också stora svagheter när det gäller representativiteten på grund av stora och med all sannolikhet starkt selekterade bortfall. Exempelvis hade den s.k. ÅDEL-ULF-undersökningen 2000 ett bortfall på 50%, om man inkluderar svårt sjuka, ej svensktalande, de som vistas på sjukhus eller utomlands m fl i urvalsramen. Exkluderas dessa grupper reduceras bortfallet till 30%.

*Mer precisa frågor ger en tydligare bild och pekar på en hel del problem*

För det andra säger egentligen uppgifter om "allmän nöjdhet" kanske inte så mycket i sig och ger ingen grund för kvalitetsutvecklingsarbete. När man preciserar frågeställningarna framträder en intressantare bild. I många lokala undersökningar av hälso- och sjukvården frågas om tillgänglighet, bemötande och information, dvs frågor som har sin grund i hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Även här är bilden genomgående mer positiv än man skulle vänta sig av mediedebatten, men det framkommer också brister. Återigen är frågan: Hur många missnöjda skall det vara för att man skall tala om ett problem? Om var tionde patient är helt missnöjd med den information som getts, om var fjärde ansåg att väntetiden inte var rimlig, om nästan hälften inte fick all den hjälp de förväntat sig (sjukhusakutmottagning enligt Vårdbarometern) är detta knappast ett fullgott resultat.

Vårdbarometern visar också på uppgifter om väntetider på besök vid vårdcentral – var tionde uppgav att de fått vänta mer än två

veckor, en tredjedel av dessa mer än en månad! – som knappast kan vara acceptabla. Mer än en tredjedel ansåg inte att de kunde instämma helt och hållet med att läkaren visat respekt och gett sig tid att lyssna, nästan hälften uppgav detsamma när det gällde den information man fått. Tre av tio – uppgav också att de hade haft svårt eller mycket svårt att komma fram till vårdcentralen per telefon. Den privata vården ges genomgående ett högre betyg än den offentligorganiserade. Ett viktigt undantag är dock andelen, som uppger ganska eller stort förtroende ”på det hela taget”. Denna är högre för den offentliga primärvården än för privatvården. Vårdbarometern är värdefull både genom att den lyfter fram väsentliga frågor och att den har en god representativitet. Resultaten blir alltmer viktiga allt eftersom det insamlade materialet växer och möjliggör jämförelser både mellan olika landsting och över tiden.

Undersökningar av samma tyngd och representativitet som Vårdbarometern saknas för den kommunala äldreomsorgen vilket gör det svårare att dra generella slutsatser. Vissa iakttagelser går dock att lyfta fram. Allmänt sett verkar de grundläggande behoven i boende och omsorg väl tillgodosedda. Personalen uppges vara hjälpsam och vänlig, trivseln är god, man känner sig trygg och respekterad. När man uttrycker lägre grad av nöjdhet gäller det vanligen mer speciella behov såsom omväxling, social aktiviteter och möjlighet att utöva sina intressen. En vanlig kritik gäller bristande personalkontinuitet. Det är också vanligt att brukarna klagat på att personalen inte har tid. Man är upptagen av praktiska göromål och hinner inte sitta och prata, det finns inte tid för promenader. Brist på flexibilitet när det gäller vad man kan få hjälp med och på vilka tider är en annan källa till missnöje hos de äldre. Det framkommer vidare önskemål om högre kompetens hos personalen när det gäller sjukvårdande insatser. Ibland tonar fram en bild av att äldreomsorgen snarare verkar handla om att anpassa brukaren till omsorgen än tvärtom!

### *Svårt att se tendenser över tid eller regionala och lokala skillnader*

Upprepade undersökningar inom äldreomsorgen till samma brukare har ibland visat en tendens till lägre nöjdhet över tid. Det är svårt att avgöra om detta beror på faktiska brister eller på ökade förväntningar. Om man inte är van att bli tillfrågad kanske det dröjer ett tag innan man kan formulera sin kritik. I flera fall kan det vara fråga om att vård- och omsorgsbehoven faktiskt ökat över tid, men att

socialtjänsten och vården haft svårt att anpassa sina insatser till den nya situationen. Men det händer också att en senare undersökning visat förbättrat resultat som svar på insatta åtgärder i kvalitetsarbetet.

Bristen på enhetlighet i mätningarna gör att det inte går att utläsa några egentliga regionala skillnader eller skillnader mellan kommundtyper när det gäller brukarnas tillfredsställelse med äldreomsorgen. Förmodligen är skillnaderna stora både mellan kommunerna och mellan enheter inom kommunen när det gäller vårdkvaliteten och hur nöjda brukarna (och deras anhöriga) är med omsorgen. Som bekant är variationerna stora mellan kommunerna när det gäller de resurser äldreomsorgen förfogar över och det vore konstigt om inte kvaliteten uppvisade motsvarande – dock inte nödvändigtvis sammanfallande! – variationer.

Kvalitetsindikatorer av det slag som beskrivits ovan finns för hälso- och sjukvårdens del i de medicinska kvalitetsregistren (jfr avsnitt 4). Dessa avser emellertid genomgående specifika sjukdomstillstånd och behandlingar. För äldreomsorgen saknas kvalitetsindikatorer på en mer generell, nationell nivå med undantag för anmälningar om felbehandling och missförhållanden.

### *Kan man lita på resultaten?*

Hur tillförlitliga är då de resultat som här anförts? Ovan har redogjorts för de olika felkällor och tolkningsproblem, som är förknippade med brukar- och patientundersökningar. De viktigaste av dessa synes vara bortfall och inverkan av förväntningar. Genom avsaknaden av ordentliga bortfallsanalyser är det mycket svårt att uttala sig om bortfallet spelar någon roll för här anförda slutsatser. På den generella nivå som det här är fråga om verkar det dock mindre troligt att bortfallet har någon större betydelse. Bortfallet blir betydelsefullt när man vill göra jämförelser, bryta ner på delgrupper, studera speciella aspekter på vården och omsorgen eller analysera utvecklingen över tiden.

Förväntningarna har uppenbart betydelse för svaren på alla frågor av typen "Var väntetiden rimlig" (Vårdbarometern) eller "Är vården prisvärd" (Nöjd kund-index). Om man är missnöjd eller inte beror självklart på vad man hade förväntat sig och vilka anspråk man har. Anspråk och förväntningar förändras över tiden, vilket gör det svårt att säga om den faktiska situationen blivit bättre eller sämre. De kan också variera starkt mellan olika grupper av

befolkningen eller olika delar av landet. Dessutom anpassas sannolikt förväntningarna till utfallet – ju sämre vård, ju lägre förväntningar och tvärtom! Som påpekades ovan räcker det i brukarundersökningar därför inte med att fråga om nöjdhet i största allmänhet utan sådana frågor måste kompletteras med frågor som avser de faktiska förhållandena. Ett tillförlitligt, representativt underlag för detta saknas dock i stor utsträckning idag.

*Föga stöd i brukarundersökningar för en sjukvård och äldreomsorg i svår kris – men det behövs bättre, mer systematisk och täckande datainsamling om vårdens kvalitet*

Att med stöd av här tillgängligt material uttala sig om kvaliteten i vården och omsorgen faktiskt har förbättrats eller försämrats de senaste tio åren är inte möjligt. Detta skulle kräva data av en helt annan kvalitet än de som för närvarande står till buds. Det man kan säga är att flertalet patienter och brukare verkar vara i stort sett nöjda – bilden av en sjukvård och äldreomsorg i svår kris får föga stöd i allmänna patient- och brukarundersökningar. Detta utesluter inte att det finns uppenbara problem. Hur allvarligt man uppfattar dem är en fråga om perspektiv och proportioner. Alla kan rimligtvis inte alltid vara nöjda. Den viktigaste slutsatsen är kanske att det är nödvändigt att utveckla en betydligt bättre, mer systematisk och täckande datainsamling och analys för att få fram ett tillförlitligt underlag på nationell nivå.