

The background of the entire page is a repeating pattern of triangles in various colors: light blue, light green, light orange, and light grey, set against a light beige background. The triangles are arranged in a staggered, grid-like pattern.

# **Manual för instrumentet Kvalitet i Psykiatrisk Vård (KPV)**

---

Agneta Schröder och Lars-Olov Lundqvist



Region Örebro län

Agneta Schröder och Lars-Olov Lundqvist

© Universitetssjukvårdens forskningscentrum (UFC) i Örebro

1.	Till dig som använder KPV-instrumentet	2
	Mätinstrumentets olika versioner	2
	Instrumentet på flera språk	3
	KPV-instrumentets uppbyggnad	3
2.	Förbereda och planera en mätning	4
	Planera undersökningen	4
	Urval av undersökningspersoner	4
	Informera undersökningspersonen	5
	Informationsbrev till undersökningspersonen	6
3.	Redovisa resultat	7
	Summera svaren	7
	Hantera bortfall	8
	Analysera och redovisa	10
	Återkoppla och gör arbetet synligt	11
	Olika sätt att mäta kvalitet	11
	Olika sätt att lägga upp en utvärdering	11
4.	Begrepp och bakgrund	13
	Begreppet vårdkvalitet i KPV-instrumentet	13
	Patientens egen upplevelse efterfrågas	13
	Ökande krav på delaktighet och inflytande	14
	Vårdkvalitet i lagar och föreskrifter	15
	Resultat från tidigare mätningar med KPV-instrumentet	15
	Referenser	17

# 1. Till dig som använder KPV-instrumentet

Den här manualen vänder sig till dig som vill göra mätningar av kvalitet i psykiatriska eller socialpsykiatriska verksamheter med ett tydligt patient- eller brukarperspektiv. Påståendena i det här instrumentet bygger på patienternas eller brukarnas syn på vad som är kvalitet.

Vi beskriver hur du kan använda sex olika versioner av instrumentet Kvalitet i Psykiatrisk Vård (KPV-instrumentet) för olika typer av verksamheter och hur du får fram ett resultat. Vi ger även en kort introduktion till begreppet kvalitet, hur instrumentet har arbetats fram och varför man bör mäta kvalitet i vård- och stödverksamheter.

Vår förhoppning är att du efter att ha läst denna manual har fått förståelse för:

- hur du gör en mätning med någon version av KPV-instrumentet
- hur du räknar fram ett resultat
- hur mätningar av kvalitet kan utföras systematiskt och kontinuerligt
- varför det är viktigt att mäta kvalitet ur patientens eller brukarens perspektiv
- att din roll är viktig i kvalitetsutvecklingen och att det är viktigt att involvera medarbetare, patienter och närstående.

## Mätinstrumentets olika versioner

Mätinstrumentet utformades ursprungligen för att mäta kvalitet ur patientens perspektiv inom psykiatrisk vård. Utgångspunkten för instrumentet var en kvalitativ intervjustudie där patienters uppfattning om begreppet vårdkvalitet efterfrågades inom både allmänpsykiatrisk sluten- och öppen vård.-Det är själva grunden för utvecklingen av de versioner av instrumentet Kvalitet i Psykiatrisk Vård (KPV) som används och vidareutvecklats. Idag finns det sex versioner av instrumentet som mäter patientens eller brukarens upplevelse av kvalitet:

1. Kvalitet i Psykiatrisk Vård – Dina upplevelser av vården på avdelningen (KPV-A).
2. Kvalitet i Psykiatrisk Vård – Dina upplevelser av vården på mottagningen (KPV-M).
3. Kvalitet i Psykiatrisk Vård – Dina upplevelser av vården på den rättspsykiatriska avdelningen (KPV-RA).
4. Kvalitet i Psykiatrisk Vård – Dina upplevelser av vården inom psykiatrisk missbruksmottagning (KPV-MM).
5. Kvalitet i Socialpsykiatrisk Verksamhet – Dina upplevelser av ditt boendestöd (KSPV-BS).
6. Kvalitet i Socialpsykiatrisk Verksamhet – Dina upplevelser av din dagliga sysselsättning/dagverksamhet (KSPV-DS/DV).

Några av dessa enkäter finns även i versioner för personal- och närstående där de svarar på samma frågor om vårdkvalitet. Det innebär att man kan jämföra de olika perspektivens syn på vårdkvalitet/kvalitet då de besvarar samma frågor om kvalitet.

## **Instrumentet på flera språk**

Versionerna för slutenvård (KPV-A), öppenvård (KPV-M) och rättspsykiatrisk slutenvård (KPV-RA) finns översatta eller kommer att översättas till de nordiska språken, engelska, persiska, indonesiska, portugisiska och spanska. Nästan alla språkversionerna är översatta i personalversioner. Successivt kommer KPV-instrumenten att översättas till andra språk. De olika språkversionerna ingår i internationella forskningsstudier och pågående doktorsavhandlingar i Indonesien, Brasilien och Spanien. De olika språkversionerna är också tänkta att kunna användas i Sverige av personer som kan ha svårt att förstå svenska. KPV-instrumenten har använts i uppsatsarbeten och i en pågående doktorsavhandling i Sverige. Hittills har nästan 7 000 personer besvarat någon enkät inom KPV-familjen.

## **KPV-instrumentets uppbyggnad**

Instrument består av ett antal bakgrundsfrågor och 30 påståenden om vårdkvalitet inom sex olika områden: bemötande, delaktighet, stöd, utskrivning, avskild miljö och säker miljö. Det allra första frågeformuläret KPV-A utvecklades i fem steg:

1. En definition av hög vårdkvalitet formulerades.
2. Definitionen operationaliserades i ett frågeformulär.
3. Frågeformuläret testades i en pilotstudie genom så kallad face validity.
4. Frågeformuläret testades empiriskt (Schröder et al., 2007).
5. En psykometriskt test av frågeformuläret genomfördes (Schröder et al., 2010).

Idag är KPV-instrumentet vidareutvecklat i fyra kontextspecifika versioner för patienter inom psykiatrisk vård och två kontextspecifika versioner för brukare inom socialpsykiatrins verksamheter. Samtliga versioner har validerats av patienter eller brukare och alla 6 versionerna är uppbyggda på samma sätt. De består av två delar. Den första delen innehåller ett antal bakgrundsfrågor och hur de hanteras beskrivs i nästa kapitel. Den andra delen består av ett antal påståenden som mäter patientens eller brukarens uppfattning om kvalitet på verksamheten.

Alla versioner utom den första, KPV-A, innehåller ett extra kontextspecifikt område. Därför skiljer sig det totala antalet påståenden mellan de olika KPV versionerna.

Gemensamt är att varje påstående relateras till "Jag upplever att ..." och besvaras på en fyrgradig Likert-skala med svarsalternativen: Instämmer inte alls, Instämmer till viss del, Instämmer till stor del och Instämmer helt. Därutöver finns ett ytterligare svarsalternativ: Ej aktuellt. Se exemplet i figuren

på sidan 7. Avslutningsvis finns en öppen fråga med formuleringen "Övriga synpunkter om kvaliteten". Det finns även ett antal bakgrundsfrågor om ålder, kön med mera att fylla i.

## **2. Förbereda och planera en mätning**

### **Planera undersökningen**

Om undersökningen ska göras i den egna verksamheten och inte har ett forskningssyfte behöver man inte ha tillstånd från etikprövningsnämnden. Eftersom KPV-instrumentet inte innehåller person- eller identifieringsuppgifter, behöver man inte heller ha något tillstånd från datainspektionen.

I planeringen av undersökningen behöver man ta ställning till hur enkäten ska administreras. Ska den skickas hem till patienterna/brukarna eller ska den delas ut på plats? Det finns för- och nackdelar med båda tillvägagångssätten. Om enkäten skickas hem kan fördelen vara att inte verksamhetens egen personal personligen tillfrågar patienten (detta går naturligtvis att lösa genom korsvisa personalbyten). Det går att skicka ut en påminnelse. Denna bör skickas cirka 1 vecka efter utskickade enkäter, då det är betydelsefullt att personerna svarar nära efterutskrivningen från avdelningen eller den avslutade en öppenvårdskontakten. Vid utskick av enkäter kan det vara osäkert vem som besvarat enkäten. Risken ökar för att svarsfrekvensen blir lägre, men svarsfrekvensen kan öka med hjälp av påminnelsebrev.

Vid utdelning av enkäter på plats på en avdelning vid utskrivningsdagen, kan nackdelen vara att alla deltagare inte tillfrågas på samma sätt och att svaren påverkas i en positiv riktning av att de svarar då de fortfarande befinner sig inom vården. Fördelen är att det oftast ger en högre svarsfrekvens.

Utdelningen av enkäterna bör ske på ett standardiserat sätt. Därför är det en fördel om det är en eller ett par personer som är ansvariga för att dela ut/skicka ut enkäterna och hålla i själva undersökningen. Det är betydelsefullt att den som ska sköta administreringen har tid att utföra uppgiften.

### **Urval av undersökningsspersoner**

Patienter och brukare tillfrågas under en tidsperiod om deras upplevelser av vårdkvalitet/kvalitet. Tidsintervallen för hur lång tid som datainsamlingen ska pågå kan variera beroende på typ av verksamhet och hur många undersökningsspersoner som deltar.

Ett urval kan göras genom att till exempel inkludera alla brukare som har boendestöd eller de patienter som skrivs ut från en avdelning. Ett exklusionskriterium kan, utifrån kontaktpersonens bedömning, vara personer som på grund av psykisk ohälsa inte kan besvara en enkät.

## **Informera undersökningspersonen**

Tänk på hur patienterna eller brukarna informeras om studien. Vår erfarenhet är att patienterna gärna delar med sig av sina erfarenheter om de tillfrågas på ett korrekt sätt. Nedan följer en beskrivning av vad du som kontaktperson behöver göra och tänka på om enkäterna delas ut på plats. Kontaktpersonen/personernas uppgifter:

- Informera alla undersöknings personer som uppfyller inklusionskriterierna om att det inom verksamheten pågår en undersökning i syfte att förbättra kvaliteten på avdelning, mottagning, boende, daglig sysselsättning eller daglig verksamhet. Deltagandet innebär att fylla i ett frågeformulär avseende hur patienten eller brukaren upplevt eller upplever kvaliteten. Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan påverkan på undersökningspersonens nuvarande eller kommande vård eller boendestöd.
- Informera om att ingen personal kommer att få veta hur enskild patient/brukare svarat och att svaren kommer att behandlas konfidentiellt. Resultatet från undersökningen kommer att redovisas muntligt och skriftligt där inga uppgifter kommer att kunna identifieras till någon person.
- Tillfråga patienten eller brukaren om denne vill ta emot ett informationsbrev om studien, frågeformulär och svarskuvert. Om patienten eller brukaren tackar ja överlämnas informationsbrev, frågeformulär och ett svarskuvert. Berätta för patienten eller brukaren att det går bra att fråga personalen om det är något som ter sig oklart, men att det är patienten eller brukaren själv som skall fylla i formuläret. Efter att frågeformuläret fyllts i skall patienten eller brukaren stoppa frågeformuläret i kuvertet, klistra igen det och lämna det i avsedd låda.
- Informera om att i resultatet från undersökningen kommer inga uppgifter att kunna identifieras till någon person. Inte heller kommer någon personal att få veta hur just personen svarat. I syfte att förbättra kvaliteten kommer oidentifierade svar på gruppnivå att redovisas skriftligt. Resultatet från undersökningen kan komma att jämföras med andra liknande verksamheters resultat i syfte att förbättra verksamheten.
- Se till att patienten eller brukaren ges möjlighet att sitta avskilt under tiden han eller hon fyller i frågeformuläret.

- Se till att patienter eller brukare som tillfrågats men tackar nej, likaså de som inte kunnat tillfrågats på grund av psykisk ohälsa eller som av någon anledning inte informerats om studien noteras på separat blankett "Registrering av ej utdelade formulär".

## **Informationsbrev till undersökningsspersonen**

Ett informationsbrev ska följa med varje enkät som delas ut och innehålla information om:

- Undersökningens syfte
- Att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan påverkan på nuvarande eller kommande vård, boendestöd, daglig sysselsättning eller daglig verksamhet
- Undersökningsspersonen har rätt att ta del av resultatet
- Att undersökningsspersonen erbjuds höra av sig med eventuella frågor
- Kontaktpersonens namn och telefonnummer.

## **Hantera svaren**

För att garantera patientens eller brukarens anonymitet och sekretess ska de ifyllda enkäterna förvaras i ett låst brandsäkert skåp där ingen obehöriga kan komma åt enkäterna. Den som öppnar kuverten, registrerar och analyserar svaren, bör vara någon annan än personal i den egna verksamheten till exempel en person som arbetar med kvalitetsutveckling eller en statistiker.

De öppna svaren i KPV-enkäten bör dokumenteras och granskas, då de ofta ger kompletterande information om kvalitet. Hur svaren ska redovisas bör enhetschefen ta ställning till då de kan innehålla känslig information.



### 3. Redovisa resultat

#### Summera svaren

När man summerar svaren motsvarar svarsalternativet "Instämmer inte alls" siffran 1, "Instämmer till viss del" siffran 2, "Instämmer till stor del" siffran 3 och "Instämmer helt" motsvarar siffran 4. "Ej aktuellt" och uteblivet svar ges vanligtvis inte någon siffra. Se figuren nedan. Men i vissa fall när man är intresserad av att räkna hur många "ej aktuellt" eller "missade svar" man fått och använder ett statistikprogram kan "ej aktuellt" och "missat svar" behöva motsvaras av en siffra. Vanligtvis brukar "ej aktuellt" få 5 och missat svar 9 eller 99. Det är inte nödvändigt att använda ett kalkyl- eller statistikprogram men beräkningarna kan bli tidsödande med miniräknare och risken för fel blir större. Microsoft Excel eller liknande kalkylprogram underlättar beräkningsarbetet betydligt.

Jag upplever att ...	Instämmer inte alls	Instämmer till viss del	Instämmer till stor del	Instämmer helt	Ej aktuellt
1. säkerheten är hög på avdelningen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text"/>

Exempel på skalan som används i KPV-enkäterna.

Om för många påståenden är markerade med "ej aktuellt" eller saknar svar blir resultatet osäkert eller omöjligt att räkna ut om samtliga påståenden i en dimension saknar svar. Därför bör besvarade enkäter som innehåller minst 30 procent "ej aktuellt" och saknade svar tas bort. Trettio-procentsregeln används på samtliga svar i hela formuläret och inom alla frågeområden, utom för områden där det bara finns två påståenden. Då räcker det med att ett av påståendena är besvarat.

Gör så här:

1. Ta bort alla enkäter med fler än 30 procent av påståendena markerade med ej aktuellt eller där svar saknas.
2. Gör endast beräkningarna på påståenden med giltiga svar det vill säga 1-4. Ta inte med påståenden markerade med ej aktuellt eller där svar saknas.
3. Summera alla giltiga påståenden i respektive dimension. Se Tabell 1 för vilka påståenden som ingår i respektive dimension.
4. Dividera summan med antal giltiga påståenden i dimensionen.
5. Du har nu medelvärdet för respektive dimension.
6. Vill du också ha ett medelvärde för totalpoängen summerar du alla påståenden med giltiga svar och dividerar summan med antalet giltiga påståenden.

Genom att använda ett medelvärde istället för en summa undviker man flera problem. För det första behöver man inte göra något speciellt med de påståenden som har ej aktuellt eller missade svar. Det räcker med att inte ta med dem. Dessutom blir det möjligt att jämföra olika dimensioner fast de har olika antal påståenden. Slutligen blir det möjligt att jämföra mellan olika verksamhetsområden (se figuren på sidan 16) trots att KPV-versionerna kan innehålla olika antal påståenden totalt och i olika frågeområden.

## Hantera bortfall

Vanligtvis skiljer man på "ej aktuellt" och "missat svar" eftersom de har olika betydelse. Ett missat svar innebär att personen av okänd orsak inte svarat, de kan till exempel omedvetet ha missat påståendet eller så har frågan varit svår att förstå. Svarsalternativet "ej aktuellt" innebär däremot att personen bedömt att det påståendet handlar om inte är relevant för personen. Om många personer svarat "ej aktuellt" på ett påstående finns anledning att titta närmare på det. I vissa fall innebär det att påståendet inte är relevant över huvud taget för den aktuella verksamheten, men det kan också vara så att det är inaktuellt för en grupp av patienter eller brukare men aktuellt för andra.

Svarsalternativet "Ej aktuellt" räknas inte med i summeringen. Har en person många "ej aktuellt" och uteblivna svar blir dennes KPV-poäng osäkra och hela svarsformuläret med alla svar från den personen tas bort. Dessa svar kan av olika skäl vara intressant att studera i sig. Till exempel är det relativt många med eget boende med boendestöd som anger "ej aktuellt" på påstående 18.

*Personalen hindrar mig från att utsätta mig själv för skada, om jag får sådana tankar.* Men bland de som får sådan tankar (vilka är mer än hälften) så är denna fråga en relevant och viktig kvalitetsindikator.

Tabell 1. Påståendenummer i de olika verksamhetsversionerna av KPV uppdelad per dimension. Observera att det är samma frågenummer i patient/brukar-versionerna som i personal och i anhörig versionerna.

Dimension	A Psykiatrisk slutenvård	RPA Rättspsykiatrisk slutenvård	BS Eget boende med boendestöd eller Bostad med särskild service	DS/DV Daglig sysselsättning eller daglig verksamhet		M Psykiatrisk öppenvård
Bemötande	7	7	7	7		11
	10	10	9	9		12
	11	11	10	10		15
	12	12	11	11		18
	15	15	14	14		20
	18	17	15	15		25
	20	19	17	17		
	25	24	21	22		
Delaktighet	1	1	1	1	Delaktighet - empower- ment	1
	5	5	5	5		5
	6	6	6	6		6
	13	13	12	12	Delaktighet - information	13
	14	14	13	13		14
	27	25	23	23		27
	29	27	25	25		29
	30	28	26	26		30
Stöd	19	18	16	16		19
	22	21	18	18		22
	23	22	19	19		23
	24	23	20	20		24
				21		
Avskild miljö	3	3	3	3	Miljö	2
	26	26	22	23		4
	28		24			9
Trygg miljö	2	2	2	2		
	4	4	4	4		
	9	9	8	8		
Utskrivning	8	8				8
	16	16				17
	17	20				21
	21					
Verksamhets- specifik		29	27	27	Närstående	10
		30	28	28		28
		31	29	29	Tillgänglighet	3
		32	30	30		7
		33	31	31		16
		34	32	32		26
			33	33		
			34	34		
			35	35		
			36			
			37			

## Analysera och redovisa

Det finns naturligtvis många olika sätt att analysera och redovisa resultatet på. Förslagsvis redovisas resultatet som medelvärden i de olika KPV-dimensionerna för att få den övergripande bilden, gärna i form av en figur, som till exempel i figuren på sidan 16. Beroende på syftet med redovisningen kan det vara bra att lägga in både de egna resultaten och motsvarande referensvärden. På det sättet kan man jämföra om det egna resultatet i någon av KPV-dimensionerna är högre eller lägre än referensvärdena i motsvarande verksamheter.

Resultatet kan också redovisas på frågenivå. Då kan en tabell med frekvenser och procent som den nedan vara lämplig. I en sådan tabell blir det tydligt hur svaren fördelar sig.

Tabell 2. Exempel på frekvenstabell med några av frågorna i KPV-DS/DV.

	Instämmer inte alls	Instämmer till viss del	Instämmer till stor del	Instämmer helt	Ej aktuellt	Ej svarat
1 jag har inflytande över personalens stödinsatser	5 (10%)	5 (10%)	20 (40%)	15 (30%)	2 (4%)	3 (6%)
5 min mening om vad som är rätt boendestöd för mig respekteras	3 (6%)	7 (14%)	16 (32%)	24 (48%)	0 (0%)	0 (0%)
6 jag är delaktig i beslut om mitt boendestöd	8 (16%)	15 (30%)	12 (24%)	9 (18%)	4 (8%)	2 (4%)

Frekvenstabellen kan också användas för att korstabulera olika frågor eller en fråga och en bakgrundsfråga, till exempel kön. För ett exempel se Tabell 3 nedan. Här är det tydligt att fler män än kvinnor upplever att de har inflytande över personalens stödinsatser. Skillnader som denna mellan män och kvinnor kan uppstå av en slump. För att ta reda på sannolikheten att skillnaderna är slumpmässiga används statistiska metoder. I detta fall skulle en Chi-2 analys kunna vara lämplig. Hur Chi-2 och andra statistiska metoder utförs rekommenderar vi någon lärobok i ämnet. Det finns ett stort antal, både på svenska och på andra språk.

Tabell 3. Exempel på korstabell mellan bakgrundsfråga (kön) och fråga "Jag har inflytande över personalens stödinsatser".

Kön	Antal	Instämmer inte alls	Instämmer till viss del	Instämmer till stor del	Instämmer helt	Ej aktuellt	Ej svarat
Kvinna	35	2 (6%)	5 (14%)	15 (43%)	10 (29%)	1 (3%)	2 (6%)
Man	25	2 (8%)	3 (12%)	5 (20%)	13 (52%)	1 (4%)	1 (4%)

## **Återkoppla och gör arbetet synligt**

Det är viktigt att resultatet redovisas för personalgruppen till exempel på arbetsplatsmöten och naturligtvis även för patienter och brukare så att de får en återkoppling av resultatet men även bör de få information om vilka åtgärder som ska vidtas för att förbättra kvaliteten. Ett sätt kan vara att sätta upp resultatet på en anslagstavla på arbetsplatsen.

I verksamheterna ska forskningsresultat användas så att vården, boendestöd och daglig sysselsättning eller daglig verksamhet bedrivs utifrån aktuell och relevant kunskap. Låt patienter, brukare och närstående få bli en del i verksamhetens kvalitetsarbete, genom att de görs delaktiga så att deras behov och kunskap tillvaratas. Personalen ska bidra till att förbättra vårdens kvalitet och kvaliteten i socialpsykiatrisk verksamhet genom sin kunskap och aktiva deltagande i kvalitetsarbetet (Schröder, 2014).

## **Olika sätt att mäta kvalitet**

Det finns framför allt två sätt att mäta vårdkvalitet/kvalitet, genom intervjuer eller frågeformulär (instrument). I intervjuer kan den enskilde patienten/brukaren beskriva en rikare innebörd av deras upplevelser än om de besvarar ett frågeformulär (Hyrkäs & Paunonen, 2000). Men intervjuer är ofta tidsödande för både patient/brukare och personal och de är mer kostsamma. Det finns flera fördelar med att använda frågeformulär eftersom patienten/brukaren kan skatta sin upplevelse anonymt, det går dessutom snabbare och är en billigare metod. Nackdelen är att det kan vara svårt att få med alla patienter/brukare, i synnerhet personer med svår psykisk ohälsa, personer med läs- och språksvårigheter och äldre personer.

## **Olika sätt att lägga upp en utvärdering**

### **1. Jämför med ett referensvärde**

Innan vi genomför till exempel ett förändringsarbete är det viktigt att veta hur kvaliteten i verksamheten upplevs av brukare/patienter. Eftersom siffrorna i sig inte säger så mycket mer än att vissa kvalitetsdimensioner skattas högre än andra kan det vara intressant att jämföra verksamhetens resultat med den kvalitet som har uppmätts i andra liknande verksamheter. Allt eftersom de olika KPV-instrumenten används byggs det upp en databas som kommer att kunna användas som ett referensvärde. Aktuella värden för de olika KPV instrumenten baserade på ett stort antal brukare/patienter finns presenterade i Figur 1 på sidan 18.

### **2. En grupp före och efter-mätning**

Det vanligaste upplägget innan vi påbörjar ett förändringsarbete är att genomföra en så kallad baslinjemätning med lämpligt KPV-formulär. Mätningen görs för att ta reda på vilken nivå kvaliteten är innan vi försöker förändra den. Därefter genomförs förändringsarbetet. När förändringsarbetet är klart genomförs en ny mätning med samma KPV-formulär och på samma personer. Skillnaden mellan baslinjemätningen och eftermätningen säger då om det blivit någon förändring och i så fall hur stor förändringen blivit. Upplägget är enkelt men ett problem är att vi inte kan vara helt säkra på om det är förändringsarbetet i sig eller något annat, som till exempel större uppmärksamhet, som har gett förändringen.

### **3. Två grupper, före och efter-mätning**

Ett annat vanligt sätt är att ha två grupper. En grupp som är med i förändringsarbetet och en kontrollgrupp som inte är med. Poängen med upplägget är att vi nu kan avgöra om den upplevda kvaliteten i den grupp som genomgått förändringsarbetet är större (eller mindre) än i kontrollgruppen. Detta upplägg ger alltså ett bättre underlag för att avgöra om förändringsarbetet har lett till en förbättring eller inte. Men detta upplägg har vissa svagheter. Framförallt minskar trovärdigheten i resultatet om de två grupperna skiljer sig åt redan innan vi börjar förändringsarbetet. Till exempel att vi sätter in förändringsarbetet på de verksamheter där kvaliteten är låg och störst behov finns (hög förbättringspotential) och använder verksamheter som redan har bra kvalitet som kontrollgrupp (liten förbättringspotential). Det är högst troligt att oavsett vilken typ av förändringsarbete vi genomför kommer kvaliteten att öka mer i den första än i den andra gruppen.

Vill vi uppnå en ännu högre grad av trovärdighet i resultatet gör vi en så kallad randomiserad kontrollerad studie. Vi har då ett antal verksamheter där vi med slumpen (lottdragning, tärningskastning eller likande) väljer ut den hälften som ska få förändringsarbetet och den hälften som ska fungera som kontrollgrupp. Detta upplägg minskar risken för att andra faktorer än förändringsarbetet i sig ska påverka resultatet. Nackdelen är att randomiserade kontrollerade studier är arbetskrävande och därför svåra att genomföra.

### **4. Förändring över tid**

Ett alternativ till en grupp före och efter-testning är att mäta under en längre tid (till exempel en gång per år) och se åt vilket håll kvaliteten förändras. Genom att regelbundet mäta kan vi se hur verksamheten ligger till i olika KPV-dimensioner och succesivt genomföra olika strukturerade insatser för att höja kvaliteten där den är låg. Med denna metod kan vi också se hur förändringar i verksamheten (tex en flytt av verksamheten till nya lokaler, förändrad personalstyrka etc.) kan leda till förändrad upplevd kvalitet hos brukare/patienter.

## 4. Begrepp och bakgrund

### Begreppet vårdkvalitet i KPV-instrumentet

Vårdkvalitet inom psykiatrisk vård har framställts som ett multidimensionellt begrepp (Hansson, 1989; Schröder, 2006) som av patienter inom den psykiatriska vården beskrivits som något positivt och normativt d.v.s. hur vården ska vara (Schröder, Ahlström, Wilde Larsson, 2006). Många generella definitioner av vårdkvalitet har gjorts och att beskriva alla dessa är inte målet i denna manual.

I den psykiatriska vården har det saknats en definition av begreppet vårdkvalitet utifrån patientens perspektiv. Därför gjordes en kvalitativ intervjustudie med patienter inom allmänpsykiatrisk sluten- och öppen vård, där de fick beskriva sina uppfattningar av begreppet vårdkvalitet (Schröder et al., 2006). Utifrån resultatet från denna studie utvecklades en definition av vårdkvalitet utifrån patienters perspektiv (Schröder, Wilde Larsson, Ahlström, 2007).

Vårdkvalitet från patientens perspektiv utgörs av fem områden: *Värdighet, Trygghet, Delaktighet, Tillfriskande* och *Vårdmiljö*. Dessa speglar uppfattningar av förväntningar som ska uppfyllas av den psykiatriska vården för att den enskilde patienten ska uppleva att vården är av hög kvalitet. Betydelsen av de fem områdena av vårdkvalitet:

1. **Patientens värdighet är respekterad** inbegriper en god relation mellan patient och personal. Patienten respekteras genom att bli bekräftad, förstådd, sedd som vem som helst och får hjälp med att reducera skuld- och skamkänslor av kompetent personal.
2. **Patientens känsla av trygghet beträffande vården** innefattar hög tillgänglighet och kontinuitet samt stort förtroende till såväl vårdpersonal som vårdorganisation.
3. **Patientens delaktighet i vården** inbegriper att patienten erhållit relevant kunskap, god samverkan med vårdpersonal och goda möjligheter till ett självbestämmande.
4. **Patientens tillfrisknande** inbegriper evidensbaserad medicinsk behandling och samtalsterapi, stödjande vägledning, goda möjligheter till sysselsättning och uppföljning efter avslutad vårdkontakt.
5. **Patientens vårdmiljö** utgörs av komfortabel vårdmiljö avseende personliga utrymmen, estetik, lugn atmosfär och hög säkerhet” (Schröder et al., 2007 s. 134–135)

### Patientens egen upplevelse efterfrågas

Patienters upplevelser av vårdens kvalitet har inte efterfrågats i någon större utsträckning i Sverige eller i andra länder. Tidigare har tvivel funnits om värdet av att fråga personer med psykisk ohälsa med exempelvis en störd verklighetsuppfattning eller patienter som varit tvångsintagna (Johansson

& Lundman, 2002). Trots tidigare tvivel, har det visat sig fungerat mycket bra att tillfråga patienter i den psykiatriska vården om deras syn på vårdens kvalitet (Meehan, Bergen, & Stedman, 2002).

Trots att vi i dag vet att patienterna har värdefull information om vården, känner vi lite till om hur patienterna inom den psykiatriska vården upplever vårdens kvalitet (Schröder, Ahlström, Wilder-Larsson & Lundqvist, 2010), och ännu mindre hur brukare upplever kvaliteten i det boendestöd de erhåller (Lundqvist, Rask, Brunt, Ivarsson, & Schröder, 2015) och/eller den dagliga sysselsättningen/dagliga verksamheten (Lundqvist, Ivarsson, Brunt, Rask, & Schröder, 2015). Patientens/brukarens beskrivning av kvaliteten är viktig information för personalen och verksamheten i arbetet med att förbättra den (Schröder, 2006).

God vårdkvalitet inkluderar många olika aspekter där patienters/brukares skattningar av kvaliteten kan utgöra en aspekt (Bjørngaard, Ruud, Garratt, & Hatling, 2007). För att försäkra sig om att vård- och stödverksamheter håller en god kvalitet är det därför viktigt att systematiskt och kontinuerligt utvärdera och förbättra verksamheterna.

Idag finns ett stort intresse för att mäta vårdens kvalitet och att arbeta med kvalitetsutveckling, trots det finns fortfarande få publicerade instrument för att mäta vårdkvalitet inom psykiatrisk vård som utgår från patientens perspektiv och som är validitets och reliabilitetstestade (Gigantesco et al., 2003; Schröder m.fl., 2007; 2010) och kontextspecifika (Shiva, Haden, & Brooks, 2009). Inom socialpsykiatrin är sådana instrument nästintill obefintliga (Lundqvist et al., 2015 a, b).

Därför behöver fler instrument utvecklas som tar tillvara patienters/brukares upplevelser av den erhållna kvaliteten. Många menar att ett mätinstrument skall utgå från patientens/brukarens perspektiv (Schröder et al., 2007; 2010), vara designat för den specifika verksamhet där det ska användas (Shiva, Haden, & Brooks, 2009) då vårdkvalitet och patienttillfredsställelse anses vara kontextspecifikt (Boyer et al., 2009). Det ska också vara psykometriskt prövat (validitets- och reliabilitetsprövade). Alla sex versionerna av instrumentet Kvalitet i Psykiatrisk Vård (KPV) uppfyller dessa krav.

## **Ökande krav på delaktighet och inflytande**

Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 1982:763) är en god vård med hög kvalitet en rättighet för alla patienter och en skyldighet för all vårdpersonal att erbjuda en sådan vård. Men för att kunna bemöta de ökade kraven att påvisa att patienter/brukare får en god kvalitet, behöver personalen och ledning ha kunskap om hur patienterna/brukarna skattar kvaliteten. För detta behövs specifika instrument för att systematiskt och kontinuerligt mäta vårdens och socialpsykiatrins kvalitet i syfte att säkerställa att patienten får en god vård med hög kvalitet och brukaren en hög kvalitet inom socialpsykiatrins



verksamheter. Men även för att bedöma om psykiatrin och socialpsykiatrin uppfyller verksamhetens mål och gällande kvalitetsföreskrifter.

Patienters och brukares åsikter är viktiga när det gäller att identifiera problemområden i vården och socialpsykiatrin. Speciellt relevant är det eftersom deras delaktighet i dag står högt på agendan inom all vård (Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunnringberg & Wadesten, 2011) och socialpsykiatrisk verksamhet. Att vara delaktig i utvärderingar av vårdkvalitet/kvalitet kan ha ett terapeutiskt syfte, då studier har visat att en patient som är nöjd med vården har en mer positiv och följsam inställning till sin behandling. Patientens/brukarens utvärderingar av kvaliteten ger viktig information för personalen, chefer, ledning och politiker i arbetet med att förbättra kvalitet, då det är ytterst patienten/brukare själv som kan beskriva hur de upplever exempelvis personalens bemötande eller tryggheten i boendet eller på avdelningen.

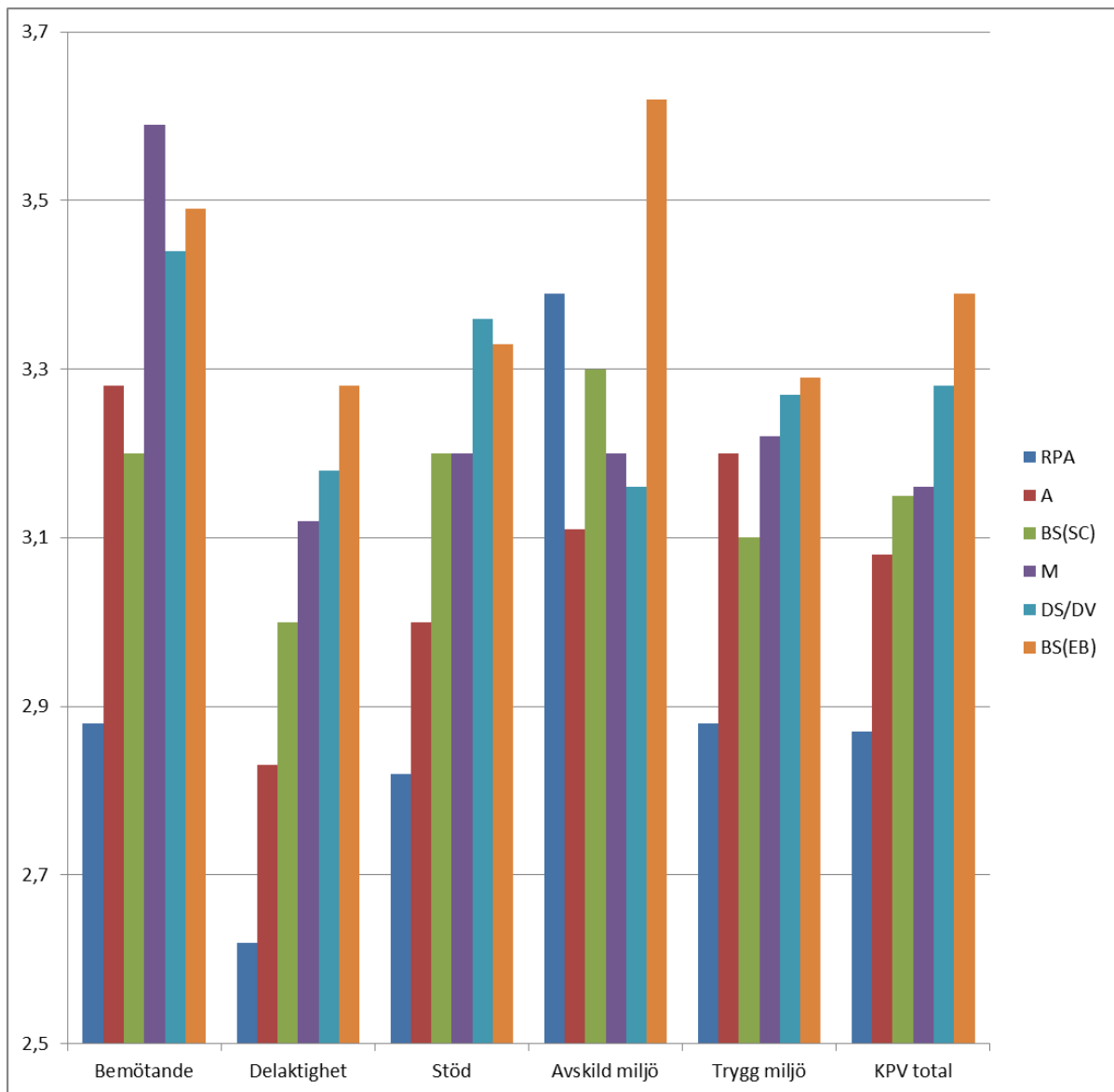
## **Vårdkvalitet i lagar och föreskrifter**

I Sverige har vi lagar och författningar som framhåller vikten av kvalitetsutveckling. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 28 § går att läsa att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god vårdkvalitet och dessutom främjar kostnadseffektiviteten. Vidare går att läsa att patienten ska göras delaktig i behandlingen så fort det är möjligt. Vården ska ges med respekt för patientens självbestämmande och integritet, och det ska vara en gynnsam kontakt mellan patient och personal.

Under de senaste åren har intresset ökat för att värdera och säkerställa kvaliteten i vården och olika åtgärder har vidtagits såväl nationellt som internationellt. Att höja hälso- och sjukvårdens kvalitet betonas i ett av de 38 målen som världshälsoorganisationens europakommitté antagit (WHO, 1991). Socialstyrelsens föreskrift *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9) fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. I föreskriften betonas behovet av utveckling och förbättring när det gäller vårdens kvalitet.

## **Resultat från tidigare mätningar med KPV-instrumentet**

Som beskrivits ovan används KPV- instrumentet inom olika psykiatriska kontext. Resultatet från tidigare undersökningar har visat att patienter inom den psykiatriska vården och brukare inom socialpsykiatrin ofta skattar vårdens kvalitet högt, framför allt i områden som rör personalens bemötande. Betydligt lägre skattningar framkommer då det gäller frågor om vård och behandling och patienternas delaktighet (Lundqvist & Schröder, 2015; Lundqvist et al., 2012, 2014, 2015 a,b; Schröder & Lundqvist, 2013; Schröder et al., 2010, 2011, 2013, 2014, 2015)



Jämförelse mellan patienters och brukares upplevelse av kvalitet i olika psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter. RPA = rättspsykiatrisk slutenvård, A = Avdelning (psykiatrisk slutenvård), BS(SC) = bostad med särskild service, M = Mottagning (psykiatrisk öppenvård), DS/DV = daglig sysselsättning och daglig verksamhet, BS(EB) = eget boende med boendestöd.

Är du intresserad av att ta del av dessa mätinstrument, kontakta då Agneta Schröder [agneta.schroder@regionorebrolan.se](mailto:agneta.schroder@regionorebrolan.se).

© 2015-08-18. Originalversion. Agneta Schröder & Lars-Olov Lundqvist. Kontaktperson: Agneta Schröder, Universitetsjukvårdens forskningscentrum, Region Örebro län, Box 1613, 701 16 Örebro. e-post: [agneta.schroder@regionorebrolan.se](mailto:agneta.schroder@regionorebrolan.se)

# Referenser

- Bjørngaard, J. H., Ruud, T., Garratt, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experiences and clinicians ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatric Services*, 58, 1102-1107.
- Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., Magalon, D., Samuelian, J. C., Lancon, C., & Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *European psychiatry*, 24, 540-549.
- Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunnringberg, L., & Wadesten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: Evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19, 226–236.
- Gigantesco, A., Morosini, R., & Bazzoni, A. (2003). Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality Health Care*, 15, 73-78.
- Hansson, L. (1989). The quality of outpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 3, 71-82.
- Hyrkäs, K. & Paunonen, M. (2000). Patient satisfaction and research-related problems (part 2). Is triangulation the answer? *Journal of Nursing Management*, 8, 237–245.
- Lundqvist, L-O., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B., & Schröder, A. (2012). The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 629–637.
- Lundqvist, L-O., Ivarsson, A-B., Brunt, D., Rask, M., & Schröder, A. (2015b). Quality of community-based day center services for people with psychiatric disabilities: Psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care – Daily Activities (QPC–DA). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (i tryck).
- Lundqvist, L-O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E., & Schröder, A. (2014). A Danish adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient (QPC-FIP): psychometric properties and factor structure. *Journal of Forensic Nursing*, 10, 168-174.
- Lundqvist, L-O., Rask, M., Brunt, M., Ivarsson, A-B., & Schröder, A. (2015a). Quality in community based housing support: reliability and validation of the Quality in Psychiatric Care - Housing Support (QPC-H). (Inskickad till vetenskaplig tidskrift).
- Lundqvist, L-O., Riiskjaer, E., Lorentzen, K., & Schröder, A. (2014). A Danish adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient Staff (QPC-FIPS): factor structure and psychometric properties. *Open journal of Nursing*, 4, 878-885.
- Lundqvist, L-O., & Schröder, A. (2015). Patient's and staff's view of quality in forensic psychiatric in-patient care. *Journal of Forensic Nursing*, 11, 51-58.
- Meehan, T., Bergen, H. & Stedman, T. (2002). Monitoring consumer satisfaction with inpatient service delivery: the inpatient evaluation of service questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 807–811.
- Johansson, I.M. & Lundman, B. (2002). Patient's experiences of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 639–647.

- Schröder, A. (2006). *Quality of Care in the Psychiatric Setting: Perspectives of the Patient, Next of Kin and Care staff*. Linköping University Medical Dissertation, No 969. Department of Medicine and Care, Division of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, Linköping University SE-581 85 Linköping, Sweden.
- Schröder A. (2014). Kvalitetsutveckling inom psykiatrisk vård - vad tycker patienter och närstående. I: Skärsäter I (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur. Reviderad upplaga 1., sid. 481-506.
- Schröder, A., Ahlström G., & Wilde Larsson, B. (2006). Patient's perceptions of the concept of quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 93-102.
- Schröder, A., Ahlström, G., Wilde-Larsson B., Lundqvist, L-O. (2011). Psychometric properties of the instrument Quality in Psychiatric Care – Out-Patient (QPC-OP). *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 445-453.
- Schröder, A., Lorentzen, K., Riiskjaer, E. , & Lundqvist, L-O. (2015) Patients' view of the quality of the Danish forensic psychiatric in-patient care (Inskickad till vetenskaplig tidskrift)
- Schröder, A., & Lundqvist, L-O. (2013). The "Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient Staff" (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties and staff views of quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open Journal of Nursing*, 3, 330-341.
- Schröder, A., Wilde Larsson, B., & Ahlström, G. (2007). "Quality in Psychiatric Care: an instrument evaluating patients' expectations and experiences". *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 20, 141-160.
- Schröder, A., Wilde-Larsson, B., Ahlström, G., & Lundqvist, L-O. (2010). Psychometric properties of the instrument Quality in Psychiatric Care and descriptions of quality of care among in-patients. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23, 554-570.
- Schröder, A., Ågrim, J., & Lundqvist, L-O. (2013). The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Journal of Forensic Nursing*, 9, 225–234.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling.
- Shiva, A., Haden, S.C., & Brooks, J. (2009). Forensic and civil psychiatric inpatients: Development of the inpatient satisfaction questionnaire. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37, 201-213.
- SOSFS 2011:9 (M och S). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.
- WHO. (1991). *Updating of the European HFA targets*. World Health Organization, Regional Committee for Europe, Forty-first session. Lisbon: World Health Organization.



