

PM 2015:1

Mätning av kvalitet i äldreomsorgen

– test och utvärdering av vinjettmetoden



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vårdanalys
ISBN: 978-91-87213-42-7
www.vardanalys.se

Mätning av kvalitet i äldreomsorgen – test och utvärdering av vinjettmetoden

Peter Cronemyr och Bozena Poksinska



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av myndighetschefen Fredrik Lennartsson. Projektledaren Eva Hagbjer har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2015-05-25
Myndigheten för Vårdanalys

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Eva Hagbjer
Föredragande

Förord

En dryg tredjedel av alla som är 80 år och äldre antingen hemtjänst eller en permanent plats på ett äldreboende. Detta ställer höga krav på äldreomsorgens kvalitet. I och med att en stor del av äldreomsorgen består av hjälp med dagliga aktiviteter är det kanske viktigaste tecknet på kvalitet att de äldre själva är nöjda med sin omsorg. Socialstyrelsen genomför därför varje år en enkätundersökning där samtliga personer med hemtjänst eller plats på äldreboende inbjuds att svara på vad de tycker om sin vård och omsorg. Utmaningen med att analysera resultaten är att det är svårt att jämföra olika kommuner eller omsorgsenheter, eftersom de äldres svar påverkas av deras olika personliga egenskaper och av deras tolkningar av frågan.

Mot bakgrund av detta har Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) fått i uppdrag av regeringen att undersöka om en alternativ undersökningsmetod, som är baserad på förankringsvinjetter, kan göra brukarundersökningar inom äldreomsorgen mer jämförbara. Eftersom uppdraget fokuserar på metodutveckling och explorativ forskning, som ligger utanför myndighetens kärnkompetens, anlätade Vårdanalys en forskargrupp vid Linköpings universitet för att genomföra studien. Deras rapport publiceras i denna promemoria. Vårdanalys styrelse har i sin tur baserat sina slutsatser och rekommendationer på underlaget i forskarnas promemoria.

Vårdanalys tackar professor Mattias Elg, docent Bozena Poksinska och tekn.dr. Peter Cronemyr för arbetet med att genomföra studien. På Vårdanalys har arbetet bedrivits av projektledare Eva Hagbjer och utvecklingsansvarige Jesper Olsson. Projektet har kvalitets-säkrats genom en referensgrupp bestående av Ingrid Hjalmarson (Äldrecentrum), Cecilia Lindholm (Uppsala universitet) och Marika Wenemark (Region Östergötland och Linköpings Universitet). Vi tackar referensgruppen för viktiga synpunkter och bidrag till arbetet. Vårdanalys slutsatser och rekommendationer har även stämts av med Sten Boström och Joakim Erdtman från PRO, Inga-Lott Thörnell och Birgitta Borg från SPF samt med Ulrika Ingelsson, ansvarig för Socialstyrelsens undersökning 'Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?'. Vi hoppas att promemorian ska bidra och ge inspiration till det fortsatta arbetet med att utveckla brukarundersökningar inom äldreomsorgen.

Stockholm i maj 2015

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef



Sammanfattning

Brukar- och kundundersökningar är vanliga instrument för att utvärdera kvaliteten på välfärdstjänster som hälso- och sjukvård, äldreomsorg, barnomsorg och social omsorg. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens brukarundersökning inom äldreomsorgen, som skickas till alla medborgare över 65 år som har hemtjänst eller bor på ett äldreboende.

En av utmaningarna med att använda resultaten i brukarundersökningar för jämförelser mellan kommuner eller omsorgsenheter är att svaren påverkas av bland annat tolkningar, preferenser och hälsan hos de som svarar. Detta gör det svårt att avgöra om skillnader i resultat beror på olika kvalitet i omsorgen eller på individuella egenskaper hos brukaren som svarat. Det finns därför undersökningsmetoder för att öka jämförbarheten av brukarundersökningar, varav en är den så kallade vinjettmetoden.

Mot denna bakgrund har Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) fått i uppdrag av regeringen (S2012/4535/FST) att undersöka om vinjettmetoden har förutsättningar att göra brukarundersökningar inom äldreomsorgen mer jämförbara.

SLUTSATSER

Rapportens övergripande slutsats är att vinjettmetoden minskar den påverkan som respondenternas personliga egenskaper har på resultatet av brukarundersökningar och därmed ökar jämförbarheten, men att metoden kräver vidare utveckling och har uppvisat nackdelar som i nuläget gör den olämplig för användning inom äldreomsorgen.

► *Vinjettmetoden gör brukarundersökningars resultat mer jämförbara ...*

Vinjettmetoden gör att effekten av skillnader i respondenternas personliga egenskaper minskar. Över lag ändras ungefär hälften av svaren i undersökningen genom vinjettmetoden, jämfört med en traditionell enkät, vilket tyder på att det fanns en stor variation i hur respondenterna tolkade och besvarade frågorna. Vinjettmetoden bidrar därmed till ökad jämförbarhet.

En av de största fördelarna ur en jämförelsesynpunkt är att svaren på frågor om tillfredsställelsen med tjänsternas kvalitet, till exempel bemötande, påverkas mindre av respondenternas hälsa och därmed blir mer jämförbara mellan olika typer av boenden där hälsonivån varierar. Däremot är det inte möjligt att ta fram en standardiserad formel som anger hur stor effekt respondenternas hälsa har på deras tillfredsställelse med bemötandet. Sambandet mellan hälsa och tillfredsställelse varierar mellan personer, vilket innebär att vinjettmetoden måste användas för varje enskild respondent för att ha en effekt.

En annan viktig fördel är att vinjettmetoden minskar skillnaderna i svar från brukare som besvarar frågorna själva och anhöriga som besvarar enkäten åt en släkting eller familjemedlem. Den ökar därmed jämförelsen mellan svar från anhöriga och svar från brukare.

► *... men metoden har flera stora nackdelar vid användning inom äldreomsorgen*

Tyvärr finns det även tydliga nackdelar med vinjettmetoden. De kommentarer vi fått under studiens gång visar att vinjetterna gör frågeformuläret mer komplext och krävande – både tidsmässigt och mentalt. Detta är ett starkt argument mot användning av vinjettmetoden inom äldreomsorgen, eftersom många äldre redan har svårigheter att besvara dagens nationella brukarundersökning.

Vinjettmetoden upplevdes även som egendomlig och nedlåtande av vissa äldre. Detta kan delvis bero på att den inte är en etablerad metod för enkätundersökningar i Sverige, och därmed inget som respondenterna stött på tidigare eller känner igen. Syftet med att svara på vinjetterna har i flera fall misstolkas, vilket skapat obehag och irritation hos respondenterna. Om detta är en metodutvecklingsfråga eller en inneboende egenskap hos vinjetterna går tyvärr inte att säga baserat på denna studie.

REKOMMENDATIONER OM ANVÄNDNINGEN AV VINJETTER I NATIONELLA BRUKARUNDERSÖKNINGAR INOM ÄLDREOMSORGEN

I dagsläget rekommenderar vi inte att vinjetter används i nationella brukarundersökningar inom äldreomsorgen. Trots att vinjettmetoden visar fördelar i jämförelse med traditionella brukarundersökningar, uppväger fördelarna inte de problem som uppmärksammas i denna studie. Metoden ställer högre krav än traditionella brukarundersökningar på brukarnas förmåga och motivation att besvara undersökningen och det finns en risk att respondenter misstolkar vinjetternas syfte.

Däremot kan det finnas behov av en bredare undersökning av olika möjliga metoder för att bättre fånga de äldres åsikter om äldreomsorgen. En sådan studie bör ha en bred ansats och skulle bland annat kunna undersöka semistrukturerade brukarintervjuer, observationer med exempelvis pensionärsorganisationer som inspektörer samt metoder för att låta anhöriga som svarar för en brukares räkning redovisa både sina egna och den äldres åsikter i enkäten.

AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Den konceptuella idén bakom vinjettmetoden verkar fungera bra. Detta innebär att metoden har potential att bidra till mer jämförbara resultat i brukarundersökningar. I dagsläget är vinjettmetoden dock inte tillräckligt utforskad och etablerad för att kunna användas i stor skala. Framför allt finns det utrymme för vidare forskning om hur metoden fungerar för objektiva respektive känslomässiga frågor, hur presentationen av metoden eventuellt kan utvecklas för att minska risken för missförstånd och irritation bland de som svarar på enkäten samt vidare studier av skillnaden i hur olika respondentgrupper betygsätter vinjetterna.



Innehåll

1 Vilka utmaningar innebär absoluta svarsskalor i brukarundersökningar?	17
1.1 Brukarundersökningar är ett vanligt sätt att mäta offentliga tjänsters kvalitet	17
1.2 Svårigheter med att jämföra resultaten mellan enheter och över tid.....	18
1.3 Vårdanalys uppdrag att utveckla en ny metod för att undersöka kvaliteten inom äldreomsorgen ur ett brukarperspektiv	19
2 Vad är vinjetter och hur kan de användas?	23
2.1 Mätning av kvalitet inom äldreomsorgen.....	23
2.2 Ursprung och tidigare användning av vinjettmetoden	24
3 Utformning av frågor med vinjetter	29
3.1 Krav på vinjetter i brukarundersökningar inom äldreomsorgen.....	30
3.1.1 Vinjetterna betygsätts i avsedd ordning	30
3.1.2 Konkreta och verklighetsnära vinjetter	31
3.1.3 Ett lagom antal vinjetter.....	31
3.1.4 En uppsättning vinjetter per självskattningsfråga	31
3.1.5 Vinjetterna kommer före självskattningsfrågan	32
3.1.6 Vinjetterna uppfattas varken som extremt dåliga eller extremt bra	32
3.2 Framtagning och test av vinjetter	32
3.2.1 Generell modell och frågeformulär	34
3.2.2 Pilotstudierna.....	36
3.2.3 Den fullskaliga studien	38
4 Ger vinjettmetoden mer jämförbara resultat?	43
4.1 Minskar vinjettmetoden olikheter på grund av skillnader i tolkning?	45
4.2 Påverkar vinjettmetoden sambandet mellan de äldres hälsa och deras tillfredsställelse med omsorgen?	55
4.2.1 Hur stort är sambandet mellan hälsa och åsikt om bemötande?	55
4.2.2 Påverkas sambandet av vinjettmetoden?	56
4.3 Finns det andra skillnader som beror på brukarnas egenskaper och påverkas de av vinjettmetoden?	57
4.3.1 Ålder	58
4.3.2 Kön	60
4.3.3 Boendeform.....	60
4.3.4 Kommun	62

5 Kan anhöriga och personal fungera som ställföreträdare för äldre?	67
5.1 Vem har svarat på enkäten?	68
5.2 Bedömningen av allmän hälsa	69
5.3 Bedömningen av bemötande	71
5.4 Får man samma svar om en anhörig svarar som då den äldre svarar själv?	73
6 Reaktioner på vinjettmetoden.....	77
6.1 Vinjettmetoden är mer krävande	77
6.2 Vinjettmetoden upplevs som egendomlig	78
6.3 Vinjettmetoden upplevs som nedlåtande	79
7 Slutsatser om användning av vinjettmetoden i äldreomsorgen	83
7.1 Ger vinjettmetoden mer jämförbara resultat än traditionella enkäter?	83
7.1.1 Vinjettmetoden bidrar till mer jämförbara resultat.....	83
7.1.2 Vinjettmetoden lämpar sig bättre för vissa frågor än för andra	84
7.2 Lämpar sig vinjettmetoden för att användas inom äldreomsorgen?	85
7.2.1 Vinjettmetoden uppfattas negativt av många äldre	85
7.2.2 Vinjettmetoden lämpar sig olika bra för olika ändamål.....	86
7.2.3 Vinjettmetoden har viss påverkan på anhörigas förmåga att fungera som ställföreträdare för äldre	86
7.3 Rekommendationer om användningen av vinjetter i nationella brukarundersökningar	87
7.4 Avslutande reflektioner.....	87
8 Referenser	91
Bilaga - Enkät	97



1 Vilka utmaningar innebär absoluta svarsskalor i brukarundersökningar?

Kvalitet kopplas ofta till kundnöjdhet. Traditionellt är möjligheten att byta leverantör ett enkelt sätt för kunder att visa sin åsikt, men inom äldreomsorgen blir detta mer komplicerat eftersom det innebär en stor ansträngning att exempelvis flytta från ett vård- och omsorgsboende till ett annat. Detta innebär att mätning av de äldres tillfredsställelse, genom exempelvis brukarundersökningar, blir ett viktigt mått på utförarnas kvalitet.

Brukarundersökningar innebär emellertid vissa utmaningar när det kommer till att jämföra brukares svar med varandra. Svaren på enkätundersökningar påverkas nämligen av flera faktorer som inte nödvändigtvis är kopplade till tjänsternas kvalitet. En metod för att öka jämförbarheten i enkätundersökningar är den så kallade vinjettmetoden. Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har regeringens uppdrag (S2012/4535/FST) att undersöka om vinjettmetoden skulle vara en lämplig metod för att öka jämförbarheten vid mätning av äldreomsorgens kvalitet ur ett brukarperspektiv.

Detta kapitel introducerar brukarundersökningar som metod för att mäta brukarnas tillfredsställelse med offentliga tjänster. Kapitlet beskriver hur användning av brukarundersökningar för att jämföra olika enheter eller för att se förändringar över tid kompliceras av att svaren påverkas av brukarnas personliga egenskaper. Avslutningsvis beskrivs Vårdanalys uppdrag att utveckla en ny metod för att undersöka äldreomsorgens kvalitet med hjälp av vinjetter samt hur uppdraget har genomförts i praktiken.

1.1 BRUKARUNDERSÖKNINGAR ÄR ETT VANLIGT SÄTT ATT MÄTA OFFENTLIGA TJÄNSTERS KVALITET

Förbättring av offentliga tjänsters kvalitet och effektivitet är en prioritet för de flesta regeringar. Att tjänsterna som ska möta medborgarnas behov av arbete, hälsa, boende, utbildning, social trygghet och omsorg håller god kvalitet anses vara avgörande för ett samhälles ekonomiska framgång och sociala sammanhållning (Pillinger 2001). Två mål som ofta lyfts fram särskilt är medborgarnas livskvalitet samt offentliga tjänsters kvalitet och effektivitet (se till exempel EU-kommissionens initiativ Design for Growth & Prosperity, EU-kommissionen 2012). För att uppnå dessa mål tar offentliga organisationer i allt högre grad hjälp av nyckeltal för att fatta beslut om, styra och förbättra offentliga tjänster. Utvecklingstrenden karaktäriseras bland annat av kostnadspress samt av ökat fokus på brukarna (kundfokus), med inspiration av metoder använda i näringslivet (Hood 1995). Målet med de nya styrmetoderna är att ge service med bibehållen eller bättre kvalitet trots oro för att det offentligas kostnader ökar på grund av till exempel en åldrande befolkning (Aberbach och Christensen 2005).

Inom forskningen definieras kvalitet vanligtvis som en varas eller tjänsts ”förmåga att tillfredsställa, och helst överträffa, kundernas behov och förväntningar” (Bergman och Klefsjö 2012). Denna definition har sitt ursprung i japansk industri, men har under de senaste decennierna kommit att användas inom flera sektorer och inom offentlig verksamhet. Ett begrepp som dock är svårare att definiera i offentlig verksamhet är *kunder*. Kunder uppfattas ibland strikt som de som betalar för en vara eller tjänst, men en bredare definition är att kunden är den eller de som verksamheten finns till för. Med denna definition kan begreppet kunder breddas till intressenter, det vill säga brukare, patienter, anhöriga, personal, politiker, medborgare med flera. Den viktigaste intressenten är dock brukarna. Frågan blir därmed vad som är viktigt för brukarna och hur nöjda de är med sina tjänster.

En sådan utökad syn på offentliga tjänsters kunder har gjort brukar- och patientundersökningar till ett av de vanligaste instrumenten för att utvärdera kvaliteten på offentliga sociala tjänster som hälso- och sjukvård, äldreomsorg, barnomsorg och socialomsorg. Ett exempel är Socialstyrelsens årliga enkätundersökning av kvalitet inom äldreomsorgen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* (hädanefter nationella brukarundersökningen) som skickas till alla medborgare över 65 år som får hemtjänst eller bor på ett äldreboende. Syftet med nationella brukarundersökningen är att öka kunskapen om de äldres behov av, och uppfattning om, kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden. Denna kunskap behövs för att utveckla äldreomsorgens verksamheter och bidra till ett brukarnära kvalitetsarbete. I dagsläget utgörs undersökningsmetoden av en traditionell skriftlig brevenkät med självskattningsfrågor om vad äldre tycker om sin hemtjänst eller sitt äldreboende. Undersökningsmetoden har dock vissa begränsningar när det kommer till jämförelser mellan enheter som väcker frågan om det finns ett bättre sätt att mäta äldres uppfattning om äldreomsorgens kvalitet.

1.2 SVÅRIGHETER MED ATT JÄMFÖRA RESULTATEN MELLAN ENHETER OCH ÖVER TID

Dilemmat med att använda brukarundersökningar för att jämföra kvaliteten hos olika utförare av offentliga tjänster är att det inte alltid går att rakt av jämföra svar som getts av olika personer. Anledningen är att individer tolkar frågorna och svarsskalorna på olika sätt. I en självskattningsfråga, som till exempel *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?*, kan varje individ ha sin egen definition av vad som är dålig respektive god hälsa. Detta kan jämföras med då man ska använda mätverktyg i en verkstad. Om verktygen inte är kalibrerade mot en viss standard kan man inte veta att de mäter samma sak, och mätningarna med verktygen blir inte jämförbara med varandra.

Detta är inte ett problem om målet med en brukarundersökning är att se om en grupp brukare är nöjda eller missnöjda med sin omsorg. I sådana fall är det brukarnas ojusterade åsikter om äldreomsorgen som är intressanta. Däremot blir skillnaden i respondenternas svar problematisk om man vill jämföra kvaliteten hos två utförare av äldreomsorg eller två kommuner. Studier visar att äldres hälsotillstånd och personlighet påverkar hur tillfredsställda de är med tjänster inom äldreomsorgen (Bauld m.fl. 2000). Äldre som uppfattar sin egen hälsa som svag är mindre benägna att vara nöjda med den omsorgen de får och vice

versa. Därmed uppstår ett problem i jämförelser mellan kommuner eller mellan utförare eftersom det inte går att se om skillnader i brukarbetyg beror på den enskilda verksamhetens kvalitet eller på skillnader i till exempel de äldres hälsa, preferenser eller tolkning av frågan. Kvalitetsjämförelser som kan få stort inflytande på styrning och utveckling av äldreomsorgens verksamheter grundas således på svårtolkade underlag.

Det finns med andra ord ett behov av att utveckla en undersökningsmetod som skulle kunna reducera denna typ av påverkan på mätresultaten och därmed förbättra jämförbarheten i undersökningsresultaten. Det är dock viktigt att påpeka att denna typ av korrigeringar endast handlar om att underlätta jämförelser mellan enheter eller av en viss enhets utveckling över tid. De individuella brukarsvaren är fortfarande "rätt" i den mening att de anger brukarens åsikt om den äldreomsorg som hen får, baserat på hens egen uppfattning och åsikt.

1.3 VÅRDANALYS UPPDRAG ATT UTVECKLA EN NY METOD FÖR ATT UNDERSÖKA KVALITETEN INOM ÄLDREOMSORGEN UR ETT BRUKARPERSPEKTIV

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen (S2012/4535/FST) att ta fram en metod som sedan ska användas för att analysera skillnader i vårdkvalitet utifrån ett brukarperspektiv. Bakgrunden är, enligt uppdraget, att brukarundersökningar kan vara svårtolkade på grund av skillnader i brukarnas personliga egenskaper som inte är relaterade till omsorgens kvalitet. Vårdanalys ska därför utveckla och pröva en ny metod baserad på så kallade vinjetter som kontrollerar för dessa skillnader mellan brukare.

Syftet med uppdraget är att undersöka om vinjettmetoden är en lämplig metod att få mer jämförbara resultat i brukarundersökningar inom äldreomsorgen och i synnerhet i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. I uppdraget ingår även att ställa frågorna till såväl brukare som anhöriga för att ta reda på hur vanligt det är att äldre är för sjuka för att kunna besvara frågorna. Genom att jämföra resultatet då såväl brukare som anhöriga besvarat frågorna ska Vårdanalys analysera och föreslå metoder för hur personal, anhöriga och andra närstående kan fungera som ställföreträdare för äldre. Slutligen ska resultatet enligt vinjettmetoden jämföras med den befintliga brukarenkäten för att visa på eventuella systematiska skillnader eller likhet i resultat mellan de två.

Regeringsuppdraget angav även att vinjettmetoden skulle kombineras med fysiska hälsobedömningar, som exempelvis greppstyrka och balansprov, för att stärka analysen av sambandet mellan brukarnöjdhet och hälsa. Under studiens gång gjordes dock vägvalet att inte använda fysiska hälsobedömningar i undersökningen, vilket även stämde av med Socialdepartementet. Anledningen till beslutet var att vi inte kunde finna entydiga vetenskapliga bevis för att resultatet från fysiska hälsobedömningar och brukarnas självskattade hälsa sammanfaller. Bago d'Uva m.fl. (2011) och Gupta m.fl. (2010) kombinerade vinjettmetoden med objektiva hälsobedömningar och fick resultat som inte pekade åt samma håll i de olika mätningarna. Vi valde därför att i stället enbart utgå från brukarnas självskattade hälsa genom svaren på frågorna om Allmän hälsa, Rörlighet och Ängslan (mental hälsa).

Vad är vinjettmetoden? – Ett kort exempel

Vinjettmetoden går ut på att traditionella enkätfrågor kombineras med en eller flera korta historier, så kallade förankringsvinjetter. En vinjett är en kort beskrivning av en hypotetisk situation som respondenten, det vill säga den som besvarar enkäten, ska bedöma. Nedan ges ett exempel från The World Health Survey (WHO 2002–2004) om upplevd smärta:

Peter har ont i nacken. Smärtan strålar ner i armarna och varken mediciner eller annan behandling lindrar besvären. Smärtan är skarp dygnet runt och håller honom vaken större delen av natten. På grund av detta är han konstant sängliggande.

Varje fråga åtföljs av en eller flera vinjetter som beskriver olika nivåer av den undersökta variabeln, till exempel upplevd smärta. För varje vinjett betygsätter respondenten upplevd smärta hos den hypotetiska personen till exempel *Hur mycket värk eller smärta upplever Peter, enligt din mening?* Respondenten betygsätter även sin egen upplevda smärta, till exempel *Generellt sett under de senaste 30 dagarna, hur mycket värk eller smärta har du upplevt?*

Respondentens svar om hans egen situation analyseras sedan i relation till hur hen bedömt vinjetterna. Beroende på om respondenten betygsatt sin egen smärta som högre, lägre eller ungefär lika stor som personerna i vinjetterna kan man översätta det absoluta svaret på *Hur mycket värk eller smärta har du upplevt?* till ett relativt svar på hur mycket värk eller smärta respondenten upplever i förhållande till de hypotetiska personerna. Hur denna översättning går till beskrivs mer utförligt i kapitel 3.



2 Vad är vinjetter och hur kan de användas?

Detta kapitel beskriver bakgrunden till den undersökningsmetod som utvärderas i studien. Kapitlet inleds med ett avsnitt som diskuterar olika sätt att mäta kvalitet i äldreomsorgen. Samtliga metoder innebär dock utmaningar när det kommer till att jämföra kvaliteten hos olika utförare eftersom många äldre tvekar att klaga på äldreomsorgen samt att deras tillfredsställelse med omsorgen påverkas av hälsa och andra personliga egenskaper.

Avsnittet därefter beskriver en metod för att hantera den effekt som skillnader i brukarnas personliga egenskaper har på brukarundersökningarnas jämförbarhet. Vinjettmetoden innebär att varje självskattningsfråga, det vill säga en fråga om svarspersonens egen situation, åtföljs av två eller flera korta berättelser som beskriver den undersökta variabeln på en viss, förutbestämd nivå. Avsnittet avslutas med en diskussion om tidigare forskning om vinjettmetoden.

2.1 MÄTNING AV KVALITET INOM ÄLDREOMSORGEN

Brukarnas egen upplevelse av och tillfredsställelse med offentliga sociala tjänster ses normalt som en viktig del av hur tjänsterna kvalitet kan bedömas (Bauld m.fl. 2000). Patienters eller brukares åsikter och synpunkter används därför i allt större utsträckning för utvärdering av tjänsteleverantörer och för att initiera kvalitetsförbättringar inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialtjänsten (Rice m.fl. 2010).

En välkänd modell för att mäta kvalitet ur ett användarperspektiv är SERVQUAL, som utvecklats av Parasuraman och medförfattare (1985). SERVQUAL-modellen används inom ett brett spektrum av tjänsteorganisationer och innehåller fem dimensioner som anses ligga till grund för kundens uppfattning av tjänstekvalitet: fysisk miljö, pålitlighet, bemötande, säkerhet och empati. Modellen ligger till grund för en enkät som mäter gapet mellan kundens förväntan på tjänsten och kundens upplevelse av tjänsten.

De kvalitetsdimensioner som definierats av Parasuraman och medförfattare (1985) är relevanta även för bedömning av kvalitet i äldreomsorgen, men mätningen av gapet är omstridd. Cronin och Taylor (1992) anser exempelvis att det finns begränsade teoretiska eller empiriska belägg för att gapet mellan förväntningar och upplevelse är en bra grund för att mäta tjänstekvalitet. De menar i stället att tjänstekvalitet bäst beskrivs som en attityd som grundas på en total utvärdering av tjänsten på lång sikt.

Oavsett metoden för att mäta kundupplevd tjänstekvalitet finns det dock vissa dilemman med att använda brukarundersökningar som grund för jämförelser. Enkätresultaten kommer alltid att ge en subjektiv bild av tjänsternas kvalitet, eftersom resultaten även påverkas av faktorer som kan ha mindre att göra med kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls (Bauld m.fl. 2000, Zimmerman 2003). Det blir därmed svårt att jämföra

olika respondenters resultat utan att ta hänsyn till och på något sätt justera för att respondenternas egenskaper kan skilja sig åt.

En faktor som påverkar svaren på brukarundersökningar inom äldreomsorgen är att många brukare har svårt att klara sig själva och är beroende av omsorgen i sin vardag. Detta kan innebära att de är rädda för att uppfattas som krävande och därför minimerar sina förväntningar på och sitt uttryckta behov av omsorg. Detta faktum kan också minska brukarnas vilja att bedöma eller kritisera omsorgens kvalitet (Barnes m.fl. 1999). Brukare kan även tveka att kritisera enskilda medlemmar av personalen eller vara rädda för att drabbas av repressalier om de ger sin äldreomsorgsutförare ett negativt omdöme (Bauld m.fl. 2000).

Det finns också betydande bevis för att brukarnas personliga egenskaper kan påverka hur de bedömer sin tillfredsställelse med tjänsterna (Bauld m.fl. 2000). Exempelvis är respondenter som upplever sin egen hälsa som dålig mindre benägna att vara nöjda med de tjänster de får och vice versa (Judge och Solomon 1993, Bauld m.fl. 2000). Med andra ord finns det ett samband mellan äldres hälsotillstånd och deras tillfredsställelse med äldreomsorgen, även om vi inte har hittat någon forskning om hur stort sambandet är eller exakt vad det beror på.

Dessa faktorer gör det svårt att separera skillnader i den upplevda kvaliteten som beror på den äldres personliga egenskaper och skillnader som beror på den enskilda omsorgsutförarens kvalitet (Stolt m.fl. 2011). Därför finns ett behov av att utveckla ett mätinstrument som skapar ett bättre underlag för jämförelser mellan olika äldreomsorgsverksamheter trots individuella skillnader i egenskaper mellan individerna som besvarar enkäten.

2.2 URSPRUNG OCH TIDIGARE ANVÄNDNING AV VINJETTMETODEN

Användningen av vinjetter för att göra enkätresultat mer jämförbara introducerades i forskningen och praktiken redan under 1970-talet (Alexander och Becker, 1978, Nosanchuk, 1972). Jergeby (1999) definierar vinjetter som *”korta historier som beskriver en person, en situation eller ett skeende som försetts med karakteristika som forskaren kommit fram till är viktiga och avgörande i en val- eller bedömningssituation”*. Den underliggande idén med vinjetterna är att ge respondenten mer information om hur den undersökta frågeställningen ska tolkas och därmed få fram mer jämförbara mått på respondentens åsikter.

En vanlig kritik mot traditionella enkäter är annars att respondenter kan tolka frågor och använda svarsskalor på olika sätt, exempelvis på grund av att de är olika benägna att använda de högsta och lägsta betygen i svarsskalorna (se till exempel Taylor-Davis och Smiciklas-Wright, 1993). För att lösa detta problem föreslår bland annat King och medförfattare (2004) en metod byggd på så kallade *anchoring vignettes*, förankringsvinjetter (som vi förkortar till vinjetter) (se även King 2015). Deras metod innebär att enkätkonstruktörer använder sig av vinjetter som beskriver den undersökta variabeln på en förutbestämd nivå, till exempel en viss grad av inflytande på äldreomsorgens utförande. Varje fråga kan kombineras med flera vinjetter som beskriver olika nivåer av den uppmätta variabeln, exempelvis en vinjett med en högre grad av inflytande och en vinjett med en

lägre. Respondenterna bedömer sedan vinjetterna och självskattningsfrågan enligt samma skala. Eftersom samtliga respondenter får identisk information, och den ”objektiva” nivån på den uppmätta variabeln i varje vinjett därmed antas vara densamma inom respondentgruppen, gör metoden det möjligt att fånga skillnader i bedömning mellan olika individer och justera självskattningarna så att skillnaderna helt eller delvis försvinner (King m.fl. 2004). På det sättet blir resultaten mer jämförbara.

Ett exempel som King och medförfattare (2004 s. 194) lyfter fram är en undersökning av graden av medborgerligt inflytande som genomförts i ett stort antal länder. På en absolut skala (utan vinjetter) svarade personer i Kina att de hade en högre grad av inflytande än vad personer i Mexiko sade sig ha. När de tillfrågade även betygsatte vinjetter som beskrev fiktiva personer med olika grad av inflytande och sedan satte sina självskattningssvar i relation till de betygsatta vinjetterna, visade det sig att personer i Mexiko hade en högre grad av inflytande i relation till vinjetterna än personer i Kina. Detta eftersom personer från Kina och Mexiko tolkade frågan och den absoluta svarsskalan på olika sätt, vilket inte syntes i de absoluta svaren. Med vinjetter blev svaren jämförbara och resultatet av undersökningen kunde ligga till grund för en analys av hur graden av medborgerligt inflytande skilde sig mellan länderna.

Vinjettmetoden har använts i enkätundersökningar inom bland annat statsvetenskap och socialt arbete och där visat sig användbar för att urskilja variation mellan enskilda respondenter (till exempel Kristensen och Johansson 2008, Murray m.fl. 2003, Rice m.fl. 2010). Det finns dock pågående forskning om metoden som visar på mer blandade resultat. Dessa studier pekar på problem som kan uppstå vid utformningen av vinjetterna och som indikerar att metoden kanske inte alltid fungerar som förväntat (se till exempel d’Uva m.fl. 2011, Gupta m.fl. 2010, Jürges och Winter 2013, Van Soest m.fl. 2007).

Kritiken handlar i första hand om att vinjettmetoden inte är färdigutvecklad och att det behövs mer kunskap om hur olika aspekter av vinjetternas utformning påverkar metodens tillförlitlighet. Jürges och Winter (2013) ger till exempel vissa bevis för att respondenter bedömer vinjetter olika beroende på om namnen i vinjetterna är kvinnliga eller manliga eller om de associeras med en viss ålder. Liknande resultat har setts i en annan studie, som fann att respondenter betygsatte vinjetter om dryckesvanor olika beroende på om vinjetten innehöll ett kvinnligt eller ett manligt namn (Van Soest, m.fl. 2007). Sammanfattningsvis tyder de kritiska studierna på att vinjettutformning är känslig för många faktorer som ligger utanför forskarnas kontroll, men som kan påverka vinjettmetodens tillförlitlighet.

Slutligen saknas forskning om hur vinjettmetoden uppfattas av respondenterna. Metoden har använts i flera studier som riktar sig till äldre, men ingen av studierna reflekterar över hur väl metoden fungerat för respondenterna (se till exempel d’Uva m.fl. 2011, Bonsang och van Soest 2012). Däremot tyder generella studier av enkäter som undersökningsmetod på att äldre respondenter oftare har svårigheter att tolka frågorna, lägre motivation att delta i undersökningar och minnesförändringar relaterade till åldrande och andra faktorer som kan påverka svaren (Enagonio 2006, Taylor-Davis och Smiciklas-Wright 1993).



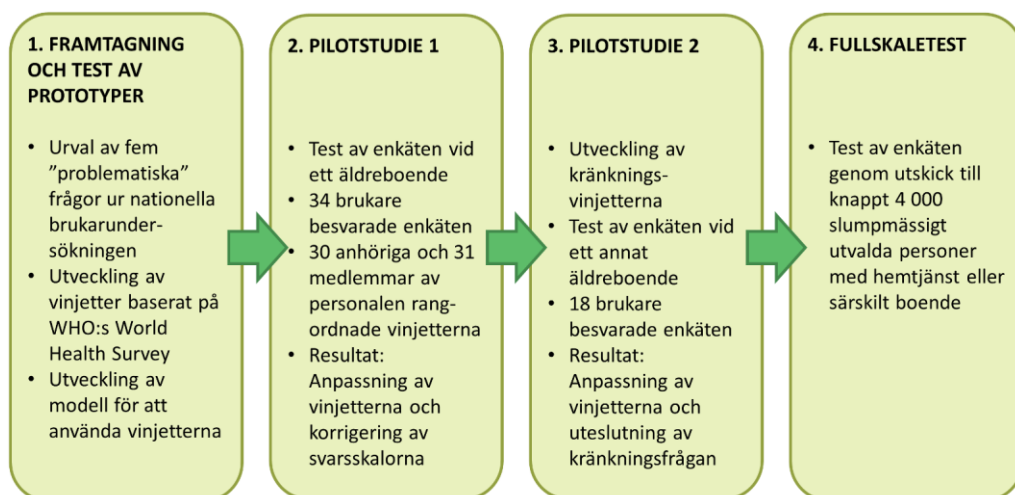
3 Utformning av frågor med vinjetter

Detta kapitel beskriver utformningen av äldreomsorgsvinjetterna och hur de testades i praktiken. Inledningsvis presenteras viktiga krav vid utformningen av vinjetter, utifrån befintlig forskning. Det handlar bland annat om antalet vinjetter och hur de betygssätts av respondenterna.

Kapitlets andra avsnitt beskriver arbetssättet för att ta fram och testa vinjetterna som användes i studien. Fem frågor ur nationella brukarundersökningen valdes ut och för varje fråga utvecklades två vinjetter med inspiration från vinjetterna i WHO:s World Health Survey. I nästa steg prövades och vidareutvecklades vinjetterna med hjälp av två pilotstudier på olika vård- och omsorgsboenden. Slutligen testades enkäten i full skala genom ett brevutskick till knappt 4 000 personer enligt samma metod som används för Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. I den fullskaliga studien uteslöts en av frågorna, som handlade om kränkning av den personliga integriteten, eftersom vinjetterna trots flera omarbetningar tolkades väldigt olika av olika personer. Arbetssättet för att ta fram och testa vinjettmetoden illustreras i figur 1.

Avsnitt två introducerar även en generell modell för utvärdering med vinjetter, som utvecklades utifrån tidigare forskning och erfarenheter av vinjettmetoden. I fyra steg beskriver vi hur vinjettmetoden kan användas i till exempel den nationella brukarundersökningen.

Figur 1. Utveckling och test av vinjettmetoden.



3.1 KRAV PÅ VINJETTER I BRUKARUNDERSÖKNINGAR INOM ÄLDREMSORGEN

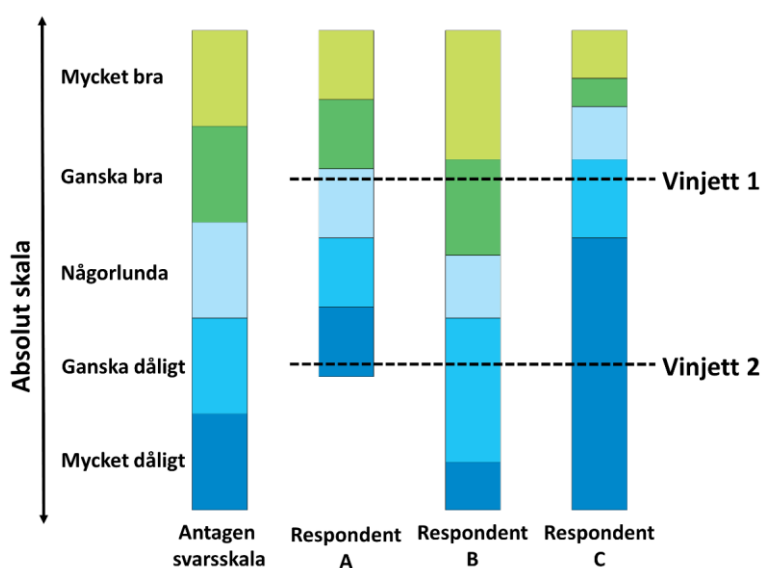
Vilka aspekter bör man ta hänsyn till vid utveckling av vinjetter? King och medförfattare, som har utvecklat, testat och använt vinjettmetoden i ett decennium, diskuterar frågeställningen i flera artiklar (se till exempel Hopkins och King 2010, King m.fl. 2004, King och Wand 2007 samt King 2015). Utifrån denna forskning har vi identifierat ett antal aspekter som är viktiga att ta hänsyn till vid utveckling av vinjetter som ska kunna användas inom äldreomsorgen.

3.1.1 Vinjetterna betygsätts i avsedd ordning

Ett viktigt antagande för vinjettmetoden är så kallad *vignette equivalence* eller vinjettlikvärdighet (Hopkins och King 2010, King m.fl. 2004). Antagandet innebär att nivån som varje vinjett är tänkt att representera tolkas på ett likvärdigt sätt av alla respondenter. Olika respondenter kan använda svarsskalan på olika sätt, eftersom de skiljer sig åt i personliga egenskaper som optimism, humör, benägenhet att använda extrema kategorier och så vidare, men de bör betygsätta vinjetterna på ett liknande sätt i förhållande till sina individuella skalor. Detta viktiga antagande illustreras i figur 2 som visar en situation där olika personer gör olika tolkningar av den absoluta svarsskalan, vilket gör att vinjetterna får olika betyg, men där vinjetterna ligger på samma nivå av respektive respondents individuella svarsskala.

Ett annat, relaterat, antagande är att respondenter ger konsekventa svar, det vill säga att varje respondent använder svarsskalan i självskattningsfrågan på ungefär samma sätt som hen använder svarsskalan för att betygsätta vinjetterna. Detta innebär att det blir möjligt att räkna ut de relativa svaren genom att sätta självskattningsbetygen i relation till

Figur 2. Vinjettbetyg och respondentens svarsskalor.



vinjettbetygen.

Vinjettlivärdighet är ett viktigt krav för att vinjettmetoden ska fungera. Vi mätte vinjettlivärdigheten i vår studie genom att beräkna andelen respondenter som betygsatte vinjetterna i avsedd ordning (se avsnitt 3.2). Kravet för att antagandet om vinjettlivärdighet skulle anses vara uppfyllt var att minst 90 procent av de som besvarade enkäten skulle ha betygsatt vinjetterna i "rätt" ordning.

3.1.2 Konkreta och verklighetsnära vinjetter

Med hänsyn till det ovan nämnda kravet på vinjettlivärdighet och till att respondenterna har varierande bakgrund, ålder, erfarenhet, etcetera bör vinjetterna utformas så att alla respondenter, eller i alla fall så många som möjligt, tolkar vinjetterna så likartat som möjligt (Hopkins och King 2010, King, m.fl. 2004). Detta ställer stora krav på att vinjetterna formuleras på ett så tydligt sätt som möjligt.

Framför allt handlar detta om att vinjetterna bör beskriva konkreta situationer och personer samt vara anpassade till respondentens kontext. Det ska med andra ord vara möjligt för respondenten att identifiera sig med personen och situationen. Samtidigt bör man vara försiktig med kontextuella detaljer, eftersom dessa kan innebära att vinjetten får ytterligare, oavsiktliga, dimensioner som påverkar respondenternas svar. Vi bedömde därför att det räckte med namn och ålder på de hypotetiska personerna för att respondenterna skulle kunna identifiera sig med dem. Namnet behövdes för att göra vinjetterna lättare att relatera till och åldern behövdes för att respondenterna skulle kunna sätta sin bedömning av de hypotetiska personernas situation i ett sammanhang. Att kunna vara ute i skogen, om än med ryggont som följd, kan till exempel motsvara en ganska bra hälsa för en äldre person, medan ryggont som följd av en skogspromenad innebär sämre hälsa för en ung person (se bilaga 1).

3.1.3 Ett lagom antal vinjetter

Ett viktigt krav för brukarundersökningar inom äldreomsorgen är att enkäten ska vara kort och lätt att besvara. Detta innebär även att antalet vinjetter bör hållas nere. Det är möjligt att använda sig av vinjettmetoden med bara en vinjett (King m.fl. 2004, King och Wand 2007), men det innebär att självskattningsfrågor måste utformas på ett speciellt sätt.

Vi bestämde därför att två vinjetter för var och en av de fem enkätfrågorna var att föredra. En vinjett skulle beskriva situationen för den uppmätta variabeln som "ganska dålig" och den andra som "ganska bra". Fler vinjetter hade inneburit en onödigt komplex enkät för de äldre att fylla i och tolka, medan en enda vinjett hade inneburit att frågornas formulering och sättet som resultaten analyserades på hade skiljt sig alltför mycket åt från den befintliga nationella brukarundersökningen.

3.1.4 En uppsättning vinjetter per självskattningsfråga

Vinjettmetodens resultat blir mer tillförlitliga om varje uppsättning vinjetter enbart är kopplade till en självskattningsfråga och mäter ett enskilt koncept. Vinjetterna behöver då

endast innehålla information som är relevant för det koncept eller den variabel man mäter (King, m.fl. 2004, King och Wand 2007, Hopkins och King 2010).

Arbetet med att ta fram vinjetterna kännetecknades därför av en iterativ process där varje ny version av vinjetterna gjorde dem mer konkreta och tydligt kopplade till den specifika självskattningsfråga de hörde ihop med.

3.1.5 Vinjetterna kommer före självskattningsfrågan

Den mest kända tillämpningen av vinjettmetoden är The World Health Survey (WHO 2002–2004) som syftade till att jämföra hälso- och sjukvårdssystem i olika länder. I den studien fick respondenter besvara självskattningsfrågorna innan de betygsatte vinjetterna. Argumentet var att vinjetterna riskerade att skapa fördomar och oönskad variation i respondenternas självskattningar (Buckley 2008). Vidare forskning av Hopkins och King (2010) visade dock att vinjettmetoden fungerar bättre om vinjetter ligger direkt innan självskattningsfrågan. Vinjetterna kan på så sätt bidra till att respondenter uppfattar självskattningsfrågan så som den var tänkt att tolkas och därmed besvarar frågan på ett mer likartat sätt än om de inte hade läst vinjetterna först.

3.1.6 Vinjetterna uppfattas varken som extremt dåliga eller extremt bra

En grundförutsättning för att vinjettmetoden ska fungera är att det är möjligt att sätta svaret på självskattningsfrågan lägre än båda vinjetterna, högre än båda vinjetterna, nära en av vinjetterna eller mellan vinjetterna. Därför behövde vinjetterna vara varken extremt dåliga eller extremt bra, för att på så sätt lämna utrymme för att bedöma respondentens egen situation som antingen högre eller lägre än båda vinjetterna.

Under arbetet med att ta fram vinjetterna justerades därför vinjettutkastet om det visade sig att de i genomsnitt betygsattes antingen för högt eller för lågt jämfört med det avsedda betyget.

3.2 FRAMTAGNING OCH TEST AV VINJETTER

Vår studie utgår från fem frågor från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. Frågorna handlar om: allmän hälsa, ångslan, rörlighet, bemötande och kränkning av den personliga integriteten. Ämnena valdes vid en workshop där forskargruppen, äldreomsorgsspecialister från bland annat Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande samt representanter för Mjölby kommuns äldreomsorg deltog. Alla fem frågor ansågs som problematiska när det gäller att jämföra olika personers svar. De första tre frågorna – allmän hälsa, ångslan och rörlighet – avser brukarnas uppfattning av sitt eget hälsotillstånd (där ångslan redovisar brukarnas mentala hälsa) medan de sista två frågorna – bemötande och kränkningar – mäter om de äldre behandlas med respekt och värdighet.

Det första utkastet av vinjetterna utvecklades i samarbete med en demensvårdutvecklare, en kurator med specialisering på äldre samt andra yrkesverksamma inom äldreomsorgen. Vinjetterna utvecklades sedan vidare före och under pilotstudierna, tillsammans med en generell modell för utvärdering med vinjetter (se avsnitt 3.2.1 och 3.2.2).

Utvecklingen skedde iterativt och det krävdes flera versioner innan de slutgiltiga vinjetterna utformats.

Som nämns i avsnitt 3.1.5 inspirerades vinjetternas utformning av The World Health Survey (WHO 2002–2004) som använde vinjetter på ett liknande sätt för ett stort antal frågor, bland annat för självskattad hälsa och bemötande. Den första versionen var snarlik WHO-vinjetterna, men i takt med projektets framskridande visade det sig att vinjetterna behövde anpassas till målgruppen och svenska förhållanden för att vara så verklighetsnära som möjligt. WHO-enkäten riktades exempelvis till patienter i olika ålder och i varierande vårdssituationer, medan vår studie enbart fokuserade på äldre och äldreomsorgen. De slutliga vinjetterna är därför inte direkt jämförbara med WHO-vinjetterna.

Pilotstudierna av vinjetterna fokuserade på att förbättra följande aspekter:

- andelen vinjetter som betygsattes i avsedd ordning
- att vinjetterna varken betygsattes för högt eller för lågt
- spridningen i vinjettrankningen.

Beroende på vilken av de ovan nämnda punkterna som visade sig vara problematisk justerades vinjetterna utifrån vår egen bedömning och respondentens kommentarer. Om till exempel andelen vinjetter som betygsatts i avsedd ordning inte uppfyllde kraven på 90 procent eller om spridningen i vinjettrankningen var för stor, analyserades vinjetterna för att identifiera beskrivningar som kan tolkas på olika sätt.

Respondentens kommentarer var även till stor nytta för att identifiera begrepp och delar av vinjetterna som kunde vara problematiska. Exempelvis påpekade flera respondenter att bedömningen av ifall något var en kränkning eller inte berodde på personalens tonläge och på vilken relation den äldre har med personalen: faktorer som var svåra att

Exempel: I de fall där vinjetterna betygsattes antingen högre eller lägre än avsett behövde beskrivningen förstärkas respektive försvagas. Nedan följer ett exempel på en av vinjetterna för ångslan från pilotstudie 1, som var avsedd att vara ganska bra men som visade sig uppfattas för negativt:

Karin är 81 år. Hon går på hälsokontroll på vårdcentral varannan månad. Inför besöket brukar hon oro sig för att hon inte har ordnat allt. Dagarna innan sover hon lite sämre och har inte så bra aptit.

Efter att vi provat vinjetten och sett att den betygsattes lägre än avsett justerades vinjetten till följande formulering:

Karin är 81 år. Hon går på hälsokontroll på vårdcentral varannan månad. För det mesta är hon trygg och lugn, men inför besöket oroar hon sig för att hon inte har ordnat allt. Dagarna innan sover hon lite sämre och har inte så bra aptit.

Det handlar alltså om små detaljer som kan göra en stor skillnad för hur vinjetterna uppfattas.

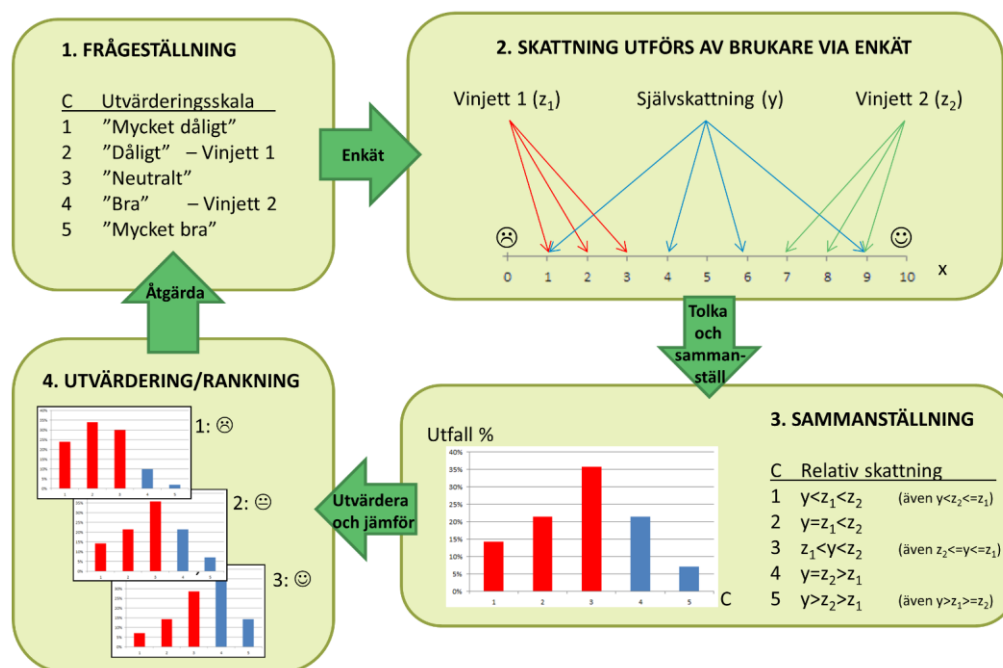
förmedla i en vinjett.

I den första pilotstudien fann vi också att svaren påverkades av om skalan gick från dåligt till bra eller från bra till dåligt, samt av om skalan innehöll siffror (0, 1, 2, ... 10) eller enbart onummerade markeringar. Detta på grund av att skalorna tolkades i ljuset av andra mätningar, som till exempel självskattning av upplevd smärta. Därför bestämde vi oss för att använda en skala utan siffror i den andra pilotstudien (det vill säga en tom skala med en förklarande text och en smiley i respektive ände för att visa vilken ände som var bra och vilken som var dålig, se bilaga 1) samt att skalan alltid skulle gå från dåligt till bra snarare än tvärtom. Detta ledde till mindre spridning i tolkningen av skalan och till att fler respondenter betygsatte vinjetterna i avsedd ordning.

3.2.1 Generell modell och frågeformulär

Tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter, som vi beskriver under 3.1, samt våra egna erfarenheter från pilotstudierna låg till grund för utvecklingen av en generell modell för att omvandla absoluta enkätsvar till relativa svar vid utvärdering med vinjetter (se figur 3).

Figur 3. Generell modell för användning av vinjetter.



En kort beskrivning av den föreslagna modellen:

Steg 1: Baserat på frågans ämne skapas två vinjetter. Vinjetterna ska utformas med målet att motsvara betyg C=2 och C=4 på en femgradig utvärderingsskala. Denna femgradiga skala C=[1,2,3,4,5] kommer sedan att användas som relativ skala.

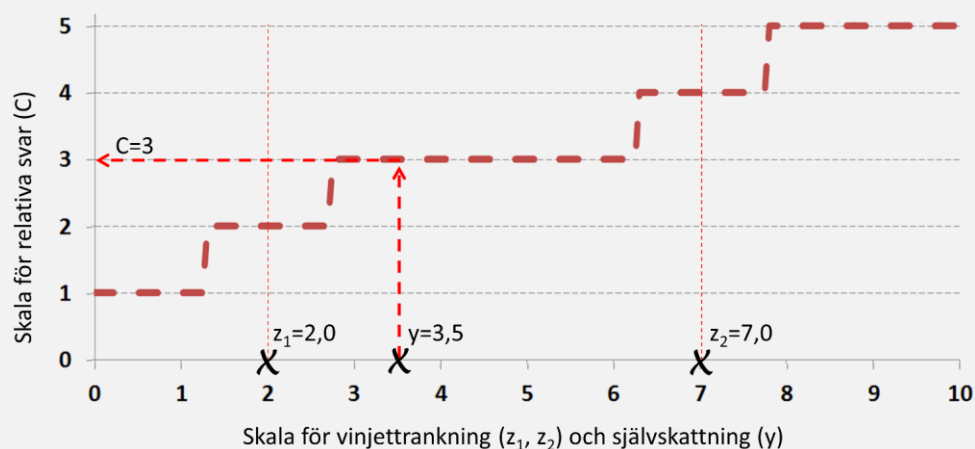
Steg 2: Respondenterna betygsätter de två vinjetterna och självskattningsfrågan enligt en tiogradig absolut skala 0–10. Skalan går från 0 till 10, men skrivs utan siffror. I stället används endast skalstreck. Respondenterna får placera sina kryss helt fritt på skalan; pilarna i figuren är endast ett exempel.

Tidigare studier har använt sig av samma skalor för de absoluta och relativa svaren, oftast 5- eller 7-gradiga så kallade Likertskalor. Vi bedömde dock att transformeringen av respondenternas självskattningsbetyg från den absoluta skalan till den relativa skalan fungerar bättre om man använder en kontinuerlig skala (det vill säga där respondenter inte behöver välja ett heltalsvärde, utan kan placera sina kryss helt fritt på skalan). Se även exemplet nedan.

Steg 3: Transformerar självskattningen till ett relativt svar (C) genom att jämföra betyget för respondentens självskattning med betygen för de två vinjetterna med (där ”=” i figuren betyder nära, se exempel nedan). Beroende på om respondentens självskattning är högre än, samma som, mellan eller lägre än vinjetterna ges den olika betyg enligt den relativa skalan C (se figur 3). Detta steg följer Kings (2004) rekommendation.

De transformerade svaren kan presenteras och analyseras på olika sätt, till exempel som ett histogram. Färgkodningen av histogrammet i figur 3 bygger på ett utvärde-

Figur 4. Exempel på omvandling av en självskattning till relativa svar, när den låga vinjetten fått betyget $z_1=2$ och den höga vinjetten $z_2=7$.

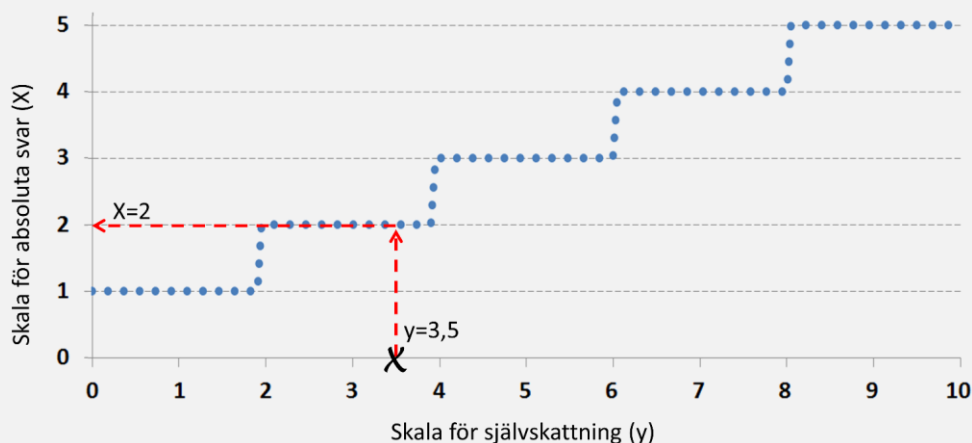


Exempel: En person besvarar varje vinjettenkätfråga med kryss på en kontinuerlig svars-skala (0–10). Personen ger den låga vinjetten betyget $z_1=2,0$, den höga vinjetten betyget $z_2=7,0$ och sin egen självskattade situation betyget $y=3,5$. (Observera att svaren lämnas på en sifferlös skala; siffrorna används bara vid analysen av svaren.)

När självskattningen omvandlas till ett relativt svar utgår man från hur respondenten betygsatt sin egen situation i förhållande till de två vinjetterna. Eftersom respondenten gav den lägre vinjetten ett lägre betyg än sin egen situation och den högre vinjetten ett högre betyg ($2,0 < 3,5 < 7,0$, det vill säga $z_1 < y < z_2$) blir respondentens relativa svar $C=3$ (se figur 4).

Anmärkning: Om självskattningen hade legat nära 2,0 hade C i stället blivit 2 och hade den legat nära 7,0 hade C blivit 4. "Nära" betyder i detta fall mindre än en sjättedel av avståndet mellan vinjetterna. Denna definition provades ut för att få en jämn fördelning av C då man har en jämn fördelning av självskattningsbetygen.

Figur 5. Exempel på omvandling av en självskattning till absoluta svar.



För att kunna jämföra relativa och absoluta svar har respondenternas självskattning även översatts till ett absolut svar på en femgradig heltalsskala 1–5, det vill säga samma typ av skala som det relativa svaret.

Olikt de relativa svaren C är skalan X helt oberoende av vinjettrankningarna. Självskattningen omvandlas därmed från $y=3,5$ till ett absolut svar $X=2$ (3,5 av 10 motsvarar 1,75 av 5, vilket avrundas till 2).

Alltså kan en självskattning på 3,5 omvandlas till ett relativt svar $C=3$, baserat på vinjettbetygen, och ett absolut svar $X=2$ – båda på en skala 1–5.

ringskriterium kopplat till C-skalan, där $C>3$ innebär god omsorg eller hälsa.

Steg 4: Resultaten kan även användas för att göra olika typer av jämförelser över tid eller mellan olika äldreomsorgsenheter.

Skillnaden mellan en enkätundersökning med hjälp av vinjettmeter och en traditionell enkätundersökning är att i traditionella enkäter sker självskattning och utvärdering enbart med hjälp av den absoluta femgradiga X-skalan.

3.2.2 Pilotstudierna

Efter flera omarbetningar av vinjetterna genomfördes en första pilotstudie vid ett äldreboende. I denna studie besvarade 34 brukare en enkät bestående av de fem utvalda frågorna, där varje fråga innehöll två vinjetter samt en självskattningsfråga. För att

Figur 6. En sida ur frågeformuläret som användes i den fullskaliga studien, vidareutvecklad från pilotstudie 1 (se även bilaga 1).

Allmänt hälsotillstånd

1. Anna är 75 år. Hon har en kronisk sjukdom, mår ofta illa och har ont i magen. Hon vilar i sängen flera timmar varje dag. Anna känner sig ofta kraftlös och nedstämd. Hon vill sällan ta emot besök eftersom hon inte vet hur hon ska må.

Hur bedömer du Annas allmänna hälsotillstånd?
Sätt ett kryss på skalan nedan.

Mycket dåligt (frowny face) | Mycket bra (smiley face)

2. Olle är 70 år. Han gillar att vara ute i skogen och plocka svamp. Tyvärr kan han inte göra det så ofta eftersom han får ont i ryggen. Värken brukar gå över dagen efter. För övrigt mår Olle bra och klarar att göra det mesta själv hemma.

Hur bedömer du Olles allmänna hälsotillstånd?
Sätt ett kryss på skalan nedan.

Mycket dåligt (frowny face) | Mycket bra (smiley face)

3. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?
Sätt ett kryss på skalan nedan.

Mycket dåligt (frowny face) | Mycket bra (smiley face)

Rubrik

Första vinjetten (ganska dålig)

Gradering av vinjett 1

Andra vinjetten (ganska bra)

Gradering av vinjett 2

Självskattningsfråga

Självskattning

utvärdera vinjetterna fick även 30 anhöriga och 31 medlemmar av vårdpersonalen betygsätta vinjetterna utan att svara på självskattningsfrågorna.

Vi provade flera olika vinjetter för att landa på rätt nivå, det vill säga hitta vinjetter som varken betygsattes för lågt eller för högt. Vi eftersträvade även en så liten spridning som möjligt i respondentens vinjettbetyg, även om den stora spridning som beror på olika användning av svarsskalorna (se figur 2) ska tas om hand av vinjettmetoden i sig. Det viktigaste var därmed att se till att respondenterna betygsatte vinjetterna i rätt ordning, alltså att den "låga" vinjetten betygsattes lägre än den "höga" vinjetten, i stället för tvärtom. En av vinjetterna, kränkning av den personliga integriteten, betygsattes väldigt olika i det första pilottestet. Inför pilotstudie 2 kontaktades personalen på ett annat äldreboende än det som deltagit i den första pilotstudien. Varje person (sex stycken) ur personalen fick anonymt skriva ner och lämna in förslag på en "ganska låg" vinjett (förhållandevis stor kränkning) och en "ganska hög" vinjett (förhållandevis liten kränkning). Dessa studerades av forskarna som valde ut en av varje. Sedan fick samtliga i personalen själva betygsätta de två utvalda vinjetterna. Resultatet av detta verkade mycket lovande då samtliga vinjetter betygsattes i avsedd ordning och låg nära avsedd betygsnivå på skalan. Vinjetterna fokuserade även mer på hur kränkningen fick den fiktiva personen att känna sig, jämfört med vinjetterna i den första pilotstudien som fokuserade mer på händelsen i sig.

Dessa vinjetter användes sedan i pilotstudie 2. I denna pilotstudie besvarade 18 brukare enkäten. Tyvärr betygsattes inte heller de nya kränkingsvinjetterna i avsedd ordning och vi fick många skrivna kommentarer om att det var svårt att betygsätta vinjetterna eftersom kränkningen beror på hur något sägs, i vilket sammanhang och så vidare. Slutsatsen av pilotstudierna var därför att frågor om kränkning inte lämpar sig för vinjettmetoden och frågan togs inte med i den fullskaliga studien (problematiken med att ta fram vinjetter inom ämnet kränkning beskrivs även i avsnitt 4.1).

3.2.3 Den fullskaliga studien

Frågeformuläret med vinjetter som utvecklades i pilotstudierna utvärderades i en fullskalig studie under hösten 2014 (det slutliga frågeformuläret från den fullskaliga studien finns i bilaga 1). I denna studie uteslöts frågan om kränkning, eftersom vi trots upprepade försök inte uppnått en tillfredställande tillförlitlighet för kränkingsvinjetterna.

Den fullskaliga studien skedde genom ett enkätutskick till totalt 3 994 slumpmässigt utvalda personer. Dessa personer tillhörde samtliga målgruppen för Socialstyrelsens brukarundersökning, det vill säga:

1. Personer med hemtjänst som är 65 år eller äldre och har verkställda biståndsbeslut. Besluten ska omfatta hemtjänst i ordinärt boende i minst 2 timmar per månad med minst en av insatserna service, personlig omvårdnad, ledsagning eller avlösning av anhörig i hemmet.
2. Personer inom särskilt boende som är 65 år eller äldre och har verkställda biståndsbeslut om permanent särskilt boende.

Information om vilka som ingick i målgruppen hämtades från Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453). För den fullskaliga studien valdes brukare från 20 kommuner och stadsdelar för att få en spridning i antalet brukare per geografiskt område. De utvalda kommunerna och stadsdelarna delades upp i tre grupper, beroende på storlek, och ett slumpmässigt antal personer valdes från varje kommun eller stadsdel. Ett ytterligare urvalskriterium var att enkäten skulle skickas till minst 100 personer i varje kommun eller stadsdel.

Enkäten skickades med post i två omgångar. Utskick 1 gjordes under oktober-november 2014 och utskick 2 under november-december 2014. Anledningen till att utskicket gjordes i två omgångar var att det uppstod ett feltryck i svarsskalan i det första utskicket. Med tanke på att det var svårt att förutsäga hur feltrycket skulle påverka resultaten genomförde vi ytterligare ett utskick, men statistisk analys visade att det inte fanns några signifikanta skillnader i resultat mellan utskick 1 och 2. Eftersom utskicken gick till olika respondenter ansågs det feltryckta utskicket därmed vara robust och ge tillförlitliga svar och resultat. Utskickerna har därför analyserats tillsammans.

Totalt besvarade 1 600 respondenter enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 43 procent (korrigerad svarsfrekvens efter att giltigt bortfall räknades bort). Detta kan jämföras med svarsfrekvensen i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning 2014, som låg på 63 procent. Utskicket samt registreringen av de inkomna svaren genomfördes av

Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) som även ansvarar för Socialstyrelsens brukarundersökning inom äldreomsorgen.



4 Ger vinjettmetoden mer jämförbara resultat?

Det huvudsakliga syftet med denna studie är att undersöka om vinjettmetoden är en lämplig metod för att få mer jämförbara resultat i brukarundersökningar inom äldreomsorgen. Avsikten är att minska påverkan av brukares personliga egenskaper på svaren om deras tillfredsställelse med omsorgens kvalitet. För att kunna avgöra om vinjettmetoden har avsedd effekt behövde följande minimivillkor uppfyllas:

1. *Vinjetterna betygsätts i avsedd ordning.*
Vi ställde minimikravkravet att minst 90 procent av respondenterna skulle ha betygsatt vinjetterna i avsedd ordning. Detta kan ses som ett lågt kvalitetskrav, men trots det var det vissa frågor som inte klarade kravet, till exempel kränkningar (se nedan). Notera att respondenterna kunde betygsätta vinjetterna högre eller lägre än målvärdena (2 respektive 4 på en femgradig skala) så länge vinjetterna betygsattes i rätt ordning. Det är dessa skillnader i hur vinjetterna betygsätts som gör det möjligt att kalibrera svaren från självskattningen.
2. *Vinjetterna betygsätts varken mycket högt eller mycket lågt av en majoritet av respondenterna.*
Om vinjetterna får för extrema betyg lämnas inget utrymme för att respondentens självskattning av sin egen situation kan hamna högre eller lägre än båda vinjetterna.
3. *De absoluta svaren avviker från de relativa svaren.*
Detta innebär att respondenternas självskattningar justeras med hjälp av varje respondents vinjettrankningar. Om det inte är någon skillnad mellan svaren har vinjettmetoden ingen påverkan och man kan lika gärna använda de absoluta svaren för jämförelser. Detta innebär inte att de relativa svaren är sämre än de absoluta (förutsatt att villkor 1 och 2 är uppfyllda), men de är däremot onödiga eftersom de inte gör någon skillnad.

I detta kapitel presenterar vi resultat för de fem utvalda frågorna: allmän hälsa, ängslan, rörlighet, bemötande och kränkning. De första tre frågorna avser brukarnas uppfattning om sitt eget hälsotillstånd, medan de sista två frågorna är kvalitetsindikatorer på om äldre behandlas med respekt och värdighet. Resultaten sammanfattas i tabell 1.

Kapitlet gör även en fördjupad analys av effekten av brukarnas hälsotillstånd på deras tillfredsställelse med äldreomsorgen, som sammanfattas i tabell 2.

Slutligen har vi analyserat om eventuella skillnader på grund av ålder, kön, typ av boende eller kommun påverkas av användningen av vinjettmetoden. Dessa resultat sammanfattas i tabell 3.

Det är viktigt att notera att de absoluta svar som getts av brukarna fortfarande är "rätt svar" och alltså inte ska ersättas av de relativa svaren. Justeringen av svaren görs enbart för att möjliggöra mer rättvisande jämförelser. Vid utvärderingar som inte inbegriper jämförelser bör de absoluta svaren användas, eftersom de ger en ofiltrerad bild av brukarnas åsikter.

Enkäten som användes i den fullskaliga studien redovisas i bilagan.

Tabell 1. Sammanfattning av jämförelsen mellan absoluta och relativa svar.

Ämne	Resultat
Allmän hälsa	Vinjetterna betygsatta i avsedd ordning i 96 procent av fallen, det vill säga bra, robusta svar. Signifikant skillnad mellan absoluta ($X=2,81$) och relativa svar ($C=3,11$). Detta innebär att de relativa svaren angav en bättre hälsa än de absoluta svaren. 54 procent av svaren ändrades när resultatet justerades med hjälp av vinjetter.
Ängslan	Vinjetterna betygsatta i avsedd ordning i 86 procent av fallen, det vill säga svaren bör tolkas med försiktighet. Signifikant skillnad mellan absoluta ($X=3,39$) och relativa svar ($C=3,84$). Detta innebär att de relativa svaren angav mindre problem med ängslan än de absoluta svaren. 58 procent av svaren ändrades när resultatet justerades med hjälp av vinjetter.
Rörlighet	Vinjetterna betygsatta i avsedd ordning i 92 procent av fallen, det vill säga bra, robusta svar. Signifikant men liten skillnad mellan absoluta ($X=3,10$) och relativa svar ($C=3,30$). Den stora spridningen i svaren gör att man inte med säkerhet kan säga något om hur medelvärdena för de absoluta och relativa svaren skiljde sig. 53 procent av svaren ändrades när resultatet justerades med hjälp av vinjetter.
Bemötande	Vinjetterna betygsatta i avsedd ordning i 93 procent av fallen, det vill säga bra, robusta svar. Ingen signifikant skillnad mellan absoluta och relativa svar, men andelen respondenter som sade sig ha upplevt dåligt bemötande ökade något med vinjetter. 51 procent av svaren ändrades när resultatet justerades med hjälp av vinjetter.
Kränkning (data från pilotstudie 2)	Vinjetterna betygsatta i avsedd ordning i 83 procent av fallen, det vill säga svaren bör tolkas med försiktighet. Vinjetterna betygsattes även väldigt olika av olika personer. Ingen signifikant skillnad mellan absoluta svar och relativa svar. Mycket få respondenter hade upplevt kränkande behandling, men många blev irriterade av frågorna i enkäten. 50 procent av svaren ändrades när resultatet justerades med hjälp av vinjetter.

Tabell 2. Vinjettmeterodens påverkan på sambandet mellan hälsa och brukarnas tillfredsställelse med bemötandet.

Ämne	Resultat
Hälsotillståndets påverkan på brukarnas tillfredsställelse med bemötandet	Samverkan mellan hälsa och upplevt bemötande minskade vid relativa svar, jämfört med absoluta svar. Detta innebär att svaren justerades för effekten av brukarnas hälsa, vilket ökade jämförbarheten. Dock var variationen i samverkan stor, vilket innebär att det inte går att hitta en standardiserad formel för hur mycket respondenternas hälsa påverkar deras tillfredsställelse med bemötandet.

Tabell 3. Vinjettmeterodens påverkan på skillnader som orsakas av andra brukaregenskaper.

Brukaregenskap	Resultat
Ålder	Studerade grupper: 65–74 år, 75–79 år, 80+ <i>Allmän hälsa:</i> Signifikanta skillnader mellan grupperna i de absoluta, men inte de relativa, svaren det vill säga de relativa svaren är mindre påverkade av ålder. <i>Bemötande:</i> Inga signifikanta skillnader mellan grupperna, varken i de absoluta eller i de relativa svaren.
Kön	Studerade grupper: Kvinnor och män Inga signifikanta skillnader mellan grupperna, varken i de absoluta eller i de relativa svaren.
Boendeform	Studerade grupper: Särskilt boende och hemtjänst. <i>Allmän hälsa:</i> Signifikanta skillnader mellan grupperna både i de absoluta och i de relativa svaren, det vill säga skillnaderna reduceras inte av vinjetterna. <i>Ängslan:</i> Signifikanta skillnader både i de absoluta och i de relativa svaren, det vill säga skillnaderna reduceras inte av vinjetterna. <i>Bemötande:</i> Signifikanta skillnader både i de absoluta och i de relativa svaren, det vill säga skillnaderna reduceras inte av vinjetterna.
Kommun	Studerade grupper: 10 kommuner Inga signifikanta skillnader mellan grupperna, varken i de absoluta eller i de relativa svaren. Resultaten är svårtolkade och vinjetterna verkar inte reducera osäkerheten.

4.1 MINSKAR VINJETTMETERODEN OLIKHETER PÅ GRUND AV SKILLNADER I TOLKNING?

Frågan om kränkning ströks från den fullskaliga studien eftersom vi inte lyckades uppnå en tillfredsställande tillförlitlighet i hur våra respondenter tolkade vinjetterna (se avsnittet om kränkningar nedan). Alltså är resultaten för de fyra första frågorna nedan tagna från den fullskaliga studien, medan svaren på den sista frågan är tagen från pilotstudie 2. Resultaten från utskick 1 och 2 i den fullskaliga studien redovisas tillsammans (se avsnitt 3.2.3 ovan).

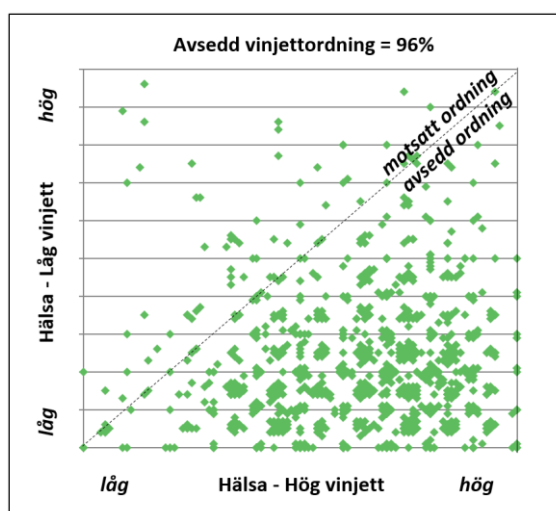
Resultaten har analyserats på följande sätt:

1. Andel vinjetter som betygsatts i avsedd ordning. Vi undersöker om den låga vinjetten betygsattes lägre än den höga vinjetten av minst 90 procent av respondenterna.
2. Jämförelse mellan svaren enligt den absoluta och den relativa skalan för att utvärdera om de svar som justerats med hjälp av vinjetter ger mer jämförbara resultat än svaren som enbart bygger på självskattningsfrågor.
3. Jämförelse med resultatet från Socialstyrelsens brukarundersökning 2014 för de frågor som hade en femgradig skala i Socialstyrelsens undersökning (det vill säga allmän hälsa och bemötande).

Ämne: Allmän hälsa

Svaren på frågorna om Allmän hälsa analyseras i figur 7 och figur 8. Figur 7 visar hur varje respondent (en markering per respondent) betygsatte de två hälsovinjetterna i förhållande till varandra. Betygsättningen var ganska konsekvent: en majoritet av respondenterna (96 procent) betygsatte vinjetterna i avsedd ordning, det vill säga den låga vinjetten betygsattes lägre än den höga vinjetten. Frågan klarade därmed vårt minimikrav att minst 90 procent skulle betygsätta vinjetterna i avsedd ordning. Vinjetter som betygsatts på motsatt sätt (svar som hamnar över diagonalen i figur 7) kan inte användas för att tolka respondentens självskattning, eftersom de inte uppfyller antagandet om vinjettlikvärdighet (se avsnitt 3.1.1).

Figur 7. Allmän hälsa: vinjettbetygsättning.

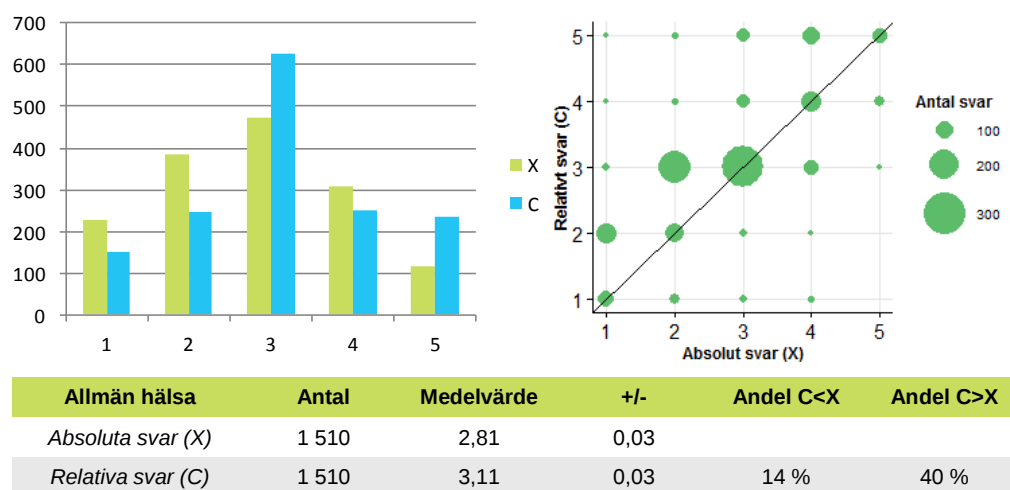


Figur 8 visar brukarnas självskattning översatt till en absolut femgradig skala (X) tillsammans med de transformerade relativa svaren (C), som tagits fram med hjälp av vår generella modell (se figur 3 och exemplet i figur 4). Bollar som är placerade längs huvud-

diagonalen i det högra diagrammet (markerat med en linje) visar svar som inte ändrades i vinjettransformeringen (det vill säga de absoluta och relativa svaren är desamma, $C = X$). Bollar ovanför diagonalen visar svar som ökade vid transformationen ($C > X$), medan bollar under diagonalen indikerar svar som minskade ($C < X$). Även om de flesta svaren är oförändrade kan vi både se svar som ökat (40 procent av svaren) och svar som minskat (14 procent).

Medelvärde av de absoluta svaren ($X=2,81$) är signifikant lägre än medelvärdet av de relativa svaren ($C=3,11$), vilket kan tolkas som att många brukare mår förhållandevis bra i förhållande till vinjetterna. Detta gäller naturligtvis inte alla brukare, men resultatet innebär ändå att de relativa svaren är mer jämförbara eftersom vissa av de absoluta svaren betygsattes "för högt" i relation till vinjetterna medan andra betygsattes "för lågt".

Figur 8. Allmän hälsa: absoluta (X) och relativa (C) svar.



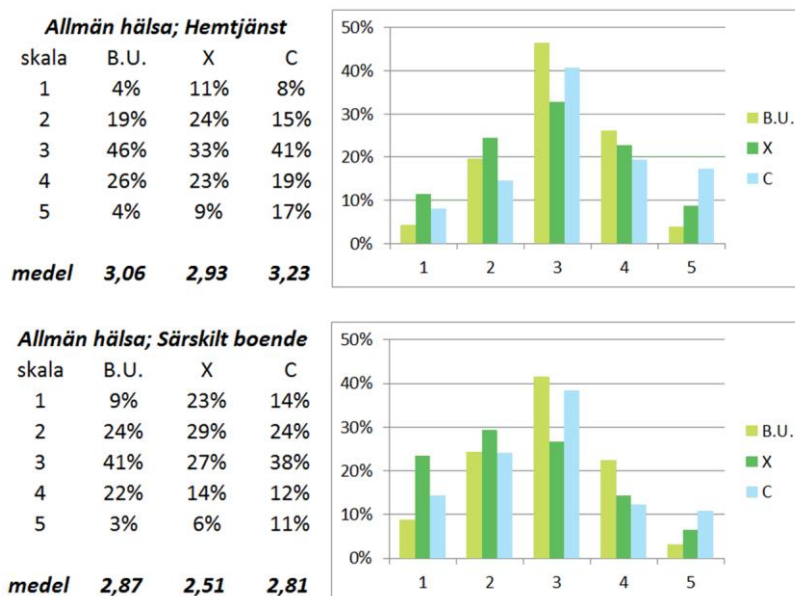
Figur 9 jämför de absoluta svaren (X) och de relativa svaren (C) med svaren i Socialstyrelsens brukarundersökning 2014. Svaren är uppdelade efter boendeform (hemtjänst respektive särskilt boende) eftersom Socialstyrelsen analyserar boendeformerna separat.

För denna fråga – allmän hälsa – kan vi se att svaren i nationella brukarundersökningen är mer centrerade kring 3 jämfört med de absoluta svaren (X) i vår undersökning (se faktarutan nedan). Detta innebär att fler personer angav att de hade medelbra hälsa i nationella brukarundersökningen än andelen som gav samma svar i vår undersökning. Om man jämför självskattningarna med vinjetterna, och på så sätt får fram de relativa svaren (C), får man däremot fler värden i mitten (betyg 3) än i de absoluta svaren X. Medelvärdet för C är därmed närmare nationella brukarundersökningen än vad medelvärdet för X är.

De relativa svaren hade fler respondenter med mycket bra hälsa än de absoluta svaren. Det innebär att även om förhållandevis få personer tyckte att de mådde mycket bra, tyckte ett större antal att de mådde bättre än den ganska bra vinjetten.

Däremot har C betydligt fler betyg 5 än både X och nationella brukarundersökningen. Detta innebär att få personer ville säga att de mår mycket bra, men att det däremot var flera som sa att de mår bättre än den ganska bra vinjetten, vilket motsvarar mycket bra enligt den relativa skalan.

Figur 9. Allmän hälsa: absoluta (X) och relativa (C) svar jämfört med Socialstyrelsens brukarundersökning 2014 (B.U.).



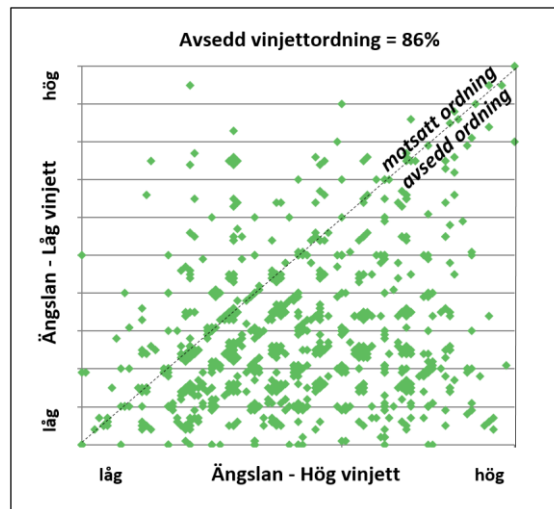
Att de absoluta svaren i denna undersökning är mindre centrerade kring 3 jämfört svaren i nationella brukarundersökningen betyder att de har en bredare fördelning – det vill säga en större andel höga respektive låga svar. Detta antyder att man får en bredare fördelning om man använder en sifferlös kontinuerlig skala som översätts till en femgradig skala, än om respondenterna får välja mellan fem absoluta svarsalternativ, som i nationella brukarundersökningen.

Ämne: Ängslan

Den andra frågan gällde Ängslan. Ängslan mätte brukarnas mentala hälsa och var ett av tre ämnen med anknytning till hälsa. Som framgår av figur 10 betygsatte endast 86 procent vinjetterna i avsedd ordning, det vill säga 14 procent av de svarande gav den låga vinjetten ett högre betyg än den höga vinjetten. Detta är en bit under vår gräns på 90 procent. Man kan även se att de flesta respondenterna gav både den låga och den höga vinjetten ett förhållandevis lågt betyg, vilket innebär att de relativa självskattningarna är

De relativa svaren hade fler respondenter med mycket bra mental hälsa än de absoluta svaren. Det innebär att även om förhållandevis få personer tyckte att de hade mycket bra mental hälsa, tyckte ett större antal att de hade mindre problem med ängslan än den ganska bra vinjetten.

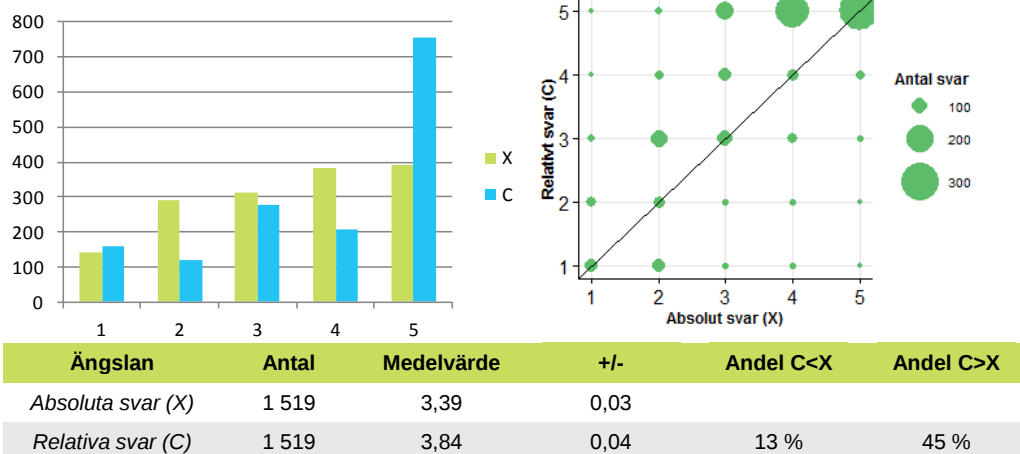
Figur 10. Ängslan: vinjettbetygsättning.



troliga att hamna högre. Ju lägre betyg vinjetterna får, desto mer sannolikt blir det att respondenterna betygsätter sin egen situation högre än den ena eller båda vinjetterna.

Figur 11 visar att många svar (42 procent) ligger på huvuddiagonalen (det vill säga $X = C$), men att fler svar (45 procent) transformerats till högre värden ($C > X$) än tvärtom. I synnerhet fick många som satte en låg självskattning ($X = 2, 3$ eller 4) ett högre relativt svar ($C = 5$), vilket tyder på att även äldre som ansåg sig ha problem med ängslan hade mindre problem än vår ganska bra vinjett. Detta framgår även genom att medelvärdet av de absoluta svaren ($X=3,39$) är signifikant lägre än medelvärdet av de relativa svaren ($C=3,84$). Resultaten måste dock tolkas med försiktighet, eftersom båda vinjetterna betygsattes förhållandevis lågt.

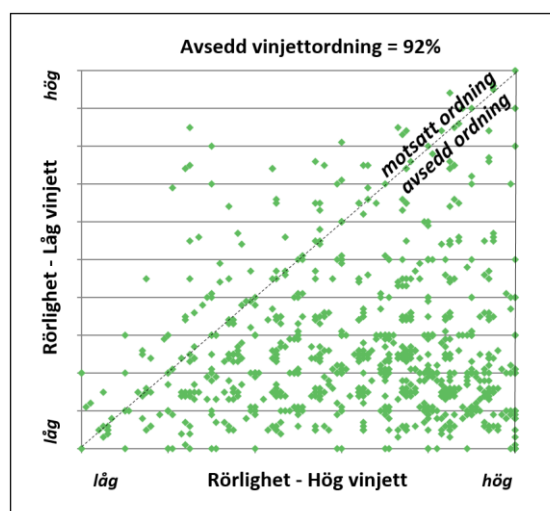
Figur 11. Ängslan: absoluta och relativa svar.



Ämne: Rörlighet

Det tredje hälsorelaterade ämnet var Rörlighet, det vill säga förmåga att röra sig inomhus med eller utan hjälp från andra. En hög andel (92 procent) betygsatte vinjetterna i avsedd ordning, vilket visar att vinjetterna är tillförlitliga (se figur 12). Detta innebär att även de relativa svaren (C) bör vara tillförlitliga.

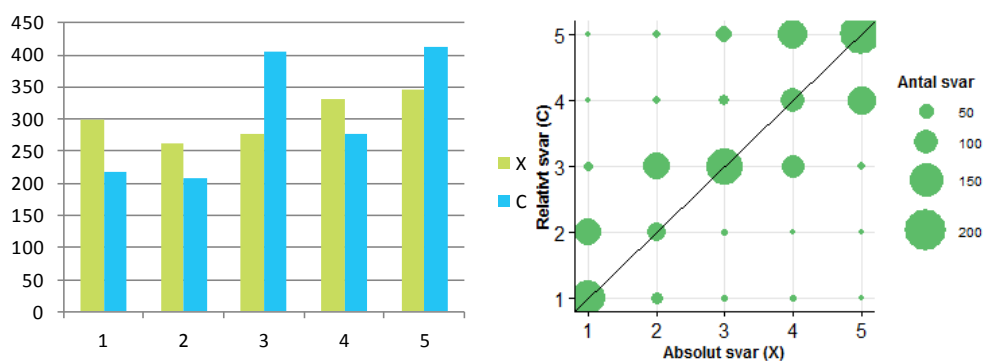
Figur 12. Rörlighet: vinjettbetygsättning.



Figur 13 visar att många respondenters självskattade Rörlighet (47 procent) ligger på huvuddiagonalen ($X = C$), men att förhållandevis många (33 procent) har ökat ($C > X$) och några (20 procent) minskat ($C < X$). Medelvärdet av de absoluta svaren ($X=3,10$) är signifikant lägre än medelvärdet av de relativa svaren ($C=3,30$), men spridningen är stor.

Den stora spridningen visar att förhållandevis många respondenter tolkade frågan och betygsskalan antingen lägre eller högre än avsett, eftersom de absoluta självskattningarna både höjdes och sänktes när de justeras efter hur samma person betygsatt vinjetterna. Mer än hälften av svaren (53 procent) ligger utanför huvuddiagonalen. Detta pekar på att de absoluta svaren X troligtvis inte är jämförbara med varandra, eftersom olika personer verkar ha tolkat frågan olika. Därmed ger vinjettmetoden mer jämförbara svar.

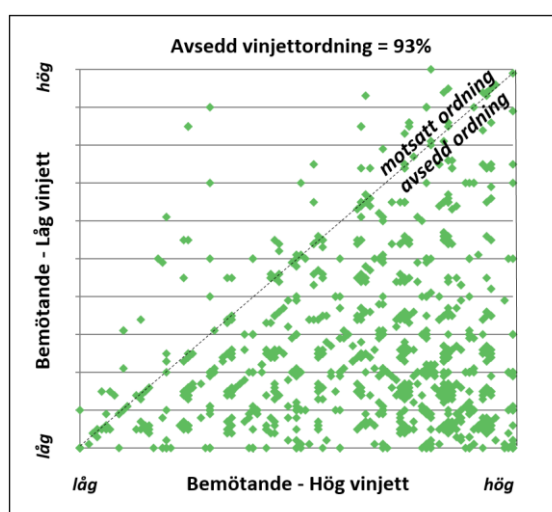
Däremot kan man *inte* säga att brukarna i medeltal har bättre (eller sämre) rörlighet än vinjetterna, eftersom det inte fanns någon tydlig trend att de relativa svaren antingen är högre eller lägre än de absoluta svaren.

Figur 13. Rörlighet: absoluta och relativa svar.

Rörlighet	Antal	Medelvärde	+/-	Andel C<X	Andel C>X
Absoluta svar (X)	1 518	3,10	0,04		
Relativa svar (C)	1 518	3,30	0,04	20 %	33 %

Ämne: Bemötande

Den fjärde frågan, Bemötande, fokuserar på upplevd kvalitet i äldreomsorgen. Även här var det en hög andel (93 procent) av respondenterna som betygsatte vinjetter i avsedd ordning (se figur 14). I detta fall har den höga vinjetten oftast betygsatts lagom högt, men ibland lite högre än avsett, och den låga vinjetten har oftast betygsatts lagom lågt, men ibland lite lägre än avsett. Detta innebär att frågan klarar vårt kvalitetskrav, men att det finns en risk att oproportionerligt många självskattningssvar hamnar mellan vinjetterna, det vill säga C=3.

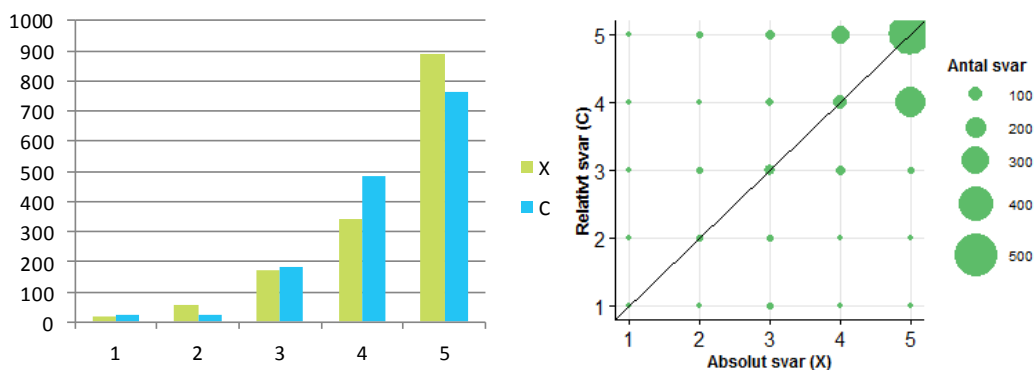
Figur 14. Bemötande: vinjettbetygsättning.

Figur 15 visar de absoluta och relativa självskattningssvaren för Bemötande. Det är ingen signifikant skillnad på medelvärdet av de absoluta svaren ($X=4,37$) och de relativa svaren ($C=4,31$). Tvärtemot vad som skulle kunna förväntas (se diskussionen ovan) är det en mycket liten andel svar som transformerats till $C=3$. I stället ligger de allra flesta självskattningarna på 4 och 5, både enligt den absoluta (X) och den relativa skalan (C). Detta betyder att mycket få respondenter sade sig ha upplevt dåligt bemötande från personalen.

Om detta är en representativ bild av äldreomsorgen är det ett positivt resultat, men svaren skulle även kunna vara ett tecken på att vissa äldre är ovilliga att klaga på äldreomsorgen, exempelvis på grund av sin beroendeställning. Just det senare är en möjlig tolkning av den förhållandevis stora andel som svarade $X=5$ (alltid bra bemötande), men som översattes till $C=4$, det vill säga ett bemötande som motsvarar den ganska bra vinjetten (en vinjett som inte är avsedd att motsvara den högsta möjliga nivån).

Mycket få respondenter säger sig ha upplevt dåligt bemötande från personalen. Samtidigt har en förhållandevis stor andel som svarat "alltid bra bemötande" justerats ned till "ofta bra bemötande" när deras svar sätts i förhållande till vinjetterna. Detta skulle kunna vara ett tecken på att äldre tvekar att klaga på äldreomsorgen, till exempel på grund av sin beroendeställning. I så fall kan det vara lättare att sätta sin egen situation i relation till ett hypotetiskt exempel, än att enbart sätta ett betyg på den.

Figur 15. Bemötande: absoluta och relativa svar.



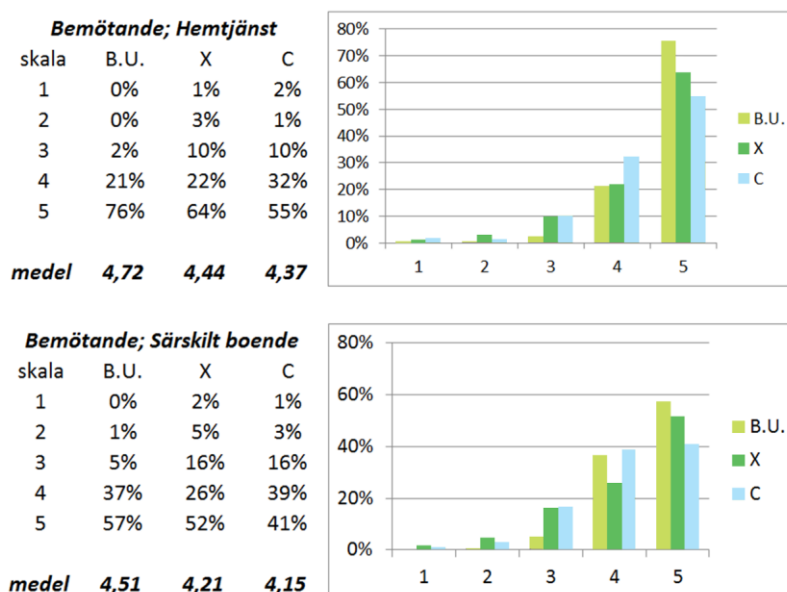
Figur 16 visar en jämförelse av de absoluta och relativa svaren i vår studie med svaren i Socialstyrelsens brukarundersökning 2014. Svaren är uppdelade efter boendeform (hemtjänst och särskilt boende) eftersom Socialstyrelsen analyserar respektive boendeformer separat.

För denna fråga, Bemötande, ser vi ett helt annat resultat än i den tidigare jämförelsen av våra och Socialstyrelsens resultat för Allmän hälsa. Brukarnas självskattningar är i detta

fall inte centrerade kring 3, utan har i stället en stor slagsida åt 5. I den nationella brukarundersökningen angav en mycket hög andel att de alltid får ett gott bemötande, medan de absoluta svaren (X) från vår undersökning (X) är något lägre och de relativa svaren (C) ytterligare något lägre.

Detta förstärker misstanken som nämndes tidigare: att äldre är ovilliga att klaga på äldreomsorgen på grund av sin beroendeställning. Med vinjettmetoden verkar problemet minska något, även om skillnaden är förhållandevis liten.

Figur 16. Bemötande: absoluta (X) och relativa (C) svar jämfört med Socialstyrelsens brukarundersökning 2014 (B.U.).

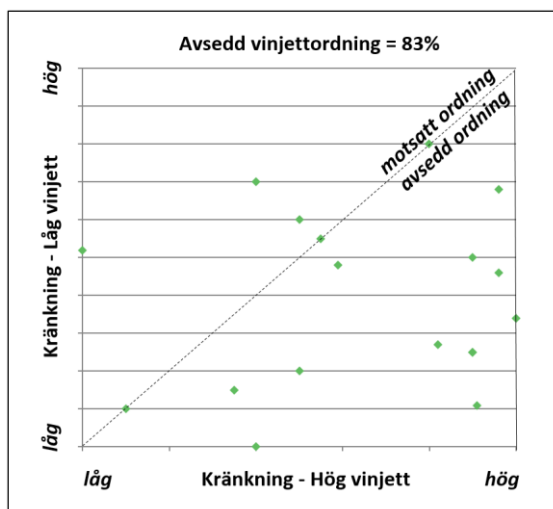


Ämne: Kränkning av den personliga integriteten

Utvecklingen av vinjetter för frågan om Kränkning av den personliga integriteten visade sig vara mycket komplicerad. Redan i diskussionen inom gruppen som tog fram den första versionen av vinjetterna visade det sig att olika personer hade helt olika uppfattningar om vad som var kränkande. Detta kan ha att göra med att kränkningar inte nödvändigtvis ligger så mycket i vad som sägs eller görs (det som förhållandevis enkelt kan beskrivas i en vinjett) utan i hur det sägs, minspel, tidigare relation mellan den äldre och personalen, etcetera.

När kränkingsvinjetterna användes i pilotstudierna visade det sig att även äldre, anhöriga och personal betygsatte vinjetterna väldigt olika. Vinjetterna som användes i den första pilotstudien visade sig inte uppfylla vårt kvalitetskrav (endast 71 procent av respondenterna betygsatte vinjetterna i avsedd ordning) och därför utvecklades nya vinjetter till den andra pilotstudien (se avsnitt 3.2.2). Inte heller dessa vinjetter levde dock upp till våra

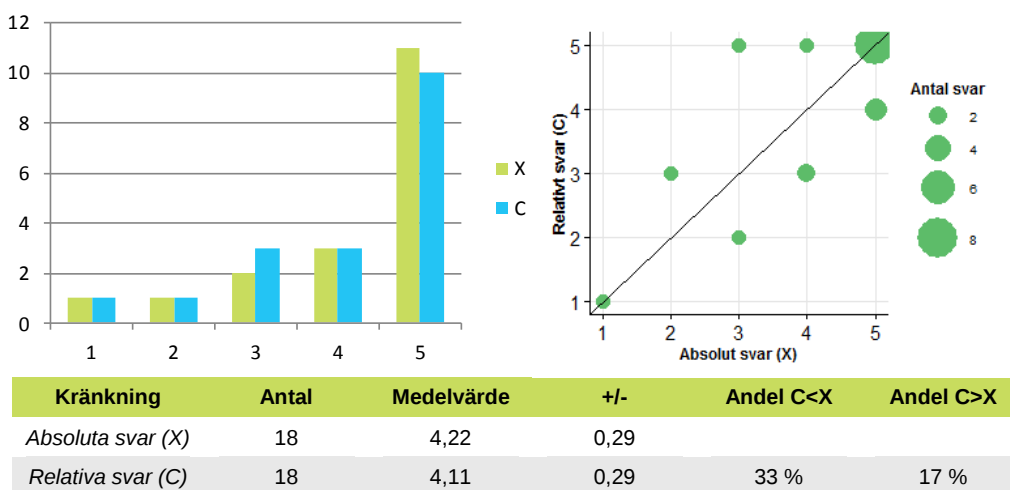
Figur 17. Kränkning: vinjettbetygsättning, pilotstudie 2.



kvalitetskrav. Vår slutsats var därför att kränkning troligtvis inte lämpar sig för vinjetter och frågan om Kränkning uteslöts ur den fullskaliga studien (se även avsnitt 3.2.2).

Figur 17 redovisar resultaten från pilotstudie 2. Endast 83 procent av respondenterna betygsatte vinjetterna i avsedd ordning, vilket innebär att de inte uppfyllde vårt kvalitetskrav på 90 procent (se figur 17).

Figur 18. Kränkning; absoluta och relativa svar, pilotstudie 2.



Figur 18 visar i sin tur att det inte var någon signifikant skillnad på medelvärdet av de absoluta (X=4,22) och de relativa svaren (C=4,11) om Kränkning i pilotstudie 2. De flesta

svaren ligger på betyg 5, både enligt den absoluta skalan (X) och den relativa skalan (C). Detta innebär att mycket få respondenter har upplevt kränkande behandling från personalen. Tolkningen av svaren är dock osäker, dels på grund av det låga antalet respondenter och dels på grund av den låga andelen vinjetter som betygsatts i avsedd ordning. Vi fick även många skrivna kommentarer som indikerade att frågor om kränkning inte lämpade sig för vinjettmetoden (se avsnitt 3.2.2).

4.2 PÅVERKAR VINJETTMETODEN SAMBANDET MELLAN DE ÄLDRES HÄLSA OCH DERAS TILLFREDSSTÄLLELSE MED OMSORGEN?

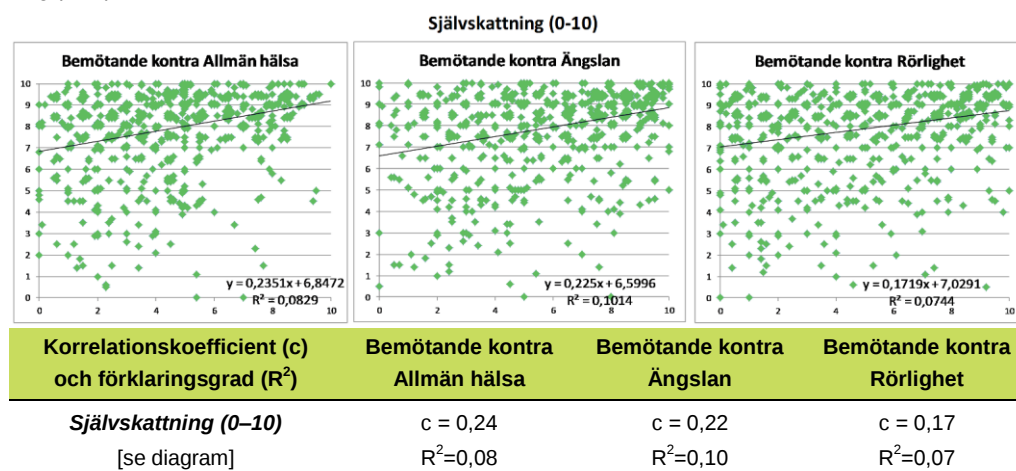
Som nämns i kapitel 1 visar tidigare forskning att det finns ett samband mellan äldres hälsotillstånd och deras tillfredsställelse med äldreomsorgen. Detta skapar svårigheter att separera skillnader i upplevd kvalitet till följd av bättre eller sämre hälsa och skillnader i den kvalitet som enskilda vårdgivare inom äldreomsorgen ger. Syftet med vinjettmetoden är att utveckla ett mätinstrument som gör det lättare att jämföra kvalitet mellan äldreomsorgens verksamheter. Vi ville därför särskilt utvärdera om användandet av vinjetter gör svaren om upplevd tjänstekvalitet mindre känsliga för skillnader i respondenternas hälsotillstånd.

4.2.1 Hur stort är sambandet mellan hälsa och åsikt om bemötande?

Trots att flera studier konstaterar att det finns ett samband mellan hälsotillstånd och tillfredsställelse med äldreomsorgen har vi inte hittat någon forskning om hur stort sambandet är. Ett första steg är därför att analysera hur sambandet mellan självskattad hälsa och uppfattat bemötande ser ut.

Diagrammen i figur 19 visar respondenternas svar enligt den tiogradiga kontinuerliga skalan (0–10). Bemötande (på y-axeln) anges som funktion av respektive hälsovariabel: Allmän hälsa, Ängslan och Rörlighet (på x-axlarna).

Figur 19. Bemötande som en funktion av hälsovariablerna (allmän hälsa, rörlighet, ängslan) för Självskattning (0–10).



Många, både sjukare och friskare äldre, svarade att de får ett bra bemötande (betyg 8–10), men ett bra bemötande var ännu vanligare för dem som även hade bra hälsa (betyg 8–10). Lutningen på den linjära regressionslinjen för Bemötande och Allmän hälsa visar att korrelationskoefficienten mellan dem är 0,24, vilket innebär att en ökning i Allmän hälsa med 1 ger en ökning i Bemötande med i medeltal 0,24. Ett liknande samband gäller för de andra två hälsovariablerna: en ökning i rörlighet respektive brist på ängslan med 1 förbättrar bemötandet med 0,22 respektive 0,17. Ju högre självskattad hälsa, desto högre betyg ger alltså respondenterna bemötandet i äldreomsorgen, vilket stärker det som tidigare forskning hävdar.

Det bör dock påpekas att variationen kring den linjära regressionslinjen för samtliga hälsovariabler är stor (förklaringsgraden R^2 är mycket låg), vilket innebär att sambandet inte kan användas som prediktionsmodell. Man kan alltså inte förutsäga bemötandet som en funktion av hälsovariablerna, eftersom större delen av betyget för bemötande beror på helt andra – okända – variabler än hälsa.

Däremot innebär resultatet att enheter med många sjuka brukare kan förväntas få ett lite lägre betyg för bemötande än enheter med många friska brukare. Även en enskild enhet som jämför sitt resultat för olika år påverkas av om andelen sjuka äldre har ökat eller minskat från ett år till ett annat. Om detta samband kan elimineras (eller minskas) med hjälp av vinjetter får man alltså ett mer jämförbart resultat.

Dock är det viktigt att notera att orsaken till sambandet fortfarande är oklar. Det skulle exempelvis kunna vara så att äldre med sämre hälsa även får ett sämre bemötande i äldreomsorgen. Därför är det viktigt att ta hänsyn till både de absoluta och de justerade resultaten vid utvärdering av äldreomsorg.

4.2.2 Påverkas sambandet av vinjettmetoden?

Vinjettmetodens effekt på sambandet mellan hälsa och bemötande kan analyseras genom att jämföra regressionsekvationerna för sambandet mellan Bemötande och de tre hälsovariablerna (Absolut hälsa, Ängslan och Rörlighet) i absoluta svar (X) med regressionsekvationerna för sambandet mellan Bemötande och hälsovariablerna i relativa svar C. Tabell 4 visar att sambandet inte försvinner helt, men att korrelationskoefficienterna blir lägre vid användning av vinjetter.

Tabell 4. Bemötande som en funktion av hälsovariablerna (allmän hälsa, rörlighet, ängslan) för Självskattning (0–10), Absoluta svar (X) och Relativa svar (C).

Korrelationskoefficient (c) och förklaringsgrad (R^2)	Bemötande kontra Allmän Hälsa	Bemötande kontra Ängslan	Bemötande kontra Rörlighet
<i>Självskattning (0–10)</i> [se även figur 19]	c = 0,24 $R^2=0,08$	c = 0,22 $R^2=0,10$	c = 0,17 $R^2=0,07$
<i>Absoluta svar (X=1–5)</i>	c = 0,22 $R^2=0,07$	c = 0,21 $R^2=0,08$	c = 0,17 $R^2=0,07$
<i>Relativa svar (C=1–5)</i>	c = 0,14 $R^2=0,03$	c = 0,08 $R^2=0,02$	c = 0,07 $R^2=0,01$

Korrelationen i tabell 4 är som väntat liknande för självskattningen (0–10) och för de absoluta heltalssvaren (X), eftersom de absoluta heltalssvaren bara är en översättning av självskattningen från en kontinuerlig skala (0–10) till en femgradig heltalsskala. Däremot är det tydligt att korrelationerna mellan hälsa och bemötande för de relativa svaren (C) är betydligt lägre än för de absoluta svaren (X). Till exempel minskar korrelationen mellan Bemötande och Allmän hälsa från 0,22 i absoluta svar (X) till 0,14 i relativa svar (C). Detta innebär att de relativa svaren för Bemötande är mindre beroende av hälsoaspekter än de absoluta svaren är, vilket var vad vi ville åstadkomma. Även om förklaringsgraden R^2 är mycket låg (se ovan), så är detta ett tecken på att man med hjälp av vinjetter får mer jämförbara resultat för frågor om tjänstekvalitet.

Sambandet mellan hälsa och upplevt bemötande minskar vid användning av vinjettmeteroden.

4.3 FINNS DET ANDRA SKILLNADER SOM BEROR PÅ BRUKARNAS EGENSKAPER OCH PÅVERKAS DE AV VINJETTMETODEN?

Huvudfokus för denna studie har varit att undersöka om vinjettmeteroden kan minska påverkan av brukares personliga egenskaper på deras tillfredsställelse med äldreomsorgen. Datan som samlats in kan dock även användas för att analysera om svaren på de fem frågorna påverkas av andra variabler, som till exempel brukarens ålder, kön och typ av boende. Denna typ av analys görs kontinuerligt av Socialstyrelsen baserat på svaren i den nationella brukarundersökningen.

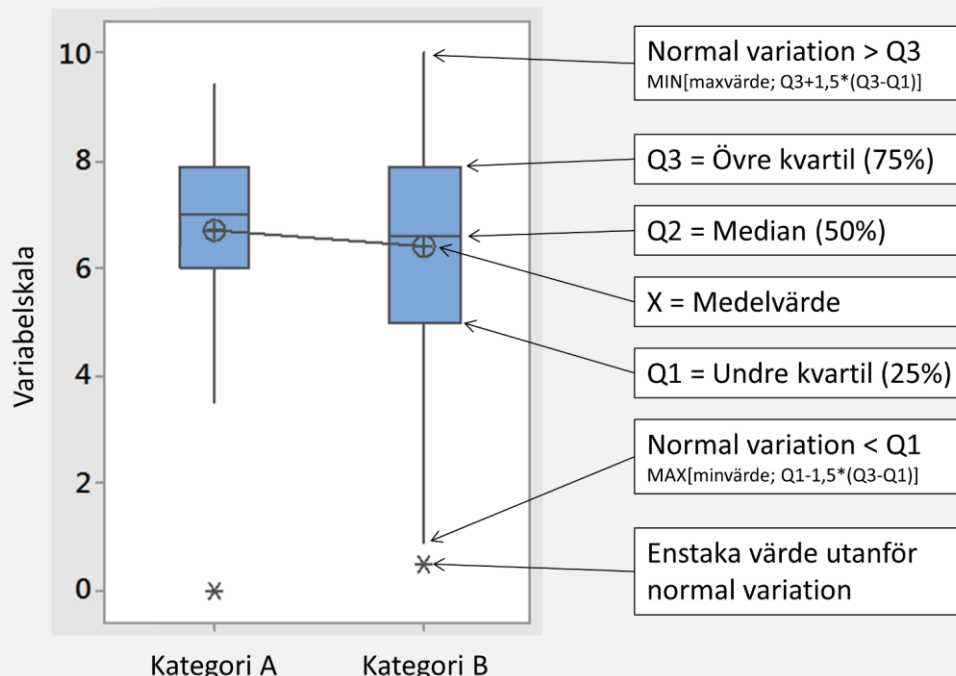
Vi kommer här att göra en mindre undersökning av sambanden mellan våra resultat och brukarnas ålder, kön, boendeform och kommuner för att se om dessa faktorer påverkar de absoluta svaren och, i så fall, om denna påverkan blir större eller mindre vid användning av vinjetter. Är relativa svar mer robusta, i betydelsen mindre känsliga för brukarnas personliga egenskaper, som vi såg ovan i analysen av sambandet mellan hälsa och bemötande?

Analysen i detta avsnitt görs med hjälp av låddiagram

I jämförelserna nedan används en typ av diagram som visar medelvärde, median och normal variation (spridning) i svaren på en fråga. Varje kategori som jämförs får ett eget diagram. Exempelvis kan olika åldersgrupper vara relevanta kategorier om man vill jämföra hur ålder påverkar enkätsvaren.

Diagramtypen som används är vanlig vid statistiska jämförelser och kallas *lådagram* (*box plot* på engelska) eftersom "lådan" i mitten innehåller 50 procent av alla värden, medan 25 procent av värdena ligger under lådan (under undre kvartilen Q_1) och 25 procent ligger över lådan (över övre kvartilen Q_3), se figur 20. Cirkeln med kryss visar kategorins medelvärde och mittenstrecket visar medianen för den aktuella kategorin. Lådagram används ofta för att jämföra medelvärden och variation för olika kategorier.

Figur 20. Ett "lådagram" ("box plot" på engelska).



4.3.1 Ålder

De tre åldersgrupper som analyserats är 65–74 år, 75–79 år samt 80 år och äldre (80+). Grupperna motsvarar de som används av Socialstyrelsen vid analyser av svar från nationella brukarundersökningen.

Figur 21 nedan visar bland annat vinjettbetygsättningen för Hälsovinjett 1 (ganska dålig) och Hälsovinjett 2 (ganska bra). Statistisk analys med hjälp av ett så kallat *ANOVA hypotes-test* visar att det inte finns några signifikanta skillnader ($p > 0,05$) i betygsättningen av Hälsovinjett 1 för de tre åldersgrupperna, men däremot av Hälsovinjett 2 ($p < 0,05$). Detta innebär att respondenter i åldern 80+ betygsätter Hälsovinjett 2 något högre (bättre) än övriga respondenter. Olles måttliga besvär efter att han gått i skogen (se bilaga 1) verkar alltså mindre betungande för den äldre gruppen, vilket är rimligt med tanke på deras ålder.

Användningen av vinjetter minskar sambandet mellan brukarnas ålder och deras självskattade hälsa. Det innebär att vinjettmetoden minskar effekten av att olika åldersgrupper har olika förväntningar på hur bra hälsa de "borde" ha och därmed upplever sig som sjukare eller friskare.

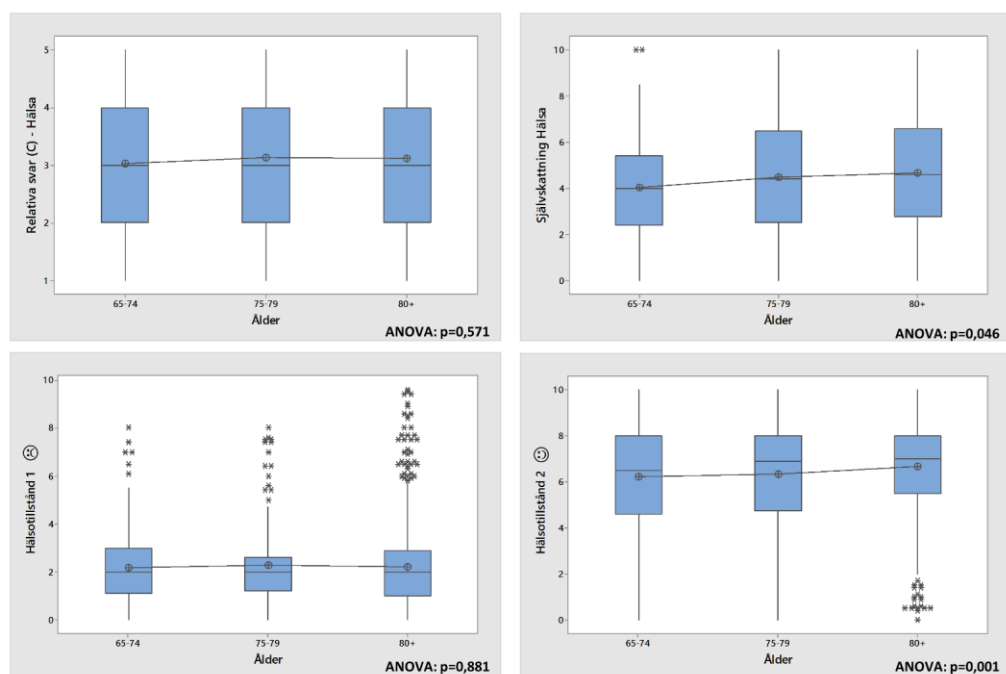
En jämförelse av gruppernas självskattade hälsa visar att åldersgruppen 65–74 anger en signifikant ($p < 0,05$) något sämre hälsa (lägre svar) än övriga respondenter. Även om de yngre respondenterna intuitivt skulle förväntas må bättre än de äldre grupperna (75–79 och 80+) kan detta förklaras av att de personer i åldersgruppen 65–74 som har god hälsa

inte behöver äldreomsorg och därmed inte deltar i denna undersökning. En annan tänkbar förklaring är att personerna i den yngre åldersgruppen tycker att de "borde" må bättre med tanke på sin ålder, medan de äldre respondenterna tycker sig må mer normalt för sin ålder.

Vad som är mer intressant är att de signifikanta skillnaderna i självskattad hälsa mellan åldersgrupperna försvinner när man jämför de relativa svaren (C) ($p > 0,05$). Medelvärdena för de tre åldersgruppernas relativa svar skiljer sig alltså mycket lite. Eftersom åldersgruppen 65–74, som hade en lägre självskattning, även gav vinjetterna lite lägre betyg, reduceras den skillnad som syntes i de absoluta svaren.

Vi jämförde även de olika åldersgruppernas svar på de övriga frågorna, men fann inga signifikanta skillnader mellan grupperna, vare sig i absoluta eller relativa svar.

Figur 21. Hälsa som funktion av ålder: absoluta och relativa svar samt vinjettbetygsättning. Siffrorna på andra raden representerar självskattning (utan parentes) och absoluta svar (inom parentes).



Hälsa som funktion av Ålder	65–74 år	75–79 år	80+ år	Signifikant skillnad ($p < 0,05$)
<i>Självskattning 0–10</i> (Absoluta svar (X) 1–5)	4,04 (2,52)	4,47 (2,78)	4,68 (2,86)	Ja
<i>Relativa svar (C) 1–5</i>	3,02	3,14	3,12	Nej
<i>Vinjettbetyg 0–10</i> <i>Hälsovinjett 1</i>	2,18	2,27	2,22	Nej
<i>Vinjettbetyg 0–10</i> <i>Hälsovinjett 2</i>	6,22	6,33	6,69	Ja

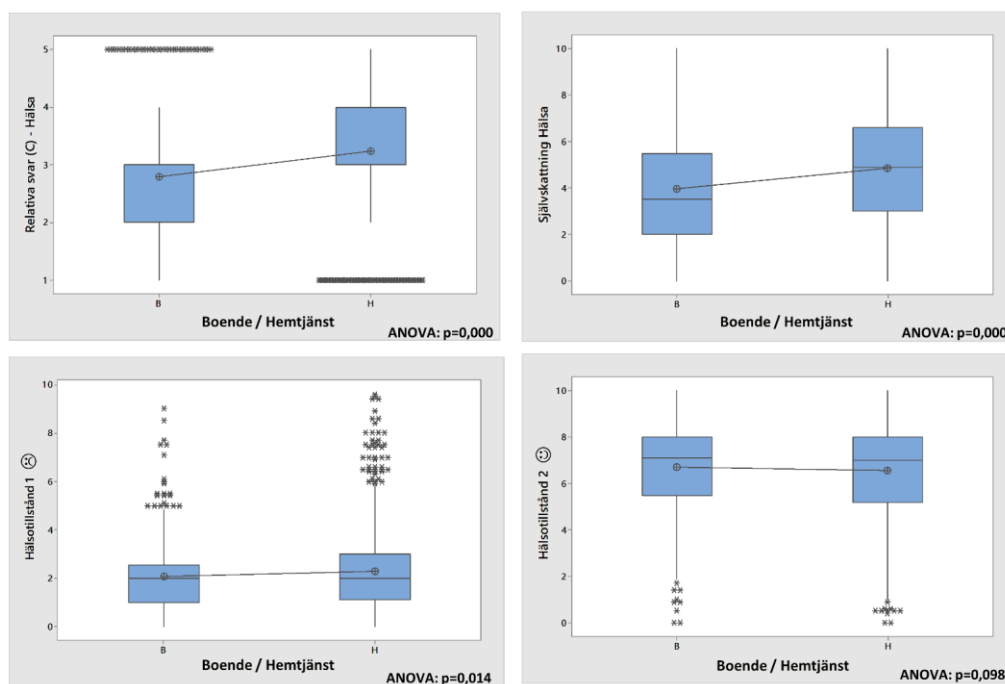
4.3.2 Kön

Respondenternas Allmänna hälsa analyserades även utifrån kön. Även om det finns en liten (dock ej signifikant) skillnad i betyget för Hälsovinjett 2, syns inga skillnader mellan könen vare sig i de absoluta eller i de relativa svaren för deras självskattade hälsa.

4.3.3 Boendeform

Som förväntat är det en stor skillnad i Allmän hälsa mellan de som bor i särskilt boende och de som har hemtjänst. Figur 22 visar att det finns några små skillnader i betygsättningen av vinjetterna, men att det huvudsakligen är svaren om respondenternas egen hälsa som skiljer sig mycket åt. Både absoluta och relativa svar visar att personer i särskilt boende i medeltal har en sämre hälsa än personer med hemtjänst. Skillnaden mellan grupperna i de absoluta svaren minskar alltså inte av att använda vinjetter.

Figur 22. Hälsa som funktion av boendeform: absoluta och relativa svar samt vinjettbetygsättning. Siffrorna på andra raden representerar självskattning (utan parentes) och absoluta svar (inom parentes).

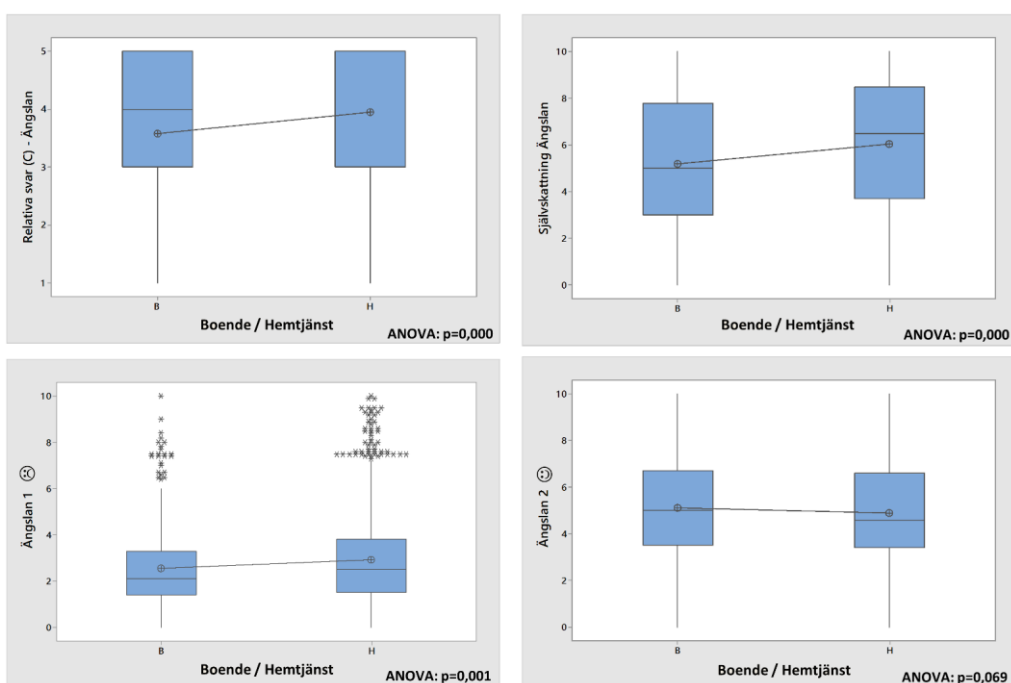


Hälsa som funktion av boendeform	Särskilt boende	Hemtjänst	Signifikant skillnad (p<0,05)
Självskattning 0–10 (Absoluta svar (X) 1–5)	3,95 (2,51)	4,84 (2,93)	Ja
Relativa svar (C) 1–5	2,80	3,24	Ja
Vinjettbetyg 0–10 Hälsovinjett 1	2,06	2,28	Ja
Vinjettbetyg 0–10 Hälsovinjett 2	6,72	6,54	Nej

Även i svaren om Ängslan är det stora skillnader mellan boendeformerna, både i vinjettbetygsättning och i självskattning (se figur 23). Respondenterna i särskilt boende har större avstånd mellan vinjetterna (den låga och den höga vinjettens betyg skiljer sig mera åt) och samtidigt lägre självskattning (det vill säga, de har mer problem med ängslan) än de med hemtjänst. Inte heller i detta fall minskas skillnaderna i de absoluta svaren av att använda vinjetter.

Varför respondenter i olika boendeformer betygsätter vinjetterna olika är oklart, men det skulle kunna bero på att enkäterna för särskilt boende i större utsträckning besvaras av anhöriga och därför liknar deras svarsmönster (se kapitel 5).

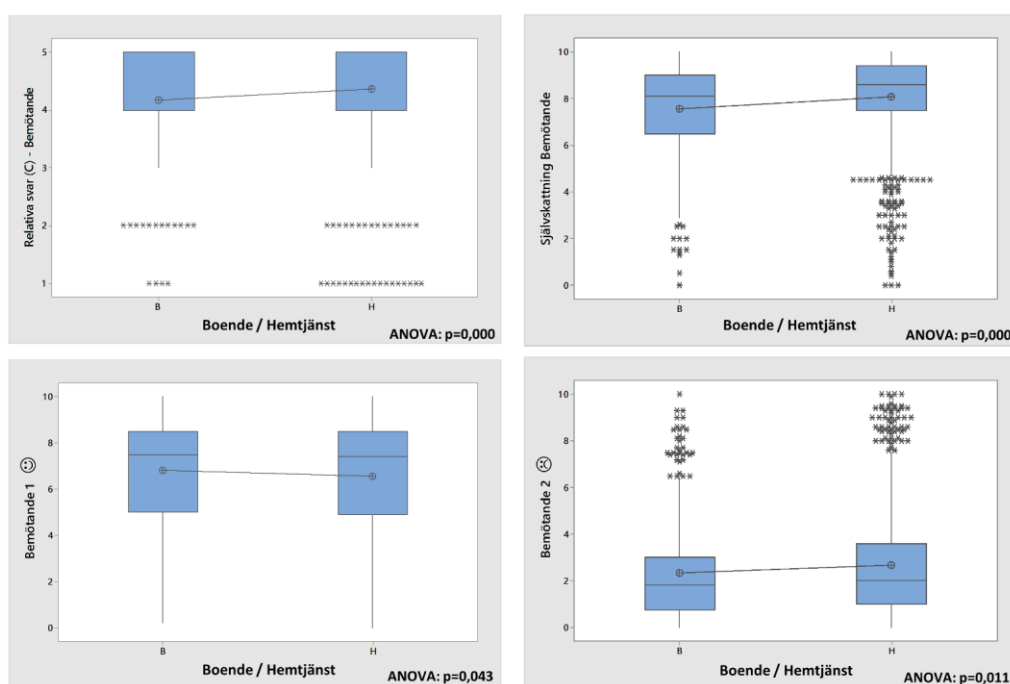
Figur 23. Ängslan som funktion av boendeform: absoluta och relativa svar samt vinjettbetygsättning.



Ängslan som funktion av boende	Särskilt boende	Hemtjänst	Signifikant skillnad ($p < 0,05$)
Självskattning 0–10 (Absoluta svar (X) 1–5)	5,20 (3,12)	6,05 (3,50)	Ja
Relativa svar (C) 1–5	3,57	3,94	Ja
Vinjettbetyg 0–10 Ängslan-vinjett 1	2,54	2,92	Ja
Vinjettbetyg 0–10 Ängslan-vinjett 2	5,10	4,88	Nej

De två gruppernas svar om Bemötande liknar svaren om Ängslan, det vill säga respondenter i särskilt boende har större avstånd mellan vinjetterna och lägre självskattning (det vill säga, de säger att de blir sämre bemötta än de med hemtjänst (figur 24). Även här är det oklart varför respondenterna betygsätter vinjetterna olika, men det kan återigen bero på vilka som besvarat enkäterna. Inte heller i detta fall minskas skillnaderna i de absoluta svaren av att använda vinjetter.

Figur 24. Bemötande som funktion av boendeform: absoluta och relativa svar samt vinjettbetygsättning.



Bemötande som funktion av boende	Särskilt boende	Hemtjänst	Signifikant skillnad (p<0,05)
Självskattning 0–10 (Absoluta svar (X) 1–5)	7,55 (4,21)	8,08 (4,44)	Ja
Relativa svar (C) 1–5	4,17	4,37	Ja
Vinjettbetyg 0–10 Bemötandevinjett 1	6,82	6,54	Ja
Vinjettbetyg 0–10 Bemötandevinjett 2	2,35	2,68	Ja

4.3.4 Kommun

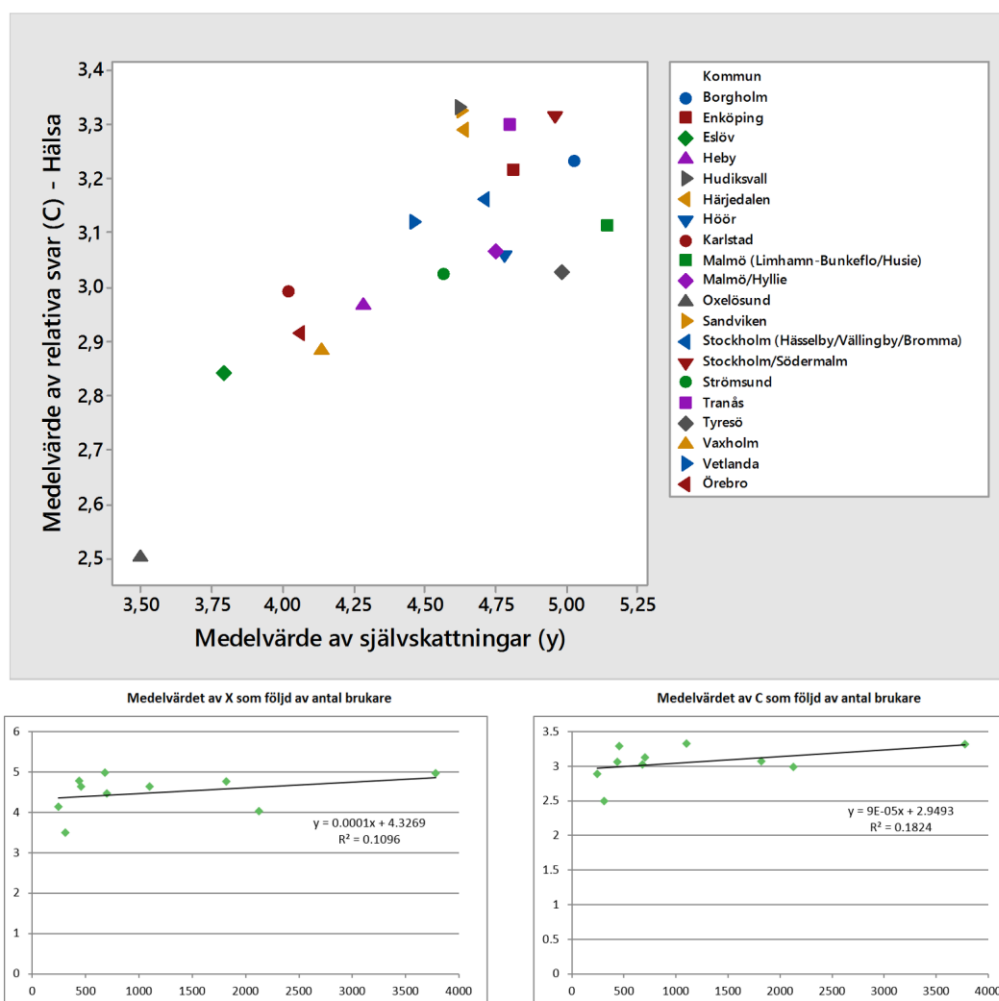
Enkäten i den fullskaliga studien skickades till respondenter i tjugo olika kommuner (eller stadsdelar i större kommuner). Kommunerna och stadsdelarna valdes för att få en sprid-

ning geografiskt, men även så att det skulle gå att analysera eventuella skillnader mellan stora och små kommuner.

Figur 25 visar spridningen i medelvärdet för självskattad Hälsa mellan olika geografiska områden. Man kan notera att den kommun som har minst antal brukare i undersökningen (Oxelösund, med cirka 300 brukare) har både den lägsta självskattningen och den lägsta relativa skattningen bland de studerade områdena. Det geografiska område som har flest antal brukare i undersökningen (stadsdelen Södermalm i Stockholm, med cirka 3 800 brukare) tillhör i stället de områden som ligger högst, både i absoluta och i relativa svar.

Från detta ligger det nära till hands att dra slutsatsen att brukare i stora kommuner mår bättre än brukare i små kommuner. Denna hypotes stöds delvis av diagrammen i figur 25, där självskattad och relativ Hälsa visas som funktion av antalet brukare i kommunen. Sambandet är dock så litet, och variationen så stor i förhållande till det begränsade urvalet av geografiska områden, att det inte går att dra några säkra slutsatser om variationen. I detta fall bidrar vinjetterna därmed inte heller till att göra svaren mer jämförbara.

Figur 25. Hälsa som funktion av antal brukare i en kommun eller stadsdel: medelvärden av absoluta självskattningar (X) och relativa svar (C).





5 Kan anhöriga och personal fungera som ställföreträdare för äldre?

En intressant frågeställning kring brukarundersökningar inom äldreomsorgen är i vilken utsträckning svaren påverkas av om anhöriga eller personal svarar på enkäten åt brukarna. Många brukare behöver hjälp att svara på grund av att de helt enkelt inte klarar av att läsa, förstå och svara på enkäten. I den enkät som användes i vår fullskaliga studie kunde brukarna, precis som i nationella brukarundersökningen, antingen svara själva, svara tillsammans med anhörig/personal eller så kunde en anhörig/personal svara på frågorna åt brukaren utan att brukaren deltog. Frågan är hur svaren påverkas av vilken metod som används och om vinjettmetoden kan bidra med mer robusta svar, det vill säga om eventuella effekter av vem som svarat på enkäten kan reduceras med hjälp av vinjettmetoden.

Tabell 5. Påverkan av vinjettmetoden på skillnader i svar på grund av vem som besvarat enkäten.

Ämne	Resultat
Påverkan av vem som besvarat enkäten	Studerade grupper: Brukare som svarade själva, Brukare som fick hjälp av en anhörig att svara, Anhöriga som svarade själva. Anhöriga betygsätter i högre grad vinjetterna i avsedd ordning, det vill säga de verkar i högre grad tolka vinjetterna på samma sätt som andra anhöriga. Det finns en signifikant skillnad mellan gruppernas självskattade Allmänna Hälsa, både i absoluta och relativa svar. Brukare som svarat själva verkar må bättre än de som fick hjälp av anhöriga. Detta beror troligen delvis på (1) att brukare som behövde hjälp av anhöriga hade sämre hälsa, men det kan även bero på (2) att anhöriga bedömer brukarnas hälsa som lägre än vad brukarna själva gör. Det går dock inte att avgöra hur stor del av tolkning 1 respektive tolkning 2 som stämmer baserat på vår studie, utan det skulle behövas en annan typ av undersökning. Det finns även en signifikant skillnad mellan gruppernas självskattade Bemötande, både i absoluta och relativa svar. Brukare som svarat själva anger ett bättre bemötande än de som fått hjälp av en anhörig att svara, eller där den anhörige svarat själv. Skillnaden minskar med vinjetter. Detta kan tolkas som att påverkan av brukarnas hälsa på bemötandebetyget minskar, men även som att de anhöriga är mer negativa till personalens bemötande än brukarna och att denna effekt minskar med vinjetter.

5.1 VEM HAR SVARAT PÅ ENKÄTEN?

I slutet av enkäten ställs frågan *Vem eller vilka var med och besvarade enkäten?* (se bilaga 1). Man kan svara ett av följande alternativ:

- Jag har svarat själv
- Jag har fått hjälp
- Annan har svarat

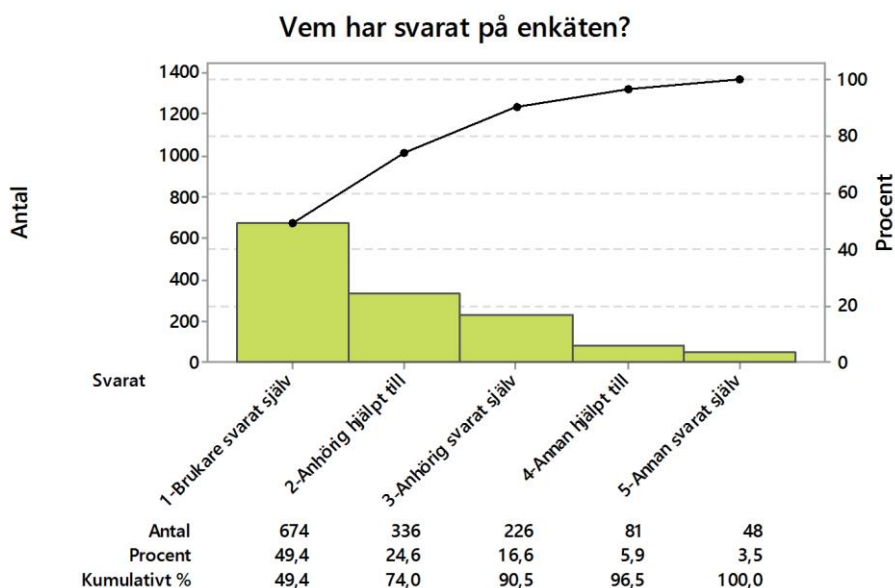
I det andra och tredje fallet ovan får man även ange vem som hjälpt till eller svarat åt den äldre:

- Anhörig
- Vän (Annan)
- God man (Annan)
- Personal (Annan)

I analysen och diagrammen nedan har samtliga kategorier för alternativ 2 och 3 utom Anhörig slagits ihop till Annan, eftersom det fanns för få svar i de tre senare kategorierna för att göra en statistisk analys.

Andelen brukare som svarade helt själva var 49 procent och i 25 procent av fallen hade en brukare svarat med hjälp av en anhörig (se figur 25). I 17 procent av fallen svarade anhöriga åt brukarna och i övriga fall (9 procent) hade någon annan än en anhörig hjälpt till eller svarat själv. Som jämförelse har andelen enkäter som fyllts i av de äldre, antingen ensamma eller med hjälp, legat på 52–68 procent i Socialstyrelsens brukarundersökningar under de senaste fem åren. Vi kommer nedan endast att analysera de svar som gavs av

Figur 26. Respondenter i den fullskaliga studien.



brukare och/eller av anhöriga.

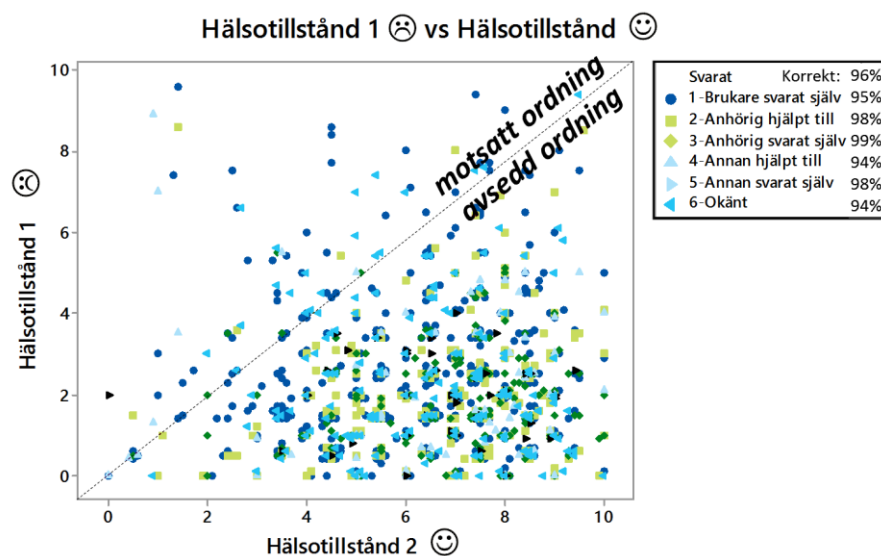
Notera att eftersom endast en enkät besvarades per brukare kan vi inte göra en direkt jämförelse av varje brukares svar med svaren från samma brukares anhöriga. I stället jämförs gruppen *brukare som svarat själva* med grupperna *anhörig/annan som besvarat enkäten ensam* och *anhörig/annan som besvarat enkäten tillsammans med en brukare*. Detta leder till vissa begränsningar i tolkningen av svaren, som tas upp i texten nedan.

Ett intressant bifynd i undersökningen är att anhöriga oftare kryssar direkt på skalstrecken (som motsvarar heltal) medan brukare själva oftare kryssar mitt emellan skalstrecken. Detta påverkar inte resultaten, men kan vara intressant för den som forskar om enkäters utformning.

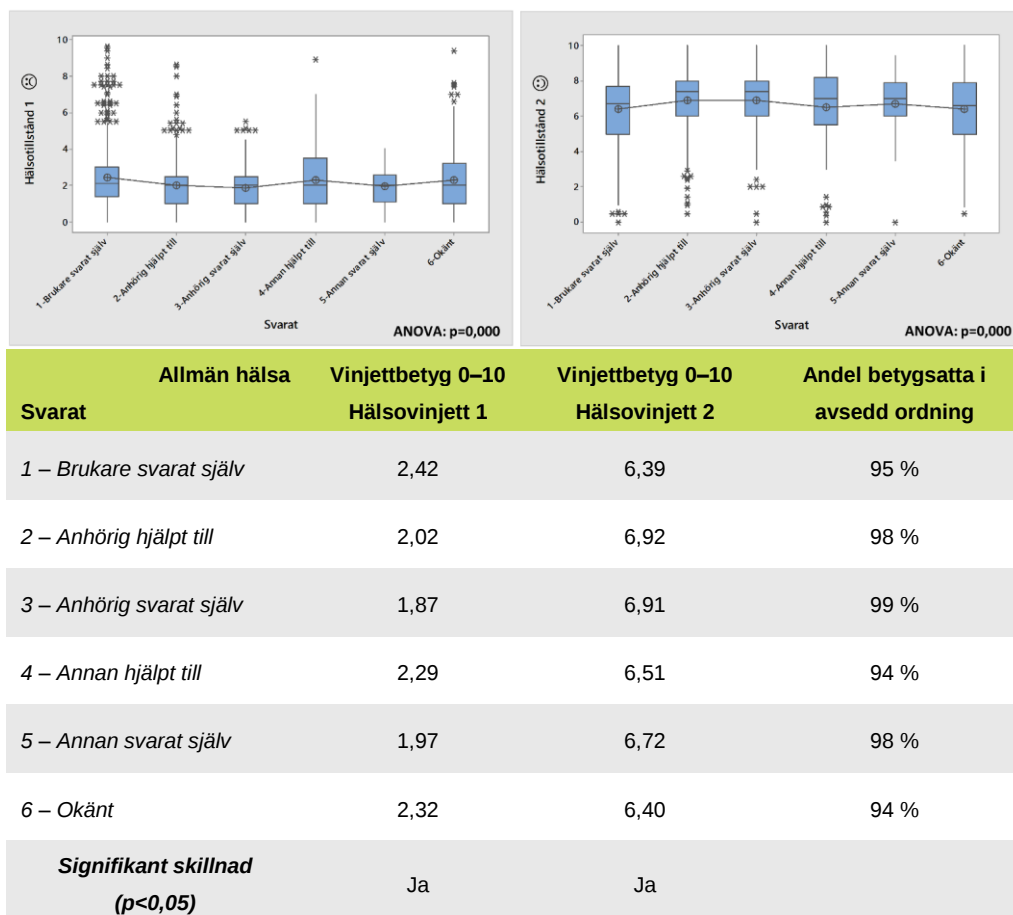
5.2 BEDÖMNINGEN AV ALLMÄN HÄLSA

Figur 27 och figur 28 visar hur stor andel av respektive grupp som betygsatt vinjetterna i avsedd ordning. Totalt har 96 procent av respondenterna betygsatt vinjetterna i avsedd ordning (se figur 7). Av dessa har 95 procent av brukarna som svarat själva, 98 procent av brukarna som fått hjälp av anhöriga och 99 procent av de anhöriga som svarat ensamma betygsatt vinjetterna i avsedd ordning. Detta tyder på att anhöriga i högre grad tolkade vinjetterna på avsett vis.

Figur 27. Allmän hälsa: vinjettbetygsättning då olika grupper svarat.



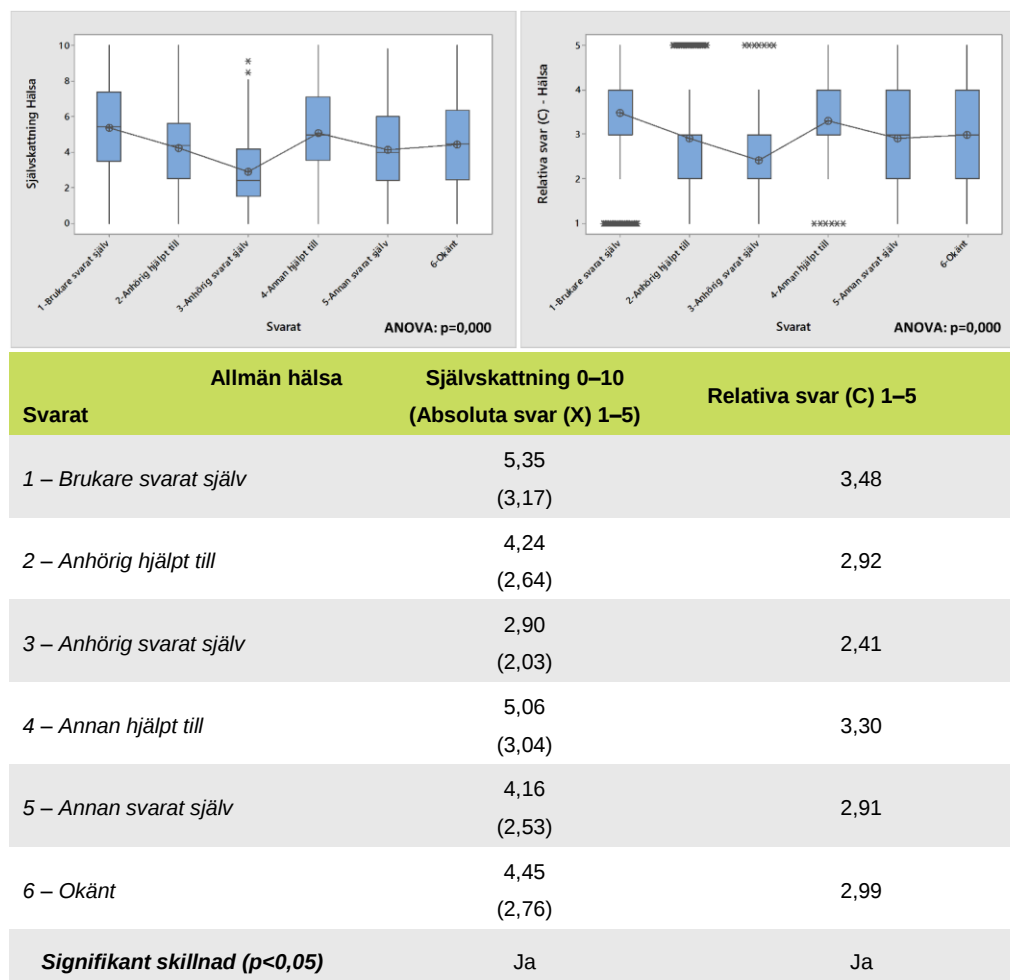
Figur 28. Allmän hälsa: vinjettbetygsättning då olika grupper svarat.



När man granskar hur respektive grupp betygsatt de två vinjetterna, Hälsovinjett 1 och Hälsovinjett 2, syns signifikanta skillnader mellan grupperna ($p < 0,05$). Den låga vinjetten (ganska dåligt) betygsattes lägre av de anhöriga än av brukarna som svarade själva, medan den höga vinjetten (ganska bra) betygsattes högre av de anhöriga än av brukarna (se figur 27). Frågan är om detta beror på att anhöriga gör en annan bedömning av vinjetterna, eller om anhöriga till brukare som inte kan svara själva har andra förväntningar på vilken hälsa som kan räknas som bra respektive dålig. Även om skillnaderna är signifikanta så är de förhållandevis små.

Figur 29 visar självskattningen av Allmän hälsa för olika svarsgrupper i form av låda-gram. Som framgår av figur 29 svarade brukare som besvarat enkäten själva att de mår förhållandevis bra, brukare som fått hjälp att svara av en anhörig mår sämre och de brukare där den anhöriga svarat själv mår ännu sämre. Skillnaderna är stora och signifi-kanta, både i de absoluta (X) och de relativa svaren (C) ($p < 0,05$).

Figur 29. Allmän hälsa: absoluta och relativa svar då olika grupper svarat.



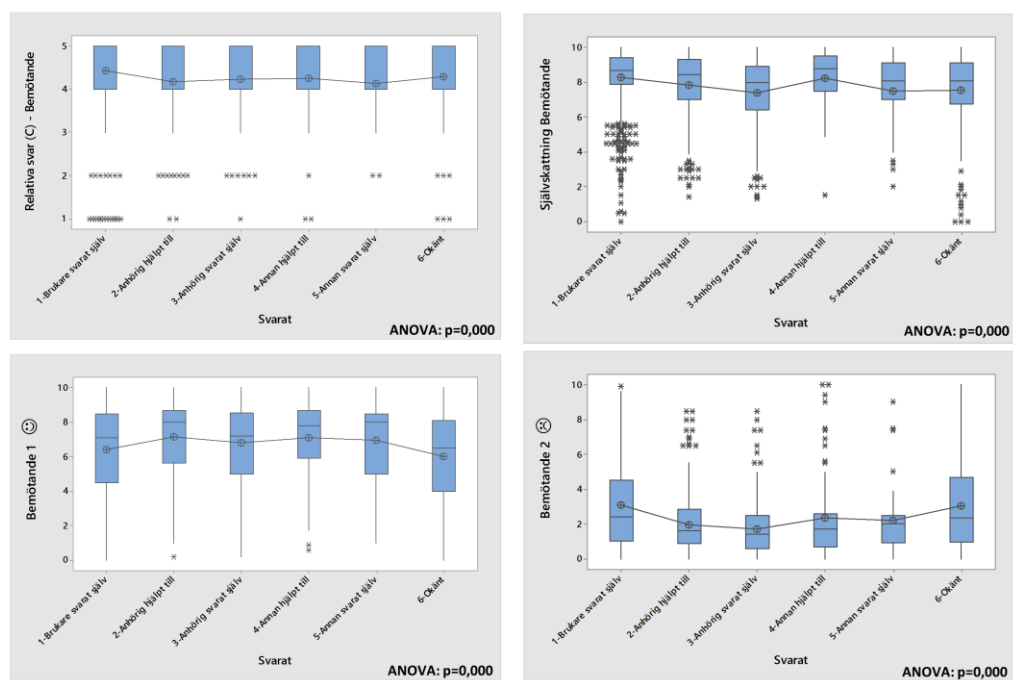
Svaren kan tolkas på två sätt. Antingen skiljer sig hälsotillståndet mellan grupperna, eller så bedömer anhöriga brukarnas hälsa som lägre än vad brukarna själva gör. Att den första tolkningen är delvis korrekt säger sig självt, eftersom brukarnas oförmåga att själva besvara enkäten sannolikt beror på sämre hälsa. Den andra tolkningen skulle även den kunna påverka resultatet, men tyvärr kan man inte separera dessa två hypoteser på basis av den information vi har tillgänglig.

5.3 BEDÖMNINGEN AV BEMÖTANDE

Respektive grupps betygsättning av vinjetterna visar även på signifikanta skillnader i bedömningen av Bemötande beroende på vem som svarar (se figur 30). Anhöriga betygsätter den låga vinjetten lägre och den höga vinjetten högre än vad brukarna själva gör. Detta tyder på att anhöriga tolkar vinjetterna starkare, det vill säga de lever sig in i dem

mer än vad brukarna gör. När vi sedan studerar självskattningarna för Bemötande anger anhöriga ett signifikant lägre (sämre) bemötande än när brukarna själva svarat.

Figur 30. Bemötande: absoluta och relativa svar samt vinjettbetygsättning då olika grupper svarat.



Bemötande Svarat	Självskattning 0–10 Absoluta svar (X) (1–5)	Relativa svar (C) 1–5	Vinjettbetyg 0–10 Bemötande- vinjett 1	Vinjettbetyg 0–10 Bemötande- vinjett 2
1 – Brukare svarat själv	8,27 (4,55)	4,44	6,40	3,08
2 – Anhörig hjälpt till	7,82 (4,30)	4,18	7,16	1,99
3 – Anhörig svarat själv	7,38 (4,14)	4,23	6,80	1,74
4 – Annan hjälpt till	8,24 (4,46)	4,25	7,09	2,35
5 – Annan svarat själv	7,50 (4,19)	4,13	6,96	2,20
6 – Okänt	7,56 (4,19)	4,30	6,03	3,04
Signifikant skillnad (p<0,05)	Ja	Ja	Ja	Ja

En tolkning som ligger nära till hands är att brukare som fått hjälp att fylla i enkäten har sämre hälsa och därmed även upplever sämre bemötande (se avsnitt 4.2). En annan möjlig tolkning är att anhöriga har högre förväntningar på bemötande än vad brukarna själva har. Man kan även spekulera i om de anhöriga har sämre insyn i hur deras äldre (brukarna) bemöts av personalen och därmed påverkas mer av den negativa bild av äldreomsorgen som rapporteras i media.

Tyvärr går det inte heller här att utifrån de data som presenterats säga om någon av förklaringarna är mer korrekt än de andra. Dessutom vore det antagligen svårt att undersöka orsaken till anhörigas bedömningar av bemötande, även med en annorlunda undersökningsmetod, eftersom bedömningen troligtvis påverkas av en mängd olika faktorer. Vi kan dock se att skillnaderna i relativa svar är mindre än skillnaderna i absoluta svar, även om de inte har eliminerats helt. Detta innebär att svaren än en gång blir lite mer robusta och jämförbara när man använder vinjettmetoden än vad de blir med absoluta svarsskalor.

5.4 FÅR MAN SAMMA SVAR OM EN ANHÖRIG SVARAR SOM DÅ DEN ÄLDRE SVARAR SJÄLV?

Frågan i början av detta kapitel var *Kan anhöriga och personal fungera som ställföreträdare för äldre?* En mer precis fråga är *Får man samma svar om anhöriga och personal svarar som då de äldre svarar själva?* Svaret, baserat på vår undersökning är, nej.

Utifrån denna studie kan vi emellertid inte säga i vilken utsträckning skillnaderna beror på vem som svarat och vilken utsträckning de beror på att de brukare som behövde hjälp att svara helt enkelt mår sämre. För att undersöka detta skulle det krävas att varje brukare och anhörig besvarade varsin enkät (för samma brukare) och att svaren analyserades genom exempelvis ett så kallat *parat t-test*. Detta skulle separera effekten av olika förväntningar på hälsa och bemötande och från effekten av olika faktisk hälsa och bemötande.

Anledningen till att vi inte jämfört brukare och anhöriga på detta sätt är att det endast vore möjligt för brukare som mår så pass bra att de klarar av att besvara en enkät själva. För att få reda på hur vinjettmetoden påverkar anhörigas förmåga att ge liknande svar som sin äldre släkting eller partner, skulle testet dock behöva omfatta de äldre som mår allra sämst. En jämförelsestudie av friskare äldre och deras anhöriga skulle inte ge ett tillräckligt tillförlitligt resultat, med tanke på att det kan finnas andra faktorer som påverkar svaren. Till exempel klarar sig en friskare respondent i högre grad utan hjälp, vilket innebär att de anhöriga inte har samma insyn i den äldres situation.

Med andra ord är det inte helt självklart hur en jämförande studie av äldre och anhöriga skulle utformas. En sådan studie skulle förmodligen kräva en annan metod än enkäter eller traditionella intervjuer, eftersom Socialstyrelsen funnit att äldre som har svårt att besvara brukarundersökningar ofta har begränsade möjligheter att besvara enkäten även om frågorna ställs i en intervjusituation (Socialstyrelsen 2014 s. 58, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2013).



6 Reaktionen på vinjettmetoden

I samband med den fullskaliga studien fick respondenterna även möjlighet att lämna kommentarer på undersökningen. Kommentarer kunde lämnas skriftligen i slutet av enkäten eller muntligen genom kontakt med forskargruppen. Av totalt 631 inkomna kommentarer handlade majoriteten (80 procent) om hur äldreomsorgen fungerar, den äldres livssituation eller liknande ämnen, men respondenterna lämnade även ett flertal kommentarer om enkäten och dess utformning (se tabell 6). I detta kapitel fokuserar vi framför allt på de kommentarer som lämnades om vinjettmetoden (56 stycken) samt kommentarer om att respondenten inte kunde svara på grund av sin hälsa (40 stycken), vilket är en viktig orsak för bortfall.

Tabell 6. Kategorisering av kommentarer från den fullständiga studien.

Kategori	Antal
Kommentarer om respondentens äldreomsorg, livssituation och liknande	507
Negativa kommentarer om vinjettmetoden	52
Meddelande att respondenten av hälsoskäl inte kan besvara enkäten	40
Allmänna kommentarer och förbättringsförslag på enkäten	28
Positiva kommentarer om vinjettmetoden	4

Kapitlet börjar med att analysera kommentarer som tyder på att vinjettmetoden är mer krävande än traditionella enkätundersökningar. Avsnittet därefter tar upp kommentarer om att vinjettmetoden upplevs som egendomlig och det tredje avsnittet diskuterar kommentarer om att vinjettmetoden upplevs som nedlåtande mot dem som besvarar enkäten.

6.1 VINJETTMETODEN ÄR MER KRÄVANDE

En stor nackdel med vinjettmetoden är att frågeformuläret blir mer komplext och krävande – både tidsmässigt och mentalt. Det är ett starkt argument mot att använda metoden i äldreomsorgen eftersom många äldre redan är för sjuka för att kunna besvara Socialstyrelsens mer traditionella brukarundersökning. I vår fullskaliga studie avböjde 216 respondenter eller deras anhöriga deltagande i studien med hänvisning till hälsoaspekter som demens, alzheimer eller synnedsättning. Detta motsvarar 5 procent av alla utskickade enkäter.

Den totala svarsfrekvensen i vår fullskaliga studie var 43 procent, vilket är lägre än i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning 2014 som hade en svarsfrekvens på 63 procent. Det går visserligen inte att säga säkert vad den lägre svarsfrekvensen beror på, men det är möjligt att den påverkades av svårigheter med att tolka och besvara vinjettfrågorna.

Som framgår av kapitel 5 har 20 procent av enkäterna besvarats av en anhörig, vän eller annan närstående och 30 procent av enkäterna hade besvarats av den äldre med hjälp av en anhörig eller annan närstående. I Socialstyrelsens nationella brukarundersökning har andelen enkäter som besvarats av en anhörig eller annan närstående utan medverkan från den äldre legat på 32–48 procent under de senaste fem åren. Detta innebär att en större andel brukare som inte kunde besvara enkäten själva föll bort i vår undersökning än i nationella brukarundersökningen.

Även kommentarerna i enkäten (40 svar) visar att många äldre är för sjuka för att besvara enkäten. Nedan följer några exempel på kommentarer:

Kan inte förstå VARFÖR ni skickar sådana "svåra" enkäter till äldre!! Hemma sa min anhörig "Släng Skiten" förstår inte vad dom menar mvh Anhörig

Låt äldre slippa enkäter! Svårt förklara innebörden. Drabbar anhöriga.

Jag kan tyvärr inte kommunicera med min mor på ett sådant sätt att vi kan besvara denna enkät.

Meningslös enkät. Mamma är 100 år blind o dement!

Det fanns också kommentarer som handlar specifikt om vinjettmetoden. Som framgår av exemplen nedan var det särskilt svårt att sätta betyg på vinjetterna:

Min mamma – som enkäten gäller – klarade inte av att förstå denna typ av frågor – det var för komplicerat helt enkelt. Hon kunde inte förstå de olika exemplen – med nya personer varje gång. Hon är inte dement – använder ej psykofarmaka och har i ö god förståelse för händelser i vardagen. Hon bor i 2 rok med HT 2 ggr/dag. Född 1930. Jag som hjälpt henne med enkäten är dotter och läkare till professionen.

Svårt vid minnesproblematik att ta ställning till exemplen. Mvh Dotter

6.2 VINJETTMETODEN UPPLEVS SOM EGENDOMLIG

Enkätundersökningar är en vanlig metod för att mäta människors uppfattningar, åsikter eller attityder och de flesta har stött på och besvarat många frågeformulär under sitt liv. Respondenterna har därför vissa förutbestämda förväntningar på hur frågor och svarsalternativ brukar utformas och vad som är syftet med dem.

Eftersom vinjettmetoden är en förhållandevis ovanlig metod för enkätundersökningar i Sverige, skiljde den sig från de metoder som respondenterna är vana vid och känner sig trygga med. De förstod därför inte alltid syftet med vinjetterna eller varför de skulle bedöma andra personers situation.

Vi har fått runt 30 kommentar som handlar om att enkäten kändes konstig, egendomlig eller invecklad. Några exempel följer nedan:

Löjlig enkät, med för mycket text, om jag får något likn. i framtiden bryr jag mig inte om den!

Egendomligt sätt att genomdriva en enkät. En människas upplevelse av situationen är ju hans/hennes "sanning".

Hej, det var lite förvirrande angående fallbeskrivning. Nästa gång fråga bara mig själv hur är det med mig eller hur upplever jag hemtjänst som ger mig hjälp. Tack

Tycker det var konstiga frågeställningar. Ex andra namns frågor?!!

Svårt att fokusera på frågorna som inte rörde personen själv/anhörig

Enkäten var mycket svårt att svara. Första gången en sådant uppläggning frågor

Rörigt med de korta berättelserna kändes oklart. En dement person har mycket svårt svara på detta blir anhörigs upplevelse.

Jag kan läsa men besvarar bara frågor när frågor gäller mig personligen: Detta [oläsligt] att tyckande-frågor vad annan person kan avses tänka är obesvarade. Ursäktad handstilen. Jag har en skadad armbåge och hand. Enkäten är bättre med direkta frågor

Det hela verkar Läsförståelse test

Svårt att förstå meningen med exemplen

6.3 VINJETTMETODEN UPPLEVS SOM NEDLÅTANDE

Med hänsyn till de ovan beskrivna problemen, det vill säga att vinjettmetoden inte är känd i Sverige, är det kanske inte heller förvånande att flera respondenter har miss-tolkat syftet med vinjetterna. Runt 20 respondenter kommenterade – i enkäten eller via telefon – att enkäten upplevdes som nedlåtande. Dessa respondenter tolkade enkätens utformning som att avsändaren trodde att de äldre skulle ha kognitiva svårigheter att besvara en traditionell enkät. Några exempel på kommentarer följer nedan:

Inte speciellt intelligent frågeformulär. Tror man att vi gamla är så pass senila att vi inte kan svara på vanliga frågor?

De dummaste frågor jag någonsin stött på!

En sådan här undersökning får mig att känna mig omyndigförklarad. Man kan inte besvara dessa frågor när så många omständigheter kring händelser inte nämns. Detta känns som dagisnivå!

Varför måste frågor med liknelser med andra personer (Hanna, Erik, Per, Bertil o Karin)? När 4 frågor hade varit bra. När man är klar i huvudet, men kroppen inte orkar.

Tycker inte att det är lämpligt med "smilisar" i enkäten. Det handlar om gamla människor med lång livserfarenhet, inte barn. Känns förnedrande!



7 Slutsatser om användning av vinjettmetoden i äldreomsorgen

Detta kapitel är uppdelat i två huvudsakliga delar. Först diskuteras vinjettmetodens förmåga att bidra till mer jämförbara resultat i brukarundersökningar och vilken typ av frågor detta gäller. Vi diskuterar även vilka frågor som lämpar sig väl för vinjettmetoden – allmän hälsa, rörlighet och bemötande – och vilka som lämpar sig mindre väl – ängslan och kränkning. Ifall en fråga lämpar sig för vinjettmetoden eller inte kan kopplas till hur objektiva och lättolkade de undersökta faktorerna är.

Kapitlets andra avsnitt diskuterar vinjettmetodens lämplighet inom äldreomsorgen. De kommentarer vi fick på vår enkät visar att vinjettmetoden upplevdes som komplicerad, svårbegriplig eller till och med förolämpande av många äldre. Vi diskuterar även för vilka syften som vinjettmetoden framför allt är användbar, det vill säga för att öka jämförbarheten mellan äldreomsorgsutförare eller över tid. Slutligen diskuteras att skillnaden i svar från brukare och anhöriga minskar om man använder vinjetter, men att det är svårt att avgöra vad dessa skillnader beror på.

Sist i kapitlet presenteras vår sammanfattande rekommendation och några avslutande reflektioner.

7.1 GER VINJETTMETODEN MER JÄMFÖRBARA RESULTAT ÄN TRADITIONELLA ENKÄTER?

Detta avsnitt sammanfattar vår analys av om vinjettmetoden, som avsett, ger mer jämförbara resultat än traditionella brukarundersökningar. Vi diskuterar även vilken typ av frågor som lämpar sig bra respektive mindre bra för vinjettmetoden.

7.1.1 Vinjettmetoden bidrar till mer jämförbara resultat

Vinjettmetodens effekt på resultatet av en brukarundersökning kan delas in i två delar. Dels handlar effekten om ifall det är någon skillnad mellan resultatet före och efter att respondenternas svar justerats med hjälp av vinjetterna. Dels handlar den om hur brukarnas svar före och efter justeringen påverkas av deras hälsotillstånd.

Jämförelse av resultatet före och efter justeringen med hjälp av vinjetter

Över lag ändrades ungefär hälften av alla absoluta svar på samtliga fem frågor när de kalibrerades om till relativa svar med hjälp av vinjetterna. Detta tyder på att det fanns en stor variation i hur respondenterna tolkade frågorna och i vilka referenser de hade, eftersom svaren ändrades när de sattes i relation till vinjetterna. Denna variation var

osynlig i de absoluta svaren, men blev uppenbar med vinjettmetoden. Detta tyder på att metoden ger mer jämförbara resultat än enkäter med absoluta svarsalternativ.

I synnerhet frågorna om Allmän hälsa och Rörlighet visade på en robust och signifikant skillnad mellan respondenternas absoluta och relativa självskattningar (se avsnitt 4.1). I fallet Allmän hälsa var det betydligt fler som fick sitt absoluta svar justerat uppåt än tvärtom, vilket indikerar en tendens bland respondenterna att inte använda de högsta svarsalternativen för att beskriva sin hälsa. I fallet Rörlighet var det ungefär lika många absoluta svar som justerades uppåt som nedåt. Om man bara jämför antalet svar på de olika betygsnivåerna 1–5 syns det därmed ingen större skillnad, men trots det hade hälften av alla svar justerats antingen uppåt eller neråt. Detta tyder på att svarsskalan för rörlighet tolkades olika av olika respondenter, vilket gjorde att justeringarna motverkade varandra och därmed syntes mindre tydligt i den slutliga fördelningen av svar.

Påverkar vinjettmetoden sambandet mellan brukarnas hälsotillstånd och deras tillfredsställelse med äldreomsorgen?

Vår studie bekräftar att det finns ett samband mellan brukares hälsa och deras uppfattning om bemötandet i äldreomsorgen. En av de största fördelarna med vinjettmetoden är därför att metoden minskar sambandet mellan respondenternas tillfredsställelse med äldreomsorgens kvalitet, i vårt fall Bemötande, och deras hälsa, jämfört med då absoluta svarsskalor används. Alltså blir de svar som tagits fram med vinjettmetoden mer jämförbara mellan äldreomsorgsenheter där hälsonivån varierar. Påverkan som brukarnas hälsa har på deras svar elimineras inte helt, men den minskar i alla fall kraftigt.

Däremot är variationen i sambandet mellan hälsa och bemötande så pass stor att det inte går att hitta en matematisk formel för att förutsäga en brukares åsikt om bemötande baserat på information om hens hälsa. Detta innebär att varje kvalitetsfråga behöver kombineras med vinjetter för att göra dess resultat mer jämförbart.

I och med att vi inte lyckades utveckla en fungerande uppsättning vinjetter för frågan om kränkning av den personliga integriteten vet vi inte heller med säkerhet hur vinjettmetoden fungerar för andra kvalitetsdimensioner än bemötande. Detta är något som skulle behöva utforskas mera i framtiden, i synnerhet som vinjettmetoden tycks lämpa sig bäst för vissa typer av frågor.

7.1.2 Vinjettmetoden lämpar sig bättre för vissa frågor än för andra

Pilotstudierna och den fullskaliga studien visade att vinjettmetoden lämpar sig bättre för vissa typer av frågor. Tre av de fem utvalda frågorna ur nationella brukarundersökningen fungerade relativt bra, medan två frågor inte gav ett tillfredställande resultat.

Frågor där vinjettmetoden fungerade förhållandevis bra

Den fullskaliga studien visade att vinjettmetoden fungerade bra för frågorna om allmän hälsa, rörlighet och bemötande. Andelen respondenter som betygsatte frågornas vinjetter i avsedd ordning var hög (96 procent för allmän hälsa, 92 procent för rörlighet och 93 procent för bemötande), vilket betyder att vinjetterna var robusta och tillförlitliga. Den gemensamma nämnaren för dessa tre frågor är att de, möjligen med undantag för bemö-

tande, är förhållandevis konkreta och objektiva. Vinjettmetoden tycks därmed fungera bäst för frågor där bedömningen är rationell snarare än känslomässig.

För Allmän hälsa och Rörlighet var användningen av vinjetter dessutom användbar för tolkningen av frågornas resultat, i och med att de justerade svaren skiljde sig signifikant från respondenternas absoluta svar. Vinjettmetoden minskade även påverkan av andra faktorer på självskattningen. Till exempel minskades påverkan av respondentens ålder på deras självskattning av allmän hälsa och påverkan av brukarens hälsa på deras betygsättning av bemötande.

Frågor där vinjettmetoden fungerade mindre bra

Vinjettmetoden fungerade mindre bra för frågorna om ängslan och kränkning. Andelen som betygsatte vinjetterna i avsedd ordning var i dessa fall 86 respektive 83 procent, vilket gör att transformeringen av de absoluta svaren till en relativ skala var mindre tillförlitlig.

Anledningen till att det var svårare att hitta fungerande vinjetter för dessa frågor är troligtvis att de är mer känslomässiga och leder till fria associationer utanför vad som avsetts i vinjetternas formulering. Vinjetterna verkar med andra ord väcka emotionella reaktioner hos respondenterna, vilket påverkar betygsättningen och gör svaren svårare att tolka.

7.2 LÄMPAR SIG VINJETTMETODEN FÖR ATT ANVÄNDAS INOM ÄLDREOMSORGEN?

Att vinjettmetoden ökar jämförbarheten för brukarundersökningars resultat innebär inte nödvändigtvis att metoden lämpar sig för alla sammanhang. I synnerhet spelar det roll hur metoden uppfattas av respondenterna och för vilka syften undersökningarna kommer att användas. Ett sådant användningsområde är att öka jämförbarheten mellan svar från brukare och svar från anhöriga, vilket gör det relevant hur väl metoden fungerar för dessa ändamål.

7.2.1 Vinjettmetoden uppfattas negativt av många äldre

Diskussionen i avsnitt 7.1 baseras på en rent numerisk analys av vinjetternas effekt, men det är även viktigt att ta hänsyn till reaktionerna från de respondenter som besvarade enkäten. 56 respondenter lämnade skriftliga kommentarer om vinjettmetoden och ytterligare ett antal hörde av sig per telefon för att lämna kommentarer, åsikter och frågor. Huvuddelen av kommentarerna (52 stycken) var negativa, även om ett litet antal positiva kommentarer (4 stycken) också mottogs.

Det samlade budskapet från kommentarerna var att vinjettmetoden i många fall upplevdes som förolämpande, egendomlig och onödigt komplicerad. Metoden är särskilt krävande för äldre med dålig hälsa, men kan även väcka irritation hos eller missförstås av äldre med förhållandevis bra hälsa samt av anhöriga.

Utöver de negativa kommentarerna är det även möjligt att respondenternas reaktion på vinjettmetoden påverkade svarsfrekvensen i undersökningen. Svarsfrekvensen i den fullskaliga studien var 43 procent, vilket är lägre än Socialstyrelsens nationella brukarun-

dersökning 2014 som hade en svarsfrekvens på 63 procent (se kapitel 6). Det är dessutom välkänt att "bakom en klagande kund finns tio missnöjda kunder som inte klagat, men (som) berättar det för andra" (den så kallade klagomålssvampen, se Bergman och Klefsjö 2012). Efter att ha läst och lyssnat på alla kommentarer misstänker vi därför att det finns en betydande motvilja hos äldre mot denna typ av enkätfrågor. Detta behöver undersökas och tas hänsyn till innan vinjettmetoden kan införas i stor skala i äldreomsorgen.

7.2.2 Vinjettmetoden lämpar sig olika bra för olika ändamål

Som vi beskriver i kapitel 2 är ändamålet med vinjettmetoden att göra resultaten av enkätundersökningar mer jämförbara. Detta är en stor fördel om resultaten ska användas i sammanhang där jämförbarhet är viktigt, till exempel för prestationsersättning, i nationella jämförelser eller i kundval.

Däremot är jämförbarhet inte lika centralt om resultaten ska användas för exempelvis lokal verksamhetsutveckling. Personalen på ett särskilt boende eller i en hemtjänstenhet känner sina brukare och kan därmed själva ta hänsyn till eventuella effekter som respondenternas personliga egenskaper har på resultatet. I ett sådant sammanhang är det viktigare att undvika att vinjettmetoden döljer eventuella tecken på att vissa grupper, till exempel de mest sjuka brukarna, är mer missnöjda med sin omsorg än andra. Däremot kan vinjettmetoden hjälpa till med att öka jämförbarheten över tid om en äldreomsorgsutförare genomför årliga brukarundersökningar.

Vid all användning av vinjettmetoden är det emellertid viktigt att komma ihåg att de absoluta svaren på en brukarundersökning fortfarande ger den mest korrekta bilden av äldreomsorgens kvalitet från den enskilda individens perspektiv. Vinjettmetoden är inte ett sätt att "trolla bort" dåliga resultat, utan en metod för att få mer jämförbara svar. Dåligt bemötande eller andra former av låg kvalitet i äldreomsorgen måste därmed alltid undersökas och åtgärdas utan ursäkter om att brukaren lider av dålig hälsa.

En annan aspekt som är värd att nämna i detta sammanhang är att sambandet mellan hälsa och brukarnöjdhet ännu inte är fullt utforskat. Detta innebär att det mycket väl skulle kunna vara så att sjuka äldre faktiskt bemöts sämre, eller att ett dåligt bemötande gör att den äldre blir och känner sig sjukare. Det finnas därmed en risk att vinjettmetodens justering från absoluta till relativa resultat leder till att man justerar bort även information som man egentligen behöver och vill ha. Det är svårt att dra några tydliga slutsatser om hur stor denna risk är baserat på vår undersökning, men det understryker vikten av att använda sig av både absoluta och relativa svar för att analysera resultatet av en brukarundersökning.

7.2.3 Vinjettmetoden har viss påverkan på anhörigas förmåga att fungera som ställföreträdare för äldre

Statistiskt sett besvarade anhöriga och brukare vår enkät olika. Bland annat betygsätter anhöriga vinjetterna mer extremt än vad brukarna själva gör, och att de anhörigas självskattningar visar på sämre hälsa och bemötande än brukarnas egna svar. Dock kan vi se att skillnaderna mellan brukare och anhöriga för de relativa svaren om bemötande (det vill

säga svar framtagna med vinjettmetoden) reducerades jämfört med svaren enligt den absoluta svarsskalan.

Möjliga orsaker till skillnaderna mellan äldre och anhöriga diskuteras i kapitel 5, men det går inte att utifrån denna studie avgöra hur stor del av skillnaden som beror på att brukarna som får hjälp att svara på enkäten mår (och kanske även bemöts) sämre än övriga brukare respektive att de anhöriga tolkar situationen på ett annorlunda sätt än brukare gör.

Det är tydligt att den första förklaringen är åtminstone delvis rätt, det vill säga att äldre som får hjälp att besvara enkäten även mår sämre. Däremot är det inte klart om de även får ett sämre bemötande. Den andra möjliga förklaringen har undersökts i en annan studie som utförts i samarbete med Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2014 s. 41–46, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2013). I studien fick anhöriga och andra som besvarade enkäten för en brukares räkning först svara på vad de själva tyckte om äldreomsorgen. Syftet var att på så sätt minska den påverkan som deras personliga åsikt hade på svaren de lämnade för brukarens räkning. De preliminära resultaten av studien antyder att även den andra förklaringen påverkar resultaten.

Däremot går det i dagsläget inte att avgöra hur fördelningen mellan effekten av den första och den andra förklaringen ser ut. Frågan om hur anhöriga bättre kan fungera som ställföreträdare för äldre är därmed fortfarande öppen.

7.3 REKOMMENDATIONER OM ANVÄNDNINGEN AV VINJETTER I NATIONELLA BRUKARUNDERSÖKNINGAR

Baserat på de slutsatser som redovisas i detta kapitel rekommenderar vi i dagsläget inte att vinjetter används i nationella brukarundersökningar inom äldreomsorgen. Trots att vinjettmetoden ökar jämförbarheten i jämförelse med traditionella brukarundersökningar, uppväger fördelarna inte de problem som finns när det gäller högre krav på brukarnas förmåga och motivation att besvara brukarundersökningar samt risken för misstolkningar av vinjetternas syfte som uppmärksammats i denna studie.

Däremot kan det finnas behov av en bredare undersökning av olika möjliga metoder för att bättre fånga de äldres åsikter om äldreomsorgen. En sådan studie skulle bland annat kunna undersöka observationer, semistrukturerade brukarintervjuer (se till exempel Socialstyrelsen 2013) samt metoder för att låta anhöriga som svarar för en brukares räkning redovisa både sina egna och den äldres åsikter (se Socialstyrelsen 2014).

7.4 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Denna studie visar att vinjettmetoden definitivt är intressant som metod för att minska påverkan av respondenternas personliga egenskaper på enkäter, för att på så sätt få mer jämförbara resultat. Tyvärr har vi även sett att metoden kan vara förvirrande och irriterande för de äldre personer som deltar i studien. Enkäter som riktar sig till äldre och ofta sjuka grupper behöver vara betydligt enklare att fylla i, vilket innebär att vinjettmetoden lämpar sig mindre väl inom just äldreomsorgen.

Den konceptuella idén bakom vinjettmetoden verkar däremot fungera bra. Detta tyder på att vinjettmetoden med fördel kan provas inom andra områden där respondenterna inte har lika stora svårigheter att fylla i brukarundersökningar, till exempel inom försörjningsstöd eller familjeomsorg.

Innan vinjettmetoden används i framtida undersökningar krävs emellertid fortsatt akademisk forskning på flera områden, bland annat:

- *Hur vinjettmetoden fungerar för olika typer av frågor.*
Vår studie indikerar att vinjettmetoden fungerar bättre för frågor som är mer sakliga och objektiva. Det var svårare att utveckla bra vinjetter för känslomässiga frågor, som Ängslan och Kränkning, vilket antyder att vissa typer av frågor kanske inte lämpar sig för vinjettmetoden över huvud taget. Mer forskning behövs därför för att avgöra vilka frågor, och i synnerhet vilka frågor om kvalitet, som är lämpliga för metoden.
- *Hur metoden bättre kan förklaras för dem som besvarar enkäten.*
Presentationen av syftet och upplägget med vinjetter måste vidareutvecklas med målet att minimera och undvika missförstånd och irritation bland dem som besvarar enkäten.
- *Systematiska skillnader i hur olika respondentgrupper betygsätter vinjetter och besvarar självskattningsfrågor.*
En analys av parade svar från brukare och deras anhöriga skulle bidra med ännu mer kunskap om hur anhöriga och personal fungerar som ställföreträdare för äldre.

Slutligen fann vår studie ytterligare ett användningsområde för vinjetter, utöver kalibrering av brukarnas personliga svarsskala. Personalen som deltog i pilotstudierna föreslog att vinjetterna om Bemötande och Kränkning vore användbara även som underlag för diskussioner i personalgruppen. I sådana fall skulle alltså vinjetterna användas som neutrala beskrivningar av tänkbara omsorgssituationer (vilket innebär att ingen brukare eller medlem av personalen behöver användas som exempel) som personalen kan betygsätta, diskutera och förhålla sig till inom ramen för sin interna verksamhetsutveckling.



8 Referenser

- Aberbach, J. och Christensen, T. (2005). Citizens and Consumers: An NPM dilemma. *Public Management Review*, Vol. 7 Nr 2 s. 225–246.
- Alexander, C. S. och Becker, H. J. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public Opinion Quarterly*, Vol. 42 Nr 1 s. 93–104.
- Antonsson, H. (2013). *Chefers arbete i äldreomsorgen – att hantera den svårhanterliga omvärlden: Relationen mellan arbete och organisering* (Doktorsavhandling). Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling.
- Barnes, M., Harrison, S. Mort, M och Shardlow, P. (1999). *Unequal partners: user groups and community care*. London: The Policy Press.
- Bauld, L., Chesterman, J. och Judge, K. (2000). Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature. *Health & social care in the community*, Vol. 8 Nr 5 s. 316–324.
- Bergman B., och Klefsjö, B. (2012). *Kvalitet från behov till användning* (5:e utgåvan). Lund: Studentlitteratur.
- Bonsang, E. och van Soest, A. (2012). Satisfaction with social contacts of older Europeans. *Social Indicators Research*, Vol. 105 Nr 2 s. 273–292.
- Buckley, J. (2008). *Survey context effects in anchoring vignettes* URL: <http://polmeth.wustl.edu/media/Paper/surveyartifacts.pdf>.
- Cronin Jr, J. J. och Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The Journal of Marketing* s. 55–68.
- d’Uva, T. B., Lindeboom, M., O’Donnell, O. och Van Doorslaer, E. (2011). Slipping anchor? Testing the vignettes approach to identification and correction of reporting heterogeneity. *Journal of Human Resources*, Vol. 46 Nr 4 s. 875–906.
- Enagonio, E. M. (2006). *What does this question mean to you? Cognitive interviewing to pretest a questionnaire for older adults* (magisteruppsats). Maryland: University of Maryland.
- European Commission (2012): *Design for Growth & Prosperity, Report and Recommendations of the European Design Leadership Board*. DG Enterprise and Industry of the European Commission.
- Gupta, N. D., Kristensen, N. och Pozzoli, D. (2010). External validation of the use of vignettes in cross-country health studies. *Economic Modelling*, Vol. 27 Nr 4 s. 854–865.
- Hood, C. 1995. The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations & Society*, Vol. 20 Nr 2 s. 93–109.
- Hopkins, D. J. och King, G. (2010). Improving anchoring vignettes designing surveys to correct interpersonal incomparability. *Public Opinion Quarterly* s. 1–22.
- Jergeby, U. (1999). *Att bedöma en social situation: tillämpning av vinjettmetoden*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Judge, K. och Solomon, M. (1993). Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Social Policy*, Vol. 22 s. 299–299.
- Jürges, H. och Winter, J. (2013). Are anchoring vignettes ratings sensitive to vignette age and sex? *Health Economics*, Vol. 22 Nr 1 s. 1–13.
- King, G. (2015). *Anchoring Vignettes Website*. URL: <http://gking.harvard.edu/vign/>
- King, G., Murray, C. J. L., Salomon, J. A. och Tandon, A. (2004). Enhancing the Validity and Cross-Cultural Comparability of Measurement in Survey Research. *American Political Science Review*, Vol. 98, Nr 1 s. 191–207.
- King, G. och Wand, J. (2007). Comparing incomparable survey responses: Evaluating and selecting anchoring vignettes. *Political Analysis*, Vol. 15 Nr 1 s. 46–66.
- Kristensen, N. och Johansson, E. (2008). New evidence on cross-country differences in job satisfaction using anchoring vignettes. *Labour Economics*, Vol. 15 Nr 1 s. 96–117.
- Murray, C. J., Ozaltin, E., Tandon, A., Salomon, J., Sadana, R. och Chatterji, S. (2003). Empirical evaluation of the anchoring vignettes approach in health surveys i *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, Murray, C. J. och Evans, D. B. (Red.) s. 369–399.
- Nosanchuk, T. A. (1972). The vignette as an experimental approach to the study of social status: An exploratory study. *Social Science Research*, Vol. 1 Nr 1 s. 107–120.
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2013). *Beskrivning av bortfallet i undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" på särskilt boende i Stockholms län.* (Ej publicerad). Se Socialstyrelsen, Diarienummer 2.7–37104/2013.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. och Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, Vol. 49 Nr 4 s. 41–50.
- Pillinger, J. (2001). *Quality in social public services*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Rice, N., Robone, S. och Smith, P. C. (2010). International comparison of public sector performance: the use of anchoring vignettes to adjust self-reported data. *Evaluation*, Vol. 16 Nr 1 s. 81–101.
- Socialstyrelsen (2014). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014.*
- Stolt, R., Blomqvist, P. och Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, Vol. 72 Nr 4 s. 560–567.
- Taylor-Davis, S. A. och Smiciklas-Wright, H. (1993). The quality of survey data obtained from elderly adults. *Journal of Nutrition for the Elderly*, Vol. 13 Nr 1 s. 11–21.
- Van Soest, A., Delaney, L., Harmon, C. P., Kapteyn, A. och Smith, J. P. (2007). "Validating the use of vignettes for subjective threshold scales". (Discussion Paper 2007–43, Center for Economic Research vid Tilburg University).
- World Health Organization, *World Health Survey*. URL: <http://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/whs/about>

Zimmerman, D. R. (2003). Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *International journal of geriatric psychiatry*, Vol. 18 Nr 3 s. 250–257.



Bilaga – Enkät

På följande sidor redovisas den enkät som användes i den fullskaliga studien.



Utveckling av Socialstyrelsens undersökning *"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"*

Under mars till och med maj månad i år genomförde Socialstyrelsen den årliga nationella undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Myndigheten för vårdanalys och Linköpings universitet har uppdraget att utveckla undersökningen och testa en ny typ av enkätfrågor. Syftet med testfrågorna är att pröva ett nytt sätt att mäta äldres hälsa och kvaliteten i äldreomsorgen. Det nya med denna enkät är att du tar ställning till både korta berättelser och traditionella frågor. Detta hjälper oss att få en bättre förståelse för din och andra äldres situation. Dina svar är viktiga för att kunna besluta om denna nya typ av frågor kan användas i framtida undersökningar i hela Sverige.

Du som fått det här frågeformuläret är en av 2 000 personer som slumpmässigt valts ut för det här testet. Du bor på ett äldreboende eller har hemtjänst och tillhör målgruppen för Socialstyrelsens undersökning. Testet genomförs av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Linköpings universitet och Myndigheten för vårdanalys. Det är frivilligt att delta.

Dina svar är skyddade

Dina svar behandlas konfidentiellt. Indikator registrerar alla inkomna svar och levererar avidentifierat resultat till forskare på avdelningen för Kvalitetsutveckling vid Linköpings universitet. Resultaten kommer inte att kunna kopplas till någon enskild person. Den streckkod som finns på frågeformuläret är enbart till för att vi ska kunna se vilka som har svarat, och vilka som ska få en påminnelse om att svara.

Vi har gjort urvalet från Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453). Dina personuppgifter skyddas enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204).

Om du behöver hjälp att fylla i frågeformuläret

Frågeformuläret är slumpmässigt utskickat till respondenter oavsett ålder och hälso- tillstånd. Om du behöver får du gärna ta hjälp av t.ex. en anhörig, bekant eller god man för att svara på frågorna.

Om du undrar över något

Om du inte kan delta i undersökningen är du välkommen att kontakta Indikator kostnadsfritt på telefonnummer 0200-58 59 60 eller via e-post: info@indikator.org

Om du har frågor om undersökningen, kontakta Bozena Poksinska på Linköpings universitet på telefonnummer 013-28 27 24 eller via e-post: bozena.poksinska@liu.se

Allmänt hälsotillstånd

1. Anna är 75 år. Hon har en kronisk sjukdom, mår ofta illa och har ont i magen. Hon vilar i sängen flera timmar varje dag. Anna känner sig ofta kraftlös och nedstämd. Hon vill sällan ta emot besök eftersom hon inte vet hur hon ska må.

Hur bedömer du Annas allmänna hälsotillstånd?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



2. Olle är 70 år. Han gillar att vara ute i skogen och plocka svamp. Tyvärr kan han inte göra det så ofta eftersom han får ont i ryggen. Värken brukar gå över dagen efter. För övrigt mår Olle bra och klarar att göra det mesta själv hemma.

Hur bedömer du Olles allmänna hälsotillstånd?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



3. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



Besvär av ängslan, oro eller ångest

1. Bertil är 78 år. Varje gång han ska iväg någonstans oroar han sig mycket för hur det ska gå till och får hjärtklappning. Han blir även orolig och upplever obehag när han ska få besök av hemtjänsten eller släktingar.

Hur stora besvär har Bertil av ängslan, oro eller ångest?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



2. Karin är 81 år. Hon går på hälsokontroll på vårdcentral varannan månad. För det mesta är hon trygg och lugn, men inför besöket oroar hon sig för att hon inte har ordnat allt. Dagarna innan sover hon lite sämre och har inte så bra aptit.

Hur stora besvär har Karin av ängslan, oro eller ångest?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



3. Hur stora besvär brukar du ha av ängslan, oro eller ångest?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



Rörlighet inomhus

1. Erik är 85 år och bor i ett servicehus. Han har inga problem att gå själv inomhus, men det är svårt för honom att gå i trappor. Han behöver använda hiss eller få hjälp.

Hur är Eriks rörlighet inomhus?
Sätt ett kryss på skalan nedan.



2. Viktoria är 72 år. Hon har mycket svårt att gå, även med hjälp av rollatorn. Om hon vill ta kaffe till tv-soffan behöver hon hjälp av andra.

Hur är Viktorias rörlighet inomhus?
Sätt ett kryss på skalan nedan.



3. Hur är din rörlighet inomhus?
Sätt ett kryss på skalan nedan.



Bemötande

1. Hanna är 87 år och sängliggande. Hon brukar bli törstig på natten, därför ställer personalen ett glas vatten på hennes sängbord på kvällen. Om vattnet tar slut kallar hon på nattpersonalen. Hon får oftast hjälp omgående, men det händer att personalen är upptagen och svarar "Vi hinner inte nu, men vi kommer så snart vi kan".

Hur brukar Hanna bli bemött av personalen?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



2. Per som är 83 år får hjälp med personlig omvårdnad. Ibland kommer personalen för sent och kan inte stanna så länge. Per är missnöjd med detta och påtalar detta för personalen. Då svarar personalen "Du ska vara nöjd med den hjälp du får".

Hur brukar Per bli bemött av personalen?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



3. Hur brukar du bli bemött av personalen?

Sätt ett kryss på skalan nedan.



Vem eller vilka var med och besvarade enkäten?

- ☐ Jag har svarat på enkäten helt själv
- ☐ Jag har svarat på enkäten, men har fått hjälp av:
 - ☐ Anhörig
 - ☐ Vän eller bekant
 - ☐ God man eller förvaltare
 - ☐ Personal
- ☐ Enkäten har besvarats åt den äldre av:
 - ☐ Anhörig
 - ☐ Vän eller bekant
 - ☐ God man eller förvaltare
 - ☐ Personal

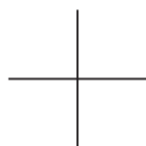
Övriga kommentarer och synpunkter

Har du några kommentarer och synpunkter som du vill delge oss så skriv gärna det här:

Tack för din medverkan!

När du svarat på frågorna lägger du frågeformuläret i det frankerade kuvertet och postar det. Frimärke behövs inte.

Har du förlorat ditt svarskuvert?
Skicka frågeformuläret portofritt till:
Indikator, Svarspost 206 37 966,
400 99 GÖTEBORG



Mätning av kvalitet i äldreomsorgen

– test och utvärdering av vinjettmetoden

Vårdanalys har på regeringens uppdrag tagit fram och utvärderat en metod för att med hjälp av så kallade vinjetter analysera skillnader i kvalitet inom äldreomsorgen ur ett brukarperspektiv. Utvärderingen visar att metoden ökar jämförbarheten mellan äldreomsorgsutförare genom att minska påverkan av de äldres personliga egenskaper, såsom hälsa, på deras svar. Däremot ställer metoden också högre krav på de äldres förmåga att besvara enkäten och metoden uppfattas negativt av vissa äldre. Slutsatsen av studien är därför att vinjettmetoden i dagsläget inte lämpar sig för användning inom äldreomsorgen.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

