# Brukarnas upplevelse av kvalitet inom boendestödet

Agneta Schröder, projektledare,
Lars-Olov Lundqvist, David Brunt,
Mikael Rask, Ann-Britt Ivarsson

Forskargruppen som utvecklat instrumentet och skrivit rapporten:

Agneta Schröder, projektledare, Med. Dr., forskare, Psykiatriskt forsknings-centrum, Örebro läns landsting.

David Brunt, professor, Linnéuniversitetet Institutionen för hälso- och vård-vetenskap, Växjö.

Mikael Rask, docent, Linnéuniversitetet Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Växjö.

Ann-Britt Ivarsson, professor, Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet.

Lars-Olov Lundqvist, docent, forskningschef, Habiliteringens forsknings-centrum, Örebro läns landsting.

Projektledare för NSPH:s kvalitetsprojekt:

Karin Engberg, karin.engberg@nsph.se
Telefon: 073-940 97 40

# Innehåll

1. Sammanfattning ..... 2
2. Bakgrund ..... 3
Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning ..... 3
Tidigare forskning ..... 3
Att utvärdera kvalitet ..... 4
3. Metod ..... 5
Genomförande: Undersökning i 37 verksamheter ..... 5
Utveckling av frågeformulär ..... 5
4. Resultat ..... 7
Deltagare ..... 7
Relationen mellan deltagarnas bakgrund och upplevd kvalitet ..... 9
Skillnader mellan de två boendestödsformerna ..... 9
Boendestödsspecifik kvalitet ..... 10
Jämförelse med andra vårdmiljöer ..... 12
5. Diskussion ..... 13
Generellt sett är kvaliteten hög, men delaktigheten för låg ..... 13
Stöd i eget boende skattas högre än bostad med särskild service ..... 13
6. Referenser ..... 15

# 1. Sammanfattning

Under kvalitetsprojektets första år sammanfördes forskare inom området psykiatrisk vård med forskare inom socialpsykiatrin. En forskargrupp fick i uppdrag att utveckla ett instrument som mäter kvalitet inom boendestödet. Mätinstrumentet KSPV-BS utvecklades. Det vänder sig till personer i eget boende med boendestöd eller personer som bor i boende med särskilt service. Instrumentet utgår från sex dimensioner och bygger på brukarnas perspektiv på den upplevda kvaliteten.

I en testundersökning våren och sommaren 2014 tillfrågades 484 personer. Totalt svarade 245 personer på enkäten. Brukare i 9 kommuner deltog varav 173 brukare i eget boende med boendestöd och 69 personer i bostad med särskild service. De deltagande kommunerna var: Botkyrka, Ekerö, Järfälla, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Hallsberg, Lindesberg och Örebro. Både kommunala och privata utförare deltog i mätningen.

Resultatet visar bland annat:

- ett generellt gott resultat för upplevd kvalitet inom boendestödet och bostad med särskild service
- vad som kan bli bättre i relationen mellan brukare och boendestödjare. Ett viktigt förbättringsområde ligger i relationen mellan brukare och boendestödjare.
- att delaktighet skattas lägst av alla dimensionerna, trots att det är en viktig faktor för återhämtning
- att den upplevda kvaliteten skattas lägre i samtliga dimensioner av boende med särskild service, än av personer i eget boende med boendestöd.

Jämfört med motsvarande mätningar inom psykiatriska vårdformer visar resultatet att:

- Graden av delaktighet är genomgående den lägst skattade dimensionen, men den varierar inom olika verksamhetsområden
- Delaktigheten verkar vara lägst i vård- stödformer med minst frihet för individen, inom slutenvård, rättspsykiatrin och i boende med särskild service.

De som har deltagit i undersökningen kommer att ha ett underlag där den egna verksamhetens resultat kan jämföras med andra motsvarande verksamheters. De deltagande verksamheterna har även ett resultat som kan följas upp över tid med nya mätningar. Resultatet kan också till viss del jämföras med tidigare mätningar (inom KPV-familjen) i angränsande psykiatriska verksamheter. NSPH:s kvalitetsprojekt och samarbetsparterna i projektet hoppas att rapporten ska bidra med kunskap och lust att utveckla och förbättra, tillsammans med och för brukarna och deras anhöriga.

# 2. Bakgrund

## Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning

Fram till för cirka 20 år sedan bodde många personer med psykisk funktionsnedsättning på mentalsjukhus, psykiatrisk klinik eller sjukhem. Under 1900-talets senare del förändrades det radikalt och målgruppen flyttade ut från institutionerna till mer integrerade och hemlika boendeformer. Samtidigt som boendeformerna förändrades ändrades placeringen. Boendena flyttades från stora byggnader bakom höga murar i lummiga parkområden utanför stadskärnorna, in till mer tätbebyggda stadsdelar och enskilda lägenheter utspridda i olika delar av en vanlig stadsmiljö. Förändringarna skedde främst i samband med psykiatrireformen i mitten av 1990-talet (Brunt, 2002).

I stället för mentalsjukhusets storskaliga institutioner består dagens boenden av bostäder med särskild service. De är oftast av småskalig karaktär, vanliga bostäder där man strävar efter att ge ett individuellt anpassat stöd.

## Tidigare forskning

Sedan tidigare finns en hel del forskning om boende och boendestöd, men den har sällan handlat om kvalitet.

Den tidigare forskningen har bland annat undersökt effekten av de förändrade boendeformerna under 1900-talet. Flera studier har visat att när personer med psykisk funktionsnedsättning flyttade, minskade deras symtom, den sociala funktionsnivån förbättrades och det sociala nätverket vidgades (Leff & O' Driscoll, 1993; Gooch, Leff & Trieman, 1996; Leff, 1997; Leff & Trieman, 2000). Deras tillfredsställelse med boendet visade sig ha starkt samband med att bo i egen bostad (Newman, 2001). De ville ha hjälp av boendestödspersonalen med hantering av ekonomi, medicin och i viss mån praktiska hushållsgöromål (Tanzman, 1993). Personerna värdesatte en boendeform som tillfredsställer behoven av avskildhet, mat, ett tak över huvudet samt ett boende som inte var alltför betungande för ekonomin (Owen et al.,1996).

Forskning om de boendes upplevelser av personalens stödjande arbete och vårdande/stödjande handlingar visar att de boende tycker att gemenskapen med boendestödspersonalen är viktig, och att relationen bör präglas av stöd och uppmuntran. Relationen bör ha en karaktär av ömsesidighet och respekt och personalen bör försöka möta de boende i deras svårigheter och uppmuntra dem att anta nya utmaningar (Socialstyrelsen, 2010; Socialstyrelsen, 2013).

Den psykosociala miljön tycks kunna påverka hur de boende kan uppleva personalens insatser. En studie betonar att den psykosociala miljön bör präglas av fokus på personlig utveckling och eget ansvarstagande (Rask & Brunt, 2010). Den fysiska miljön i bostäder med särskild service har också studerats och en enkät har testats för detta ändamål (Johansson & Brunt, 2012).

Under de senaste 20 åren har studier av boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning bland annat fokuserat på följande aspekter: utflyttning från mentalsjukhus, tillfredsställelse, preferenser, upplevelser av boendestöd, fysisk och psykosocial miljö. Det är viktiga aspekter men också anmärkningsvärt att det saknas studier av kvalitet i boende och boendestöd. Sådana studier har inte rönt intresse, varken internationellt eller nationellt.

Trots ett ökat intresse för att studera och följa upp kvalitet inom olika verksamheter som ger vård och stöd till personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar (Hussey et al., 2004), är brukarnas upplevelser av kvaliteten inom socialpsykiatriska verksamheter mycket sparsamt undersökt. En anledning kan vara att det saknas frågeformulär som mäter kvalitet ur brukarnas perspektiv och som är validitets- och reliabilitetstestade. Tills nu har det inte funnits något sådant formulär anpassat för den socialpsykiatriska verksamheten boendestöd.

## Att utvärdera kvalitet

För att försäkra sig om att vård- och stödverksamheter håller en god kvalitet är det viktigt att systematiskt och kontinuerligt utvärdera och göra förbättringar (Crow et al., 2002). God kvalitet inkluderar en vid variation av aspekter där patienters och brukares skattningar av vårdens och stödverksamheters kvalitet kan utgöra en aspekt (Bjørngaard et al., 2007).

När det gäller boendestöd är det viktigt att personal och ledning får information om vad brukarna själva anser om boendestödets kvalitet. För att ta reda på vad brukarna tycker behöver frågeformulär utvecklas inom detta område. Det frågeformulär som använts i denna studie, är ursprungligen utvecklat för patienter inom psykiatrisk slutenvård men har modifierats till att gälla socialpsykiatrins boendestöd. Flera forskare menar att ett frågeformulär ska vara utformat för den speciella verksamhet där det ska användas (Shiva, Haden, & Brooks, 2009) eftersom (vård)kvalitet anses vara kontextspecifikt (Boyer et al., 2009; Längle et al., 2003). Nationella såväl som internationella studier belyser vad brukare upplever som stödjande insatser från boendestödjaren, men inga tidigare studier om hur brukare upplever kvaliteten i det boendestöd de får.

# 3. Metod

Grunden för resultaten som presenteras i denna rapport utgår från frågeformuläret *Kvalitet i Socialpsykiatrisk Verksamhet – Dina upplevelser av ditt boendestöd* (KSPV-BS).
Frågeformuläret togs fram inom ramen för studien, utifrån tidigare studier och formulär som gjorts inom den psykiatriska vården.

## Genomförande: Undersökning i 37 verksamheter

Studien genomfördes under tre månader år 2014, vid sammanlagt 37 verksamheter för boendestöd och bostad med särskild service (BoSS). Målgruppen var personer med psykisk funktionsnedsättning som erhöll boendestöd i eget eller särskilt boende och som inte hade en psykisk ohälsa som omöjliggjorde deltagande i studien. Samtliga personer informerades om studiens syfte och om att deltagandet var frivilligt både muntligt och skriftligt av en kontaktperson. Studien är etiskt prövad vid Etikprövningsnämnden i Uppsala.

**Frågeformulärets utformning**

Frågeformuläret KSPV-BS består av ett antal bakgrundsfrågor och 37 specifika påståenden som gör det möjligt att identifiera högre och lägre kvalitet utifrån patienters/brukares perspektiv inom sex dimensioner:

- Bemötande (8 påståenden)
- Delaktighet (8 påståenden)
- Stöd (4 påståenden)
- Avskild miljö (3 påståenden)
- Trygg miljö (3 påståenden)
- Boendestödsspecifik kvalitet (11 påståenden)

Varje påstående i KSPV-BS relateras till "Jag upplever att…" och besvaras på en fyrgradig Likert typ skala med svarsalternativen: *Instämmer inte alls, Instämmer till viss del, Instämmer till stor del* och *Instämmer helt*. Därutöver finns ett ytterligare svarsalternativ: *Ej aktuellt*.
Avslutningsvis finns en öppen fråga med formuleringen "Övriga synpunkter om kvaliteten".

## Utveckling av frågeformulär

Utgångspunkten för frågeformuläret KSPV-BS är en kvalitativ intervjustudie där man efterfrågade patienters uppfattningar av begreppet vårdkvalitet inom både sluten- och öppen psykiatrisk vård (Schröder, Ahlström, Wilde-Larsson, 2006). Utifrån denna studie utvecklades ett frågeformulär för patienter inom den allmänpsykiatriska slutenvården: *Kvalitet i Psykiatrisk Vård – Dina upplevelser av vården på avdelningen* (KPV-A) (Schröder et al. 2007, 2010). Detta består av ett antal bakgrundsfrågor och 30 items om vårdkvalitet inom sex olika dimensioner: Bemötande, Delaktighet, Stöd, Utskrivning, Avskild miljö och Säker miljö. Frågeformuläret KPV-A utvecklades i fem steg:

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

En modifierad version av frågeformuläret KPV-A har nu utvecklats för att gälla socialpsykiatrins

boendestöd. Det som ändrades var tempus i samtliga påståenden samt viss anpassning av innehållet i några av de befintliga påståendena. Dessutom exkluderades dimensionen Utskrivning, eftersom den inte är relevant för socialpsykiatrins boendestöd. Utöver detta har specifika frågor i frågeformuläret utvecklats i en kontextspecifik dimension, utifrån tidigare forskning där brukare beskrivit hur de vill att boendestödet ska utföras (Socialstyrelsen, 2010). Denna dimension i formuläret kallas för ”Boendestödsspecifik kvalitet”.

Påståendena har validerats av en brukarpanel som arbetar på uppdrag av CEPI – Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (Lunds universitet). Panelens uppgift var att granska den planerade studien och det nya frågeformuläret utifrån ett brukarperspektiv. Deltagarna hade sedan tidigare en utbildning i forskning och forskningsmetodik riktat till personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom, inspirationen till utbildningen kom från en liknande verksamhet vid Kings College i London. Denna brukarpanel är nu en konsultativ resurs i samband olika forskningsprojekt och har för denna studies räkning granskat frågeformuläret vad gäller innehållsvaliditet och lämnat kommentarer och förslag angående formuleringen av påståendena.

# 4. Resultat

## Deltagare

Totalt tillfrågades 484 personer i eget boende och boende i bostad med särskild service i 9 kommuner: Botkyrka, Ekerö, Järfälla, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Hallsberg, Lindesberg och Örebro. Av de tillfrågade tackade 146 personer (74 män och 72 kvinnor) nej till att delta och 93 enkäter fick tas bort för att för få frågor var besvarade. Totalt kunde svaren från 245 personer användas i utvärderingen.

Av de 245 personerna hade 69 bostad med särskild service och 173 personer bodde i eget boende. För 3 personer saknades uppgift om boendeform. I Tabell 1 visas bakgrundsdata över de som besvarat frågeformuläret. Ungefär lika många män som kvinnor svarade på formuläret. Deltagarnas ålder varierade från 20 till 75 år, men majoriteten av deltagarna var mellan 40 och 60 år. Medelåldern var alltså cirka 50 år. Det stora flertalet hade svensk bakgrund och var ensamboende. Utbildningsnivån var relativt hög, där ungefär två tredjedelar hade gymnasieutbildning. Samtliga deltagare hade någon form av sysselsättning.

**Tabell 1. Bakgrundsdata över deltagare i boendestudien, del 1.**

| | **Antal (%)** | | **Antal (%)** |
|---|---|---|---|
| **Kön** | | **Boendesituation** | |
| Man | 123 (50.2 %) | Särskild service | 69 (28.2 %) |
| Kvinna | 118 (48.2 %) | Egen bostad | 173 (70.6 %) |
| Uppgift saknas | 4 (1.6 %) | Uppgift saknas | 3 (1.2 %) |
| | | | |
| **Ålder** | | **Utbildning** | |
| Medelålder | 47.9 år | Ej genomförd grundskola | 14 (5.7 %) |
| 20–29 | 21 (8.6 %) | Grundskola (motsv.) | 69 (28.2 %) |
| 30–39 | 40 (16.3 %) | Gymnasium (motsv.) | 117 (47.8 %) |
| 40–49 | 54 (22.0 %) | Högskola (motsv.) | 43 (17.6 %) |
| 50–59 | 63 (25.7 %) | Uppgift saknas | 2 (0.8 %) |
| 60–69 | 47 (19.2 %) | | |
| 70–75 | 5 (2.0 %) | **Sysselsättning** | |
| Uppgift saknas | 15 (6.1 %) | Arbetsträning | 40 (16.3 %) |
| | | Studier | 16 (8.5 %) |
| **Nationalitet** | | Annan daglig | 165 (67.3 %) |
| Svensk | 210 (85.7 %) | Uppgift saknas | 24 (9.8 %) |
| Annan | 26 (10.6 %) | | |
| Uppgift saknas | 9 (3.7 %) | | |
| | | | |
| **Civilstånd** | | | |
| Ensamboende | 227 (92.7 %) | | |
| Sammanboende | 14 (5.7 %) | | |
| Uppgift saknas | 4 (1.6 %) | | |

Deltagarna hade bott i sitt nuvarande boende i genomsnitt cirka 10 år. Hur lång var väntetiden från att man blivit erbjuden stöd i egen bostad eller plats i bostad med särskild service, tills man fått plats eller stöd? Väntetiden till boendet var en månad i genomsnitt men varierade från ingen väntetid alls till över tre månader. Relativt många, 20 procent, fick vänta mer än tre månader. Personer med bostad med särskild service fick vänta längre än personer med eget

boende. Uppskattningsvis fick hälften av dem med särskild service vänta mer än 6 veckor medan de med eget boende fick vänta kortare än 2 veckor. Trots det uppfattade både de med särskild service och de med eget boende att väntetiden varken var för lång eller för kort. Ungefär 75 procent hade kontakt med psykiatrisk öppenvård. Andelen med kontakt var lika i de två boendestödsformerna. När det gällde information kände drygt 70 procent till sin diagnos, något fler vem som var ansvarig enhetschef, men färre 64 procent kände till var man kunde framföra klagomål. Bland de som bodde i bostad med särskild service var det färre som kände till sin diagnos, vem som var ansvarig enhetschef och var man kunde vända sig med klagomål.

När det gällde den fysiska och psykiska hälsan ansåg majoriteten att den var från ”varken bra eller inte bra” till ”bra”. Det fanns ingen skillnad i fysisk eller psykisk hälsa mellan deltagarna i de två boendeformerna. En majoritet av de tillfrågade skulle kunna rekommendera sin boendeform till andra. Dock skulle fler av dem med eget boende rekommendera boendeformen än de med särskild service.

**Tabell 2. Bakgrundsdata över deltagare i boendestudien, del 2.**

| | **Antal (%)** | | **Antal (%)** |
|---|---|---|---|
| **Väntetid** | | **Väntetidens längd** | |
| Ingen väntetid | 67 (27.3 %) | Alldeles för kort | 7 (2.9 %) |
| Mindre än en vecka upp till en månad | 55 (22.4 %) | Kort | 45 (18.4 %) |
| Mer än en månad upp till tre månader | 47 (19.2 %) | Varken kort eller lång | 114 (46.5 %) |
| Mer än tre månader | 44 (18.0 %) | Lång | 23 (9.4 %) |
| Uppgift saknas | 31 (13.1 %) | Alldeles för lång | 16 (6.5 %) |
| | | Uppgift saknas | 40 (16.3 %) |
| | | | |
| **Kontakt psykiatrisk öppenvård** | | **Vet din diagnos** | |
| Ja | 185 (75.5 %) | Ja | 178 (72.7 %) |
| Nej | 54 (22.0 %) | Nej | 36 (14.7 %) |
| Uppgift saknas | 6 (2.4 %) | Ej fått diagnos | 24 (9.8 %) |
| | | Uppgift saknas | 7 (2.9 %) |
| | | | |
| **Ansvarig enhetschef** | | **Info klagomål** | |
| Ja | 188 (76.7 %) | Ja | 156 (63.7 %) |
| Nej | 51 (20.8 %) | Nej | 83 (33.9 %) |
| Uppgift saknas | 6 (2.4 %) | Uppgift saknas | 6 (2.4 %) |
| | | | |
| **Psykisk hälsa** | | **Fysisk hälsa** | |
| Mycket dålig | 10 (4.1 %) | Mycket dålig | 20 (8.2 %) |
| Dålig | 41 (16.7 %) | Dålig | 55 (22.4 %) |
| Varken bra eller dålig | 79 (32.2 %) | Varken bra eller dålig | 67 (27.3 %) |
| Bra | 87 (35.5 %) | Bra | 79 (32.2 %) |
| Mycket bra | 22 (9.0 %) | Mycket bra | 20 (8.2 %) |
| Uppgift saknas | 6 (2.4 %) | Uppgift saknas | 4 (1.6 %) |
| | | | |
| **Tid i boendet** | | **Rekommenderar boendet** | |
| Medel | 9.4 år | Absolut inte | 22 (9.0 %) |
| 0–5 år | 101 (41.1 %) | Helst inte | 24 (9.8 %) |
| 6–10 år | 54 (22.0 %) | Kanske | 34 (13.9 %) |
| 11–20 år | 48 (19.6 %) | Gärna | 77 (31.4 %) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21–30 år | 15 (6.1 %) | Absolut | 73 (29.8 %) |
| 31–40 år | 9 (3.6 %) | Uppgift saknas | 15 (6.1 %) |

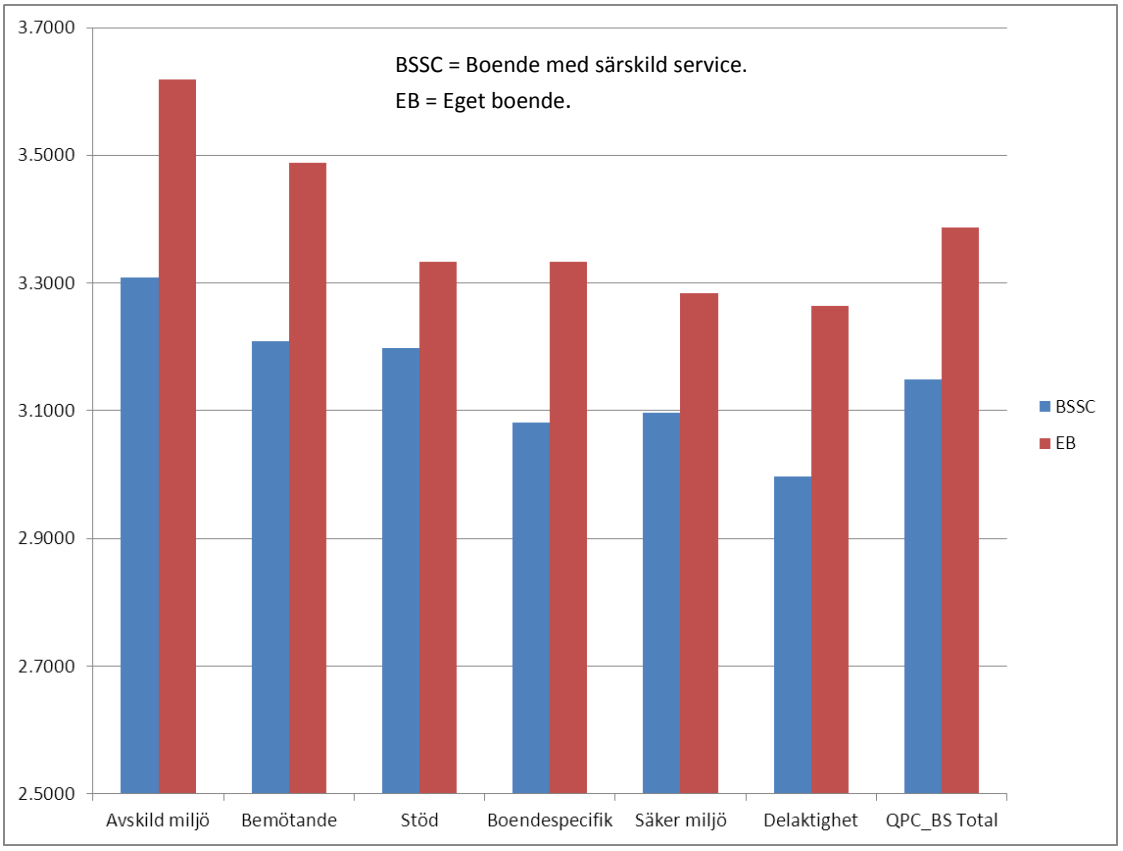
## Relationen mellan deltagarnas bakgrund och upplevd kvalitet

Sambandet mellan deltagarnas bedömning av generell kvalitet (KPV-total) och de olika bakgrundsfrågorna analyserades för att undersöka om deltagarnas bakgrund påverkade deras bedömning. Analysen visade att det inte fanns något samband mellan upplevd kvalitet och ålder, kön, nationalitet, civilstånd, typ av sysselsättning eller hur länge de bott i sin nuvarande bostad. Inte heller om man kände till sin diagnos eller om man hade kontakt med psykiatrisk öppenvård hade något samband med upplevd kvalitet. Däremot fanns tendenser som hade samband med utbildning, fysisk och psykisk hälsa. Kvaliteten upplevdes generellt som lägre bland boende i bostad med särskild service och de med högre utbildning. Lägre upplevd kvalitet hade samband särskilt de med lägre fysisk hälsa med en tendens bland de med lägre psykisk hälsa också.

Information spelade en viktig roll för upplevd kvalitet. De som kände till vem som var ansvarig enhetschef och vart man kunde vända sig med klagomål, upplevde också en högre kvalitet. Slutligen, och kanske inte så förvånade, visade det sig att ju högre man upplevde kvaliteten i boendet desto mer benägen var man att rekommendera boendet till andra.

## Skillnader mellan de två boendestödsformerna

Det fanns också vissa tendenser när det gäller de olika dimensionerna av upplevd kvalitet (Bemötande, Delaktighet, Stöd, Avskild miljö, Trygg miljö och Boendestöd). Både boende i bostäder med särskild service och boende i eget boende skattade kvaliteten på Avskild miljö högst och kvaliteten på Delaktighet som lägst (Figur 1). När det gäller de övriga kvalitetsdimensionerna var gruppernas rangordning relativt lika. Dock var kvalitetsskattningarna av de med särskild service genomgående lägre än skattningarna hos de med eget boende.




**Figur 1. Brukarnas upplevelse av kvalitet i boendet.**

Den största skillnaden mellan boendeformerna finner vi inom dimensionen Delaktighet, vid påståendet ”*Jag har inflytande över personalens stödinsatser*”. Därefter kommer påståendena ”*Jag har möjlighet till privatliv*” (Avskild miljö) och ”*Jag har kontroll över vad personalen och jag gör tillsammans*” (ur den Boendestödsspecifika dimensionen) där boende med särskild service har betydligt lägre skattningar än personer i eget boende (Tabell 3).

## Boendestödsspecifik kvalitet

Resultaten för de boendestödsspecifika påståendena (Tabell 3, nr 27–37) visar att medelvärdet för kvaliteten i boendestödet är 3,33 för de som bor i eget boende och 3,08 för de som bor i bostad med särskild service. Detta innebär att man i båda boendeformerna ”instämmer till stor del” med att dessa kvalitetsdimensioner förekommer i boendestödet. Det finns också ett tydligt mönster i de boendes svar där de med eget boende upplever en högre nivå av kvalitet på samtliga elva påståenden som redovisas i tabell 4, än boende i bostad med särskild service.

När det gäller den boendespecifika kvalitetsdimensionen finner vi de högsta skattningarna för följande tre påståenden: ”*Personalen har förmåga att lyssna på mig*”, ” *Jag har kontroll över vad personalen och jag gör tillsammans*” och ”*Personalen strävar efter att lära känna mig*”.

Lägst skattningar finner vi för påståendena ”Personalen uppmuntrar/stödjer mig i att hålla kontakten med släkt och/eller nära vänner ”, ”Personalen strävar efter att prata med mig om mina känslor, tankar och funderingar om mig själv” samt ”Personalen har förmåga att uppmuntra mig att utveckla nya färdigheter ”. Det är alltså samma tre dimensioner som man skattar högst respektive lägst i båda boendeformerna, dock med olika inbördes ordning.

De tre dimensionerna som skattats lägst är viktiga moment i boendestödsarbetet och speglar ett specifikt innehåll i detta arbete (att prata om känslor och tankar, att hålla kontakt med viktiga personer utanför boendet samt träning av nya färdigheter). Det är dock tydligt att man skattar relationen och interaktionen mellan boende och personal högre än dessa.

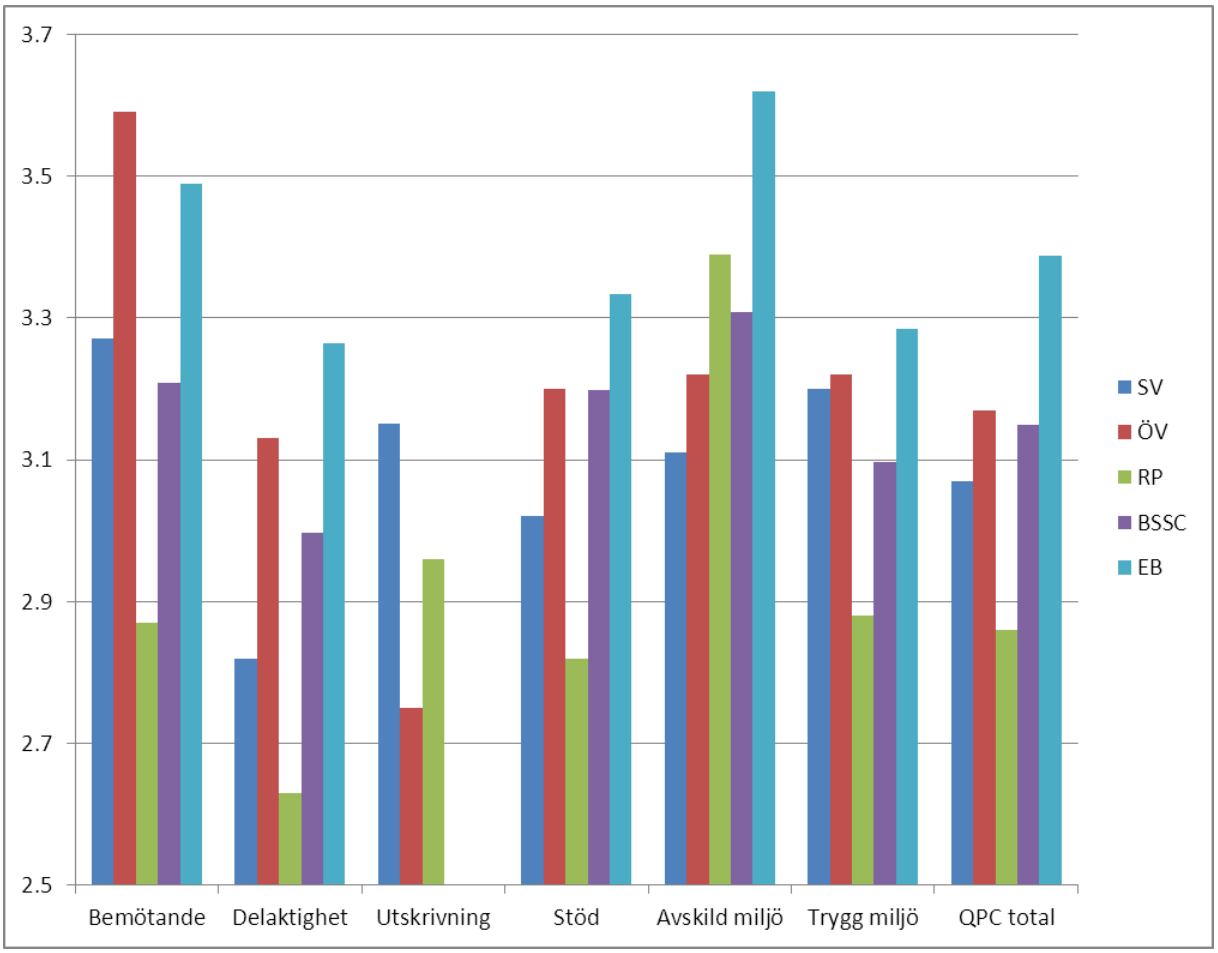
**Tabell 3. Medelvärde för varje fråga i KPV-BS uppdelat på eget boende (EB) och boende med särskild service (BSSC)**

| | | EB | BSSC |
|---|---|---|---|
| **Bemötande** | | N=173 | N=69 |
| **7** | Jag får stöd och samtal när jag behöver det | 3,33 | 3,21 |
| **9** | Personalen är engagerad och finns med oss boende | 3,43 | 3,29 |
| **10** | Personalen bemöter mig med omtanke och värme | 3,60 | 3,33 |
| **11** | Personalen bryr sig om varför, om jag är arg och irriterad | 3,40 | 3,11 |
| **14** | Personalen respekterar mig | 3,60 | 3,28 |
| **15** | Personalen visar förståelse för mina känslor | 3,51 | 3,16 |
| **17** | Personalen har tid att lyssna på mig | 3,50 | 3,15 |
| **21** | Personalen bryr sig om hur jag upplever boendestödet | 3,54 | 3,15 |
| **Delaktighet** | | | |
| **1** | Jag har inflytande över personalens stödinsatser | 3,33 | 2,81 |
| **5** | Min mening om vad som är rätt boendestöd för mig respekteras | 3,49 | 3,15 |
| **6** | Jag är delaktig i beslut om mitt boendestöd | 3,47 | 3,12 |
| **12** | Mina tidigare erfarenheter av att sköta ett hem tillvaratas på bästa sätt | 3,46 | 3,12 |
| **13** | Jag får lära mig känna igen tecken på försämring av min psykiska hälsa | 2,94 | 2,75 |
| **23** | Jag har fått information på ett begripligt sätt om de olika stödinsatser som jag kan få i mitt boende | 3,26 | 2,96 |
| **25** | Jag får kunskap om min psykiska funktionsnedsättning så att jag har möjlighet att tillsammans... | 3,12 | 3,07 |
| **26** | Jag har fått information om olika stödinsatser så att jag kan ta ställning till vad som passar mig bäst | 3,06 | 3,00 |
| **Stöd** | | | |
| **16** | Personalen hindrar mig från att utsätta min omgivning för obehag/skada, om jag får sådana tankar | 3,25 | 3,28 |
| **18** | Personalen hindrar mig från att utsätta mig själv för skada, om jag får sådana tankar | 3,27 | 3,10 |
| **19** | Personalen hjälper mig att förstå att det inte är skamligt att ha drabbats av psykiska besvär | 3,38 | 3,15 |
| **20** | Personalen hjälper mig att förstå att skuld- och skamkänslor aldrig ska behöva hindra mig från att söka vård | 3,43 | 3,27 |
| **Avskild miljö** | | | |
| **3** | Jag har möjlighet till avskildhet | 3,63 | 3,43 |
| **22** | Jag har möjlighet till privatliv | 3,69 | 3,26 |
| **24** | Det finns en avskild plats där jag kan ta emot besök av mina närstående och vänner | 3,53 | 3,24 |
| **Trygg miljö** | | | |
| **2** | Jag är säker i min bostad | 3,42 | 3,25 |
| **4** | Jag kan känna mig trygg tillsammans med mina medboende | 3,27 | 3,11 |
| **8** | Jag blir inte störd av mina medboende | 3,16 | 2,93 |
| **Boendesstödsspecifik kvalitet** | | | |
| **27** | Personalen har förmåga att samtala med mig kring det jag upplever som svårt | 3,38 | 3,05 |
| **28** | Personalen har förmåga att lyssna på mig | 3,55 | 3,17 |
| **29** | Personalen har förmåga att tillsammans med mig skapa ordning i mitt dagliga liv | 3,38 | 3,14 |
| **30** | Personalen har förmåga att uppmuntra mig att utveckla nya färdigheter | 3,23 | 2,95 |
| **31** | Personalen uppmuntrar/stödjer mig i att hålla kontakten med släkt och/eller nära vänner | 2,96 | 2,95 |
| **32** | Jag har kontroll över vad personalen och jag gör tillsammans | 3,57 | 3,17 |
| **33** | Personalen strävar efter att lära känna mig | 3,43 | 3,22 |
| **34** | Personalen strävar efter att prata med mig om mina känslor, tankar och funderingar om mig själv | 3,10 | 2,97 |
| **35** | Personalen kan hjälpa mig att skapa ordning då jag mår dåligt | 3,29 | 3,11 |
| **36** | Personalen pratar tillräckligt mycket med mig och inte bara med varandra | 3,40 | 3,04 |
| **37** | Jag har möjlighet att tillsammans med personalen följa upp och utvärdera de stödinsatser jag får | 3,36 | 3,12 |

## Jämförelse med andra vårdmiljöer

Skattningarna från frågeformuläret *Kvalitet i Socialpsykiatrisk Verksamhet – Dina upplevelser av ditt boendestöd* (KSPV-BS) kan också sättas i ett större sammanhang och jämföras med resultat från psykiatrisk vård (se figur 2).

Jämförelsen visar att kvaliteten i boendestödet är i linje med, eller i vissa fall (Avskild miljö) högre, än den som uppmätts inom psykiatrisk slutenvård, öppenvård och rättspsykiatrin. Rättspsykiatrin ligger lägst i alla kategorier utom Avskild miljö. Ett intressant mönster som framträder i figur 2 är att skillnaderna mellan psykiatrins öppen- och slutenvård liknar skillnaderna mellan eget boende och boende med särskild service. Mönstret kan vara kopplat till skillnader i den psykiska hälsan i respektive vårdform, vilket vi har sett korrelerar med upplevd kvalitet när det gäller boendestöd. En bidragande faktor till de lägre skattningarna i slutenvård och bostad med särskild service kan vara att slutenvård och bostad med särskild service har en institutionskaraktär medan öppenvård och eget boende inte har det. Denna skillnad kan kanske speglas i dessa siffror.




**Figur 2. Jämförelse mellan patienter/brukares upplevelse av kvalitet i olika verksamheter.**

SV = Psykiatrisk slutenvård, ÖV = Psykiatrisk öppenvård, RP = Rättspsykiatrisk slutenvård, BSSC = Boende med särskild service. EB = Eget boende.

# 5. Diskussion

## Generellt sett är kvaliteten hög, men delaktigheten för låg

Den bild som framträder i resultatet är att brukarna generellt upplever en hög kvalitet. Högst skattade de *Avskild miljö* och lägst *Delaktighet* oavsett boendeform. Lägst skattades dock delaktigheten inom boende med särskild service. De boendes låga skattningar av delaktighet betyder att de inte upplever sig delaktiga i den mån de önskar och är inte nöjda med den information de får.

Låga skattningar av delaktighet har även visat sig förut, när kvalitet har mätts med frågeformuläret ”Kvalitet i Psykiatrisk Vård (KPV). Samma tendens visade sig inom såväl psykiatrisk slutenvård (Schröder et al., 2010) och öppenvård (Schröder et al., 2011) som rättspsykiatrisk slutenvård (Schröder, Ågrim, Lundqvist, 2013). Detta visar att bristande delaktighet inte är något nytt fenomen utan verkar vara ett återkommande problem (Eldh, Ehnfors, & Ekman 2004; Lundqvist et al., 2014). Detta är något som behöver åtgärdas, inte minst för att patienter/brukare som känner sig delaktiga bl.a. har bättre motivation till att förbättra sin hälsa och är mer nöjda med kvaliteten (Sainio & Lauri, 2001).

Med tanke på brukares ökade krav på delaktighet och information, i takt med en höjd kunskapsnivå, behöver brukares uppfattning av begreppet delaktighet studeras. Detta skulle kunna bidra till fördjupad kunskap inom den socialpsykiatriska verksamheten och leda till att stärka boendestödets kvalitet.

## Stöd i eget boende skattas högre än bostad med särskild service

Om man tittar på svaren på påståendena om boendestödsspecifik kvalitet finns en tydlig tendens, både för dimensionen som helhet och varje enskilt påstående: de som har boendestöd i eget boende upplever en högre kvalitet i jämförelse med de som har bostad med särskild service.  Denna skillnad kan möjligen bero på att boendemiljöernas karaktär skiljer sig åt. Boenden med särskild service kan upplevas ha en påtaglig likhet med institutionsmiljö, medan eget boende är av mer privat karaktär. I eget boende kan boendestödet upplevas vara mer på den boendes egna villkor och möjligen präglas av en större grad av delaktighet eftersom det sker i den boendes privata sfär.

Oavsett boendeform så är det samma tre påståenden om kvalitet skattas högst:

- Att bli lyssnad på av personalen
- Att personalen vill lära känna den boende
- Att ha kontroll över vad man gör tillsammans

Det är väl värt att notera att tidigare undersökningar har visat att boende uppfattar att personalen gör de två första delarna företrädesvis i hög grad eller mycket hög grad och att båda parterna anser det som viktigt (Rask, 2007). Att personalen visar sig öppen för att vilja möta den boende, lyssnar aktivt samt delar med sig av erfarenheter anses viktigt för de boende, eftersom de då får beskriva hur de vill att personalens stöd ska se ut (Socialstyrelsen, 2010). Även att göra saker tillsammans ansågs viktigt av båda grupperna i Rasks studie, men förekomsten skattades i avsevärt lägre grad.

I vår studie ger deltagarna alltså en högre kvalitetsbedömning när det gäller kontroll över vad man gör tillsammans med personalen. Detta kan vara ett tecken på att personalen i de aktuella verksamheterna i större utsträckning har kunnat förmedla sin vilja att göra saker tillsammans med den boende.

De tre aspekter bland de boendespecifika påståendena som skattades ha lägst kvalitet var

- möjligheten att samtala om de egna tankarna och känslorna
- uppmuntran i att utveckla nya färdigheter
- stöd och uppmuntran till kontakt med släkt och nära vänner.

I en tidigare undersökning har dessa aspekter skattats av boende som att de företrädesvis förekommer i låg grad samt att de inte är påtagligt viktiga (förutom att hålla kontakt med släkt och vänner). Av personalen däremot har de tre aspekterna skattats både som relativt vanligt förekommande och i hög grad viktiga (Rask, 2007). Möjligheten att utveckla färdigheter kan anses ingå att uppmuntra den boende att våga anta utmaningar, vilket Socialstyrelsen har påpekat är en viktig del i boendestödet (Socialstyrelsen, 2010). Det förefaller vara så att en fördjupning av arbetet med dessa tre aspekter är väl värt att satsa på.

# 6. Referenser


Bjørngaard, J.H., Ruud, T., Garrat, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experiences clinicians ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatric Services*, 58, 1102-1107.

Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., Magalon, D.,Samuelian, J. C., Lancon, C., & Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry*, 24, 540–549.

Brunt, D. (2002). Supported housing in the community for persons with severe mental illness. psychosocial environment, needs, quality of life and social network. Lund University, Lund.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas., H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6, 1-90.

Eldh, A.C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2004). The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heath failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 239–246.

Hussey, P.S., Anderson, G.F, Osborn, R., Feek., McLaughlin, V., Millar, J., Epstein, A. (2004). How does the quality of care compare in five countries? *Health Affairs,* 23, 89-99.

Johansson, M., & Brunt, D. (2012). The physical environment of purpose-built and non-purpose built supported housing for persons with psychiatric disabilities in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*. 33(4) 223-235.

Leff, J. (Ed.). (1997). Care in the community- illusion or reality? Chichester: Wiley.

Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *British Journal of Psychiatry*, 176, 217-223.

Leff, J., Trieman, N., & Gooch, C. (1996). The TAPS Project 33: Prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 153, (10), 1318-1324.

Lundqvist, L-O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E., & Schröder, A. (2014). A Danish adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient (QPC-FIP): psychometric properties and factor structure. *Journal of Forensic Nursing*, 10, 168-174.

Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'ren, R., Schwärzler, F., & Eschweiler, G. W. (2003). "Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: The patients' view." *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 213–221.

Newman, S. J. (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric services*, 52, 1309-1317.

O'Driscoll, C., & Leff, J. (1993). The TAPS Project 8. Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 19, 18-24.

Owen, C., Rutherford, V., Jones, M., Wright, C., Tennant, C., & Smallman, A. (1996). Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, 47, 628-632.

Rask, M. (2007). Vårdande/stödjande handlingar inom kommunala boenden för personer med psykiska funktionshinder: En studie av boendes och personals perspektiv i fem kommuner. Delrapport no.7, Växjö, Boendeprojektet Växjö Universitet.

Rask, M., & Brunt, D. (2010). Vårdande och stödjande handlingar inom psykiatriska vård- och boendeformer. Studentlitteratur.

Sainio, C., & Lauri, S. (2001). Cancer patients´ decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 250–260.

Schröder, A., Ahlström, G., & Wilde Larsson, B. (2006). Patient's perceptions of the concept of quality of care in the psychiatric setting: A phenomenograpic study. *Journal of Clinical Nursing,* 15, 93-102.

Schröder, A., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B., & Lundqvist, L-O. (2011). Psychometric properties of the instrument Quality in Psychiatric Care – Out-Patient (QPC-OP). *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 445–453.

Schröder, A., Wilde Larsson, B., & Ahlström, G. (2007). Quality in Psychiatric Care: an instrument evaluating patients' expectations and experiences. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health*, 20, 141-160.

Schröder, A., Wilde Larsson, B., Ahlström, G., & Lundqvist, L-O. (2010). Psychometric properties of the instrument Quality in Psychiatric Care and descriptions of quality of care among in-patients. *International Journal of Health Care Quality Assurance,* 23, 554-570.

Schröder, A., Ågrim, J., & Lundqvist, L-O. (2013). The "Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient" instrument: Psychometric properties and patient's view of quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Journal of Forensic Nursing*, 9, 225-234.

Shiva, A., Haden, S. C., & Brooks, J. (2009). Psychiatric civil and forensic inpatient satisfaction with care: the impact of provider and recipient characteristics. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 979-987.

Socialstyrelsen (2010). Det är mitt hem - vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen (2013). Studier om boende och boendestödsverksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 450-455.

**Brukarnas upplevelse av kvalitet inom boendestödet**

I en undersökning våren och sommaren 2014 tillfrågades 484 personer om hur de upplevde kvaliteten inom boendestödet. Totalt svarade 245 personer på enkäten. Brukare i 9 kommuner deltog varav 173 brukare i eget boende med boendestöd och 69 personer i bostad med särskild service. De deltagande kommunerna var: Botkyrka, Ekerö, Järfälla, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Hallsberg, Lindesberg och Örebro. Både kommunala och privata utförare deltog i mätningen.

Vi ville bland annat veta:

- Upplever personer med boendestöd eller bostad med särskild service att de får ett stöd med god kvalitet?
- Vilka förbättringsområden finns?
- Hur skattar brukarna sin delaktighet inom dessa stödformer?

Här kan du ta del av resultatet.

Läs mer om NSPH:s kvalitetsprojekt, mätmetoder och brukarmedverkan i kvalitetsutveckling på nsph.se/kvalitetsprojektet

ARVSFONDEN • ARVSFONDEN • ARVSFONDEN

NSPH

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Kvalitetsprojektet