

Sammanträde i Patientnämnden

Ordförande kallar till sammanträde

Tid: 2019-02-05 kl. 13:00

Plats: Masen, Landstingshuset Falun

Dessa handlingar finns att tillgå på Internet adress www.ltdalarna.se**Innehållsförteckning**

	Inledning och protokollsjustering.....	2
1	Justering av närvarolistan	2
2	Godkännande av dagordning	2
3	Adjungerande	2
4	Protokollsjustering	2
5	Föregående protokoll	2
	Beslutsärende.....	3
6	Ekonomisk redovisning	3
7	Reglemente	3
8	Delegering och Verkställighet	3
	Information.....	4
9	Granskning av klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvården	4
10	Rapport från Vårdanalys- Möten med mening	4
11	Informationsinsatser	5
12	Utbildningar, konferenser och studiebesök	5
13	Dialog med verksamheten	5
	Stödpersons- och vårdärenden	6
14	Stödpersonsverksamhet	6
15	Registrerade vårdärenden per huvudrubrik/kön	6
16	Avslutade vårdärenden	7
17	Exempelärenden	7
18	Sammanfattning	11
19	Övriga frågor	11
20	Nästa sammanträde	11

Inledning och protokollsjustering

1 Justering av närvarolistan

Ordförandens förslag

1. Närvarolistan fastställs

2 Godkännande av dagordning

Ordförandens förslag

1. Godkännande av föreliggande dagordning

3 Adjungerande

Ordförandens förslag

1. Helena Hellström, chefläkare division kirurgi adjungeras

4 Protokollsjustering

Ordförandens förslag

1. Ledamoten Tania Krigsman (DSP) utses att jämte ordföranden justera protokollet. Ordföranden överlämnar efter egen justering till justeringsmannen. Justering ska vara klar inom 14 dagar.

5 Föregående protokoll

Ordförandens förslag

1. Föregående protokoll läggs till handlingarna.

Beslutsärende

6 Ekonomisk redovisning

A. Dnr RD19/00252

Verksamhetsberättelse samt Årsredovisning 2018

Material delges vid sammanträdet

Ordförandens förslag

1. Årsredovisning 2018 samt Verksamhetsberättelsen antas

7 Reglemente

A. Dnr RD19/00274

Material delges vid sammanträdet.

Ordförandens förslag

1. Patientnämndens reglemente gällande fr.o.m. 2019 antas

8 Delegering och Verkställighet

A. Dnr LD19/00251

Material delges vid sammanträdet.

Ordförandens förslag

1. Patientnämndens delegering och verkställighet gällande fr.o.m. 2019 antas

Information

9 Granskning av klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvården

A. LD18/04520 (Bilaga 1)

Landstingets revisorer har under 2018 genomfört en granskning med syfte att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden berörda säkerställt en ändamålsenlig klagomålshantering som tillgodoser såväl den enskildes intressen som organisationens behov.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

10 Rapport från Vårdanalys- Möten med mening

A. RD19/00250 (Bilaga 2)

En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

11 Informationsinsatser

- A. Deltagande vid patientsäkerhetsombudsträff Dalarna (Borlänge) den 8 nov 2018
- B. Information vid temakväll, Västerbergslagen den 13 nov 2018
- C. Information till AT-läkare, Mora den 14 nov 2018
- D. Information till AT-läkare, Falun den 16 nov 2018
- E. Information vid patientrådet, vårdcentral Norslund den 21 nov 2017
- F. Information vid temakväll psykisk ohälsa, Avesta den 29 nov 2018

Ordförandens förslag

- 1. Informationen antecknas till protokollet

12 Utbildningar, konferenser och studiebesök

- A. Deltagande vid utbildning Löf, Sthlm den 12 nov 2018
- B. Deltagande vid chefsnätverk, Sthlm den 29-30 nov 2018
- C. Deltagande vid utbildning avseende tandvård, Falun den 3 dec 2018
- D. Informationsutbyte vid julavslutning för stödpersoner, Falun den 11 dec 2018

Ordförandens förslag

- 1. Informationen antecknas till protokollet

13 Dialog med verksamheten

Ordförandens förslag

- 1. Informationen antecknas till protokollet

Stödpersons- och vårdärenden

14 Stödpersonsverksamhet

- A. Delegationsbeslut enligt vidaredelegation LD17/02417
för perioden 2018-10-26—2018-12-31
Nya förordnanden av stödperson: 2 st.
Avslutade förordnanden av stödperson: 6 st.
Antal pågående stödpersonsuppdrag 2018-12-31: ej tillgängligt

Ordförandens förslag

1. Anmälda delegationsbeslut antecknas till protokollet

15 Registrerade vårdärenden per huvudrubrik/kön

- A. Dnr RD19/00253 (Bilaga 3)

Antal registrerade ärenden per huvudrubrik och kön
2018-10-26—2018-12-31 Totalt 218 ärenden.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

16 Avslutade vårdärenden

A. Dnr RD19/00272 (Bilaga 4)

Redovisning och dialog kring avslutade ärenden, enligt delegation §26/15, för perioden 2018-10-26—2018-12-31 Totalt 182 ärenden.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

17 Exempelärenden

Vård och behandling

Oklarhet kring framtida behandling

Kvinna som upplever problem med att få adekvat hjälp då hon inkommer med akuta buksmärtor. Beskriver ett flertal tillfällen då hon blivit misstrodd, diagnoser har missats och bemötandet känts både sårande och kränkande. Har remitterats till UAS för vidare utredning och där fått besked om en mycket ovanlig sjukdom. Oklarheter finns kring framtida vård då kliniken anser att man inte kan hjälpa henne mer. Brev gällande planering för framtida vård skickades till verksamhetschefen som svarar att det fortfarande är en läkare på Kirurgkliniken som är medicinskt ansvarig. Med anledning av den komplexa sjukdomsbilden kommer fortsatt samarbete ske med UAS. Planering kring en hållbar vårdplanering pågår.

Otillräckligt stöd

Kvinna som saknar stöd och behandling, hon anser att psykiatrin enbart erbjuder läkemedel. Uppger att primärvården inte erbjuder mer stöd och att de gett tydliga besked att hon tillhör psykiatrin. Läkare vid psykiatrin har gett kvinnan information att hon har rätt till behandling men hon vet inte vad, när eller om hon står på kö. Kvinnan berättar att hon inte har någon fastställd diagnos och anser att hon bör erbjudas utredning. Verksamhetschef svarar att frågan om psykoterapi tagits upp på vårdlagskonferens och psykologerna sätter upp på väntelista för terapibedömning. Tyvärr är det i dagsläget långa väntetider för terapibedömning och verksamheten arbetar ständigt med att förbättra det. Verksamhetschef beklagar att kvinnan känner att hon inte får den hjälp hon behöver. En tillfällig fast vårdkontakt utses omgående för att påbörja arbetet med vårdplan. När ny fast personal rekryterats kommer en mer långsiktig lösning planeras.

Kommunikation*Bristande bemötande*

Kvinna som framför klagomål på vårdpersonals bemötande. Beskriver att individen som utförde vård stönade och lät irriterad när det var svårt att placera hennes stela armar i apparaturen. Kvinnan pratade direkt med berörd person och uppmanade hen att vara tydligare i sin instruktion och inte låta irriterad då patienter inte förstår och redan befinner sig i ett utsatt läge. Mottog ursäkt. Anmälaren vill framföra sitt klagomål som underlag till förbättringar, efterfrågar ingen återkoppling.

Bristfällig information

Klagomål på sättet en läkare framfört besked om att man inte längre avser att sätta in livsuppehållande insatser på svårt sjuk patient. Fick besked att förbereda sina närmaste, inklusive barn, på att hen troligen inte kommer hem igen vid försämring och inläggning. Upplever oklarhet gällande vilken hjälp/vård som erbjuds vid ev. inläggning sjukhuset. Efterfrågar tydligare förklaring till varför transplantation nekas. Verksamhetschef ringer snabbt upp patienten och bokar ett möte, därefter uppföljning av behandlande läkare och verksamhetschef. Patienten är nöjd med mötet.

Patientjournal och sekretess

Utebliven korrigering i journal

Kvinna som tidigare varit i kontakt med Patientnämnden återkommer. Ärendet gäller återigen felaktig dokumentation vid flera kliniker. Trots att ärenden skickats tidigare och löfte om förändring/tillägg i journalen getts så dyker samma felaktiga diagnos upp. Rekommenderas att ansöka om journalförstöring hos IVO.

Nekas ta del av sin patientjournal

Kvinna som vid inläggande LPT vård nekas att ta del av vilken journal läkaren läst, gällande hennes tidigare vård. Läkaren sa till kvinnan att hon ej har rätt till sina journaler pga. att hon vårdas enligt LPT. Anledningen till att kvinnan efterfrågade att ta del av de journaler läkaren läst in, var att hon ifrågasatte att läkaren hade hela bilden. Uppger att det var första gången hon träffade läkaren. Kvinnan uppfattade att läkaren blev otrevlig och gick ut ur rummet när hon blev ifrågasatt. Handläggare ska återkomma med besked efter dialog med LT D jurist. Kvinnan informeras att det inte finns något i lagtext som styrker restriktioner gällande att begära ut journalhandlingar pga. LPT vård. Kvinnan informeras om hur begära ut journaler samt att menprövning alltid sker. Om journalbegäran i sin helhet inte kan lämnas ut ska patienten erhålla ett skriftligt överklagbart beslut. Kvinnan önskar att synpunkterna på läkarens agerande kommer verksamhetschef till känna då hon upplevde sig illa bemött.

Organisation och tillgänglighet

Väntan på utredning

Kvinna som väntat ett år på utredning inom vuxenpsykiatri. Har kontakt med läkare och sjuksköterska men ifrågasätter den långa väntetiden för att få påbörja en utredning. Verksamhetschefen svarar att kvinnan borde ha prioriterats annorlunda utifrån anteckningar från läkaren. Rutiner kommer att ses över för att undvika att fler patienter drabbas på liknande vis.

Väntan på besökstid

Patient framför klagomål på lång väntetid samt bristande tillgänglighet vid vuxenpsykiatri. Väntat på besök för bedömning efter ett suicidförsök och saknar stöd. Patienten har aktivt sökt kontakt med tilldelad kontaktperson under 2 månaders tid utan resultat. Meddelats doshöjning av läkemedel men ingen information från läkaren om varför. Saknar svar efter blodprovstagning för en månad sedan. Verksamhetschef svarar skyndsamt att patienten ska kallas till besök för uppföljning av medicinering, uppdatering av vårdplan och psykoterapibedömning.

Vårdansvar*Bristande informationsöverföring*

Dotter till cancersjuk äldre man anmäler i syfte att synpunkterna ska leda till förbättring gällande organisation. Därtill ökad tydlighet och information till patient och närstående. Anser att vårdkedjan var bristfällig och att allt samordningsarbete lades på henne som anhörig. Verksamhetschef palliativa teamet svarar att sjuksköterska gjorde ett hembesök för ev. inskrivning i teamet. Tyvärr fick det planerade läkarbesöket skjutas upp då läkarbemanning saknades pga. sjukdom och ledighet. Meddelande skickades ut i hela landstinget gällande att inflödet av patienter skulle stoppas. Samordningssjuksköterska på hemsjukvården kontaktades och informerades att patienten skulle fortsätta vara inskriven via hemsjukvården. Därtill kontaktades enhetschef hemtjänst som skulle meddela biståndsbedömaren att planera in hemtjänstinsatser. Anmälare är missnöjd med svaret och anser att hennes frågor inte bemötts. Avser att anmäla ärendet i sin helhet till IVO.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

18 Sammanfattning

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

19 Övriga frågor

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

20 Nästa sammanträde

Nästa sammanträde äger rum den 09 april 2019, kl. 09:00

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Landstingsstyrelsen, för kännedom
Patientnämnden, för kännedom

Granskning av klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvården

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa en fungerande klagomålshantering enligt patientsäkerhetslagens intentioner, samt
- i arbetet beakta de rekommendationer som lämnats i PWC:s granskning

Granskningen överlämnas med begäran om yttrande, senast 2019-03-29, över vilka åtgärder hälso- och sjukvårdsnämnden avser att vidta för att förbättra klagomålshanteringen

Vi har under år 2018 genomfört en granskning av klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvården. Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en ändamålsenlig klagomålshantering som tillgodoser såväl den enskildes intressen som organisationens behov. Den nu aktuella granskningen föranleds av en förändring i Patientsäkerhetslagen som innebär att en vårdgivare tillsammans med patientnämnden ska fungera som första linje i klagomålssystemet. En viktig del i granskningen har utgjorts av en granskning utförd av PWC.

Vi har i tidigare granskningar som berört klagomålshanteringen 2014 och 2016 konstaterat att hanteringen av klagomål och synpunkter i stor utsträckning var individualiserad och inriktad mot att tillgodose enskilda patienters problem och klagomål. Däremot saknades system för att på en aggregerad nivå analysera inkomna klagomål och synpunkter.

Av PWC:s granskning framgår att åtgärder vidtagits för att möta förändringen i klagomålssystemet men att dessa synes ha varit otillräckliga. Bl a framhålls att informationen inte nått ut till verksamheterna i önskvärd omfattning och att det bland dessa också finns olika definitioner av vad som är att betrakta som ett klagomål som ska registreras. En konsekvens av detta är skillnader i hanteringen av klagomål beroende på vart den enskilda patienten eller medborgaren vänder sig. Som jämförelse framhålls Patientnämnden som hanterar alla inkomna klagomål på ett likvärdigt sätt. Ett exempel på en annan brist som uppmärksammas är att alla klagomål inte hanteras inom den av lagen förskrivna tidsfristen. I granskningen konstateras dessutom att det fortfarande saknas system och rutiner för att på en aggregerad nivå analysera inkomna klagomål och synpunkter.

Vår bedömning är att de åtgärder hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit för att säkerställa en fungerande klagomålshantering varit otillräckliga. Patienter och medborgare riskerar därigenom att inte få sina rättigheter enligt Patientsäkerhetslagen tillgodosedda. Vi ser det också som anmärkningsvärt att nämnden, trots att vi redan 2014 påtalade bristen, inte säkerställt att inkomna klagomål och synpunkter analyseras på aggregerad nivå. Därigenom får inte heller nämnden någon samlad och strukturerad kunskap kring de klagomål patienter och medborgare har på landstingets hälso- och sjukvård.

Mot bakgrund av bristerna, som vi delvis bedömer som allvarliga, ser vi skäl att rekommendera hälso- och sjukvårdsnämnden att vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att Patientsäkerhetslagens intentioner avseende klagomålshanteringen efterlevs.

Med hänsyn till de brister som iakttagits ser vi skäl att i framtida granskningar återkomma till hur hälso- och sjukvårdsnämnden utformar klagomålshanteringen.

Landstinget Dalarna

Revisorerna



Carl-Erik Nyström



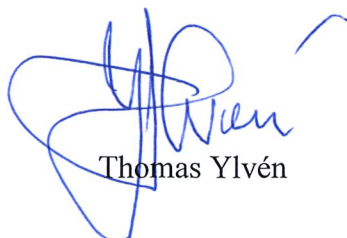
Sören Bertilsson



Birgitta Örjas



Ann-Britt Åsebol



Thomas Ylvén

Revisionsrapport

Granskning av klagomålshantering

Landstinget Dalarna

Karin Magnusson
Sofia Solberg
Malou Olsson

November 2018

Innehåll

1.	Sammanfattande bedömning	2
2.	Inledning	4
2.1.	Bakgrund	4
2.2.	Syfte och Revisionsfråga.....	4
2.3.	Särskilda frågeställningar.....	4
2.4.	Avgränsning och metod.....	6
3.	Iakttagelser	7
3.1.	Genomförda åtgärder på central nivå	7
3.2.	Klagomålshanteringen i verksamheterna	9
3.3.	Medborgarens perspektiv	11

1. *Sammanfattande bedömning*

1 januari 2018 gjordes en ändring i Patientsäkerhetslagen, vilket innebär att vårdgivaren tillsammans med patientnämnden ska fungera som första linje i klagomålssystemet.

Utifrån detta har Landstinget Dalarnas revisorer beslutat om att granska om klagomålshantering är ändamålsenlig och effektiv och uppdragit till PwC att genomföra granskningen.

Den sammanfattande bedömning är att Landstinget Dalarna i begränsad utsträckning har en ändamålsenlig klagomålshantering som tillgodoser såväl den enskildes intressen som organisationens behov.

Det har på landstingsövergripande nivå vidtagits vissa åtgärder och vi ser det som positivt att det under hösten 2017 tillsattes en projektgrupp för att ta fram rutiner för klagomålshantering och sprida information avseende förändringarna i lagstiftningen. Informationen har dock inte i önskvärd omfattning nått ut till verksamheterna och det finns behov av fortsatt informationsspridning. Det saknas också ett tydligt syfte och övergripande mål med klagomålshantering. I verksamheten finns olika definitioner av vad som är att betrakta som ett klagomål och vilka klagomål som ska registreras.

Granskningen påvisar att verksamheterna enbart registrerar och systematiskt hanterar de klagomål där mottagaren uppfattar att det finns en risk för att vårdskada har uppstått eller har kunnat uppstå. Klagomål registreras därmed inte för att exempelvis påvisa andra brister som patienter och anhöriga identifierar. En skillnad i hanteringen av klagomål kan skönjas för de som vänder sig till patientnämnden. Vid patientnämnden hanteras samtliga klagomål på ett likvärdigt sätt och registreras. Vår bedömning är därmed att det råder stora skillnader i hantering av klagomål beroende på vart i vården patienter och/eller anhöriga vänder sig.

Det finns ett IT-stöd för att registrera, hantera och följa upp klagomål, Synergi. Bortsett från patientnämnden så har övriga verksamheterna inte använt systemet i någon större omfattning för detta syfte.

Synergi utgör också ett stöd till verksamheten genom att systemet påminner ansvariga att hantera klagomål inom ramen för gällande tidsfrister. Enligt genomförd granskning så hanteras trots det inte alltid klagomål inom den tidsfrist som gäller.

Uppföljning av klagomål sker utifrån respektive verksamhets intresse och behov, men bristande registrering av klagomål innebär att det inte går att skapa någon samlad bild över frekvensen av klagomål och orsakerna till dessa. Vår bedömning är också att analysen av klagomål på aggregerad nivå är bristfällig.

En arbetsgrupp finns för att framarbete en digital tjänst för medborgare att själva kunna lämna klagomål direkt i synergi. Detta kommer med stor sannolikhet att underlätta för många som vill lämna klagomål. Det ska finnas möjligheter att även idag lämna klagomål via nätet exempel genom att använda "Mina vårdkontakter". Information om detta saknas

dock i befintliga informationsbroschyrer samt på hemsidan. Informationen om att medborgaren kan vända sig till patientnämnden kan också förtydligas. Idag hänvisas medborgaren till vårdgivaren, vilket lätt kan misstolkas med att patienter och anhöriga endast kan vända sig till den verksamhet där man har fått vården. En relativt vanlig orsak bland de klagomål som ämnas till patientnämnden är att verksamheten är svår att nå och detta rimligtvis även påverka förutsättningarna att komma fram för att lämna sina synpunkter.

Det finns rutiner och enligt intervjuerna fungerande arbetssätt att hantera alvarligare klagomål som kan tänkas leda till ett överlämnande av klagomålet till IVO¹. Det sker dock inte någon uppföljning eller egenkontroll avseende rapporterade ärenden till IVO.

Rekommendationer

I granskningen har vi identifierat ett antal förbättringsområden och nedan följer våra rekommendationer.

- Genom ett tydligt syfte med klagomålshanteringen och en gemensam definition av vad som är att betrakta som ett klagomål så skapas en enhetlig uppfattning om varför klagomål ska samlas in samt vika klagomål som ska registreras. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att syfte och definition klargörs för att skapa en klagomålshantering som är ändamålsenlig både för organisationen och individen.
- Vid förändring av rutiner och arbetssätt skapas behov av tydlig information som förankras hos samtliga medarbetare. Det bör säkerställas att nya arbetssätt och rutiner delgetts till och förankrats hos samtliga verksamheter. Informationsarbetet bör fortgå.
- En ändamålsenlig klagomålshantering bör vara enkel för den enskilde samt även skapa värde för organisationen. Vi anser att det bör förtydliga var i organisationen ansvaret ligger att hantera klagomål och på så sätt förbättra möjligheterna för en enhetlig hantering av klagomål inom landstinget.
- Åtgärder bör vidtas för att medborgare ska få återkoppling på lämnade klagomål inom gällande tidsramar.
- Det bör utvecklas arbetssätt och strukturer för att systematiskt analysera inkomna klagomål och använda dessa i utvecklingen av verksamheten. Det bör vidtas åtgärder så att den information som kan inkomma via klagomål tas tillvara på en aggregerad nivå och i enskilda verksamheterna.

¹ Inspektionen för vård och omsorg

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Revisorerna inom Landstinget har tidigare, under 2014 och 2016, granskat landstingets hantering av klagomål och synpunkter. Granskningen 2014 visade att hanteringen av klagomål och synpunkter i stor utsträckning var individualiserad och inriktad mot att tillgodose enskilda patienters problem och klagomål. Däremot saknades system för att på en aggregerad nivå analysera inkomna synpunkter. Granskningen 2016 bekräftade i stort sett iakttagelserna från 2014 års granskning.

1 januari 2011 trädde Patientsäkerhetslagen i kraft i syfte att stärka patientsäkerheten och därigenom minska antalet vårdskador. Av lagen framgår att vårdgivaren skall bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I detta patientsäkerhetsarbete ingår att se till att patientsäkerheten upprätthålls, analysera risker för vårdskador och vidta förebyggande åtgärder.

Klagomålshantering är en viktig förutsättning för att uppmärksamma och förebygga vårdskador. Patienten är ofta den enda som har en inblick i och följt hela vårdförloppet och därför kan bidra med viktig information. Klagomålshanteringen har också till syfte att samla in andra klagomål som inte har en direkt koppling till vårdskador, men som kan utgöra ett underlag för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården.

Den klagomålsutredning som genomfördes på uppdrag av regeringen påvisar att det ofta saknas en systematisk och långsiktighet i vårdens lärande av klagomål. Utredningen påvisade även att det inte finns någon tradition i vården som innebär att man i tillräckligt hög grad ser värdet i patienternas synpunkter och reaktioner på den vård som ges.

Patientsäkerhetslagen ändrades från och med 1 januari 2018 genom att klagomål mot hälso- och sjukvården riktas direkt till vårdgivaren. Utifrån denna lagändring är IVO:s roll att enbart utreda vissa allvarliga vårdskador där patienten fått bestående men eller som lett till att patienten avlidit. Syftet med förändringen är att patienterna snabbare ska få sina klagomål bemötta och att åtgärder kan vidtas för att förbygga vårdskador i ett tidigt skede samt att IVO, utöver allvarliga vårdskador, ska prioritera patientgrupper som inte har möjlighet att föra sin egen talan.

2.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att besvara revisionsfrågan:

Säkerställer hälso- och sjukvårdsnämnden en ändamålsenlig klagomålshantering som tillgodoser såväl den enskildes intressen som organisationens behov?

2.3. Särskilda frågeställningar

- Har tillräckliga åtgärder vidtagits (såväl på central nivå som på verksamhetsnivå) för att säkerställa en ändamålsenlig och effektiv klagomålshantering enligt lagstiftningens krav fr.o.m 2018-01-01?

- Är det tydligt var i organisationen ansvaret för att besvara inkomna klagomål ligger?
- Är ansvars-/arbetsfördelningen mellan patientnämnden och vårdgivaren tydlig vad avser hantering av inkomna klagomål och synpunkter?
- Finns det rutiner e t c som säkerställer att klagomål och synpunkter registreras (bl a i Synergi), dokumenteras och även i övrigt hanteras och bedöms på ett likvärdigt sätt i hela organisationen?
- Har det säkerställts att klagomål besvaras inom de tidsfrister som lagstiftningen angett?
- Finns det rutiner som säkerställer att klagomål som är av den arten att de ska hanteras av IVO överlämnas dit?
- Finns någon central uppföljning/kontroll av att klagomål hanteras i enlighet med lagstiftningens krav och interna styrdokument/rutiner e t c?
- Utgår landstingets system för mottagande av klagomål/synpunkter i tillräcklig utsträckning från ett patientperspektiv (t ex enkelt och smidigt att framföra klagomål, lätt att ta reda på vart man vänder sig e t c)?
- Har de rekommendationer som framförts i tidigare granskningar (särskilt avsaknaden av centrala system för att på aggregerad nivå hantera klagomål och synpunkter) beaktats?

Utveckling av särskilda frågeställningar

Vid granskning av hantering av klagomål anser vi att det är viktigt att säkerställa att det finns en process för uppföljning och tillvaratagande av klagomål som tillgodoser både patients behov och organisationens utveckling. För att säkerställa att de frågorna som revisorerna definierat ger svar på granskningens övergripande revisionsfråga kommer vi inom ramen för dessa svara på följande frågor:

1. Finns det rutiner och riktlinjer som tydliggör när, hur och av vem återkoppling till den enskilde individen skall ske?
2. Säkerställs att inkomna klagomål blir del av verksamhetsutvecklingen, på lokal och övergripande nivå?
3. Finns en fungerande process för uppföljning av resultat av vidtagna åtgärder? Ger processen utrymme för att utveckla verksamheten utefter uppföljningen av klagomål.
4. Har det utöver tillsättande av arbetsgrupp för utformande av rutiner tillskjutits särskilda resurser för att hantera den uppgift som tidigare legat på IVO, men nu ska hanteras av Landstinget Dalarna?

2.4. *Avgränsning och metod*

Vi har genomfört dokumentgranskning där vi tittat närmare på rutiner och riktlinjer för klagomålshantering.

Ett urval har skett i samråd med revisionen över de tre verksamheter som omfattas av granskningen samt avseende de genomförda stickproven. Urvalen har varit Ortopedmottagningen i Falun, Psykiatrimottagningen i Falun och primärvården Grängesberg/Ludvika.

Vi har genomfört 15 stycken stickprovskontroller av klagomål som inkommit till vårdgivaren för att skapa förståelse inför de intervjuer som genomförts. Det avser de första 5 registrerade klagomålen 2018 för verksamheterna Ortopedmottagningen i Falun, Psykiatrimottagningen i Falun och primärvården Grängesberg/Ludvika.

Intervjuer har genomförts med:

- Tf förvaltningschef och representanter ur arbetsgruppen inom patientnämnden
- Representant från Utvecklingsavdelning-Patientsäkerhetsfunktion (Synergiansvarig)
- Avdelningschef, patientsäkerhetsombud och representanter ur personalgruppen inom ortopedmottagningen i Falun
- Avdelningschef, verksamhetschef, patientsäkerhetssamordnare och representanter ur personalgruppen inom hälsocentralen Grängesberg/Ludvika
- Avdelningschef, patientsäkerhetsombud, chefsläkare och representanter ur personalgruppen inom Psykiatrimottagningen Södra i Falun.
- Chefsläkare från chefsläkarenheten

3. *Iakttagelser*

3.1. *Genomförda åtgärder på central nivå*

Information och förankring om förändring i lagstiftning

Utifrån den nya förordningen som infördes 1 januari 2018 tillsattes en central utvecklingsgrupp med syfte att tydliggöra ändringar i hanteringen av synpunkter och klagomål inom Landstinget Dalarna. Utvecklingsgruppen bestod av representanter från landstingets centrala utvecklingsenhet, patientnämnden och representanter från olika verksamheter. Utvecklingsgruppen upprättade ett underlag som tydliggjorde innehållet i den nya lagändringen. Underlaget skickades ut till Landstinget Dalarnas olika verksamheter så att dessa hade möjlighet att lyfta detta på respektive verksamhets arbetsplatsträff (APT). Vid intervjuer framkommer att information om lagförändringen idag finns att tillgå via intranätet men är olika känt ute i verksamheterna. En representant vid centrala utvecklingsenheten påtalar att denne vid förfrågan har besökt ett antal verksamheter, för att redogöra muntligen för förändringen. Information om nya lagstiftningen har även skett via patient-säkerhetsombudens nätverksträff. Vid intervjuerna med representanter från verksamheterna så framkommer det att det trots detta finns en förväntan om en muntlig genomgång av lagändringen samt beskrivning hur avvikelssystemet Synergi fungerar för klagomålshantering. Dessa verksamheter har dock inte specifikt efterfrågat detta.

Information om den nya förordningen ges enligt uppgift vid introduktionsprogrammet riktat till nyanställda AT-läkare samt genom kliniskt basår för nyanställda sjuksköterskor. Det är dock oklart om samma information ges till andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

När utvecklingsgruppens uppgift att ta fram nya riktlinjer och rutiner ansågs vara slutförd tillsattes en projektgrupp "Projektgrupp medborgarmodul" som idag arbetar med att införa en medborgarmodul. Med i projektgruppen finns bland annat representant från landstingets centrala utvecklingsavdelning, patientnämnd, kommunikationsavdelningen, IT-avdelningen, representant från E-hälsan och folktandvården. Enligt uppgift kommer denna modul tidigast komma i bruk under januari 2019. Modulen kommer att finnas på svenska och engelska i ett första skede.

Styrande landstingsövergripande dokument

Det finns en landstingsövergripande rutin "Registrering och hantering av avvikelser synpunkter och klagomål" som godkändes 2017-12-20 av Central förvaltning Ledningsenhet Falun. I rutinen framgår bland annat ansvar och roller samt att klagomål och synpunkter skall dokumenteras i de landstingsövergripande verksamhetssystemet Synergi. Det framgår dock inte av rutinen vad som är att betrakta som ett klagomål, vem som är ansvarig för att registrera klagomålen som kommer in samt vilket ansvar som medarbetarna har i klagomålshanteringsprocessen. Det är inte tydligt i rutinen vem som bär ansvar att besvara/återkoppla inkomna klagomål till patient eller närstående, det framgår dock att återkoppling skall göras inom 4 veckor. Vid intervjuer framkommer att rutinen är känd ute i verksamheterna men det råder otydlighet främst inom personalgrupperna vad som definieras ett klagomål och inte.

Det finns utöver rutinen ytterligare två landstingsövergripande dokument, ”Till dig som handlägger klagomål och synpunkter från patienter och eller närstående” och ”Till dig som tagit emot klagomål och synpunkter från patienter och/eller närstående”. Dokumenten innehåller en beskrivning av hur ett klagomål kan inkomma samt hur klagomål ska registreras. Dessa underlag är till viss del kända ute i verksamheterna.

Inget av dessa dokument definierar vad som är ett klagomål och hur det skiljer sig från exempelvis en avvikelse. Inte i något dokument framgår det heller vilket uppdrag medarbetaren har som mottagare av klagomål. I dokumenten talas det om handläggare, verksamhetschef, chefsläkare, jurist m.fl., men inte i något fall omnämns sjukvårdspersonal i övrigt.

Synergi och registrering av klagomål

Synergi är ett verksamhetssystem för registrering och löpande dokumentation avseende avvikelsehantering, klagomålshantering, registrering av arbetsskador, riskhantering och förbättringsförslag vilket Landstinget Dalarna använder sig av.

Ett klagomål kan inkomma på olika sätt till Hälso- och sjukvård och Folktandvård. Ärenden kommer bland annat via personliga besök, telefon, brev, eller mina vårdkontakter. Vid intervju påtalas att verksamheterna i viss utsträckning hänvisar patienter till patientnämnden för att lämna ett klagomål. Dels för att det är svårt att definiera vad som är ett klagomål men även att det anses att patienten får en opartisk handläggning genom patientnämnden. Enligt överenskommelse mellan patientnämnd och chefsläkaravdelning ska patientnämnden bistå i handläggning av ärenden som avser fler vårdenheter. Ärenden som rör en enskild avdelning ska handhas direkt av ansvarig vårdenheter. Enligt uppgift har Patientnämnden efter lagändringen fått utökade resurser för att hantera klagomål medan inom verksamheterna förväntas klagomål hanteras med befintliga resurser trots utökat ansvar.

Den som tar emot ett klagomål skall registrera klagomålet i Synergi. I Synergi skall ärendet kategoriseras enligt de val som finns i systemet, detta för att möjliggöra enhetlig hantering, jämförbar statistik och för att underlägga sökbarheten i Synergi. Det finns 9 stycken huvudrubriker att kategorisera klagomålen utifrån. Dessa huvudrubriker utgår från patientnämndernas nationella handbok för ärendehandläggning och är under revidering. Patientnämndens och verksamhetens ärenden använder sig av samma huvudrubriker för att förenkla möjligheten till analys. Det påtalas vid intervjuer att Synergisystemet skulle kunna förenklas på verksamhetsnivå genom att ha färre kategorier att välja vid registrering av klagomål. Enligt uppgift har landstingets synergisupport behörighet att verksamhetsanpassa systemet. Från 2019 kommer antalet underrubriker att minskas vilket kommer att underlätta kategoriseringen.

När ett klagomål registrerats i Synergi är ärendet synligt för respektive verksamhetschef/chefsläkare, patientnämnden och synergiansvarig. Åtgärdsansvarig utses i samband med att klagomålet läggs in och denne är enligt rutin även ansvarig för återkoppling till patienten. I Synergi skickas det automatiskt ut en påminnelse varje vecka till respektive verksamhetschef avseende ohanterade klagomål. Patientnämnden bevakar att respektive verksamhetschef hanterar och handlägger klagomålen utifrån landstingets rutin och vad lagstiftningen kräver. Denna bevakning avser endast patientnämndsärenden. Enligt intervju med chefsläkarna framkommer att synergiansvarig läser samtliga inkomna synergi-

ärenden (synpunkter och klagomål) till verksamheterna inom Landstinget Dalarna vilket även bekräftas av synergiansvarig.

Hantering av klagomål som ska till IVO

Enligt intervju åligger det respektive verksamhetschef att signalera om det finns ett ärende som skall hanteras av IVO, vilket även styrks genom den landstingsövergripande rutinen. Efter att verksamhetschef identifierat eventuell vårdskada lämnas ärendet vidare till chefsläkare som ansvarar för en sammanhållande hantering/handläggning av svar till IVO vid enskildas klagomål. Vid intervju påtalas att synergiansvarig kan fungera som ett stöd i utredningsarbetet innan beslut om IVO-anmälan görs och i vissa fall gör de utredningen tillsammans med chefsläkaren. Enligt genomförda intervjuer finns det inte någon uppföljning på om ärenden lämnas till IVO i den omfattning som vore rimligt. De ärenden som granskats inom ramen för den här granskningen säger inte något om eventuella brister i rapporteringen till IVO.

Uppföljning och analys på aggregerad nivå

Vid genomförd granskning har det inte kunnat påvisas att någon central uppföljning/kontroll av att klagomål genomförs i enlighet med lagstiftningens krav och interna styrdokument/rutiner etc. Det finns enligt uppgift inte heller några strukturer eller forum för att diskutera några sådana uppföljningar eller genomföra analyser av framtagna resultat.

3.2. Klagomålshanteringen i verksamheterna

Verksamhetens arbete utifrån lagändring

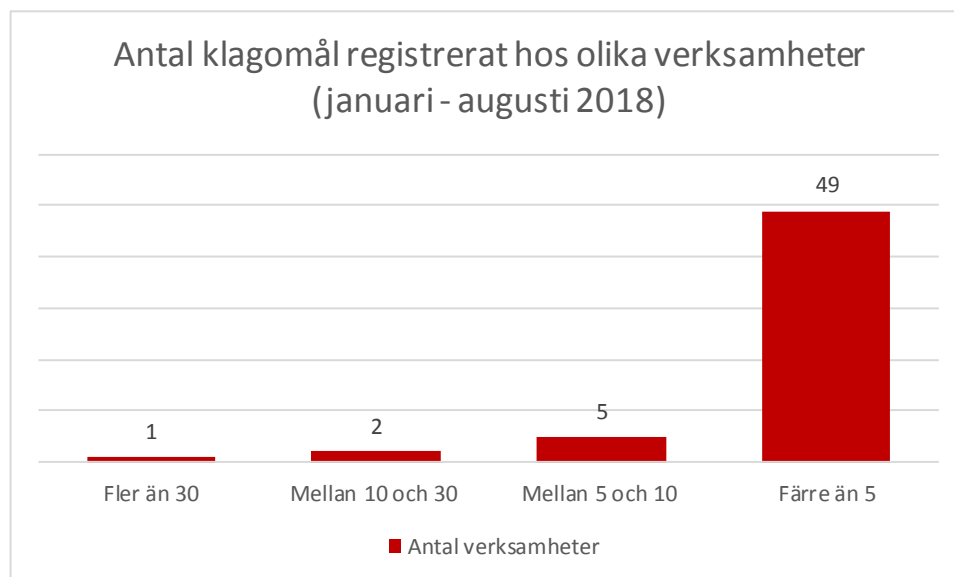
Enligt uppgift från intervjuerna pågår ett arbete med att informera personalen om hur klagomål ska hanteras och handläggas. Information sprids i både personalrum och på intranätet. Inom varje verksamhet ska det även finnas ett utsett Patientsäkerhetsombud som bland annat har till uppgift att utbilda personal inom patientsäkerhetsfrågor. Trots detta så framkommer vid intervjuer att medarbetare inte är säkra på hur processen för klagomålshantering ser ut, hur klagomål ska registreras i Synergi samt vad den nya lagen innebär.

Uppfattningen är att hantering av klagomål tar stora resurser i anspråk redan idag trots att registrering inte sker. Att registrera samtliga klagomål skulle bli en för omfattande process. Idag hanteras klagomålen lite olika i verksamheterna. I vissa verksamheter finns det en vana att hänvisa klagomål vidare till chef. Det innebär att chefen lägger mycket tid på att ta emot klagomål, något som inte syns i statistiken.

Statistik över antal klagomål

När vi tittar på statistik över inkomna klagomål, se figur 1 kan vi se att det bortsett från patientnämnden inte är någon verksamhet som under 2018 (1 januari till 31 augusti) registrerat fler än 30 klagomål. Majoriteten av verksamheterna, 49 stycken, har under året endast registrerat 1 (ett) klagomål vardera i Synergi under de första åtta månaderna. Endast två verksamheter utöver patientnämnden har registrerat fler än 10 klagomål, där den ena verksamheten är chefsläkaravdelningen som har registrerat 27 stycken klagomål.

Detta förstärks ytterligare av de stickprov vi genomfört, där samtliga granskade stickprov var registrerade av patientnämnden.



Figur 1 - Registrerade klagomål, uppdelat på hur många klagomål verksamheterna registrerat mellan januari och augusti 2018

Att hantera klagomål inom gällande tidsfrister

Det finns en medvetenhet i verksamheterna om att klagomål bör hanteras inom den av lagen angivna tidsfristen, detta sker dock inte alltid, dels på grund av att andra uppgifter prioriteras och dels på grund av att det lätt uppstår flaskhalsar om flera personer måste involveras för att besvara klagomålet. Av ärendena som granskade vid stickproven hade 8 av 15 ärenden inte återkopplats till patient/närstående inom fyra veckor enligt gällande rutin. I ytterligare två ärenden hade återkoppling skett men oklart när det skett. Det innebär att det i resterande fem ärenden har skett en återkoppling inom fyra veckor.

Enligt genomförd granskning så har det i samtliga ärenden skett en bedömning i enlighet med rådande lagstiftning avseende förekomst av allvarlig vårdskada eller om det är ett arbetsrättsligt ärende.

Uppföljning, analys och utveckling utifrån klagomål

Det finns enligt genomförd granskning ett stort mörkertal av klagomål som aldrig blir registrerade. Vid stickproven noterades att det trots den låga registreringen ibland sker dubbelregistrering av klagomål, i dessa fall hade patientnämnden registrerat och hanterat klagomålet medan verksamheten endast påbörjat registreringen men inte hanterat ärendet. Samma klagomål finns då två gånger i systemet.

Tidigare tog patientnämnden fram statistik som underlag för uppföljning till verksamheterna. Nu är verksamheternas patientsäkerhetsombud ansvariga för att ta fram detta material vilket görs i olika utsträckning inom olika verksamheter. Det finns en medvetenhet om att klagomålsuppföljningen bör vara en del av verksamhetsutvecklingen, men idag används statistiken i begränsad utsträckning som underlag för detta.

Hantering av allvarligare klagomål

Klagomål som är så allvarliga att de kan leda till en lex Maria-anmälan hanteras enligt de intervjuade i enlighet med den rutin som funnits sedan tidigare där dessa fall lyfts av ansvarig verksamhetschef alternativt av patientnämnden till chefsläkargruppen. Genomgång av dessa sker månatligen i chefsläkargruppen tillsammans med patientnämnden och patientsäkerhetsfunktionen. Är klagomålet så allvarligt att det bör lex Maria-anmälas finns en rutin för detta, bedöms det inte vara lex Maria sker återkoppling enligt behov till verksamhetschef eller patientnämnden.

3.3. Medborgarens perspektiv

Information till patienter och anhöriga om hur klagomål kan lämnas finns tillgängligt både i analog och digital form genom bland annat informationsblad på hälsocentraler och information via landstingets hemsida och via 1177. Oavsett vilken källa som används för att ta reda på hur klagomål kan lämnas så hänvisas individen till att ringa eller skicka in en pappersblankett. Blanketten finns att skriva ut på hemsidan. Enlig uppgift vid intervju kan patienterna även lämna klagomål via Mina vårdkontakter och mail, men ingen information om detta finns på hemsidan, 1177 eller i informationsbladet. Den informationen som lämnas via Landstingets hemsida och via 1177 är väl överensstämmande och information ges om att klagomål eller synpunkter i första hand bör lämnas till vårdgivaren.

Vid intervjuerna framkommer också att det är troligt att vissa medborgare uppfattar "vårdgivaren" som det samma som den verksamhet de har varit i kontakt med och inte tänker att även patientnämnden är vårdgivaren och en väg för att lämna klagomål. De intervjuade uppfattar inte att det är en uttalad strategi att försöka styra medborgarna i var de vänder sig, utan enbart bristfällig information.

Det pågår ett arbete med att ta fram en medborgarmodul i Synergi så att medborgarna själva ska kunna registrera sina klagomål. I första hand kommer modulen vara anpassad för att användas på en dator.

Återkoppling sker idag till patienter via telefon, brev eller personligt möte. När medborgarmodulen är färdigutvecklad kommer återkoppling i ske digitalt om inte patienten uttryckligen önskar att få den i annan form.

Rapport 2018:12

Möten med mening

En analys av patienters
erfarenheter av vårdmöten



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Johnér Bildbyrå AB, Getty Images International

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-87213-94-6



Möten med mening

En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Analytikern Johannes Lissdaniels har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektör Nils Janlöv och analyschef Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-11-06

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Johannes Lissdaniels
Föredragande

Förord

Internationellt sett kännetecknas svensk hälso- och sjukvård av goda medicinska resultat i jämförelse med andra jämförbara länder. Förutom vårdens medicinska resultat består dock en väsentlig del av vårdens kvalitet även av patienternas upplevelser av vården och vilka erfarenheter patienterna tar med sig från vårdmötet. Här presterar Sverige svagt i jämförelse med andra jämförbara länder och Vårdanalys har i flera rapporter påvisat brister hos den svenska vården i att leva upp till patienternas förväntningar om ett gott vårdmöte.

Den här rapporten fördjupar förståelsen av svenska patienters erfarenheter från sina möten med vården genom att undersöka i vilken utsträckning patienters erfarenheter av vården skiljer sig åt mellan grupper, och om vissa grupper uppfattar vårdens kvalitet och bemötande som sämre än andra. För att besvara frågorna har vi använt oss av de svenska svaren från den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP-undersökningen).

Arbetet vid Vårdanalys har letts av Johannes Lissdaniels och i arbetet har Agnes Lindvall deltagit. Vår förhoppning är att analysen av resultaten i 2016 års IHP-undersökning kan vara ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvårdens huvudmän och aktörer i arbetet med att främja patienternas upplevelse av en god vård genom att skapa vårdmöten som kännetecknas av god kvalitet och ett gott bemötande. Vårdanalys vill rikta ett varmt tack till de som har besvarat enkäten.

Stockholm i december 2018

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör



Resultat i korthet

Den här rapporten fördjupar förståelsen av resultaten i 2016 års IHP-undersökning genom att göra en djupare analys av svenska patienters erfarenheter av vården. Vi undersöker om patienternas erfarenheter skiljer sig åt utifrån bland annat ålder, kön, inkomst- och utbildningsförhållanden samt patienternas självskattade hälsa. Vi undersöker också om patienternas erfarenheter av vården har samband med om patienten träffar samma personer i vården eller inte, exempelvis om patienten har en fast läkarkontakt. Slutligen ser vi också till förhållandet mellan patienternas erfarenheter och hur de bedömer sjukvårdens övergripande kvalitet.

Arbetet resulterar i följande resultat:

- ▶ Patienters upplevelser av kvaliteten på vårdmötet skiljer sig åt mellan grupper i Sverige, såsom att äldre och patienter med bättre självskattad hälsa är nöjdare med vårdmötet.
- ▶ Patienter som har personkontinuitet i vården är nöjdare.
- ▶ Patienternas erfarenheter från sina möten med vården har starkare samband med hur de bedömer vårdens övergripande kvalitet än deras bakgrundsegenskaper.

Våra reflektioner:

- ▶ Det behövs mer kunskap om varför vissa grupper har mindre positiva erfarenheter av vården.
- ▶ Personkontinuitet i vården har betydelse för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård.

Sammanfattning

Att ha kunskap om patienters erfarenheter av sina möten med vården är viktigt för att kunna utveckla både en personcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård som patienterna känner förtroende för. En källa till kunskap om patienters erfarenheter av vården är den internationella undersökningen International Health Policy survey (IHP-undersökningen), som genomgående visat att Sverige presterar svagt i jämförelse med andra länder när det gäller patienternas erfarenheter av vårdmötet. Den här rapporten fördjupar förståelsen av resultaten i IHP-undersökningen genom att göra en djupare analys av svenska patienters erfarenheter av vården.

Rapporten utgår från de svenska svaren på 2016 års undersökning som riktades till personer 18 år och äldre och besvarades av 7 124 personer. Vi undersöker om patienternas erfarenheter varierar utifrån bland annat ålder, kön, inkomst- och utbildningsförhållanden samt patienternas självskattade hälsa. Vi undersöker också om patienternas erfarenheter av vården har samband med om patienten träffar samma personer i vården eller inte, exempelvis om patienten har en fast läkarkontakt. Slutligen ser vi också till förhållandet mellan patienternas erfarenheter och hur de *bedömer* sjukvårdens övergripande kvalitet.

I rapporten använder vi en statistisk metod där samtliga av patienternas bakgrundsfaktorer inkluderas i analysen, till skillnad från att undersöka en bakgrundsfaktor i taget. För att ta hänsyn till att erfarenheterna kan bero på patienternas vårdbehov genomför vi alla analyser på två olika patientgrupper – patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov respektive övriga patienter.



I rapporten utgår vi från de frågor som är ställda i IHP-undersökningen och vi har inte själva haft möjlighet att utforma frågorna. Rapporten baserar sig enbart på en grundkälla, nämligen IHP-undersökningen.

ÄLDRE OCH PATIENTER MED BÄTTRE SJÄLVSKATTAD HÄLSA HAR MER POSITIVA ERFARENHETER AV VÅRDMÖTET

De mest markanta resultaten är att äldre patienter och patienter med bättre självskattad hälsa uppfattar vårdens kvalitet som bättre utifrån de patienterfarenheter som mäts i IHP-undersökningen. Vi ser också att kvinnor upplever vårdens kvalitet som något sämre jämfört med män och att utrikes födda upplever vårdens kvalitet som något sämre jämfört med inrikes födda. Patienternas socioekonomiska förhållanden har också en viss betydelse, där högre inkomst och högre utbildning oftast har samband med bättre kvalitetsupplevelser.

Vi ser också att patienternas erfarenheter av vården oftare skiljer sig åt utifrån patienternas bakgrundsfaktorer för patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov än för övriga patienter.

Patienterna med bättre självskattad hälsa har mer positiva erfarenheter av vårdens tillgänglighet

Patienter som skattar sin hälsa som bättre än övriga uppger oftare att de får en tid hos en läkare eller vårdpersonal inom sju dagar, liksom att de får svar från sin läkarmottagning samma dag som de ställt en medicinsk fråga. De uppger också i större utsträckning att det var enkelt att få vård på kvällar, helger, och helgdagar utan att behöva besöka akuten. Patienter som är födda utanför Sverige uppger att de får vänta längre på att få vård än patienter födda i Sverige.

Äldre, patienter med sämre självskattad hälsa och höginkomsttagare har oftare regelbunden vårdkontakt

Det är vanligare att äldre patienter uppger att de har en fast läkarkontakt än yngre. Patienter som har vissa kända vårdbehov sedan tidigare träffar oftare samma personer i vården om deras självskattade hälsa är sämre och om hälsan begränsar deras vardag. Det är också vanligare att patienter med högre inkomst än snittet har en fast läkarkontakt.

Äldre och patienter med bättre självskattad hälsa är mer nöjda med informationen

Patienter som är äldre och de som skattar sin hälsa som bättre än övriga uppger i IHP-undersökningen i högre grad att de har haft ett gott informationsutbyte med hälso- och sjukvården. Samma grupper uppger också i mindre utsträckning att det har funnits brister i informationsutbytet med vården. Däremot upplever kvinnor i mindre utsträckning än män att informationsutbytet med vården fungerar bra.

Äldre och patienter med bättre självskattad hälsa är mer delaktiga i den egna vården

Patienter med högre ålder och bättre självskattad hälsa upplever i större utsträckning att de är delaktiga i den egna vården. De svarar oftare att läkaren eller vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem, och de känner sig oftare involverade så mycket som de önskar i beslut om sin vård och behandling. Vi ser också att patienter med högre inkomst oftare uppger att de är delaktiga i besluten om sin vård, än patienter med lägre inkomst.

Patienter med bättre självskattad hälsa har mer positiva erfarenheter av samordning av vården

Det är vanligare att patienter med bättre självskattad hälsa uppger att ordinarie läkare eller någon på läkarens arbetsplats hjälper till att samordna den vård patienten får från andra läkare och vårdenheter. Våra analyser visar också att patienter födda utanför Sverige i lägre grad än patienter födda i Sverige uppger att de får hjälp att samordna sin vård.

PATIENTER SOM HAR PERSONKONTINUITET I VÅRDEN ÄR NÖJDARE

Patienter som har personkontinuitet i vården i form av fast läkarkontakt eller annan vårdprofession svarar oftare att kommunikationen med vården fungerar bra, att de alltid är delaktiga i sin egen vård och att de får hjälp med samordningen av vården än patienter som inte träffar samma personer i vården. Sambandet mellan att träffa samma personer i vården och att ha goda erfarenheter av vårdmötet är starkare för patienter med vissa kända vårdbehov jämfört med övriga patienter.



GODA ERFARENHETER AV VÅRDMÖTEN ÄR VIKTIGARE FÖR BEDÖMNINGAR AV VÅRDENS KVALITET ÄN PATIENTERNAS BAKGRUND

Patienternas erfarenheter från sina möten med vården har starkare samband med hur de bedömer vårdens övergripande kvalitet än deras bakgrundsegenskaper. Även om till exempel patienternas ålder har ett starkt samband med patienternas erfarenheter från vårdmötet, så spelar åldern mindre roll än hur de upplevde kvaliteten på vårdmötena vid omdömen av vårdens mer övergripande kvalitet.

Vi ser att möjligheten att vara delaktig i sin egen vård är särskilt viktigt för att patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov ska vara nöjda med vården de har fått. För övriga patienter ser vi däremot att tillgänglighet, samordning och god information är de faktorer som är starkast förknippat med hur de bedömer vårdens kvalitet. Även patienternas bakgrundsegenskaper spelar in. Utrikesfödda ger vården lägre kvalitetsomdömen jämfört med inrikesfödda och kvinnor ger vården lägre kvalitetsomdömen än män.

REFLEKTIONER

Det behövs mer kunskap om varför vissa grupper har mindre positiva erfarenheter av vården

Vår analys visar att yngre patienter och patienter med låg självskattad hälsa upplever sina möten med vården som sämre än andra. Analysen visar också att patienter med högre inkomster i större utsträckning har en fast läkarkontakt. Det är problematiskt ur jämlikhetssynpunkt, eftersom patienter med en regelbunden vårdkontakt har bättre erfarenheter av vården.

För att tillgodose alla patienters behov av god vård och ett gott bemötande, utifrån patienternas individuella förutsättningar, behöver kunskapen öka om vad det är som gör att olika grupper har så olika erfarenheter av vården. Utan denna kunskap kommer det att vara svårt att förbättra situationen och jämna ut skillnaderna mellan grupperna. Kunskapsupbyggnaden kan handla om att studera om vården faktiskt bemöter patienter på olika sätt eller om patienter upplever vårdens bemötande på olika sätt. Det kan också handla om att studera hur vården på bästa sätt kan kommunicera med patienter för att skapa möten som i så stor utsträckning som möjligt kännetecknas av hög kvalitet för alla patienter.

Personkontinuitet i vården har betydelse för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård

Vår analys visar att patienter som träffar samma personer i vården i högre grad uppfattar att kommunikationen med vården fungerar bra. De uppger också i större utsträckning att de är delaktiga i den egna vården och att de få hjälp med att samordna sin vård än patienter som inte träffar samma personer i vården. Patienter som träffar samma personer i vården är också mer nöjda med sin medicinska vård och ger ett högre betyg till sjukvårdens övergripande kvalitet och tycker att sjukvårdssystemet fungerar bättre. Vi drar därför slutsatsen att det har betydelse för patienter att få träffa samma personer i vården för deras upplevelse av vårdens kvalitet. Sedan tidigare vet vi också att det spelar roll för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård.

Men att träffa samma personer i vården är bara en form av kontinuitet inom sjukvården. Eftersom vi inte haft möjlighet att analysera andra former av kontinuitet (IHP-undersökningen är begränsad till enbart fast läkarkontakt respektive annan regelbunden vårdprofession för patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov), är det möjligt att andra former av kontinuitet har ännu större betydelse för hur patienter upplever vården. Vi ser därmed att det finns behov av att öka kunskapen om betydelsen av olika former av kontinuitet i vården för att få en större förståelse för vilken form av kontinuitet som är viktig för patienter och om det är så att betydelsen av kontinuitet skiljer sig mellan olika grupper av patienter.





Innehåll

1	Inledning.....	19
1.1	Bakgrund	20
1.2	Rapportens upplägg.....	21
2	Patienters erfarenheter av vården analyseras med statistisk metod	25
2.1	Enkätdata från International Health Policy (IHP) för den svenska befolkningen	25
2.2	Dessa patienter ingår i analyserna.....	27
2.3	Patienterfarenheter inom vården.....	29
3	Patienters upplevelser av tillgänglighet och kontinuitet.....	37
3.1	Patienter har olika uppfattning om vårdens tillgänglighet	38
3.2	Äldre och patienter med högre inkomst har oftare en fast läkarkontakt än andra	41
4	Patienter upplever kvaliteten på mötet på olika sätt	49
4.1	Äldre patienter mer nöjda med informationsutbytet i vården	50
4.2	Patienter med sämre självskattad hälsa känner sig mindre delaktiga i vården	55
4.3	Patienter med bättre hälsa upplever en mer samordnad vård.....	58
5	Patienters upplevelser av vårdens kvalitet har samband med patienternas erfarenheter.....	65
5.1	Patienters erfarenheter av vården har samband med hur de bedömer kvaliteten	66



5.2	Omdömen om vårdens och sjukvårdssystemets kvalitet skiljer sig mellan patienter.....	71
6	Resultat och reflektioner	79
6.1	Äldre och patienter med bättre självskattad hälsa har mer positiva erfarenheter av vårdmötet.....	80
6.2	Patienter som har personkontinuitet i vården är nöjdare	82
6.3	Goda erfarenheter av vårdmöten är viktigare för bedömningar av vårdens kvalitet än patienternas bakgrund.....	83
6.4	Hur ska sambandet mellan hälsa och mer positiva erfarenheter tolkas och förstås?	84
6.5	Avslutande reflektioner	85
7	Referenser	89
	Bilagor	93
	Bilaga 1 – Beskrivning av enkätundersökningen.....	93
	Bilaga 2 – Varför behövs en kontrollstrategi?.....	99
	Bilaga 3 – Statistisk metodik	100
	Bilaga 4 – Mått för sammanfattning av resultat.....	102
	Bilaga 5 – Resultaten redovisade i stapeldiagram.....	103
	Bilaga 6 – Statistiska tabeller.....	114



Inledning

I dag saknas det djupare förståelse om svenska patienters erfarenheter av sina möten med vården. Det gör det svårt för hälso- och sjukvårdens huvudmän och aktörer att styra och utforma vården utifrån kunskap om patienternas erfarenheter. I den här rapporten undersöker vi i vilken utsträckning patienters erfarenheter av vården skiljer sig åt mellan grupper i Sverige, och om vissa grupper uppfattar vårdens kvalitet och bemötande sämre än andra. Att känna till vilka erfarenheter som patienterna har av god hälso- och sjukvård är viktigt för att utveckla en vård som medborgare och patienter känner förtroende för.

Rapportens syfte är att vara ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvårdens huvudmän och aktörer i arbetet med att skapa vårdmöten som kännetecknas av god kvalitet och ett gott bemötande. Förhoppningen är att rapporten på så vis kan bidra till hälso- och sjukvårdens utvecklings- och förbättringsarbete med att främja patienternas upplevelse av en god vård. Sammanfattningsvis ska rapporten bidra med kunskap om två huvudfrågor:

1. Har patienter olika erfarenheter av vården utifrån deras demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga bakgrund?
2. Hur förhåller sig patienternas bedömningar av den medicinska vården de fått och syn på sjukvårdssystemet i stort till deras erfarenheter av tillgänglighet och bemötande inom vården?

För att besvara frågorna har vi använt oss av de svenska svaren från den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP-undersökningen) som Vårdanalys genomför tillsammans med den oberoende amerikanska sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund.



Undersökningen jämför hälso- och sjukvårdssystemen i elva länder med betoning på patienternas erfarenheter inom sjukvårdssystemet. I den här rapporten fördjupar vi oss i de svenska resultaten från IHP 2016.

Vi undersöker också om patienternas erfarenheter av vården har samband med om patienten träffar samma personer i vården eller inte, exempelvis om patienten har en fast läkarkontakt. För att ta hänsyn till att erfarenheterna kan bero på patienternas vårdbehov genomför vi alla analyser på två olika patientgrupper – patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov respektive övriga patienter.

1.1 BAKGRUND

En viktig del av sjukvårdens kvalitet består i hur patienterna upplever mötet med vården. Grunden för ett personcentrerat hälso- och sjukvårdssystem är att vården utgår från individens behov, förutsättningar och preferenser. En bärande beståndsdel är exempelvis att vården i största möjliga utsträckning strävar efter att involvera patienterna i sin egen vård. En personcentrerad vård är därför centralt i sig, men kan också leda till bättre medicinska resultat och resursbesparingar (Socialstyrelsen 2009, Coulter m.fl. 2008, Statens beredning för medicinsk utvärdering 1999), liksom ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2018a). För att kunna utveckla en effektiv hälso- och sjukvård som patienterna har förtroende för behövs kunskap om patienternas erfarenheter av vårdmötet.

Till skillnad från patienter i andra länder upplever svenska patienter oftare problem på grund av bristande samordning av vården. De upplever också att de är mindre involverade i beslut om den egna vården. Vårdanalys har i flera rapporter visat brister i patienternas möjligheter att vara delaktiga i sin vård, till exempel att få relevant information och en samordnad vård med god kontinuitet (Vårdanalys 2017a, 2017b, 2017c, 2016, 2015, 2014). Det finns därför många möjligheter till förbättringar inom svensk hälso- och sjukvård.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården särskilt ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårds-

personalen och vara lättillgänglig (5 kap. 1 § HSL). Det är därför viktigt att vården aktivt arbetar med att stärka sin förmåga att möta patienter utifrån deras individuella behov, värderingar och preferenser.

Det är inte väl kartlagt i vilken utsträckning patienters erfarenheter av vården skiljer sig åt mellan grupper i Sverige, inte heller om det finns grupper av patienter som i större utsträckning än andra uppfattar att vårdens bemötande kännetecknas av låg kvalitet. Men det finns svenska undersökningar av patienters erfarenheter av vården som pekar på att kvinnor är mindre nöjda än män i hur de blir bemötta i vården (Kandelaki m.fl. 2016, Arnetz och Arnetz 2009). Det finns också undersökningar som visar att äldre och patienter med bättre självskattad hälsa är nöjdare med vården (Rahmqvist och Bara 2010, Kandelaki m.fl. 2016). Internationella undersökningar har även visat att låginkomsttagare är mindre delaktiga i beslut om sin egen vård jämfört med höginkomsttagare, och att patienter med utländsk härkomst i lägre utsträckning känner sig väl bemötta inom sjukvården (Verlinde, m.fl. 2012. Hanssens m.fl. 2016).

1.2 RAPPORTENS UPPLÄGG

Rapporten inleds med ett kapitel där vi presenterar den enkätundersökning och metod som våra analyser utgår från. Sedan följer en resultatredovisning av patienternas erfarenheter av vårdens tillgänglighet och bemötande i kapitel 3 och 4. I kapitel 5 redogör vi för patienternas bedömningar av vårdens medicinska kvalitet samt deras omdömen om vårdens och sjukvårdssystemets kvalitet i stort. Vi undersöker om det finns samband mellan patienternas övergripande kvalitetsomdömen och deras bakgrund respektive erfarenheter från vården. Därefter följer en sammanfattning av resultaten och avslutande reflektioner i kapitel 6.





Patienters erfarenheter av vården analyseras med statistisk metod

I det här avsnittet presenterar vi den enkätundersökning som analysen utgår ifrån och de frågor vi valt ut. Vi ger också en överblick över de analyser vars resultat vi presenterar i kapitel 3–6.

2.1 ENKÄTDATA FRÅN INTERNATIONAL HEALTH POLICY (IHP) FÖR DEN SVENSKA BEFOLKNINGEN

För att besvara frågor om patienters erfarenheter av vården skiljer sig beroende på exempelvis ålder, utbildningsnivå och hälsa utgår vi från International Health Policy Survey (IHP-undersökningen). Undersökningen är en internationell enkätundersökning som jämför hälso- och sjukvårdssystemen i elva länder (Australien, Kanada, Nya Zeeland, Storbritannien, USA, Tyskland, Nederländerna, Frankrike, Norge, Schweiz, och Sverige). Undersökningen drivs av den politiskt oberoende amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund. Vårdanalys har i regeringsuppdrag att genomföra enkätundersökningen för svensk del.

IHP-undersökningen genomförs varje år med roterande målgrupper. Undersökningen vänder sig till befolkningen 18 år och äldre, den äldre befolkningen och till primärvårdsläkare. Den här rapporten baseras på IHP 2016 när målgruppen var befolkningen 18 år och äldre. Undersökningen genomförs med hjälp av telefonundersökningar under de år som olika delar av befolkning utgör målgruppen, och med hjälp av pappersenkäter när målgruppen i stället består av läkare inom primärvården. I undersökningarna



riktade mot befolkningen får deltagarna frågor om deras upplevelser av hälso- och sjukvården, med huvudsakligt fokus på tillgänglighet, kontinuitet, information, delaktighet och samordning. Frågorna fokuserar på vilka upplevelser de svarande har eller inte har haft inom hälso- och sjukvården. Undersökningen handlar därmed huvudsakligen om deltagarnas *konkreta erfarenheter* (även så kallade PREMs, Patient Reported Experience Measures) från mötet med vården inom primär-, specialist-, och sjukhusvården. Det finns även ett antal frågor som rör deltagarnas *bedömningar* om sjukvårdens mer övergripande kvalitet.

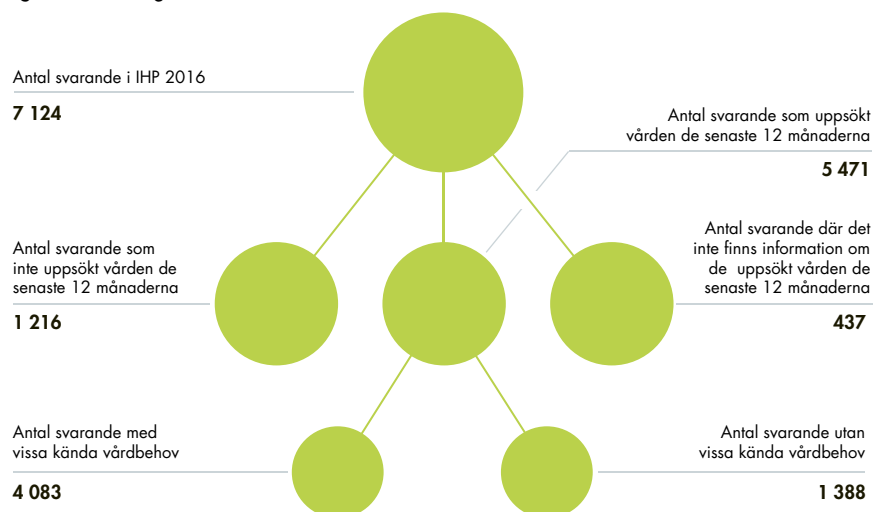
Tabell 1. Rapporter av Vårdanalys som baseras på IHP-undersökningen, och vilka målgrupper undersökningen vände sig till.

År	Målgrupp	Rapport	Omslag
2017	Befolkningen 65 år eller äldre	Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre	
2016	Befolkningen 18 år eller äldre	Vården ur befolkningens perspektiv 2016	
2015	Allmänläkare och ST-läkare i primärvården	Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv	
2014	Befolkningen 55 år eller äldre	Vården ur patienternas perspektiv	

2.2 DESSA PATIENTER INGÅR I ANALYSERNA

I den här rapporten analyserar vi de svenska resultaten från 2016 års IHP-undersökning som vänder sig till befolkningen 18 år och äldre. Inom undersökningen avgränsar vi oss till vad vi definierar som patienter, det vill säga bara personer som varit i kontakt med vården de senaste 12 månaderna. Figur 1 nedan redovisar hur många svarande som besökt respektive inte besökt vården de senaste 12 månaderna. Av totalt 7 124 svarande hade 5 471 besökt vården de senaste 12 månaderna. Av dessa hade 4 083 vissa kända vårdbehov sedan tidigare, medan övriga patienter uppgick till 1 388.

Figur 1. Träddiagram över antal svarande i IHP 2016.



Källa: IHP 2016

I faktarutan nedan redovisar vi hur vi definierat patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov respektive övriga patienter. Anledning till att dela upp undersökningen i de här två grupperna är för att ta hänsyn till eventuella behovsbaserade skillnader i patienternas erfarenheter av vården. Att uppleva att vården ger god information, att uppleva sig som delaktig i besluten om sin vård och att uppleva att samordningen med andra vårdinstanser fungerar väl är exempelvis särskilt viktigt för personer som lever med svår eller kronisk sjukdom och som är i behov av en återkommande och samordnad vård. Det är därför tänkbart att patienters erfarenheter av vården skiljer sig åt beroende på behov. Analysen genomförs därför separat för dessa två grupper.

Våra analyser utgår från två grupper: patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov och övriga patienter.

Patienternas erfarenheter och kvalitetsomdömen av vården analyseras för två olika patientgrupper: patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov respektive övriga patienter. Patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov är de patienter som av sin läkare någon gång har diagnostiserats med en eller flera av följande sjukdomar:

- diabetes
- hjärtsjukdom, inklusive hjärtattack
- hypertoni eller högt blodtryck
- stroke
- ledvärk eller artrit
- astma eller kroniskt lungproblem såsom kronisk bronkit, emfysem eller KOL
- cancer
- depression, ångest eller andra mentala hälsoproblem.

Övriga patienter är de patienter som på motsvarande sätt inte har diagnostiserats med någon av ovanstående sjukdomar. Patientgruppen övriga patienter förväntas därmed ha ett lägre vårdbehov jämfört med gruppen med vissa tidigare kända vårdbehov.

I tabell 2 presenterar vi patienternas bakgrund utifrån demografi, socioekonomi och hälsa, uppdelade på patienter med vissa kända vårdbehov respektive övriga patienter.

Tabell 2. Beskrivning av svarande som ingår i analyserna utifrån bakgrundsfaktorer.

	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Antal observationer	4 083	1 388
Demografi		
<i>Kön</i>		
Kvinna	56 %	49 %
Man	44 %	51 %
<i>Ålder</i>		
18–24 år	2 %	8 %
25–34 år	5 %	15 %
35–49 år	9 %	22 %
50–64 år	17 %	22 %
65+ år	67 %	34 %
<i>Födelseland</i>		
Född i Sverige	91 %	88 %
Född utanför Sverige	9 %	12 %

forts.

	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Socioekonomi		
<i>Inkomst</i>		
Under genomsnittet	46 %	28 %
Genomsnittlig	18 %	19 %
Över genomsnittet	28 %	46 %
<i>Utbildning</i>		
Högsta utbildning grundskola	32 %	15 %
Gymnasieexamen	31 %	39 %
Högsta utbildning eftergymnasial	36 %	45 %
Hälsa		
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	40 %	13 %
Bra självskattad hälsa	38 %	33 %
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	22 %	54 %
Hälsa begränsar vardag	34 %	12 %
Upplever känslomässiga problem	23 %	12 %

Vi ser i tabell 2 att patienter med vissa kända vårdbehov i genomsnitt är äldre än övriga patienter, i större utsträckning är kvinnor, har lägre inkomst och utbildning samt sämre självskattad hälsa. Alla svar från respondenterna är självrapporterade.

2.3 PATIENTERFARENHETER INOM VÅRDEN

De enkätfrågor som analyseras delas i den här rapporten upp i vad vi väljer att benämna "yttre" och "inre" erfarenheter av vården. Patienternas yttre erfarenheter handlar om hur pass tillgänglig vården är och om patienterna upplever personkontinuitet i vården. Detta undersöks med frågan: "Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? Till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?"

Eftersom IHP-undersökningen är en internationell undersökning tar den ett vidare grepp kring definitionen av en fast läkarkontakt än vad som anges i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska en fast läkarkontakt erbjudas alla patienter inom landstingsdriven primärvård (7:3 HSL och 6:3 PL). I IHP-undersökningen är frågan formulerad så att den innefattar personal som regelbundet är inblandad i patientens sjukvård, men som alltså inte behöver vara en fast vårdkontakt enligt patientlagens mening. Men enkätenfrågan innefattar inte bara en fast läkarkontakt som patienten särskilt valt ut enligt HSL, utan också om patienten har en eller flera läkare som hen vanligen går till.

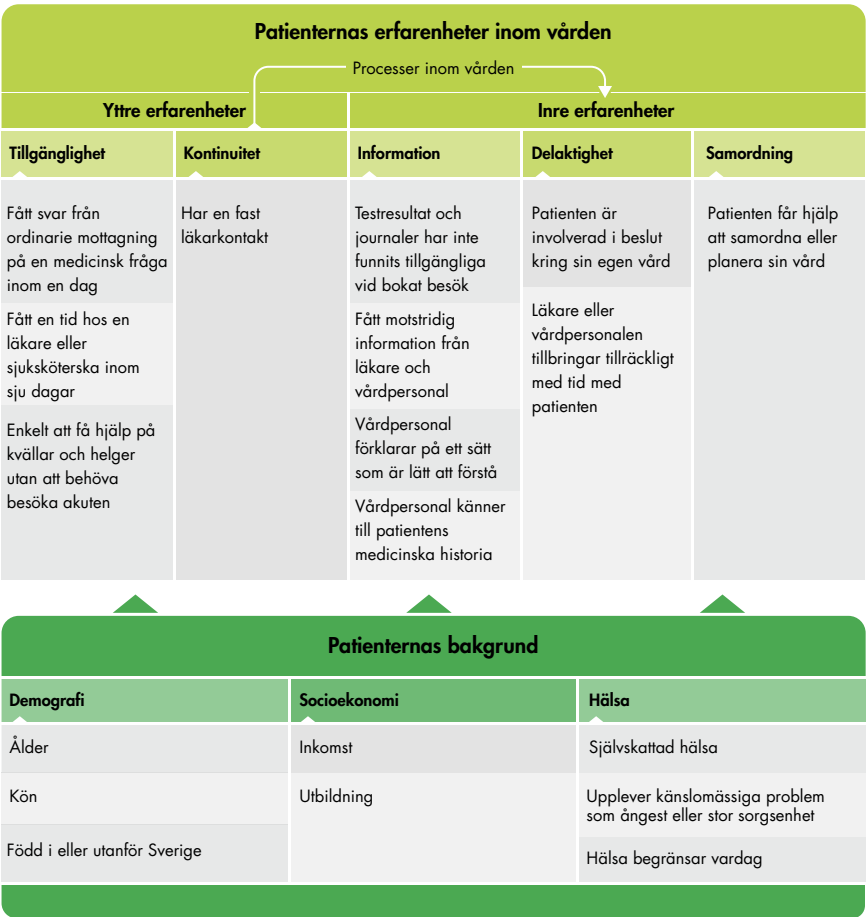


När väl patienterna fått en tid hos exempelvis läkare eller sjuksköterska handlar patienternas inre erfarenheter av vården i stället om vad som sker i själva mötet med vården, och särskilt hur det mötet upplevs av patienterna.

Figur 2 ger en överblick av de patienterfarenheter vi undersöker. Frågorna ställda till respondenterna och en mer utförlig beskrivning av undersökningen ger vi i bilaga 1. De resultat som vi är intresserade av att analysera redovisas i den övre gula boxen och de variabler vi använder för att analysera resultaten med, det vill säga patienternas bakgrund, redovisas i den nedre gröna boxen.

Vid sidan av patienternas bakgrund ser vi också till andra faktorer – så kallade processegenskaper – som kan tänkas påverka kvaliteten på informationsutbytet mellan patienten och vårdens personal under mötet. Här

Figur 2. Överblick över vilka frågor och aspekter av patienternas bakgrund som används i analysen.



har vi hämtat inspiration av Kringos med flera (2010) samt Lamarche med flera (2003). Det är tänkbart att den kontinuitet i vårdmötet som ges av att träffa samma personer i vården leder till att personalen får större kännedom om patientens medicinska historia och individuella behov, liksom preferenser och värderingar. Det är också tänkbart att träffa samma personer i vården inverkar positivt på patientens upplevelse av informationsutbytet med vården, och även på att patienten känner sig mer delaktig i besluten om sin vård samt att patienten upplever bättre samordning av hens vård.

Patientgruppen med vissa kända vårdbehov har förutom frågan om fast läkarkontakt även svarat på frågan om de har kontakt med annan regelbunden vårdpersonal. I enkäten lyder frågan: "Förutom din vanliga läkare, finns det en sjuksköterska eller annan vårdpersonal som regelbundet är delaktig i din sjukvård – som exempelvis diskuterar testresultat och behandlingsplaner eller ger råd om din hälsa?". Även här tar frågan ett vidare grepp än det som avses i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6:2 PL). Ytterligare krav på fast vårdkontakt återfinns på annat håll i lagstiftningen (se lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård). Men enkäten är formulerad så att den innefattar personal som regelbundet är inblandad i patientens sjukvård men som alltså inte behöver vara en fast vårdkontakt enligt patientlagens mening. Analyser där en annan regelbunden vårdkontakt inkluderas redovisas i bilaga 6, och resultaten från dessa analyser berörs i diskussionen. Frågan inkluderas däremot inte i analyserna som presenteras i huvudtexten, för att underlätta jämförelser mellan patienter med vissa kända vårdbehov och övriga patienter.

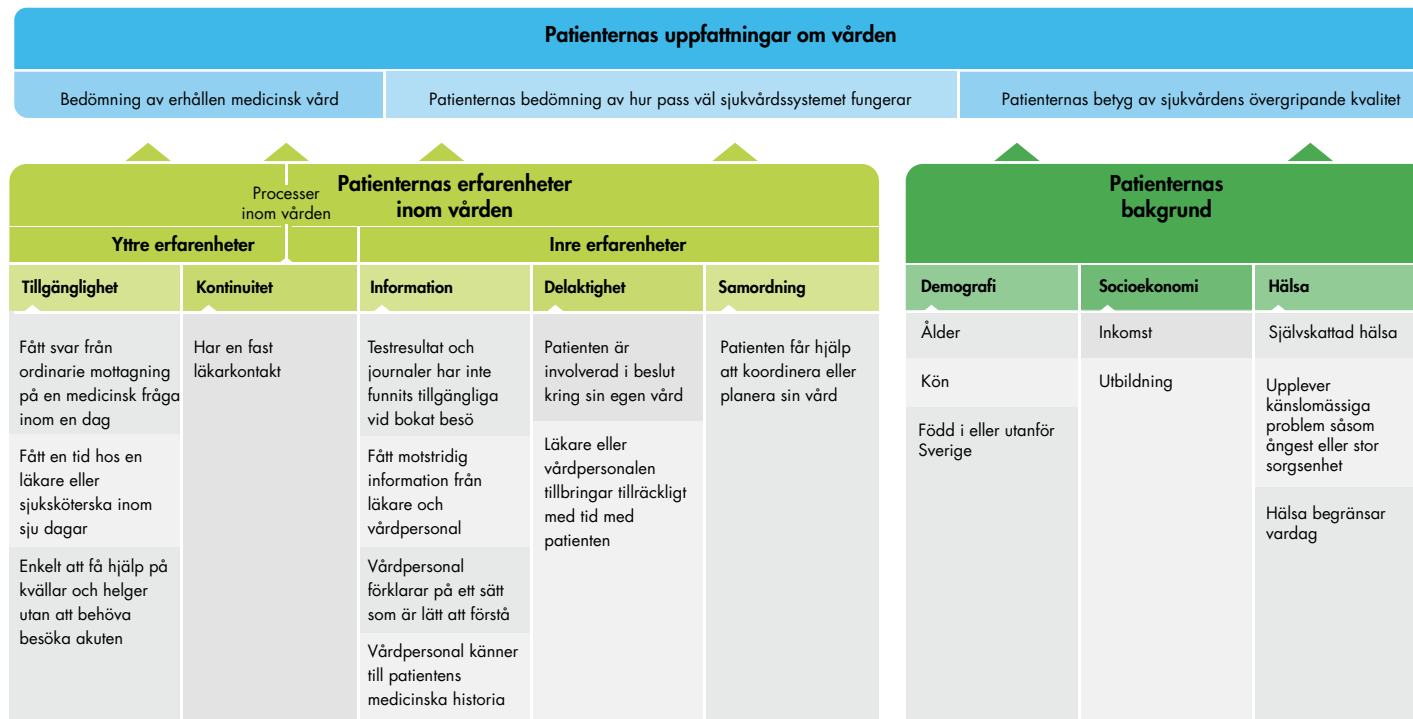
I nästa steg undersöker vi sedan om och i så fall hur patienters erfarenheter av vården har betydelse för patienternas bedömningar av den medicinska vård de fått, samt för deras omdömen av sjukvårdens övergripande kvalitet respektive uppfattningar om sjukvårdssystemet i stort. En överblick av analyserna framgår av figur 3. De resultat vi är intresserade av att analysera - patienternas uppfattningar av vårdens kvalitet - redovisas i den övre blå boxen. De variabler vi använder att analysera resultaten med, det vill säga de erfarenheter patienterna tar med sig från sina möten med vården och deras bakgrund, redovisas i den gula respektive gröna boxen.

När vi jämför patienternas bakgrund med hur pass vanligt det är att rapportera en viss erfarenhet från vården använder vi en så kallad kontrollstrategi. Det innebär att vi samtidigt använder all tillgänglig informationen om patienternas bakgrund när vi försöker förklara en viss



Patienters erfarenheter av vården analyseras med statistisk metod

Figur 3. Överblick av vilka aspekter av patienternas erfarenheter inom vården samt bakgrund som används i analyserna av patienternas uppfattning om vården och sjukvårdssystemet.



patienterfarenhet. Genom att använda all bakgrundsinformation kan vi urskilja effekterna av att ha olika socioekonomisk och demografisk bakgrund för patienterna. På så vis minskar risken att sambanden verkar mer positiva eller negativa än vad de egentligen är.

Kontrollstrategin renodlar därför resultaten och utgör en mer fördjupad analys i jämförelse med exempelvis en analys baserad på deskriptiv redovisning av patienterfarenheter. I bilaga 2 ger vi en mer detaljerad beskrivning av innebörden av en god kontrollstrategi.

Den statistiska metod vi använder redovisas också utförligt i bilaga 3. I korthet använder vi en logitmodell där resultaten som presenteras är genomsnittliga marginaleffekter. Faktarutan nedan förklarar hur resultaten från analyserna ska tolkas.

Hur ska resultaten tolkas?

De resultat vi presenterar baseras på en statistisk analys där patienternas bakgrund (förklarande variabler) relateras till hur pass vanligt det är att patienterna anger en viss erfarenhet av vården (utfallsmått). Vi presenterar resultaten i tabellform. I tabellen redovisar vi statistisk signifikanta förklarande variabler på 5 procents signifikansnivå, där pilens riktning (upp respektive ner) representerar ett positivt respektive negativt samband med utfallsmåttet. Vi markerar en variabel som inte har ett statistiskt säkrat samband med utfallsmåttet med tecknet "-". Tolkningen av variablerna i exempelstabellen nedan är att det är vanligare att kvinnor erfar utfallet i jämförelse med män. För patientgruppen övriga patienter (höger kolumn) är det mindre vanligt att patienter i åldrarna 18–34 år erfar utfallet jämfört med personer mellan 35–49 år medan det är vanligare att äldre över 65 år erfar utfallet jämfört med personer mellan 35–49 år. Det finns ingen statistisk signifikant skillnad mellan åldersgrupperna 50–64 år i jämförelse med åldersgruppen 35–49 år. Alla resultat från de förklarande variablerna presenteras i jämförelse med en referenskategori (se bilaga 1) där vi som referenskategori valt den vanligaste patientbakgrunden för variabelns svarsalternativ, exempelvis genomsnittlig inkomst. I vissa fall har vi också valt den bakgrund vi tror har bättre erfarenheter av vården som referenskategori, exempelvis män.

Patienternas bakgrund	Exempeltabell		I jämförelse med
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	
Demografi			
Kön			
Kvinna	↗	–	Man
Ålder			
18–34 år	–	↘	35–49 år
50–64 år		–	35–49 år
65+ år		↗	35–49 år

Bilagorna i slutet av rapporten inkluderar statistiska tabeller med resultaten (bilaga 6) och figurer som sammanfattar de statistiska sambanden (bilaga 5).



Det bör noteras att det är viktigt att tolka statistiska resultat med försiktighet eftersom det inte går att utesluta att resultaten även kan påverkas av faktorer som vi inte kan observera eller känner till. Vi kan inte heller uttala oss om orsakssamband, utan endast samband.



Patienters upplevelser av tillgänglighet och kontinuitet

I det här kapitlet redovisar vi skillnader i patienters erfarenheter av vårdens tillgänglighet och kontinuitet utifrån deras demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga bakgrund. Med tillgänglighet menar vi hur snabbt patienterna kan få tid hos en läkare eller annan vårdpersonal, i vilken utsträckning de får svar från sin läkarmottagning samma dag och hur enkelt det är att få vård utanför kontorstid utan att behöva söka upp akuten. Med kontinuitet menar vi i det här avsnittet om patienterna har en fast läkarkontakt eller inte.

Våra viktigaste resultat är:

- ▶ Patienter som är 65 år och äldre svarar mer sällan att de får vård inom 7 dagar jämfört med yngre patienter när de behöver det. Det är däremot vanligare att äldre patienter får svar på sina medicinska frågor samma dag än de yngre.
- ▶ Patienter med sämre självskattad hälsa svarar mer sällan att de får vård inom 7 dagar och att de får svar på sina medicinska frågor samma dag än patienter med god självskattad hälsa. Patienter som bedömer att den egna hälsan är bra upplever oftare att vårdens tillgänglighet är god.
- ▶ Patienter med vissa kända vårdbehov upplever tillgängligheten olika beroende på om de är födda i eller utanför Sverige. Patienter födda utanför Sverige svarar mer sällan att de får vård inom 7 dagar än patienter födda i Sverige.
- ▶ Patienter med hög inkomst anger oftare att de har en fast läkarkontakt än patienter med genomsnittlig inkomst.
- ▶ Kvinnor med vissa kända vårdbehov rapporterar oftare att de har en fast läkarkontakt än män med vissa kända vårdbehov.
- ▶ Äldre patienter med vissa kända vårdbehov har oftare en fast läkarkontakt än yngre patienter med vissa kända vårdbehov.



3.1 PATIENTER HAR OLIKA UPPFATTNING OM VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET

Bristande tillgänglighet med långa väntetider har varit ett återkommande problem i svensk hälso- och sjukvård, och är en av de vanligaste orsakerna till klagomål på sjukvården (IVO 2017). I det här avsnittet redovisar vi om det finns skillnader i patienternas uppfattning om tillgänglighet utifrån deras demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga bakgrund. Vi analyserar

- om patienterna får tid hos en läkare eller sjuksköterska inom sju dagar när de behöver vård
- hur ofta de får svar från sin ordinarie läkarmottagning redan samma dag som de ställt en fråga till mottagningen
- hur enkelt de upplever att det är att få vård på kvällar, helger och helgdagar utan att åka till akuten.

Det finns bestämmelser om tillgänglighet i lagstiftningen som kortfattad återges i faktarutan nedan.

Tillgänglighet

Vården ska vara lättillgänglig enligt den lagstiftning som delvis varit gällande sedan 1982 (5 kap. 1 § HSL, 2 kap. 1 § PL). Kravet tar främst sikte på de geografiska förhållandena men även på öppettider, jourtjänstgöringstider och förekomsten av köer inom vården (prop. 1981/82:97 s. 57, 117). Det finns även krav på att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning, om det inte är uppenbart obehövt (2 kap. 2 § PL). Ytterligare krav finns genom den så kallade vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL och 2 kap. 3 § PL). Enligt den ska den enskilde få en försäkran om att inom en viss tid få kontakt med primärvården, besöka läkare inom primärvården, besöka den specialiserade vården och få planerad vård.

3.1.1 Flera skillnader mellan patienter med olika bakgrund

Omkring 8 av 10 patienter uppger att de får träffa en läkare eller sjuksköterska inom 7 dagar, cirka hälften av patienterna uppger att de alltid får svar på frågor samma dag vid kontakt med läkarmottagning och omkring 3 av 10 patienter tycker det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar, helger och helgdagar. Tabell 3 visar att patienter med olika bakgrund upplever tillgängligheten på olika sätt. Den upplevda tillgängligheten skiljer sig för patienter utifrån ålder, inkomst och utbildning. Den ser också olika ut för patienter som är födda i eller utanför Sverige, och patienter med olika upplevd hälsa.

Tabell 3. Samband mellan patienternas erfarenheter av hur tillgänglig hälso- och sjukvården är och patienternas bakgrund.

	Får en tid inom sju dagar		Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen		Mycket eller ganska lätt att få hjälp på kvällar och helger		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	
Variabler							I jämförelse med
Demografi							
Kön							
Kvinna	–	–	–	–	↗	–	Man
Ålder							
18–34 år	–	–	–	–	–	–	35–49 år
50–64 år	–	–	↗	–	–	–	35–49 år
65+ år	↘	–	↗	↗	–	–	35–49 år
Födelseland							
Född utanför Sverige	↘	–	–	–	–	–	Född i Sverige
Socioekonomi							
Inkomst							
Under genomsnittet	–	↘	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	–	–	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Utbildning							
Grundskoleutbildning	–	–	–	–	↗	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	↘	–	–	–	–	↗	Gymnasial utbildning
Hälsa							
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	–	–	–	↘	↘	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	↗	↗	↗	↗	↗	–	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	–	–	↘	–	–	–	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	↘	–	↘	–	–	–	Upplever inte känslomässiga problem

Not: Att en bakgrundsfaktor har ett statistiskt säkerställt samband med bättre upplevd tillgänglighet symboliseras med grön pil. Om en bakgrundsfaktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med sämre upplevd tillgänglighet symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras erfarenheter av tillgängligheten markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.



Äldre patienter tycker att de får vård snabbare än yngre

Upplevelsen av tillgängligheten skiljer sig främst åt mellan äldre och yngre patienter – de äldre patienterna svarar i mindre utsträckning att de får vård inom 7 dagar än vad yngre patienter gör. Däremot svarar de äldre patienterna oftare att de har fått svar på sina frågor samma dag som de kontaktade läkarmottagningen än vad yngre patienter gör.

Bland patienter med vissa kända vårdbehov svarar patienter som är födda utanför Sverige mer sällan att de har fått en tid inom 7 dagar, jämfört med patienter som är födda i Sverige.

Kvinnor med vissa kända vårdbehov upplever oftare att det är enkelt att få vård på kvällar och helger än män med vissa kända vårdbehov.

Patienter med högre utbildning och inkomst upplever att det är lättare att få vård

Övriga patienter med en eftergymnasial utbildning svarar oftare att det är enkelt att få vård på kvällar och helger än vad patienter med lägre utbildning gör. Patienter med en högre inkomst svarar oftare att de fick en tid hos en läkare eller vårdpersonal inom 7 dagar, än patienter med en inkomst under genomsnittet.

Bland patienter med vissa kända vårdbehov svarar patienter med en grundskoleexamen som högsta utbildning oftare än de med en gymnasial examen att det är enkelt att få vård på kvällar och helger utan att behöva besöka akutmottagningen (tabell 3). För patienter med vissa kända vårdbehov och en eftergymnasial utbildning är det mindre vanligt att svara att de fått en tid inom 7 dagar än bland patienter med en lägre utbildningsnivå.

Patienter med självskattad god hälsa upplever bättre tillgänglighet

Patienter som bedömer sin hälsa som mycket bra svarar i större utsträckning att tillgängligheten är bra jämfört med andra patienter. Detta gäller både för patienter med eller utan vissa kända vårdbehov. Vi ser också att de patienter med vissa kända vårdbehov som bedömer sin hälsa som dålig mindre ofta rapporterar att vården är tillgänglig.

Bland patienter med vissa kända vårdbehov ser vi också att de som upplever känslomässiga problem uppfattar vårdens tillgänglighet som sämre.

3.1.2 Hälsa och ålder har samband med upplevelsen av tillgänglighet

För att få större förståelse för vilka patienter som upplever bäst respektive sämst tillgänglighet till vården behöver man också titta på hur storleksskillnaderna i svaren ser ut för patienter med olika bakgrund. Vi har därför undersökt hur stora skillnaderna i upplevelser av vårdens tillgänglighet är utifrån varje bakgrundsfaktor som har ett statistisk säkerställt samband med vårdens tillgänglighet. Resultaten av analysen finns i tabell 16 i bilaga 6.

Sambanden ser olika ut för de båda patientgrupperna som vi har studerat. Bland patienter utan vissa kända vårdbehov skiljer sig upplevelser av vårdens tillgänglighet mellan patienter främst utifrån ålder, självskattad hälsa och utbildningsnivå. Till exempel skiljer det hela 15 procentenheter i uppfattningen om att få svar samma dag från läkarmottagningen mellan äldre patienter (65 år och uppåt) och medelålders patienter (35–49 år).

Även bland patienter med vissa kända vårdbehov skiljer sig upplevelser av vårdens tillgänglighet främst utifrån ålder och självskattad hälsa. Det skiljer 11 procentenheter i upplevelsen av att få svar samma dag från läkarmottagningen mellan patienter med dålig självskattad hälsa och dem med bra självskattad hälsa (bilaga 6, tabell 16). Däremot är inte sambandet mellan tillgänglighet och utbildningsnivå starkt för gruppen patienter med vissa kända vårdbehov.

3.2 ÄLDRE OCH PATIENTER MED HÖGRE INKOMST HAR OFTARE EN FAST LÄKARKONTAKT ÄN ANDRA

Kontinuitet inom vården är en aspekt av god vård, och det finns flera olika former av kontinuitet inom sjukvården. En form av kontinuitet är personkontinuitet. För många svenskar är det viktigt att vården har en god personkontinuitet genom att till exempel få möjligheten att träffa en fast vårdkontakt. Sju av tio svenskar tycker exempelvis att det är viktigt att få träffa en fast läkare när de besöker vårdcentralen (Sveriges Läkarförbund 2018). Det finns också krav på kontinuitet i lagstiftningen. Kraven återges därför kortfattat i faktarutan nedan. I det här avsnittet beskriver vi personkontinuitet utifrån om patienten anger att de har en fast läkarkontakt eller inte.



Kontinuitet

God vård ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 § HSL, se även 6 kap. 1 § PL). När de gäller kontinuitet avses bland annat att patienterna kan lära känna vårdpersonalen och känna trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården (prop. 1981/82:97 s. 57).

En fast läkarkontakt ska erbjudas alla patienter inom landstingsdriven primärvård (7 kap. 3 § HSL, 6 kap. 3 PL). Den fasta läkarkontakten har bl.a. ansvaret för att patienten undersöks, diagnostiseras och får den medicinska vård och behandling som patientens tillstånd kräver (prop. 1994/95:195 s. 41).

Även en fast vårdkontakt ska utses för en patient, bl.a. om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av kontinuitet (6 kap. 2 § PL). Bestämmelsen innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser, men bestämmelsen syftar även till att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet (prop. 2013/14:106 s. 99).

3.2.1 Analys av svenska patienters erfarenheter av vårdens kontinuitet

Omkring var sjätte patient svarar att de har en fast läkarkontakt. I tabell 4 ser vi skillnaderna i hur vanligt det är att ha en fast läkarkontakt utifrån patienternas bakgrund. Vi ser främst skillnader mellan hur vanligt det är med en fast läkarkontakt bland patienterna med vissa kända vårdbehov.

I tabell 17 (bilaga 6) redovisar vi också hur vanligt det är för patienter med vissa kända vårdbehov att ha en annan regelbunden vårdkontakt som till exempel en sjuksköterska eller annan vårdpersonal utöver sin läkare.

Skillnader utifrån patienternas demografiska bakgrund

Det är olika vanligt bland äldre och yngre patienter att ha en fast läkarkontakt, både bland patienter med vissa kända vårdbehov och bland övriga patienter. Vi ser att det är vanligare bland äldre patienter att svara att de har en fast läkarkontakt. I tabell 4 ser vi också att det bland patienter med vissa kända vårdbehov är något vanligare bland kvinnor att ha en fast läkarkontakt än bland män. Vi ser även att det inte finns någon signifikant skillnad i förekomsten av en fast läkarkontakt mellan patienter som är födda i eller utanför Sverige.

Bland patienter med vissa kända vårdbehov är det också möjligt att ha kontakt med en sjuksköterska eller annan personal i vården utöver ens läkare. Hur förekommande det är att ha en annan regelbunden vårdkontakt följer i stort samma mönster som förekomsten av en fast läkarkontakt (tabell 17, bilaga 6). Äldre tenderar i högre grad att ha en regelbunden vårdkontakt

Tabell 4. Samband mellan förekomsten av en fast läkarkontakt och patienternas bakgrund.

	Har en fast läkarkontakt		
Variabler	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	I jämförelse med
Demografi			
Kön			
Kvinna	↗	–	Man
Ålder			
18–34 år	–	↘	35–49 år
50–64 år	↗	–	35–49 år
65+ år	↗	↗	35–49 år
Födelseland			
Född i Sverige	–	–	Född utanför Sverige
Socioekonomi			
Inkomst			
Under genomsnittet	–	↘	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	↗	–	Genomsnittlig inkomst
Utbildning			
Grundskoleutbildning	–	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	–	–	Gymnasial utbildning
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	–	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	–	–	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	↗	–	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	–	–	Upplever inte känslomässiga problem

Not: Att en bakgrundsfaktor har ett statistiskt säkerställt samband med att patienten svarar att hen har en fast läkarkontakt symboliseras med grön pil. Om en bakgrundsfaktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med att patienten svarar att hen inte har en fast läkarkontakt symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och förekomsten av fast läkarkontakt markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.

än patienter i åldern 35–49 år. Till skillnad från mönstret för fast läkarkontakt ser vi att det är mindre vanligt bland kvinnor med vissa kända vårdbehov än bland männen att ha en annan regelbunden vårdkontakt.



Skillnader utifrån patienters socioekonomiska förhållanden

Förekomsten av en fast läkarkontakt ser olika ut för patienter med olika inkomstnivåer. För patienter med vissa kända vårdbehov är det vanligare att höginkomsttagare har en fast läkarkontakt än patienter med lägre inkomst. För övriga patienter är det mindre vanligt för låginkomsttagare att ha en fast läkarkontakt jämfört med patienter med en medelinkomst. Vi ser i tabell 4 att det inte finns några skillnader mellan patienter med olika utbildningsnivåer i hur vanligt det är att en fast läkarkontakt.

Vi ser inte heller några skillnader i förekomsten av en annan regelbunden vårdkontakt bland patienterna med vissa kända vårdbehov utifrån deras socioekonomiska bakgrund, se tabell 17, bilaga 6.

Skillnader utifrån patienters självskattade hälsa

Patienternas självskattade hälsa har inget samband med hur vanligt det är att ha en fast läkarkontakt. Detta gäller för båda patientgrupperna (tabell 4). Däremot ser vi att det är vanligare med en fast läkarkontakt för särskilt vårdbehövande patienter om de upplever att deras vardag begränsas av deras hälsa än om de inte upplever det. Sambandet mellan att ha en annan regelbunden vårdkontakt och patientens självskattade hälsa är däremot starkt för patienter med vissa kända vårdbehov. Vi ser att patienter med sämre självskattade hälsa oftare har en annan regelbunden vårdkontakt jämfört med patienter som skattar sin hälsa som bättre.

3.2.2 Fast läkarkontakt skiljer sig främst åt utifrån patienternas ålder och inkomst

För att få större förståelse för vilka patienter som upplever högst respektive lägst personkontinuitet i vården behöver vi också titta på hur storleksskillnaderna i svaren ser ut för patienter med olika bakgrund. Vi har därför undersökt hur stora skillnaderna i upplevelser av vårdens kontinuitet är utifrån varje bakgrundsfaktor som har ett statistisk säkerställt samband med kontinuitet. Resultaten av analysen finns i tabell 17 i bilaga 6.

Patienternas ålder är associerad med den största skillnaden i förekomsten av en fast läkarkontakt. För både patienter med eller utan vissa kända vårdbehov är det betydligt vanligare för äldre patienter att ha en fast läkarkontakt än för yngre. Bland patienter utan vissa kända vårdbehov är det 20 procentenheter vanligare att patienter 65 år och äldre har en fast läkarkontakt, jämfört med patienter i åldern 35–49 år (bilaga 6, tabell 17),

givet att patienterna annars har samma bakgrund och socioekonomiska förhållanden. Ingen annan aspekt av patienternas bakgrund är förenad med en lika stor skillnad i om de har en fast läkarkontakt eller inte. För patienter utan vissa kända vårdbehov är den näst största skillnaden mellan låginkomsttagare och patienter med en genomsnittlig inkomst. Vi kan konstatera att resterande skillnader i förekomsten av en fast läkarkontakt utifrån patienternas bakgrund är små.





Patienter upplever kvaliteten på mötet på olika sätt

I det här kapitlet redovisar vi om det finns systematiska skillnader i patienternas upplevelser av hur de blir bemötta i vårdmötet utifrån deras demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga bakgrund. Med det menar vi hur patienterna upplever graden av delaktighet, hur väl informationsutbytet fungerar, och hur samordnad vården är.

Våra viktigaste resultat är:

- ▶ Äldre patienter har mer positiva erfarenheter av vårdmötet än yngre patienter. Äldre upplever oftare att de är delaktiga i sin vård, att informationsutbytet med sjukvården fungerar bra, och att de får hjälp med att samordna sin vård.
- ▶ Patienter med dålig självskattad hälsa upplever ett sämre vårdmöte än patienter med god självskattad hälsa. Vi ser detta mönster extra tydligt bland patienterna med vissa kända vårdbehov.
- ▶ Kvinnor upplever ett något sämre bemötande inom vården jämfört med män.
- ▶ Det finns få skillnader i hur väl patienter med olika socioekonomiska förhållanden upplever vårdmötet.
- ▶ Patienter med en fast läkarkontakt upplevde i större utsträckning att kommunikationen i vården fungerar bra, att de är delaktiga i sin egen vård, och att de får hjälp med att samordna sin vård än patienter utan en fast läkarkontakt.



4.1 ÄLDRE PATIENTER MER NÖJDA MED INFORMATIONSUBYTET I VÅRDEN

Patienternas förutsättningar att vara medaktörer i sin egen vård beror bland annat på hur väl kommunikationen och informationsutbytet mellan patient och personal fungerar. Det är viktigt att patienterna har tillgång till god information om sin sjukdomsbild och sina behandlingsalternativ för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa, och sin hälso- och sjukvård.

Det är därför avgörande för patienternas möjligheter att vara delaktiga i sin egen vård att sjukvården informerar dem om deras sjukdom och deras vårdalternativ på ett sätt som de kan ta till sig.

I det här avsnittet redogör vi för om informationsutbytet mellan sjukvården och patienten skiljer sig åt mellan olika patienter utifrån deras bakgrund. Patienterna har fått besvara frågor om hur ofta läkaren eller vårdpersonalen brukar känna till viktig information om deras medicinska historia och om de får förklaringar som är lätta att förstå. De har också fått frågor om det hänt att testresultat eller journalanteckningar inte har funnits tillgängliga vid tidpunkten för patientens bokade besök, och om de fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal. I faktarutan nedan presenterar vi de centrala bestämmelserna i lagstiftningen om att patienten ska få information i hälso- och sjukvården.

Information

Patienten ska få information om bland annat sitt hälsotillstånd, behandlingsmetoder, risker, eftervård och vilka möjligheter hen har att välja behandlingsalternativ (3 kap. 1–2 §§ PL). Den information som lämnas till patienten ska anpassas till patientens individuella förutsättningar som ålder, mognad och språklig bakgrund (3 kap. 6 § PL). Patienten ska också få information lämnad skriftligen om hen begär det. Särskilda krav på information som ska lämnas till patienten finns också när patienten skrivs ut från sluten vård (3 kap. 2 b § PL).

4.1.1 Analys av svenska patienters erfarenheter av informationsutbytet i vården

Nästan var tionde patient i Sverige har varit med om att testresultat eller journalanteckningar inte fanns tillgängliga vid ett bokat besök. Omkring 2 av 10 patienter svarar också att de har fått motstridig information från olika läkare och vårdpersonal. Omkring 5 av 10 patienter svarar att läkare och vårdpersonal alltid känner till viktig information om deras medicinska historia medan ungefär var sjätte svensk patient svarar att vårdpersonalen alltid förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå. Tabell 5 och 6 visar att

det finns skillnader mellan patienter i hur vanligt det är att de svarar att de får antingen god eller bristande information i mötet med vården. Tabell 5 visar hur vanligt det är utifrån patienternas bakgrund att patienterna har varit med om att testresultat och journaler inte varit tillgängliga vid bokade besök, och om det förekommer att de får motstridig information från olika läkare och vårdpersonal.

Tabell 6 visar sambanden mellan patienternas bakgrund, personkontinuitet i vårdmötet, och om vårdpersonalen känner till patienternas medicinska historia och förklarar saker på ett enkelt sätt.

Äldre mer nöjda med informationen

Det är vanligare att äldre patienter svarar att vårdpersonalen alltid känner till viktig information om deras medicinska historia, och att vårdpersonalen alltid förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå. Äldre patienter rapporterar mer sällan att testresultat eller journalanteckningar inte har funnits tillgängliga vid tidpunkten för besöket. Äldre svarar också mer sällan att de har fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal.

Kvinnor med vissa kända vårdbehov svarar mer sällan att vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia och att vårdpersonalen förklarar saker på ett lättbegripligt sätt, jämfört med män. Det finns inga skillnader i hur patienter som är födda i eller utanför Sverige har svarat.

Svaren skiljer sig åt utifrån utbildningsnivån, men inte inkomstnivå

Vi ser inga skillnader i svaren mellan patienter med olika inkomstnivåer. Däremot kan vi se vissa skillnader i hur väl patienterna upplever att informationsutbytet fungerar utifrån deras utbildningsnivå (tabell 5). Patienter med högre utbildningsnivå svarar oftare att information inte varit tillgänglig vid ett vårdbesök. Det är ett resultat som gäller för både patienter med vissa kända vårdbehov och övriga patienter. Bland patienter med vissa kända vårdbehov ser vi också att de med eftergymnasial utbildning oftare svarar att vårdpersonalen alltid förklarar saker på ett sätt som var lätt att förstå.

Patienternas med god hälsa är mer positiva

Patienter med god självskattad hälsa har en mer positiv bild av informationsutbytet i vården än patienter med dålig självskattad hälsa. I patientgruppen med vissa kända vårdbehov svarar patienter med dålig självskattad hälsa mer sällan att vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia och att vårdpersonalen förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå.



Tabell 5. Samband mellan brister i informationsutbytet och patienternas bakgrund.

Variabler	Har förekommit att testresultat och journaler inte är tillgängliga		Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit		I jämförelse med
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	
Demografi					
Kön					
Kvinna	–	–	–	–	Man
Ålder					
18–34 år	–	–	–	↗	35–49 år
50–64 år	↘	↘	↘	–	35–49 år
65+ år	↘	↘	↘	↘	35–49 år
Födelseland					
Född utanför Sverige	–	–	–	–	Född i Sverige
Socioekonomi					
Inkomst					
Under genomsnittet	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Utbildning					
Grundskoleutbildning	–	–	↘	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	–	↗	–	–	Gymnasial utbildning
Hälsa					
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	–	–	↗	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	↘	↘	–	↘	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	↗	↗	↗	↗	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	↗	–	↗	–	Upplever inte känslomässiga problem
Processer inom vården					
Har en fast läkarkontakt	↘	–	↘	–	Ingen fast läkarkontakt

Not: Att en bakgrundsfaktor har ett statistiskt säkerställt samband med mindre problem i informationsutbytet symboliseras med grön pil. Om en bakgrundsfaktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med mer problem i informationsutbytet symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras erfarenheter av informationsutbytet markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.

Tabell 6. Samband mellan ett bra informationsutbyte och patienternas bakgrund.

Variabler	Vårdpersonal känner alltid till viktigt information om medicinsk historia		Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt		I jämförelse med
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	
Demografi					
Kön					
Kvinna	⬇	–	–	⬇	Man
Ålder					
18–34 år	–	–	–	–	35–49 år
50–64 år	⬆	–	–	⬆	35–49 år
65+ år	⬆	⬆	⬆	⬆	35–49 år
Födelseland					
Född utanför Sverige	–	–	–	–	Född i Sverige
Socioekonomi					
Inkomst					
Under genomsnittet	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Utbildning					
Grundskoleutbildning	–	–	–	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	–	–	⬆	–	Gymnasial utbildning
Hälsa					
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	⬇	–	⬇	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	–	–	–	–	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	⬇	–	⬇	–	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	⬇	⬇	⬇	–	Upplever inte känslomässiga problem
Processer inom vården					
Har en fast läkarkontakt	⬆	⬆	⬆	⬆	Ingen fast läkarkontakt

Not: Att en bakgrundsfaktor har ett statistiskt säkerställt samband med ett bättre upplevt informationsutbyte symboliseras med grön pil. Om en bakgrundsfaktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med ett sämre upplevt informationsutbyte symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras erfarenheter av informationsutbytet markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.



Patienter med dålig hälsa i båda patientgrupper svarar oftare att vårdpersonalen gett dem motstridig information. Slutligen ser vi också att patienter med dålig hälsa oftare berättar att testresultat och journalanteckningar inte varit tillgängliga vid ett bokat besök.

Patienter som träffar samma personer i vården har mer positiva erfarenheter

Patienter med en fast läkarkontakt svarar oftare att vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia och att de alltid förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå. Bland patienter med vissa kända vårdbehov är det mindre vanligt att de med en fast läkarkontakt har varit med om att testresultat och journaler inte funnits tillgängliga än bland patienter utan en fast läkarkontakt. Det är också mindre vanligt att patienter med en fast läkarkontakt svarar att de får motstridig information av vårdpersonalen vid vårdbesök. Det finns inget samband mellan fast läkarkontakt och i vilken utsträckning patienter utan vissa kända vårdbehov drabbas av problem i informationsutbytet.

När det gäller patienter med vissa kända vårdbehov ser vi inga skillnader mellan dem som har regelbunden vårdkontakt och de som inte har det i hur de svarar att det har förekommit att testresultat och journaler inte varit tillgängliga samt att de fått motstridig information från läkare och annan vårdpersonal (tabell 18, bilaga 6). Däremot ser vi att patienter med en regelbunden vårdkontakt oftare svarar att informationsutbytet fungerar bra (tabell 19 bilaga 6) än patienter utan en regelbunden vårdkontakt.

4.1.2 Äldre upplever oftare att informationen är bra

Uppfattningen om hur väl informationsutbytet fungerar i vården skiljer sig olika mycket åt utifrån patienternas bakgrund. Vi tittar därför på för vilka bakgrundsfaktorer vi ser störst skillnad i svaren för att förstå vilka patienter som svarar att de upplever bäst respektive sämst informationsutbyte i vården.

Det är främst skillnad i svaren mellan äldre och yngre patienter i hur väl informationsutbytet fungerar. Störst skillnad mellan åldersgrupperna finns i frågan om vårdpersonalen alltid känner till viktig information om deras medicinska historia och att vårdpersonalen alltid förklarar saker på ett lättbegripligt sätt. Det finns även stora skillnader mellan åldersgrupperna i hur ofta de säger att de får motstridig information av vårdpersonalen och i hur ofta patienterna svarar att information inte funnits tillgänglig. Till exempel är det mindre vanligt att patienter i åldern 65 år och äldre upplever

att information inte funnits tillgänglig vid sitt besök jämfört med patienter i åldern 35–49 år. Skillnaden mellan dessa åldersgrupper är 10 procentenheter. Det innebär att vi i två patientgrupper om 100 patienter som är lika bortsett från att den ena består av patienter i åldern 65 år och äldre och den andra av patienter i åldern 35–49 år så upplever 10 personer färre i gruppen med äldre patienter att informationen inte varit tillgänglig vid besöket.

Den näst största skillnaden finns mellan de patienter som har en fast läkarkontakt och de som inte har det. Det finns även stora skillnader mellan patienter som uppger att de upplever känslomässiga problem och de som inte har det i frågan om hur de svarar att vårdpersonalen känner till deras medicinska historia.

Övriga skillnader mellan patienterna utifrån bakgrund och socio-ekonomiska förhållanden är förhållandevis små.

4.2 PATIENTER MED SÄMRE SJÄLVSKATTAD HÄLSA KÄNNER SIG MINDRE DELAKTIGA I VÅRDEN

En förutsättning för att patienter ska ha möjligheten att vara medaktörer i sin egen vård är att patienterna känner sig delaktiga i beslut som fattas om deras sjukvård. Patienterna har fått besvara frågor om läkaren eller vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem, och om de känner sig involverade så mycket som de önskar i beslut om sin vård och behandling. I lagstiftningen finns också krav på delaktighet i hälso- och sjukvården.

Delaktighet

Det finns krav i hälso- och sjukvårdslagstiftningen på att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL). Vid egenvård ska patientens medverkan utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (5 kap. 2 § PL). Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, under förutsättning att det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det (5 kap. 3 § PL).

Det finns även krav på att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet vilket också innefattar delaktighet (5 kap. 1 § HSL).

4.2.1 Analys av svenska patienters erfarenheter av delaktighet i vården

Omkring hälften av patienterna svarar att de alltid får tillräckligt med tid med vårdens personal medan drygt 6 av 10 patienter svarar att de alltid känner sig involverade i beslut om sin egen vård. Det finns systematiska skillnader



mellan patienter i hur vanligt det är att de svarar att de är delaktiga i sin egen vård. I tabell 7 ser vi att demografi, socioekonomi eller hälsa har betydelse för hur delaktiga patienterna upplever sig vara i sin vård.

Män och äldre känner sig mer delaktiga

Det är vanligare att män och äldre patienter känner sig delaktiga i vården. Bland patienter utan kända vårdbehov svarar kvinnor mindre ofta än män att vårdpersonalen alltid tillbringar tillräckligt med tid med dem och att de alltid involveras i beslut kring sin vård och behandling. Kvinnor med vissa kända vårdbehov svarar däremot oftare att vårdpersonalen alltid involverar dem i beslut som fattas om deras vård och behandling.

Det är vanligare att äldre patienter svarar att vårdpersonalen alltid tillbringar tillräckligt med tid med dem än yngre. Samma sak gäller för om vårdpersonalen alltid involverar patienten så mycket som hen önskar i beslut om sin egen vård.

Vi ser även att patienter med vissa kända vårdbehov som är födda utanför Sverige mindre ofta svarar att vårdpersonalen alltid involverar dem så mycket som de önskar i beslut om deras egen vård jämfört med patienter födda i Sverige.

Få socioekonomiska skillnader

För patienter med vissa kända vårdbehov är det vanligare att personer med en inkomst över genomsnittet svarar att vårdpersonalen alltid involverar dem i besluten som fattas om deras vård och behandling än patienter med en genomsnittlig inkomst. Vi kan inte se någon skillnad mellan olika utbildningsnivåer i hur vanligt det är att patienten alltid är delaktig i sin egen vård.

Patienter med god hälsa känner sig mer delaktiga

Patienter med god självskattad hälsa svarar oftare att vårdpersonalen alltid tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem. De svarar också i större utsträckning att vårdpersonalen alltid involverar dem så mycket som de önskar i beslut om sin vård än vad patienter med dålig självskattad hälsa gör. Skillnaden är särskilt tydlig för patienter med vissa kända vårdbehov, medan vi inte ser lika tydliga samband mellan hälsa och delaktighet för övriga patienter. I båda patientgrupperna svarar patienter med god självskattad hälsa oftare att de alltid är delaktiga i sin egen vård än de med sämre självskattad hälsa.

Tabell 7. Samband mellan delaktighet i vården och patienternas bakgrund.

	Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen		Involveras alltid i beslut kring vård och behandling		
Variabler	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	I jämförelse med
Demografi					
Kön					
Kvinna	–	↘	↗	↘	Man
Ålder					
18–34 år	–	–	–	↘	35–49 år
50–64 år	↗	–	↗	–	35–49 år
65+ år	↗	↗	↗	↗	35–49 år
Födelseland					
Född utanför Sverige	–	–	↘	–	Född i Sverige
Socioekonomi					
Inkomst					
Under genomsnittet	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	–	–	↗	–	Genomsnittlig inkomst
Utbildning					
Grundskoleutbildning	–	–	–	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	–	–	–	–	Gymnasial utbildning
Hälsa					
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	↘	–	↘	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	↗	↗	–	↗	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	↘	–	↘	–	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	↘	–	↘	–	Upplever inte känslomässiga problem
Processer inom vården					
Har en fast läkarkontakt	↗	↗	↗	↗	Ingen fast läkarkontakt

Not: Att en bakgrunds faktor har ett statistiskt säkerställt samband med bättre upplevd delaktighet symboliseras med grön pil. Om en bakgrunds faktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med sämre upplevd delaktighet symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras erfarenheter av delaktighet markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.



Patienter med vissa kända vårdbehov som upplever känslomässiga problem svarar mindre ofta att de alltid är delaktiga i sin egen vård.

Patienter med fast läkarkontakt mer nöjda

Patienter med en fast läkarkontakt svarar oftare att de alltid upplever att vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem, och att de alltid är involverade så mycket som de önskar i sin egen vård. Detta gäller både för patienter med vissa kända vårdbehov och för övriga patienter.

Patienter som har en annan regelbunden vårdkontakt svarar oftare att de känner sig delaktiga i sin egen vård än patienter som inte har det (tabell 20, bilaga 6).

4.2.2 Äldre, patienter med god hälsa och patienter med fast läkarkontakt känner sig mest delaktiga

Hur delaktiga patienterna upplever sig i vården skiljer sig åt olika mycket utifrån patienternas bakgrund. För att få större förståelse för vilka patienter som upplever störst respektive minst delaktighet i vården tittar vi på hur storleksskillnaderna i svaren ser ut för patienter med olika bakgrund. De största skillnaderna i hur delaktiga patienterna uppfattar sig vara ser vi mellan äldre och yngre patienter, patienter med bättre eller sämre självskattad hälsa, och mellan patienter med eller utan en fast läkarkontakt. Vi ser även en förhållandevis stor skillnad mellan patienter med vissa kända vårdbehov som är födda i eller utanför Sverige i hur delaktiga patienterna är i beslut kring sin egen vård.

4.3 PATIENTER MED BÄTTRE HÄLSA UPPLEVER EN MER SAMORDNAD VÅRD

Samordning av vården är viktig för att kunna uppnå en effektiv och väl fungerande vård för patienten. Utan ett väl fungerande samarbete mellan vårdgivare riskerar patienterna att själva behöva vara samordnare av sin egen vård. Detta innebär att patienterna riskerar att få vård av sämre kvalitet än om vårdgivarna kunde utbyta information och dela ansvar med varandra (Vårdanalys 2017a).

I det här avsnittet redovisar vi skillnaderna mellan hur vanligt det är att patienterna svarar att den ordinarie läkaren eller någon på läkarens praktik hjälper till att samordna vården från andra läkare och vårdenheter utifrån bakgrund, socioekonomi och hälsa.

Samordning

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § PL) och en fast vårdkontakt ska utses för en patient, bl.a. om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av samordning (se också faktaruta 5 om kontinuitet) (6 kap. 2 § PL). Även den fasta läkarkontakten har enligt förarbetena ett samordningsansvar. Läkaren ska vägleda patienten och samordna behoven av kontakter med övrig hälso- och sjukvård samt ansvara för att patienten informeras om sitt hälsotillstånd (prop. 1994/95:195 s. 41).

4.3.1 Analys av svenska patienters erfarenheter av samordning

Drygt hälften av patienterna svarar att de alltid får hjälp att samordna sin sjukvård. Skillnaderna i hur patienterna upplever samordningen i vården utifrån olika demografiska, socioekonomiska eller hälsorelaterade förhållanden visas i tabell 8.

Få demografiska skillnader

Patienternas demografiska förhållanden har ett svagt samband med om de får hjälp att samordna sin vård (tabell 8). Det finns inga skillnader mellan män och kvinnor. Den enda skillnad vi ser för patienter med vissa kända vårdbehov är mellan patienter som är 65 år och äldre och de som är 35–49 år. Äldre svarar oftare att de alltid får hjälp. Bland övriga patienter är det mindre vanligt att patienter som är födda utanför Sverige svarar att de får hjälp med att samordna sin vård.

Patienter med olika utbildningsnivå svarar i viss mån olika

I tabell 8 ser vi att det finns få skillnader utifrån socioekonomiska förhållanden om patienterna får hjälp med att samordna sin vård. Den enda skillnad vi kan se är att patienter med vissa kända vårdbehov och med olika utbildningsnivå svarar olika på om de får hjälp med samordningen. De med grundskoleutbildning som högsta examen svarar oftare att de får hjälp att samordna sin vård än de med en gymnasial examen som högsta utbildningsnivå.

Patienter med god självskattad hälsa får oftare hjälp

Vi ser ett samband mellan patientens självskattade hälsa och hur ofta de svarar att de alltid får hjälp att samordna sin vård. För både patienter med vissa kända vårdbehov och övriga patienter är det vanligare att patienter med utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa svarar att de får hjälp med samordningen än vad det är för patienter som skattar sin hälsa som något



Tabell 8. Samband mellan att patienterna får hjälp med att koordinera eller planera vården de får från olika läkare eller någon på läkarens arbetsplats, och patienternas bakgrund.

	Får alltid hjälp med att samordna sin vård		
Variable	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	I jämförelse med
Demografi			
Kön			
Kvinna	–	–	Man
Ålder			
18–34 år	–	–	35–49 år
50–64 år	–	–	35–49 år
65+ år	↗	–	35–49 år
Födelseland			
Född utanför Sverige	–	↘	Född i Sverige
Socioekonomi			
Inkomst			
Under genomsnittet	–	–	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	–	–	Genomsnittlig inkomst
Utbildning			
Grundskoleutbildning	↗	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	–	–	Gymnasial utbildning
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	–	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	↗	↗	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	–	–	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	↘	↘	Upplever inte känslomässiga problem
Processer i vården			
Har en fast läkarkontakt	↗	–	Ingen fast läkarkontakt

Not: Att en bakgrundsfaktor har ett statistiskt säkerställt samband med bättre upplevd samordning symboliseras med grön pil. Om en bakgrundsfaktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med sämre upplevd samordning symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras erfarenheter av samordningen markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.

sämre. Vi ser också att patienter som upplever känslomässiga problem mindre ofta svarar att de alltid får hjälp med samordningen av vården än patienter som inte upplever känslomässiga problem.

Patienter som har vissa kända vårdbehov och en fast läkarkontakt svarar oftare att de alltid får hjälp med samordningen av vården än de utan en fast läkarkontakt. Bland de övriga patienterna ser vi ingen skillnad i svaren mellan de som har eller inte har en fast läkarkontakt.

I tabell 21 i bilaga 6 ser vi att det inte är någon skillnad i hur ofta patienterna med vissa kända vårdbehov med eller utan en annan regelbunden vårdkontakt svarar att de får hjälp att samordna eller koordinera vården.

4.3.2 Patienter med god självskattad hälsa svarar att de får mer hjälp med samordningen

Patienternas svar om samordning i vården skiljer sig åt olika mycket utifrån olika bakgrundsfaktorer. För att få större förståelse för vilka patienter som upplever bäst respektive sämst samordning i vården tittar vi därför på hur storleksskillnaderna i svaren ser ut för patienter med olika bakgrund.

För patienter med vissa kända vårdbehov ser vi att det finns en skillnad på 18 procentenheter mellan de äldsta patienterna och de som är 35–49 år. Det är den största skillnaden mellan olika patienter. Vi ser i vår analys att det finns en stor skillnad i hur patienter utan vissa kända vårdbehov upplever samordningen i vården utifrån olika nivåer av självskattad hälsa. Det är vanligare att patienter med mycket god självskattad hälsa svarar att de alltid får hjälp med samordningen. Skillnaden mellan patienterna som skattar sin hälsa som mycket bra jämfört med de som säger att deras hälsa är bra är 15 procentenheter. För patienter som upplever eller inte upplever känslomässiga problem är skillnaden i hur de svarar 13 procentenheter. Vi ser en lika stor skillnad för patienter som är födda i eller utanför Sverige. Resterande skillnader är mindre än 10 procentenheter.





Patienters upplevelser av vårdens kvalitet har samband med patienternas erfarenheter

I det här kapitlet presenterar vi sambanden mellan patienternas erfarenheter från sina möten med vården och hur de upplever sjukvårdens och sjukvårdssystemets kvalitet. Med patienternas erfarenheter menar vi de aspekter av vårdmötet som vi tog upp i de två föregående kapitlen. De olika aspekterna av kvalitet för sjukvården och sjukvårdssystemet är dels hur patienterna bedömt den medicinska vård de fått, dels vilka övergripande omdömen de gett av vårdens och sjukvårdssystemets kvalitet.

Våra viktigaste resultat är:

- ▶ Patienternas uppfattning om vårdens kvalitet varierar mer utifrån deras erfarenheter i vården än deras bakgrund.
- ▶ Bemötande och tillgänglighet har starka samband med hur väl patienterna anser att den svenska sjukvården fungerar, och hur bra vård patienterna upplevt att de fått.
- ▶ Patienter som är delaktiga i sin egen vård är mer positiva till sjukvårdens övergripande kvalitet, kvaliteten på den medicinska vård de fått, och hur väl sjukvårdssystemet fungerar än patienter som inte varit delaktiga i sin vård. Detta gäller speciellt för patienter med vissa kända vårdbehov.
- ▶ Patienter med sämre självskattad hälsa ger sjukvården sämre omdömen än patienter med god självskattad hälsa, speciellt bland patienter med vissa kända vårdbehov.
- ▶ Patienternas självskattade hälsa spelar större roll i betygssättningen av sjukvården för patienter med vissa kända vårdbehov än för övriga patienter.



5.1 PATIENTERS ERFARENHETER AV VÅRDEN HAR SAMBAND MED HUR DE BEDÖMER KVALITETEN

Det finns tre kvalitetsmått för sjukvården och sjukvårdssystemet i sin helhet i IHP-undersökningen. Ett av dessa mått fokuserar på patienternas upplevelse av den faktiska vården som de har fått under de senaste tolv månaderna, medan de resterande två måtten fokuserar på mer generella kvalitetsbedömningar. I det här avsnittet presenterar vi resultaten av analyserna av hur patienterna bedömer kvaliteten på den medicinska vården de fått.

5.1.1 Analys av svenska patienters bedömningar av kvaliteten på medicinsk vård

Omkring hälften av patienterna i Sverige bedömer att den medicinska vården de fått de senaste 12 månaderna var utmärkt eller mycket bra. Det är rimligt att tänka att patienternas uppfattning om vårdens kvalitet har ett samband med deras tidigare erfarenheter i vården. Därför har vi undersökt vilka tidigare erfarenheter inom vården som är viktiga för vad de anser om kvaliteten på den medicinska vården de fått. Analysen inkluderar även patienternas bakgrund. Precis som tidigare redovisar vi resultaten från våra analyser separat för patienterna med vissa kända vårdbehov och övriga patienter. Tabell 9a och 9b ger en överblick över resultaten. Vi ser att det finns få skillnader i svaren mellan patienter med olika bakgrund, och fler skillnader mellan patienter med olika erfarenheter från vårdmötet.

Få skillnader utifrån patienternas demografiska bakgrund

Vår analys visar ett fåtal skillnader i patienternas kvalitetsuppfattning utifrån deras bakgrund. Varken ålder eller kön har betydelse. För patienter med vissa kända vårdbehov ser vi en skillnad mellan patienter som är födda i eller utanför Sverige. Det är mindre vanligt för patienter som är födda utanför Sverige att svara att kvaliteten på den medicinska vården är mycket bra eller utmärkt.

Åsikter om vårdens kvalitet skiljer sig åt utifrån inkomstnivå

Det finns vissa skillnader mellan patienter med olika socioekonomiska förhållanden i hur de svarar på frågan om vårdens medicinska kvalitet. Bland patienter utan vissa kända vårdbehov finns det en skillnad bland svaren utifrån patienternas inkomstnivå. För patienter utan vissa kända vårdbehov

Tabell 9a. Samband mellan att ge den medicinska vården ett bra betyg och patienternas bakgrund.

	Kvaliteten på medicinsk vård är utmärkt eller mycket bra		
Patienternas bakgrund	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	I jämförelse med
Demografi			
Kön			
Kvinna	–	–	Man
Ålder			
18–34 år	–	–	35–49 år
50–64 år	–	–	35–49 år
65+ år	–	–	35–49 år
Födelseland			
Född utanför Sverige	⬇	–	Född i Sverige
Socioekonomi			
Inkomst			
Under genomsnittet	–	–	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	–	⬆	Genomsnittlig inkomst
Utbildning			
Grundskoleutbildning	⬇	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	–	–	Gymnasial utbildning
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	⬇	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	⬆	⬆	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	–	–	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	–	–	Upplever inte känslomässiga problem

Not: Att en bakgrunds faktor har ett statistiskt säkerställt samband med bättre upplevd kvalitet på den medicinska vården symboliseras med grön pil. Om en bakgrunds faktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med sämre upplevd kvalitet på den medicinska vården symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras erfarenheter av kvaliteten på medicinsk vård markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.



ser vi att höginkomsttagare oftare tycker att vården har hög kvalitet jämfört med patienterna med lägre inkomst. Vi ser att patienter med vissa kända vårdbehov och grundskoleutbildning som högsta utbildning mindre ofta svarar att den medicinska vården har hög kvalitet.

Patienternas med god hälsa mer nöjda med kvaliteten

Patienter med bra självskattad hälsa svarar oftare att vården de fått under de senaste tolv månaderna hade god kvalitet jämfört med patienter som skattar sin hälsa som sämre. Tabell 9a visar att patienter med vissa kända vårdbehov som också bedömer sin egen hälsa som dålig mindre ofta tycker att den medicinska vården är av god kvalitet än de patienter som skattar sin egen hälsa som god.

Det finns inte någon skillnad i omdömet av vården utifrån om patienterna upplever känslomässiga problem eller inte, eller utifrån om deras hälsa begränsar deras vardag eller inte.

Tillgänglighet och fast läkarkontakt har samband med patienternas upplevelse av kvaliteten

Vi har också analyserat hur sambanden ser ut mellan tillgängligheten till sjukvården, förekomsten av en fast läkarkontakt och patienternas bedömning av den medicinska vårdens kvalitet. Resultatet av vår analys finns i tabell 9b. I tabellen ser vi att alla tre frågor som handlar om vårdens tillgänglighet har samband med vilket omdöme patienterna ger den medicinska vård de fått. Det är vanligare att patienter som upplever en tillgänglig sjukvård svarar att den medicinska vård de fått under de senaste tolv månaderna har varit mycket bra eller utmärkt. Detta samband gäller i båda patientgrupper i analysen.

Vi ser också att det är vanligare att patienter som har en fast läkarkontakt svarar att vården har en hög medicinsk kvalitet än de patienter som inte har en fast läkarkontakt. Däremot ser vi ingen skillnad i svaren för patienterna med vissa kända vårdbehov med eller utan en annan regelbunden vårdkontakt utöver sin vanliga läkare (tabell 22, bilaga 6).

Goda erfarenheter av information har samband med positiv syn på vårdens kvalitet

Det finns flera samband mellan patienternas omdöme av den medicinska vård de fått och hur väl informationsutbytet har fungerat mellan patient och sjukvården (tabell 9b). Patienter som svarar att de fått motstridig information

Tabell 9b. Samband mellan att ge den medicinska vården ett bra betyg och patienternas erfarenheter i vårdmötet.

	Kvaliteten på medicinsk vård är utmärkt eller mycket bra		
Patienternas erfarenheter av vården	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	I jämförelse med
Yttre erfarenheter av vården			
Tillgänglighet			
Får en tid inom sju dagar	↗	↗	Får inte en tid inom sju dagar
Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen	↗	↗	Får inte alltid svar samma dag från läkarmottagningen
Mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger	↗	↗	Mycket eller ganska svårt att få vård på kvällar och helger
Processer inom vården			
Har en fast läkarkontakt	↗	↗	Har inte en fast läkarkontakt
Inre erfarenheter av vården			
Information			
Har förekommit att testresultat och journaler inte är tillgängliga	–	–	Testresultat och journaler har varit tillgängliga
Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit	↘	↘	Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har inte förekommit
Vårdpersonal känner alltid till viktig information om medicinsk historia	↗	–	Vårdpersonal känner inte alltid till viktig information om medicinsk historia
Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt	↗	↗	Vårdpersonalen förklarar inte alltid på ett enkelt sätt
Delaktighet			
Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen	↗	–	Får inte alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen
Involveras alltid i beslut kring vård och behandling	↗	–	Involveras inte alltid i beslut kring vård och behandling
Samordning			
Får alltid hjälp med att samordna sin vård	↗	↗	Får inte alltid hjälp med att samordna sin vård

Not: Att en bakgrunds faktor har ett statistiskt säkerställt samband med bättre upplevd kvalitet på den medicinska vården symboliseras med grön pil. Om en bakgrunds faktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med sämre upplevd kvalitet på den medicinska vården symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras erfarenheter av kvaliteten på medicinsk vård markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.



från olika läkare och vårdpersonal svarar mindre ofta än andra patienter att den medicinska kvaliteten på deras vård är god. Detta gäller för både patienter med vissa kända vårdbehov och övriga patienter. Däremot finns inget samband mellan att ha varit med om att testresultat och journaler inte varit tillgängliga, och hur de bedömer den medicinska vård de fått.

Patienter som upplever att läkare och vårdpersonalen alltid förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå svarar oftare att den medicinska kvaliteten på vården de fått är bra. Vi ser också att patienter med vissa kända vårdbehov som svarar att vårdpersonalen alltid känner till viktig information om deras medicinska historia oftare svarar att den medicinska vården de fick hade hög kvalitet, än patienter som uppgav att deras läkare eller vårdpersonal inte alltid känner till all relevant information. Vi kan inte se samma samband för övriga patienter.

Delaktiga patienter bedömer också kvaliteten högre

Patienter med vissa kända vårdbehov som svarar att läkare och vårdpersonal alltid involverar dem så mycket som de önskar i beslut om deras egen vård svarar oftare att den medicinska kvaliteten på vården är hög. Samma sak ser vi för patienter som svarar att läkare och vårdpersonal alltid tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem. Dessa samband mellan delaktighet och bedömning av vårdens kvalitet finns inte för patienter utan vissa kända vårdbehov.

Samband mellan goda erfarenheter av samordning och vårdens kvalitet

Patienter som svarar att de alltid får hjälp att samordna vården de får från andra läkare eller mottagningar än sin ordinarie svarar också oftare att den medicinska kvaliteten på vården de har fått är hög än patienter som inte får hjälp med samordningen. Detta gäller både för patienter med vissa kända vårdbehov, och övriga patienter.

5.1.2 Patienters erfarenheter inom vården har samband med omdömen om vårdens kvalitet

Patienternas uppfattning om kvaliteten på erhållen medicinsk vård skiljer sig mer utifrån deras erfarenheter i vården än deras bakgrund. Det är större storleksskillnader i patienternas svar mellan olika erfarenheter i vården

än mellan patienter med olika bakgrund. Enda undantaget är patienternas självskattade hälsa. Där ser vi att en av de största skillnaderna i uppfattningen om kvaliteten på erhållen medicinsk vård finns mellan patienter med mycket god självskattad hälsa jämfört med andra patienter, där patienter med god självskattad hälsa tycker att kvaliteten på erhållen vård är högre än andra patienter.

För patienter med vissa kända vårdbehov finns den viktigaste skillnaden i hur patienterna bedömer vårdens medicinska kvalitet mellan patienterna som har en fast läkarkontakt och de som inte har en. Skillnaden är 12 procentenheter. För patienter utan förväntade vårdbehov ser vi att den viktigaste skillnaden i hur de bedömer vårdens medicinska kvalitet finns mellan patienter som upplever att de får motstridig information från vårdpersonalen, och de som inte upplever det. Det finns även en stor skillnad i hur vanligt det är att patienterna svarar att den medicinska vården har hög kvalitet mellan dem som alltid får hjälp att samordna sin vård, och de som inte får hjälp med samordningen.

5.2 OMDÖMEN OM VÅRDENS OCH SJUKVÅRDSSYSTEMETS KVALITET SKILJER SIG MELLAN PATIENTER

I IHP-undersökningen har patienterna tagit ställning till hur de bedömer sjukvårdens övergripande kvalitet, och hur väl de anser att sjukvårdssystemet fungerar. I det här avsnittet presenterar vi resultaten av patienternas svar, och hur de ser ut utifrån patienternas bakgrund och erfarenheter av vården.

5.2.1 Analys av patienters uppfattningar av vårdens och sjukvårdssystemets kvalitet

Drygt 4 av 10 patienter tycker att den övergripande kvaliteten på sjukvården var utmärkt eller mycket bra medan strax över 4 av 10 anser att sjukvårdssystemet fungerar bra. Patienternas syn på vårdens övergripande kvalitet och på hur väl sjukvårdssystemet fungerar varierar utifrån deras bakgrund och erfarenheter inom vården. I det här avsnittet presenterar vi våra resultat av analysen kring detta. Tabell 10a och b ger en överblick över resultaten för de två frågorna om sjukvårdens kvalitet.

Tabell 10a visar sambanden mellan att ge sjukvårdens övergripande kvalitet ett gott betyg och patienternas bakgrund.



Tabell 10a. Samband mellan att ge sjukvårdens övergripande kvalitet ett gott betyg, att svara att sjukvårdssystemet fungerar bra och patienternas bakgrund.

Patienternas bakgrund	Den övergripande kvaliteten betygsätts vara utmärkt eller mycket bra		Hälsa- och sjukvårdssystemet beskrivs på det hela taget fungera bra		I jämförelse med
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	
Patienternas bakgrund					
Demografi					
Kön					
Kvinna	↘	–	↘	↘	Man
Ålder					
18–34 år	–	↗	–	–	35–49 år
50–64 år	–	–	–	–	35–49 år
65+ år	–	–	–	–	35–49 år
Födelseland					
Född i Sverige	–	–	–	–	Född utanför Sverige
Socioekonomi					
Inkomst					
Under genomsnittet	↘	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Över genomsnittet	–	–	–	–	Genomsnittlig inkomst
Utbildning					
Grundskoleutbildning	–	–	↗	–	Gymnasial utbildning
Eftergymnasial utbildning	–	–	–	–	Gymnasial utbildning
Hälsa					
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	↘	–	↘	–	Bra självskattad hälsa
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	↗	↗	–	–	Bra självskattad hälsa
Hälsa begränsar vardag	–	–	↘	–	Hälsa begränsar inte vardag
Upplever känslomässiga problem	↘	–	↘	–	Upplever inte känslomässiga problem

Not: Att en bakgrundsfaktor har ett statistiskt säkerställt samband med ett bättre kvalitetsomdöme symboliseras med grön pil. Om en bakgrundsfaktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med ett sämre kvalitetsomdöme symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras kvalitetsomdömen markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.

Få skillnader i demografisk bakgrund

Det finns få skillnader i patienternas svar om sjukvårdens kvalitet utifrån deras bakgrund. I tabell 10a ser vi att kvinnor med vissa kända vårdbehov mer sällan svarar att den övergripande kvaliteten på sjukvården är hög, eller att sjukvårdssystemet fungerar bra än män. Vår analys visar inga skillnader mellan män och kvinnor i de övriga patienternas åsikter om sjukvårdens övergripande kvalitet. Däremot är det mindre vanligt att kvinnor jämfört med män svarar att sjukvårdssystemet fungerar bra.

Vi kan också se att det är vanligare för patienter utan kända vårdbehov och som är mellan 18 och 34 år att svara att vårdens övergripande kvalitet är hög, jämfört med patienterna som är 35–49 år. Det finns inga skillnader mellan hur patienter födda i eller utanför Sverige svarar på dessa frågor.

Låginkomsttagare mindre nöjda

Vår analys visar att det finns socioekonomiska skillnader i vad patienterna med vissa kända vårdbehov tycker om sjukvårdens kvalitet. Låginkomsttagare svarar mindre ofta att sjukvårdens övergripande kvalitet är hög än medelinkomsttagare. Vi kan inte se någon skillnad i vad patienter med olika utbildningsnivå tycker om sjukvårdens övergripande kvalitet (tabell 10a).

Om patienterna i stället får frågan vad de tycker om det svenska sjukvårdssystemet ser vi att patienter med grundskoleutbildning som högsta utbildning oftare svarar att sjukvårdssystemet fungerar bra än vad patienter med en gymnasieexamen som högsta utbildning gör. Vi ser inga skillnader mellan olika inkomstgrupper för denna fråga.

Patienter med god hälsa tycker att kvaliteten är hög

Patienter som skattar sin hälsa som utmärkt eller mycket bra svarar oftare än andra patienter att sjukvården har en hög övergripande kvalitet (tabell 10a). För patienter med vissa kända vårdbehov ser vi också att patienter som på olika sätt upplever dålig hälsa mer sällan tycker att vårdens övergripande kvalitet är hög. De tycker också mindre ofta att det svenska sjukvårdssystemet fungerar bra än patienter med bättre självskattad hälsa.



Tabell 10b. Samband mellan att ge sjukvårdens övergripande kvalitet ett gott betyg, att svara att sjukvårdssystemet fungerar bra och patienternas erfarenheter inom sjukvården.

Patienternas erfarenheter av vården	Den övergripande kvaliteten betygsätts vara utmärkt eller mycket bra		Häls- och sjukvårdssystemet beskrivs på det hela taget fungera bra		I jämförelse med
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	
Yttre erfarenheter av vården					
Tillgänglighet					
Får en tid inom sju dagar	↗	–	↗	↗	Får inte en tid inom sju dagar
Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen	–	–	↗	–	Får inte alltid svar samma dag från läkarmottagningen
Mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger	↗	↗	↗	↗	Mycket eller ganska svårt att få vård på kvällar och helger
Processer inom vården					
Har en fast läkarkontakt	–	↗	↗	–	Har inte en fast läkarkontakt
Inre erfarenheter av vården					
Information					
Har förekommit att test resultat och journaler inte är tillgängliga	–	–	–	–	Testresultat och journaler har varit tillgängliga
Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit	↘	↘	↘	↘	Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har inte förekommit
Vårdpersonalen känner alltid till viktig information om medicinsk historia	–	–	–	–	Vårdpersonalen känner inte alltid till viktig information om medicinsk historia
Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt	–	–	–	↗	Vårdpersonalen förklarar inte alltid på ett enkelt sätt
Delaktighet					
Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen	↗	–	↗	–	Får inte alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen
Involveras alltid i beslut kring vård och behandling	↗	–	–	–	Involveras inte alltid i beslut kring vård och behandling
Samordning					
Får alltid hjälp med att samordna sin vård	–	–	↗	↗	Får inte alltid hjälp med att samordna sin vård

Not: Att en bakgrunds faktor har ett statistiskt säkerställt samband med ett bättre kvalitetsomdöme symboliseras med grön pil. Om en bakgrunds faktor i stället har ett statistiskt signifikant samband med ett sämre kvalitetsomdöme symboliseras det med röd pil i tabellen. Om det inte finns något statistiskt säkerställt samband mellan patienternas bakgrund och deras kvalitetsomdömen markeras det med ett streck i tabellen. För fördjupade statistiska resultat, se bilaga 5 och bilaga 6.

Tillgänglighet och att träffa samma personer i vården har samband med kvalitet

Vår analys visar att patienternas uppfattning om vårdens tillgänglighet har samband med vad de anser om sjukvårdens kvalitet. Patienter som upplever att vården är tillgänglig svarar i större utsträckning att sjukvårdens övergripande kvalitet är hög, och att det svenska sjukvårdssystemet fungerar bra (tabell 10b).

Patienter som har en fast läkarkontakt svarar oftare att kvaliteten på sjukvården är hög än de utan en fast kontakt (tabell 10b). Patienter med vissa kända vårdbehov och som har en annan regelbunden vårdkontakt svarar oftare att sjukvårdens övergripande kvalitet är utmärkt eller mycket bra (tabell 23, bilaga 6) än de utan.

Samband mellan goda erfarenheter i vårdmötet och högre omdömen av vårdens kvalitet

Patienterna svarar mer sällan att den övergripande kvaliteten på sjukvården är hög eller att sjukvårdssystemet fungerar bra, om de också svarat att de alltid får motstridig information från olika läkare och vårdpersonal (tabell 10b). Patienterna svarar också oftare att det svenska sjukvårdssystemet fungerar bra om de alltid får hjälp att samordna sin vård.

Patienter med vissa kända vårdbehov som svarat att de varit delaktiga i sin egen vård svarar oftare än andra att de tycker att sjukvårdens övergripande kvalitet är hög.

5.2.2 Patienters erfarenheter av vården är viktigare än deras bakgrund

Vi ser att patienternas uppfattning om vårdens övergripande kvalitet och om det svenska sjukvårdssystemets kvalitet varierar mer utifrån deras erfarenheter i vården än deras bakgrund. Det är alltså förhållandevis små skillnader mellan svaren för patienter från olika demografisk bakgrund och socioekonomiska förhållanden. De större skillnaderna finns i stället mellan patienter som upplever att de alltid får motstridig information eller inte, hur tillgänglig de upplever vården och om de får hjälp att samordna sin vård.

För patienter med vissa kända vårdbehov ser vi att de största skillnaderna i hur vanligt det är att tycka att vårdens övergripande kvalitet är hög finns mellan patienter med olika självskattad hälsa, och mellan patienter som alltid får tillräckligt med tid tillsammans med vårdpersonalen, jämfört med de som inte får det. Att antingen ha sämre självskattad hälsa eller att inte få tillräckligt med tid med vårdpersonalen är förenat med att i mindre utsträckning än andra patienter tycka att vårdens övergripande kvalitet är god.



När det gäller patienter utan vissa kända vårdbehov ser vi att de största åsiktsskillnaderna om vårdens kvalitet finns mellan patienter med olika goda erfarenheter från tillgängligheten och informationsutbytet i vården. Patienter som upplever att det alltid är enkelt att få vård på kvällar och helger svarar oftare att vårdens övergripande kvalitet är mycket bra eller utmärkt än patienter som inte upplever det lika lätt att få vård. Andra aspekter av patienternas bakgrund eller erfarenheter har mindre betydelse för skillnaden mellan grupperna. Detsamma gäller för patienter som upplever att de alltid får motstridig information av olika läkare och vårdpersonal, och de som inte upplever det.



Resultat och reflektioner

Att ha kunskap om svenska patienters erfarenheter av sina möten med vården är viktigt för att kunna utveckla en personcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård som patienterna känner förtroende för. Befolkningens förtroende för vården är en förutsättning för ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem (Vårdanalys, 2018a). En källa till kunskap om patienters erfarenheter av vården är den internationella undersökningen International Health Policy survey (IHP-undersökningen). Vi har i den här rapporten fördjupat förståelsen av resultaten i IHP-undersökningen genom att analysera svenska patienters erfarenheter av vården. Genom att belysa hur olika patienter ser på bemötandet inom svensk sjukvård är förhoppningen att rapporten kan tjäna som ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvårdens huvudmän och aktörer i arbetet mot ett vårdmöte som kännetecknas av god kvalitet för alla patienter.

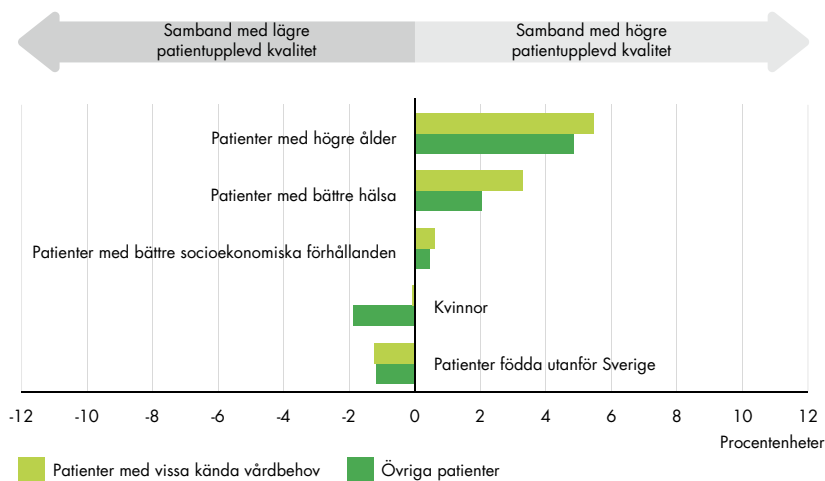
Nedan sammanfattar vi de samband som vi utifrån 2016 års IHP-undersökning ser mellan svenska patienternas erfarenheter av vårdmötet för de fem kvalitetsdimensionerna – tillgänglighet, kontinuitet, information, delaktighet och samordning – och deras demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga förhållanden. För att ge en överblick av hur sambanden ser ut och dess styrka visar vi genomsnittet av de tidigare presenterade sambanden mellan patienternas bakgrunder och patienternas erfarenheter och omdömen av vården. Det här innebär exempelvis att vi istället för att redovisa hur erfarenheterna av vården skiljer sig mellan män och kvinnor för ett dussintal olika kvalitetsmått beräknar genomsnittet av skillnaderna mellan män och kvinnor för de samband som är statistiskt säkerställda. På så vis sammanfattar vi skillnader i erfarenheter och omdömen mellan män och kvinnor i *ett* mått. Ett positivt mått betyder samband med bättre erfarenheter och ett negativt mått betyder samband med sämre erfarenheter.



6.1 ÄLDRE OCH PATIENTER MED BÄTTRE SJÄLVSKATTAD HÄLSA HAR MER POSITIVA ERFARENHETER AV VÅRDMÖTET

De mest markanta resultaten är att äldre patienter och patienter med bättre självskattad hälsa uppfattar vårdens kvalitet som bättre utifrån de patienterfarenheter som mäts i IHP-undersökningen. Vi ser också att kvinnor upplever vårdens kvalitet som något sämre jämfört med män och att utrikes födda upplever vårdens kvalitet som något sämre jämfört med inrikes födda. Patienternas socioekonomiska förhållanden har också en viss betydelse, där högre inkomst och högre utbildning oftast har samband med bättre kvalitetsupplevelser.

Figur 4. Genomsnittliga samband mellan patienternas bakgrund och erfarenheter inom fem kvalitetsdimensioner i IHP-undersökningen 2016.



Not: I bilaga 3 beskrivs närmare hur sambanden beräknats.

Vi ser också att patienternas erfarenheter av vården skiljer sig åt i större utsträckning för patienter med vissa kända vårdbehov sedan tidigare än för övriga patienter.

För att få större förståelse för hur sambanden ser ut har vi också studerat dessa för var och en av de fem kvalitetsdimensionerna tillgänglighet, kontinuitet, information, delaktighet och samordning, vilka alla är centrala begrepp i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

6.1.1 Patienterna med bättre självskattad hälsa har mer positiva erfarenheter av vårdens tillgänglighet

Patienter som skattar sin hälsa som bättre än övriga uppger oftare att de får en tid hos en läkare eller vårdpersonal inom sju dagar, liksom att de får svar från sin läkarmottagning samma dag som de ställt en medicinsk fråga. De uppger också i större utsträckning att det var enkelt att få vård på kvällar, helger, och helgdagar utan att behöva besöka akuten. Patienter som är födda utanför Sverige uppger att de får vänta längre på att få vård än patienter födda i Sverige.

6.1.2 Äldre, patienter med sämre självskattad hälsa och höginkomsttagare har oftare regelbunden vårdkontakt

Det är vanligare att äldre patienter uppger att de har en fast läkarkontakt än yngre. Patienter som har vissa kända vårdbehov sedan tidigare träffar oftare samma personer i vården om deras självskattade hälsa är sämre och om hälsan begränsar deras vardag. Det är också vanligare att patienter med högre inkomst än snittet har en fast läkarkontakt.

6.1.3 Äldre och patienter med bättre självskattad hälsa är mer nöjda med informationen

Patienter som är äldre och de som skattar sin hälsa som bättre än övriga uppger i IHP-undersökningen i högre grad att de har haft ett gott informationsutbyte med vården. Samma patienter uppger också i mindre utsträckning att det har funnits brister i informationsutbytet med hälso- och sjukvården. Kvinnor upplever däremot i mindre utsträckning än män att informationsutbytet med vården fungerar bra.

6.1.4 Äldre och patienter med bättre självskattad hälsa upplever en högre delaktighet i den egna vården

Patienter med högre ålder och bättre självskattad hälsa upplever i större utsträckning att de är delaktiga i den egna vården. De svarar oftare att läkaren eller vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem, och de känner sig oftare involverade så mycket som de önskar i beslut om sin vård och behandling. Vi ser också att patienter med högre inkomst oftare uppger att de är delaktiga i besluten om sin vård, än patienter med lägre inkomst.



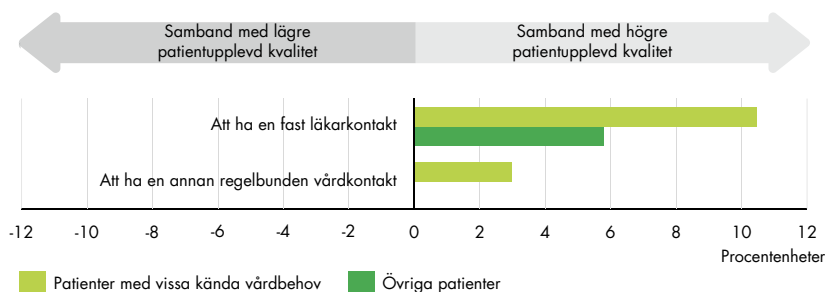
6.1.5 Patienter med bättre självskattad hälsa har mer positiva erfarenheter av samordning av vården

Det är vanligare att patienter med bättre självskattad hälsa uppger att ordinarie läkare eller någon på läkarens arbetsplats hjälper till att samordna den vård patienten får från andra läkare och vårdenheter. Våra analyser visar också att patienter födda utanför Sverige i lägre grad än patienter födda i Sverige uppger att de får hjälp att samordna sin vård.

6.2 PATIENTER SOM HAR PERSONKONTINUITET I VÅRDEN ÄR NÖJDARE

Patienter som har personkontinuitet i vården i form av fast läkarkontakt eller annan vårdprofession svarar oftare att kommunikationen med vården fungerar bra, att de alltid är delaktiga i sin egen vård och att de får hjälp med samordningen av vården än patienter som inte träffar samma personer i vården.

Figur 5. Genomsnittliga samband mellan patienternas personkontinuitet inom vården och deras erfarenheter av vården rörande information, delaktighet och samordning.



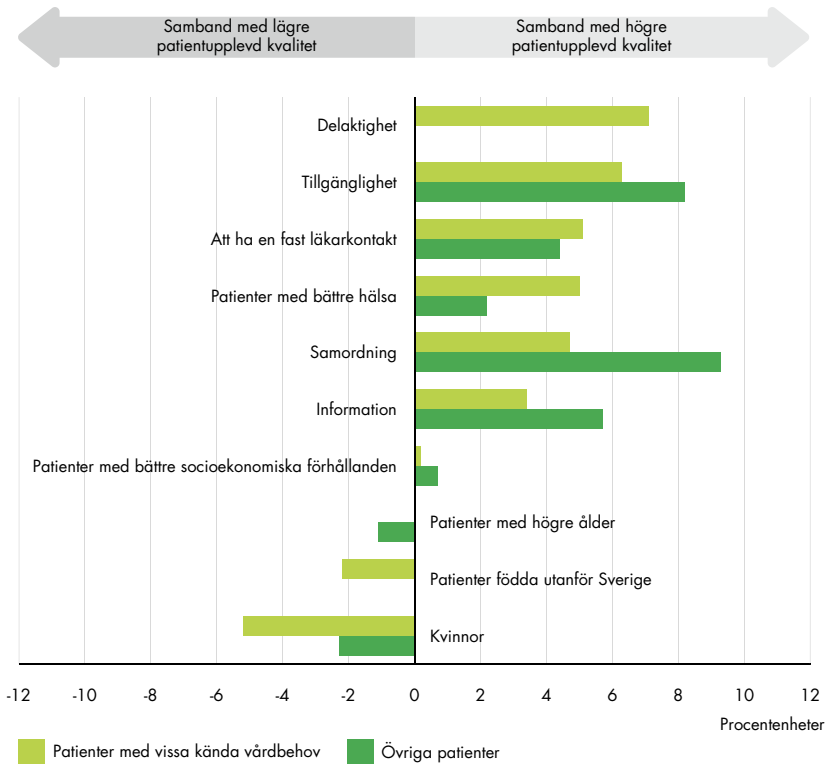
Not: Endast patientgruppen med vissa kända vårdbehov har fått frågan om de har en annan regelbunden vårdkontakt.

Vi ser också att sambandet mellan att träffa samma personer i vården och att ha goda erfarenheter av vårdmötet är starkare för patienter med vissa kända vårdbehov jämfört med övriga patienter.

6.3 GODA ERFARENHETER AV VÅRDMÖTEN ÄR VIKTIGARE FÖR BEDÖMNINGAR AV VÅRDENS KVALITET ÄN PATIENTERNAS BAKGRUND

Hur patienterna bedömer vårdens övergripande kvalitet har starkare samband med patienternas erfarenheter från sina möten med vården jämfört med deras bakgrundsegenskaper. Även om till exempel patienternas ålder har ett starkt samband med patienternas erfarenheter från vårdmöten, så spelar åldern mindre roll för patienternas övergripande omdömen av vårdens kvalitet än hur de upplevde kvaliteten på vårdmötena.

Figur 6. Genomsnittliga samband mellan patienternas övergripande omdömen av vårdens kvalitet och deras erfarenheter av vårdmötet respektive bakgrundsegenskaper.



Vi ser att möjligheten att vara delaktig i sin egen vård är särskilt viktigt för att patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov ska vara nöjda med vården de har fått. För övriga patienter ser vi däremot att tillgänglighet, samordning och god information är de faktorer som har störst betydelse för

hur de bedömer vårdens kvalitet. Även patienternas bakgrundsegenskaper spelar in. Utrikesfödda ger vården lägre kvalitetsomdömen jämfört med inrikes födda och kvinnor ger vården lägre kvalitetsomdömen män.

6.4 HUR SKA SAMBANDET MELLAN HÄLSA OCH MER POSITIVA ERFARENHETER TOLKAS OCH FÖRSTÅS?

Det finns flera möjliga förklaringar till det starka samband mellan god självskattad hälsa och mer positiva erfarenheter av vården som vi ser i den här rapporten. Till att börja med är det dock viktigt att understryka att resultaten endast ser till om det finns ett samband mellan olika variabler, och inte till orsakssamband.

En möjlig förklaring till sambandet är så kallad direkt påverkan, det vill säga att patienter med bättre hälsa får en vård som de är mer nöjda med just på grund av att de har en hög självskattad hälsa; och vice versa, att patienter med sämre hälsa erhåller en vård de är mindre nöjda med just på grund av att det har en låg självskattad hälsa. Om det är denna förklaring som ligger till grund för sambandet mellan god självskattad hälsa och mer positiva erfarenheter av vården så är det problematiskt ur jämlikhetssynpunkt.

En annan möjlig förklaring till det positiva sambandet mellan god självskattad hälsa och bättre erfarenheter från vården är så kallad omvänd påverkan. I det här sammanhanget innebär denna förklaring att de erfarenheter patienten tar med sig från vårdmötet också påverkar patientens uppfattning kring sin hälsa. Det kan hända om exempelvis det bemötande och den information patienten får från vårdens personal påverkar patientens uppfattning om sin egen hälsa.

En tredje möjlig förklaring är att sambandet beror på en utomstående faktor som vi inte har möjlighet att kontrollera för eller känner till. Ett exempel kan vara hur pass tillfreds med livet patienten är överlag. För en patient som är mer tillfreds överlag kan det vara troligare att se på sin egen hälsa och mötet med vården från ett mer positivt perspektiv. Det samband mellan självskattad hälsa och erfarenheter av vården som vi fångar upp i den statistiska analysen mäter i så fall främst skillnader i allmän nöjdhet mellan patienter.

Förmodligen speglar resultaten en blandning av de här tre förklaringarna. Vilken förklaring som är mest trolig och som ligger bakom de samband vi ser kan vi inte slå fast. Men i litteraturen lyfts just att personer med bättre självskattad hälsa också i högre utsträckning rapporterar att de är nöjda med vården (Wolf med flera 2012, Rahmqvist och Bara 2010, Bleich med

flera 2009). Detta gör att det är extra viktigt att förstå vad som ligger bakom sambanden mellan patienters självskattade hälsa och hur de upplever vården.

6.5 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Avslutningsvis gör vi följande reflektioner baserat på rapportens resultat.

6.5.1 Det behövs mer kunskap om varför vissa grupper har mindre positiva erfarenheter av vården

Vår analys visar att yngre patienter och patienter med låg självskattad hälsa upplever sina möten med vården som sämre än andra. Analysen visar också att patienter med högre inkomster i större utsträckning har en fast läkarkontakt. Det är problematiskt ur jämlikhetssynpunkt, eftersom patienter med en fast vårdkontakt har bättre erfarenheter av vården.

För att tillgodose alla patienters behov av god vård och ett gott bemötande, utifrån patienternas individuella förutsättningar, behöver kunskapen öka om vad det är som gör att olika grupper har så olika erfarenheter av vården. Utan den kunskapen kommer det att vara svårt att förbättra situationen och jämna ut skillnaderna mellan grupperna. Kunskapsuppbyggnaden kan handla om att studera om vården faktiskt bemöter patienter på olika sätt eller om patienter upplever vårdens bemötande på olika sätt. Det kan också handla om att studera hur vården på bästa sätt kan kommunicera med patienter, för att skapa möten som i så stor utsträckning som möjligt kännetecknas av hög kvalitet för alla patienter.

6.5.2 Personkontinuitet i vården har betydelse för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård

För att få en bättre förståelse av vad som kan förklara skillnader mellan patienter i deras möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård inkluderade analysen också processer inom vården i form av personkontinuitet. Att som patient ha möjligheten att själv vara en medaktör i sin egen vård beror bland annat på hur väl kommunikationen med vårdens personal fungerar, vilka möjligheter man har som patient att vara delaktig i sin egen vård, samt hur väl samordningen fungerar mellan olika vårdinstanser. Resultaten indikerar att de patienter som träffar samma personer i vården – antingen i form av fast läkarkontakt eller annan vårdprofession – i högre utsträckning upplever att



kommunikationen med vården fungerar väl, att de är mer delaktiga i sin egen vård och att samordningen av vården mellan olika vårdinstanser fungerar bättre. Patienter som träffar samma personer i vården är också mer nöjda med sin medicinska vård och ger ett högre betyg till sjukvårdens övergripande kvalitet och tycker att sjukvårdssystemet fungerar bättre jämfört med patienter som inte träffar samma personer i vården. Vi drar därför slutsatsen att det har betydelse för patienter att få träffa samma personer i vården för deras upplevelse av vårdens kvalitet. Vi vet också att det har betydelse för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård (Vårdanalys, 2018b).

Men regelbunden vårdkontakt är bara en form av kontinuitet inom sjukvården. Eftersom vi inte haft möjlighet att analysera andra former av kontinuitet (IHP-undersökningen är begränsad till enbart fast läkarkontakt, och annan regelbunden vårdprofession för patienter med vissa sedan tidigare kända vårdbehov), är det möjligt att andra former av kontinuitet har ännu större betydelse för hur patienter upplever vården. Vi ser därmed att det finns behov av att bygga upp kunskapen om betydelsen av olika former av kontinuitet i vården för att få en större förståelse för vilken form av kontinuitet som är viktig för patienter och om det är så att betydelsen av kontinuitet skiljer sig mellan olika grupper av patienter.



Referenser

- Arnetz, J., Arnetz, B. (2009). Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 8 nr 3 s. 174–181.
- Bleich, S., Özaltın, E., Murray, C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 87 nr 4 s. 271–278.
- Coulter, A., Parsons, S., J. Askham (2008), *Where are the patients in decision-making about their own care?*, Policy Brief for the WHO European Ministerial Conference on Health Systems, 25–27 June 2008, Tallinn, Estonia.
- Hanssens, L., Detollenaere, J., Hardyns, W., Willems, S. (2016). Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. *International Journal of Public Health*. Vol. 61 nr 4 s. 443–454.
- IVO- Inspektionen för vård och omsorg (2017). *Hur upplever patienter och närstående vården?* IVO 2017-16.
- Kandelaki, K., Marrone, G., Stålsby Lundborg, C., Schmidt, I.; Björkman I. (2015). Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. *British Medical Journal Open*. 2016:6.
- Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BioMed Central*, vol. 65, nr. 10.
- Lamarche, P. A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J. (2003). Choices for change: The path for restructuring primary healthcare services in Canada. *Canadian Health Services Research Foundation*.
- Rahmqvist, M., Bara, A. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 22 nr 2 s. 86–92.

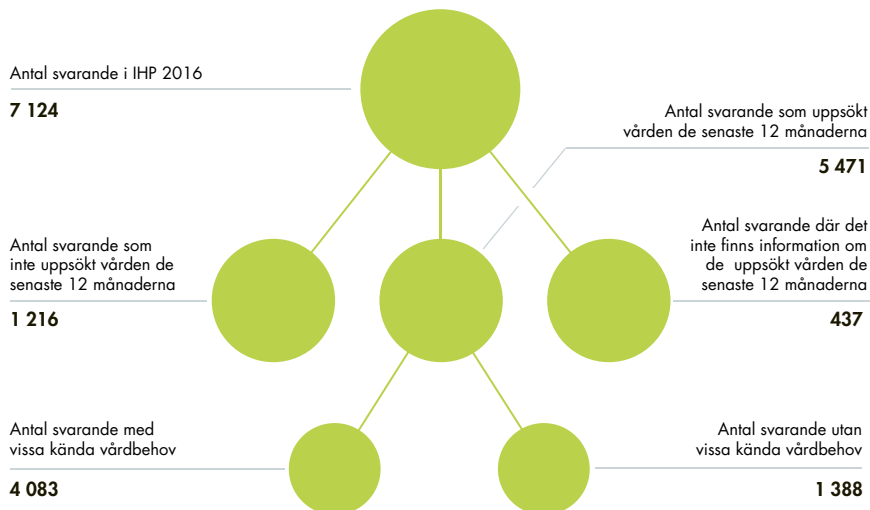
- Socialstyrelsen (2009a). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009b). *Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009c). *Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (1999), *Patient–läkarrelationen*, SBU:s publikationsserie 144, 1999.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2018), *Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018*, 2018-06-04.
- Sveriges Läkarförbund (2018). *Sveriges Läkarförbund Allmänhetsundersökning: "Fast läkarkontakt"*. http://www.mynewsdesk.com/se/sveriges_lakarforbund/documents/ny-novusundersokning-om-vaarden-77493 [Hämtat 2018-10-26].
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*. Vol. 11 nr 12.
- Vårdanalys - Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018a). *Från mottagare till medskapare*. Rapport 2018:8. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018b). *Förnuft och känsla*. Rapport 2018:4. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2017a). *Från medel till mål*. Rapport 2017:9. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2017b). *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*. PM 2017:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2017c). *Lag utan genomslag*. Rapport 2017:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*. PM 2016:5. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2015). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning*. Rapport 2015:1. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2014). *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*. PM 2017:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Wolf, A., Olsson, L., Taft, C., Swedberg, K., Ekman, I. (2012). Impacts of patient characteristics on hospital care experience in 34,000 Swedish patients. *BMC Nursing*. Vol. 11 nr 8.



BILAGA 1 – BESKRIVNING AV ENKÄTUNDERSÖKNINGEN

I IHP-undersökningen var målet att samla in svar från 7 000 individer i befolkningen stratifierade efter landsting och efter huruvida individerna hade fast eller mobilt telefonnummer. Datainsamlingen fortsatte till dess att tillräckligt många svar inkommit för att fylla respektive strata. Vi analyserar i den här rapporten endast personer som varit i kontakt med vården de senaste 12 månaderna. Figur 7 nedan redovisar hur många deltagare i 2016 års IHP-undersökning som besök respektive inte besökt vården de senaste 12 månaderna. Av total 7 124 svarande deltagare hade 5 471 besökt vården de senaste 12 månaderna. Av dessa så hade 4 083 vissa kända vårdbehov medan övriga patienter uppgick till 1 388. Vi ser även ett visst bortfall av deltagare. För 437 stycken svarande finns det ingen information om de besök vården de senaste 12 månaderna eller inte.

Figur 7. Träddiagram över antalet respondenter i IHP 2016.



I tabell 11 nedan presenterar vi patienternas bakgrund för de patienter som ingår i våra analyser uppdelade på patienter med vissa kända vårdbehov och övriga patienter.

Tabell 11. Deskriptiv statistik över respondenterna som ingår i analyserna utifrån bakgrunds-faktorer.

	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Antal observationer	4 083	1 388
Demografi		
<i>Kön</i>		
Kvinna	56 %	49 %
Man	44 %	51 %
<i>Ålder</i>		
18–24 år	2 %	8 %
25–34 år	5 %	15 %
35–49 år	9 %	22 %
50–64 år	17 %	22 %
65+ år	67 %	34 %
<i>Födelseled</i>		
Född i Sverige	91 %	88 %
Född utanför Sverige	9 %	12 %
Socioekonomi		
<i>Inkomst</i>		
Under genomsnittet	46 %	28 %
Genomsnittlig	18 %	19 %
Över genomsnittet	28 %	46 %
<i>Utbildning</i>		
Högsta utbildning grundskola	32 %	15 %
Gymnasieexamen	31 %	39 %
Högsta utbildning eftergymnasial	36 %	45 %
Hälsa		
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	40 %	13 %
Bra självskattad hälsa	38 %	33 %
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	22 %	54 %
Hälsa begränsar vardag	34 %	12 %
Upplever känslomässiga problem	23 %	12 %
Regioner		
Stockholm	8 %	8 %
Uppsala	5 %	5 %
Södermanland	4 %	4 %
Östergötland	4 %	4 %
Jönköping	4 %	4 %
Kronoberg	5 %	5 %
Kalmar	4 %	4 %

forts.

	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Gotland	2 %	2 %
Blekinge	4 %	4 %
Skåne	9 %	9 %
Halland	5 %	5 %
Västra Götaland	9 %	9 %
Värmland	4 %	4 %
Örebro	4 %	4 %
Västmanland	4 %	4 %
Dalarna	4 %	4 %
Gävleborg	3 %	3 %
Västernorrland	5 %	5 %
Jämtland	4 %	4 %
Västerbotten	4 %	4 %
Norrbottn	4 %	4 %

Not: Det föreligger ett visst bortfall på vissa frågor på grund av att patienterna inte svarat på alla frågor. Av den här anledningen summerar exempelvis inte patienternas inkomstandelar till 100 %.

Vi ser i tabellen ovan att patienter med vissa kända vårdbehov i genomsnitt är äldre än övriga patienter, har lägre inkomst och utbildning samt sämre självskattad hälsa. Patienternas regionala fördelning visas längst ner i tabellen. Vilken region patienterna bor i ingår som kontrollvariabel i våra analyser.

De enkätfrågor patienterna har fått besvara delas i den här rapporten in i de två kategorierna vi benämner ”yttre” och ”inre” erfarenheter av vården. Figur 8 nedan ger en överblick av de patienterfarenheter vi undersöker.

Figur 8. Frågorna i IHP-undersökningen som berör patienternas erfarenheter av vården grupperas i två undergrupper.



I tabell 12 nedan presenterar vi de enkätfrågor som patienterna fått besvara. Vi kategoriserar varje frågas svarsalternativ i två kategorier vilket innebär att flera svarsalternativ slås samman till ett svar. De två kategorierna med sammanslagna svarsalternativ redovisas uppdelade i vardera respektive kolumn i tabellen.

Tabell 12. Enkätfrågor om patientens erfarenheter av vården och kategorisering frågornas svarsalternativ.

	Enkätfråga	Svarsalternativ 1	Svarsalternativ 2
Tillgänglighet			
Får en tid inom sju dagar	Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska?	Samma dag, nästa dag, inom två till fem dagar, inom sex till sju dagar	Åtta till fjorton dagar, mer än fjorton dagar, eller lyckades aldrig att få en tid
Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen	När du kontakter din ordinarie läkarmottagning med en medicinsk fråga under ordinarie mottagningstid, hur ofta får du svar samma dag?	Alltid	Ofta, ibland, sällan, eller aldrig
Mycket eller ganska lätt att få vård på kvällen och helger	Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning?	Mycket lätt, ganska lätt	Ganska svårt, mycket svårt
Kontinuitet			
Har en fast läkarkontakt	Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? Till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?	Ja, jag har en läkare som jag vanligen går till. Ja, men har fler än en ordinarie läkare	Nej
Annan regelbunden vårdkontakt	Förutom din vanliga läkare, finns det en sjuksköterska eller annan vårdpersonal som regelbundet är delaktig i din sjukvård som exempelvis diskuterar testresultat och behandlingsplaner eller ger råd om din hälsa?	Ja	Nej
Information			
Har förekommit att testresultat och journaler inte är tillgängliga	Om du tänker på de senaste gångerna du fick vård för medicinska problem under de senaste två åren, hände det då NÅGONSIN att: Testresultat eller journalanteckningar inte har funnits tillgängliga vid tidpunkten för ditt bokade besök	Ja, det har hänt	Nej, det har inte hänt
Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit	Om du tänker på de senaste gångerna du fick vård för medicinska problem under de senaste två åren, hände det då NÅGONSIN att: Du fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal	Ja, det har hänt	Nej, det har inte hänt
Vårdpersonal känner alltid till viktig information om medicinsk historia	När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar läkaren eller personalen... Känna till viktig information om din medicinska historia	Alltid	Ofta, ibland, sällan, eller aldrig
Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt	När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar läkaren eller personalen... Förklara saker på ett sätt som är lätt att förstå	Alltid	Ofta, ibland, sällan, eller aldrig
Delaktighet			
Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen	När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar läkaren eller personalen... Tillbringa tillräckligt med tid tillsammans med dig	Alltid	Ofta, ibland, sällan, eller aldrig
Involveras alltid i beslut kring vård och behandling	När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar läkaren eller personalen... Involvera dig så mycket du önskar gällande beslut om din vård och behandling	Alltid	Ofta, ibland, sällan, eller aldrig
Samordning			
Får alltid hjälp med att samordna sin vård	Hur ofta hjälper din ordinarie läkare eller någon på din läkares praktik till att koordinera eller planera den vård du får från andra läkare och ställen?	Alltid	Ofta, ibland, sällan, eller aldrig

De patienterfarenheter som undersöks och som presenteras i tabell 12 ovan överensstämmer väl med de aspekter av vårdmötet som sedan lång tid varit reglerade i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (prop. 1981/82:97).

I tabell 13 nedan presenterar vi hur respektive patientgrupp besvarat frågorna i genomsnitt. Överlag ser patienternas erfarenheter av vården likadana ut. De största skillnaderna mellan grupperna ser vi i andelen med fast läkarkontakt, vårdpersonalens kännedom om patientens medicinska historia och om de fått hjälp att samordna vård. Patientgruppen övriga patienter har ej fått frågan om de har en annan regelbunden vårdpersonal.

Tabell 13. Deskriptiv statistik av patientens erfarenheter av vården.

	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Tillgänglighet		
Får en tid hos en läkare eller sjuksköterska inom sju dagar	82 %	86 %
Får alltid svar från ordinarie mottagning på en medicinsk fråga inom en dag	50 %	52 %
Enkelt att få hjälp på kvällen och helger utan att behöva besöka akuten	27 %	29 %
Processer inom vården		
Har en fast läkarkontakt	63 %	41 %
Har annan regelbunden vårdpersonal	36 %	–
Information		
Testresultat och journaler har inte alltid funnits tillgängliga vid bokat besök	9 %	7 %
Får motstridig information från olika läkare och vårdpersonal	19 %	16 %
Vårdpersonal känner alltid till viktig information om patientens medicinska historia	57 %	51 %
Vårdpersonal förklarar alltid på ett sätt som är enkelt att förstå	61 %	59 %
Delaktighet		
Tillräcklig tid med vårdpersonal	54 %	53 %
Alltid involverad i beslut kring sin egen vård	57 %	55 %
Samordning		
Får alltid hjälp att koordinera eller planera sin vård	61 %	57 %

Not: Patientgruppen övriga patienter har ej fått frågan om de har annan regelbunden vårdkontakt.

Enkätfrågorna som rör patienternas självrapporterade kvalitetsomdömen av den medicinska vård de fått och om sjukvårdens övergripande kvalitet respektive hur pass väl sjukvårdssystemet fungerar redovisas i tabell 14.

Tabell 14. Enkätfrågor om patienternas kvalitetsomdömen av vården och frågornas svarsalternativ.

Enkätfråga	Svarsalternativ 1	Svarsalternativ 2
På det stora hela, hur bedömer du den medicinska vård som du har fått de senaste 12 månaderna från din ordinarie läkarmottagning eller klinik?	Utmärkt, mycket bra	Bra, rimlig, eller dålig
Vilket av följande påståenden beskriver bäst din uppfattning om sjukvårdssystemet i Sverige?	På det hela taget fungerar hälso- och sjukvårdssystemet bra	Delar av hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra, men det krävs större förändringar för att det ska fungera bättre.
Hur skulle du betygsätta den övergripande kvaliteten på sjukvården i Sverige	Utmärkt, mycket bra	Bra, okej, eller dålig

I tabell 15 nedan presenterar vi vilka kvalitetsomdömen respektive patientgrupp gett i genomsnitt. Patienter med vissa kända vårdbehov ger i genomsnitt vården något högre kvalitetsomdömen jämfört med övriga patienter.

Tabell 15. Deskriptiv statistik av patienternas kvalitetsomdömen av vården.

	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Kvalitetsomdömen av sjukvården		
Kvaliteten på medicinsk vård bedöms vara utmärkt eller mycket bra	53 %	52 %
Vårdens övergripande kvalitet betygsätts vara utmärkt eller mycket bra	45 %	45 %
Hälso- och sjukvårdssystemet beskrivs på det hela taget fungera bra	38 %	37 %

BILAGA 2 – VARFÖR BEHÖVS EN KONTROLLSTRATEGI?

När vi relaterar patienternas bakgrund till hur pass vanligt det är att patienterna rapporterar en viss erfarenhet från vården använder vi informationen från samtliga förklarande variabler samtidigt för att på så sätt renodla varje förklarande variabels samvariation med den erfarenhet vi är intresserade av att undersöka. Vi beskriver i den här bilagan varför det här är viktigt.

Antag att vi är intresserade av i vilken utsträckning förekomsten av fast läkarkontakt skiljer sig mellan patientgrupperna patienter med vissa kända vårdbehov och övriga patienter. Som redovisas i tabell 11 i bilaga 1 så har 41 procent av alla övriga patienter en fast läkarkontakt medan motsvarande siffra för patienter med vissa kända vårdbehov är 63 procent. Den här deskriptiva statistiken indikerar att det skiljer 22 procentenheter mellan de två patientgrupperna i förekomsten av fast läkarkontakt (63 procent–41 procent = 22 procentenheter). Samtidigt redovisar samma tabell att patienter med vissa kända vårdbehov i genomsnitt är äldre än övriga patienter, har lägre inkomst och utbildning. Problemet som uppkommer när vi kommer fram till att det skiljer sig 22 procentenheter mellan de två patientgrupperna är att den här skillnaden också fångar upp den skillnaden som förklaras av att förekomsten av fast läkarkontakt också skiljer sig mellan äldre och yngre personer, och möjligen också över inkomst och utbildning. Att använda en kontrollstrategi i vår statistiska analys innebär att vi försöker ta bort den del av skillnaden mellan patientgrupperna som förklaras av andra faktorer än den just den vi är intresserade av att undersöka, så som ålder, inkomst och utbildning. När vi använder en kontrollstrategi där vi kontrollerar för demografi, socioekonomi och självskattad hälsa för att undersöka skillnaden mellan patientgrupperna kommer vi istället fram till att det skiljer 12,5 procentenheter i hur vanligt det är att ha en fast läkarkontakt. När vi använder oss av en kontrollstrategi minskar alltså skillnaden till omkring hälften mot vad den deskriptiva statistiken gör gällande. Det här är anledningen till varför det är viktigt att använda en kontrollstrategi när man vill dra slutsatser från exempelvis enkätdata.

Det bör noteras att man i de flesta fall inte kan kontrollera för alla faktorer man önskar kontrollera för. Det är därför viktigt att tolka statistiska resultat med försiktighet eftersom det inte går att utesluta att resultaten förklaras av faktorer vi inte kan observera eller känner till. Den här problematiken måste man ha med sig när man tolkar resultaten i den här rapporten.

BILAGA 3 – STATISTISK METODIK

Vi är i den här rapporten uteslutande intresserade av att modellera binära utfall, vilka vi betecknar y_i för patient i . Ett exempel är om patient i har en fast läkarkontakt eller inte, vilket vi noter som följande

$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{om patient } i \text{ har en fast läkarkontakt} \\ 0 & \text{om patient } i \text{ har inte en fast läkarkontakt} \end{cases} \quad (1)$$

Låt Y_i beteckna en Bernoulli-distribution med parameter π_i vilken kan skrivas som

$$\Pr \{ Y^i = y^i \} = \pi_i^{y_i} (1-\pi_i)^{1-y_i} \quad (2)$$

så att vi erhåller π_i om $y_i = 1$ och $1 - \pi_i$ om $y_i = 0$. Vårt mål är att modellera π_i med hjälp av förklarande variabler för att få en skattning på hur dessa variabler samvarierar med π_i och hur mycket π_i förändras när de förklarande variablerna varierar. Det enklaste sättet att modellera π_i är att låta π_i vara en linjär funktion av förklarande variablerna

$$\pi_i = \beta X \quad (3)$$

där β är en vektor med koefficienter till förklarande variabler samlade i matrisen X . Uttryck (3) kan estimeras med minsta kvadrat metoden och refereras till som en linjär sannolikhetsmodell i den statistiska litteraturen. Ett problem med den linjära sannolikhetsmodellen är att den kan ge predikterade värden under noll och över ett, vilket inte är förenligt med att tolka π_i som en sannolikhet. Ett annat problem att feltermerna per konstruktion är heteroskedastiska, vilket leder till missvisande inferens. Det senare problemet kan hanteras med en robust estimator medan det förstnämnda problemet leder oss att transformera π_i på ett sånt sätt att π_i är bunden mellan noll och ett. Ett sätt åstadkomma att en sådan transformation sätta in π_i i en kumulativ distributionsfunktion. Valet av kumulativ distributionsfunktion brukar vanligtvis falla på den logistiska eller den normalfördelade distributionsfunktionen, vilket ger en logit respektive probit modell. I praktiken ger dock modellerna oftast likartade resultat. Vi använder uteslutande den logistiska distributionen i den här rapporten, vilken kan skrivas som följande

$$\ln \left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i} \right) = \beta X \quad (4)$$

vilket är ekvivalent med,

$$\pi_i = \frac{e^{\beta X}}{1 + e^{\beta X}} \quad (5)$$

Från uttryck (4) och (5) ser vi att modellen är linjär i den naturliga logaritmen av oddskvoten men icke-linjär i sannolikheten π_i . För de flesta läsare är det lättare att tolka förändring i procentenheter jämfört med förändring i oddskvoter. Vi redovisar därför uteslutande det tidigare alternativet i den här rapporten, det vill säga förändring i procentenheter.

Det bör noteras att eftersom modellen är icke-linjär i sannolikheten π_i så kommer storleken på hur mycket π_i förändras då våra förklarande variabler varierar bero på patientens egenskaper, det vill säga på de värden våra förklarande variabler antar. Det här skiljer en logit och probit modell från en linjär sannolikhetsmodell där storleken på dessa så kallade marginaleffekter inte beror på patientens egenskaper. För en genomsnittlig individ brukar val av modell dock inte spela någon större roll när det kommer till storleken på marginaleffekterna.

Icke-linjära modeller, så som logit och probit modeller, erbjuder olika marginaleffekter där det är vanligast att utvärdera marginaleffekten för den genomsnittliga patienten i data eller att ta genomsnittet av alla patienters marginaleffekter. Vi baserar våra analyser på det senare alternativet. Det kan emellertid noteras att marginaleffekterna redovisade är robusta över de tre skilda valen av modeller beskriva ovan. I de allra flesta fall sammanfaller exempelvis marginaleffekten från logit modellen med de från den linjära sannolikhetsmodellen till fjärde decimalen. Skattningarna av våra parameterestimater erhålls via *maximim likelihood* estimatorn.

Alla respondenter har inte svarat på alla frågor vi använder i vår statistiska modell. Det räcker med att en respondent inte svarat på en enda fråga för att den respondenten ska falla ur modellen. Således minskar antalet observationer och risken för selektionsbias ökar när respondenter lämnat någon fråga obesvarad. Det här ett problem som behöver hanteras. Vanligtvis hanteras problemet genom att man imputerar fram de värden som saknas genom att göra antagen kring hur bortfallsprocessen ser ut, exempelvis huruvida den är slumpmässigt eller om bortfallet är systematiskt. Vi använder ett enklare sätt att hantera bortfallet på som är brukligt vid kategorisk data, nämligen att vi fångar upp obesvarade frågor med dummy variabler. På så sätt faller inte respondenter som inte svarat på en fråga ur modellen. Vi accepterar emellertid bortfall för våra beroende variabler.

BILAGA 4 – MÅTT FÖR SAMMANFATTNING AV RESULTAT

För att på ett övergripande sätt illustrera rapportens huvudresultat har vi tagit fram ett mått som sammanfattar de statistiska analyser vi utfört. Hur måttet konstrueras redovisas här med ett exempel.

Antag att vi är intresserade av i vilken utsträckning patienternas självskattade hälsa relaterar till de fem kvalitetsdimensioner som mäts i IHP-undersökningen, det vill säga tillgänglighet, kontinuitet, information, delaktighet och samordning. Patienternas självskattade hälsa mäts med tre olika variabler: självskattad hälsa, om patienten upplever känslomässiga problem och om patienten upplever att hälsan begränsar vardagen. Variabeln självskattad hälsa är kvantifierad i tre kategorier: dålig, bra, utmärkt. De resterande två variablerna är binära. Eftersom varje variabel i den statistiska analysen mäts i förhållande till en referenskategori, exempelvis att uppleva känslomässiga problem i förhållande till att inte uppleva känslomässiga problem, så har vi för varje analys där vi relaterar patienternas hälsomässiga bakgrund till visst kvalitetsutfall, exempelvis om patienten kommer i kontakt med vården inom samma dag, fyra möjliga signifikanta samband. För patientgruppen med vissa kända vårdbehov har vi 12 olika utfallsmått inom de fem kvalitetsdimensioner vi undersöker. Det här innebär totalt sett 48 (12×4) möjliga signifikanta samband mellan patienternas hälsomässiga bakgrund och deras erfarenheter inom vården för de fem kvalitetsdimensioner vi är intresserade av. Det sammanfattande måttet konstrueras genom att summera storleken på marginaleffekterna (se bilaga 3) för de samband som är statistiskt signifikanta. Sedan delar vi den summerade storleken av signifikanta marginaleffekter med antalet möjliga samband. Vi får då marginaleffekten i genomsnitt för patienternas hälsomässiga bakgrund, vilket således utgör det sammanfattande mått vi använder.

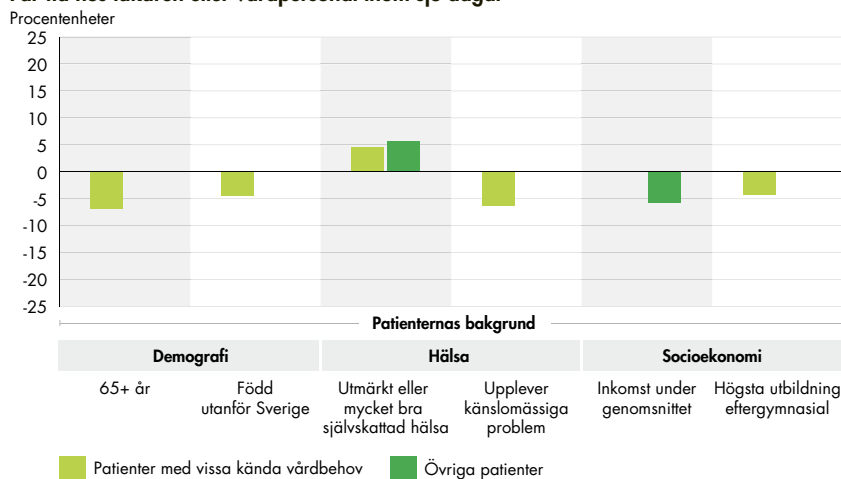
BILAGA 5 – RESULTATEN REDOVISADE I STAPELDIAGRAM

I den här bilagan redovisar vi rapportens resultat i form av stapeldiagram. Diagrammen visar med hur många procentenheter svaren skiljer sig åt för varje fråga vi undersöker utifrån patienternas bakgrund, respektive erfarenheter när det kommer till frågor som rör patienternas omdömen av vården övergripande kvalitet. Variabler som inte är signifikant skilda från noll redovisas inte. Samtliga resultat redovisas i de statistiska tabellerna i bilaga 6.

Tillgänglighet

Figur 9. Skillnader i hur vanligt det är att patienterna får en tid hos en läkare eller sjuksköterska inom sju dagar utifrån patienternas bakgrund.

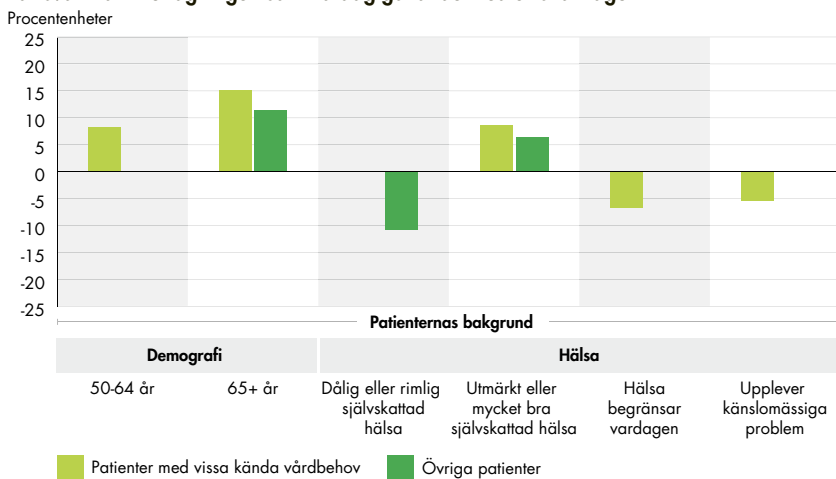
Får tid hos läkaren eller vårdpersonal inom sju dagar



Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 16 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referens kategorier som redovisas i tabell 3.

Figur 10. Skillnader i om patienterna får svar på en medicinsk fråga samma dag som de kontaktade mottagningen, utifrån patienternas bakgrund.

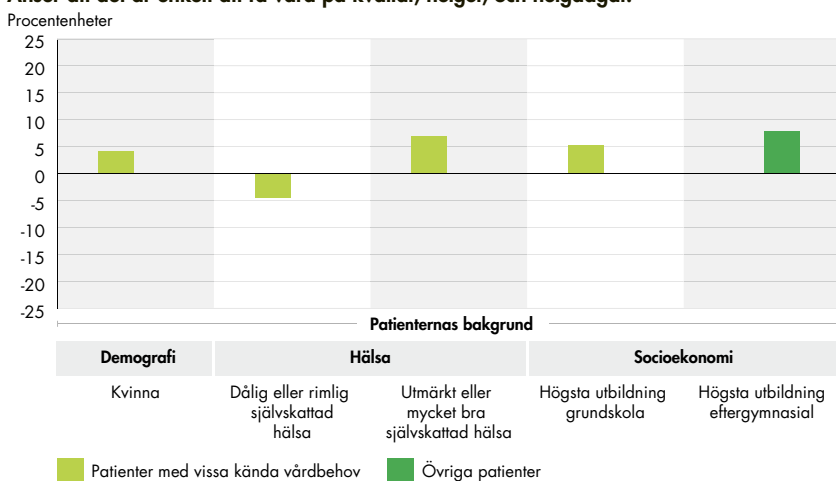
Får svar från mottagningen samma dag gällande medicinska frågor



Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 16 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referenskategorierna som redovisas i tabell 3.

Figur 11. Skillnader i om patienterna upplever det som enkelt att få vård på kvällar och helger utifrån patienternas bakgrund.

Anser att det är enkelt att få vård på kvällar, helger, och helgdagar.

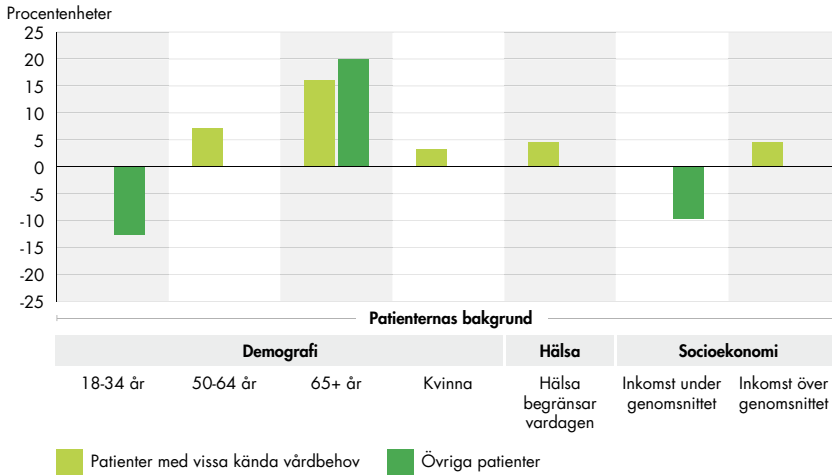


Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 16 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referenskategorierna som redovisas i tabell 3.

Kontinuitet

Figur 12. Skillnader i om patienterna har en fast läkarkontakt eller inte utifrån patienternas bakgrund.

Förekomsten av en fast läkarkontakt

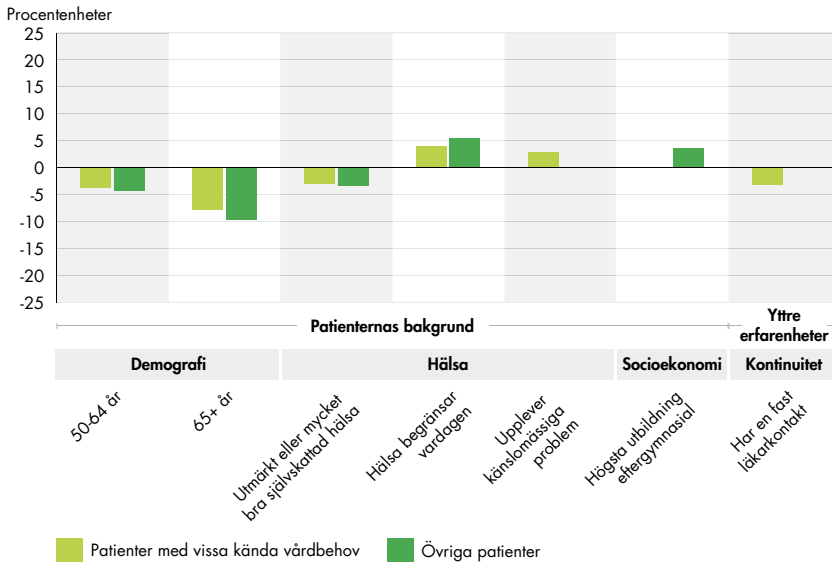


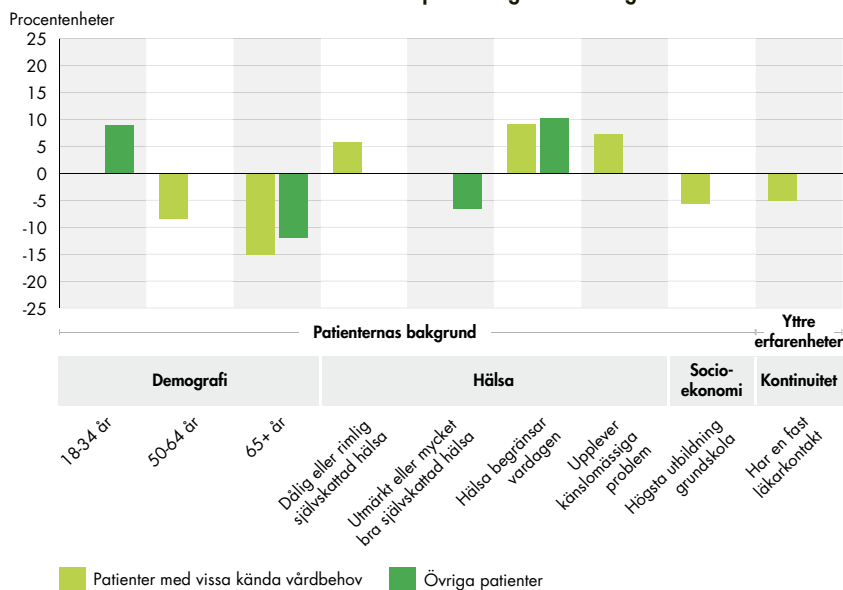
Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 17 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referenskategori som redovisas i tabell 4.

Information

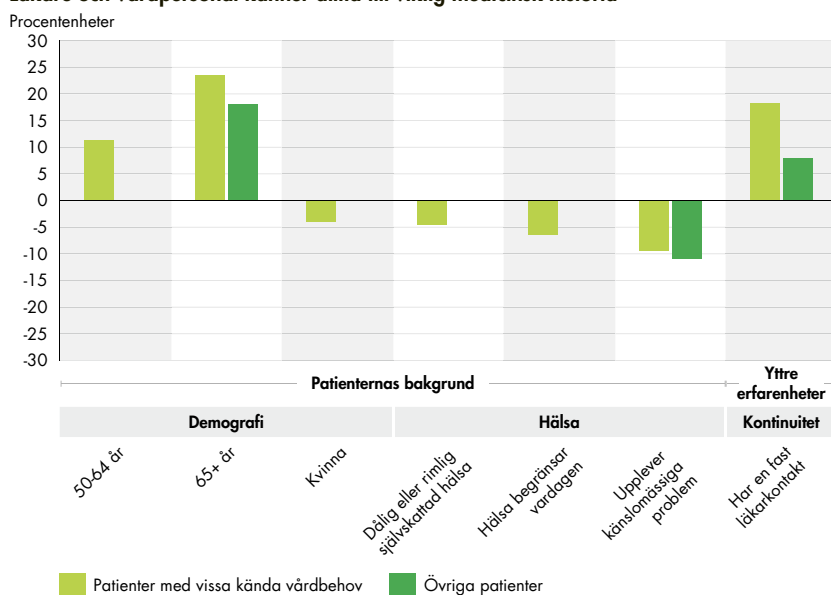
Figur 13. Skillnader i hur ofta patienterna svarar att det har förekommit bristfällig information.

Testresultat och journaler finns inte tillgängliga vid besök



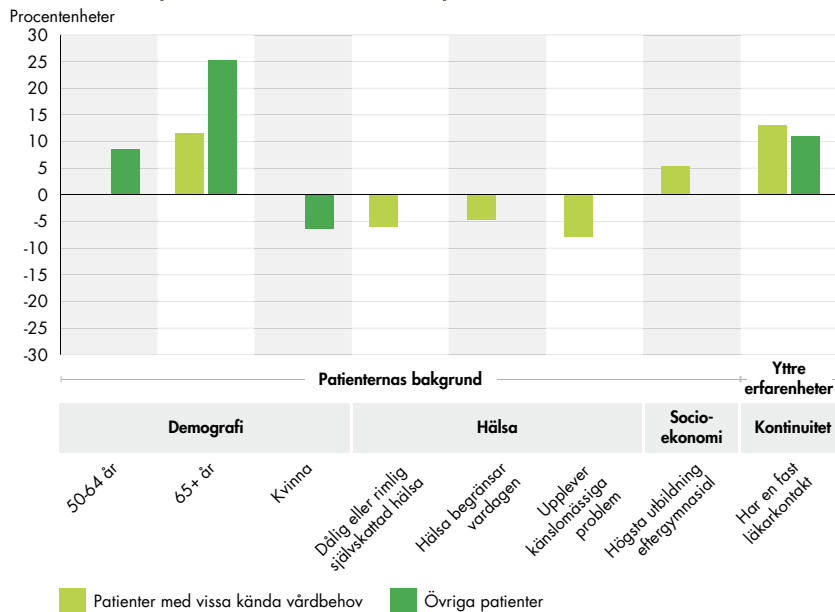
Figur 14. Skillnader i hur ofta patienterna svarar att det har förekommit motstridig information.**Det har förekommit att olika läkare och vårdpersonal ger motstridig information**

Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 18 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckt i relation till de referensgrupper som redovisas i tabell 5.

Figur 15. Skillnader i hur ofta patienterna svarar att vårdpersonalen känner till deras medicinska historia.**Läkare och vårdpersonal känner alltid till viktig medicinsk historia**

Figur 16. Skillnader i hur ofta patienterna svarar att vårdpersonalen förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå.

Läkare och vårdpersonal förklarar alltid saker på ett sätt som är lätt att förstå



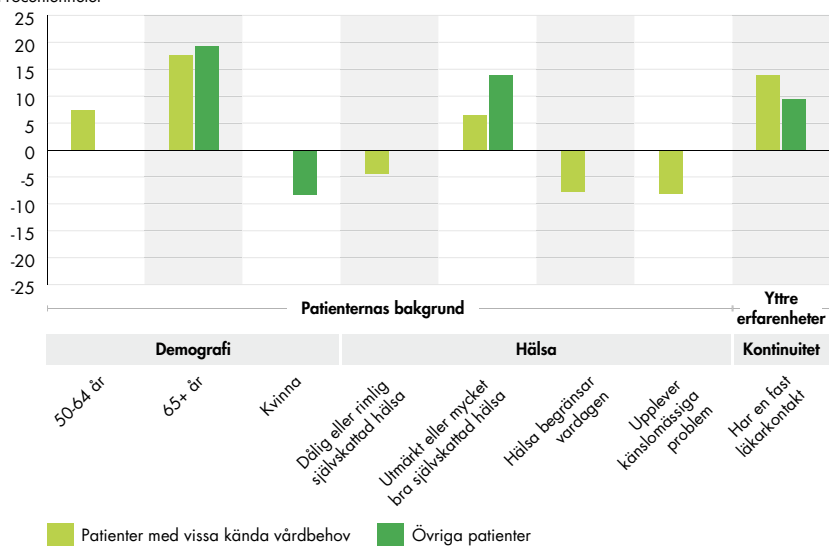
Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 19 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckt i relation till de referensgrupper som redovisas i tabell 6.

Delaktighet

Figur 17. Skillnader i hur ofta patienterna svarar att vårdpersonalen spenderar tillräckligt med tid med dem.

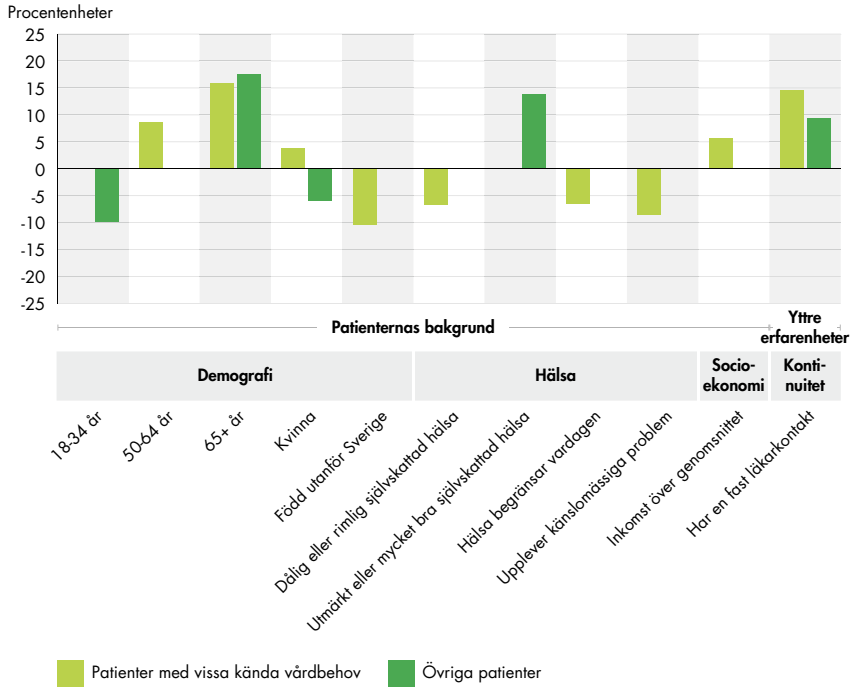
Får alltid tillräckligt med tid tillsammans med vårdpersonalen

Procentenheter



Figur 18. Skillnader i hur ofta patienterna svarar att de är så involverade i sin vård som de önskar.

Är alltid så involverad som jag önskar i beslut kring min vård



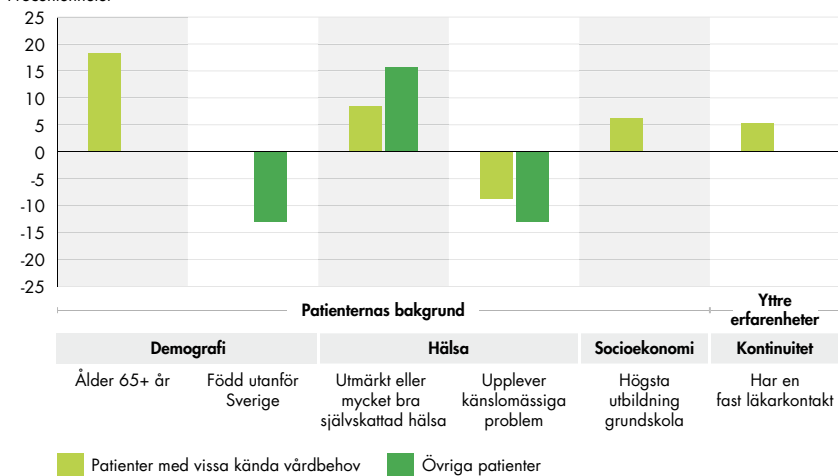
Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 20 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referensgrupper som redovisas i tabell 7.

Samordning

Figur 19. Skillnader i hur förekommande det är att patienter svarar att de får hjälp att koordinera eller planera sin vård, utifrån patienternas bakgrund.

Får alltid hjälp med koordinering eller planering

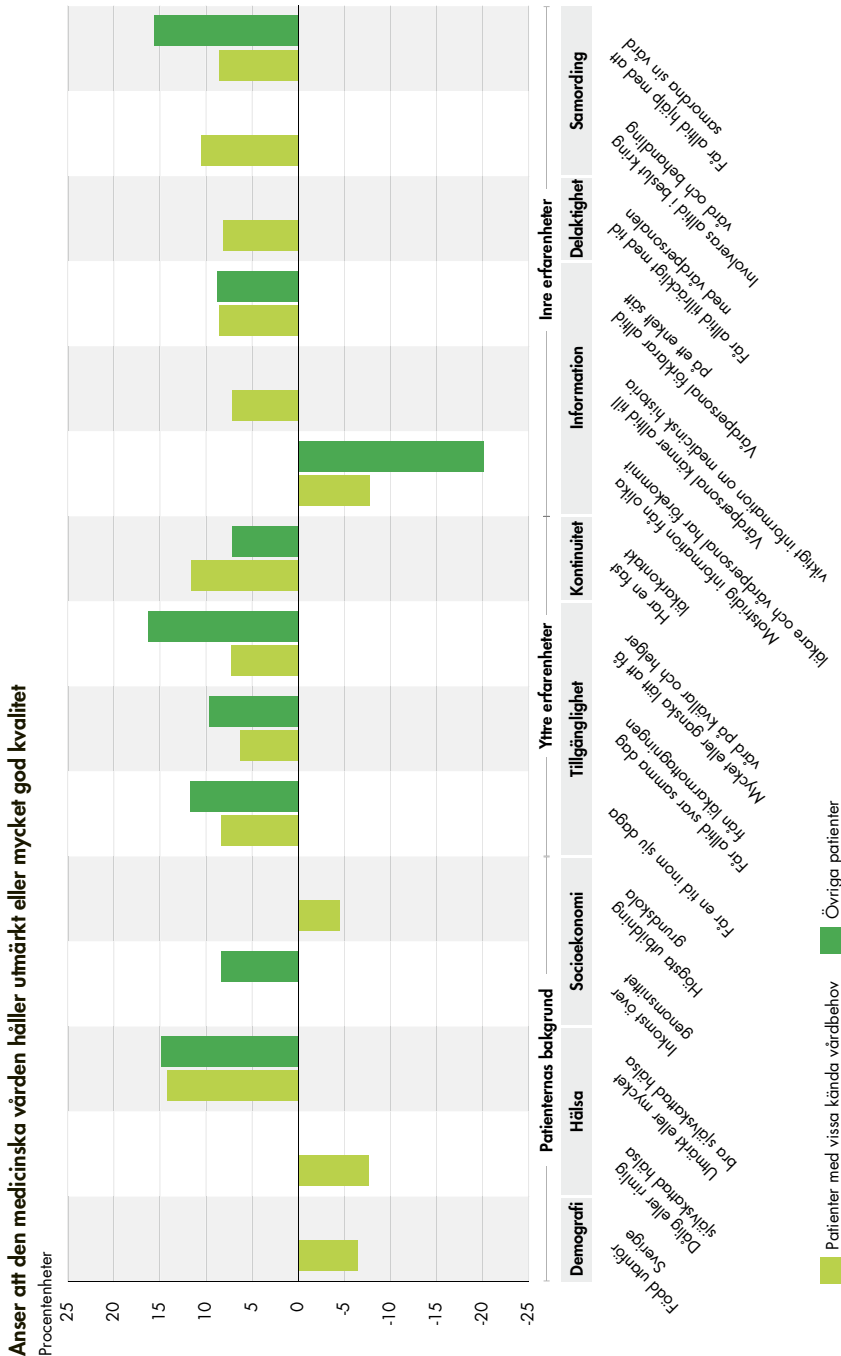
Procentenheter



Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 21 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referenskategorierna som redovisas i tabell 8.

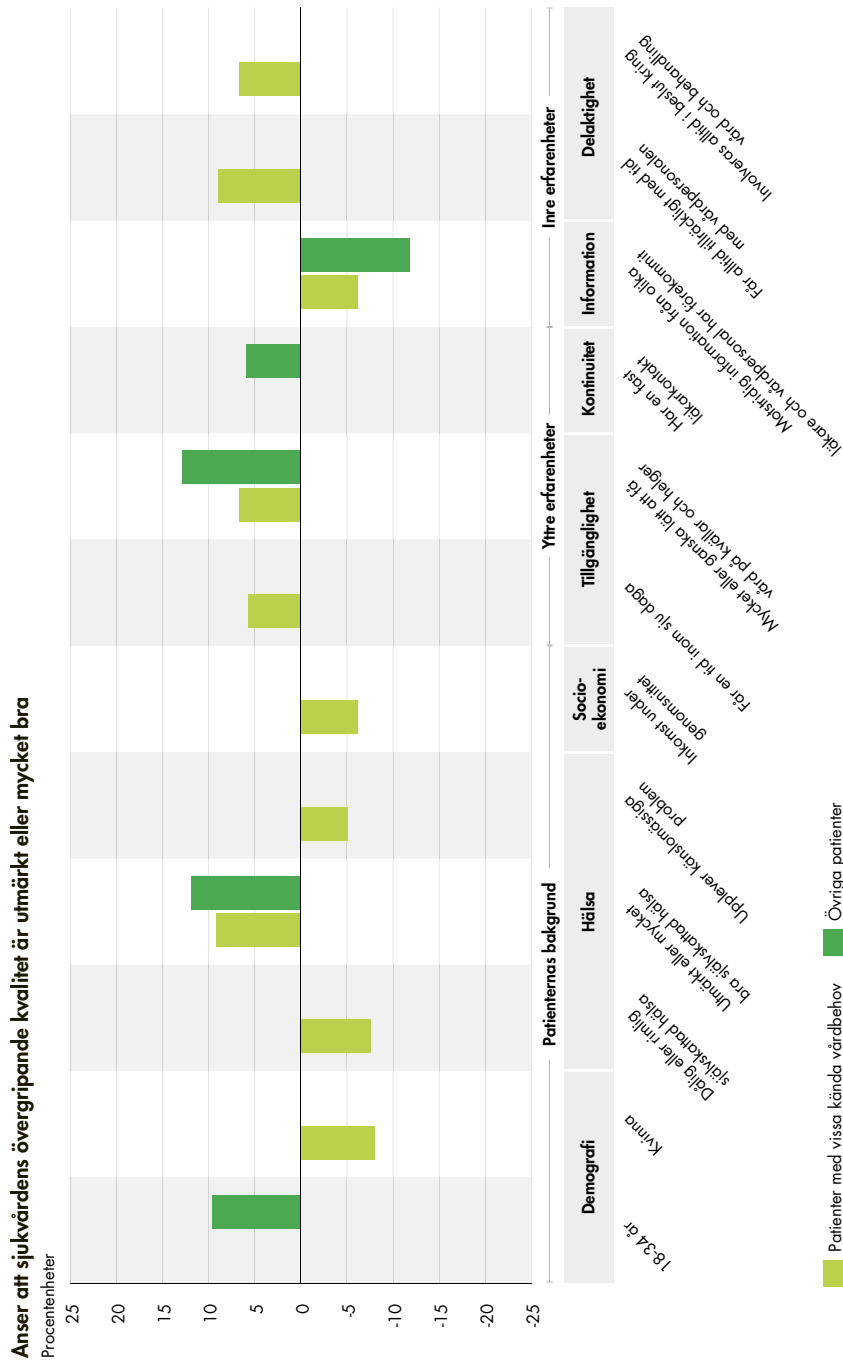
Vårdens kvalitet

Figur 20. Skillnader mellan hur förekommande det är att ge den medicinska vården ett högt betyg utifrån patienternas bakgrund och erfarenheter.



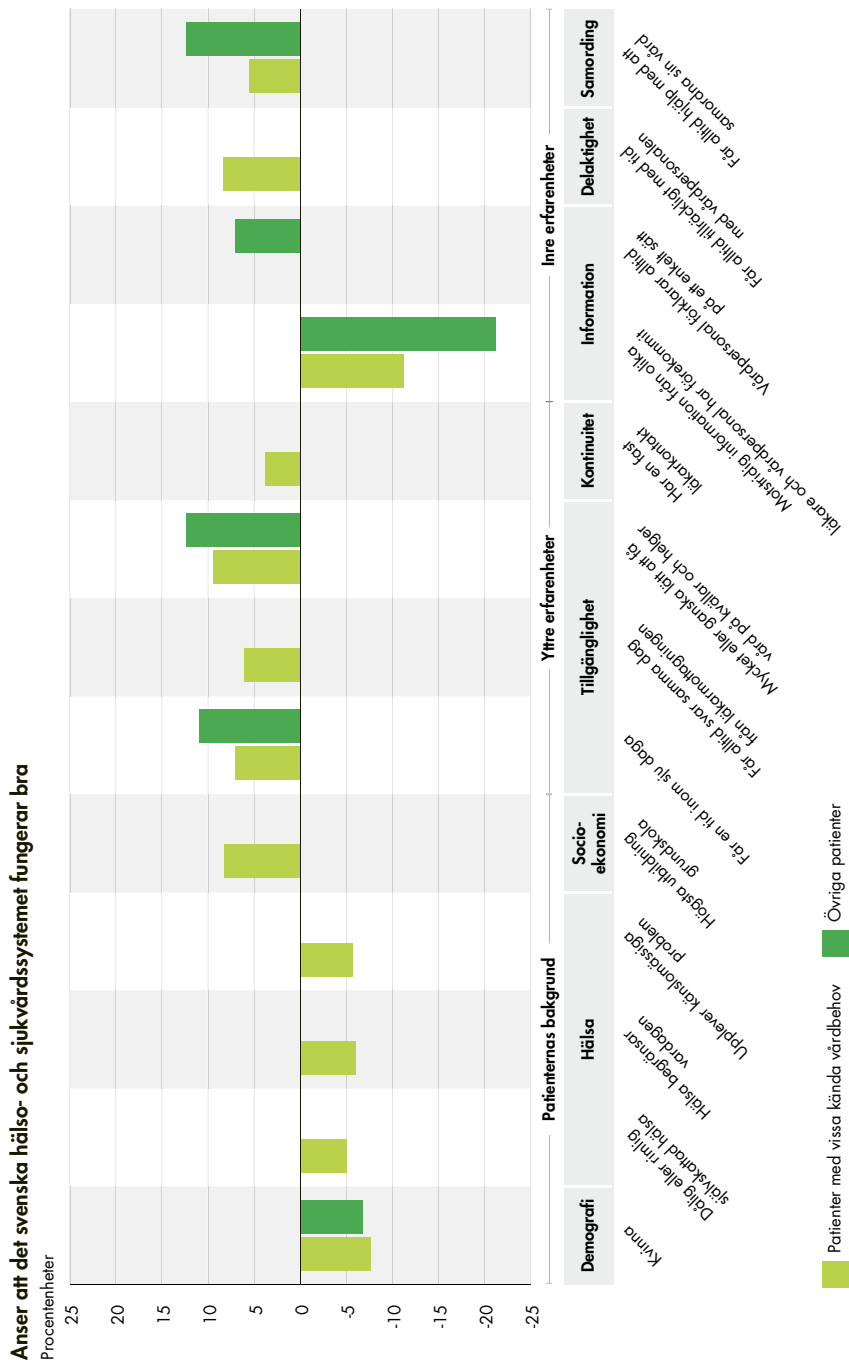
Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 22 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referensgrupper som redovisas i tabell 9a och 9b.

Figur 21. Skillnader i att bedöma sjukvårdens kvalitet som bra utifrån patienternas bakgrund och erfarenheter.



Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 23 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referensgrupper som redovisas i tabell 10a och 10b.

Figur 22. Skillnader i att anse att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra utifrån patienternas bakgrund och erfarenheter.



Not: Staplar inkluderas för de variabler som är statistiskt signifikanta ($p < 0.05$), se bilaga 6 tabell 24 för mer detaljerad statistisk redovisning av resultaten. Alla patientegenskaper är uttryckta i relation till de referensgrupper som redovisas i tabell 10a och 10b.

BILAGA 6 – STATISTISKA TABELLER

I den här bilagan presenterar vi de statistiska tabellerna av resultaten som presenteras i rapporten i kapitel tre till sex. Varje tabell visar variablernas genomsnittliga marginaleffekter och deras standardfel från logit-modellen. Vi inkluderar även resultaten från analyserna där variabeln annan regelbunden vårdkontakt är inkluderad för patientgruppen med vissa kända vårdbehov, analyser vars resultat inte presenteras inne i rapporten. Resultaten redovisas separat för båda patientgrupperna. Statistisk signifikans ($p < 0,1$, $p < 0,05$, $p < 0,01$) är utmärkt med en, två respektive tre asterisk.

Tabell 16. Statistisk tabell för analyserna av vårdens tillgänglighet utifrån patienternas bakgrund.

Patienternas bakgrund	Får en tid inom sju dagar		Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen		Mycket eller ganska lätt att få hjälp på kvällar och helger	
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Demografi						
18–34 år	-0,00872 (0,0325)	-0,0431 (0,0310)	0,0174 (0,0418)	-0,0759* (0,0434)	0,0572 (0,0403)	0,0245 (0,0450)
50–64 år	-0,0245 (0,0264)	-0,0319 (0,0295)	0,0825** (0,0336)	-0,0369 (0,0418)	0,0261 (0,0341)	-0,0522 (0,0457)
65+ år	-0,0683*** (0,0244)	-0,0288 (0,0296)	0,151*** (0,0311)	0,115*** (0,0424)	0,0410 (0,0318)	0,0639 (0,0447)
Kvinna	-0,0199 (0,0131)	-0,0109 (0,0197)	-0,0195 (0,0170)	-0,00436 (0,0290)	0,0411** (0,0187)	0,0317 (0,0310)
Född utanför Sverige	-0,0450** (0,0202)	0,0144 (0,0325)	-0,00978 (0,0293)	-0,0829* (0,0458)	0,0130 (0,0315)	-0,0457 (0,0508)
Hälsa						
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	-0,0185 (0,0147)	-0,0361 (0,0300)	0,00656 (0,0198)	-0,107** (0,0497)	-0,0455** (0,0219)	-0,0869 (0,0541)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	0,0456** (0,0186)	0,0565** (0,0220)	0,0856*** (0,0226)	0,0639** (0,0320)	0,0695*** (0,0241)	-0,0280 (0,0338)
Hälsa begränsar vardagen	-0,0246* (0,0142)	-0,0367 (0,0293)	-0,0666*** (0,0191)	-0,0274 (0,0484)	0,0187 (0,0212)	0,0202 (0,0520)
Upplever känslomässiga problem	-0,0633*** (0,0152)	-0,0134 (0,0287)	-0,0546*** (0,0211)	0,00456 (0,0445)	-0,0338 (0,0231)	-0,0735 (0,0484)
Socioekonomi						
Inkomst under genomsnittet	-0,0121 (0,0174)	-0,0576** (0,0288)	-0,00544 (0,0231)	0,0527 (0,0433)	-0,00574 (0,0257)	0,0155 (0,0464)
Inkomst över genomsnittet	0,00661 (0,0196)	-0,0172 (0,0283)	0,0270 (0,0254)	0,0179 (0,0402)	0,0195 (0,0274)	0,0321 (0,0423)
Högsta utbildning grundskola	0,0246 (0,0175)	0,0552 (0,0341)	0,0205 (0,0223)	-0,0396 (0,0471)	0,0529** (0,0253)	0,0186 (0,0492)
Högsta utbildning eftergymnasial	-0,0419*** (0,0153)	-0,0181 (0,0217)	0,0191 (0,0203)	0,00632 (0,0325)	0,0148 (0,0222)	0,0780** (0,0343)

forts.

Patienternas bakgrund	Får en tid inom sju dagar		Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen		Mycket eller ganska lätt att få hjälp på kvällen och helger	
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter
Övriga kontrollvariabler						
Regioner	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	3 612	1 245	3 548	1 169	2 377	866

Tabell 17. Statistisk tabell för analyserna av kontinuitet inom vården utifrån patienternas bakgrund.

Patienternas bakgrund	Har en fast läkarkontakt		Annan regelbunden vårdkontakt
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov
Demografi			
18–34 år	-0,0527 (0,0359)	-0,127*** (0,0409)	0,0345 (0,0392)
50–64 år	0,0708** (0,0295)	0,0614* (0,0371)	0,0770** (0,0318)
65+ år	0,161*** (0,0271)	0,200*** (0,0359)	0,0432 (0,0298)
Kvinna	0,0326** (0,0151)	0,0367 (0,0255)	-0,0799*** (0,0152)
Född utanför Sverige	-0,0292 (0,0261)	-0,0668 (0,0411)	-0,0386 (0,0275)
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	0,0171 (0,0177)	0,0715* (0,0429)	0,0437** (0,0176)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	-0,0144 (0,0199)	0,0195 (0,0284)	-0,0634*** (0,0211)
Hälsa begränsar vardagen	0,0459*** (0,0172)	0,0504 (0,0420)	0,0548*** (0,0170)
Upplever känslomässiga problem	0,0168 (0,0192)	0,0542 (0,0407)	-0,0147 (0,0195)
Socioekonomi			
Inkomst under genomsnittet	0,00221 (0,0206)	-0,0961** (0,0378)	-0,0126 (0,0209)
Inkomst över genomsnittet	0,0456** (0,0228)	-0,0325 (0,0355)	-0,0333 (0,0233)
Högsta utbildning grundskola	0,0110 (0,0199)	-0,0474 (0,0406)	-0,0159 (0,0199)
Högsta utbildning eftergymnasial	-0,0171 (0,0181)	-0,0117 (0,0287)	-0,0151 (0,0186)
Övriga kontrollvariabler			
Regioner	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	4 093	1 397	4 055

Tabell 18. Statistisk tabell för analyserna av brister i informationen i vårdmötet utifrån patienternas bakgrund och processer inom vården.

Patienternas bakgrund	Har förekommit att testresultat och journaler inte är tillgängliga			Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Demografi						
18–34 år	-0,00478 (0,0172)	-0,00499 (0,0172)	0,00596 (0,0195)	-0,000903 (0,0241)	-0,000257 (0,0241)	0,0888*** (0,0265)
50–64 år	-0,0377*** (0,0146)	-0,0379*** (0,0146)	-0,0439** (0,0214)	-0,0839*** (0,0203)	-0,0828*** (0,0203)	-0,0205 (0,0278)
65+ år	-0,0779*** (0,0143)	-0,0780*** (0,0143)	-0,0982*** (0,0261)	-0,152*** (0,0190)	-0,152*** (0,0190)	-0,120*** (0,0319)
Kvinna	0,000485 (0,00942)	0,00126 (0,00946)	0,0123 (0,0152)	0,000261 (0,0121)	-0,000806 (0,0122)	0,0291 (0,0195)
Född utanför Sverige	0,0124 (0,0145)	0,0127 (0,0145)	-0,0100 (0,0228)	0,00491 (0,0201)	0,00432 (0,0201)	-0,0184 (0,0296)
Hälsa						
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	0,0174 (0,0109)	0,0169 (0,0109)	0,00989 (0,0229)	0,0578*** (0,0141)	0,0585*** (0,0141)	0,0491* (0,0298)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	-0,0306** (0,0138)	-0,0306** (0,0138)	-0,0344** (0,0170)	-0,0246 (0,0174)	-0,0253 (0,0174)	-0,0662*** (0,0218)
Hälsa begränsar vardagen	0,0398*** (0,0103)	0,0396*** (0,0103)	0,0542*** (0,0208)	0,0911*** (0,0130)	0,0918*** (0,0130)	0,103*** (0,0275)
Upplever känslomässiga problem	0,0284*** (0,0105)	0,0286*** (0,0105)	0,0178 (0,0199)	0,0720*** (0,0135)	0,0718*** (0,0135)	0,0137 (0,0268)
Socioekonomi						
Inkomst under genomsnittet	0,00524 (0,0132)	0,00509 (0,0132)	0,00190 (0,0218)	-0,00158 (0,0167)	-0,00175 (0,0167)	-0,00457 (0,0288)
Inkomst över genomsnittet	0,0114 (0,0139)	0,0116 (0,0139)	-0,0170 (0,0206)	0,00813 (0,0182)	0,00750 (0,0182)	0,00339 (0,0269)
Högsta utbildning grundskola	-0,0242* (0,0138)	-0,0241* (0,0138)	0,0334 (0,0245)	-0,0565*** (0,0166)	-0,0566*** (0,0166)	-0,0509 (0,0354)
Högsta utbildning eftergymnasial	0,0191* (0,0105)	0,0191* (0,0105)	0,0359** (0,0173)	-0,00801 (0,0139)	-0,00833 (0,0139)	0,0200 (0,0214)
Processer inom vården						
Har en fast läkarkontakt	-0,0318*** (0,00948)	-0,0322*** (0,00954)	-0,0205 (0,0168)	-0,0507*** (0,0122)	-0,0491*** (0,0123)	-0,0337 (0,0210)
Annan regelbunden vårdkontakt		0,00612 (0,00968)			-0,0159 (0,0126)	
Övriga kontrollvariabler						
Regioner	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	3 683	3 683	1 208	4 000	4 000	1 363

Tabell 19. Statistisk tabell för analyserna av förekomsten av god information i mötet med vården utifrån patienternas bakgrund och processer inom vården.

Patienternas bakgrund	Vårdpersonal känner alltid till viktigt information om medicinsk historia			Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Demografi						
18–34 år	0,0651* (0,0390)	0,0638 (0,0389)	-0,0632 (0,0446)	-0,0287 (0,0369)	-0,0298 (0,0369)	0,0348 (0,0392)
50–64 år	0,114*** (0,0316)	0,112*** (0,0316)	0,0766* (0,0425)	0,0335 (0,0303)	0,0312 (0,0303)	0,0848** (0,0379)
65+ år	0,235*** (0,0291)	0,235*** (0,0290)	0,181*** (0,0423)	0,115*** (0,0281)	0,114*** (0,0281)	0,253*** (0,0383)
Kvinna	-0,0405** (0,0158)	-0,0386** (0,0159)	0,00219 (0,0295)	0,00559 (0,0155)	0,00791 (0,0155)	-0,0630** (0,0263)
Född utanför Sverige	0,0504* (0,0281)	0,0512* (0,0280)	0,0291 (0,0454)	-0,0154 (0,0266)	-0,0144 (0,0266)	0,0190 (0,0410)
Hälsa						
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	-0,0454** (0,0183)	-0,0474*** (0,0183)	-0,0798* (0,0484)	-0,0590*** (0,0178)	-0,0602*** (0,0178)	-0,0851* (0,0450)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	0,0370* (0,0214)	0,0392* (0,0214)	0,0223 (0,0325)	0,0394* (0,0209)	0,0414** (0,0209)	0,0549* (0,0294)
Hälsa begränsar vardagen	-0,0648*** (0,0176)	-0,0668*** (0,0175)	-0,0103 (0,0474)	-0,0460*** (0,0172)	-0,0476*** (0,0172)	0,0114 (0,0443)
Upplever känslomässiga problem	-0,0941*** (0,0195)	-0,0934*** (0,0194)	-0,110** (0,0451)	-0,0789*** (0,0189)	-0,0785*** (0,0189)	0,000113 (0,0406)
Socioekonomi						
Inkomst under genomsnittet	0,0154 (0,0215)	0,0156 (0,0215)	0,0439 (0,0433)	0,00529 (0,0210)	0,00567 (0,0210)	0,0509 (0,0389)
Inkomst över genomsnittet	-0,00646 (0,0236)	-0,00503 (0,0236)	0,00448 (0,0407)	0,0157 (0,0233)	0,0170 (0,0233)	0,0362 (0,0363)
Högsta utbildning grundskola	0,0181 (0,0209)	0,0192 (0,0209)	0,0337 (0,0469)	0,00365 (0,0201)	0,00432 (0,0201)	-0,0817* (0,0422)
Högsta utbildning eftergymnasial	-0,0249 (0,0189)	-0,0244 (0,0189)	0,00670 (0,0331)	0,0530*** (0,0185)	0,0535*** (0,0185)	-0,00432 (0,0296)
Processer inom vården						
Har en fast läkarkontakt	0,182*** (0,0154)	0,178*** (0,0154)	0,0792*** (0,0303)	0,130*** (0,0153)	0,127*** (0,0154)	0,109*** (0,0274)
Annan regelbunden vårdkontakt		0,0422*** (0,0162)			0,0326** (0,0159)	
Övriga kontrollvariabler						
Regioner	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	3 675	3 675	1 132	4 024	4 024	1 360

Tabell 20. Statistisk tabell för analyserna av delaktighet inom vården utifrån patienternas bakgrund och processer inom vården.

Patienternas bakgrund	Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen			Involveras alltid i beslut kring vård och behandling		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Demografi						
18–34 år	0,0411 (0,0389)	0,0388 (0,0388)	-0,0655 (0,0402)	0,0341 (0,0380)	0,0320 (0,0379)	-0,0988** (0,0415)
50–64 år	0,0725** (0,0318)	0,0680** (0,0318)	0,0493 (0,0389)	0,0858*** (0,0311)	0,0813*** (0,0310)	0,0248 (0,0409)
65+ år	0,175*** (0,0292)	0,174*** (0,0292)	0,192*** (0,0387)	0,158*** (0,0286)	0,156*** (0,0286)	0,176*** (0,0407)
Kvinna	-0,0288* (0,0156)	-0,0242 (0,0156)	-0,0832*** (0,0264)	0,0384** (0,0158)	0,0427*** (0,0158)	-0,0590** (0,0277)
Född utanför Sverige	-0,0337 (0,0272)	-0,0306 (0,0271)	-0,0399 (0,0415)	-0,103*** (0,0270)	-0,100*** (0,0270)	-0,0317 (0,0431)
Hälsa						
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	-0,0429** (0,0180)	-0,0459** (0,0180)	-0,00899 (0,0458)	-0,0675*** (0,0181)	-0,0699*** (0,0181)	-0,0375 (0,0469)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	0,0640*** (0,0208)	0,0679*** (0,0208)	0,139*** (0,0291)	0,0374* (0,0214)	0,0406* (0,0213)	0,0888*** (0,0307)
Hälsa begränsar vardagen	-0,0768*** (0,0173)	-0,0804*** (0,0173)	-0,0768* (0,0448)	-0,0646*** (0,0175)	-0,0681*** (0,0175)	-0,0300 (0,0463)
Upplever känslomässiga problem	-0,0814*** (0,0194)	-0,0803*** (0,0194)	-0,0464 (0,0412)	-0,0849*** (0,0193)	-0,0842*** (0,0193)	-0,0502 (0,0428)
Socioekonomi						
Inkomst under genomsnittet	-0,00641 (0,0212)	-0,00580 (0,0212)	0,0312 (0,0397)	0,0275 (0,0214)	0,0280 (0,0213)	-0,00373 (0,0411)
Inkomst över genomsnittet	-0,0179 (0,0235)	-0,0155 (0,0234)	0,0144 (0,0371)	0,0558** (0,0236)	0,0579** (0,0236)	0,0263 (0,0386)
Högsta utbildning grundskola	0,0191 (0,0204)	0,0210 (0,0203)	0,0397 (0,0429)	0,0109 (0,0208)	0,0117 (0,0207)	-0,0369 (0,0447)
Högsta utbildning eftergymnasial	0,00935 (0,0188)	0,0104 (0,0187)	0,0129 (0,0298)	0,0328* (0,0189)	0,0336* (0,0189)	-0,00956 (0,0314)
Processer inom vården						
Har en fast läkarkontakt	0,139*** (0,0155)	0,131*** (0,0156)	0,0938*** (0,0277)	0,146*** (0,0156)	0,139*** (0,0157)	0,124*** (0,0285)
Annan regelbunden vårdkontakt		0,0697*** (0,0160)			0,0632*** (0,0162)	
Övriga kontrollvariabler						
Regioner	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	4 031	4 031	1 341	3 835	3 835	1 229

Tabell 21. Statistisk tabell för analyserna av förekomsten av hjälp med samordning utifrån patienternas bakgrund och processer inom vården.

Patienternas bakgrund	Får alltid hjälp med att samordna sin vård		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Demografi			
18–34 år	0,0211 (0,0550)	0,0213 (0,0550)	-0,0640 (0,0662)
50–64 år	0,0593 (0,0444)	0,0590 (0,0445)	0,0420 (0,0645)
65+ år	0,183*** (0,0413)	0,183*** (0,0413)	0,128* (0,0658)
Kvinna	-0,0195 (0,0221)	-0,0195 (0,0222)	-0,0349 (0,0436)
Född utanför Sverige	-0,0216 (0,0369)	-0,0212 (0,0370)	-0,130** (0,0652)
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	-0,0247 (0,0257)	-0,0249 (0,0257)	0,0956 (0,0719)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	0,0847*** (0,0311)	0,0848*** (0,0311)	0,157*** (0,0479)
Hälsa begränsar vardagen	-0,0219 (0,0247)	-0,0221 (0,0247)	-0,0142 (0,0677)
Upplever känslomässiga problem	-0,0867*** (0,0268)	-0,0864*** (0,0268)	-0,129** (0,0614)
Socioekonomi			
Inkomst under genomsnittet	0,0531* (0,0295)	0,0534* (0,0295)	-0,00494 (0,0644)
Inkomst över genomsnittet	0,0544* (0,0328)	0,0548* (0,0329)	0,0222 (0,0609)
Högsta utbildning grundskola	0,0626** (0,0289)	0,0627** (0,0289)	-0,0102 (0,0672)
Högsta utbildning eftergymnasial	0,0213 (0,0263)	0,0213 (0,0263)	-0,00935 (0,0495)
Processer inom vården			
Har en fast läkarkontakt	0,0532** (0,0237)	0,0525** (0,0238)	0,0630 (0,0459)
Annan regelbunden vårdkontakt		0,00315 (0,0227)	
Övriga kontrollvariabler			
Regioner	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	1 945	1 945	503

Tabell 22. Statistisk tabell för analyserna av uppfattningar om sjukvårdens medicinska kvalitet utifrån patienternas bakgrund och erfarenheter inom vården och processer inom vården.

Patienternas bakgrund	Kvaliteten på medicinsk vård bedöms vara utmärkt eller mycket bra		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Demografi			
18–34 år	0,0176 (0,0382)	0,0184 (0,0382)	-0,0162 (0,0413)
50–64 år	0,00451 (0,0320)	0,00290 (0,0320)	-0,0241 (0,0395)
65+ år	-0,0104 (0,0303)	-0,0103 (0,0302)	0,00463 (0,0406)
Kvinna	0,0103 (0,0154)	0,0117 (0,0155)	-0,0166 (0,0265)
Född utanför Sverige	-0,0645** (0,0263)	-0,0630** (0,0263)	-0,0101 (0,0407)
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	-0,0768*** (0,0174)	-0,0773*** (0,0174)	-0,0505 (0,0454)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	0,142*** (0,0209)	0,144*** (0,0209)	0,149*** (0,0280)
Hälsa begränsar vardagen	-0,0107 (0,0173)	-0,0119 (0,0173)	-0,0641 (0,0471)
Upplever känslomässiga problem	0,0105 (0,0201)	0,0105 (0,0201)	0,00739 (0,0409)
Socioekonomi			
Inkomst under genomsnittet	-0,0376* (0,0208)	-0,0375* (0,0208)	0,0452 (0,0384)
Inkomst över genomsnittet	0,0104 (0,0233)	0,0112 (0,0233)	0,0832** (0,0357)
Högsta utbildning grundskola	-0,0446** (0,0199)	-0,0441** (0,0199)	0,0415 (0,0405)
Högsta utbildning eftergymnasial	-0,0162 (0,0189)	-0,0161 (0,0189)	0,0251 (0,0293)
Tillgänglighet			
Får en tid inom sju dagar	0,0839*** (0,0213)	0,0831*** (0,0213)	0,117*** (0,0415)
Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen	0,0625*** (0,0167)	0,0618*** (0,0167)	0,0967*** (0,0290)
Har aldrig försökt kontakta läkarmottagning med fråga	-0,0596** (0,0237)	0,0579** (0,0237)	0,00590 (0,0397)
Mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger	0,0727*** (0,0217)	0,0720*** (0,0217)	0,163*** (0,0361)
Har aldrig behövt vård på kvällar eller helger	0,0136 (0,0170)	0,0143 (0,0170)	0,0735** (0,0293)

forts.

Patienternas bakgrund	Kvaliteten på medicinsk vård bedöms vara utmärkt eller mycket bra		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Processer inom vården			
Har en fast läkarkontakt	0,116*** (0,0159)	0,114*** (0,0160)	0,0718*** (0,0278)
Annan regelbunden vårdkontakt		0,0226 (0,0159)	
Information			
Har förekommit att testresultat och journaler inte är tillgängliga	-0,0522* (0,0305)	-0,0527* (0,0305)	-0,0241 (0,0618)
Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit	-0,0777*** (0,0214)	-0,0778*** (0,0214)	-0,201*** (0,0395)
Vårdpersonal känner alltid till viktig information om medicinsk historia	0,0715*** (0,0183)	0,0713*** (0,0183)	0,0315 (0,0335)
Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt	0,0858*** (0,0173)	0,0863*** (0,0173)	0,0875*** (0,0305)
Delaktighet			
Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen	0,0818*** (0,0174)	0,0803*** (0,0174)	0,0551* (0,0316)
Involveras alltid i beslut kring vård och behandling	0,105*** (0,0176)	0,105*** (0,0176)	0,0150 (0,0331)
Samordning			
Får alltid hjälp med att samordna sin vård	0,0862*** (0,0210)	0,0864*** (0,0210)	0,156*** (0,0425)
Övriga kontrollvariabler			
Regioner	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	3 374	3 374	1 176

Tabell 23. Statistisk tabell för analyserna av uppfattningar om sjukvårdens övergripande kvalitet utifrån patienternas bakgrund och erfarenheter inom vården och processer inom vården.

Patienternas bakgrund	Den övergripande kvaliteten betygssätts vara utmärkt eller mycket bra		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Demografi			
18–34 år	0,0405 (0,0429)	0,0415 (0,0428)	0,0961** (0,0439)
50–64 år	0,0436 (0,0358)	0,0404 (0,0358)	0,00262 (0,0425)
65+ år	0,0581* (0,0338)	0,0572* (0,0337)	0,0738* (0,0426)
Kvinna	-0,0796*** (0,0167)	-0,0752*** (0,0168)	0,0120 (0,0286)
Född utanför Sverige	-0,00980 (0,0297)	-0,00745 (0,0296)	0,0137 (0,0443)
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	-0,0756*** (0,0195)	-0,0774*** (0,0195)	-0,0827 (0,0505)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	0,0918*** (0,0218)	0,0952*** (0,0218)	0,119*** (0,0311)
Hälsa begränsar vardagen	-0,0297 (0,0192)	-0,0324* (0,0192)	0,00992 (0,0509)
Upplever känslomässiga problem	-0,0506** (0,0222)	-0,0500** (0,0222)	-0,0102 (0,0442)
Socioekonomi			
Inkomst under genomsnittet	-0,0617*** (0,0228)	-0,0623*** (0,0228)	0,0697* (0,0420)
Inkomst över genomsnittet	-0,0270 (0,0252)	-0,0257 (0,0251)	0,0481 (0,0391)
Högsta utbildning grundskola	0,0203 (0,0219)	0,0211 (0,0219)	-0,0147 (0,0446)
Högsta utbildning eftergymnasial	0,0212 (0,0205)	0,0215 (0,0205)	0,0345 (0,0316)
Tillgänglighet			
Får en tid inom sju dagar	0,0568** (0,0241)	0,0551** (0,0240)	0,0672 (0,0450)
Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen	0,0348* (0,0185)	0,0347* (0,0185)	0,0343 (0,0319)
Har aldrig försökt kontakta läkarmottagning med fråga	-0,0297 (0,0267)	-0,0254 (0,0267)	-0,0221 (0,0440)
Mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger	0,0668*** (0,0232)	0,0658*** (0,0232)	0,129*** (0,0375)
Har aldrig behövt vård på kvällar eller helger	0,0414** (0,0187)	0,0432** (0,0187)	0,0803** (0,0318)

forts.

Patienternas bakgrund	Den övergripande kvaliteten betygsätts vara utmärkt eller mycket bra		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Processer inom vården			
Har en fast läkarkontakt	0,0301* (0,0182)	0,0259 (0,0183)	0,0591** (0,0298)
Annan regelbunden vårdkontakt		0,0526*** (0,0172)	
Information			
Har förekommit att testresultat och journaler inte är tillgängliga	-0,0504 (0,0351)	-0,0522 (0,0350)	-0,109 (0,0709)
Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit	-0,0612** (0,0244)	-0,0612** (0,0244)	-0,118*** (0,0441)
Vårdpersonal känner alltid till viktig information om medicinsk historia	0,0136 (0,0209)	0,0137 (0,0209)	0,0375 (0,0361)
Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt	0,0376* (0,0200)	0,0379* (0,0199)	0,0183 (0,0342)
Delaktighet			
Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen	0,0900*** (0,0195)	0,0877*** (0,0195)	0,0154 (0,0344)
Involveras alltid i beslut kring vård och behandling	0,0662*** (0,0203)	0,0647*** (0,0203)	0,0649* (0,0363)
Samordning			
Får alltid hjälp med att samordna sin vård	0,0420* (0,0235)	0,0417* (0,0235)	0,0852* (0,0461)
Övriga kontrollvariabler			
Regioner	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	3 320	3 320	1 162

Tabell 24. Statistisk tabell för analyserna av betyg om sjukvårdssystemets kvalitet utifrån patienternas bakgrund och erfarenheter inom vården och processer inom vården.

Patienternas bakgrund	Hälsa- och sjukvårdssystemet beskrivs på det hela taget fungera bra		
	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Demografi			
18–34 år	-0,0884* (0,0461)	-0,0873* (0,0460)	0,0457 (0,0443)
50–64 år	0,00391 (0,0362)	0,00220 (0,0363)	0,00483 (0,0424)
65+ år	0,0315 (0,0340)	0,0309 (0,0340)	0,0728* (0,0417)
Kvinna	-0,0769*** (0,0164)	-0,0745*** (0,0165)	-0,0677** (0,0280)
Född utanför Sverige	0,00143 (0,0295)	0,00268 (0,0295)	0,0289 (0,0439)
Hälsa			
Dålig eller rimlig självskattad hälsa	-0,0501*** (0,0193)	-0,0512*** (0,0193)	-0,0785 (0,0488)
Utmärkt eller mycket bra självskattad hälsa	-0,00520 (0,0212)	-0,00330 (0,0212)	-0,0268 (0,0314)
Hälsa begränsar vardagen	-0,0606*** (0,0191)	-0,0622*** (0,0191)	-0,00416 (0,0493)
Upplever känslomässiga problem	-0,0570** (0,0223)	-0,0566** (0,0223)	-0,0401 (0,0452)
Socioekonomi			
Inkomst under genomsnittet	-0,0273 (0,0223)	-0,0279 (0,0223)	0,0261 (0,0416)
Inkomst över genomsnittet	-0,0282 (0,0245)	-0,0279 (0,0245)	0,00116 (0,0390)
Högsta utbildning grundskola	0,0819*** (0,0212)	0,0825*** (0,0212)	0,0477 (0,0435)
Högsta utbildning eftergymnasial	-0,00232 (0,0202)	-0,00193 (0,0202)	0,00224 (0,0310)
Tillgänglighet			
Får en tid inom sju dagar	0,0707*** (0,0246)	0,0700*** (0,0246)	0,110** (0,0481)
Får alltid svar samma dag från läkarmottagningen	0,0612*** (0,0181)	0,0611*** (0,0181)	-0,0149 (0,0317)
Har aldrig försökt kontakta läkarmottagning med fråga	0,0180 (0,0261)	0,0204 (0,0261)	-0,0412 (0,0431)
Mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger	0,0939*** (0,0225)	0,0933*** (0,0225)	0,124*** (0,0368)
Har aldrig behövt vård på kvällar eller helger	0,0862*** (0,0179)	0,0873*** (0,0179)	0,0738** (0,0315)

forts.

	Hälsa- och sjukvårdssystemet beskrivs på det hela taget fungera bra		
Patienternas bakgrund	Patienter med vissa kända vårdbehov	Patienter med vissa kända vårdbehov (inklusive annan regelbunden vårdkontakt)	Övriga patienter
Processer inom vården			
Har en fast läkarkontakt	0,0383** (0,0179)	0,0360** (0,0180)	0,0322 (0,0295)
Annan regelbunden vårdkontakt		0,0285* (0,0169)	
Information			
Har förekommit att testresultat och journaler inte är tillgängliga	-0,0281 (0,0374)	-0,0286 (0,0373)	0,0166 (0,0695)
Motstridig information från olika läkare och vårdpersonal har förekommit	-0,112*** (0,0257)	-0,113*** (0,0258)	-0,212*** (0,0496)
Vårdpersonal känner alltid till viktig information om medicinsk historia	0,0376* (0,0207)	0,0378* (0,0207)	0,0443 (0,0362)
Vårdpersonal förklarar alltid på ett enkelt sätt	0,00745 (0,0200)	0,00755 (0,0200)	0,0704** (0,0342)
Delaktighet			
Får alltid tillräckligt med tid med vårdpersonalen	0,0837*** (0,0195)	0,0825*** (0,0195)	-0,0121 (0,0343)
Involveras alltid i beslut kring vård och behandling	0,0289 (0,0204)	0,0281 (0,0204)	0,0343 (0,0363)
Samordning			
Får alltid hjälp med att samordna sin vård	0,0548** (0,0235)	0,0546** (0,0235)	0,124*** (0,0457)
Övriga kontrollvariabler			
Regioner	Ja	Ja	Ja
Bortfall (vet ej, vägrar svara)	Ja	Ja	Ja
Antal observationer	3 305	3 305	1 158

Möten med mening

En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten

Patienters upplevelser av kvaliteten på vårdmötet skiljer sig åt mellan grupper i Sverige. Vi har fördjupat förståelsen av de svenska resultaten från den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP-enkäten). Vår analys visar bland annat att äldre patienter och patienter med bättre självskattad hälsa uppfattar vårdens kvalitet som bättre och att kvinnor upplever vårdens kvalitet som något sämre jämfört med män. I rapporten visar vi också att personkontinuitet i vården har betydelse för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård.

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

