

# LORE projektrapport 2018:1

## Förtroende för sjukvården

---

Maria Andreasson

SOM-institutet, Göteborgs universitet

Johannes Johansson

SOM-institutet, Göteborgs universitet

Johan Martinsson

SOM-institutet, Göteborgs universitet

### INLEDNING

Medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården är en fråga som följs med stort intresse av många samhällsaktörer. Tidigare studier har ofta visat att sjukvården i Sverige i allmänhet har ett högt förtroende bland befolkningen jämfört med andra samhällsinstitutioner (Bergström & Oscarsson 2017). Emellertid har förtroendet gått ned något både på lång sikt och det senaste året. Andra studier har också visat att det finns stora skillnader i medborgarnas uppfattningar om olika aspekter av vården. Till exempel visar de västsvenska SOM-undersökningarna att invånarna gör distinkta bedömningar av olika aspekter av hälso- och sjukvården. Personalens bemötande och den medicinska kvaliteten får mycket positiva omdömen medan bedömningen av tillgången till vård samt organisationens effektivitet är markant sämre (Andersson et al 2017).

Det finns alltså all anledning att vidare utforska frågan om medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården i Sverige. Denna rapport syftar inte till att undersöka nivån på befolkningens förtroende för sjukvården då detta väl täcks in av andra undersökningar och publikationer. Istället ligger fokus på förklaringar till förtroendet, och närmare bestämt orsaker till brist på förtroende. Denna studie söker därmed komplettera andra ansatser genom att fokusera på människors egna förklaringar till deras förtroende för sjukvården eller bristen på sådant.

Rapporten behandlar tre huvudfrågor: 1) Vilken roll spelar det *hur* vi mäter befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården? 2) Vilka anledningar ser människor själva till att de har högt eller lågt förtroende för sjukvården? 3) Vilka konsekvenser för människors beteende får ett bristande förtroende för hälso- och sjukvården?

### Datainsamling

De studier som presenteras här baseras på en webbenkät till ett urval från Medborgarpanelen vid Göteborgs universitet. Två delurval användes för att genomföra studien. Det första delurvalet är slumpmässigt draget från Medborgarpanelens självrekryterade del. Det andra delurvalet är stratifierat på en tidigare ställd fråga om förtroende för sjukvården och har en högre representation av personer med litet förtroende för sjukvården än resten av den självrekryterade panelen. Anledningen till att en del av urvalet stratifierats är för att säkerställa god spridning i förtroendet för sjukvården bland de svarande.

Detta möjliggör att specifikt studera vilka orsaker människor anger för sitt låga förtroende. Då förtroendet för sjukvården i allmänhet är högt i Sverige har oftast enbart en mindre del av de svarande lågt förtroende för vården, ofta så lite som omkring 15 procent (Holmberg & Weibull 2017). För att få god spridning i förtroende för sjukvården drogs därför ett stratifierat delurval om 6 000 personer från 37 000 respondenter som i en tidigare undersökning i Medborgarpanelen i december 2016 svarat på en fråga om förtroende för sjukvården. Av de 6 000 hade hälften angett ett mycket stort, ett ganska stort eller ett varken stort eller litet förtroende för sjukvården i undersökningen som gjordes 2016. Den andra hälften slumpades fram bland de som angett att de hade ett mycket litet eller ganska litet förtroende för sjukvården. Detta urval används framförallt för avsnitt 2 och 3 i föreliggande rapport. För studien om betydelsen av olika sätt att mäta förtroende på som rapporteras i avsnitt 1 nedan och som har ett experimentellt upplägg används ett kompletterande urval om 4 800 personer från Medborgarpanelen.

Medborgarpanelen vid Göteborgs universitet drivs av opinionslaboratoriet LORE (Laboratory of Opinion Research) som är en avdelning inom SOM-institutet. Deltagare i Medborgarpanelen får cirka två till fyra gånger per år en e-postinbjudning till att delta i en webbundersökning. Medverkan i panelen är alltid frivillig, respondenterna får inte betalt för sitt deltagande, och de kan när som helst lämna panelen. Medborgarpanelen består i dagsläget av runt 55 000 respondenter, varav cirka 9 000 är sannolikhetsrekryterade och övriga är självrekryterade. Medborgarpanelens sammansättning som helhet är inte representativ för den svenska allmänheten. Män, högutbildade, äldre samt politiskt intresserade människor är överrepresenterade i Medborgarpanelen.

Inbjudan till att delta i studien skickades ut via e-post den 30 oktober 2017. Två påminnelser om att delta skickades till de som vid tillfället ännu inte svarat och den 20 november 2017 stängdes undersökningen. Sammanlagt bjöds 10 800 personer, från 16 år och uppåt, in till att delta i studien. Av dessa studsade 1,9 procent av e-postadresserna i deltagarlistan, nettourvalet utgjordes därmed av 10 594 personer. Nettosvarsfrekvensen<sup>1</sup> är 72 procent, och inkluderar så kallade partiella svar (personer som svarat på mellan 50-80 procent av frågorna) men exkluderar så kallade enkätavhopp (personer som svarat på mindre än 50 procent av frågorna) och personer till vilka e-postmeddelandet inte kunde levereras (studsar).

## **Vilken roll spelar det hur vi mäter förtroende för vården?**

Som man frågar får man svar är ett vanligt uttryck i enkätsammanhang. Följande avsnitt undersöker i vilken utsträckning det uppmätta förtroendet påverkas av olika sätt att mäta människors förtroende. Delstudien är inte heltäckande, utan fokuserar på några vanliga alternativ och hur de kan tänkas påverka resultaten.

### **Metod och upplägg**

För att besvara frågan om det spelar någon roll hur man ställer frågan om förtroende prövades sex olika frågeformuleringar. Se tabell 1 för en översikt av experimentdesignet och de olika frågeformuleringarna. Fyra av frågorna ställs som enskilda frågor, och två som delar av ett frågebatteri med andra frågor om förtroende.

---

<sup>1</sup> Vi använder här ordet svarsfrekvens synonymt med begreppet deltagarfrekvens. Vanligen avses med svarsfrekvens den beräknade kumulativa svarsfrekvensen från ett ursprungligt befolkningsurval. Då urvalet är draget ur Medborgarpanelens respondentpool och inkluderar ett självrekryterat urval, är en sådan siffra inte möjlig att räkna ut. För att förenkla framställningen i texten använder vi dock ordet svarsfrekvens istället för deltagarfrekvens.

För experimentgrupp 1 lyder frågan "Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården?" Denna frågeformulering är den mest allmänna frågan utan vidare specificering och utgör därför basmätningen för experimentet om hur man ställer frågan om förtroende spelar roll för utvärderingen om hälso- och sjukvården.

För experimentgrupp 2 lyder frågan "Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket hälso- och sjukvården sköter sitt arbete?". Frågeformuleringen är densamma som i den årliga SOM-undersökningen och de tidsserier denna ligger till grund för. Formuleringen testar här om tillägget "det sätt på vilket hälso- och sjukvården sköter sitt arbete" förändrar människors utvärdering av hälso- och sjukvården jämfört med basmätningen.

Orden tillit och förtroende används ofta synonymt, men potentiellt mäter begreppen tillit och förtroende olika saker. Kan man känna ett starkt förtroende för hälso- och sjukvården i stort men känna mindre tillit till att man får den hjälp man behöver? En viktig aspekt av förtroende sägs oftast vara just förväntningar på hur väl någon utför en uppgift eller vid behov skulle kunna utföra en uppgift. I denna studie har vi inkluderat en fråga som betonar graden av tillit till att få den hjälp man själv behöver för att konkretisera institutionens roll jämfört med de vanligtvis mer allmänt formulerade frågorna. För experimentgrupp 3 lyder frågan därför "Vilken tillit har du till att du får den hjälp du behöver av hälso- och sjukvården?".

Att människor känner större förtroende för vissa institutioner i samhället än för andra står klart. I många undersökningar mäts dessutom förtroendet för flera olika grupper, personer eller institutioner samtidigt. Här undersöker vi om det finns ett slags smittoeffekt på förtroendenivåer för olika institutioner när de ställs sida vid sida i samma fråga? Allmänt sett är kontexteffekter inom undersökningar där omgivande frågor och ämnen påverkar svaren på andra frågor relativt vanliga. Det är dock svårt att uttala sig om effekter på en specifik fråga baserat på tidigare studier då resultaten varierar starkt beroende på ämnet. Tidigare SOM-undersökningar visar att förtroendet för radio och tv, Riksbanken, och universitet och högskolor generellt är högre än för andra institutioner. Genom att mäta förtroende för sjukvården tillsammans med ovanstående institutioner som människor har stort förtroende för testas om förtroendet för sjukvården påverkas av respondentens höga förtroende för de övriga institutionerna. Här är olika effekter tänkbara. Antingen kan de andra institutionerna tjäna som en jämförelsepunkt som drar ned svaren för sjukvården, eller så kan det höga förtroendet smitta av sig och leda till mer positiva svar även för sjukvården. För experimentgrupp 4 lyder frågan "Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket följande institutioner och grupper sköter sitt arbete?" Följt av (i nämnd ordning) "Radio/tv"; "Riksbanken"; "Universitet/högskolor"; och "Sjukvården".

En annan fråga som berördes inledningsvis är om förtroendet är lika högt för olika delar av hälso- och sjukvården. Skiljer respondenten mellan olika nivåer av sjukvården eller bedömer man hälso- och sjukvården som en och samma enhet? För experimentgrupp 5 lyder frågan "Hur stort förtroende har du för följande institutioner och grupper?" Följt av (i nämnd ordning) "Hälso- och sjukvården i allmänhet"; "Hälso- och sjukvårdssystemet"; "Politikerna som styr hälso- och sjukvården"; och "Hälso- och sjukvårdspersonalen".

Slutligen testas om förtroendet för hela hälso- och sjukvårdssystemet ser annorlunda ut än en mer allmänt hållen fråga om förtroende för hälso- och sjukvården (experimentgrupp 1). Istället för att ställa frågan om förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet tillsammans med andra nivåer som i experimentgrupp 5, ställs frågan separat i en enskild fråga. För experimentgrupp 6 lyder frågan "Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket hälso- och sjukvårdssystemet fungerar?".

Alla sex frågeformuleringarna i undersökningen besvaras med hjälp av en femgradig skala som går från mycket till litet. För experimentgrupperna 1, 2, 4, 5 och 6 lyder svarsalternativen "Mycket stort förtroende", "Ganska stort förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende" och "Mycket litet förtroende". Experimentgrupp 3 har dock "tillit" som etikett istället för "förtroende",

och skalan går från "Mycket hög tillit" till "Mycket låg tillit" för att bättre korrespondera med frågeformuleringen. I resultatrapporteringen kommer svarsfördelningarna rapporteras i stigande ordning, från Mycket litet förtroende (1) till Mycket stort förtroende (5) för en mer intuitiv förståelse av att ett högre medelvärde korresponderar med ett högre förtroende för hälso- och sjukvården).

**Tabell 1. Experimentgruppernas frågeformuleringar om förtroende för sjukvården**

Experiment grupp	Frågeformulering	Frågetyp	Svarsskala
1	Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården?	Enskild fråga	"Mycket stort förtroende", "Ganska stort förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende", "Mycket litet förtroende"
2	Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket hälso- och sjukvården sköter sitt arbete?	Enskild fråga	"Mycket stort förtroende", "Ganska stort förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende", "Mycket litet förtroende"
3	Vilken tillit har du till att du får den hjälp du behöver av hälso- och sjukvården?	Enskild fråga	"Mycket hög tillit", "Ganska hög tillit", "Varken hög eller låg tillit", "Ganska låg tillit", "Mycket låg tillit"
4	Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket följande institutioner och grupper sköter sitt arbete: sjukvården?	Del av batteri	"Mycket stort förtroende", "Ganska stort förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende", "Mycket litet förtroende"
5	Hur stort förtroende har du för följande institutioner och grupper: hälso- och sjukvården i allmänhet?	Del av batteri	"Mycket stort förtroende", "Ganska stort förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende", "Mycket litet förtroende"
6	Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket hälso- och sjukvårdssystemet fungerar?	Enskild fråga	"Mycket stort förtroende", "Ganska stort förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende", "Mycket litet förtroende"

**Kommentar:** Svarsskalan går från "Mycket stort/högt" till "Mycket litet/lågt" i undersökningen men kommer framöver att redovisas i omvänd ordning för en mer intuitiv förståelse av att ett högre medelvärde korresponderar med ett stort eller högt förtroende för hälso- och sjukvården.

Svarsmönstren och skillnader i medelvärden för de olika experimentgrupperna analyseras med hjälp av variansanalyser (ANOVA), Tukeys post hoc-tester samt Students t-tester.

## Resultat

För att analysera experimentet med olika frågeformuleringar testas skillnader i gruppernas medelvärden med hjälp av envägs-variensanalys (ANOVA). Resultaten visar att de olika frågeformuleringarna gav statistiskt signifikant skilda medelvärden ANOVA(F(5; 2691)=21,02, p=0,000). I tabell 2 redovisas svarsfördelningen samt medelvärden för de sex olika frågeformuleringarna om förtroende för hälso- och sjukvården. Framförallt är det frågan om förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet, experimentgrupp 6, som sticker ut och ger ett statistiskt signifikant lägre medelvärde (Tukey's HSD (3,3; ± 0,04, p<0,010) jämfört med övriga experimentgrupper.

Högst förtroende anger respondenterna när de får möjlighet att skilja ut de olika nivåerna av hälso- och sjukvården. Frågan om förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet (experimentgrupp 5) ger ett medelvärde på 3,9 på en skala från 1-5 där 5 är högst, och det är statistiskt signifikant högre än jämfört med resultatet för frågeformuleringen om förtroende för hur hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (experimentgrupp 2) med medelvärde 3,5, tillit att få den hjälp man behöver (experimentgrupp 3) med medelvärde 3,7 och förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet (experimentgrupp 6) med medelvärde 3,3.

Tittar vi på andelen som har angett ett ganska stort eller mycket stort förtroende är det de i allmänt hållna frågorna om förtroende för hälso- och sjukvården (experimentgrupp 1 och 5) som respondenterna anger högst förtroende. Generellt kan vi se att det är relativt små effektstorlekar bland experimentgrupperna ( $\pm 0,2$  i medelvärdesskillnad), förutom för frågan om förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet som skiljer sig 0,6 skalenheter från frågan om hälso- och sjukvården i allmänhet.

**Tabell 2. Svartsfördelning för olika frågeformuleringar av förtroende för hälso- och sjukvården (radprocent)**

Frågeformulering / experimentgrupp	Mycket litet (1)	Ganska litet (2)	Varken stort eller litet (3)	Ganska stort (4)	Mycket stort (5)	Summa	Antal svar	Medelvärde	Andel ganska/mycket stort
Förtroende hälso- och sjukvården (expgr 1/a)	1	11	17	59	12	100	459	3,7 <sup>b, f</sup>	71
Förtroende hur hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (expgr 2/b)	4	12	19	56	9	100	422	3,5 <sup>a, e, f</sup>	65
Tillit få den hjälp som behövs av hälso- och sjukvården (expgr 3/c)	2	11	19	52	16	100	466	3,7 <sup>e, f</sup>	68
Förtroende institutioner: sjukvården (expgr 4/d)	2	9	21	53	15	100	467	3,7 <sup>f</sup>	68
Förtroende: hälso- och sjukvården i allmänhet (expgr 5/e)	1	7	17	57	18	100	411	3,9 <sup>b, c, f</sup>	75
Förtroende hälso- och sjukvårdssystemet (expgr 6/f)	5	19	23	48	5	100	472	3,3 <sup>a, b, c, d, e</sup>	53

**Kommentar:** För fullständiga frågeformuleringar för experimentgrupperna, se tabell 1. Den femgradiga svarsskalan går från "Mycket stort förtroende", via "Ganska litet förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende" till "Mycket litet förtroende" för alla experimentgrupper utom experimentgrupp 3, "Tillit till att få hjälp", där svarsskalan går i samma riktning men etiketterna utgår från tillit istället för förtroende. Kolumnen med rubriken "Andel ganska/mycket stort" redovisar den sammanslagna procentuella andelen av respondenter som angett att de har mycket eller ganska stort förtroende. Signifikanta medelvärdesskillnader mellan experimentgrupperna har testats med hjälp av ANOVA ( $F(5, 2691)=21.02, p=.000$ ) och Tukey's HSD post hoc-tester. Skillnader som är statistiskt signifikanta på minst 95 % säkerhetsnivå är markerade med upphöjda bokstäver (a-f). <sup>a</sup> hänvisar till experimentgrupp 1, <sup>b</sup> till experimentgrupp 2, och så vidare. Fullständiga resultat för Tukey's post hoc signifikanstester finns i tabell 1.1 i bilaga 1.

Begreppet tillit tycks i den här studien mäta samma sak som begreppet förtroende då medelvärdet för experimentgrupp 3 med frågan om man känner tillit till att få den hjälp som behövs av hälso- och sjukvården inte skiljer sig signifikant från den allmänt hållna frågan om förtroende för hälso- och sjukvården i experimentgrupp 1.

Varken någon negativ eller positiv effekt av att ställa frågan om förtroende för hälso- och sjukvården i ett sammanhang med andra institutioner som människor brukar ange ett högt förtroende för kan utläsas i resultatet. Den på förhand misstänkta "smittoeffekten" kan avfärdas då de andra institutionerna (Radio/Tv, Riksbanken och universitet/högskolor) varken drar upp eller ned medelvärdet för sjukvården bland respondenterna. (Se tabell 1.4 i bilaga 1 för den fullständiga svartsfördelningen av förtroende för de olika institutionerna)

Som tidigare nämnts angavs högst förtroende för hälso- och sjukvården när frågan ställdes i kombination med flera olika nivåer inom sjukvården. Respondenterna skiljer på de olika nivåerna, vilket tydligt

framkommer i tabell 3, och alla skillnader är statistiskt signifikanta (för signifikanstest, se tabell 1.3 i bilaga 1).

**Tabell 3. Svarsfördelning av förtroende för hälso- och sjukvårdens olika nivåer (radprocent)**

	Mycket litet	Ganska litet	Varken stort eller litet	Ganska stort	Mycket stort	Summa	Antal svar	Medelvärde	Andel ganska / mycket stort
Hälso- och sjukvården i allmänhet	1	7	17	57	18	100	411	3,9	75
Hälso- och sjukvårdssystemet	3	18	26	46	7	100	410	3,4	53
Politikerna som styr hälso- och sjukvården	17	33	34	15	1	100	411	2,5	16
Hälso- och sjukvårdspersonalen	0	0	7	47	46	100	409	4,4	93

**Kommentar:** Frågeformuleringen lyder "I vilken utsträckning känner du förtroende för följande institutioner och grupper inom hälso- och sjukvården?" med delfrågor i följande ordning; "Hälso- och sjukvården i allmänhet"; "Hälso- och sjukvårdssystemet"; "De politiker som styr hälso- och sjukvården"; samt "Hälso- och sjukvårdspersonalen". Den femgradiga svarsskalan går från mycket litet förtroende, ganska litet, varken litet eller stort, ganska stort till mycket stort förtroende. Kolumnen med rubriken "Andel ganska/mycket stort" redovisar den sammanslagna procentuella andelen av respondenter som angett att de har mycket eller ganska stort förtroende. Signifikanta medelvärdeskillnader mellan delfrågorna har testats med Students t-test, och alla skillnader är statistiskt signifikanta vid 99,9 % säkerhetsnivå. Fullständiga resultat för signifikanstesten finns i tabell 1.3 i bilaga 1.

Respondenterna har högst förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen, med ett medelvärde på 4,4, och där hela 93 procent av respondenterna har angett att de har ett ganska eller mycket stort förtroende. Därefter följer förtroendet för hälso- och sjukvården i allmänhet, medelvärdet är 3,9, och 75 procent av respondenterna angav att de hade ganska eller mycket stort förtroende. Förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet är betydligt lägre, medelvärdet är 3,4, och 53 procent anger att de har ganska eller mycket stort förtroende. Svarsfördelningen upprepar resultatet för experimentgrupp 6, där frågan om förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet ställdes som en enskild fråga istället för som del av ett batteri med förtroendefrågor (se tabell 2). Att vi ser en liknande svarsfördelning när frågan om förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet ställs i kombination med flera andra nivåer som när den ställs separat stärker tilltron till att det är ett robust resultat och att det lägre förtroendet för systemet handlar om en stabil åsikt och inte är en produkt av metodval. Lägst förtroende har respondenterna för de politiker som styr hälso- och sjukvården, med ett medelvärde på 2,5, där endast 16 procent anger att de har ett mycket hög eller ganska högt förtroende. Liknande resultat och skillnader mellan olika aspekter av vården har setts tidigare i andra undersökningar (se tex Bergström et al 2017).

När vi undersöker effekterna av olika frågeformuleringar separat i olika subgrupper i urvalet så som män och kvinnor, åldersgrupperna 16-34 år, 35-54 år och 55+ år, samt låg/medel- och högutbildade, ser vi att mönstret överlag ser liknande ut i grupperna, se tabell 1.2 i bilaga 1. Framst är det de med minst tre års högskoleutbildning (hög utbildning) som skiljer sig statistiskt signifikant från de med kortare utbildning (låg/medel utbildning). Personer med hög utbildning har generellt högre förtroende för hälso- och sjukvården än personer med låg/medel utbildning. Det visar sig framförallt i frågan om förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet (experimentgrupp 6) där de högutbildade har ett medelvärde på 3,4 jämfört med 3,1 i gruppen låg/medelutbildade. En lägre men statistiskt signifikant skillnad märks i frågan om förtroende för hälso- och sjukvården (experimentgrupp 1) och frågan om förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet (experimentgrupp 5) där de högutbildade i snitt ligger på 0,2 enheter högre i medelvärde jämfört med de med låg/medel utbildning.

Män anger att de har något högre förtroende (0,2 enheters skillnad i medelvärde,  $p < 0,05$ ) än kvinnor vad gäller frågan om förtroende för sjukvården som institution (experimentgrupp 4), i övrigt ser förtroende likadant ut hos kvinnor som hos män i de olika experimentgrupperna.

Ålderskategorin 35-54 år anger ett något lägre förtroende (0,2 enheters skillnad i medelvärde) jämfört med de yngre (16-34 år) och äldre (55+ år) kohorterna för det sätt som hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (experimentgrupp 2) och ett något högre förtroende (0,2 enheters skillnad i medelvärde) för hälso- och sjukvårdssystemet (experimentgrupp 6) än de yngre och äldre, men skillnaderna är inte statistiskt signifikanta. I övrigt så skiljer sig åldersgrupperna inte åt i någon större utsträckning när det gäller förtroende för hälso- och sjukvården. Vi bör dock inte dra för långtgående slutsatser om skillnaderna mellan olika undergrupper vad gäller effekterna av olika frågeformuleringar då det inte var det primära syftet med studien och metod och urval inte var anpassade för detta ändamål.

Det generella svaret på frågan om det spelar stor roll hur vi mäter förtroendet för vården blir att det mycket väl kan spela en stor roll. I vissa fall tycks det inte spela så stor roll; som exempelvis när vi jämför en fråga om vilken tillit människor har till att få den hjälp de behöver av sjukvården eller vilket förtroende de har för sjukvården. Inte heller tycks det spela särskilt stor roll om vi frågar om människors förtroende för sjukvården tillsammans med ett urval av andra samhällsinstitutioner med högt förtroende eller om frågan ställs separat. Däremot är det tydligt att respondenterna anger en klart lägre grad av förtroende om vi frågar efter deras förtroende för hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar. Andelen som anger ett stort förtroende blir då enbart 53 procent. Den variant som resulterar i det högsta förtroendet får vi om vi istället frågar om förtroendet för hälso- och sjukvården i allmänhet och samtidigt låter deltagarna uttrycka sitt förtroende för specifika delar av vården som exempelvis politikerna som styr vården och hälso- och sjukvårdssystemet: 75 procent. Det är en betydande skillnad på närmare 20 procentenheter.

## Orsaker till graden av förtroende för hälso- och sjukvården

Detta avsnitt syftar till att bidra till kunskapen om vad som orsakar högt eller lågt förtroende för vården. Det finns många tänkbara angreppssätt att använda för att studera denna fråga. För att komplettera tidigare studier har vi här valt strategin att fråga människor själva vad anledningen är till att de har högt eller lågt förtroende för vården. På detta sätt hoppas vi bidra till den befintliga kunskapen.

### Metod och upplägg

Efter att ha svarat på hur stort förtroende de har för hälso- och sjukvården följdes frågan upp med en fråga som löd ”Du angav i föregående fråga att du känner ”...”<sup>2</sup> förtroende för hälso- och sjukvården. Vi skulle vilja be dig att berätta mer utförligt om orsakerna till ditt förtroende.” Den öppna frågan resulterade i nära på 4 500 svar kring orsaker till förtroendet för hälso- och sjukvården.

Med hjälp av en så kallad explorativ ostrukturerad textanalys testas förekomster av ord i svaren som tillsammans bildar meningsfulla ämnesmässiga kluster. Klustren, vilka kan sägas utgöra olika dimensioner av förtroende för hälso- och sjukvården, identifieras med utgångspunkt i topic-modeling och den etablerade modellen Latent Dirichlet Allocation (LDA) (Blei et al. 2003). Mer specifikt analyseras de öppna svaren med hjälp av ”Structural Topic Modelling” (STM) för att inkludera vilka socioekonomiska faktorer samt attityder som korrelerar med de olika svarsdimensionerna (Roberts et al. 2013, 2014, 2016).

---

<sup>2</sup> I frågeformuleringen upprepades det svarsalternativ som respondenten hade angett i föregående fråga i undersökningen, det vill säga hur stort förtroende de har för hälso- och sjukvården. En person som hade angett att de har ett mycket litet förtroende fick därför se följande frågeformulering: ”Du angav i föregående fråga att du känner ”mycket litet förtroende” för hälso- och sjukvården. Vi skulle vilja be dig att berätta mer utförligt om orsakerna till ditt förtroende.”

Målet med STM-analysen är att utkristallisera förtroendets dimensioner när gäller hälso- och sjukvården. Genom att identifiera ämnesmässiga kluster och predicera deras samband med förtroendet för vården samt andra socioekonomiska faktorer, kan vi uttala oss om de vanligaste motiveringarna för bedömningen av vården, samt vad som utmärker personerna som tillhör de olika svarsdimensionerna. Vi kan inte med säkerhet veta att anledningarna som respondenterna anger är de verkliga orsakerna till förtroendet för hälso- och sjukvården, utan får nöja oss med att rapportera om de anledningar som respondenterna själva anger.

STM-modellen sorterar svar i ämnesmässiga kluster genom ett antal statistiska moment där frekvenser, spridning och sannolikhetsfördelning av ord tas med i beräkningen. En respondents svar uppskattas som proportionellt tillhörande ett eller flera kluster via sannolikhetsfördelning och variation av använda ord inom det specifika svaret, de övriga identifierade klustren och i urvalet som helhet samt i förhållande till svar från andra respondenter. Vidare inkluderas enkätsvarens variation i relation till valda bakgrundsvariabler i den statistiska analysen vilket syftar till att förtydliga svarsdimensionerna och möjliggör visualisering av samband.

Som vid all klusteranalys finns en kvalitativ komponent i val av antal kluster som skall användas för analysen samt i val av rubriksättning för de olika ämnesmässiga klusterdimensionerna. Det finns oftast fler kluster än vad den statistiska analysen av det underliggande materialet klarar av att säkerställa, variationen i de anledningar till förtroendet för vården som deltagarna anger är inte begränsat till de som analyserna klarar av att statistiskt identifiera i urvalet. Valet av dimensioner måste därför anpassas till det underliggande materialet, spridning och svarsantal på den ursprungliga frågan. De främsta ämnesklustren i svaren identifieras med statistiska metoder i flera steg.

För bedömning av passform mellan antal kluster och materialet, används jämförelser av resultaten vid olika val av antal, bland annat bedöms förändring i nivå av oförklarad variation mellan alternativen, uppskattad sannolikhet, och semantisk koherens (hur ofta flera ord som bedöms tillhöra ett kluster existerar tillsammans i svaren).

Vidare kontrolleras de statistiska resultaten kvalitativt via listningar av de främsta orden som associerats med klustren. Fördelningarna som används vid bedömningen är frekvens, sannolikhet och exklusivitet plus frekvens, samt ord delade med frekvens i andra kluster. Avslutningsvis jämförs och utvärderas exempelsvar för de olika klustren. Från exempelsvaren och de mest framstående orden i klustret väljs sedan en rubrik för klustret t.ex. "Väntetid/kötid" om ämnesklustret domineras av svar som nämner dessa ord eller i allt väsentligt kan likställas med dem.

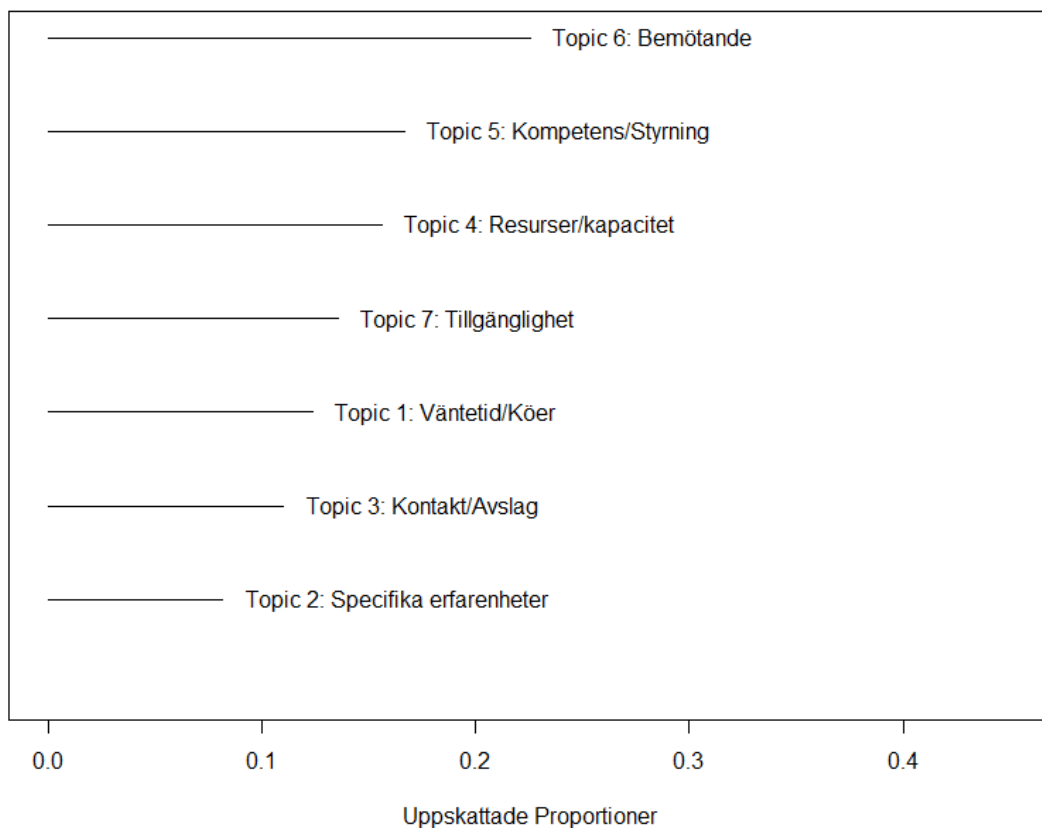
## **Resultat**

### **Identifierade ämneskluster**

Modellen som identifieras i STM-analysen leder till fördelning av sju ämnesmässiga kluster i urvalet och återfinns i figur 1 som visar de ämnen som tydligast träder fram i urvalet. Flera andra aspekter återfinns i de öppna svaren, men inte i tillräcklig utsträckning för en statistiskt välgrundad fördelning att analysera eller med säkerhet uttala sig om. Dessa ytterligare svarsdimensioner skulle möjligen framstå tydligt först vid ett större urval. Fördelningen visar hur stor del de olika klustren har i hela urvalet av svaranden i uppskattade proportioner.



**Figur 1 Identifierade ämneskluster av angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården**



**Kommentar:** De uppskattade proportionerna på X-axeln visar hur stor del ämnesklustren har i urvalet som helhet. Rubrikerna (eller benämningarna) för varje ämneskluster grundar sig på typiska exempelsvar och vilka nyckelord STM-analysen sammankopplat med ämnesklustret.

Nedan följer korta beskrivningar över de olika identifierade ämnesmässiga klustren, samt motiveringar till varför just den rubriken valts för ämnesklustret. Exempel på typiska svar för varje ämneskluster återfinns i bilaga 2.

#### Bemötande

Uttryck som gäller bemötande och omhändertagande återfinns tydligt i svaren. Beskrivningar av vikten av ett respektfullt, snabbt, korrekt, professionellt utbyte eller en medkännande behandling. Erfarenheter från det personliga utbytet med vårdpersonalen anges som en anledning till dessa individers förtroende för vården.

#### Kompetens/Styrning

Utmärkande för respondenter i denna grupp är spänningen mellan ett högt förtroende för sjukvårdens kompetens, personalens profession tillsammans med ett lågt förtroende för politiker och administrationens styrning av verksamheten. Organisationsledning, ledarskap, "management", politiker eller landstingen kritiserar men med en tilltro till den medicinska professionen och personalen.

#### Resurser/Kapacitet

Svar i klustret lyfter hur resurser påverkar kapaciteten för vården att utföra sitt uppdrag. Problematik som beskrivs är resursfördelningsproblem, personalbrist, "underbetalning", hanterande av resurser, små och krympande absoluta resurser, sparkrav, indragna tjänster och arbetsuppgifter som inte ersätts.

Ytterligare understryks en medvetenhet om att vårdpersonalen ”gör sitt bästa” men förutsättningarna till god vård anses låga, vilket beskrivs leda till brist på kvalificerad personal, underbemanning och sjukskrivningar som resultat av ett överarbete.

#### Tillgänglighet

Typiska svar i klustret lyfter möjligheter till kontakt och utbyte, även kontinuiteten i personalkontakterna är viktig för respondenterna. Svårigheter att komma i kontakt för att få hjälp, hur svårt det är att få tid, telefonköer, läkartider samt begränsade telefontider. Vidare uttrycks avsaknad av kontinuitet i vården, kontaktpersoner eller tillgången till samma läkare, även negativa reaktioner mot hyrläkarsystemet framgår. Även när kontakt har upprättats beskrivs situationer där individer inte känner sig lyssnade på med begränsat utbyte och upplevelser av vårdpersonal som stressade och motvilliga, otillgängliga eller frånvarande även vid möte.

#### Väntetid/Köer

Svaren i detta kluster nämner främst motiveringar med långa väntetider till olika vårdinrättningar, köer eller väntan.

#### Kontakt/Avslag

Detta kluster är en något mer svårtolkad gruppering som till stor del innehåller motiveringar till förtroendet för vården med exempelvis personliga erfarenheter av avslag till vård. Uttryck som ”har inte fått hjälp” och att de ”inte blivit tagna på allvar” är relativt vanliga. Även svar med uttryck som att det är ”dåligt med hjälp” eller att flera besök krävs för att få vård, eller att det personliga fallet inte utreds förekommer. En upplevelse av att vården fokuserar på att ”mota patienter i dörren” förekommer och denna grupp uttrycker generellt en upplevelse av behov som på olika sätt inte tillgodoses i kontakten med vårdgivare.

#### Specifika erfarenheter

Här samlas en grupp av svar vilken möjligen skulle kunna betraktas som en övrigt-kategori men även denna grupp hör samman med en gemensam nämnare i tydliga personliga erfarenheter beskrivna i specifika berättelser (som inte hamnar i ämnesklustret ”Kontakt/avslag”). Respondenterna har valt att motivera sin bedömning av vården med en eller flera tydliga erfarenheter som får exemplifiera den allmänna bedömningen och varierar därför till sitt innehåll även om uttrycket är liknande.

### Potentiella orsakssamband

I STM-analysen identifieras samband mellan bakgrundsvariabler och de identifierade ämnesmässiga klustren. Genom att jämföra olika nivåer av förtroende för hälso- och sjukvården och de angivna orsakerna till förtroendet får vi en indikation på vilka potentiella orsaker som finns för förtroende för hälso- och sjukvården, samt vad som utmärker personerna inom de olika svarsdimensionerna.

Ett antal socioekonomiska förklaringsfaktorer har testats mot de angivna orsakerna till respondenternas förtroende för hälso- och sjukvården. Bland annat har sambanden kontrollerats vad gäller kön, ålder, utbildning, inkomst, om respondenten bor i stad/land, är född i Sverige, vilken typ av anställningsform, om man har barn, samt attitydfrågor vad gäller politiskt förtroende, politiskt intresse och förtroende för sjukvården.

I slutändan har flertalet potentiella förklaringsfaktorer fått förkastas då de antingen har överspecificerat modellen eller saknat statistiskt signifikanta samband, det vill säga inte har visat någon effekt inom ett 95% konfidensintervall. Potentiella förklaringsfaktorer som testats men som saknat statistiskt signifikans i urvalet är stad/land, om man är född i Sverige eller ej samt om man har barn. Överspecificering i STM-analysen leder till att de identifierade klustren minskar i sammanhållning och tolkningsmöjlighet, och

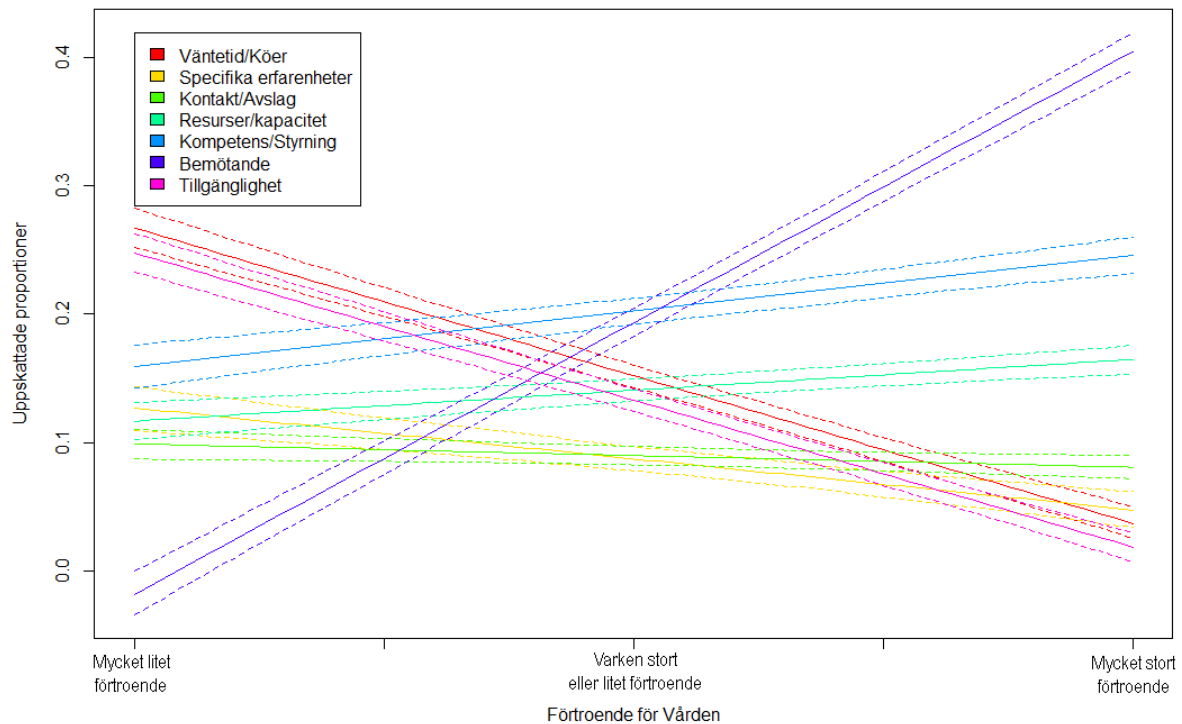
av den anledningen har politiskt förtroende, politiskt intresse och anställningsform uteslutits ur modellen. Utöver att politiskt intresse överspecificerade modellen hade variabeln bara statistisk signifikans för två kluster. Politiskt förtroende korrelerade även med förtroende för hälso- och sjukvården, och anställningsformen innehöll inte tillräckligt stort antal svar för de olika kategorierna för att ge statistisk signifikanta resultat. Den slutgiltiga modellen av attityd- och bakgrundsvariabler innehåller variablerna ålder, kön, utbildning, inkomst och förtroende för vården, vilka samvarierar signifikant med de ämnesmässiga klustren som identifieras i svaren på den öppna frågan.

Resultaten presenteras nedan och visar linjära (predicted probabilities) eller binära (first-difference estimates) predicerade andelar svar som tillhör olika kluster som en funktion av bakgrundsvariabeln. De tydliggör därigenom i vilken utsträckning förekomst av motiveringar från olika ämneskluster skiljer sig åt mellan olika grupper i urvalet. I graferna används konfidensintervall (baserade på en så kallad kompositionsmetod) där enkätsvaren är enheterna, effekten är proportion av variation, och attityd- och bakgrundsvariabler är beroende variabler.

Ämnesklustrens samband till förtroendet för hälso- och sjukvården är alla signifikanta och för tre av klustren framträder även tydliga systematiska variationer för klustren mellan de med stort och litet förtroende för hälso- och sjukvården: "Bemötande", "Väntetid/köer" och "Tillgänglighet". I figur 2 visualiseras spridningen av förväntade andelar svar över klusterdimensioner och svarsalternativ. Modellen predicerar att 40 procent av de med mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården nämner "Bemötande" som en orsak till sitt förtroende. Vidare nämner 20 procent av de med mycket stort förtroende "Kompetens/styrning" och 15 procent "Resurser och kapacitet". Bland de med mycket lågt förtroende för hälso- och sjukvården däremot prediceras att 0 procent uppger ämnesklustret "Bemötande" som orsak till förtroende, utan istället är det "Väntetid/köer" med 27 procent, och "Tillgänglighet" med 25 procent som förklarar förtroendet, enligt modellen.

Lutningen på den linjära visualiseringen anger styrkan på sambandet, varför det är extra viktigt att notera. I figur 2 ser vi att det främst är svarsdimensionerna "Bemötande", "Väntetid/köer" samt "Tillgänglighet" som har mycket tydliga samband med förtroendet för hälso- och sjukvården i och med dessa linjers skarpa lutning. Övriga ämneskluster är signifikanta och förstärker resultaten för förtroendets dimensioner men har mycket mindre övertygande samband. Linjernas lutning visar även sambandets riktning, vi kan se figur 2 att "Bemötande" har en positiv lutning (lutar uppåt sett från vänster till höger) och därmed ett positivt samband med förtroende för hälso- och sjukvården. Detta betyder då att "Bemötande" som anledning nämns oftare av de som har stort förtroende för hälso- och sjukvården än av de som har litet förtroende. Det omvända gäller för "Väntetid/köer" och "Tillgänglighet" som har en negativ lutning (lutar nedåt från vänster till höger) och därmed nämns i mindre utsträckning av de med stort förtroende än de med litet förtroende.

**Figur 2 Samband mellan förtroende och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården**

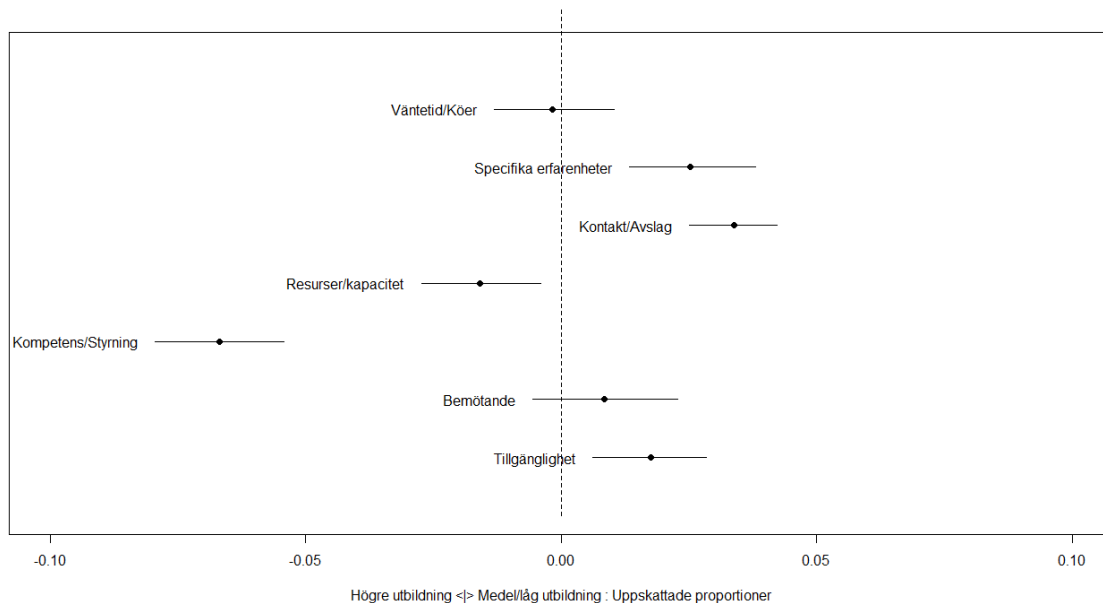


**Kommentar:** De uppskattade proportionerna är förhållandet mellan klustren och urvalet som helhet, sambanden uttrycks som linjära och med 95% konfidensintervall.

Samband med utbildningsnivå visualiseras i figur 3 där ämnesklustren varierar på den dikotoma variabeln mellan respondenter med antingen hög eller medel/låg utbildning<sup>3</sup>. Predicerade proportioner visas med ökad styrka på x-axeln med gruppen hög utbildning till vänster och medel/låg utbildning till höger. Utbildning visar samband med "Kompetens/styrning" samt med "Resurser/kapacitet" där svar från respondenter med hög-utbildningsnivå i större utsträckning tillhör dessa ämneskluster. Resultaten inkluderar även samband med "Tillgänglighet", "Kontakt/avslag" och "Specifika erfarenheter" som är vanligare bland respondenter som är medel/lågutbildade. Det bör dock noteras att fördelningen av uppskattade proportioner visar på små skillnader och att sambanden alltså inte är betydande även om de är statistiskt signifikanta.

<sup>3</sup> Hög utbildning motsvarar minst tre års högskole-/universitetstudier, och låg/medel utbildning allt därunder.

**Figur 3 Samband mellan utbildning och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården**

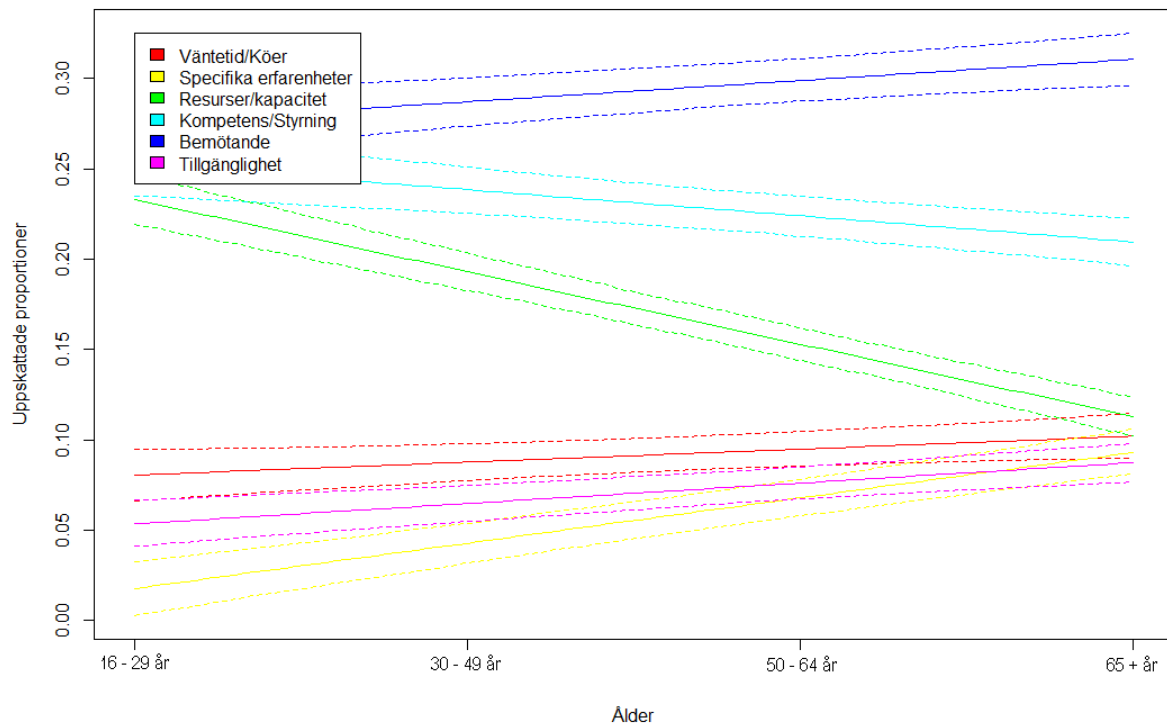


**Kommentar:** De uppskattade proportionerna visar hur stor del klustren har i urvalet som helhet, utbildningsvariabeln är dikotom mellan högre utbildning och med/låg utbildning med 95% konfidensintervall. Starkare samband visas med ökande avstånd från nollpunkten. Amneskluster på den negativa, vänstra, sidan av nollpunkten förekommer oftare hos högutbildade och på den högra, positiva, med låg-/medelutbildade.

De ämnesmässiga klustrens samband med åldersvariabeln visar god passform uttryckt som linjära samband vid punktskattningar ("marginal proportions") och visualiseras nedan i figur 4. Sambandet mellan ålder och "Resurser/kapacitet" är markant starkare för yngre åldersgrupper än för äldre, i motsats till de övriga ämnesklustrens variation.

Kvarstående samband är mindre framträdande. Svar som är vanligare bland äldre handlar något mer om bemötande och mänsklig interaktion, som exempelvis "Väntetid/köer", "Specifika erfarenheter", "Tillgänglighet" och "Bemötande", ämnen som relaterar till varandra. Likaså är "Resurser/kapacitet" och "Kompetens/Styrning" ämnen som knyter an till varandra, men som är något mer vanliga bland yngre respondenter, ett mönster som upprepas i flera av de identifierade sambanden.

**Figur 4 Samband mellan ålder och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården**



**Kommentar:** De uppskattade proportionerna är hur stor del klustren har i samplet som helhet, sambanden uttrycks som linjära och med 95% konfidensintervall.

Visualisering av återstående bakgrundsvariabler, inkomst och kön, återfinns som figur 1 och 2 i bilaga 1 och redovisas inte här på grund av deras svaga (men signifikanta) samband. Användning av variabelerna i modellen stärker resultaten och sammanhållningen i ämnesklustren men de svaga sambanden medger inte någon tydlig analytisk tolkning.

Vi finner ett stort antal statistiskt signifikanta samband mellan ämnesklustren och förtroendebestämmande med något färre riktigt tydliga sambanden. Bland resultaten framstår dock vissa samband som till exempel med "Resurser/kapacitet" med ålder eller "Kompetens/styrning" med högre utbildning. I övrigt är de mest påfallande resultaten som förväntat kopplat till förtroendet för vården. Vi ser att "Bemötande" är den i särklass vanligaste orsaken som respondenterna nämner vilket sammanfaller med ett stort förtroende för hälso- och sjukvården. Bland de med lågt förtroende är istället de tydligaste orsakerna som respondenterna nämner "Väntetider/köer" samt "Tillgänglighet".

Förutom identifierade samband har analysen visat på starka dimensioner av förtroendet för sjukvården som även varierar på ett i stort förväntat och förutsägbart sätt. Specifikt intressanta resultat finns även inom dimensionaliteten "Kompetens/styrning". Ämnesklustret är speciellt eftersom det innehåller en dubbel effekt; dels uttrycker respondenterna tillit till kompetensen hos vårdpersonalen och professionen och samtidigt understryker de bristen på kompetent politisk eller administrativ styrning. Människor som kritiserar den politiska styrningen och administrationens hantering av vården känner dock ofta samtidigt förtroende för den kompetens och professionella kapacitet som vården besitter. Vid ett större urval är detta det tydligaste kluster som på kvalitativ grund skulle gå att särskilja till två olika men starkt överlappande kluster.

Resultaten angående bakgrunden till förtroendet för hälso- och sjukvården visar flera möjliga orsaker och hur de sammanfaller med bakgrundsvariabler. Framförallt är det den identifierade fördelningen av ämneskluster samt dessa dimensioners samband med nivå av förtroendet för hälso- och sjukvård som är särskilt tydliga. Sambanden mellan ämnesklustren och grad av förtroende för hälso- och sjukvård visar sedan vilka specifika orsaker som kan påverka riktning och styrka. Resultaten indikerar "Bemötande" som en potentiellt mycket positiv effekt på förtroendet för hälso- och sjukvård samtidigt som "Väntetid/köer" och "tillgänglighet" är ämneskluster med betydande negativ påverkan. Genom följande analyser på bakgrundsvariabler visas hur de tre ämnesklustren även inte utmärker specifika grupper av respondenterna varför de i allmänhet kan tolkas som viktiga för människors bedömning av vården.

## **Vilka konsekvenser får lågt förtroende?**

Den avslutande delen av studien undersöker vilka konsekvenser för medborgarnas beteende ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården kan tänkas få. Återigen har vi nytta av den utökade andelen i vårt urval med lågt förtroende för sjukvården för att kunna göra denna analys då det behövs en utökad andel med lågt förtroende för att meningsfullt kunna jämföra dessa grupper.

### **Metod och upplägg**

För frågan om ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården får några beteendemässiga konsekvenser hos befolkningen använder vi oss av en dubbel ansats. Den ena ansatsen använder frågor där deltagarna får ange om de har gjort olika saker som skulle kunna vara relaterade till förtroendet för vården under de senaste fem åren. Respondenterna fick i undersökningen svara på frågan "Har du under de senaste fem åren gjort något av följande?", följt av åtta olika åtgärder relaterade till hälso- och sjukvården. Svartalternativen var "Ja", "Nej" samt "Nej, men har övervägt det".

Den andra ansatsen är återigen, som i del 2, att ställa en öppen följdfråga där de som anger att de har ett lågt förtroende för vården får svara på en fråga om de har vidtagit några åtgärder med anledning av deras låga förtroende för hälso- och sjukvården. På så vis får vi fördelarna hos båda metoderna. Vi får möjlighet att analysera beteenden som vi väljer ut och anser är av särskilt intresse, och kan samtidigt se vad respondenterna själva anger utan att vi ger dem någon ledning angående vad de skulle kunna tänkas ha gjort. I praktiken delades urvalet som användes i avsnitt 2 slumpmässigt in i två delar där det ena urvalet fick frågorna där vi hade valt ut en lista på åtgärder relaterade till hälso- och sjukvården, och i den andra delen fick de som hade angett ett mycket eller ganska lågt förtroende för hälso- och sjukvården en öppen följdfråga om de hade vidtagit några åtgärder med anledning av sitt låga förtroende (de med högt förtroende i denna del av urvalet fick ingen följdfråga då vi här enbart intresserar oss för beteendekonsekvenser av bristande förtroende).

Vi vill understryka att denna studie inte i strikt mening kan belägga någon kausalitet mellan graden av förtroende för vården och människors beteende utan i första hand konstaterar att det är vanligare att vidta åtgärder bland de med lågt förtroende än bland de med högt förtroende, det vill säga att det föreligger ett empiriskt samband. Utöver att undersöka bivariata samband mellan förtroendenivå och beteenden kommer vi dock även att använda en regressionsmodell där vi estimerar effekten av förtroendet på beteenden under kontroll för en rad faktorer som är kopplade till både förtroende och beteende för att stärka tilltron till de funna sambandens betydelse och att de inte bara är en produkt av andra bakomliggande faktorer.

Urvalet som studien använder baseras inte på ett slumpmässigt urval av befolkningen och bör inte användas för nivåskattningar av exempelvis hur vanliga olika beteenden är i befolkningen som helhet. Urvalet har istället fördelen att det innehåller en tillräckligt stor andel människor med lågt förtroende för hälso- och sjukvården för att kunna jämföra dessa med de med högt förtroende. Vi utgår här från att

det är ett rimligt antagande att liknande gruppskillnader och samband som vi finner i vårt urval utgör en tillräckligt god indikation på vilka mönster och samband som återfinns i befolkningen som helhet.

## Resultat – vidtagna åtgärder (stängd fråga)

Vilka konsekvenser kan ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården få? I tabell 4 redovisas vilka olika åtgärder respondenterna har vidtagit under de senaste fem åren bland respondenter med mycket eller ganska litet förtroende, varken stort eller litet förtroende, och mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården. Den fullständiga svarsfördelningen med samtliga svarsalternativ för de olika åtgärderna finns i tabell 1.5 i bilaga 1.

Den vanligaste åtgärden bland respondenter med lågt förtroende är att avstå från att söka vård, se tabell 4. 63 procent av respondenterna uppger att de har avstått från att söka vård under de senaste fem åren jämfört med bara 22 procent av de med högt förtroende, vilket ger en skillnad på hela 41 procentenheter. Näst vanligaste åtgärden bland de med lågt förtroende är att byta vårdgivare (48 procent jämfört med 28 procent bland respondenter med högt förtroende). Därefter hamnar att vända sig till en annan läkare för ny bedömning (46 procent jämfört med 15 procent bland höglitare<sup>4</sup>), följt av att gå direkt till en akutmottagning istället för till en vårdcentral (36 procent jämfört med 26 procent bland höglitare), att lämna klagomål till vården (33 procent jämfört med 9 procent bland höglitare), att avstå från föreslagen behandling (31 procent jämfört med 11 procent bland höglitare), att söka hjälp inom alternativmedicin (22 procent jämfört med 8 procent bland höglitare), och som minst vanligt alternativ skaffa en privat vårdförsäkring (13 procent jämfört med 9 procent bland höglitare).

**Tabell 4 Andel som har vidtagit olika åtgärder under de senaste fem åren bland personer med litet, varken stort eller litet respektive stort förtroende för hälso- och sjukvården (procent)**

	Mycket eller ganska litet förtroende	Varken stort eller litet förtroende	Mycket eller ganska stort förtroende	Differens mellan litet och stort förtroende
Bytt vårdgivare	48	33	28	20
Vänt mig till en annan läkare för ny bedömning	46	29	15	31
Skaffat en privat vårdförsäkring	13	12	9	4
Sökt hjälp inom alternativmedicin	22	14	8	14
Avstått från föreslagen behandling	31	20	11	20
Avstått från att söka vård	63	45	22	41
Vänt sig direkt till en akutmottagning istället för till vårdcentral	36	29	26	10
Lämnat klagomål till vården	33	16	9	24
Antal svar	582-590	512-518	1185-1202	

**Kommentarer:** Frågeformuleringen lyder ”Har du under de senaste fem åren gjort något av följande?” följt av åtgärderna i den ordning som visas i tabellen. Svarsalternativen är ”Ja”, ”Nej” samt ”Nej, men har övervägt det”. Fullständig redovisning av svarsfördelningen finns i bilaga 1, tabell 1.5. Frågeformuleringen för förtroende lyder ”Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården?” och svarsalternativen är ”Mycket stort förtroende”, ”Ganska stort förtroende”, ”Varken stort eller litet förtroende”, ”Ganska litet förtroende”, och ”Mycket litet förtroende”. I tabellen visas procentandelen som har svarat ”Ja” bland samtliga svarande i de olika förtroendegrupperna. Det exakta antal svar för förtroendekolumnerna varierar för varje åtgärd men minsta och högsta antalet svar anges i ett intervall för varje förtroendekolumn. Antalet svar för de med lågt förtroende

<sup>4</sup> Vi använder i denna rapport orden ”läglitare” och ”höglitare” synonymt med personer med litet respektive stort förtroende för hälso- och sjukvården.



varierar mellan 582 och 590, mellan 512 och 518 svar för de med varken stort eller lågt förtroende och mellan 1185 och 1202 svar för de med stort förtroende för hälso- och sjukvården.

De största skillnaderna i hur vanligt det är att vidta olika åtgärder mellan de med lågt och högt förtroende för hälso- och sjukvården gäller alltså att avstå från att söka vård (41 procentenheters skillnad), att vända sig till en annan läkare för ny bedömning (31 procentenheters skillnad), samt att lämna klagomål till vården (24 procentenheters skillnad). Även att avstå från föreslagna behandlingar och byta vårdgivare uppvisar relativt stora skillnader (20 procentenheter).

Minsta differensen bland åtgärderna ser vi när det gäller att skaffa en privat vårdförsäkring, endast 4 procentenheters skillnad mellan grupperna vilket tyder på åtgärden inte är kopplat till förtroendet för hälso- och sjukvården generellt sett. Att vända sig direkt till en akutmottagning istället för till en vårdcentral är även det ganska svagt kopplat till graden av förtroende för hälso- och sjukvården, med 10 procentenheters avvikelse mellan låg- och höglitare.

I svarsmonstret syns ett relativt linjärt negativt samband mellan grad av förtroende för hälso- och sjukvården och sannolikheten för de olika åtgärderna. Högre förtroende är i allmänhet kopplat till lägre sannolikhet att vidta vissa åtgärder, dock olika tydligt för olika åtgärder. Gruppen med varken litet eller stort förtroende placerar sig ofta ungefär mittemellan de andra två grupperna.

För att säkerställa att sambanden mellan förtroende och åtgärder inte enbart återspeglar bakomliggande faktorer och demografiska skillnader mellan de med lågt respektive högt förtroende för vården används ett antal logistiska regressionsmodeller. Totalt används åtta kontrollvariabler utöver förtroendet för vården, inklusive självskattad hälsa, inkomst och ett antal socio-ekonomiska variabler. För en fullständig redovisning av resultaten från regressionsmodellerna se tabell 1.6 i bilaga 1.

Baserat på regressionsmodellerna beräknas sedan skillnader i predicerade sannolikheter att vidta de åtta olika åtgärderna för de med lågt förtroende för hälso- och sjukvården i jämförelse med de med högt förtroende, när övriga socioekonomiska kontrollvariabler konstanthålls vid sina medelvärden<sup>5</sup>. Dessa så kallade marginaleffekter redovisas i tabell 5. Resultaten från regressionsanalyserna visar att förtroende har en tydligt statistiskt signifikant effekt på vilka åtgärder man har vidtagit under senaste fem åren även under kontroll för socioekonomiska faktorer såsom kön, ålder, utbildning, om man är född i Sverige, har barn, bor i stad/land, inkomst och självskattad hälsa. Ett lägre förtroende för vården är i vårt urval kopplat till en högre sannolikhet att vidta samtliga åtta åtgärder även under kontroll för socio-ekonomiska faktorer och självskattad hälsa.

**Tabell 5 Predicerad sannolikhet att vidta åtgärder vid lågt förtroende för hälso- och sjukvården i jämförelse med högt förtroende**

	Predicerad marginaleffekt	Konfidensintervall
Avstått från att söka vård	0,37***	0,32-0,42
Vänt sig till en annan läkare för ny bedömning	0,28***	0,23-0,33
Lämnat klagomål till vården	0,23***	0,18-0,27
Avstått från föreslagna behandling	0,19***	0,15-0,23
Bytt vårdgivare	0,17***	0,13-0,23
Sökt hjälp inom alternativmedicin	0,12***	0,08-0,16
Gått direkt till akutmottagning istället för vårdcentral	0,07**	0,03-0,12
Skaffat en privat vårdförsäkring	0,04**	0,01-0,08

<sup>5</sup> För beräkningen av predicerade sannolikheter användes margins-kommandot i Stata 14.

*Kommentar:* Den predicerade margineffekten beräknas med hjälp av "Margins"-kommandot i Stata i samband med en logistisk regression, och är den genomsnittliga predicerade sannolikheten att vidta ovanstående åtgärder för de med mycket eller ganska lågt förtroende för hälso- och sjukvården i jämförelse med de med mycket eller ganska högt förtroende, när ett antal socioekonomiska kontrollvariabler konstanthålls vid sina medelvärden. Kontrollvariablerna är kön, ålder, utbildning, om man är född i Sverige, har barn, bor i stad/land, inkomst och självskattad hälsa. Signifikanta margineffekter markeras med stjärnor där \* = signifikant på 95 procents säkerhetsnivå, \*\* = signifikant på 99 procents säkerhetsnivå, och \*\*\* = signifikant på 99,9 procents säkerhetsnivå. För fullständig redovisning av resultaten från regressionsmodellerna som margineffekterna beräknas utifrån, se tabell 1.6 i Bilaga 1.

Starkast effekt av lågt förtroende för hälso- och sjukvården under kontroll för socioekonomiska faktorer finns vad gäller att avstå från att söka vård ( $b=1,72$ ,  $p<0,000$ ), där den predicerade sannolikheten i den här modellen är 37 procentenheter högre bland de med lågt förtroende jämfört med de med högt förtroende.

Att lämna klagomål ( $b=1,54$ ,  $p<0,000$ ), gå till annan läkare för en ny bedömning ( $b=1,48$ ,  $p<0,000$ ) att avstå från föreslagen behandling ( $b=1,26$ ,  $p<0,000$ ), samt att byta vårdgivare ( $b=0,79$ ,  $p<0,000$ ) är andra potentiella effekter av lågt förtroende. Modellen visar att den predicerade sannolikheten för respektive åtgärd är 23, 28, 19 och 17 procentenheter högre bland de med lågt förtroende jämfört med de med högt förtroende.

Slutligen följer att söka hjälp inom alternativmedicin ( $b=1,13$ ,  $p<0,000$ ), att gå direkt till en akutmottagning istället för en vårdcentral ( $b=0,36$ ,  $p<0,010$ ) och att skaffa en privat vårdförsäkring ( $b=0,52$ ,  $p<0,010$ ), där de predicerade sannolikheterna enligt modellen är 12, 7 och 4 procentenheter högre bland de med lågt förtroende jämfört med de med högt förtroende.

Män är generellt mindre benägna än kvinnor att vidta åtgärder, liksom att äldre är mindre benägna att vidta åtgärder än yngre. I övrigt ser kopplingen till de olika åtgärderna tämligen olika ut för de socioekonomiska faktorerna. Nedan beskrivs de predicerade sannolikheterna att vidta varje enskild åtgärd bland de med lågt förtroende för hälso- och sjukvården jämfört med de med högt (se tabell 5), samt vilka socioekonomiska faktorer som korrelerar med åtgärderna och vars effekt är statistiskt signifikant (se tabell 1.6 i bilaga 1).

De predicerade sannolikheterna för åtgärderna bygger på margineffekter för de med lågt förtroende i jämförelse med de med högt förtroende för hälso- och sjukvården när övriga socioekonomiska kontrollvariabler konstanthålls vid sina medelvärden i urvalet.

Att **avstå från att söka vård**, med en predicerad ökad sannolikhet på 36 procentenheter bland de med lågt förtroende jämfört med de med högt förtroende, är signifikant positivt korrelerat med personer födda utanför Sverige, personer med barn, samt de som angett att de har "varken god eller dålig hälsa". Personer som är äldre än 65 år däremot är mindre benägna att avstå från att söka vård jämfört med yngre, liksom att män är mindre benägna än kvinnor att avstå från att söka vård.

Det är 28 procentenheter mer sannolikt att en person med lågt förtroende söker sig till en **annan läkare** än att en person med högt förtroende för hälso- och sjukvården gör det, enligt den logistiska regressionsmodellen. Kvinnor söker i större utsträckning en "second opinion" genom att gå till en annan läkare, och det är också mer korrelerat med sämre självskattad hälsa.

Personer med lågt förtroende för hälso- och sjukvården har en predicerad ökad sannolikhet på 23 procentenheter att **lämna klagomål** till vården jämfört med de som har högt förtroende, och det är vanligare bland personer med dålig självskattad hälsa och bland personer som har barn.

Det är 19 procentenheter mer sannolikt att **avstå från föreslagen behandling** bland de med lågt förtroende för hälso- och sjukvården jämfört med personer med högt förtroende, och kvinnor och personer med barn är signifikant mer sannolika att avstå från en läkares rekommendation.

Den predicerade sannolikheten att ha **bytt vårdgivare** är 17 procentenheter högre bland de med lågt förtroende för hälso- och sjukvården jämfört med de med högt förtroende. Att ha dålig hälsa, att bo i någon av Sveriges tre största städer (Stockholm, Göteborg eller Malmö), samt att ha hög utbildning ökar sannolikheten för att respondenterna ska ha bytt vårdgivare under de senaste fem åren. Äldre personer och män är däremot mindre benägna att byta vårdgivare.

Att söka hjälp inom **alternativmedicin** är vanligare bland de med lågt förtroende (+12 procentenheters predicerad sannolikhet jämfört med personer med högt förtroende för hälso- och sjukvården), och kvinnor är mer benägna att söka hjälp inom alternativmedicin än män. De som bor i stad eller större tätort (men inte Stockholm, Göteborg eller Malmö) är mindre benägna att söka sig till alternativmedicin.

Att söka sig direkt till en **akutmottagning** istället för till en vårdcentral är 7 procentenheter mer sannolikt bland de med lågt förtroende jämfört med de med högt, och det är mer förekommande bland personer födda utanför Sverige, de som har barn, och för personer som angett att de har dålig hälsa. Äldre, 50-64 år och 65+ år, är mindre benägna att söka sig direkt till akutmottagningar, liksom att personer med en månadsinkomst mellan 26 000 till 45 000 kr (brutto) är mindre benägna jämfört med de med högre och lägre inkomster.

Bland de med lågt förtroende är det enligt modellen 4 procentenheter mer sannolikt att ha tecknat en **privat vårdförsäkring**. Stigande inkomst ökar sannolikheten för privat vårdförsäkring, medan att bo i stad eller större tätort (dock inte Stockholm, Göteborg eller Malmö) minskar den.

## Resultat – vidtagna åtgärder (öppen fråga)

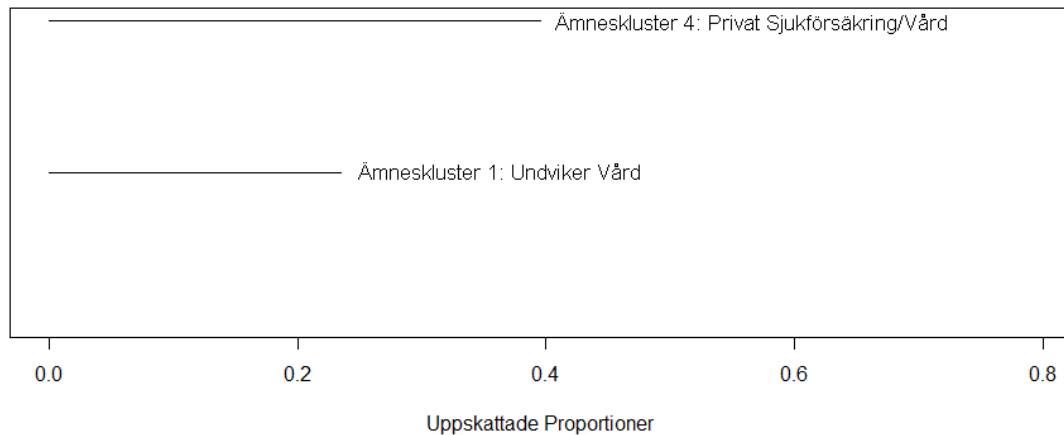
Som ett komplement till frågan om vidtagna åtgärder med stängda svar, ställdes en öppen fråga till ett mindre delurval av de som angett att de har ett mycket litet eller ganska litet förtroende för sjukvården, i enlighet med beskrivningen av metod och upplägg ovan. Frågan som ställdes var: "Har ditt låga förtroende för hälso- och sjukvården fått dig att vidta några särskilda åtgärder?" Den öppna frågan gav respondenterna möjligheten att själva beskriva eventuella åtgärder med anledning av sitt låga förtroende utan att vi lämnat några indikationer på vad de kan tänkas ha gjort. Vi menar att det minskar risken att vårt urval av tänkbara åtgärder styr svaren i en viss riktning.

Svaren på den öppna frågan om åtgärder med anledning av lågt förtroende för vården har undersökts med hjälp av en STM-analys. Textanalysen i detta avsnitt använder samma metod som tidigare har redovisats i rapportens andra avsnitt. I förhållande till den övriga respondentsgruppens svar på den stängda frågeformuleringen erbjuder denna analys möjligheten att fånga upp åtgärder som inte nämnts som alternativ i den stängda frågan. Utöver detta kan den tjäna till att bekräfta resultaten och att våra utvalda åtta åtgärder verkligen är relevanta för de svarande. Denna del av datainsamlingen är emellertid relativt begränsad och resulterade i knappt 500 användbara svar på frågan. Trots detta har två tydliga ämneskluster kunnat identifieras: "Privat sjukförsäkring/vård" samt "Undvika vården". Troliga anledningar till att just dessa två ämneskluster framträder kan först ses i förhållande till resultatet presenterat i tabell 4 där "Undvika vård" är det vanligaste alternativet och troligt vara enklast att spåra (vid samma variation) i de öppna svaren, även utan starkt framträdande ämnesord. Vi kan förväntas hitta "Privat sjukförsäkring/vård" som ämneskluster i det begränsade urvalet på grund av ämnesorden, vilka är särskilt unika och enkla för metoden att identifiera, de korrelerar inte med andra svar och har stor semantisk koherens (hur ofta flera ord som bedöms tillhöra ett kluster existerar tillsammans i svaren).

Resultaterande modell som vi kan spåra med STM-metoden innehåller fyra ämneskluster varav två ej kvalitativt användbara, vilket inte överensstämmer med förväntat antal, minst de åtta som använts i stängda versionen av frågan. Resultatet i figur 5 bekräftar två av åtgärdernas existens fränkopplat lämnade indikationer som erbjudna svarsalternativ i den stängda frågan. Värdet i resultatet är alltså

identifikation av förmodade åtgärder inte de uppskattade proportionerna eller antalet ämneskluster eftersom de är en effekt av höga krav på underlaget och specifika egenskaper av ämnesklustren (semantisk koherens, exklusivitet, frekvens).

## Figur 5 Identifierade ämneskluster av åtgärder med anledning av lågt förtroende för hälso- och sjukvården

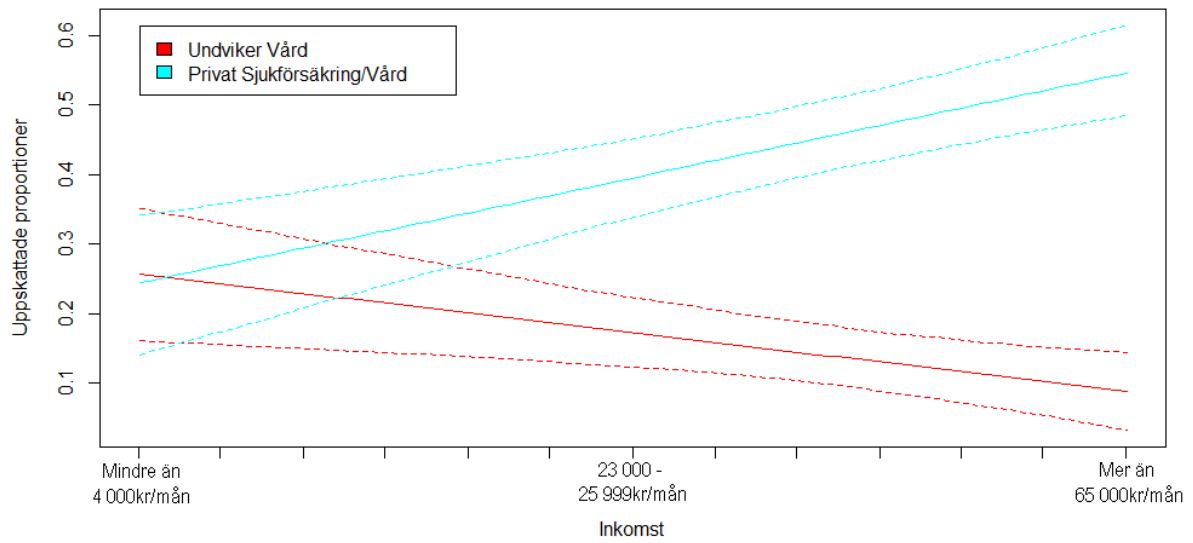


**Kommentar:** Figur 5 visar uppskattade proportioner ämneskluster som identifieras och statistiskt säkerställda i urvalet på öppen fråga angående åtgärder tagna som svar på respondentens förtroende för vården.

Utöver de två ämneskluster som gått att säkerställa statistiskt och kvalitativt, reflekterade de öppna svaren många, för att inte säga alla, av de förväntade ämnesdimensionerna ur tabell 4. Antalet respondenter kan dock inte leverera tillräckligt statistiskt underlag för att klusteranalysen skall kunna spåra de mindre vanliga svaren eller svar med mindre unika ord och samtidigt resultera i statistiskt säkerställda ämneskluster.

Avslutningsvis, liksom i de STM-analyser som har redovisats i avsnitt 2 i denna rapport angående förtroendets orsaker har vi även här genomfört analyser av tänkbara samband mellan socio-ekonomiska faktorer och de ämneskluster STM-analysen har resulterat i. På urvalet potentiella attityd- och bakgrundsvariabler är det sambandet med inkomst vilket identifieras som både signifikant och intressant eftersom det uppvisar betydande påverkan i detta mer begränsade urval. I figur 6 visas proportionerna av de två ämnesklustren i relation till inkomst. Sambanden mellan variationen i bakgrundsvariabeln inkomst och de åtgärder som nämns av respondenterna bör betraktas som väntat då högre inkomst ökar sannolikheten för svar kopplade till åtgärden köp av privat sjukförsäkring, samtidigt som ökad inkomst minskar andelen som säger sig undvika vården.

**Figur 6 Samband mellan inkomst och åtgärder med anledning av lågt förtroende för hälso- och sjukvården**



**Kommentar:** Figur 6 visar uppskattade proportioner och samband i förhållande till bakgrundsvariabeln inkomst, sambanden uttrycks som linjära och med 95% konfidensintervall.

## Sammanfattning och slutdiskussion

Denna rapport spänner över flera sinsemellan ganska olika frågeställningar. Den första delen behandlar en fråga av metodologisk natur om betydelsen av olika sätt att mäta förtroende för hälso- och sjukvården. Den andra delen behandlar istället vilka orsaker medborgarna själva anger för sin grad av förtroende för vården. Slutligen behandlas även vilka konsekvenser för befolkningens beteende som kan tänkas bli resultaten av ett bristande förtroende för sjukvården.

I den första delen konstateras att olika sätt att ställa frågorna på när förtroendet för vården ska mätas ibland kan spela stor roll för resultaten. Framförallt tycks frågor som fokuserar på sjukvårdssystemet resultera i ett lägre uppmätt förtroende. Tvärtom blir det om vi låter människor skilja mellan sitt förtroende för olika delar av vården och där tar fasta på deras förtroende för sjukvården i allmänhet. Vi kan dock inte veta om dessa skillnader har varit stabila över tid eller om dessa skillnader har uppstått på senare tid.

Genom en textanalys (STM) av öppna svar där respondenterna angett orsaker till deras nivå av förtroende identifierades sju ämneskluster av svar. De fyra vanligaste ämnesklustren var "Bemötande", "Kompetens/styrning", "Resurser/kapacitet" samt "Tillgänglighet". Det visade sig också att vilka ämneskluster deltagarnas svar kunde hänföras till samvarierade bland annat med förtroendenivån. De med ett stort förtroende för vården angav oftare svar kopplade till bemötandet, medan de med lågt förtroende oftare angav svar kopplade till tillgänglighet och väntetider.

I den tredje och avslutande delen analyserar vi vilka konsekvenser av lågt förtroende för vården som kan skönjas. Resultaten visar på påfallande stora skillnader i vårdbeteende mellan grupper med lågt respektive högt förtroende för sjukvården. Trots att bristen på ett representativt urval gör att vi inte kan generalisera resultaten till en större population med någon känd säkerhet utgör dessa resultat en indikation på att konsekvenserna för medborgarnas beteende kan bli mycket kännbara om förtroendet för vården skulle sjunka bland större grupper. De beteenden som visar sig vara starkast kopplade till lågt förtroende är att avstå från att söka vård, att vända sig till annan läkare för ny bedömning, att lämna klagomål till vården, att avstå föreslagen behandling, samt att byta vårdgivare.

De samhällseliga konsekvenserna av ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården är många och potentiellt allvarliga. Om en del av de vårdbeteenden som är kopplade till ett lågt förtroende skulle breda ut sig kan det påverka både samhällsekonomin och folkhälsan negativt. När människor avstår från att söka vård eller avstår från föreskriven behandling riskerar hälso- och sjukvården större kostnader i förlängningen. Inte minst vad gäller det allmänna hälsotillståndet, med onödigt lidande och allvarigare åkommor till följd av försenad behandling, men också högre kostnader för akuta ingrepp och dyrare sjukvård när människor söker dubbla läkarutlåtanden. När människor söker sig direkt till akutmottagningen istället för vårdcentralen man är listad hos, minskar dessutom systemeffektiviteten.

Förtroendet för hälso- och sjukvården i Sverige är dock fortfarande högt. Det är trots detta en angelägen uppgift att se till att det förblir på en hög nivå i befolkningen som helhet. Ett sätt att arbeta med dessa frågor är att lyssna på vad medborgarna själva säger är viktigt för deras grad av förtroende för sjukvården.

## Litteraturlista

- Andersson, U., Arkhede S., Bergström A., Jansson, D., Martinsson, J., & Wärnlöf Bové, K. (2017). Västsvenska SOM-undersökningen 2016. *SOM-rapport nr 2017:40*
- Andersson, U., Ohlsson, J., Oscarsson, H. E., Oskarsson, M. (2017). Larmar och gör sig till. *Göteborgs universitet: SOM Institutet*.
- Blei, D. M., Ng, A. Y., & Jordan, M. I. (2003). Latent dirichlet allocation. *Journal of machine Learning research, 3*, 993–1022.
- Oscarsson, H. E. & Bergström A. (2017). Svenska Trender 1986-2016. Göteborgs universitet: SOM Institutet. Hämtad från: [https://som.gu.se/digitalAssets/1649/1649642\\_32-svenska-trender-1986-2016.pdf](https://som.gu.se/digitalAssets/1649/1649642_32-svenska-trender-1986-2016.pdf)
- Roberts, M. E., Stewart, B. M., Tingley, D., & Airoldi, E. M. (2013, January). The structural topic model and applied social science. In *Advances in Neural Information Processing Systems Workshop on Topic Models: Computation, Application, and Evaluation*.
- Roberts, M. E., Stewart, B. M., Tingley, D., Lucas, C., Leder-Luis, J., Gadarian, S. K., & Rand, D. G. (2014). Structural Topic Models for Open-Ended Survey Responses. *American Journal of Political Science, 58*(4), 1064–1082.
- Roberts, M. E., Stewart, B. M., & Airoldi, E. M. (2016). A model of text for experimentation in the social sciences. *Journal of the American Statistical Association, 111*(515), 988–1003.

## Bilaga 1

Tabell 1.1 Post hoc-tester (Tukey) av skillnader i medelvärden för förtroende för hälso- och sjukvården

	Hälso- och sjukvården (expgr1)	Hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (expgr2)	Tillit få hjälp av hälso- och sjukvården (expgr3)	Institutioner: sjukvården (expgr4)	Hälso- och sjukvården i allmänhet (expgr5)	Sättet hälso- och sjukvårdssystemet fungerar (expgr6)
Hälso- och sjukvården (expgr1)	-					
Hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (expgr2)	-0,18*	-				
Tillit få hjälp av hälso- och sjukvården (expgr3)	-0,04	0,14	-			
Institutioner: sjukvården (expgr4)	-0,01	0,17	0,03	-		
Hälso- och sjukvården i allmänhet (expgr5)	0,16	0,35***	0,20**	0,17	-	
Sättet hälso- och sjukvårdssystemet fungerar (expgr6)	-0,42***	-,247***	-0,38***	-0,41***	-0,58***	-

*Kommentar:* \* = signifikant på 95 procents säkerhetsnivå, \*\* = signifikant på 99 procents säkerhetsnivå, \*\*\* = signifikant på 99,9 procents säkerhetsnivå. För fullständiga frågeformuleringar samt svarsskala, se tabell 1.

Tabell 1.1 Medelvärden för olika mått av förtroende för hälso- och sjukvården bland kvinnor; män; i ålderskategorierna 16-34 år; 35-54 år; 55+ år; för låg/medelutbildade; samt högutbildade.

	Hälso- och sjukvården (expgr1/a)	Hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (expgr2/b)	Tillit få hjälp av hälso- och sjukvården (expgr3/c)	Institutioner: sjukvården (expgr4/d)	Hälso- och sjukvården i allmänhet (expgr5/e)	Sättet hälso- och sjukvårdssystemet fungerar (expgr6/f)
<b>Kön</b>						
Kvinnor	3,6 <sup>f</sup>	3,5 <sup>e f</sup>	3,7 <sup>f</sup>	3,6 <sup>d</sup>	3,8 <sup>b f</sup>	3,2 <sup>a b c d e</sup>
Män	3,7 <sup>f</sup>	3,5 <sup>e f</sup>	3,7 <sup>f</sup>	3,8 <sup>f</sup>	3,9 <sup>b f</sup>	3,4 <sup>a c d e</sup>
Medelvärde savvikelse	0,1	0,0	0,0	0,2*	0,1	0,2
<b>Ålder</b>						
16-34 år	3,8 <sup>f</sup>	3,6	3,6	3,7	3,9 <sup>f</sup>	3,2 <sup>a e</sup>
35-54 år	3,7 <sup>f</sup>	3,4 <sup>d e</sup>	3,6	3,7 <sup>b f</sup>	3,9 <sup>b f</sup>	3,4 <sup>a d e</sup>
55+	3,7 <sup>a</sup>	3,6 <sup>e f</sup>	3,7 <sup>f</sup>	3,7 <sup>f</sup>	3,9 <sup>b f</sup>	3,2 <sup>a b c d e</sup>
<b>Utbildning</b>						
Låg/medel	3,6 <sup>f</sup>	3,5 <sup>f</sup>	3,6 <sup>f</sup>	3,6 <sup>f</sup>	3,7 <sup>f</sup>	3,1 <sup>a</sup>
Hög	3,8 <sup>b f</sup>	3,6 <sup>a e</sup>	3,7 <sup>e f</sup>	3,7 <sup>f</sup>	4,0 <sup>b c f</sup>	3,4 <sup>a c d e</sup>
Medelvärde savvikelse	-0,2**	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2**	-0,4***

*Kommentarer:* Skillnader i medelvärden för de olika subgrupperna har testats med hjälp av Tukey's HSD post hoc-test i Stata 14. Skalan som används är femgradig och medelvärdet beräknas från 1="Mycket litet förtroende/låg



tillit" till 5="Mycket högt förtroende/hög tillit". Medelvärdeskillnaderna för experimentgrupperna beräknas per subgrupp och skillnader som är statistiskt signifikanta på minst 95 % säkerhetsnivå är markerade med upphöjda bokstäver (a-f). <sup>a</sup> hänvisar till experimentgrupp 1, <sup>b</sup> till experimentgrupp 2, och så vidare. Vidare testas också skillnaderna i medelvärden inom subgrupperna och signifikanta skillnader markeras med stjärnor där \* = signifikant på 95 procents säkerhetsnivå, \*\* = signifikant på 99 procents säkerhetsnivå, och \*\*\* = signifikant på 99,9 procents säkerhetsnivå. För att förenkla läsningen av tabellen uteslöts raderna med medelvärdesavvikelse mellan åldersgrupperna eftersom dessa inte var statistiskt signifikanta. Gruppen med låg/medel utbildning har mindre än tre års högskole-/universitetsstudier, medan gruppen med hög utbildning har tre års högskole-/universitetsstudier eller mer.

**Tabell 1.3 Medelvärdeskillnader i förtroende för sjukvårdens olika nivåer (experimentgrupp 5)**

	Hälso- och sjukvården i allmänhet	Hälso- och sjukvårdssystemet	Politikerna som styr hälso- och sjukvården	Hälso- och sjukvårdspersonalen	Medelvärde
Hälso- och sjukvården i allmänhet	-				3,87
Hälso- och sjukvårdssystemet	0,50***	-			3,37
Politikerna som styr hälso- och sjukvården	1,37***	0,86***	-		2,51
Hälso- och sjukvårdspersonalen	-0,51***	-1,01***	-1,87***	-	4,38

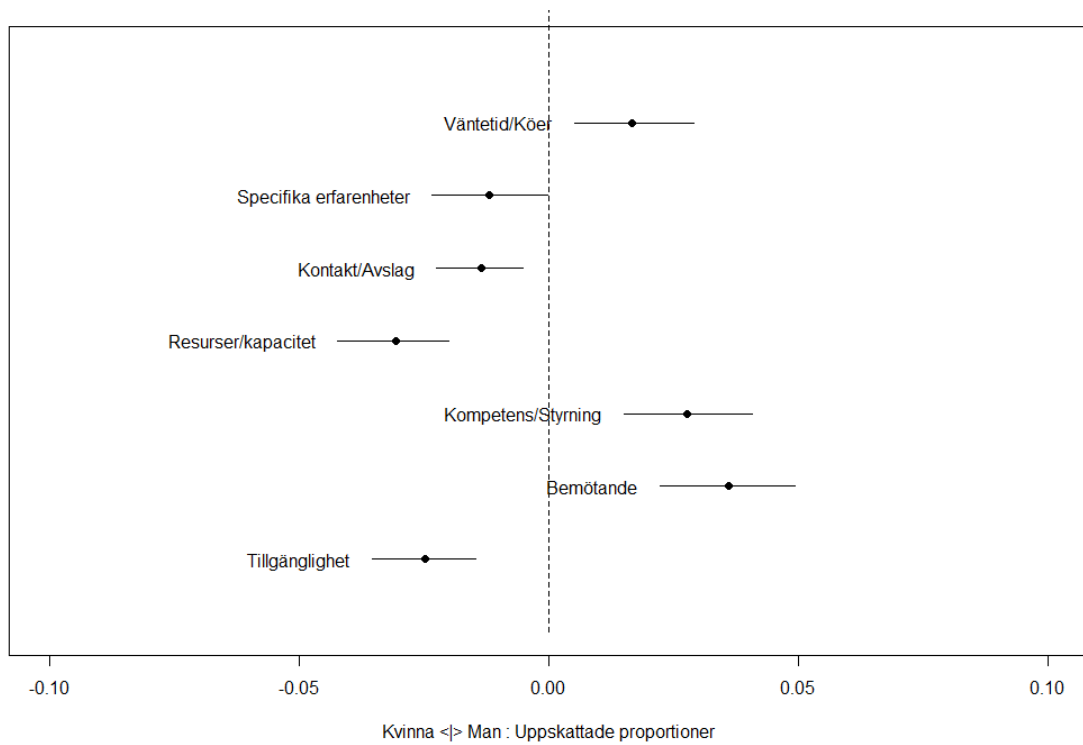
*Kommentarer:* Skillnader i medelvärden har testats med hjälp av Students t-test. Statistiskt signifikanta skillnader i medelvärden är markerade med stjärnor där \* = signifikant på 95 procents säkerhetsnivå, \*\* = signifikant på 99 procents säkerhetsnivå, och \*\*\* = signifikant på 99,9 procents säkerhetsnivå.

**Tabell 1.4 Svarsfördelning för förtroende för institutioner (experimentgrupp 4) (radprocent)**

	Mycket litet	Ganska litet	Varken stort eller litet	Ganska stort	Mycket stort	Summa	Antal svar	Medelvärde	Andel ganska / mycket stort
Radio och TV	5	14	18	45	18	100	467	3,57	63
Riksbanken	3	4	17	51	25	100	467	3,91	76
Universitet och högskolor	1	2	22	57	18	100	466	3,90	75
Sjukvården	2	9	21	53	15	100	467	3,70	68

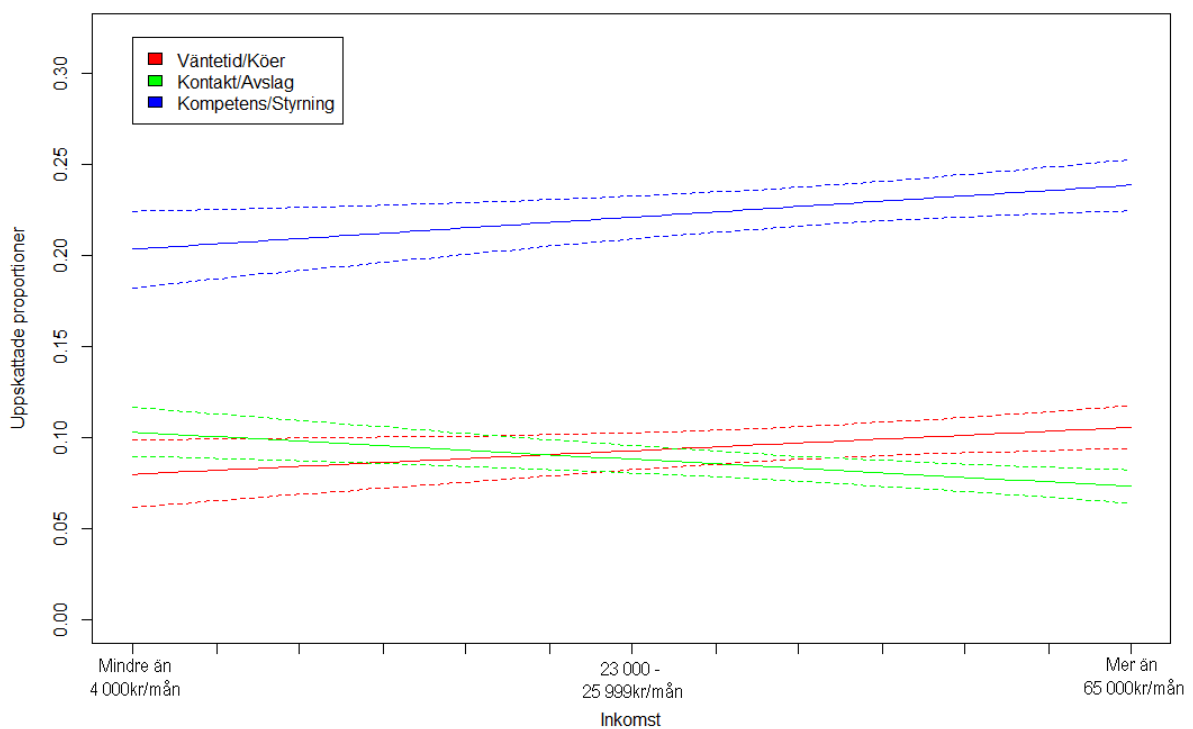
*Kommentar:* Frågeformuleringen lyder "Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket följande institutioner och grupper sköter sitt arbete?". Den femgradiga svarsskalan går från "Mycket stort förtroende", via "Ganska litet förtroende", "Varken stort eller litet förtroende", "Ganska litet förtroende" till "Mycket litet förtroende". Kolumnen med rubriken "Andel ganska/mycket stort" redovisar den sammanslagna procentuella andelen av respondenter som angett att de har mycket eller ganska stort förtroende för respektive institution.

**Figur 1 Samband mellan kön och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården**



*Kommentar:* De uppskattade proportionerna visar hur stor del klustren har i urvalet som helhet, sambanden är dikotoma mellan Kvinna och Man med 95% konfidensintervall.

**Figur 2 Samband mellan inkomst och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården**



*Kommentar:* De uppskattade proportionerna är hur stor del klustren har i samplet som helhet, sambanden uttrycks som linjära och med 95% konfidensintervall.

**Tabell 1.4 Svartsfördelning för viddtagna åtgärder under de senaste fem åren (radprocent)**

	Nej	Nej, men har övervägt det	Ja	Summa	Antal svar
Bytt vårdgivare	54	12	34	100	2310
Vänt mig till en annan läkare för ny bedömning	67	7	26	100	2295
Skaffat en privat vårdförsäkring	81	8	11	100	2285
Sökt hjälp inom alternativmedicin	84	3	13	100	2288
Avstått från föreslagen behandling	78	4	18	100	2292
Avstått från att söka vård	58	4	38	100	2290
Gått direkt till akutmottagning istället för vårdcentral	68	3	29	100	2303
Lämnat klagomål till vården	72	11	17	100	2303

*Kommentar:* Frågeformuleringen lyder "Har du under de senaste fem åren gjort något av följande?" följt av ovanstående åtgärder i den ordning som följer. Svartalternativen är "Ja", "Nej" samt "Nej, men har övervägt det".

**Tabell 1.6 Binär logistisk regression av viktiga åtgärder gällande hälso- och sjukvården (ostandardiserade koefficienter, b)**

	Bytt vårdgivare	Gått till ny läkare	Skaffat privat vårdför- säkring	Alternativ- medicin	Avstått från föreslagen behandling	Avstått från att söka vård	Gått direkt till akutmot- tagning istället för vård- central	Lämnat klagomål till vården
<b>Förtroende</b>								
Högt	-	-	-	-	-	-	-	-
Varken eller	0,19	0,82***	0,50**	0,66***	0,70***	1,05***	0,12	0,56***
Lågt	0,79***	1,48***	0,52**	1,13***	1,26***	1,72***	0,36**	1,54***
<b>Kön</b>								
Kvinna	-	-	-	-	-	-	-	-
Man	-0,41***	-0,28*	0,15	-0,82***	-0,26*	-0,45***	0,15	-0,17
<b>Ålder</b>								
16-29 år	-	-	-	-	-	-	-	-
30-49 år	-0,68**	0,12	0,28	0,41	-0,22	0,13	-0,22	0,10
50-64 år	-0,94***	0,23	-0,28	0,26	0,00	-0,40	-0,47*	0,01
65+ år	-0,98***	0,08	-0,77	-0,46	-0,37	-0,94***	-0,62**	-0,22
<b>Utbildning</b>								
Låg/medel	-	-	-	-	-	-	-	-
Hög	0,21*	0,04	-0,03	-0,12	0,24	-0,13	-0,17	-0,21
<b>Födelseland</b>								
Född i Sverige	-	-	-	-	-	-	-	-
Född utanför Sverige	0,14	0,14	0,25	0,38	-0,25	0,50**	0,41*	-0,02
<b>Barn</b>								
Har inte barn	-	-	-	-	-	-	-	-
Har barn	0,06	0,14	-0,19	0,30	0,31*	0,05	0,43***	0,48**
<b>Boende</b>								
Landsbygd	-	-	-	-	-	-	-	-
Mindre tätort	-0,06	0,08	-0,07	-0,14	0,07	-0,22	-0,30	-0,18
Stad/större tätort	0,07	-0,09	-0,59*	-0,61**	0,08	-0,20	-0,30	-0,21
Sthlm/Gbg/Ma Imö	0,46**	0,27	-0,15	-0,23	0,14	-0,24	0,00	-0,11
<b>Månadsinkomst, brutto</b>								
Mindre än 26000kr	-	-	-	-	-	-	-	-
26000- 44999kr	0,13	0,07	0,86***	-0,14	-0,23	-0,11	-0,23*	-0,06
45000kr+	-0,02	0,32	2,12***	-0,32	-0,17	-0,29	-0,04	-0,19
<b>Hälsa</b>								
God hälsa Varken god eller dålig hälsa	0,14	0,36**	-0,22	-0,14	0,25	0,30*	0,23	0,08
Dålig hälsa	0,57***	0,80***	-0,28	0,33	0,30	0,30	0,41**	0,47**
Konstant	-0,40	-2,17***	-2,85***	-1,99***	-2,16***	-0,40	-0,77**	-2,28***

Pseudo R2	0,059	0,096	0,120	0,097	0,063	0,141	0,026	0,091
Antal svar	2212	2198	2191	2194	2197	2195	2208	2208

*Kommentar:* Frågeformuleringen lyder "Har du under de senaste fem åren gjort något av följande?" följt av ovanstående åtgärder i den ordning som följer. Svartalternativen är "Ja", "Nej" samt "Nej, men har övervägt det". Den logistiska regressionen använder en binär beroende variabel där "Ja" ges värdet 1 och övriga två svartalternativ ges värdet 0. Cellerna markerade med ett streck (-) hänvisar till referenskategorierna för de oberoende variabler som har lagts in i form av dummyvariabler. Statistiskt signifikanta effekter är markerade med stjärnor där \* = signifikant på 95 procents säkerhetsnivå, \*\* = signifikant på 99 procents säkerhetsnivå, och \*\*\* = signifikant på 99,9 procents säkerhetsnivå. Gruppen med låg-/medelutbildning definieras som de som har mindre än tre års högskole-/universitetsstudier, medan gruppen med hög utbildning har tre års högskole-/universitetsstudier eller mer.

## Bilaga 2

### Exempelsvar klusterdimensioner

- Bemötande:

har bara bra egna erfarenheter av sjukvården snabbt proffsigt och korrekt bemött och omhändertagen såväl vid livshotande sjukdom som vid mindre "blesyrer"

Har alltid blivit väl bemött och bra behandlad och har inga egna negativa erfarenheter av vården.

Jag har alltid blivit bemött på ett bra sätt när jag behövt "anlita" sjukvården.

Erfarenheter av allvarliga sjukdomar som har behandlats och omhändertagits på en professionell och / medkännande sätt. Bara positiva erfarenheter.

- Kompetens/Styrning:

Stort förtroende: Kompetensen, kunskapsnivån utrustningen / Litet förtroende: Organisationsledning, styrning

Stort förtroende för sjukvårdspersonalens kompetens, men lågt förtroende för sjukvårdssystemet och de ansvariga sjukvårdspolitikernas förståelse för och insatser för ett effektivt system.

Jag känner ett stort förtroende för personalen och det arbete som de utför. Däremot känner jag ett litet förtroende för ekonomiseringen som skett inom sjukvården och de tjänstemän och politiker som är satta att administrera sjukvården. Därav ganska.

Högt förtroende för sjukvårdspersonalens grundkompetenser, lågt förtroende för sjukvårdsledningar kunskaper om organisation och ledarskap.

- Resurser/Kapacitet:

Jag är övertygad om att alla som arbetar där gör sitt allra bästa. Trots resursfördelningsproblem, personalproblem, brist på kompetenta yrkeskategorier gör alla allt de kan för att få vården att fungera. Jag tror att det är en grundläggande drivkraft hos alla människor (göra sitt bästa) och de av oss som arbetar med människor gör det av övertygelse om att det går att göra skillnad, och det är min plikt som yrkesperson och medmänniska att anstränga mig.

De allra flesta som arbetar inom vården gör ett utmärkt arbete, men eftersom det är dålig arbetsledning och för lite betalt för de som gör grovjobbet, undersköterskor, sjuksköterskor m.fl. så undermineras vården på kvalificerad personal. De som jobbar arbetar för hårt och sliter ut sig, det innebär givetvis en sämre vård för alla.

Jag tror att de gör sitt allra bästa utifrån de förutsättningar de har resursmässigt. så mitt förtroende är för individen och VG-regionens anställda som utvecklar verksamheten, inte politikerna som är beslutsfattande bakom. De har jag NADA förtroende för.

Gör sitt bästa med små och krympande resurser. varför vet jag inte skylla på politiska beslut. / Vilken form av vård vi ha, vinst eller ingen vinst. Jag föredrar att alla vinster stannar i vården. / Att vi har tre olika nivåer på sjukvården är oeffektivt, kommun, landsting och staten på riks nivå är en för mycket.

- Tillgänglighet:

När man önskar en tid på v-centralen blir man ifrågasatt och hänvisad till 1177. Att man redan uttömt möjligheten till egenvård innan man ringer måste man vara övertydlig med.

Svårt att få en tid hos läkare. Vårdcentral med enbart hyrläkare (man träffar aldrig samma läkare). Om man lyckats få träffa en läkare har de aldrig tid att verkligen lyssna, stressade?

Svårt få läkartid. Kort besökstid hinner inte prata klart. Stresskänsla. Får inte hjälp med helheten i sjukdomsbilden.

Det är omöjligt att få tid med läkare att kunna diskutera mediciner få göra provtagning för att fastställa behovet

Jag blir ofta inte lyssnad på/trodd på när jag berättar om mina sjukdomstillstånd. Många läkare är okunniga trots den höga lönen. Det är svårt att få tider till en läkare, man har inte möjlighet att nå läkare på telefon. Man får väldigt kort tid hos läkaren. De är sällan tillmötesgående och ödmjuka.

- Väntetid/Köer:

Långa köer till operationer för cancersjuka. Illa fungerande förlossningsvård, brist på platser i sjukhus och trängsel i korridorer BK mkt annat

Lång väntan, felbehandlingar, felprioriteringar, ont om vårdplatser, dåliga resurser, ont om kvalificerad personal, stress, dålig lön för sjuksköterskor. e. t. c

Långa väntetider, vårdskandaler, köer till operationer och kvinnor som skadas för livet vid förlossningar.

långa väntetider och en utarbetad, dåligt betald personal

- Kontakt/Avslag:

De lägger ner de bästa hälsocentralerna. / Vid flertalet tillfällen har jag sökt hjälp med olika symptom, men de utreder inte mig och jag får gå hem med kvarvarande symptom. / Vid flertal tillfällen har sköterskorna stoppat läkares ordination. / Även så att man endast dämpar symptomen (kemikalier) istället för att utreda orsaken. /

Flera familjemedlemmar i min familj har inte fått hjälp men tack och lov av alternativ vård vanliga värden har inte "hittat felet" -vänder mig numera n ästan alltid till alternativ vård!

Har bett om remiss till min man till neurologen i flera år men inte blivit tagen på allvar. Nu har han fått diagnosen Parkinson och jag är bitter för att han inte fått diagnosen tidigare.

Administrativt är det en mardröm. Svar på en enkel fråga om tex en tidsbokning kräver 5 olika samtal med kö, ingen tydlig information om vart man skall vända sig. Känslan är att sjukvården är så överansträngd att mycket fokus läggs på att mota patienter i dörren vilket jag tror i många fall får motsatt effekt då patienten på olika vis får försöka själv. Under all kritik!

- Specifika erfarenheter

Hela exempel avböjes då de innefattar personliga berättelser (identifierbara).

"Jag ramlade...", " Min morfar blev diagnostiserad...", " Under min graviditet...", " För 20 år sedan, exakt, ringde jag upp akuten...", " Min f. d. sambo åkte ambulans...", " Har själv drabbats av...", "Jag bröt mina revben för ca...", "En annan gång så sökte jag för...", "I två år har jag vart sjukskriven. Jag har vart tvungen..."



The Laboratory of Opinion Research (LORE) is an academic web survey center located at the Department of Political Science at the University of Gothenburg. LORE was established in 2010 as part of an initiative to strengthen multidisciplinary research on opinion and democracy. The objective of the Laboratory of Opinion Research is to facilitate for social scientists to conduct web survey experiments, collect panel data, and to contribute to methodological development. For more information, please contact us at:

[info@lore.gu.se](mailto:info@lore.gu.se)