

Rapport 2018:4

Förnuft och känsla

Befolkningens förtroende
för hälso- och sjukvården



► vårdanalys



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: Gettyimages

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-87213-86-1



Förnuft och känsla

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Isabelle Carnlöf har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektör Hanna Sjöberg och analyschef Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-06-19

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Isabelle Carnlöf
Föredragande

Karin Nylén
Vikarierande generaldirektör



Förord

När vi besöker sjukvården överlämnar vi en del av makten över vår hälsa, känslig information om oss själva och ytterst våra liv i hälso- och sjukvårdens händer. Det ställer stora krav på att vi känner förtroende för de som arbetar i vården och för systemet som helhet. Och som medborgare behöver vi kunna lita på att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan ge oss tillgång till den vård vi kan komma att behöva under livet. Utan detta förtroende brister stödet för hälso- och sjukvårdssystemet och dess legitimitet. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården behöver därför följas och analyseras kontinuerligt och vårdens beslutfattare bör sträva efter ett stort förtroende för sjukvården.

Med den här rapporten vill vi bidra med ett kunskapsunderlag som kan vara ett stöd i tolkning och analys av förtroendemätningar och tjäna som utgångspunkt i vidareutvecklingen av sådana mätningar samt ge vägledning i arbetet med att säkra ett långsiktigt hållbart förtroende för hälso- och sjukvården. I rapporten undersöker vi vad förtroende är och hur det kan förstås, hur befolkningens förtroende för vården har utvecklats, hur graden av förtroende påverkar den enskilde och hälso- och sjukvårdssystemet och vilka faktorer som påverkar människors förtroende. Vi diskuterar också hur beslutfattare kan styra för ett stort förtroende för hälso- och sjukvården.

Arbetet har letts av Isabelle Carnlöf. I projektgruppen har också Emma Spånberg och Agnes Lindvall ingått. Även Kajsa Westling har deltagit i arbetet. Delar av arbetet har genomförts i samarbete med SOM-institutet på Göteborgs universitet. Vi vill rikta ett stort tack till Josefine Bové, Johan Martinsson, Anders Carlander, Maria Andreasson och Johannes Johansson på SOM-institutet för gott samarbete och hjälp med kvalitetssäkring under

arbetets gång. Vi vill också tacka projektets referensgrupp som består av Lennart Weibull (SOM-institutet), Paula Blomqvist (Uppsala universitet), Gabriel Wikström (före detta sjukvårdsminister), Mats Brännström (Norrlandstingens regionförbund) och Britt-Marie Ahrnell (Ahredo AB). Referensgruppen har lämnat värdefulla synpunkter på analyser och texter. Tack också till Sofia Tullberg på Sveriges Kommuner och landsting (SKL) som bistått med data från Hälso- och sjukvårdsbarometern.

Stockholm i juni 2018

Karin Nylén
Vikarierande generaldirektör

RESULTATEN I KORTHET

Vad är förtroende?

Förtroende är en framåtblickande attityd som bestäms av en individs förväntan på, uppfattning om och bedömning av hälso- och sjukvården. Förtroendemätningarna visar i vilken utsträckning befolkningen känner tilltro till att vården har förmågan och avsikten att möta deras behov och förväntningar nu och i framtiden.

Vilka faktorer påverkar förtroendet?

Förtroendet formas både av faktorer som ligger inom och utom hälso- och sjukvårdens kontroll. Hur vården fungerar ur ett patient- och medborgarperspektiv är en viktig grund för förtroendet och det är också det som hälso- och sjukvårdens beslutsfattare kan påverka. Men även individens egenskaper och attityder och faktorer på samhällsnivå som den ekonomiska och politiska kontexten påverkar förtroendet. Uppfattningen om vården formas dessutom utifrån den kunskap och information som individen har tillgång till och anser trovärdig.

Våra analyser visar att:

- ▶ Det generella förtroendet för hälso- och sjukvården är stort. Det är en styrka och tillgång för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. En annan styrka är att befolkningen har ett mycket stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen.
- ▶ Det finns många skäl att värna det stora förtroendet, det är till exempel en förutsättning för en effektiv och legitim hälso- och sjukvård. Förtroendet är också viktigt för den enskilde medborgaren. Våra analyser visar att förtroendet till exempel hänger samman med benägenheten att söka vård och att följa behandlingsråd.
- ▶ Det finns också svagheter i förtroendet, bland annat stora skillnader mellan landstingen och ett mindre förtroende för primärvården jämfört med sjukhusen. Ytterligare en svaghet är att förtroendet är mindre för systemfaktorer och beslutsfattare jämfört med förtroendet för vården i allmänhet och personalen. Vi ser dessa svagheter som utmaningar för att bibehålla ett stort förtroende för hälso- och sjukvården.
- ▶ Upplevelse av brister i tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer som att bli lyssnad på och få tillräckligt med tid i mötet med vården är enligt vår undersökning vanliga skäl till att ha ett litet förtroende. Dessa områden brukar framhållas som svagheter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet generellt och är enligt vår analys alltså också svaga länkar i förtroendet.

Vi rekommenderar att:

För att värna det stora förtroendet behövs en långsiktig och balanserad styrning mot de påverkbara faktorerna i förtroendet, till exempel hur vården fungerar ur ett patient- och medborgarperspektiv och hur den styrs. Förtroendeperspektivet behöver också beaktas när reformer och utvecklingsarbete genomförs. Det behövs även regionala analyser av förtroendet och en mer sammanhållen nationell uppföljning av befolkningens attityder till hälso- och sjukvården.

Sammanfattning

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är grunden för hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet och en förutsättning för effektivitet eftersom det underlättar samspelet mellan medborgarna och hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Det är också viktigt för den enskilde eftersom graden av förtroende till exempel hänger samman med benägenheten att söka vård och följa behandlingsråd. Sverige har under lång tid kännetecknats av att befolkningen har ett stort förtroende för myndigheter och andra institutioner, och en stor tillit mellan människor. I den här rapporten konstaterar vi att även förtroendet för hälso- och sjukvården är stort i Sverige och har varit det under lång tid.

Men förtroendet har många dimensioner och kan vara svårt att tolka. I den här rapporten har vi undersökt hur förtroendet har utvecklats, hur det varierar, vilka effekter det får, vilka faktorer som påverkar förtroendet och vad beslutsfattare bör fokusera på för att säkerställa ett långsiktigt hållbart förtroende för hälso- och sjukvården. Vi har sammanställt forskning, analyserat förtroendeundersökningar och i samverkan med forskare genomfört en panelstudie som bidrar med ny kunskap i fråga om förtroendets orsaker och konsekvenser.

STORT FÖRTROENDE MED SVAGA LÄNKAR

65 procent av befolkningen har stort förtroende för sjukvården enligt SOM-undersökningen, vilket innebär att sjukvården åtnjuter störst förtroende av de samhällsinstitutioner som ingår i undersökningen. Förtroendet har sjunkit jämfört med de nivåer som uppmättes i början på 1990-talet men under den senaste tjugoårsperioden kan ingen långsiktig trend mot vare

sig ökande eller minskande förtroende urskiljas. Utöver ett stort generellt förtroende ser vi också att befolkningen har ett mycket stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Det stora förtroendet för hälso- och sjukvården och personalen är en tillgång för hälso- och sjukvårdssystemet. Men våra analyser visar också att det finns ett antal svagheter som behöver hanteras för att det stora förtroendet inte ska försvagas på sikt. Det handlar om skillnader i förtroendet mellan landstingen och regionerna och delar av vården, ett mindre förtroende för systemet och beslutsfattare samt brister i tillgänglighet och personcentrering som är en vanlig orsak till att ha ett litet förtroende för hälso- och sjukvården.

Skillnader mellan landstingen och delar av vården

Det är stora skillnader i förtroendet mellan olika landsting och regioner. Andelen av befolkningen som har stort förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting eller sin region varierade 2017 mellan 46 och 72 procent. Det finns också skillnader i förtroendet för olika delar av vården – sjukhusen åtnjuter större förtroende än vårdcentralerna. Skillnaderna i förtroende mellan landstingen är större för sjukhusen jämfört med vårdcentralerna.

Mindre förtroende för systemet och beslutsfattarna

Ytterligare en svag länk är förtroendet för vårdens styrning och systemets funktionssätt. Brister i styrning, ledning och resurser lyfts av många i vår panelundersökning när vi frågar om orsakerna till det förtroende de har. Även personer med stort förtroende för hälso- och sjukvården beskriver sådana brister. Vi ser också att frågor om förtroendet för ”hälso- och sjukvårdssystemet” leder till lägre förtroendenivåer än frågor om förtroendet för ”hälso- och sjukvården i allmänhet”. Dessutom skiljer människor på sitt förtroende för personalen, vården i allmänhet, systemet och politikerna. Politikerna och systemet tillmäts ett mindre förtroende i jämförelse med personalen och vården i allmänhet. Detta är delvis väntat utifrån tidigare forskning, människor har generellt sett större förtroende för personal i verksamheterna än för styrningen. Men det bör samtidigt tas på allvar och undersökas vidare. Resultaten behöver bekräftas i en större undersökning och analyseras närmare för att vi ska kunna dra några säkra slutsatser om förtroendenivåerna för de olika aspekterna av hälso- och sjukvården.

Brister i vårdens tillgänglighet och personcentrering

Flera tidigare undersökningar har visat att det finns problem med hur vården fungerar ur ett patient- och medborgarperspektiv, till exempel när det gäller tillgänglighet, samordning och kontinuitet. Vår panelundersökning tyder på att dessa faktorer också är svaga länkar i förtroendet för hälso- och sjukvården. Särskilt tillgängligheten, kontinuiteten och relationella faktorer som att bli tagen på allvar och lyssnad på i mötet med vården – centrala aspekter i det som brukar kallas personcentrering – är enligt vår undersökning vanliga orsaker till att ha ett litet förtroende för hälso- och sjukvården.

FLERA FAKTORER HAR BETYDELSE FÖR FÖRTROENDET – VISSA KAN VÅRDEN PÅVERKA

Förtroendet för hälso- och sjukvården är en subjektiv attityd som formas utifrån olika individers *förväntan* på, *uppfattning* om och *bedömning* av hälso- och sjukvården. Det formas både av faktorer som ligger inom och utom vårdens kontroll. Hur hälso- och sjukvården fungerar är en viktig grund för förtroendet, men utöver det påverkas förtroendet också av individens egenskaper och attityder, faktorer på samhällsnivå som den ekonomiska, politiska och kulturella kontexten och den kunskap och information som uppfattningarna formas utifrån.

Individens egenskaper och attityder påverkar benägenheten att känna förtroende

Personer som har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården har också ofta en större tillit till människor i allmänhet samt till andra institutioner och politiker. De är också mer nöjda med demokratin. Det finns också vissa skillnader i förtroendet beroende på hälsa, utbildning, ålder och födelse land, men olika undersökningar visar olika resultat kring hur stor betydelse sådana faktorer har och sambanden är svaga i jämförelse med de attitydrelaterade faktorerna.

Många aspekter av hälso- och sjukvården vägs in i förtroendet

Som förväntat har det stor betydelse för förtroendet hur hälso- och sjukvården fungerar för patienter och medborgare – och det är också det



som vården kan styra över och påverka. Enligt panelstudien är positiva erfarenheter från möten med vården, särskilt av personalens bemötande och kompetens, vanliga orsaker till att ha ett stort förtroende. Uppfattningar om brister i tillgänglighet och tillgång till vård samt personcentrering är vanliga orsaker till att ha ett litet förtroende. Kontinuitet och möjligheten att skapa goda relationer i vårdkontaktarna är också betydelsefullt för förtroendet enligt panelstudien.

Vår undersökning visar också att patienternas och medborgarnas uppfattning om styrning, ledning samt vårdpersonalens förutsättningar har betydelse för förtroendet för hälso- och sjukvården. En vanlig uppfattning är att personalen är kompetent, välvillig och gör sitt bästa medan problemen man ser beror på brister i styrning, resurser och förutsättningar att göra ett bra arbete. Vi ser också att uppfattningen om ifall vården ges på lika villkor för alla har tydliga samband med förtroendet. Och från forskningen kan vi dra slutsatsen att även värderingar som opartiskhet, saklighet, öppenhet och transparens är viktiga för förtroendet.

Faktorer i det omgivande samhället kan påverka förtroendet

Det finns också ett antal faktorer i hälso- och sjukvårdens omgivning som påverkar förtroendet – ekonomiska, politiska, och kulturella skeenden i samhället. Förtroendet för hälso- och sjukvården har över tid utvecklats enligt ett liknande mönster som förtroendet för flertalet andra offentliga verksamheter. Man kan alltså tala om ett allmänt samhällsförtroende som också återspeglas i förtroendet för hälso- och sjukvården.

Information från källor man litar på formar uppfattningen

Förtroendet formas utifrån den kunskap och information som människor anser vara trovärdig. Egna erfarenheter av möten med vården framträder som en betydelsefull informationskälla i våra analyser. Men även annan information kan påverka förtroendet på olika sätt, till exempel medierapporteringen, rykten och information från vänner och anhöriga. Våra analyser visar att medierapporteringen om vården har ökat sedan 2007 och det har blivit vanligare med rapportering om en vård i kris. Samtidigt kan vi inte se att det har lett till ett minskat förtroende på nationell nivå under samma tidperiod.

INGA GENVÄGAR TILL ETT LÅNGSIKTIGT HÅLLBART FÖRTROENDE

Värdet av ett stort förtroende avgörs av i vilken utsträckning det bygger på kunskap och är förankrat i en verksamhet som håller hög kvalitet. På lång sikt finns inga genvägar till ett sådant förtroende, det förutsätter en kombination av hög kvalitet, transparens och långsiktighet. Satsningar, löften och åtgärder som skapar tillförsikt på kort sikt kan leda till minskat förtroende på lång sikt om de inte får någon effekt eller skapar förväntningar som inte uppfylls. Och försök att höja förtroendet för en illa fungerande verksamhet genom informationsarbete kan lätt uppfattas som propaganda eller reklam och riskerar att snarare urholka förtroendet. Ett arbete för att stärka förtroendet får inte heller inriktas för ensidigt mot ökad nöjdhet eftersom det riskerar att leda till att andra viktiga värden, till exempel att leva upp till behovsprincipen, rättssäkerheten eller jämlikheten, får stå tillbaka.

VÅRA REKOMMENDATIONER

För att behålla ett stort förtroende för hälso- och sjukvården även på sikt lämnar vi ett antal rekommendationer till regeringen samt till landstingen och regionerna.

► *Regeringen samt landsting och regioner bör styra långsiktigt mot stort förtroende*

Det är viktigt att både regeringen och landstingen på ett systematiskt sätt följer upp förtroendet och styr mot ett stort förtroende för hälso- och sjukvården på lång sikt. Huvudsakligt fokus bör ligga på åtgärder som syftar till att hälso- och sjukvården svarar upp mot patienternas och medborgarnas behov och förväntningar, både när det gäller vårdens kvalitet och kvaliteten i de demokratiska processerna. Detta kan inte ersättas av enbart information och kommunikation, även om det kan vara viktiga beståndsdelar i ett förtroendearbete. Insatser inom följande områden är enligt våra analyser särskilt viktiga för förtroendet:

- en stärkt tillgänglighet
- ett systematiskt arbete för ökad personcentrering i vården
- en stärkt och utvecklad styrning samt ledning av hälso- och sjukvården
- insatser för att säkerställa patienters och medborgares insyn i och kunskap om hälso- och sjukvården



- åtgärder för att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdspersonalen att göra ett bra arbete i mötet med patienterna och medborgarna
- insatser för en god förvaltningskultur.

▶ *Regeringen samt landsting och regioner bör ha förtroendet i åtanke i kommande reformer och utvecklingsarbeten*

För att förvalta och stärka förtroendet bör förtroendeperspektivet beaktas i stora utvecklingsarbeten och reformer på hälso- och sjukvårdsområdet. Till exempel behöver de bakomliggande orsakerna till det relativt svaga förtroendet för vårdcentralerna i jämförelse med sjukhusen beaktas i det pågående utvecklingsarbetet mot att stärka primärvårdens roll i svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

▶ *Landsting och regioner bör följa upp och analysera förtroendet samt utveckla långsiktiga strategier för hur det kan stärkas respektive upprätthållas*

Ett svagt förtroende påverkar både den enskilde medborgaren och hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt på ett negativt sätt. Ur ett patient- och medborgarperspektiv är det därför problematiskt att förtroendet skiljer sig åt i olika delar av landet. Alla landsting och regioner bör därför analysera sin befolknings förtroende och utveckla strategier för hur det kan stärkas respektive upprätthållas. För de landsting som under senare år har haft en negativ trend eller under en längre tid haft ett förtroende under genomsnittet är ett sådant arbete särskilt angeläget.

▶ *Regeringen bör säkerställa en återkommande och samlad nationell uppföljning av befolkningens attityder till vården*

För att kunna utveckla hälso- och sjukvården ur ett patient- och medborgarperspektiv menar vi att det behövs en mer samlad uppföljning av befolkningens attityder till och uppfattning om hälso- och sjukvården. Förtroendet bör dels följas mer systematiskt på nationell nivå, dels i relation till befolkningens nöjdhet med den vård de får och deras uppfattningar om kvalitet och personcentrering.

Vi föreslår att regeringen ger en myndighet i uppdrag att ansvara för en återkommande sammanställning av befolkningens attityder till hälso- och sjukvården. I huvudsak kan en sådan bygga på befintliga mätningar av förtroendet för hälso- och sjukvården, till exempel den årliga SOM-undersökningen och Hälso- och sjukvårdsbarometern.



Innehåll

| | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | Ett kunskapsunderlag om förtroende | 21 |
| 1.1 | Vi ställer fem frågor om förtroendet | 22 |
| 1.2 | Vi har genomfört fem olika delstudier | 22 |
| 1.3 | Vi belyser inte alla dimensioner eller faktorer som påverkar förtroendet | 24 |
| 1.4 | Rapportens disposition | 24 |
| 1.5 | Återkommande begrepp i rapporten | 25 |
| 2 | Vad är förtroende och hur skapas det? | 29 |
| 2.1 | Förtroendet är framåtblickande | 30 |
| 2.2 | Stort, informerat och neutralt förtroende bör eftersträvas | 31 |
| 2.3 | Ett begrepp med många dimensioner | 32 |
| 2.4 | Flera olika faktorer påverkar förtroendet | 34 |
| 2.5 | Ett ramverk vägleder vår analys | 37 |
| 2.6 | Styrning mot förtroende bör vara långsiktig och balanserad | 38 |
| 2.7 | Ett flertal bestämmelser syftar till att säkra förtroendet för hälso- och sjukvården | 39 |
| 3 | Vilka konsekvenser får förtroendet? | 43 |
| 3.1 | Förtroende behövs för ett effektivt och legitimt system | 43 |
| 3.2 | Förtroende ger utvecklingskraft och förmåga att hantera kriser | 46 |
| 3.3 | Förtroendet hänger samman med hur människor agerar i vårdsituationer | 46 |



| | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4 | Hur är läget med förtroendet? | 53 |
| 4.1 | Förtroendet för vården är stort i jämförelse med andra länder | 54 |
| 4.2 | Små förändringar i förtroendet de senaste 20 åren | 55 |
| 4.3 | Större förtroende för sjukhus än för vårdcentraler | 56 |
| 4.4 | Stort förtroende jämfört med andra institutioner..... | 57 |
| 4.5 | Stora skillnader mellan landstingen | 58 |
| 4.6 | Olika resultat beroende på vad vi frågar om..... | 60 |
| 5 | Vilka faktorer påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården?... .. | 67 |
| 5.1 | Analyser med utgångspunkt i ramverket | 68 |
| 5.2 | Individens egenskaper och attityder..... | 68 |
| 5.3 | Uppfattningar om hälso- och sjukvården | 77 |
| 5.4 | Samband på landstingsnivå | 82 |
| 5.5 | Orsaker till förtroendet enligt patienterna och medborgarna själva | 85 |
| 5.6 | Faktorer på samhällsnivå | 93 |
| 5.7 | Mediebevakningen | 95 |
| 6 | Slutsatser och rekommendationer..... | 103 |
| 6.1 | Förtroendet är framåtblickande och speglar systemets legitimitet | 104 |
| 6.2 | Många faktorer formar förtroendet | 105 |
| 6.3 | Både styrkor och svagheter i förtroendet..... | 109 |
| 6.4 | Många skäl att värna förtroendet..... | 112 |
| 6.5 | Inga genvägar till ett långsiktigt hållbart förtroende..... | 112 |
| 6.6 | Vårdanalys rekommendationer..... | 113 |
| 7 | Referenser | 121 |
| | Bilaga 1 – Metodbeskrivningar | 127 |



Ett kunskapsunderlag om förtroende

Alla relationer fungerar bättre när de präglas av förtroende. Det gäller även de samhälleliga relationerna. Det är förtroendet som möjliggör samarbete och som får mellanmänniskt samspel, verksamheter och samhällen att fungera även när alla parter inte har fullständig insyn och kunskap om den andre. Att patienter och medborgare känner förtroende för hälso- och sjukvården är helt centralt för en god vård och behandling. Förtroendet är också viktigt för hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet och effektivitet. Det innebär att många har intresse av att följa hur förtroendet utvecklas. Förtroendemätningar uppmärksammas i media och redovisas i regeringens årliga budgetproposition. Det är även en av de kvalitetsaspekter som redovisas i Öppna jämförelser. Många landsting följer också förtroendet i uppföljningen av sin egen verksamhet.

Vi har berört patienters och medborgares förtroende för hälso- och sjukvården i flera tidigare rapporter. I våra analyser av tillgänglighet har vi konstaterat att legitimitet och förtroende för vården och för dem som arbetar i vården är en av komponenterna i en tillgänglig hälso- och sjukvård (Vårdanalys 2014). När vi analyserade förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård konstaterade vi att Vårdbarometern tyder på att förtroendet för primärvården är litet och att trenden mellan 2012 och 2015 har varit en svag nedgång i förtroendet (Vårdanalys 2017). I undersökningar av befolkningens syn på vården har vi också sett att andelen av den svenska befolkningen som anser att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar väl är låg i jämförelse med andra länder och dessutom har sjunkit under senare år (Vårdanalys 2016). Detta samtidigt som andra undersökningar visar på ett stort förtroende för hälso- och sjukvården i Sverige under lång tid (Holmberg och Weibull 2017).



Mot denna bakgrund har vi sett att det behövs en samlad bild av hur förtroendet för vården har utvecklats, hur det varierar mellan olika grupper i befolkningen och vad som påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården.

I våra tidigare analyser har vi funnit att förtroendet för vården delvis beror på faktorer utom vårdens kontroll. Till exempel tycks människors förtroende för vårdens sätt att hantera digitala hälsouppgifter vara relaterat till vilket förtroende de har för myndigheter i allmänhet (Vårdanalys, 2017b). Men i vår analys av primärvården fann vi ett samband mellan förtroende och tillgänglighet, vilket tyder på att förtroendet också beror på faktorer inom vården (Vårdanalys, 2017). Det finns alltså också ett behov av att undersöka både vad som påverkar förtroendet och vilka faktorer som beslutsfattare kan respektive inte kan påverka.

1.1 VI STÄLLER FEM FRÅGOR OM FÖRTROENDET

Det övergripande syftet med den här rapporten är att bidra till ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem som befolkningen känner förtroende för. Vi vill ge beslutsfattare och andra aktörer inom vården ett kunskapsunderlag att vända sig till när förtroendemätningar ska tolkas och ge vägledning i arbetet mot ett långsiktigt hållbart förtroende för hälso- och sjukvården. Vi ställer därför följande frågor om förtroendet för hälso- och sjukvården:

1. Vad innebär förtroende och hur skapas det?
2. Hur är läget med befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården och hur har det utvecklats över tid?
3. Hur varierar förtroendet mellan olika delar av landet och delar av vården?
4. Vilka konsekvenser får befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården?
5. Vilka faktorer påverkar befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården?

Utifrån svaren på frågorna diskuterar vi också hur beslutsfattare inom hälso- och sjukvården kan förhålla sig till och arbeta för att skapa förutsättningar för ett långsiktigt hållbart förtroende.

1.2 VI HAR GENOMFÖRT FEM OLIKA DELSTUDIER

Vi har lagt upp vår datainsamling som fem delstudier: en litteraturgenomgång, analyser av befintliga förtroendemätningar, en panelstudie, en medianalys och ett antal bakgrundsintervjuer samt en genomgång av landstingsplaner för

att få en bild av landstingens ansats till förtroendet. Vi beskriver delstudierna översiktligt nedan. I bilaga 1 finns detaljerade metodbeskrivningar.



Litteraturgenomgång

Vi inledde projektet med en litteraturgenomgång för att identifiera de teoretiska utgångspunkterna och samla in resultat från tidigare studier av förtroendet för olika samhällsinstitutioner. Litteraturgenomgången omfattar både forskning om institutionellt förtroende generellt och forskning om förtroende för hälso- och sjukvården.



Sammanställning och analys av befintliga förtroendemätningar

Vi har även analyserat hur förtroendet för hälso- och sjukvården har utvecklats nationellt över tid och jämfört hur förtroendet skiljer sig mellan olika landsting. Därtill har vi analyserat om förtroendet för hälso- och sjukvården varierar mellan olika befolkningsgrupper och om det finns ett samband mellan förtroendet för hälso- och sjukvården och dess funktionssätt. Analyserna bygger i huvudsak på statistik från Hälso- och sjukvårdsbarometern och SOM-undersökningen, som är två av de större undersökningarna som behandlar befolkningens förtroende för vården.



Panelstudie i samverkan med Laboratory of Opinion Research (LORE) SOM-institutet

För att fördjupa kunskapen om orsakerna till och effekterna av befolkningens förtroende för vården har vi samarbetat med Laboratory of opinion research (LORE) vid SOM-institutet på Göteborgs universitet. De har genomfört en panelstudie med hjälp av Medborgarpanelen. I den undersöks vilka orsaker människor anger till sitt förtroende för vården, vilka beteendeffekter ett litet förtroende kan ge samt i vilken mån skillnader i förtroende kan bero på olika frågeformuleringar och vilka aspekter av vården som nämns i frågan. I den här rapporten redovisar vi de mest centrala resultaten och slutsatserna från panelstudien. Hela LORE:s studie finns som i bilaga på vardanaly.se.



Bakgrundsintervjuer och genomgång av landstingsplaner

För att få en grundläggande förståelse för landstingens målsättningar och uppföljning i fråga om förtroende har vi gått igenom alla aktuella



landstingsplaner. Vi har också intervjuat ett antal personer i ledningsposition i tre landsting.



Medieanalys

För att belysa medierapporteringens eventuella betydelse för förtroendet för vården har vi gjort en översiktlig medieanalys med hjälp av medieföretaget Retriever AB. Medieanalysen visar hur mycket publicitet hälso- och sjukvården har fått i media under perioden 2007–2017 och identifierar också hur publiciteten kring olika teman har förändrats under perioden. För att kunna resonera om relationen mellan medierapportering och förtroende har vi även här tagit hjälp av forskning.

1.3 VI BELYSER INTE ALLA DIMENSIONER ELLER FAKTORER SOM PÅVERKAR FÖRTROENDET

I det inledande arbetet med de teoretiska utgångspunkterna för analysen kunde vi konstatera att förtroende är tätt kopplat till förväntningar. Förtroende är till stor del en spegling av vad befolkningen förväntar sig kommer att hända om de själva eller andra blir sjuka, men deras förväntningar på vården kan också vara en viktig förklaring till förändringar i förtroendet. Vi har inte haft möjlighet att fördjupa oss i hur förväntningarna på hälso- och sjukvården har förändrats över tid eller ser ut i dag. Vi ser därför att det finns skäl att belysa befolkningens förväntningar i framtida studier.

I rapporten konstaterar vi att förtroendet påverkas av faktorer som hör till individen, faktorer som handlar om hur hälso- och sjukvården fungerar, faktorer som handlar om informationskällor och faktorer på samhällsnivå (kontextuella faktorer). Det här är en bred analysram och vi har inte kunnat belysa alla delar i lika stor utsträckning. Till exempel har vår analys av informationskällornas betydelse avgränsats till en översiktlig medieanalys. Faktorerna på samhällsnivå berör vi också bara översiktligt. Och även i de delar vi undersöker har vi varit begränsade på olika sätt. Vi beskriver begränsningarna närmare i kapitel 5.

1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 redovisar vi slutsatserna från litteraturgenomgången om vad förtroende innebär. Vi identifierar också ett antal utgångspunkter för vår analys av förtroendet för hälso- och sjukvården med utgångspunkt i

de faktorer som brukar framhållas som betydelsefulla för institutionellt förtroende generellt. I kapitel 3 sammanställer vi litteratur och resultaten från panelstudien kring vilka konsekvenser förtroendet för hälso- och sjukvården får på individnivå och samhällsnivå. I kapitel 4 redogör vi för hur förtroendet har utvecklats och hur det skiljer sig mellan olika delar av hälso- och sjukvården och delar av landet. I kapitel 5 samlar vi våra analyser och den forskning vi tagit del av kring vilka faktorer som påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården. I kapitel 6 väver vi slutligen samman resultaten från analyserna till ett antal slutsatser. Där lämnar vi också rekommendationer till regeringen samt till landstingen för det fortsatta arbetet med att följa upp och arbeta för ett långsiktigt hållbart förtroende för hälso- och sjukvården.

1.5 ÅTERKOMMANDE BEGREPP I RAPPORTEN

I rapporten finns ett antal återkommande begrepp. Så här har vi tänkt när vi har använt dem:

- **Landsting:** Med begreppet landsting menar vi såväl landsting som regioner.
- **Institutioner:** Begreppet institution kan ha flera olika innebörder. Här använder vi det i huvudsak som ett samlingsbegrepp för verksamheter som fyller centrala samhällsfunktioner, det vill säga samhällsinstitutioner. Det handlar vanligen om grupperingar av verksamheter som äldreomsorgen, statsförvaltningen, kyrkan eller massmedia, men det kan också vara regeringen, myndigheter, kommuner och landsting. Begreppet institution avser organisationerna med sin personal och verksamhet, men också de formella och informella system av regler och normer som de på olika sätt förkroppsligar.
- **Befolkningen/medborgare:** Begreppet befolkningen använder vi för att beskriva hela gruppen invånare som har eller inte har förtroende för hälso- och sjukvården. Befolkningen kan i sin tur delas in i *patienter* (personer som har pågående kontakter med sjukvården) och andra *medborgare* (som inte har pågående kontakter med sjukvården). Med medborgare menar vi alltså inte specifikt personer med svenskt medborgarskap utan samtliga invånare i Sverige som omfattas av den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen.
- **Höglitare och låglitare:** På flera ställen i texten använder vi begreppen höglitare och låglitare för att beskriva personer med stort respektive litet förtroende för hälso- och sjukvården.





Vad är förtroende och hur skapas det?

I det här kapitlet behandlar vi frågan om förtroendets begreppsliga innebörd och identifierar några teoretiska utgångspunkter för den fortsatta analysen. Vi berör också vad som generellt är viktigt att tänka på i styrning mot förtroende och hur förtroende berörs i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vi konstaterar följande:

- Förtroende är framåtblickande och tätt kopplat till förväntningar. Det är en subjektiv uppfattning som avgörs utifrån en förväntan på, en uppfattning om och en bedömning av hälso- och sjukvården. Såväl resultat som process, avsikter och motiv vägs in i förtroendet.
- En individs förtroende formas i ett komplext samspel mellan faktorer i hälso- och sjukvården, individuella egenskaper och attityder samt faktorer på samhällsnivå. Uppfattningen om hälso- och sjukvården formas utifrån information och kunskap som individen anser trovärdig. Egna erfarenheter spelar stor roll, men även andras erfarenheter, medierapportering samt annan kunskap och information om hälso- och sjukvården kan ha betydelse enligt forskningen.
- Kunskap är viktigt för förtroendet, men förtroende har också känslomässiga och sociala komponenter. Det som bör eftersträvas är ett informerat förtroende, i meningen att det i så stor mån som möjligt bygger på kunskap. Förtroendet bör också vara neutralt – det vill säga jämnt fördelat i olika grupper i befolkningen och inte alltför kopplat till en viss ideologisk ståndpunkt.
- Förtroende kräver en bred ansats i styrningen med fokus både på kompetens och kvalitet i den service befolkningen får. Det kräver också



- att verksamheten och styrningen präglas av värderingar som rättvisa, opartiskhet, transparens och delaktighet.
- Stort förtroende för hälso- och sjukvården är inte ett mål i lagstiftningen, men det anges som skäl till flera centrala bestämmelser, exempelvis legitimationen för hälso- och sjukvårdspersonal och kravet på att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet.

2.1 FÖRTROENDET ÄR FRAMÅTBlickANDE

Att ha förtroende kan utifrån forskning definieras som en förväntan på en persons eller institutions framtida pålitlighet eller beteende (Hall m.fl. 2001, Rothstein 2003, Blennberger 2009, Holmberg och Weibull 2013, LoCurto och Berg 2016, Calnan och Rowe 2004).

Förtroende är alltså till sin natur framåtblickande och har beskrivits som ”en skugga av framtiden” och ett ”för-troende”. Samtidigt bygger förtroendet åtminstone delvis på tidigare erfarenheter av institutionen. Det har därför också beskrivits som en ”bro mellan förflutna erfarenheter och framtida förväntningar”. (Holmberg och Weibull 2013, Norén Bretzer 2005) Näraliggande begrepp är *tillit*, *tilltro*, *trovärdighet* och *legitimitet* (Blennberger 2009, Christensen och Lagreid 2014).

Förtroende kan ta sig flera olika uttryck. Människors attityder och handlingar kan präglas av förtroende eller avsaknad av förtroende, men även strukturer och regelverk kan vara uttryck för förtroende. En del ser fungerande samhällsförhållanden som uttryck för tillit och förtroende, exempelvis näringsliv, föreningsliv och en icke-korrumpierad förvaltning (Blennberger 2009).

Förtroende kan särskiljas från nöjdhet även om de två påverkar varandra. Medan förtroendet i huvudsak är framåtblickande så är nöjdhet bakåtblickande. (Calnan och Rowe 2004) Förtroende kan beskrivas som ett bredare begrepp än nöjdhet. Det bygger på mer än tidigare upplevelser och det är inte givet att nöjdhet alltid leder till stort förtroende. Förtroende innefattar en bedömning av en persons eller institutions motiv och intentioner. Nöjdhet har inte den komponenten och är på så vis ett enklare begrepp. Nöjdhet är också mer kortlivat än förtroende, det kan snabbt förändras i förhållande till olika specifika erfarenheter (Hall m.fl. 2001). Samtidigt hänger nöjdhet och förtroende ihop – högre nöjdhet med offentlig service har generellt ett positivt samband med större förtroende för samhällsinstitutioner och patienter som litar på sin läkare tenderar att vara mer nöjda (OECD 2017, Christensen och Lagreid 2005, Hall m.fl. 2001).

Den huvudsakliga poängen med att påpeka skillnaden mellan förtroende och nöjdhet är att de inte bör blandas samman alltför mycket i befolkningens upplevelser av vården. I kapitel 4 i den här rapporten undersöker vi skillnaden empiriskt.

2.2 STORT, INFORMERAT OCH NEUTRALT FÖRTROENDE BÖR EFTERSTRÄVAS

Man kan skilja mellan ett informerat och kunskapsbaserat förtroende och en blind tilltro (Blennberger 2009, Rothstein 2003) där en del forskare menar att det förstnämnda är det som offentliga institutioner bör sträva mot (Holmberg och Weibull 2013). Men eftersom människor har en begränsad möjlighet att behandla information och eftersom även sociala normer och känslor påverkar deras förtroende för institutioner, är ett perfekt kunskapsbaserat och välgrundat förtroende inte möjligt. I den här rapporten utgår vi dock från att ett stort förtroende är att betrakta som positivt under villkoret att det i *så stor mån som möjligt* bygger på kunskap.

Förtroende kan nämligen också bygga i huvudsak på rykten eller föreställningar skapade av konstruktioner eller manipulationer (Rowe och Calnan 2006). Även då kan visserligen förtroendet göra att samspelet fungerar smidigare och att verksamheten fungerar bättre. Men för en demokratiskt styrd och offentligt finansierad verksamhet kan ett sådant förtroende inte betraktas som någonting positivt, kritiska medborgare är viktiga för en väl fungerande demokrati. Det skulle vara ett allvarligt problem om medborgare på grund av bristande kunskap och insyn har stort förtroende för en verksamhet som fungerar dåligt (SOU 2008:106).

Att ett visst mått av ”hälsosam skepticism” anses värdefullt har inte minst uttryckts genom olika arrangemang för att medborgare ska kunna granska och övervaka hur de offentliga organisationerna sköter sig (Abelson m.fl. 2009, Christensen och Laegreid 2014). Exempel på sådana är olika former av tillsyn, granskning, uppföljning och utvärdering.

En konsekvens av att betrakta ett informerat förtroende som det eftersträvansvärda är att det ses som särskilt allvarligt med låga förtroendnivåer bland dem som har många kontakter med eller omfattande erfarenhet av en verksamhet. Ur ett sådant perspektiv skulle det alltså vara ett större problem om patienter och personal har litet förtroende för hälso- och sjukvården än om personer som sällan kommer i kontakt med vården har det (Holmberg och Weibull 2013).



Utöver att vara stort och reflekterat framhåller vissa att förtroendet också bör vara neutralt. Det ska med andra ord inte finnas stora skillnader i förtroendet mellan sociala och politiska grupper. En samhällsinstitution bör inte uppfattas som alltför kopplad till en viss ideologi och målet kan sägas vara ett jämnt fördelat förtroende i olika politiska och sociala grupper. Om en viss verksamhet har ett påtagligt starkare förtroendekapital bland olika väljare eller sociala grupper kan det riskera neutraliteten och opartiskheten, vilket är ett viktigt värde för offentligt finansierade verksamheter (Holmberg och Weibull, 2013). Dessutom kan ett ojämnt fördelat förtroende få konsekvenser för jämlikheten. Eftersom graden av förtroende är kopplat till benägenheten att till exempel söka vård och följa behandlingsråd (se kapitel 3) skulle ett alltför ojämnt fördelat förtroende kunna leda till en ojämlig vård.

2.3 ETT BEGREPP MED MÅNGA DIMENSIONER

Begreppet förtroende har många dimensioner, i följande avsnitt beskriver vi några av dessa.

2.3.1 Förtroende hänger samman med risktagande, sårbarhet och ovisshet

Förtroende anses ofta vara förknippat med risk och ovisshet. För den som har all information och vet precis hur en annan person ska agera är förtroende inte nödvändigt. (Norén Bretzer 2005, Rowe och Calnan 2006, LoCurto och Berg 2016, SOU 2008:106, Rothstein 2003) Ett näraliggande begrepp till risk är *sårbarhet*, vilket är centralt för att förstå förtroende i hälso- och sjukvårdssammanhang. Den som lämnar över sitt liv och sin hälsa och delar med sig av känslig information till hälso- och sjukvårdspersonal gör sig sårbar, och det som gör det risktagandet möjligt är förtroendet för att personalen har kompetensen, förmågan och avsikterna att hjälpa en. Som patient har man dessutom en begränsad kunskap om och insikt i verksamheten och svårt att bedöma kvaliteten i alla delar, vilket gör förtroendet än mer nödvändigt. Den stora sårbarhet som finns inbyggd i att vara sjuk eller att kunna bli sjuk medför på så vis att förtroende har en särskilt stor betydelse i hälso- och sjukvården. Det innebär också att det finns en särskilt stor potential för förtroende i hälso- och sjukvården – vi har ett känslomässigt behov av att känna förtroende och därför är vi också mer benägna att göra det (Hall m.fl. 2001, Straten m.fl. 2002, Abelson m.fl. 2009, Rowe och Calnan 2006).

2.3.2 Både förnuft och känsla i förtroendet

Förtroende har beskrivits som en attityd med tre huvudkomponenter: en kognitiv, en emotionell och en handlingsorienterad (SOU 2008:106). Den kognitiva komponenten tar fasta på den rationella bedömning som leder fram till att en person beslutar sig för att känna förtroende eller inte göra det. En sådan bedömning kräver kunskap, till exempel egna erfarenheter, rapporter om andras erfarenheter eller annan information om hur verksamheten fungerar. Den emotionella, eller känslomässiga, komponenten är kopplad till det mänskliga behovet av att känna trygghet som beskrevs ovan. Den här delen av förtroendet utgörs alltså av en känslostyrd förväntan om att institutionen kommer behandla oss välvilligt och hederligt. Den handlingsinriktade komponenten handlar om att förtroende inte bara är något människor känner utan att det också avspeglar sig i handling på olika sätt. (SOU 2008:106)

Utifrån forskning kan vi anta att förtroendet ytterst formas av hur hälso- och sjukvården uppfattas av individen och det är på så vis beroende av hans uppfattning om hur världen (och vården) är beskaffad. Den uppfattningen formas i sin tur utifrån både konkreta erfarenheter och annan information som hen anser trovärdig. (Rothstein 2003) Ett sätt att sammanfatta det är att förtroendet formas utifrån individens erfarenheter, uppfattningar, information och känslor (Norén Bretzer 2002).

2.3.3 Det finns olika typer av förtroende

Man kan skilja på å ena sidan det mellanmänskliga förtroendet och å andra sidan det institutionella förtroendet. För hälso- och sjukvårdens del kan vi alltså skilja det förtroende som en patient känner för en enskild läkare från det mer generella förtroende som patienter och andra medborgare känner för olika typer av kollektiv inom hälso- och sjukvården, till exempel sjukhus, den medicinska professionen, organisationer inom hälso- och sjukvårdssektorn, finansieringen eller systemet som helhet. (van der Schee m.fl. 2011) Det finns så att säga en personlig aspekt av förtroendet som handlar om hur det kan skapas eller skadas i personliga möten, men också ett ansiktslöst förtroende – ett förtroende som består i att systemet som helhet tjänar patientens intressen (Mohseni och Lindstrom 2007). I den här rapporten fokuserar vi främst på det institutionella förtroendet för hälso- och sjukvården, men mellanmänskligt och institutionellt förtroende hänger samman på flera sätt. Patienter kan generalisera förtroendet för sin vårdgivare till hela systemet,



men att känna ett generellt förtroende för sjukvården som institution kan också göra patienter mer benägna att lita på en enskild läkare eller vårdgivare utan att de har någon personlig kännedom om dem (Straten m.fl. 2002, Mohseni och Lindstrom 2007).

2.3.4 Förtroendet kan vara självförstärkande

Förtroende formas, utvecklas och förändras i mötet mellan den som känner förtroendet och den person eller institution förtroendet riktas mot. När en förväntan infrias stärks förtroendet och om den inte infrias försvagas förtroendet, och till nästa gång är såväl förväntningarna som förtroendet förändrat. Förtroendet avgörs alltså av skillnaden mellan förväntan och förverkligande (Holmberg och Weibull 2013). Mötena kan vara av olika karaktär: personliga eller via olika förmedlande kanaler som massmedier eller information från andra personer (Straten m.fl. 2002).

Förtroende kan också till viss del vara självförstärkande. Det förtroende patienter och medborgare känner när de interagerar med eller får information om hälso- och sjukvården påverkar deras tolkning – förtroendet man känner inledningsvis kan ”färga” upplevelsen av vården. Vissa forskare har beskrivit det som *feed-back loops*. Den som går in i en relation med stort förtroende tenderar att bli mer nöjd, forma ytterligare positiva förväntningar och tolka framtida möten positivt. Ett litet förtroende kan i stället leda till att man blir mer missnöjd även om resultatet i medicinsk mening var bra (Hall m.fl. 2001).

2.4 FLERA OLIKA FAKTORER PÅVERKAR FÖRTROENDET

Vår litteraturgenomgång visar att förtroende byggs utifrån många olika faktorer. Förtroendet för hälso- och sjukvården avgörs av människors *uppfattning om, bedömning av och förväntan på* hur hälso- och sjukvården sköter sig i olika avseenden. Särskilt viktig är uppfattningen om institutionens kompetens och förmåga samt olika värderingar som rättvisa, transparens och integritet. Det har också betydelse hur viktig verksamheten anses och hur berörd individen är av den.

2.4.1 Verksamhetens funktionssätt, individens egenskaper och faktorer i omgivningen

Ett sätt att analytiskt sortera vad som påverkar en individs förtroende för en institution är att dela upp förtroendet i fyra beståndsdelar; subjekt, objekt,

kanaler och kontext. Egenskaper hos samtliga dessa beståndsdelar kan påverka det förtroende en person känner för en institution. Med subjekt avses egenskaper hos individen, till exempel attityder, personlighet eller sociala erfarenheter. Objektet i våra analyser är hälso- och sjukvården och hur den fungerar i olika avseenden påverkar alltså förtroendet. Därutöver har kanalerna betydelse, det vill säga de källor till kunskap och information om hälso- och sjukvården som individen formar sin uppfattning utifrån, till exempel egna erfarenheter eller medierapportering. Slutligen påverkar också kontexten förtroendet, det vill säga faktorer i det omgivande samhället och samhällsutvecklingen som kan påverka relationen mellan subjekt, objekt och förmedlande kanaler. (Holmberg och Weibull 2013)

2.4.2 Kompetens, kvalitet och värderingar

Utifrån litteraturen har vi sammanställt vilka egenskaper hos institutionen som brukar framhållas som betydelsefulla för institutionellt förtroende. Kortfattat beror förtroendet på uppfattningen om institutionens *kompetens och kvalitet* samt *värderingar*.

I svensk litteratur om förtroende för institutioner återkommer ofta att förtroende byggs utifrån fem generella byggstenar. Byggstenarna har alla att göra med hur individer uppfattar, bedömer och förväntar sig att institutionen i fråga sköter sig (Holmberg och Weibull, 2014). Byggstenarna är:

- förmåga och kompetens att utföra sin uppgift och leverera hög kvalitet
- integritet eller opartiskhet – det är viktigt att institutionen uppfattas som rättvis
- empati eller medkänsla – förtroendet stärks om verksamheten bedrivs med välvilja och medmännisklighet
- transparens eller öppenhet – det är lättare att känna förtroende för den som spelar med öppna kort
- värdegemenskap – en gemensam värdegrund främjar förtroendet för människor eller institutioner.

Forskning har visat att alla dessa komponenter har betydelse för förtroendet, men det finns en begränsad kunskap om hur stor relativ betydelse de har enskilt eller i samverkan (Holmberg och Weibull 2014). Även andra övergripande faktorer har föreslagits vara särskilt viktiga för att bestämma förtroende, till exempel det upplevda egna beroendet av institutionen och institutionens allmänna ställning i opinionen (Andersson och Weibull 2017).



När det gäller förtroende för offentliga verksamheter har det särskilt stor betydelse om de lever upp till medborgarnas förväntningar kring opartiskhet, saklighet och likhet inför lagen (Rothstein 2003). För hälso- och sjukvårdens del finns också andra normer som kan antas ha stor betydelse för förtroendet, exempelvis om man lever upp till förväntningar vad gäller lagkrav som att vård ska ges på lika villkor till alla och att den med störst behov av vård ska prioriteras (3 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen).

Utöver resultatet har alltså också processerna betydelse för förtroendet. Om processen präglas av rättvisa, saklighet och opartiskhet kan medborgare känna förtroende för institutionen även när resultatet inte blir till den enskildes egen fördel (Rothstein 2003). En grundläggande komponent i förtroendet för offentliga institutioner är därför att det inte förekommer korruption i systemet och att medborgare inte heller misstänker att det förekommer korruption (Statskontoret 2017). Ett stort förtroende är med andra ord beroende av en styrning som präglas av integritet och en god förvaltningskultur. Med integritet avses här de etiska värderingar som värnar allmänintresset och förhindrar korruption (OECD 2017). OECD menar att det finns fyra särskilt viktiga policynycklar i fråga om integritet:

1. att de som styr definierar och följer integritetsprinciper
2. att de som styr tar chansen att demonstrera efterföljandet av dessa principer i praktiken när stora förändringsprojekt görs
3. att politiska ledare agerar som förebilder i fråga om värderingar och integritet
4. att man i styrningen säkrar gemensamma värderingsstandarder och beteenden på alla nivåer i systemet.

2.4.3 Öppenhet och transparens

Ytterligare en utgångspunkt utifrån forskningen är att ett stort förtroende kräver att befolkningen får insyn i verksamheterna och processerna. De behöver också få rimliga och sakliga förklaringar till beslut, prioriteringar och resursfördelningar (OECD 2017). Två viktiga komponenter här är *transparens* och *delaktighet*. Transparens kräver bland annat att medborgare har tillgång till objektiv och saklig information om hur hälso- och sjukvården fungerar. Här kan olika former av oberoende tillsyn, granskning och utvärdering som tillgängliggörs för medborgarna vara en komponent, men även tillgång

till öppen kvalitetsdata och statistik. Delaktighet kan behöva säkerställas på flera nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Inkluderande policy- och budgetprocesser kan vara särskilt centrala men även metoder och arbets sätt för att säkerställa patient- och medborgarinflytande samt insyn i hälso- och sjukvårdens styrning kan vara en väg dit (OECD 2017).

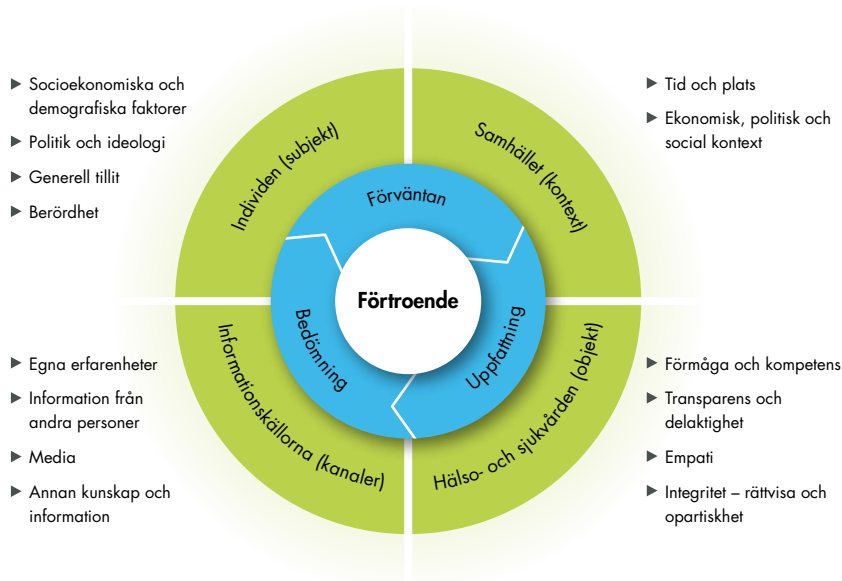
Här kan nämnas att öppenhet kan vara ett tveeggat svärd i fråga om förtroende eftersom det kan leda till att förhållanden som är potentiellt förtroendeskadande blottas (OECD 2017). I en svensk studie har det till exempel visat sig att öppenhet i fråga om prioriteringar snarare kan minska förtroendet än stärka det (de Fine Licht 2011). OECD framhåller dock att initiativ till ökad öppenhet, transparens och dialog med medborgare och patienter, även de som blottar förhållanden som minskar förtroendet, bör ses som positiva och som långsiktiga investeringar i förtroendet (OECD 2017).

2.5 ETT RAMVERK VÄGLEDER VÅR ANALYS

I figur 1 illustrerar vi hur vi utifrån forskningen som redovisats ovan kan förstå institutionellt förtroende och vilka möjliga förklaringsfaktorer som kan finnas till det. Ramverket synliggör att förtroendet ytterst består av individens förväntan på, uppfattning om och bedömning av hälso- och sjukvården. Det visar också att möjliga förklaringsfaktorer till förtroendet kan finnas både inom hälso- och sjukvården och utanför den; det kan handla om faktorer som hör till individen, hälso- och sjukvården, informationskällorna och samhället (det vill säga subjektet, objektet, kanalerna och kontexten). Individfaktorer av betydelse kan vara människors ideologi, sociala erfarenheter, utbildning ålder och kön. Faktorer i hälso- och sjukvården av betydelse kan vara hälso- och sjukvårdens kvalitet, kompetens och integritet. Informationskällorna kan vara egna erfarenheter, medierapportering eller information från anhöriga eller andra personer (Straten m.fl. 2002). Till den omgivande kontexten hör faktorer som tid och plats, men också ekonomiska, sociala och politiska faktorer i samhället. Faktorerna i modellen samspelar med varandra och deras slutliga påverkan på förtroendet bestäms av en växelverkan dem emellan. Ramverket kan användas som utgångspunkt för att analysera förtroende för institutioner generellt. I kapitel 5 i den här rapporten applicerar vi ramverket på hälso- och sjukvården och undersöker vilka samband vi kan hitta inom respektive kategori av förklaringsfaktorer.



Figur 1. Ramverk för institutionellt förtroende.



2.6 STYRNING MOT FÖRTROENDE BÖR VARA LÅNGSIKTIG OCH BALANSERAD

Förtroende är lättare att fördärva än förvärva (Holmberg och Weibull 2017). Därför behövs långsiktighet och tålamod i arbetet mot ett stärkt förtroende (Statskontoret 2015). I tidigare studier har man sett att befolkningens uppfattningar om vårdens kvalitet, service och nöjdheten med den vård man får kan förändras kraftigt utan att förtroendet påverkas. Förtroende har därför beskrivits som ett förhållandevis okänsligt mått på förändringar i befolkningens attityder till och omdömen om vården (van der Schee, 2006).

Erfarenheter från statliga myndigheters ambitioner att öka förtroendet för den egna verksamheten visar att ett fokus på förtroendet kan få både positiva och negativa effekter. Ett arbete för att stärka förtroendet tycks ofta bli ett arbete för att öka nöjdheten med de tjänster som verksamheten arbetar med, eftersom nöjda brukare är en komponent som verksamheterna själva kan råda över. Det kan leda till att verksamheterna blir mer lyhörda mot brukarna, effektiviseringar, och en främjad verksamhetsutveckling. Styrning mot förtroende kan också göra att verksamheterna lättare uppnår sina mål. (Statskontoret 2015) Men styrning mot förtroende kan också få

negativa bieffekter om för stort fokus läggs på nöjda brukare, om andra viktiga perspektiv får stå tillbaka. Det kan medföra bristande rättvisa vid handläggning och beslut och leda till att resursstarka individer oftare får sin vilja igenom. För att en styrning mot förtroende ska vara effektiv menar Statskontoret därför att man inte bör styra för ensidigt mot vare sig förtroende eller nöjdhet. Dessutom bör förtroendet inte ses som ett mått på hur väl verksamheten presterar eller på dess effektivitet, eftersom förtroendet även påverkas av faktorer utom verksamhetens kontroll. (Statskontoret 2015)

2.7 ETT FLERTAL BESTÄMMELSER SYFTAR TILL ATT SÄKRA FÖRTROENDET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

En hälso- och sjukvård som åtnjuter stort förtroende i befolkningen är inte ett uttalat mål i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen i dag. Däremot hänvisas det till förtroende i en del förarbeten till centrala författningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Befolkningens förtroende för vården framförs som ett skäl till vissa lagkrav. I förarbeten till den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen från 1980-talet kan vi till exempel se att bland annat behovet av kontinuitet har kopplats till förtroende. I propositionen menade regeringen att ”det är angeläget att man inom alla områden av hälso- och sjukvården beaktar behovet av kontinuitet så att patienterna kan lära känna vårdpersonalen och känna trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården” (Prop. 1981/82:97 s. 57). Dessa bestämmelser finns även i den nya hälso- och sjukvårdslagen (5 kap 1 § HSL).

Argumentation kopplat till befolkningens förtroende finns också i förarbeten till Patientsäkerhetslagen (PSL), exempelvis i fråga om bestämmelser om det personliga yrkesansvaret (6 kap 2 § PSL) samt möjligheten att begränsa förskrivningsrätt och dra in legitimationen för den som brustit i sin yrkesutövning (8 kap PSL). Det övergripande syftet med bestämmelserna är att säkerställa att patienter får en god och säker vård, men de ska också bidra till att upprätthålla allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården (Prop. 2009/10:210 s. 71).

Förtroende har också kopplats till legitimationen för yrkesutövare. Lagstiftaren har ansett att bristande förtroende för enskilda yrkesutövares lämplighet att utöva sitt yrke skulle kunna få återverkningar även på tilliten och förtroendet för hälso- och sjukvården i stort och att det skulle kunna få allvarliga konsekvenser (Prop. 2009/10:210 s. 112). Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för



Vad är förtroende och hur skapas det?

sådana egenskaper hos yrkesutövaren att hen förtjänar allmänhetens och myndigheternas förtroende. Legitimationen har ansetts fylla ett informationsbehov gentemot allmänheten som en "varudeklaration" av olika yrkesutövares kvalifikationer (Prop. 2009/10:210 s. 159).



Vilka konsekvenser får förtroendet?

För att ge en närmare förståelse för hur förtroendet påverkar hälso- och sjukvården redogör vi i det här kapitlet för tidigare studier som beskriver effekter av förtroende. Vi redogör också för resultaten av vår egen undersökning om förtroendets konsekvenser. Vi konstaterar att:

- förtroende för samhällets institutioner är en förutsättning för att upprätthålla effektiviteten och legitimiteten
- förtroende kan ses som en resurs som underlättar utvecklingsarbete och reformer samt ökar förmågan att hantera kriser
- förtroende är viktigt ur ett patientperspektiv eftersom graden av förtroende påverkar hur individer agerar i hälso- och sjukvårdssystemet.

3.1 FÖRTROENDE BEHÖVS FÖR ETT EFFEKTIVT OCH LEGITIMT SYSTEM

En övergripande slutsats från forskningen är att förtroende inte bara är en indikator på en välfungerande hälso- och sjukvård, utan också en bidragande faktor till en väl fungerande hälso- och sjukvård (OECD 2017).

Utifrån litteraturen kan vi anta att befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården påverkar såväl hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt som samhället i stort. Att människor känner förtroende för de gemensamma institutionerna i ett samhälle har beskrivits som ovärderligt – förtroende bygger samhällen och håller ihop samhällen (Holmberg och Weibull 2013, Holmberg och Rothstein 2017). Ett stort förtroende ökar förutsättningarna för smidiga och effektiva system och underlättar för beslutsfattare att styra och genomföra reformer. Förtroendet är också en indikator på att systemet är legitimt i befolkningens ögon.



3.1.1 Förtroende är grunden för legitimitet

Förtroendet har beskrivits som en indikator på befolkningens stöd för hälso- och sjukvårdssystemets nuvarande utformning och för förändringar som görs i systemet (Straten m.fl. 2002). Förtroende för de offentliga institutionerna är också den huvudsakliga grunden för deras, och i förlängningen hela det demokratiska systemets, *legitimitet* (Christensen och Lagreid 2014). Det är på så vis en förutsättning för möjligheten att upprätthålla en offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Viljan att betala skatt förutsätter både förtroende för människor i allmänhet (vi behöver lita på att även de andra i samhället betalar sin skatt för att vi själva ska vara villiga att göra det) och förtroende för de institutioner som ska administrera och hantera skattemedlen (Holmberg och Rothstein 2017).

Förtroendet för hälso- och sjukvården kan också påverka förtroendet för politiska och demokratiska institutioner, till exempel regeringen, landstingen och politiker. Hälso- och sjukvården lyfts ibland som särskilt viktig för det förtroendet eftersom många berörs av den och därmed står för en stor andel av interaktionerna mellan medborgarna och det offentliga. (Abelson m.fl. 2009)

Legitimitet och förtroende har ansetts vara extra viktigt i gemensamt finansierade system som människor är beroende av och har små möjligheter att välja att ställa sig utanför. I andra sammanhang kan ett litet förtroende uttryckas genom att man väljer att inte längre delta i systemet. Men en sådan missnöjesyttring är sällan aktuell i hälso- och sjukvården, dels för att det sällan är möjligt för den enskilde att tillgodose sitt behov på annat sätt än via det gemensamt finansierade systemet, dels för att systemets hållbarhet bygger på ett brett stöd från befolkningen (Kehoe och Ponting 2003).

3.1.2 Förtroende ger effektivitet

Allt blir snabbare och effektivare om människor har ett någorlunda stort förtroende för de bärande institutionerna i samhället (Holmberg och Weibull 2017). Medborgarnas förtroende har enligt vissa forskare till och med en större betydelse för effektiviteten än om verksamheten ur professionell synvinkel fungerar perfekt (SOU 2008:106). Förtroendets betydelse för effektiviteten handlar om att det gör att interaktionerna i systemet kan fungera smidigt – transaktionskostnaderna sänks. Ett stort förtroende minskar behovet av övervakning och försäkringar (Holmberg och Weibull 2017, OECD 2017, SOU 2008:106).

Det här gäller både förtroendet för enskilda aktörer inom systemet och det bredare institutionella förtroendet. Det institutionella förtroendet – att

människor känner förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet – gör det möjligt för patienter att lita på de enskilda aktörer och den personal som arbetar i systemet utan att de på förhand har någon personlig kännedom om dem (Mohseni och Lindstrom 2007). Det institutionella förtroendet kan på så vis också ses som en förutsättning för det mellanmänniska förtroende som behöver finnas mellan patienten och vårdgivaren för att vården ska kunna ge goda resultat och att medborgarna ska söka vård (Schwei m.fl. 2014). Forskningen visar att förtroende i relationen mellan läkare och patient är kopplat till flera kvalitetsaspekter, däribland en förbättrad nöjdhet och kontinuitet samt en ökad följsamhet och effektivitet i behandlingar (Osawa och Sripad 2013).

Befolkningens förtroende påverkar också effektiviteten i styrningen, policybeslut och reformer (OECD 2017). Ett exempel på hur förtroendet påverkar systemeffektiviteten är i vilken mån människor väljer att i första hand vända sig till primärvården när de har hälsoproblem. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet bygger på att primärvården fyller en grindvaktsfunktion och säkerställer att resurserna inom specialistvården används för dem med störst behov. För att det ska fungera är det viktigt att befolkningen har förtroende för primärvården så att de väljer primärvården som förstahandskontakt även när det saknas formella remisskrav (Anell 2015). Ett litet förtroende för primärvården undergräver legitimiteten i systemet och kan leda till att patienter väljer att vända sig direkt till akutmottagningar eller till specialistvården i stället. Det kan i sin tur påverka effektiviteten negativt.

3.1.3 Förtroende är en del av det sociala kapitalet

Förtroende i relationerna mellan medborgarna och samhällets institutioner är en central komponent i det som brukar kallas socialt kapital och som i många studier visat sig hänga samman med väl fungerande samhällen och demokratier. Utöver förtroende för institutioner är också tillit mellan människorna i samhället en viktig del av det sociala kapitalet. (Statskontoret 2015, Rothstein 2003) Socialt kapital är avgörande för samhällets förmåga att lösa problem av kollektiv karaktär där det krävs någon typ av samarbete, till exempel en skattefinansierad välfärd. Socialt kapital har definierats som mängden relationer multiplicerat med graden av förtroende i dessa relationer (Rothstein 2003). På så vis kan man se förtroendet för hälso- och sjukvården som en bidragande faktor till det sociala kapitalet i samhället (Rowe och Calnan 2006). Och eftersom så stor del av befolkningen har kontakter med



vården (stor mängd relationer) kan graden av förtroende för hälso- och sjukvården antas vara särskilt viktigt för det sociala kapitalet.

3.2 FÖRTROENDE GER UTVECKLINGSKRAFT OCH FÖRMÅGA ATT HANTERA KRISER

Hälso- och sjukvården står under ett starkt förändringstryck. En del av förändringarna är kända: vi har en ökande andel äldre i befolkningen, fler med kroniska sjukdomar, förändrade förväntningar på vården från befolkningen samt digitalisering och teknikutveckling. Det ställer krav på ett system som är anpassat till långsiktigt utvecklingsarbete. Hälso- och sjukvården kan också snabbt behöva ställa om mot att möta akuta kriser av olika slag. Och både för kortsiktig och långsiktig motståndskraft mot utmaningar och kriser är ett stort förtroende för hälso- och sjukvården att betrakta som en resurs (Statskontoret 2017, Kruk m.fl. 2015).

Medborgarnas förtroende förenklar olika reformer, och det gäller särskilt om det finns tydliga kortsiktiga kostnader (Statskontoret 2017, OECD 2017). Förtroende kan alltså ses som en resurs i förändringsarbete eftersom det ger handlingsutrymme. Det har också uppmärksammats av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* som konstaterar att förtroende för hälso- och sjukvården, och kanske särskilt primärvården, är av avgörande betydelse för att kunna genomföra den förändring av systemet som krävs (SOU 2017:53).

3.3 FÖRTROENDET HÄNGER SAMMAN MED HUR MÄNNISKOR AGERAR I VÅRDSITUATIONER

Så långt har vi konstaterat att förtroendet kan ses som en förutsättning för en väl fungerande demokratiskt styrd verksamhet samt ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem med förmåga att möta utmaningar och hantera kriser. Men förtroendet får också olika effekter på individnivå.

Ett generellt förtroende för hälso- och sjukvården har visats hänga samman med vissa beteenden och resultat inom specifika vårdområden. Låga nivåer av institutionellt förtroende för vården är till exempel kopplat till en större benägenhet att undvika vård, byta läkare och söka en second opinion, söka alternativa vårdgivare och ha en mindre tilltro till läkarens bedömningar. Det är också kopplat till mindre patientnöjdhet och sämre följsamhet till behandling. Större förtroende hänger i sin tur samman med bättre fysisk och mental hälsa, färre besök i akutsjukvården, större acceptans

av och användning av antivirala läkemedel, ökad villighet att donera organ, ökad acceptans till HPV- vaccinering och större nyttjande av förebyggande vårdinsatser (Musa m.fl. 2009, Straten m.fl. 2002, Mohseni och Lindstrom 2007, LoCurto och Berg 2016).

Tidigare studier har också visat att förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering och skydd av patientinformation hänger samman med inställningen till användning av digitala hälsouppgifter. Personer med litet förtroende är mer benägna än övriga att vara emot att olika vårdenheter har tillgång till varandras journaler, att en samlad läkemedelslista skapas och till att ingå i register för bland annat forskning (Vårdanalys 2017b).

De olika sätten att agera på individnivå får även effekter för systemets sätt att fungera. Misstro och dåliga relationer med vårdgivare ökar de hälsorelaterade kostnaderna för samhället och utgör en barriär till att söka vård (Mohseni och Lindstrom 2007). Om vi ser ett litet förtroende som en barriär till vården kan också ett alltför ojämnt fördelat förtroende leda till ojämlikheter i hälsa och tillgång till vård.

Vaccinexemplet visar hur bristande förtroende kan få långtgående konsekvenser

Ett aktuellt exempel som ofta återkommer i litteratur om förtroende för hälso- och sjukvården är betydelsen av befolkningens förtroende för experter och information kring vacciner. Som konkret exempel på problem i denna förtroenderelation används ofta det bristande förtroende som har förekommit i olika delar av världen för vacciner, exempelvis det låga förtroendet för mässlings- och röda hund-vaccin som uppstod i slutet av 1990-talet och som i förlängningen ledde till sjukdomsutbrott. Liknande förtroendeproblem kopplat till vaccin har dessutom förekommit i flera andra delar av världen. Och ett litet förtroende för vacciner har visat sig vara kopplat till att ha ett litet förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet i allmänhet. (Gille, Smith m.fl. 2015) Vaccinproblematiken visar att de individuella beslut som kan följa på att ha ett litet förtroende för hälso- och sjukvården kan få långtgående konsekvenser för folkhälsan och hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt.

3.3.1 Ett litet förtroende är kopplat till en större benägenhet att undvika vård och avstå från behandling

I den panelstudie som vi genomfört i samverkan med SOM-institutets Laboratory of Opinion research (LORE) undersöktes vilka beteenden som kan kopplas till att ha stort eller litet förtroende. För att kunna jämföra beteenden hos grupper med olika grad av förtroende användes ett stratifierat urval, där andelen personer med litet förtroende för vården var större än i befolkningen



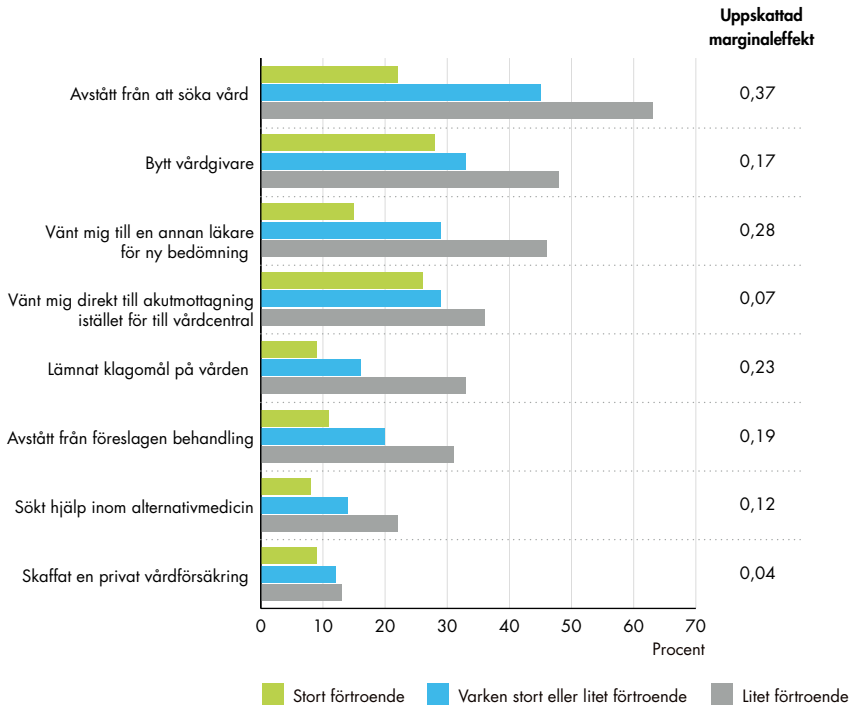
som helhet. Detta eftersom antalet personer med litet förtroende i ett representativt urval skulle bli för få för att kunna dra slutsatser om hur de skiljer sig från personer med stort förtroende (Andreasson m.fl. 2018). Urvalet är alltså inte representativt i förhållande till befolkningen och resultaten säger inget om hur vanliga olika åtgärder är i befolkningen generellt.

Med utgångspunkt i de samband som noterats i tidigare studier tillfrågades de utvalda personerna om de hade bytt vårdgivare, avstått från att söka vård, avstått från föreslagen behandling, sökt hjälp inom alternativmedicin, skaffat en privat vårdförsäkring, vänt sig direkt till en akutmottagning i stället för en vårdcentral, vänt sig till en annan läkare för en ny bedömning eller lämnat klagomål på vården.

I figur 2 redovisar vi hur stor andel i respektive grupp som anger att de vidtagit olika åtgärder under de senaste fem åren. Resultaten visar på förhållandevis stora skillnader i vårdbeteende mellan hög- och låglitäre och vi ser att samtliga åtgärder som efterfrågades i undersökningen är vanligare bland låglitäre än bland höglitäre. Störst skillnader mellan grupperna ser vi när det gäller sannolikheten att söka vård (41 procentenheters skillnad), att vända sig till en annan läkare för en ny bedömning (31 procentenheters skillnad) samt att lämna klagomål till vården (24 procentenheters skillnad). Även när det gäller att avstå från föreslagen behandling och att ha bytt vårdgivare ser vi relativt stora skillnader (20 procentenheter). Däremot är skillnaderna inte så stora i andelen som vänder sig direkt till en akutmottagning i stället för till en vårdcentral (omkring 10 procentenheter). Den minsta skillnaden ser vi när det gäller att skaffa en privat vårdförsäkring (4 procentenheter).

För att säkerställa att sambanden mellan förtroende och åtgärder inte enbart återspeglar bakomliggande faktorer och demografiska skillnader mellan hög- och låglitäre genomfördes en regressionsanalys där resultaten kontrollerades för åtta variabler: självskattad hälsa, inkomst, kön, ålder, utbildning, om man är född i Sverige, har barn och bor i stad eller på landet. Resultatet av analysen visar att ett mindre förtroende för vården är kopplat till en större sannolikhet att vidta samtliga åtta åtgärder även under kontroll för dessa faktorer. Den ökade sannolikheten att vidta åtgärderna enligt den analysen redovisas i högermarginalen i figur 2. Starkast samband med ett litet förtroende för hälso- och sjukvården har åtgärden att avstå från att söka vård – sannolikheten är 37 procentenheter större bland låglitäre jämfört med höglitäre. Samtidigt visade sig de olika åtgärderna vara olika vanliga i olika grupper. Kvinnor är till exempel mer benägna än män att vidta samtliga åtgärder, och yngre är generellt mer benägna än äldre att vidta åtgärder.

Figur 2. 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.



Not: Frågeformuleringen lyder "Har du under de senaste fem åren gjort något av följande?" följt av åtgärderna som visas i tabellen. Svarsalternativen är "Ja", "Nej" samt "Nej, men har övervägt det". I figuren visas procentandelen som har svarat "Ja" bland samtliga svarande i de olika förtroendegrupperna. Den fullständiga svarsfördelningen med samtliga svarsalternativ för de olika åtgärderna finns i tabell 5 i bilaga 1. Skillnaderna mellan höglitare och låglitare är statistiskt säkerställd på minst 99 procents säkerhetsnivå för alla åtgärder, se tabell 6 i bilaga 1.
Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Panelstudien visar sammanfattningsvis att ett litet förtroende för hälso- och sjukvården kan få långtgående konsekvenser för både samhällsekonomin och folkhälsan om det skulle bli alltför utbrett. När människor avstår från att söka vård eller avstår från en föreskriven behandling riskerar hälso- och sjukvården större kostnader i förlängningen. Det gäller inte minst det allmänna hälsotillståndet, med onödigt lidande och allvarigare åkommor till följd av försenad behandling, men också större kostnader för akuta ingrepp och dyrare sjukvård när människor söker dubbla läkarutlåtanden. Även systemeffektiviteten minskar när människor söker sig direkt till akutmottagningen i stället för till vårdcentralen där de är listade (Andreasson m.fl. 2018).





Hur är läget med förtroendet?

Så hur står det egentligen till med förtroendet för hälso- och sjukvården och hur har utvecklingen sett ut över tid? Och hur varierar förtroendet mellan olika landsting och delar av hälso- och sjukvården? I det här kapitlet konstaterar vi följande:

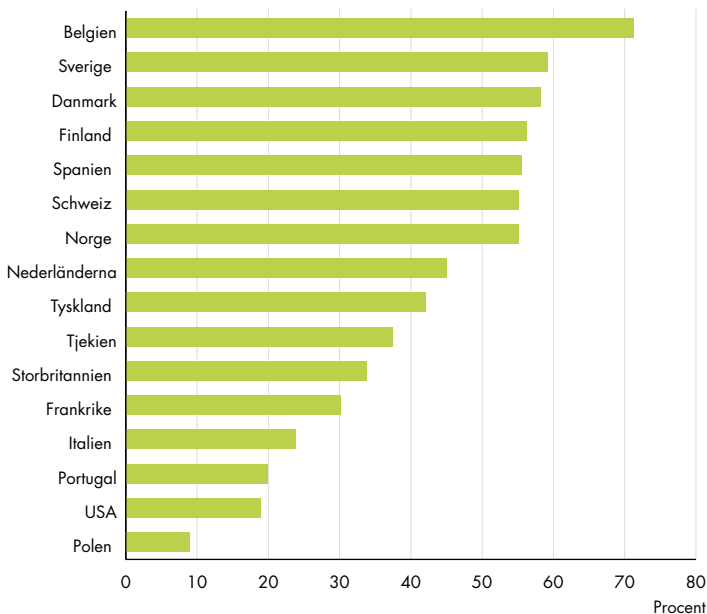
- Det övergripande förtroendet för hälso- och sjukvården är stort i jämförelse med både andra länder och andra offentliga verksamheter.
- Förtroendet har minskat i jämförelse med de nivåer som uppmättes på 1990-talet men under de senaste 20 åren har endast mindre förändringar skett och det syns ingen tydlig trend mot vare sig minskande eller ökande förtroende.
- Förtroendet för hälso- och sjukvården har utvecklats enligt ett liknande mönster som förtroendet för flera andra offentliga verksamheter, vilket indikerar att utvecklingen inte enbart beror på faktorer inom hälso- och sjukvården.
- Bakom det stora allmänna förtroendet döljer sig skillnader mellan olika delar av vården – sjukhusen åtnjuter större förtroende än vårdcentralerna och förtroendet är mindre för hälso- och sjukvårdssystemet och styrningen än för vården i allmänhet och hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Det är stora skillnader mellan landstingen, och skillnaderna är allra störst när det gäller förtroendet för sjukhusen.
- Vilka landsting som präglas av ett stort respektive ett litet förtroende för hälso- och sjukvården är förhållandevis beständigt under perioden 2010–2017.



4.1 FÖRTROENDET FÖR VÅRDEN ÄR STORT I JÄMFÖRELSE MED ANDRA LÄNDER

Sverige har traditionellt varit ett land som präglas av stort förtroende. Den svenska befolkningen litar i internationell jämförelse i hög grad både på andra människor och på samhällsinstitutioner (Andersson och Weibull 2017). Även befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården ter sig som förhållandevis stort i jämförelse med de länder vi valt att jämföra med (europeiska OECD-länder). Det finns vad vi erfar inga återkommande internationella jämförelser av befolkningens förtroende för just hälso- och sjukvården, men inom ramen för International Social Survey Programme (ISSP) undersöktes förtroendet för vården i ett antal olika länder år 2011 och då placerade sig Sverige högt upp på listan i fråga om förtroende (figur 3). Här är det viktigt att poängtera att undersökningen gällde just *förtroendet* för hälso- och sjukvården. När vi ser till undersökningar som handlar om andra attityder än förtroende, exempelvis nöjdhet med hälso- och sjukvården, uppfattningen om tillgänglighet och uppfattning om hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, hamnar Sverige lägre i internationella jämförelser (se till exempel Vårdanalys 2016 och OECD 2017b).

Figur 3. Förtroende för hälso- och sjukvården i ett antal länder, andel med stort förtroende (2011).

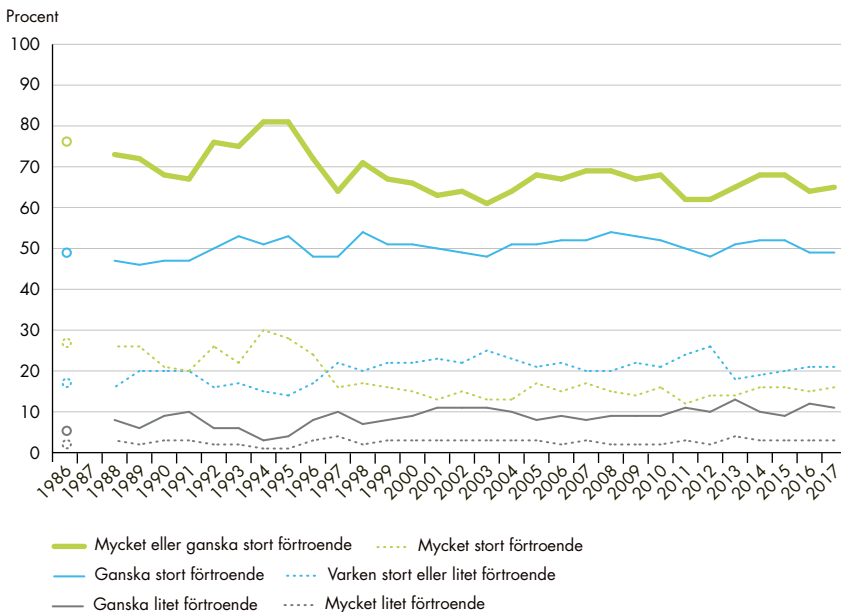


Not: Andelen som i respektive land som svarat att de har "fullständigt förtroende" eller ganska stort förtroende". De engelska svarsalternativen är "complete confidence" och "a great deal of confidence".
Källa: ISSP, 2011.

4.2 SMÅ FÖRÄNDRINGAR I FÖRTROENDET DE SENASTE 20 ÅREN

SOM-undersökningen ger möjlighet att studera det övergripande förtroendet för sjukvården och hur det har utvecklats under en längre tidsperiod. I figur 4 redovisas hur förtroendet för sjukvården har utvecklats över tid. Den tjocka gröna linjen visar andelen i befolkningen som har stort förtroende för sjukvården mätt som andelen med mycket stort förtroende plus andelen med ganska stort förtroende. De tunnare linjerna visar utvecklingen per svarsalternativ i SOM-undersökningen, det vill säga hur stor andel som har mycket stort, ganska stort, varken stort eller litet, ganska litet och mycket litet förtroende för sjukvården. År 2017 hade 65 procent av befolkningen ett stort förtroende för sjukvården, varav 49 procent hade ett ganska stort förtroende och 16 procent hade ett mycket stort förtroende. 21 procent hade varken ett stort eller litet förtroende. Omkring 14 procent hade ett litet förtroende för sjukvården, varav 11 hade ett ganska litet förtroende och 3 procent ett mycket litet förtroende.

Figur 4. Befolkningens förtroende för sjukvården enligt SOM-undersökningen (1986–2017).



Källa: Nationella SOM-undersökningen, 1986–2017.

Utifrån figur 3 kan vi dra flera slutsatser om förtroendet för sjukvården. För det första ser vi att andelen med ett stort förtroende har minskat jämfört med 1990-talet, och att trenden tyder på ett långsamt minskande förtroende. Samtidigt ser vi att den långsiktiga minskningen i huvudsak beror på att förtroendet både ökade och minskade kraftigt under 1990-talet. I den här rapporten fördjupar vi oss inte i vad som förklarar förändringarna under 1990-talet, men det har visats att opinionsstödet för den offentliga sektorn generellt ökade under denna tidsperiod. Några möjliga förklaringar som har framhållits av forskare är att ökningen av förtroendet under 1990-talet var ett svar på förslag om omorganiseringar och nedskärningar i de offentliga verksamheterna (Holmberg och Weibull, 2017). Det tycks finnas en tendens till att människor ”sluter upp” bakom institutionerna när de upplevs hotade på något sätt.

För det andra ser vi att utvecklingen sedan slutet på 1990-talet har varit förhållandevis stabil. Förtroendet förändras visserligen mellan åren, men vi ser ingen tydlig trend mot vare sig ett ökande eller ett minskande förtroende på lång sikt. Förtroendet har sedan slutet på 1990-talet rört sig i intervallet 60–70 procent med stort förtroende.

För det tredje kan vi konstatera att de förändringar som skett över tid främst förklaras av en minskning av andelen i befolkningen som har mycket stort förtroende och en ökning av andelen som har ganska litet förtroende och varken stort eller litet förtroende.

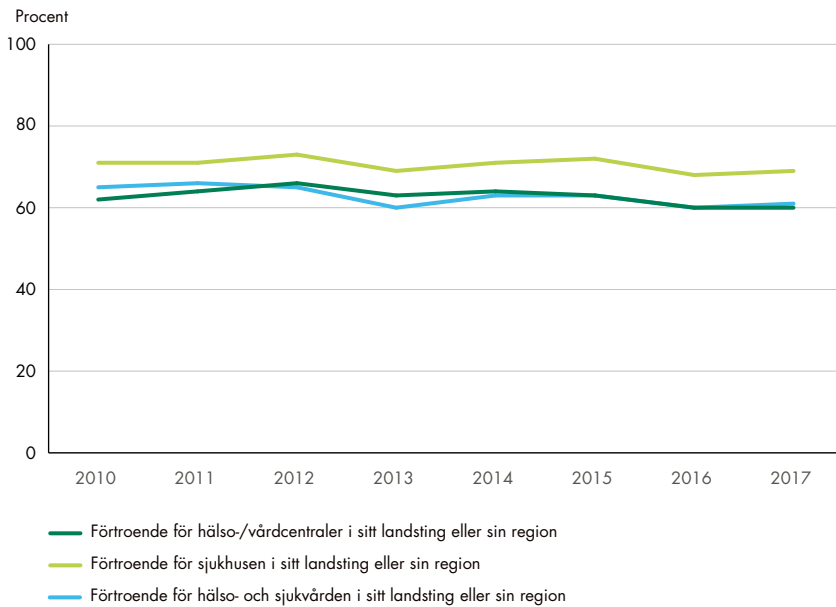
Vad gäller utvecklingen över tid kan vi utifrån SOM-undersökningen alltså dra slutsatsen att förtroendet visserligen har minskat på lång sikt och förändrats mellan olika år, men också att trenden under den senaste tjugoförårsperioden är stabil.

4.3 STÖRRE FÖRTROENDE FÖR SJUKHUS ÄN FÖR VÅRD-CENTRALER

Med hjälp av SKL:s undersökning Hälsa- och sjukvårdsbarometern finns möjlighet att studera förtroendet för olika delar av hälso- och sjukvården sedan 2010 – ett viktigt komplement till mätningarna av det övergripande förtroendet för sjukvården som SOM-institutet gör. I figur 5 redovisas förtroendet för hälso- och sjukvården i allmänhet och förtroendet för vårdcentraler och sjukhus enligt Hälsa- och sjukvårdsbarometern. Den visar på ett svagt minskande förtroende under perioden. År 2017 hade 61 procent av befolkningen stort förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting, att jämföra med 65 procent år 2010. Samtidigt bör inte för långtgående slutsatser dras av detta eftersom SOM-undersökningens tidsserier visar att förändringar på kort sikt bör ses i ett längre tidsperspektiv.

Hälso- och sjukvårdsbarometern visar också att sjukhusen åtnjuter störst förtroende – omkring 70 procent av befolkningen har stort förtroende för sjukhusen i sitt landsting. Förtroendet för vårdcentralerna är mindre – 60 procent av befolkningen hade stort förtroende för dem 2017. Här kan noteras att frågeformuleringarna är något annorlunda jämfört med SOM-undersökningen. Hälso- och sjukvårdsbarometerens sätt att fråga om förtroende tycks leda till något lägre nivåer, men skillnaderna mellan undersökningarnas resultat bör överlag ses som små.

Figur 5. Förtroendet för hälso- och sjukvården, vårdcentraler och sjukhus enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern (2010–2017).



Not: Frågorna lyder: "Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/motsvarande i ditt landsting/region?" "Hur stort eller litet förtroende har du för sjukhusen i ditt landsting/region?" "Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i ditt landsting/region?" Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort. I figuren visas procentandelen som har svarat ganska stort eller mycket stort förtroende.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2010–2017.

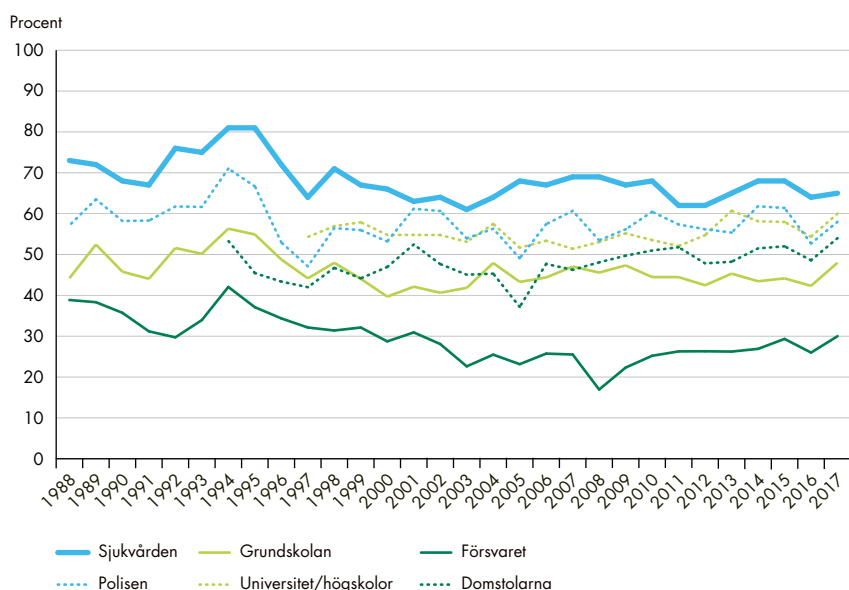
4.4 STORT FÖRTROENDE JÄMFÖRT MED ANDRA INSTITUTIONER

I jämförelse med andra samhällsinstitutioner har befolkningen ett stort förtroende för sjukvården. Av de 21 samhällsinstitutioner som årligen följs upp i den nationella SOM-undersökningen har sjukvården störst förtroende – 2017 svarade 65 procent att de har ett mycket eller ett ganska stort förtroende för sjukvården (figur 6).



När vi studerar förtroendet för hälso- och sjukvården i relation till förtroendet för andra institutioner ser vi också att förtroendet för flera av dem har utvecklats enligt ett liknande mönster. Det talar för att utvecklingen inte alltigenom kan förklaras av förändringar i sjukvårdens funktionssätt över tid. I stället är det tydligt att det finns betydande samband mellan hur olika institutioner bedöms. Det talar för att det finns kontextuella faktorer som påverkar förtroendet för samtliga institutioner.

Figur 6. Förtroendet för ett antal olika samhällsinstitutioner (1988–2017).

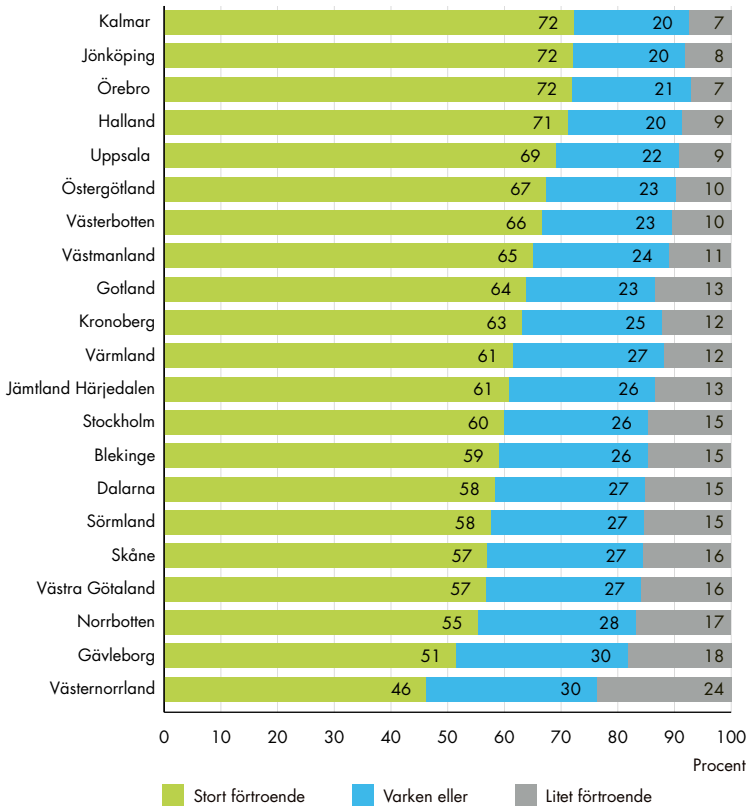


Not: Andelen med stort förtroende avser andelen som svarat att de har ganska stort förtroende plus andelen som angett att de har mycket stort förtroende för respektive institution.

Källa: Nationella SOM-undersökningen, 1988–2017.

4.5 STORA SKILLNADER MELLAN LANDSTINGEN

Att förtroendet för hälso- och sjukvården följer samma mönster som andra institutioner indikerar att det finns ett antal faktorer utöver hur hälso- och sjukvården fungerar som påverkar förtroendet. Men vi ser också att det är stora skillnader mellan landstingen när det gäller förtroendet för vården (figur 7), och den variationen indikerar att det också har betydelse hur vården upplevs fungera. Andelen med stort förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet varierar från 72 procent i Kalmar till 46 procent i Västernorrland.

Figur 7. Förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet per landsting/region år 2017.

Not: Frågan lyder: "Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i ditt landsting/region?" Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort. I figuren visas procentandelen som har svarat ganska stort eller mycket stort förtroende.
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

Skillnaderna mellan landstingen syns även i förtroendet för sjukhusen och vårdcentralerna. Störst skillnader mellan landstingen finns i förtroendet för sjukhusen – andelen med stort förtroende varierar mellan 52 och 79 procent, en skillnad på 27 procentenheter. Skillnaderna mellan landstingen är något mindre när det gäller hur stor andel som svarat att de har förtroende för vårdcentraler eller motsvarande i sin region eller sitt landsting, från 55 till 71 procent – en skillnad på 17 procentenheter.

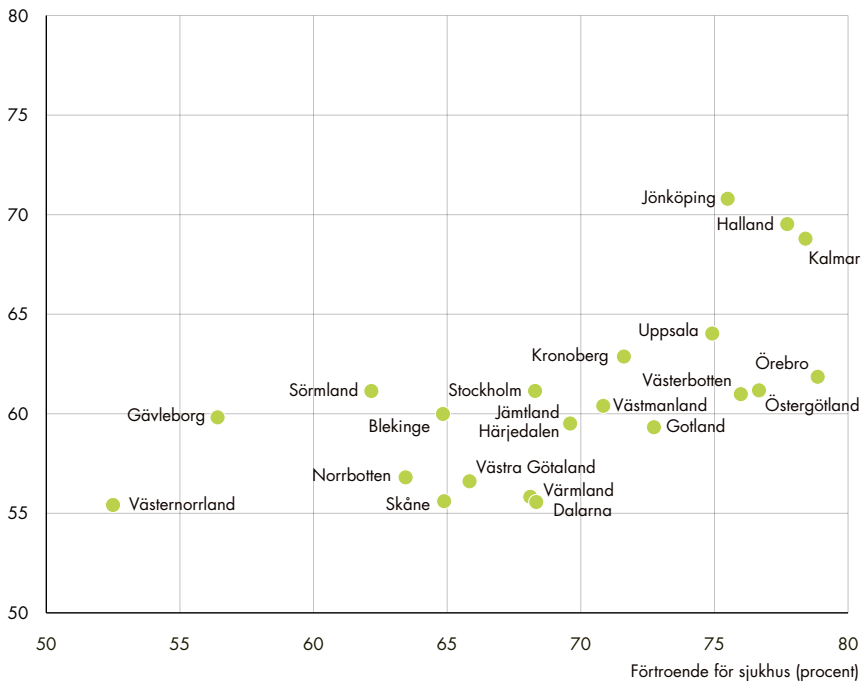
När vi studerar hur landstingens förtroende har utvecklats sedan 2010 kan vi konstatera att det sker förhållandevis små förflyttningar mellan åren. Vi ser också att skillnaderna mellan landstingen har ökat sedan 2010 (se figur 27 i bilaga 1). Vissa landsting har haft en positiv trend och andra har haft en

negativ, men i huvudsak är det samma landsting som återkommer i toppen och botten på listan under hela tidsperioden. Se närmare i figur 28 i bilaga 1 hur landstingens förtroende har utvecklats sedan år 2010.

Vi kan också konstatera att förhållandet mellan förtroendet för sjukhusen och förtroendet för vårdcentralerna är olika i olika landsting (figur 8). Figuren visar dock att korrelationen mellan de två är förhållandevis hög – de landsting som har större förtroende för sjukhusen tenderar också att ha större förtroende för vårdcentralerna.

Figur 8. Förtroende för sjukhus och vårdcentraler i ett antal landsting och regioner (2017).

Förtroende för vårdcentraler (procent)



Not: Frågorna lyder: "Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/motsvarande i ditt landsting/region?"
"Hur stort eller litet förtroende har du för sjukhusen i ditt landsting/region?" Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort.
Källa: Hälsa- och sjukvårdsbarometern, 2017.

4.6 OLIKA RESULTAT BEROENDE PÅ VAD VI FRÅGAR OM

Hur man mäter förtroende är avgörande för de resultat man får. Till synes små skillnader i frågan kan leda till olika nivåer i det uppmätta förtroendet. Tidigare har vi sett att den svenska befolkningen ger låga och över tid mer negativa betyg till hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar samtidigt som

de ger den övergripande kvaliteten på hälso- och sjukvården högre betyg (Vårdanalys, 2016). Vi ville undersöka om detsamma gäller förtroendet, alltså om vi får andra resultat när vi frågar om förtroendet för vården i allmänhet i relation till förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet. Det kan också finnas andra mäteffekter, till exempel beroende på om hälso- och sjukvården bedöms i relation till andra institutioner och om man använder en allmän fråga om förtroende eller en fråga som fokuseras på hur hälso- och sjukvården sköter sitt arbete. Slutligen ville vi se om det ger någon effekt på förtroendet när människor får möjlighet att skilja mellan sitt förtroende för personalen, systemet, politikerna och vården i allmänhet – sådana skillnader har indikerats i tidigare studier (Weibull 2016). I samverkan med SOM-institutets Laboratory of opinion research (LORE) vid Göteborgs universitet utformade vi därför en panelstudie där det undersöks hur jämförbara grupper svarar på olika förtroendefrågor.

4.6.1 En panelstudie för att undersöka frågeformuleringarnas betydelse

Eftersom syftet med den här delstudien var att jämföra olika sätt att fråga om förtroende, inte att mäta förtroendet för olika delar av vården, gjordes urvalet av svars personer från Medborgarpanelens självrekryterade del. Där användes ett slumpmässigt urval, men eftersom Medborgarpanelen inte är helt representativ i förhållande till befolkningen ska nivåerna vi redovisar inte ses som representativa för befolkningen som helhet. Urvalet om 4 800 personer delades in i sex jämförbara grupper som fick besvara varsin fråga (se tabell 1).

Tabell 1. Frågeformuleringar som testades i panelstudien.

| Grupp | Fråga |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården? |
| 2 | Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket hälso- och sjukvården sköter sitt arbete? |
| 3 | Vilken tillit har du till att du får den hjälp du behöver av hälso- och sjukvården? |
| 4 | Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket följande institutioner och grupper sköter sitt arbete? <ul style="list-style-type: none"> • Radio/tv • Riksbanken • Universitet/högskolor • Sjukvården |
| 5 | Hur stort förtroende har du för följande institutioner och grupper? <ul style="list-style-type: none"> • Hälso- och sjukvården i allmänhet • Hälso- och sjukvårdssystemet • Politikerna som styr hälso- och sjukvården • Hälso- och sjukvårdspersonalen |
| 6 | Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket hälso- och sjukvårdssystemet fungerar? |

Not: Se bilaga 1 tabell 7 för motiveringar till frågeformuleringarna samt närmare beskrivning av genomförandet.
Källa: Andreasson m.fl. 2018.



4.6.2 Mindre förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet än för hälso- och sjukvården i allmänhet

Resultaten från den här delen av panelstudien redovisar vi i figur 9. Först och främst ser vi att några av frågorna resulterade i likartade förtroendenivåer. Tillit tycks till exempel mäta samma sak som förtroende. Vi ser inte heller någon effekt av att ställa frågan om förtroendet för hälso- och sjukvården i ett sammanhang med andra institutioner (radio/tv, Riksbanken och universitet/högskolor) som människor brukar ange ett stort förtroende för.

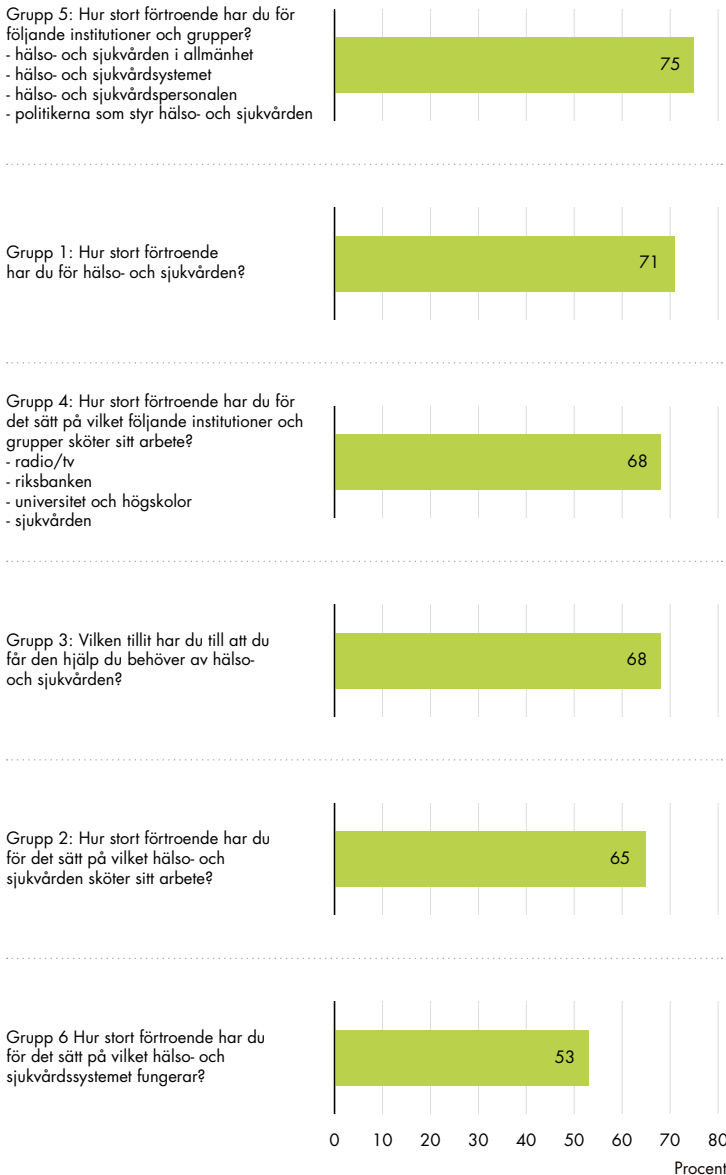
Det tydligaste resultatet är att frågan om förtroende för sjukvårdssystemet resulterar i ett mindre uppmätt förtroende. Andelen som anger ett stort förtroende blir då 53 procent. Störst förtroende anger svarspersonerna när det ställs allmänt hållna frågor som till grupp 1 och 5. Till exempel svarar 75 procent att de har stort förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet när vi samtidigt låter dem uttrycka sitt förtroende för specifika aspekter av hälso- och sjukvårdssystemet, exempelvis politikerna som styr hälso- och sjukvården.

4.6.3 Stort förtroende för personalen, litet förtroende för politiker

I en av experimentgrupperna fick svarspersonerna skilja mellan sitt förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen, hälso- och sjukvården i allmänhet, hälso- och sjukvårdssystemet och politikerna som styr hälso- och sjukvården. I linje med tidigare forskning tyder våra resultat på att förtroendet varierar för dessa olika aspekter av hälso- och sjukvården (Bergström m.fl. 2017). Människor skiljer mellan sitt förtroende för personalen, sjukvården i allmänhet, systemet och politikerna. Eftersom resultaten bygger på ett litet urval (drygt 400 personer besvarade frågan) ur en inte helt representativ panel kan vi inte dra några slutsatser om de exakta nivåerna i befolkningen, men i urvalet var det 93 procent som angav stort förtroende för personalen, 75 procent som angav stort förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet, 53 procent som angav stort förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet och 16 procent som angav stort förtroende för politikerna. Det indikerar att det kan finnas stora skillnader i förtroendet för dessa olika dimensioner av hälso- och sjukvården – skillnader som behöver undersökas vidare för att säkra slutsatser ska kunna dras.

En första fråga som behöver besvaras är om resultaten står sig i en större och representativ undersökning. Men vi behöver också veta om resultaten som gäller förtroendet för politiker som styr hälso- och sjukvården främst återspeglar ett allmänt mindre förtroende för politiker i förhållande till andra grupper.

Figur 9. Svarsfördelning bland paneldeltagarna i de olika grupperna. Andel med mycket eller ganska stort förtroende per frågeformulering. För grupp 5 anges andelen med stort förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet.



Not: Skillnaderna är statistiskt signifikanta i olika delar. Frågeformulering 6 gav resultat som var statistiskt signifikanta i relation till samtliga övriga frågeställningar. Fullständiga resultat för signifikanstesterna finns i tabell 8 och 9 i bilaga 1. Svartpersonerna är slumpmässigt urvalda ur Medborgarpanelens självrekryterade panel där det finns en överrepresentation av män, äldre, högtbildade och politiskt intresserade. Resultaten är därmed inte representativa för befolkningen som helhet, utan visar skillnaden mellan hur jämförbara grupper svarar på olika frågor om förtroende.
Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Även om de exakta nivåerna från panelstudien inte kan sägas spegla de faktiska nivåerna i befolkningen stöds det generella mönster som framkommer av andra studier och förtroendemätningar. Att förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonalen är stort har konstaterats i bland annat SOM-undersökningen. Senaste gången förtroendet för olika personalgrupper mättes var 2013. Då hade 88 procent av befolkningen stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonal. Förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonalen var störst av alla yrkesgrupper som ingick i undersökningen, till exempel lärare, poliser, forskare och politiker (Martinsson och Andersson (red) 2018, se också Weibull, 2016).

Att människor uppger mindre förtroende för hälso- och sjukvårdspolitiker och större förtroende för den medicinska professionen har även visats i förtroendestudier som bygger på regionala varianter av SOM-undersökningen, genomförda i Västra Götaland och Skåne. Där har det också konstaterats att det låga förtroendet för regionala politiker inte bara återspeglar ett generellt litet förtroende för politiker – de åtnjuter litet förtroende även i förhållande till politiker på lokal och nationell nivå (Weibull, 2016).



Vilka faktorer påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården?

I det här kapitlet redovisar vi vilka samband vi hittat mellan patienters och medborgares förtroende för hälso- och sjukvården och ett antal möjliga förklaringsfaktorer. Vi undersöker hur individuella egenskaper och attityder, uppfattningar om hälso- och sjukvårdens funktionssätt samt vissa samhälls- och informationsrelaterade faktorer hänger samman med att ha ett stort eller ett litet förtroende. Dessutom redovisar vi resultaten av vår panelstudie, där patienter och medborgare själva berättar om orsakerna till sitt förtroende. Sammanfattningsvis konstaterar vi följande:

- Förtroendet för sjukvården samvarierar tydligt med vissa andra uppfattningar och attityder. Höglitare är till exempel mer nöjda med demokratin och livet och har större tillit till andra människor och politiker. Det finns vissa skillnader i förtroendet beroende på kön, boendeområde och utbildningsnivå, men sambanden är jämförelsevis svaga.
- Enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern finns en tydlig åldersfaktor, där äldre har större förtroende. Höglitare har också oftare varit i kontakt med vården nyligen och har bättre hälsa än låglitare.
- Förtroendet har tydliga samband med upplevelsen av vårdens kvalitet, tillgänglighet och kompetens. Höglitare upplever till exempel ofta att tillgången till vård är god, att vården är jämlik och att väntetiderna är rimliga.
- När vi frågar människor om orsakerna till deras förtroende lyfter de egna erfarenheter, olika aspekter av tillgänglighet, personalens bemötande och hur hälso- och sjukvården styrs och leds som förklaringar. Låglitare



beskriver oftare problem som hänger ihop med tillgänglighet och att de inte fått tillgång till den vård, utredning eller behandling de behöver. Höglitare i sin tur beskriver ofta goda erfarenheter av personalens bemötande och omhändertagande. Både hög- och låglitare beskriver brister i styrning och ledning samt i personalens förutsättningar.

- På landstingsnivå samvarierar bland annat en bättre tillgänglighet och en låg andel hyrläkare med ett stort förtroende för primärvården.
- Mediebevakningen av vården har ökat och det har blivit vanligare med artiklar om sjukvården i ”kris”, men vi ser inga tecken på att det har påverkat förtroendet på nationell nivå under samma tidsperiod. För att kunna dra säkra slutsatser om medieeffekter skulle det behövas en djupare analys. Det kan inte uteslutas att en ökad negativ mediebevakning bidrar till ett mindre förtroende på sikt eller att det finns effekter på lokal nivå som vår analys inte fångar in.

5.1 ANALYSER MED UTGÅNGSPUNKT I RAMVERKET

I kapitel två konstaterade vi utifrån forskning att förtroendet bestäms av en individs förväntningar på, uppfattning om och bedömning av hälso- och sjukvården. Vi presenterade också ett ramverk som bygger på att faktorerna som påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården kan delas in i fyra kategorier; faktorer som hör till individen, faktorer som hör till hälso- och sjukvården, faktorer som hör till informationskällorna och faktorer som hör till det omgivande samhället (se figur 1 på sid 38). För att undersöka vad som påverkar förtroendet har vi därför analyserat vilka samband vi kan hitta med förtroendet inom respektive kategori. Analyserna utgör ingen fullständig förklaringsmodell av förtroendet, utan visar vilka resultat vi får när vi testat ett antal hypoteser som ges av tidigare forskning och vårt ramverk.

5.2 INDIVIDENS EGENSKAPER OCH ATTITYDER

Både SOM-undersökningen och Hälso- och sjukvårdsbarometern ger möjlighet att undersöka vilka faktorer på individnivå som har ett samband med ett stort respektive litet förtroende för vården. Våra analyser utifrån SOM-undersökningen visar att attitydsrelaterade faktorer som nöjdhet med demokratin, tillit till andra människor och ideologisk orientering har ett starkare samband med förtroendet än bedömarens ålder, kön och utbildningsnivå. Även Hälso- och sjukvårdsbarometern tyder på att det

Tillgänglig data avgör vilka analyser som varit möjliga att genomföra

Våra analyser utgår i stor uträkning från befintliga nationella förtroendemätningar – SOM-undersökningen och Hälso- och sjukvårdsbarometern. De innehåller, utöver uppgifter om förtroende, även uppgifter om svarspersonernas utbildning, kön, ålder, hälsa, kontakter med vården och mer attitydrelaterade faktorer som tillit till andra människor och ideologisk orientering. Det innebär att vi i viss utsträckning kan studera betydelsen av sådana egenskaper i relation till förtroendet.

Vi har däremot inte haft möjlighet att analysera SOM-undersökningens förtroendedata i relation till svarspersonernas uppfattning eller förväntningar när det gäller hälso- och sjukvårdens kvalitet, kompetens, integritet, empati eller transparens – faktorer som enligt forskningen påverkar förtroendet. Det begränsar möjligheten att på individnivå studera sambandet mellan förtroendet och människors bedömning av hur vården sköter sina uppgifter i olika avseenden. Det vi har uppgifter om från SOM-undersökningen är nöjdheten med servicen från sjukhusvården och vårdcentralerna i det egna landstinget. Med hjälp av frågorna kan vi göra vissa analyser av vilka samband som finns mellan hur förtroendet och nöjdheten i dessa avseenden har utvecklats nationellt över tid. Vi analyserar också vilka samband som finns mellan förtroendet och uppfattningen om vårdens jämlikhet och tillgänglighet med hjälp av Hälso- och sjukvårdsbarometern. För att komplettera våra resultat har vi även, i samarbete med forskare, genomfört en panelstudie där vi undersöker vilka faktorer som personer själva lyfter fram som skäl till sitt förtroende.

Det finns mycket få tidigare studier som har undersökt hur *orsakssambanden* mellan uppfattningar om vårdens prestationer och förtroendet ser ut. Därför återstår fortfarande frågor om ifall mindre förtroende leder till negativa upplevelser eller om negativa resultat skapar ett litet förtroende och om det finns ytterligare någon medierande faktor (Hall m.fl. 2001).

Vi har inte heller haft möjlighet att analysera medierapporteringens betydelse i förhållande till förtroendet. Vi redogör däremot kortfattat för tidigare studier av sambanden som observerats mellan medierapportering och förtroende för institutioner samt redovisar översiktligt hur medierapporteringen om hälso- och sjukvården har utvecklats de senaste tio åren.

Utifrån Hälso- och sjukvårdsbarometerns uppgifter om förtroende på landstingsnivå har vi kunnat analysera sambanden mellan förtroendet för primärvården och ett antal struktur- och processmått, till exempel tillgänglighet och andel hyrläkare. Vi har också analyserat sambanden mellan förtroendet för primärvården och patientrapporterad kvalitet på landstingsnivå.

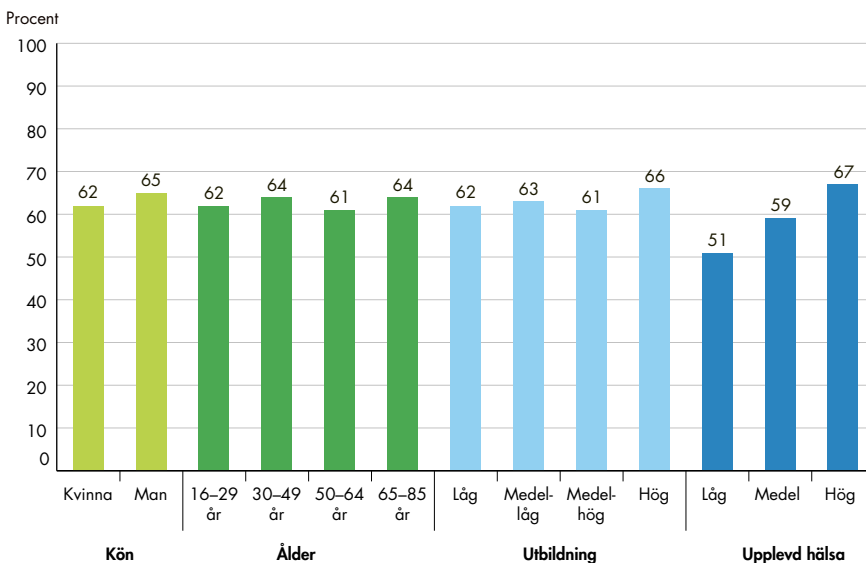
finns små skillnader mellan könen och personer med olika utbildning, men däremot ses en tydlig åldersfaktor. Därtill tycks förtroendet vara större bland de som har god hälsa och de som har besökt vården enligt den senaste Hälso- och sjukvårdsbarometern.



5.2.1 Små skillnader i förtroendet utifrån kön, ålder och utbildning enligt SOM-undersökningen

I figur 10 har vi sammanställt hur förtroendet för sjukvården varierar mellan grupper med olika ålder, kön, utbildning och hälsa enligt SOM-undersökningen 2016. Personer med bättre hälsa har generellt sett större förtroende än dem med dålig hälsa. I övrigt är skillnaderna mellan olika grupper relativt små. Kvinnor har något mindre förtroende än män, skillnaden är dock endast 3 procentenheter. Inte heller när det gäller ålder ser vi några tydliga mönster, men gruppen 50–64 år har något mindre förtroende än övriga grupper. Utifrån tidigare forskning kan vi konstatera att det generella mönstret för institutionellt förtroende brukar vara att högutbildade har större förtroende för samhällsinstitutioner än lågutbildade (Holmberg och Weibull 2006). Vår analys av SOM-undersökningen visar det förväntade resultatet – högutbildade har i genomsnitt något större förtroende för sjukvården än lågutbildade, men sambandet är inte linjärt. Förtroendet är något större bland personer med den lägsta utbildningsnivån än bland personer med medelhög utbildning. Men när vi kontrollerar för andra bakgrundsfaktorer är sambandet mellan hög utbildning och förtroende istället negativt (se avsnitt 5.2.5).

Figur 10. Andel personer som svarat att de har stort förtroende för sjukvården efter kön, ålder, utbildning och hälsa (2016).

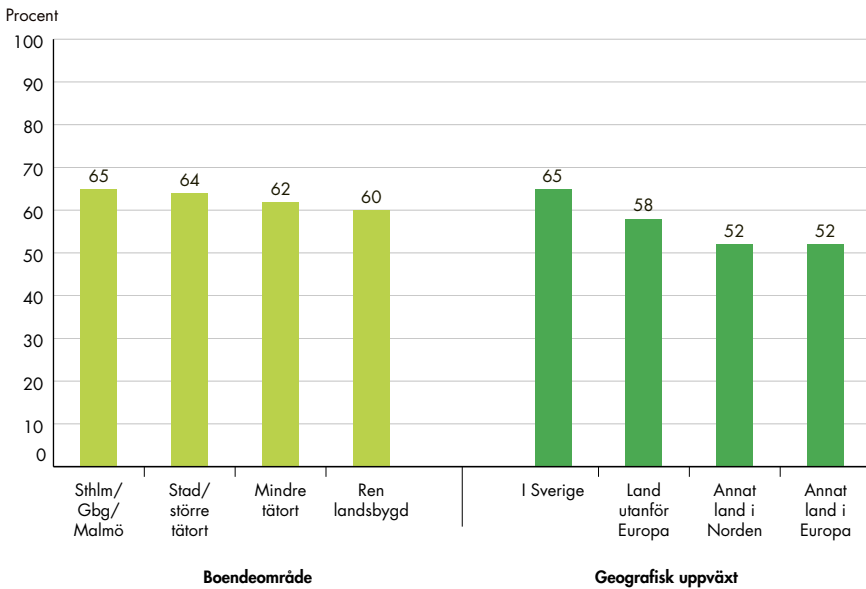


Not: Andelen med stort förtroende avser andelen som svarat att de har ganska stort förtroende plus andelen som angett att de har mycket stort förtroende för sjukvården.

Källa: Nationella SOM-undersökningen, 2016.

SOM-undersökningen visar också att förtroendet för sjukvården är något mindre bland personer som har vuxit upp ett i annat land än i Sverige (figur 11). Vi ser också att det finns skillnader relaterade till var man bor – förtroendet ökar ju mer tätbefolkat område man bor i. I storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö är andelen med stort förtroende 65 procent, vilket kan jämföras med 60 procent bland personer som bor på landsbygden. Men det är svårt att fastställa vad som ligger bakom skillnaderna i förtroendet. En möjlig förklaring till att nivåerna skiljer sig åt beroende på bostadsort skulle kunna vara att en större andel högutbildade är bosatta i storstadsregioner eller i större tätorter. När vi justerar för den bakomliggande variabeln utbildning tillsammans med kön och ålder är nämligen inte sambandet mellan förtroende och bostadsort statistiskt signifikant.

Figur 11. Andel personer som svarat att de har stort förtroende för sjukvården efter bostadsort och geografisk uppväxt (2016).



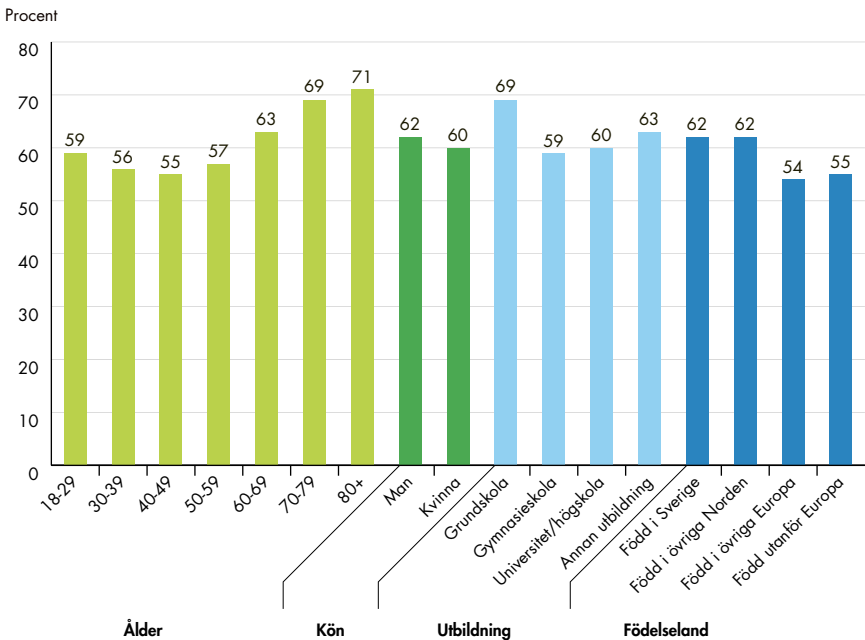
Not: Andelen med stort förtroende avser andelen som svarat att de har ganska stort förtroende plus andelen som angett att de har mycket stort förtroende för sjukvården.

Källa: Nationella SOM-undersökningen, 2016.

5.2.2 Större skillnader mellan åldersgrupper enligt hälso- och sjukvårdsbarometern

För att komplettera våra analyser av SOM-undersökningen har vi även analyserat Hälso- och sjukvårdsbarometerns fråga om förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet i det egna landstinget eller regionen. I likhet med SOM-undersökningen tyder Hälso- och sjukvårdsbarometern på förhållandevis små skillnader i förtroendet mellan könen och olika utbildningsgrupper. Vi ser också att personer med annat födelseland än Sverige har något mindre förtroende för vården enligt hälso- och sjukvårdsbarometern och att äldre har större förtroende än yngre (figur 12). Även vid kontroll för dessa fakturers inbördes relation kvarstår skillnader (bilaga 1 tabell 12).

Figur 12. Andel personer som svarat att de har stort förtroende för hälso- och sjukvården efter kön, ålder, utbildning och födelseland (2017).



Not: Frågan lyder: "Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i ditt landsting/region?" Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort. I figuren visas procentandelen som har svarat ganska stort eller mycket stort förtroende. Se bilaga 1 tabell 12 för regressionstabell där variablerna analyseras med kontroll för varandra.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

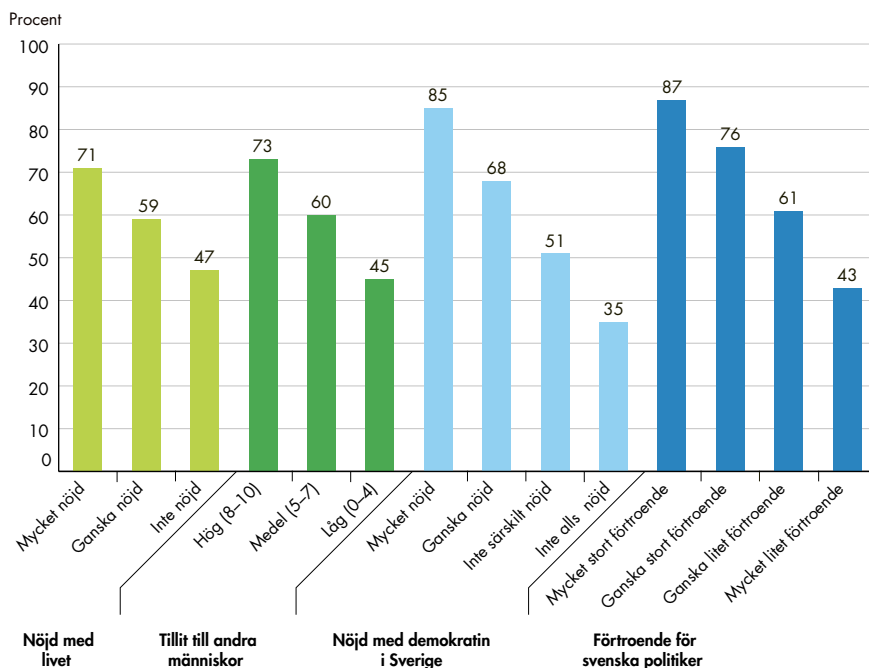
I vissa delar visar analyserna av SOM-undersökningen och Hälso- och sjukvårdsbarometern alltså delvis olika resultat. Till exempel visar Hälso- och sjukvårdsbarometern i motsats till SOM-undersökningen att det finns ett tydligt åldersmönster, där förtroendet för hälso- och sjukvården stiger med ökande ålder. Därtill tycks förtroendet enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern vara högre bland personer med grundskoleutbildning snarare än bland dem med högskoleutbildning, vilket SOM-undersökningen visar. Samtidigt tyder även SOM-undersökningens resultat på ett negativt samband mellan hög utbildning och förtroende när vi kontrollerar för attitydsrelaterade faktorer och andra bakgrundsfaktorer (se bilaga 1 tabell 11). Skillnaderna mellan de två undersökningarna bör inte övertolkas eftersom de inte är helt jämförbara – det handlar om såväl hur undersökningarna genomförs som hur frågorna och svarsalternativen har utformats. Ytterligare en möjlig förklaring till att resultaten i undersökningarna skiljer sig åt är att de riktar sig till olika målgrupper. Medan Hälso- och sjukvårdsbarometern besvaras av personer som är 18 år och äldre inkluderar urvalet i SOM-undersökningen personer i åldrarna 16 till 85. De allra äldsta ingår alltså inte i SOM-undersökningen.

5.2.3 Tydliga samband med tillit till andra människor och politiker samt nöjdhet med demokratin

Tidigare forskning visar att förtroendet för samhällsinstitutioner hänger samman med en generell benägenhet att lita på andra människor och institutioner i allmänhet. Den som har ett stort förtroende för en institution har det vanligtvis också för andra. Stort förtroende hänger dessutom samman med sådant som en positiv syn på framtiden och allmän nöjdhet med livet (Rothstein 2003). Dessa mönster tycks även stämma för sjukvården. Av figur 13 framgår att personer som är mer nöjda med livet och demokratin, har ett större förtroende för politiker och känner mer tillit till andra människor också har ett större förtroende för sjukvården.



Figur 13. Andel som svarat att de har stort förtroende för sjukvården efter nöjdhet med livet, tillit till andra människor, nöjdhet med demokratin och förtroendet för svenska politiker (2016).

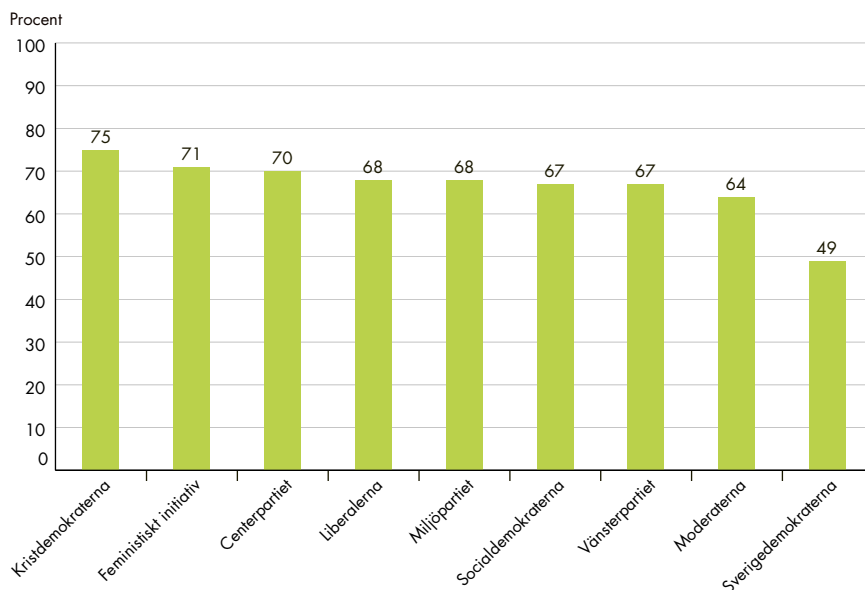


Not: Andelen med stort förtroende avser andelen som svarat att de har ganska stort förtroende plus andelen som angett att de har mycket stort förtroende för sjukvården.
Källa: Nationella SOM-undersökningen, 2016.

5.2.4 Vissa skillnader i förtroendet beroende på partisympati

Som vi tidigare nämnt är det önskvärt att förtroendet i så stor uträkning som möjligt är neutralt. Utöver att det inte bör finnas för stora skillnader mellan grupper i befolkningen med olika sociala förutsättningar bör det inte heller vara alltför stora skillnader i förtroendet beroende på politisk åskådning och ideologi (Holmberg och Weibull 2013). Ett sätt att undersöka neutraliteten är om förtroendet skiljer sig beroende på partisympati. Vi ser att förtroendet överlag varierar förhållandevis lite med var människor står partipolitiskt. Sverigedemokratiska anhängare särskiljer sig dock som en grupp med mindre förtroende för sjukvården – 49 procent av de som säger sig sympatisera med Sverigedemokraterna har ett stort förtroende, vilket kan jämföras med att andelen bland övriga partisympatisörer varierar mellan 75 procent och 64 procent (figur 14).

Figur 14. Andel som svarat att de har stort förtroende för sjukvården efter partisympati (2016).



Not: Andelen med stort förtroende avser andelen som svarat att de har ganska stort förtroende plus andelen som angett att de har mycket stort förtroende för sjukvården.
Källa: Nationella SOM-undersökningen, 2016.

5.2.5 Fördjupade analyser av individfaktorernas betydelse

Den beskrivande statistiken av hur förtroendet skiljer sig mellan olika grupper tar inte hänsyn till att flera faktorer samtidigt kan påverka förtroendet. För att få en bild av de olika faktorernas vikt har vi därför genomfört ett antal analyser där vi kontrollerar för deras inbördes relationer.

Attityder har större betydelse än kön, ålder och utbildning

I en regressionsanalys av SOM-undersökningens resultat har vi jämfört sambandet mellan förtroendet och tre av attitydvariablerna (tillit till andra människor, nöjdhet med demokratin och förtroende för politiker) samt bakgrundsfaktorerna kön, ålder, utbildning och boendeområde. Vi kan konstatera att det är attitydvariablerna som har störst betydelse för förtroendet, men inte heller de tycks ha särskilt stor betydelse. Tillsammans förklarar attitydvariablerna och de andra bakgrundsvariablerna omkring 14 procent av variationen i förtroendet. Av analysen framgår att gruppen med hög tillit till andra människor har större förtroende för sjukvården än dem



med låg tillit. Starkast samband finns dock mellan nöjdhet med demokratin och förtroendet för sjukvården. Ju mer nöjd man är med demokratin desto större är sannolikheten att man har stort förtroende för sjukvården. Även förtroendet för politiker har ett positivt samband med förtroendet. Kön, ålder och boendeområde har däremot inte något statistisk signifikant samband med förtroendet enligt vår analys. Den enda bakgrundsfaktorn som är statistiskt signifikant är utbildning. I regressionen blir dessutom effekten av högre utbildning negativ, det vill säga hög utbildning hänger samman med mindre förtroende under kontroll för faktorerna ovan (se bilaga 1 tabell 11 för regressionstabell).

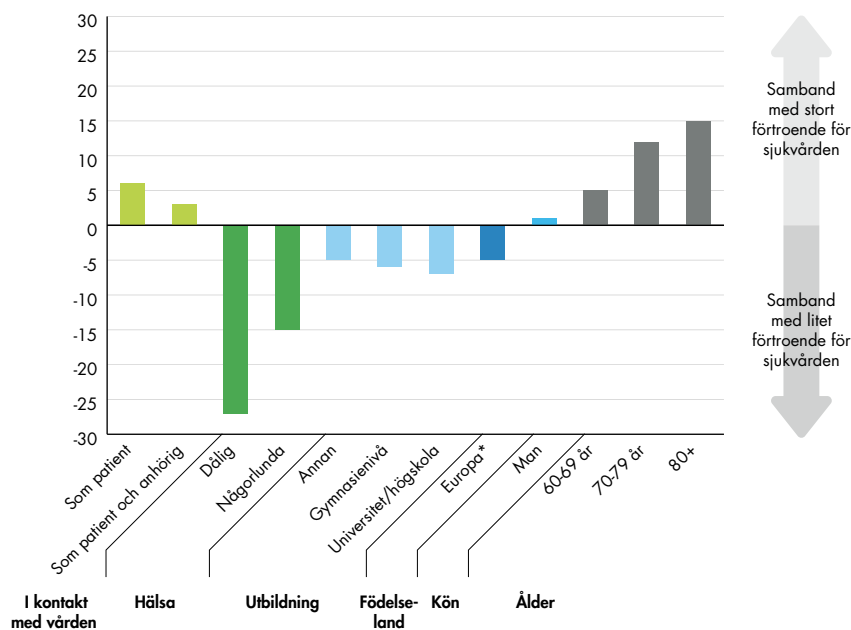
Att nyligen ha varit i kontakt med vården och ha bättre hälsa ökar sannolikheten för stort förtroende

Inom forskningen finns en teoretisk förväntan om att personlig anknytning till eller erfarenhet av en verksamhet skapar förtroende. Att man är bättre informerad men också olika psykologiska förklaringar, är tänkbara förklaringar till sambanden mellan ens förtroende och närheten till verksamheten (Holmberg och Weibull 2014).

I fördjupade analyser av Hälso- och sjukvårdsbarometern kan vi se att personer som varit i kontakt med vården som patienter de senaste sex månaderna har en något större sannolikhet att ha ett stort förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet än de som inte varit i kontakt med vården. Det är också mer sannolikt att personer med låg självskattad hälsa har ett mindre förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet (figur 15). Mönstren vad gäller hälsa och att ha besökt vården som patient gäller även när man frågar om förtroendet för sjukhusen och vårdcentralerna i den egna regionen eller landstinget. Vi har däremot inte haft möjlighet att undersöka betydelsen av att ha täta eller många kontakter med hälso- och sjukvården, till exempel om förtroendet skiljer sig beroende på om man har en kronisk sjukdom eller inte.

När det gäller betydelsen av hälsa för förtroendet ger våra analyser av SOM-undersökningen och Hälso- och sjukvårdsbarometern olika resultat. SOM-undersökningen tyder visserligen också på att förtroendet är mindre bland personer med sämre hälsa (se figur 10), men sambanden mellan hälsan och förtroendet är inte statistiskt signifikanta när vi kontrollerar för socioekonomiska och demografiska faktorer. Samtidigt är analyserna av de två undersökningarna inte helt jämförbara.

Figur 15. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet efter hälsa och kontakt med vården samt bakgrundsvariabler (2017).



Not: Förtroende avser förtroendet för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller regionen. Figuren visar statistiskt signifikanta margineffekter. Margineffekten anger i procentenheter hur sannolikheten för stort förtroende förändras när det sker en förändring i en oberoende variabel. Samtliga effekter är statistiskt signifikanta på minst 95 procents säkerhetsnivå. Utfallsvariabeln är en binär variabel där 1 = har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården, och 0 = har någon annan inställning till hälso- och sjukvården. Modellen har även kontrollerats för skillnader mellan landsting. Se bilaga 1 tabell 13 för regressionsstabell.
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

5.3 UPPFATTNINGAR OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

I det här avsnittet riktar vi blicken mot möjliga förklaringsfaktorer till förtroendet som har att göra med hur hälso- och sjukvården fungerar i olika avseenden. Vi har undersökt hur förtroendet samvarierar med uppfattningar om hälso- och sjukvården enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern, sammanställt resultat från tidigare studier och analyserat hur förtroendet har utvecklats över tid i relation till nöjdheten med servicen från sjukhusen och vårdcentralerna där man bor. Vi har också analyserat hur förtroendet på landstingsnivå hänger samman med patientrapporterad kvalitet, tillgänglighet och ett antal andra struktur- och processmått.

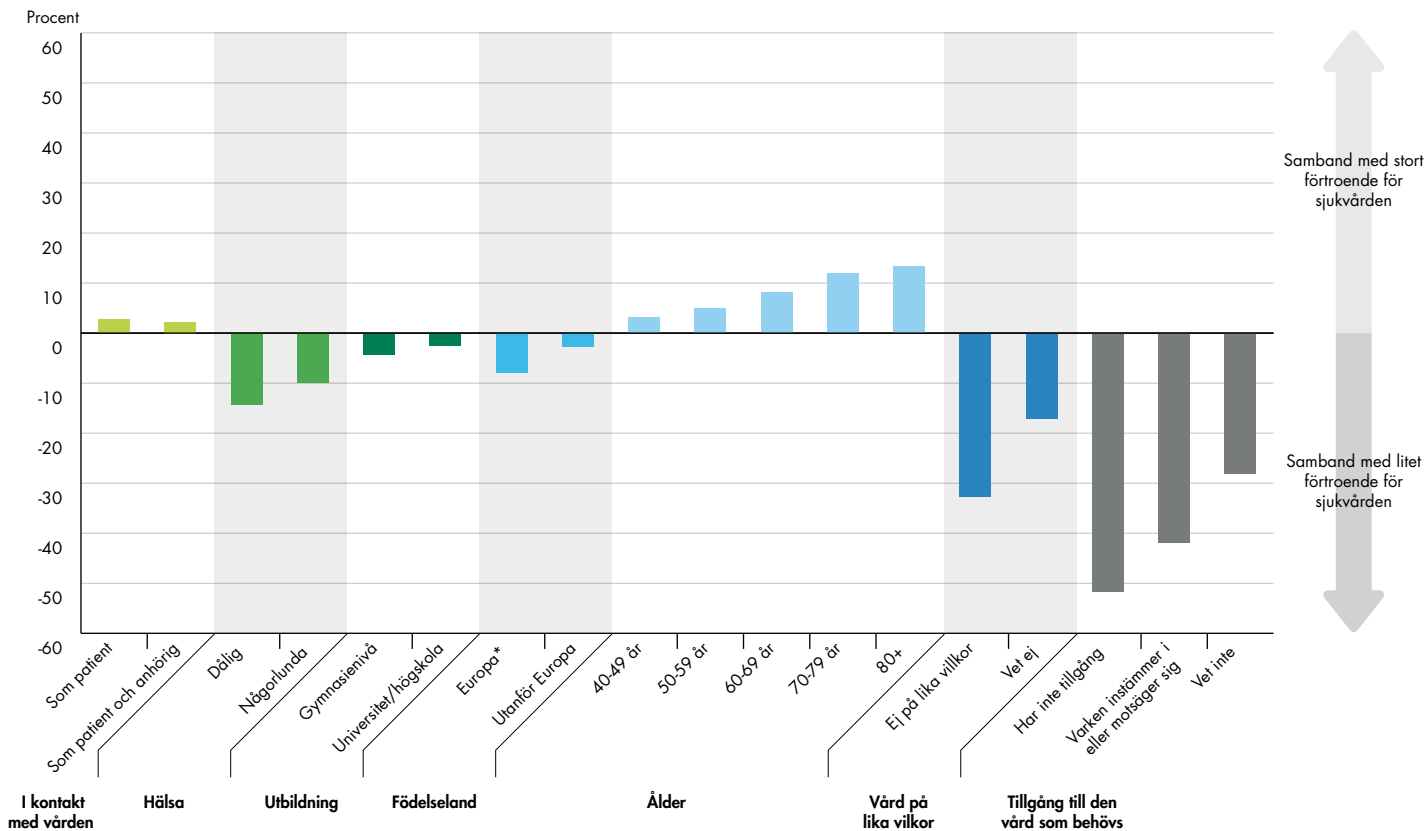
5.3.1 Höglitare uppfattar oftare att vården är jämlik och att tillgången till vård är god

Hälso- och sjukvårdsbarometern innehåller några frågor som gör att vi kan göra regressionsanalyser på individnivå av sambanden mellan förtroendet för hälso- och sjukvården och uppfattningar om tillgången till vård samt jämlikhet. Resultaten visar att personer som i större uträkning anser att vården ges på lika villkor har större sannolikhet att ha ett stort förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet (figur 16). Ännu starkare positiva samband finns mellan förtroendet och uppfattningen att man har tillgång till den vård som man behöver. I en samlad analys där vi inkluderar uppfattningen om vårdens jämlikhet och att ha tillgång till den vård man behöver ser vi också att skillnaden mellan män och kvinnor inte längre är statistiskt signifikant och att skillnaderna mellan grupper med olika födelseland, hälsa, ålder och utbildning minskar. Det tyder på att uppfattningen om tillgång och jämlikhet kan vara en orsak till att förtroendet varierar på gruppnivå. Tillsammans förklarar variablerna i analysen, det vill säga kön, ålder, födelseland, hälsa, utbildning och uppfattning om jämlikhet och tillgång, nästan 25 procent av variationen i förtroendet för hälso- och sjukvården. Däremot kan det diskuteras om sambanden mellan förtroendet och bedömningar av vårdens funktionssätt ska uppfattas som orsakssamband. Snarare kan det handla om en växelverkan, där förtroendet formas som ett resultat av egna erfarenheter men de ursprungliga förväntningarna och förtroendet för en specifik aktör även kan färga upplevelsen.

5.3.2 Bristande kompetens och väntetider nämns som skäl till svagt förtroende för primärvården och sjukhusen

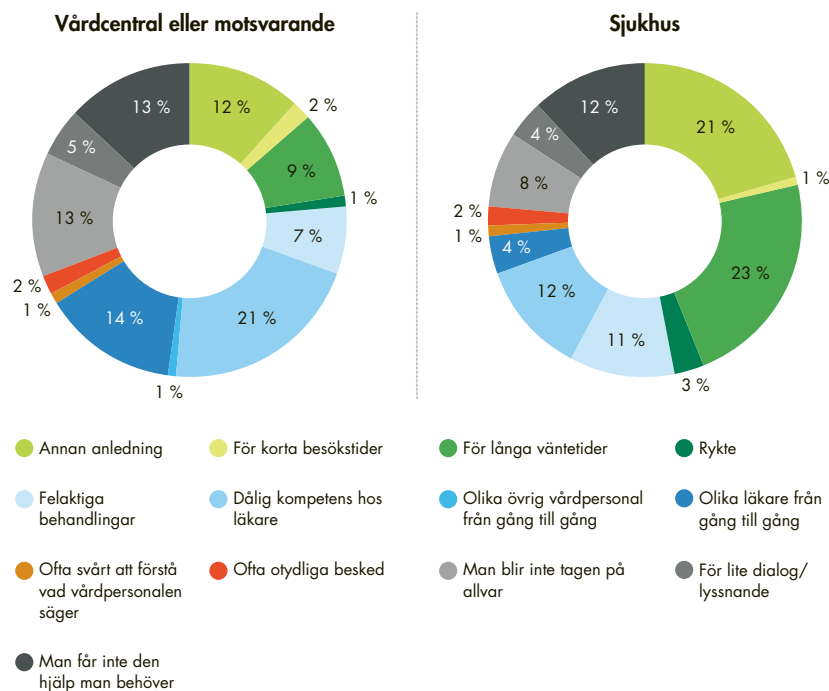
I Vårdbarometern 2015 fanns en fråga om varför förtroendet för vården brister, som riktades till dem som svarat att de har litet förtroende för vårdcentraler eller sjukhus i den egna regionen eller landstinget. Resultaten visas i figur 17. När det gäller vårdcentraler var de främsta anledningarna till bristande förtroende att de svarande upplevde dålig kompetens hos läkare (21 procent), bristande läkarkontinuitet (14 procent), att man inte får den hjälp man behöver (13 procent) och att man inte blir tagen på allvar (13 procent). För sjukhusen var de vanligaste anledningarna i stället långa väntetider (23 procent), annan anledning (21 procent) och på tredjeplats dålig kompetens hos läkare (12 procent).

Figur 16. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet efter uppfattning om tillgång till vård, vård på lika villkor, kontakt med vårderna och bakgrundsvariabler utifrån hälso- och sjukvårdsbarometern (2017).



Not: Förtroende avser förtroendet för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller regionen. Figuren visar statistiskt signifikanta margineffekter. Margineffekten anger i procentenheter hur sannolikheten för stort förtroende förändras när det sker en förändring i en oberoende variabel. Samtliga effekter är statistiskt signifikanta på minst 95 procents säkerhetsnivå. Utfallsvariabeln är en binär variabel där 1 = har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården, och 0 = har någon annan inställning till hälso- och sjukvården. Modellen har även kontrollerats för skillnader mellan landsting. Se bilaga 1 tabell 14 för regressionstabell.
 Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017

Figur 17. Orsaker till bristande förtroende för sjukhus och vårdcentraler eller motsvarande (2015).



Not: Följfrågan riktades till personer som svarat att de har mycket litet och ganska litet förtroende för vårdcentraler eller motsvarande eller sjukhus i det egna landstinget eller regionen.
Källa: Vårdbarometern, 2015.

5.3.3 Samband även mellan uppfattad kvalitet och förtroende för personal och politiker

Det finns begränsade möjligheter att utifrån nationella mätningar göra mer djupgående studier av sambanden mellan vårdens funktionssätt och förtroendet. Den nationella SOM-undersökningen mäter nämligen inte hur olika institutioner presterar i olika avseenden. I regionala SOM-undersökningar (genomförda i Skåne och Västra Götaland) mäts däremot människors åsikter om en rad kvalitetsfaktorer inom hälso- och sjukvården och hur de samvarierar med förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdspolitikerna. I de regionala undersökningarna riktas alltså fokus mot förtroendet för de grupper som är knutna till hälso- och sjukvården snarare än mot hälso- och sjukvården som institution, som i den nationella undersökningen.

I de regionala undersökningarna fick svarspersonerna göra en generell bedömning av hur vården fungerar. De fick också ange hur de uppfattar den medicinska kvaliteten, tillgången till vård, organisatorisk effektivitet och personalens bemötande. När de fyra kvalitetsdimensionerna analyserades i relation till förtroendet för hälso- och sjukvårdens personal sågs starka positiva samband. Generellt har de som upplever att de olika kvalitetsaspekterna fungerar bra ett större förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen (Weibull, 2017).

Utifrån de två regionala SOM-undersökningarna har det även analyserats om allmänhetens uppfattning om den regionala sjukvården har betydelse för förtroendet för de regionala politikerna. Resultaten visar att personer som har en mer positiv syn på sjukvårdens kvalitet överlag också har ett större förtroende för politikerna. Starkast samband med förtroendet för politiker har den generella bedömningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet, uppfattningen om organisationens effektivitet och tillgången till vård, medan bedömningen av personalens bemötande tycks vara av mindre betydelse. Resultaten tycks vara rimliga eftersom det främst är de först nämnda aspekterna som rör systemfrågor som politikerna kan påverka (Weibull, 2017).

5.3.4 Förtroendet rymmer fler aspekter än den bakåtblickande nöjdheten

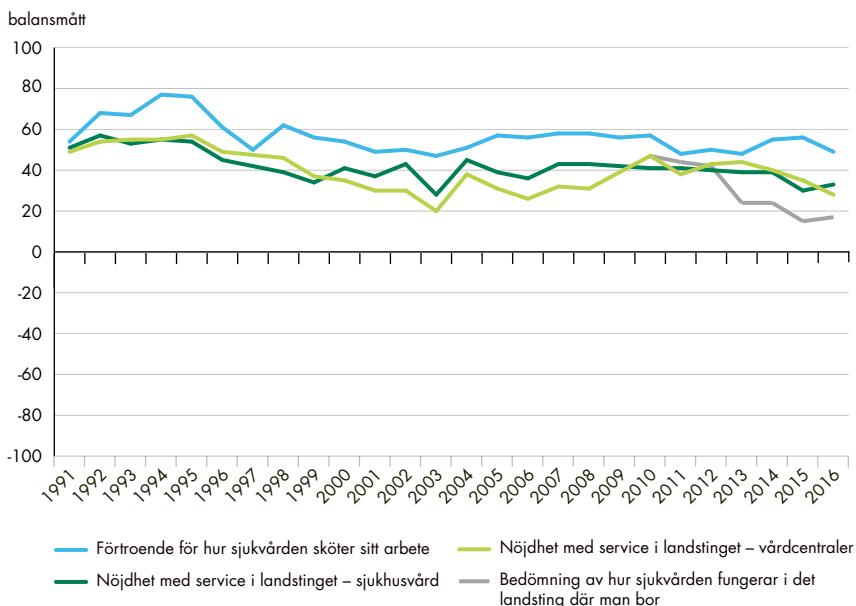
I kapitel två konstaterade vi att nöjdhet och förtroende inte är samma sak – förtroende är i huvudsak framåtblickande och nöjdhet i huvudsak bakåtblickande. Med hjälp av SOM-undersökningen har vi kunnat studera sambandet mellan förtroendet och nöjdheten med servicen från vårdcentraler och sjukhus i det egna landstinget. Vi har också kunnat studera uppfattningen om hur hälso- och sjukvården fungerar där man bor.

En enkel sambandsanalys visar att stort förtroende samvarierar positivt med såväl nöjdheten med vårdcentralerna som med sjukhusvården (se figur 29 i bilaga 1). Men sambanden är svaga.

Figur 18 visar hur balansmättet för förtroendet och nöjdheten med vårdcentraler och sjukhus i det egna landstinget har utvecklats 1991–2016. Balansmättet anger andelen som gett positiva svar minus andelen som gett negativa svar. Vi ser att balansmättet för förtroendet är klart positivt (+49) år 2016. Samtidigt är färre nöjda med sjukhusvården (+33) och med servicen från vårdcentralerna i sitt landsting (+28). Minst positivt är balansmättet när det gäller hur hälso- och sjukvården fungerar där man bor (+17), och för den frågan ser vi också en tydlig försämring över tid.



Figur 18. Förtroendet för vården, nöjdheten med service från vården samt bedömning av hur sjukvården fungerar där man bor 1991–2016. Balansmätt.



Not: För nöjdhetsmått saknas uppgifter för år 1997 samt år 2009 och vi har därför uppskattat nivån genom att beräkna ett genomsnitt av 1996 och 1998 respektive 2008 och 2010 års resultat. *I figuren visas balansmätt för de olika variablerna. Balansmättet anger andelen som svarat "Mycket" eller "Ganska nöjd" / "Stort" eller "Ganska stort" förtroende / "Mycket" eller "Ganska bra" minus andelen som svarat "Mycket" eller "Ganska missnöjd" / "Litet" eller "Ganska litet förtroende" / "Ganska dåligt" eller "Mycket dåligt".

Källa: Nationella SOM-undersökningen, 1991–2016.

Vi ser också att förtroendet är större än nöjdheten för samtliga år och att upplevelsen av hur vården fungerar där man bor har försämrats mer än vad förtroendet har under samma period.

Förtroendet tycks alltså vara mer trögrörligt än nöjdheten och det blir tydligt att förtroendet rymmer fler aspekter än nöjdheten.

5.4 SAMBAND PÅ LANDSTINGSNIVÅ

Även på landstingsnivå ser vi ett samband mellan bedömningen av den vård man får och förtroendet för hälso- och sjukvården. Här har vi valt att fokusera analysen på förtroendet för primärvården. Av tabell 2 framgår att det 2017 finns ett starkt positivt samband mellan förtroendet och samtliga av de patientrapporterade kvalitetsdimensionerna i Nationell Patientenkät – kontinuitet, information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd, tillgänglighet samt helhetsintryck. Värdet 1 betyder att det finns ett perfekt

positivt samband medan -1 innebär ett perfekt negativt samband. På grund av förändringar i Nationell Patientenkät 2015 är det inte möjligt att testa samvariationen över en längre tid med kontroll för variabelernas inbördes relation och andra faktorer.

Tabell 2. Samband mellan förtroende för vårdcentraler och kvalitetsdimensioner i Nationell Patientenkät (2017).

| | Förtroende | Helhetsintryck | Emotionellt stöd | Delaktighet och involvering | Respekt och bemötande | Kontinuitet och koordinering | Information och kunskap | Tillgänglighet |
|------------------------------|------------|----------------|------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------|----------------|
| Förtroende | 1,00 | | | | | | | |
| Helhetsintryck | 0,56 | 1,00 | | | | | | |
| Emotionellt stöd | 0,51 | 0,98 | 1,00 | | | | | |
| Delaktighet och involvering | 0,47 | 0,95 | 0,97 | 1,00 | | | | |
| Respekt och bemötande | 0,49 | 0,97 | 0,96 | 0,95 | 1,00 | | | |
| Kontinuitet och koordinering | 0,51 | 0,85 | 0,92 | 0,90 | 0,85 | 1,00 | | |
| Information och kunskap | 0,52 | 0,95 | 0,98 | 0,98 | 0,94 | 0,93 | 1,00 | |
| Tillgänglighet | 0,58 | 0,92 | 0,91 | 0,86 | 0,90 | 0,85 | 0,86 | 1,00 |

Not: Förtroende avser förtroendet för vårdcentraler eller motsvarande i det egna landstinget eller regionen. För Kalmar och Värmland saknas statistik för 2017 i Hälso- och sjukvårdsbarometern. Dessa landsting ingår således inte i beräkningen
 Källa: Nationell Patientenkät, 2017 och Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

För att närmare undersöka vilka faktorer som kan ha ett samband med förtroendet på landstingsnivå har vi genomfört en regressionsanalys för perioden 2011–2015, där vi inkluderar faktorer som andel hyrläkare och tillgänglighet. En brist i analysen är att vi inte haft möjlighet att inkludera några mått på medicinska resultat utan endast process- och strukturmått.

Resultaten visar att förtroendet för primärvården samvarierar starkt med tillgänglighet, här mätt med ett index som omfattar andelen som fått läkarbesök inom sju dagar, telefontillgänglighet samt andelen som instämmer i att väntetiderna till vårdcentraler är rimliga (figur 19). En hög andel hyrläkare är associerat till ett mindre förtroende för vårdcentralerna i landstinget, medan en god tillgänglighet är förknippat med ett större förtroende.

Vad gäller antalet vårdkontakter finner vi visserligen statistiskt signifikanta samband med förtroendet, fler vårdkontakter höjer förtroendet något, men effekterna är svaga. Den förväntade standardkostnaden, som kan

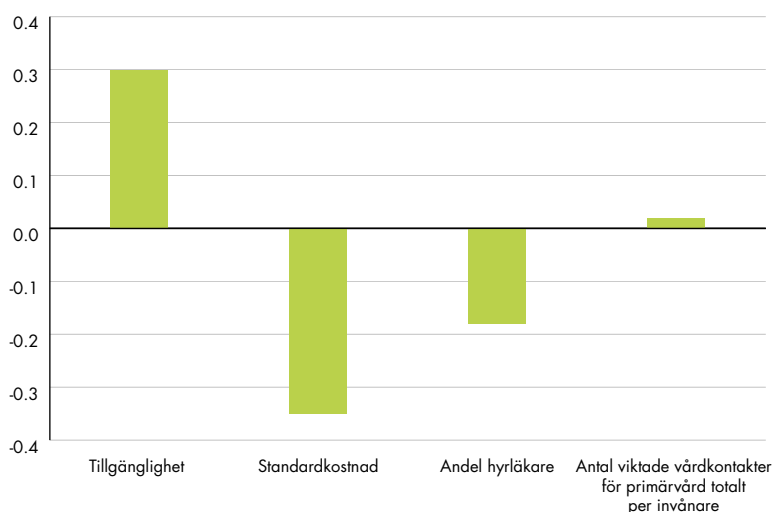


ses som ett mått på skillnader i landstingens befolkningssammansättning och geografiska förutsättningar, ger också statistiskt signifikanta skillnader – högre standardkostnad hänger samman med lägre förtroende.

Däremot tycks fysisk tillgänglighet, mätt som andelen personer på landstingsnivå med mindre än 10 minuters resväg till en vårdcentral under dagtid, inte vara av betydelse för förtroendet.

Vi har även analyserat om förtroendet påverkas av skillnader i hur stor andel av landstingets hälso- och sjukvård som utgörs av primärvård, antalet årsarbetare och förekomsten av privata utförare, men de faktorerna har inte statistiskt signifikanta samband med förtroendet.

Figur 19. Samband mellan förtroendet och olika aspekter på landstingsnivå (2011–2015).



Not: Förtroende avser förtroendet för vårdcentraler eller motsvarande i det egna landstinget eller regionen. Figuren visar den procentuella förändringen i sannolikheten för stort förtroende när en oberoende variabel ökar en enhet. Samtliga effekter är statistiskt signifikanta på minst 95 procents säkerhetsnivå. Närmare beskrivning av variablerna, källor och regressionsstabell finns i bilaga 1 tabell 15.

5.4.1 Vissa landsting styr mer mot förtroende än andra

På landstingsnivå kan det tänkas ha betydelse i vilken mån landstingen uppmärksammar förtroendet och har fokus på det i sin styrning. För att undersöka i vilken mån olika landsting nämner förtroendet i sina styrdokument har vi gått igenom samtliga landstingsplaner som gällde hösten 2017. Genomgången visar att förtroende förekommer som ett mål i 9 av 21 landsting.

Utöver de nio landstingsplaner där förtroende förekommer som ett mål nämns förtroende på andra sätt i ytterligare sju landstingsplaner. Det kan handla om att förtroende är en del av landstingets vision eller värdegrund eller att det nämns i till exempel resultatredovisningen. I fem landstingsplaner nämns dock inte förtroende alls.

Vår genomgång visar att sju av elva landsting som har ett förtroende över riksgenomsnittet har förtroende som ett uttalat mål i sin landstingsplan. Bland de tio landsting som har ett förtroende under riksgenomsnittet är det två som har med förtroende som ett uttalat mål i landstingsplanen. Planerna vi studerade var de som gällde hösten 2017. Vi kan alltså inte uttala oss om i vilken mån förtroende som mål faktiskt förklarar förtroendenivån i landstinget. Som vi visat finns det dessutom samband mellan förtroendet och många olika faktorer på såväl individnivå som på hälso- och sjukvårdsnivå och samhällsnivå.

5.5 ORSAKER TILL FÖRTROENDET ENLIGT PATIENTERNA OCH MEDBORGARNA SJÄLVA

Tidigare förtroendeundersökningar ger inte så stora möjligheter att analysera vilka faktorer inom hälso- och sjukvården som påverkar förtroendet. Därför har vi kompletterat dem genom att i en panelundersökning låta människor med stort och litet förtroende själva berätta om orsakerna till sitt förtroende för hälso- och sjukvården. Resultaten visar att tillgänglighet och tillgång till vård, bemötande och sättet som hälso- och sjukvården styrs och leds har betydelse för förtroendet. Även kontinuitet och möjligheten att skapa goda relationer i vårdkontaktorna framträder som betydelsefullt för förtroendet enligt panelstudien. Våra resultat bekräftar tidigare studier som visat att just vårdpersonalens bemötande, kompetens och graden av personcentrering i mötet med vården är avgörande för det generella förtroende människor har för hälso- och sjukvården (Calnan och Sanford, 2004). En annan slutsats är att många av orsakerna till litet förtroende rör centrala kvalitetsaspekter som regleras i lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet.

5.5.1 I en panelstudie undersöktes skälen till förtroendet

I den panelstudie som genomförts av LORE fick ett urval ur Medborgarpanelen först svara på hur stort förtroende de har för sjukvården och därefter i fritext beskriva orsakerna till sitt förtroende. Genom olika textanalysmetoder identifierades sedan kluster av vanliga orsaker som svarspersonerna angivit till stort och litet förtroende för hälso- och sjukvården.



Så här genomfördes panelstudien

I panelstudien tillfrågades svarspersonerna först vilket förtroende de har för hälso- och sjukvården. Frågan följdes sedan upp med en öppen fråga som löd "Du angav i föregående fråga att du känner" ... "förtroende för hälso- och sjukvården. Vi skulle vilja be dig att berätta mer utförligt om orsakerna till ditt förtroende." För att få god spridning i förtroende för sjukvården drogs ett stratifierat urval 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. Den öppna frågan resulterade i nära 4 500 svar kring orsakerna till förtroendet för hälso- och sjukvården, svarsfrekvensen var alltså ca 75 procent i denna del av studien.

Med hjälp av en textanalys testades förekomster av ord i svaren som tillsammans bildade meningfulla ämnesmässiga kluster. Inom klustret finns ord och meningar som speglar liknande resonemang och förklaringar till graden av förtroende. Olika kluster kan alltså sägas spegla olika dimensioner av förtroende för hälso- och sjukvården. Klustren identifierades med i topic-modeling och den etablerade modellen Latent Dirichlet Allocation (LDA). 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 svardsdimensionerna. För närmare beskrivning av dessa metoder, se Andreasson m.fl. 2018.

5.5.2 Sju olika ämnen förekom i svaren

Studien resulterade i sju olika typer av motiveringar till förtroendet – så kallade ämneskluster. Kortare beskrivningar av ämnesklustren finns i figur 20. Exempel på svar inom respektive kluster finns på sidan 88–89.

Framför allt har uppfattningen om bemötandet och omhändertagandet, väntetiderna samt bedömningen av kontinuiteten och möjligheten att komma i kontakt med vården tydliga samband med förtroendet för hälso- och sjukvården. Vårdpersonalens bemötande och behandling betonas framför allt som skäl till ett stort förtroende medan väntetider samt bristande kontinuitet och möjligheter att komma i kontakt med vården lyfts fram som skäl till ett litet förtroende.

Figur 20. Identifierade orsaker till förtroendet för hälso- och sjukvården.

| Ämneskluster | Beskrivning |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bemötande och omhändertagande | Uttryck som gäller bemötande och omhändertagande återfinns i svaren i detta kluster. Vikten av ett respektfullt, snabbt, korrekt, professionellt utbyte eller en medkännande behandling betonas. Även erfarenheter från det personliga utbytet med vårdpersonalen anges som en anledning till förtroendet för vården. |
| Kompetens och styrning | Svaren i detta kluster kännetecknas av att respondenterna ger uttryck för ett stort förtroende för den medicinska professionen och personalens kompetens samtidigt som de anger att de har litet förtroende för styrning och ledning, exempelvis politiker, landstingen, administrationen, organisationsledningen, ledarskapet och "management". |
| Resurser | I dessa svar lyfter respondenterna hur resurser påverkar vårdens kapacitet att utföra sitt uppdrag. Här beskrivs resursfördelningsproblem, personalbrist, "underbetalning", små och krympande resurser, sparkrav, indragna tjänster och arbetsuppgifter som inte ersätts. Vårdpersonalen "gör sitt bästa" men förutsättningarna för god vård anses bristfälliga, vilket beskrivs leda till brist på kvalificerad personal, underbemanning och sjukskrivningar som resultat av överarbete. |
| Kontakt och kontinuitet | Kontakt och utbyte med vården samt kontinuiteten i personalkontakterna lyfts. I svaren betonas svårigheter att komma i kontakt med vården för att få hjälp, hur svårt det är att få tid, telefonköer, läkartider samt begränsade telefontider, avsaknad av kontinuitet och kontaktpersoner eller bristande tillgång till samma läkare. Även negativa reaktioner mot hyrläkarsystemet lyfts och 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. |
| Väntetider | Svaren i detta kluster handlar om långa väntetider till olika vårdinrättningar, köer eller väntan. |
| Tillgång till vård och behandling | Personliga erfarenheter av att inte fått tillgång 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 | Personliga erfarenheter beskrivna i specifika berättelser. |

Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Bemötande och omhändertagande:

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

Kompetens och

styrning: "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."

Kompetens och styrning:

"Jag känner ett stort förtroende för sjukvårdspersonalens kompetens, men litet förtroende för sjukvårdssystemet och de ansvariga sjukvårdspolitikernas förståelse för och insatser för ett effektivt system."

Bemötande och omhändertagande:

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

Kompetens och styrning:

"Stort förtroende för sjukvårdspersonalens grundkompetenser, litet förtroende för sjukvårdsledningars kunskaper om organisation och ledarskap."

Resurser: "Trots resursfördelningsproblem, personalproblem och 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 (att göra sitt bästa) och dem 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."

Kontakt och kontinuitet:

"När man önskar en tid på vårdcentralen blir man ifrågasatt och hänvisad till 1177. Att man redan uttömt möjligheten till egenvård innan man ringer måste man vara övertyglig med."

Resurser:

"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."



Kontakt och kontinuitet: "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?"

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

Specifika erfarenheter:
"Jag ramlade..."

Specifika erfarenheter:
"Under min graviditet..."

Tillgång till vård och behandling: "Vid flertalet tillfällen har jag sökt hjälp med olika symptom, men de utreder inte mig och jag får gå hem med kvarvarande symptom."

Tillgång till vård och behandling: "Administrativt är det en mardröm. Svar på en enkel fråga om till exempel 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!"

Tillgång till vård och behandling:
"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."

Specifika erfarenheter:
"För 20 år sedan, exakt, ringde jag upp akuten..."

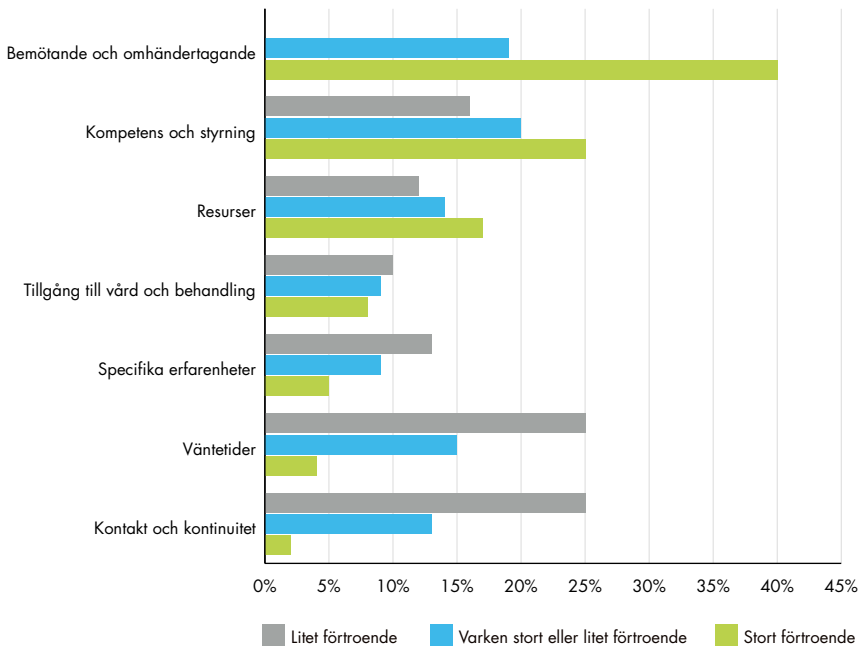
Väntetider:
"Långa köer till operationer för cancersjuka. Illa fungerande förlossningsvård, brist på platser i sjukhus och trängsel i korridorer."



5.5.3 Bemötande och tillgänglighet är de vanligaste orsakerna till förtroendet

De olika orsakerna nämndes av både hög- och låglitare, men i olika utsträckning. Figur 21 visar hur stor del av svaren som uppskattas tillhöra ett visst ämneskluster för grupper med olika stort förtroende för hälso- och sjukvården. Vi ser att omkring 40 procent av svaren från höglitarna tillhörde klustret bemötande och omhändertagande. Bland låglitarna var de vanligaste ämnesklustren kontakt och kontinuitet samt väntetider, och båda dessa ämneskluster berör aspekter av tillgänglighet. Även tillgång till vård och behandling är en komponent i tillgänglighet och tillsammans utgör de tre "tillgänglighetsklustren" cirka 60 procent av låglitarnas angivna orsaker till sitt förtroende.

Figur 21. Uppskattade proportioner för respektive orsak till förtroendet för personer med stort förtroende, varken stort eller litet förtroende respektive litet förtroende för hälso- och sjukvården.



Not: De uppskattade proportionerna visar hur stor del ämnesklustren har för respektive grupp. Proportionerna summerar till 1 för respektive grupp, det vill säga de visar spridningen mellan olika orsaker för grupper med olika stort förtroende för hälso- och sjukvården.

Källa: Andreasson m.fl. 2018.

5.5.4 Många väger in styrning, ledning och systemfaktorer i sitt förtroende

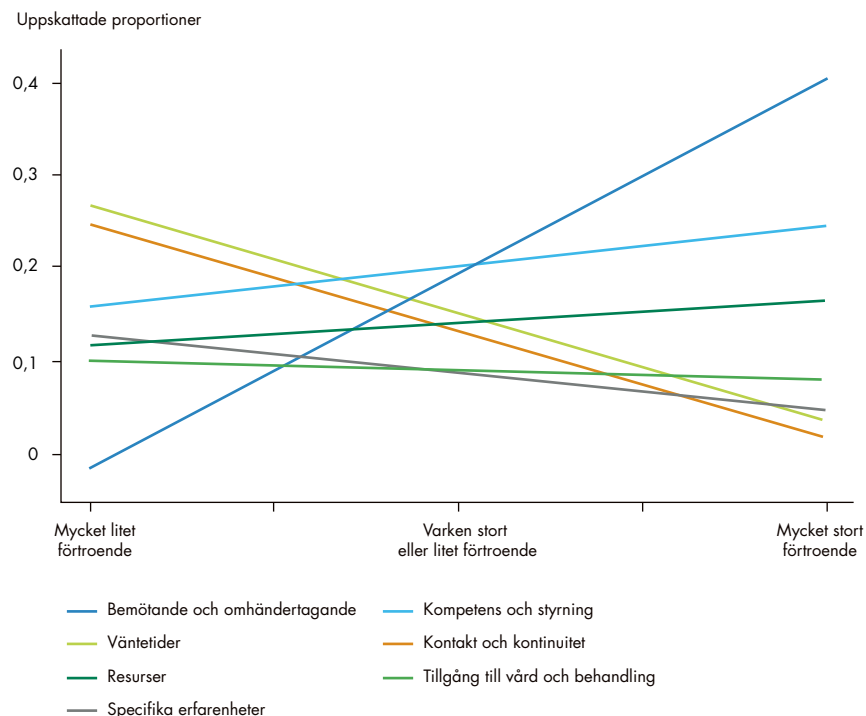
Två av klustren, *kompetens och styrning* respektive *resurser*, handlar om olika system- och styrningsaspekter inom hälso- och sjukvården. Figur 21 visar att såväl höglitare som låglitare har nämnt dessa aspekter som orsaker till förtroende. I kompetens- och styrningsklustret finns svar som kännetecknas av att svarspersonerna anger att de har stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen och deras kompetens, men litet förtroende för dem som styr hälso- och sjukvården eller för andra aspekter av styrning, organisation och ledning samt resurser. En tolkning av det är att det stora förtroendet för personalen bland vissa blir avgörande för att ha ett stort förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet, medan upplevelsen av bristande styrning och resurser bland andra blir avgörande för att ha ett litet förtroende. Liknande resultat, det vill säga att människor har stort förtroende för vårdpersonalen men mindre förtroende för systemet och styrningen av det har visats i studier i andra länder (Calnan och Sanford 2004).

5.5.5 Olika orsaker till stort och litet förtroende

I studien analyserades också styrkan i sambanden mellan orsaksklustren och graden av förtroende för hälso- och sjukvården. På så sätt uppskattas hur stor sannolikheten är att någon som har nämnt ett visst ämne har ett stort eller ett litet förtroende för sjukvården. Resultaten visar vi i figur 22. Linjernas lutning representerar sambandets styrka och anger riktningen mellan förtroendet för hälso- och sjukvården och de olika orsakerna. Ämnesklustrens samband med förtroendet för hälso- och sjukvården är alla signifikanta och för tre av klustren framträder tydliga systematiska skillnader mellan dem med stort och litet förtroende för hälso- och sjukvården: bemötande och omhändertagande, väntetider samt kontakt och kontinuitet.



Figur 22. Samband mellan förtroende och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården.



Not: De uppskattade proportionerna är förhållandet mellan klustren och urvalet som helhet, sambanden uttrycks som linjära. Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Vi har även analyserat om det finns skillnader i vilka ämnesmässiga kluster olika grupper nämner. Analysen visar att inkomst och kön har signifikanta men mycket svaga samband med angivna orsaker till förtroendet. När det gäller utbildning finns något större skillnader – det är något mer sannolikt att högutbildade nämner kompetens och styrning samt resurser som skäl för sitt förtroende än lågutbildade. Dessutom tycks äldre i större uträkning tala om resurser och kapacitet än yngre. Men sambanden mellan olika orsaker och ålder, utbildning och kön är svaga i förhållande till sambandet med förtroendet (se bilaga 1 tabell 10).

5.5.6 Många faktorer som är viktiga för förtroendet är lagstadgade krav på sjukvården

Flera av de aspekter som enligt panelstudien är viktiga för förtroendet återfinns i hälso- och sjukvårdslagens (2017:30, HSL) krav på hur hälso-

och sjukvård ska bedrivas. Det handlar till exempel om att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskildas värdighet (3 kap 1§ HSL), att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig (5 kap 1§ HSL). Andra bestämmelser är till exempel hälso- och sjukvårdslagens krav på att det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap 2§ HSL) samt att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap 1§ HSL). De aspekter som tas upp här kan också spåras relativt långt tillbaka i tiden – de flesta av dem var till exempel reglerade redan i den föregående hälso- och sjukvårdslagen från tidigt 1980-tal.

5.6 FAKTORER PÅ SAMHÄLLSNIVÅ

I det här kapitlet har vi sett att bedömningar av hälso- och sjukvårdens funktionssätt endast delvis bidrar till att förklara variationen i människors förtroende. Även mer kontextuella aspekter som tidsandan, konjunkturen, sjukvårdens ställning i opinionen, om det är valår eller mellanår och var man befinner sig geografiskt kan vara av betydelse. Vi såg till exempel i kapitel 4 att det finns tydliga likheter i hur förtroendet för olika institutioner har utvecklas över tid. Det talar för att bedömningen av hälso- och sjukvården och andra institutioner delvis görs utifrån likartade kriterier. Vi har inte analyserat djupare vilka förklaringsfaktorer som kan finnas på samhällsnivå, men i nästa avsnitt lyfter vi två övergripande faktorer som kan ha betydelse för förtroendet: förändrade förväntningar och sjukvårdens vikt i samhällsopinionen.

5.6.1 Högre förväntningar höjer kraven för att känna förtroende

En slutsats från forskningen om förtroende är att förväntningar har stor betydelse. Förväntningarna på hälso- och sjukvården påverkas delvis av den allmänna samhällsutvecklingen. Inom de flesta branscher erbjuds kunderna en allt större servicegrad och allt mer individualiserade tjänster och produkter, vilket medför att befolkningens förväntningar ökar också på hälso- och sjukvården. Utvecklingen stärks av en större tillgång till information och nya forum för interaktion mellan patienter, brukare och närstående. Patienter och medborgare är mer pålästa i dag och har allt större och mer specifika krav

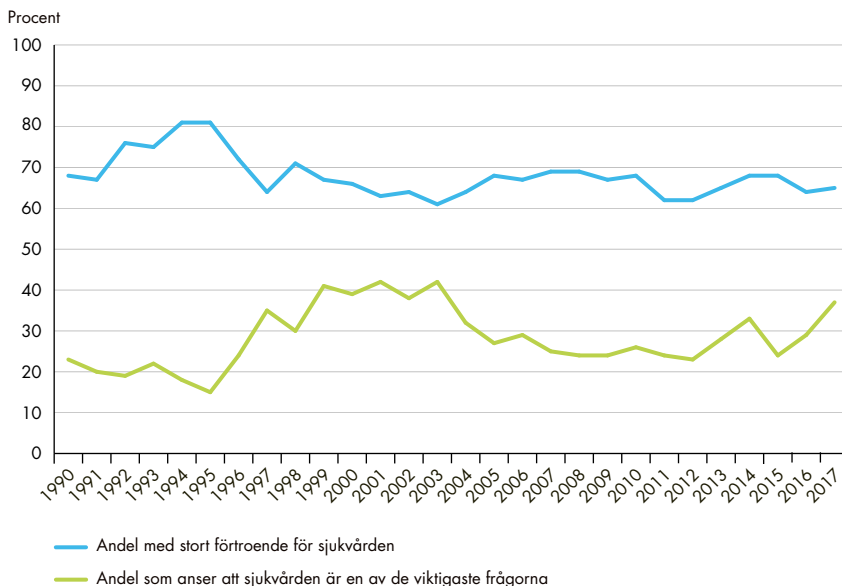


på bemötande, individualisering, kvalitet och tillgång till hälso- och sjukvård (Vårdanalys 2017c).

5.6.2 Samband med hälso- och sjukvårdens ställning i opinionen

Hälso- och sjukvården anses vara en institution vars förtroende i hög grad påverkas av om det är valår och hur de politiska vindarna blåser (Holmberg och Weibull 2014). Förtroendets samband med opinionen har vi möjlighet att studera med hjälp av SOM-undersökningen. I figur 23 redovisar vi förtroendets utveckling sedan 1990 tillsammans med utvecklingen av andelen i befolkningen som anser att hälso- och sjukvården är en av de viktigaste samhällsfrågorna. Mönstret som framkommer är med några undantag tydligt. De flesta år när förtroendet minskar ökar andelen i befolkningen som anser att sjukvården är en av de viktigaste samhällsfrågorna och tvärtom. Men under senare år ser vi ett delvis annorlunda mönster – hälso- och sjukvården har ökat som en av de viktigaste samhällsfrågorna i medborgarnas ögon utan att någon motsvarande minskning av förtroendet har skett på nationell nivå.

Figur 23. Befolkningens förtroende för sjukvården (andel med stort förtroende) samt andelen i befolkningen som anser att sjukvården är en av de viktigaste samhällsfrågorna (1990–2017).



Not: Andelen med stort förtroende avser andelen som svarat att de har ganska stort förtroende plus andelen som angett att de har mycket stort förtroende. Källa: Nationella SOM-undersökningen 1990–2017.

5.7 MEDIEBEVAKNINGEN

Ytterligare en faktor som kan påverka förtroendet är de kanaler, eller informationskällor, som förmedlar information till människor om hälso- och sjukvården och därmed bidrar till att forma deras uppfattning om hur den fungerar. Flera olika informationskällor kan ha betydelse för att forma bilden av vården. Vi har sett att egna erfarenheter och upplevelser har stor betydelse, men även information direkt från vården eller andra personer kan påverka. Även medias rapportering om hälso- och sjukvården kan vara en betydelsefull informationskälla.

Forskning om mediernas påverkan på opinionen visar att sakfrågor som får stort genomslag i medierapporteringen dels uppfattas som mer angelägna samhällsproblem av medborgarna (medierna påverkar dagordningen), och också får större betydelse när människor formar sitt förtroende för politiska aktörer som till exempel regeringen (medierna har en *primingeffekt*). Priming innebär alltså att medborgarnas kriterier för att bedöma hur de politiska aktörerna sköter sig formas av vilka frågor som dominerar nyhetsrapporteringen (Nord och Shehata 2013). På liknande vis skulle en ökad mediebevakning av hälso- och sjukvården kunna innebära att hälso- och sjukvårdsfrågor blir viktigare för det förtroende människor känner för politiska aktörer och att hälso- och sjukvården uppfattas som en mer angelägen samhällsfråga.

Vad gäller medierapporteringens påverkan på förtroendet för institutioner generellt finns visst stöd för att mängden uppmärksamhet som en institution får i media påverkar förtroendet för den. Holmberg och Weibull (2014) fann i en studie att en ökad medial uppmärksamhet för en institution samvarierar med ett mindre förtroende. En tes är att när en institution får särskilt stor uppmärksamhet beror det oftast på att det rapporteras om en negativ händelse (Holmberg och Weibull 2014).

Men medieeffekter är inte bara en fråga om vad som rapporteras om enskilda fenomen. Effekterna bestäms snarare i ett samspel av medieutbudet, hur det uppfattas, människors egna erfarenheter av fenomenet, de åsikter man redan har och opinionsklimatet i samhället (Nilsson 1998). Dessutom har det visats att mediebevakning av enskilda negativa händelser i hälso- och sjukvården kan få större effekt på lokal nivå än på nationell, även när rapporteringen skett på nationell nivå (van der Schee m.fl. 2011). Utöver själva mediebevakningen kan vi därmed anta att effekten på förtroendet också avgörs av hur berörd man är av den händelse det rapporteras om.

En utgångspunkt när vi undersöker informationskällornas betydelse för förtroendet är att människor tar ställning till om olika institutioner



förtjänar förtroende utifrån informationskällor de bedömer som *trovärdiga* (Rothstein 2003). Det förtroende människor har för olika informationskällor har därmed betydelse för hur de formar sin uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården. För den som har ett mycket svagt förtroende för politiker kan det till exempel antas att uttalanden från politiker om hälso- och sjukvården inte blir den källa som främst formar förtroendet. Och för den som inte litar på traditionella medier kan en annan typ av information upplevas som mer trovärdig. Medieförtroendet varierar mellan olika grupper och olika medier, men också för olika ämnesområden. Hälso- och sjukvården är dock det ämnesområde där befolkningen har störst förtroende för medierapporteringen (Andersson 2017). En förhållandevis stor del av befolkningen betraktar alltså medierapporteringen som en trovärdig källa till information om hälso- och sjukvården.

5.7.1 Rapporteringen om vård och omsorg har ökat

Med hjälp av medieföretaget Retriever AB har vi undersökt hur rapporteringen om hälso- och sjukvården har utvecklats över tid. Hälso- och sjukvården är en fråga som får stor medial uppmärksamhet och rapporteringen är mycket omfattande. Därför har vårt fokus legat på att studera utvecklingen i kvantitativ mening – vi har alltså inte haft möjlighet att göra mer än en mycket översiktlig analys av hur innehållet i rapporteringen har förändrats.

Så här genomfördes medieanalysen

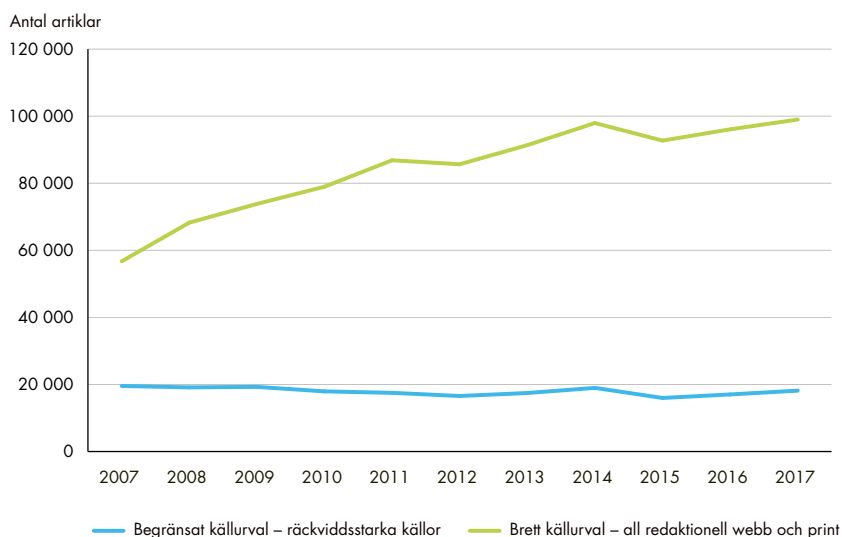
Medieanalysen har genomförts av företaget Retriever AB och bygger på ett antal sökord som ska fånga in all rapportering om hälso- och sjukvården som inte handlar om rena incidenter. I analysen har alltså artiklar som handlar om olyckor eller liknande, där det rapporteras att någon "fick uppsöka vård" eller "fördes till sjukhus" sorterats bort. Trots det ska siffrorna vi redovisar betraktas som ett grovt mått på medierapporteringen. Analysen har genomförts i två typer av källurval, dels ett som vi benämner *begränsat urval*, dels ett som vi benämner *brett urval*. Det begränsade källurvalet inkluderar rikstäckande dags- och kvällspress (Dagens Nyheter, Svenska Dagbladet, Aftonbladet och Expressen) samt Göteborgsposten och Sydsvenskan – källor med stark räckvidd. I det breda urvalet ingår samtlig redaktionell webb och tryckt press i Retrievers arkiv. Utöver det begränsade källurvalet ingår till exempel lokaltidningar och webbtidningar. Redaktionell webb betyder att det är enbart webbtidningar som har en ansvarig utgivare som inkluderas – här ingår alltså inga bloggar eller myndighetssidor. I tryckt press ingår alla tryckta tidningar med ansvarig utgivare i Retrievers arkiv. I sökningen ingår inte radio- eller teverapportering. Det innebär att det är en begränsad bild av medierapporteringen som vi beskriver. I bilaga 1 finns en mer detaljerad beskrivning av sökorden och analysens genomförande.

Inledningsvis kan vi konstatera att rapporteringen om hälso- och sjukvården har ökat mellan 2007 och 2017. I figur 24 redovisar vi antalet artiklar i respektive källurval under perioden. Vi ser att antalet artiklar om hälso- och sjukvården har ökat från strax under 57 000 till nära 99 000, en ökning med 75 procent under tioårsperioden. Ser vi däremot till det begränsade källurvalet har rapporteringen varit förhållandevis stabil, och på totalen minskat något under perioden.

Den ökade rapporteringen skulle kunna bero på en generell ökning av antalet artiklar i de undersökta källorna. Därför har vi också studerat utvecklingen i relativ mening, alltså i relation till det totala antalet artiklar i Retrievers arkiv. Vi ser då att det totala antalet artiklar i arkivet ökar under perioden, men också att antalet artiklar om sjukvården ökar mer i procentuell mening. Medan antalet artiklar totalt har ökat med 50 procent har antalet artiklar om hälso- och sjukvård ökat med 75 procent perioden 2007–2017. För källorna i det begränsade urvalet minskar under motsvarande period både det totala antalet artiklar och antalet artiklar om hälso- och sjukvården, men minskningen av artiklar om sjukvården är mindre.

Sammantaget ser vi alltså att rapporteringen om hälso- och sjukvården har ökat under de senaste tio åren, både i absolut och i relativ mening. Ökningen blir särskilt tydlig när vi tittar på det breda källurvalet som, utöver de stora dagstidningarna, också inkluderar andra tryckta tidningar som lokalpress och även annan redaktionell webbmedia.

Figur 24. Total publicitet om hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, antal artiklar i urvalen per år (2007–2017).



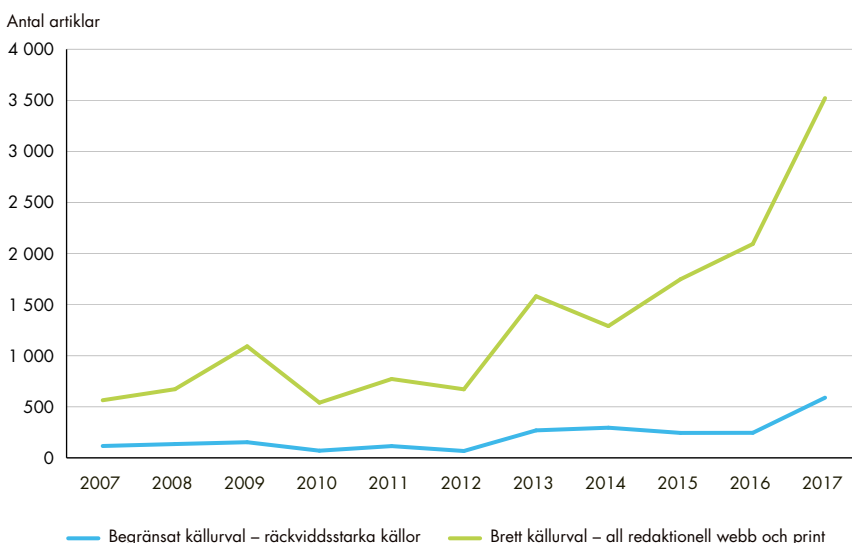
Källa: Retriever, 2018.

I sökningen om rapportering om hälso- och sjukvård inkluderade vi äldreomsorgen och det visade sig att en förhållandevis stor del av rapporteringen handlar om det området. Äldreomsorgen står för närmare hälften av den totala publiciteten men har hållit en ganska jämn nivå under perioden. Efter äldreomsorgen är primärvården det mest omskrivna området och här ser vi också en tydlig ökning. Primärvården och äldreomsorgen omskrivs främst i landsorts- och lokalpress. I det begränsade urvalet ser vi att det rapporteras ungefär lika mycket om samtliga områden. Förlossningsvården är det området som ökar mest i dessa källor medan psykiatri har haft en stadig nedgång (Retriever 2018).

5.7.2 Ökad krisrapportering under senare år

Vi har alltså haft begränsade möjligheter att studera medierapporteringen om hälso- och sjukvården i kvalitativ mening, det vill säga med avseende på om artiklarna är positiva eller negativa. Men för att få någon typ av indikation på om rapporteringen har förändrats sökte vi på artiklar där orden "sjukvård" och "kris" förekommer tillsammans. Vi redovisar resultaten i figur 25. Vi kan konstatera att antalet krisartiklar om hälso- och sjukvården tydligt ökat under den senaste tioårsperioden, och allra tydligast är ökningen under senare år – sedan 2014 har antalet krisartiklar ökat från 1 290 till 3 522 per år i det breda källurvalet.

Figur 25. Antal artiklar där ordet kris förekommer i artiklar om hälso- och sjukvården (2007–2017).



Källa: Retriever, 2018.

I vilken mån utvecklingen beror på att hälso- och sjukvården allt oftare hamnar i kristillstånd och i vilken mån den beror på ett förändrat språkbruk bland journalister vet vi inte. Utöver faktorerna vi nämnt skulle även faktorer som det förändrade medielandskapet och den politiska debatten kunna påverka rapporteringen. Men inte heller det har vi haft möjlighet att analysera närmare inom ramen för den här rapporten.

5.7.3 Inga tecken på att mediebevakningen har påverkat förtroendet på nationell nivå

Så i vilken uträkning påverkar mediernas bild medborgarnas förtroende för sjukvården? Om vi ser till hur förtroendet har utvecklats sedan 2007, det vill säga under samma period som vi har identifierat en ökad mediabevakning och krisrapportering om sjukvården, kan vi konstatera att förtroendet inte tycks ha minskat på motsvarande sätt. Vi finner alltså inga belägg för att rapporteringen har minskat det övergripande förtroendet för sjukvården på nationell nivå. Samtidigt vill vi betona att vår studie inte ger en heltäckande bild av medierapporteringens innehåll, bredd, och djup. Därför kan vi inte med säkerhet uttala oss om i vilken utsträckning rapporteringen har bidragit till förändringar i förtroendet under perioden vi studerat. Vi kan heller inte utesluta att en mer negativ bevakning av hälso- och sjukvården får effekt på förtroendet på sikt. Dessutom kan det finnas effekter av medierapporteringen på lokal och regional nivå som våra analyser inte fångar in.





Slutsatser och rekommendationer

I våra analyser har vi belyst flera olika aspekter av befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården: hur förtroendet har utvecklats, hur det varierar, vilka effekter det får och vilka faktorer som påverkar det. I det här kapitlet samlar vi våra övergripande slutsatser och diskuterar vad de innebär för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården. Vi lämnar också rekommendationer till regeringen och landstingen kring hur de kan skapa förutsättningar för ett långsiktigt hållbart förtroende för hälso- och sjukvården. Vi konstaterar att:

- Förtroendet för hälso- och sjukvården speglar befolkningens förväntan på hälso- och sjukvården i framtiden. Det bygger delvis på tidigare erfarenheter, men är framför allt framåtblickande. Till viss del är förtroendet förnuftsstyrt och avgörs av erfarenheter och kunskap, men det finns också känslomässiga, kulturella och sociala aspekter i förtroendet.
- Både tidigare forskning och våra analyser visar att förtroendet för hälso- och sjukvården påverkas både av faktorer som ligger inom och faktorer som ligger utom vårdens kontroll. Som förväntat har det stor betydelse för förtroendet hur hälso- och sjukvården fungerar för patienter och medborgare – och det är också det som vården kan styra över och påverka. Men även individens egenskaper och attityder, faktorer på samhällsnivå som den ekonomiska, politiska och kulturella kontexten och den kunskap och information som uppfattningarna formas utifrån påverkar förtroendet – de faktorerna är i mindre utsträckning möjliga för hälso- och sjukvården att påverka.
- Det generella förtroendet för hälso- och sjukvården är stort, vilket är en styrka och tillgång i hälso- och sjukvårdssystemet. Andra styrkor



är att befolkningen har ett mycket stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen och att det finns goda förutsättningar för ett informerat och erfarenhetsbaserat förtroende.

- Det finns många skäl att värna det stora förtroendet. Förtroendet är bland annat en ingrediens i ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem och speglar systemets legitimitet. Förtroendet är också viktigt ur ett patient- och medborgarperspektiv, eftersom det till exempel hänger samman med benägenheten att söka vård och att följa behandlingsråd. Det påverkar alltså både samhällsekonomin och folkhälsan.
- Det finns ett antal svagheter i förtroendet, däribland stora skillnader mellan landstingen och mindre förtroende för systemet och beslutsfattare. För att säkerställa ett fortsatt stort förtroende behöver hälso- och sjukvården arbeta med dessa svagheter. Andra svaga länkar i förtroendet är hur befolkningen upplever att vården fungerar i vissa avseenden, till exempel när det gäller tillgänglighet, kontinuitet och olika relationella aspekter av mötet med vården. Det är centrala ingredienser i det som brukar kallas en personcentrerad hälso- och sjukvård och är viktigt för förtroendet, enligt våra analyser.
- För att värna det stora förtroendet behövs en långsiktig och balanserad styrning mot de påverkbara faktorer som bygger ett stort förtroende. Förtroendeperspektivet behöver också beaktas i reformer och utvecklingsarbete. Det behövs också regionala analyser av förtroendet och en mer sammanhållen nationell uppföljning av befolkningens attityder till hälso- och sjukvården.

6.1 FÖRTROENDET ÄR FRAMÅTBlickANDE OCH SPEGLAR SYSTEMETS LEGITIMITET

Förtroendet för hälso- och sjukvården bygger delvis på människors tidigare erfarenheter av vården men är i huvudsak framåtblickande. Förtroendet visar i vilken utsträckning befolkningen är av uppfattningen att vården kan och vill möta deras behov och förväntningar nu och i framtiden. Till viss del är förtroendet förnuftsstyrt och avgörs av erfarenheter och kunskap. Men det finns också känslomässiga, kulturella och sociala aspekter i förtroendet. Behovet av förtroende ökar med verksamheternas komplexitet – ju mer komplext, desto mer måste människor utgå från att verksamheterna fungerar även när de inte har full insyn i dem.

Att söka och ta emot vård handlar om att lämna över en del av makten över sin hälsa, känslig information om sig själv och ytterst sitt liv, i sjukvårdens händer. Det gör man för att man litar på att sjukvården har kompetensen,

förmågan och avsikten att hjälpa en och behandla en väl. Det kan ses som ett slags risktagande, och förtroendet är det som möjliggör det risktagandet.

Förtroendet kan ses som ett mått på befolkningens stöd för systemet – dess legitimitet. Förtroendet ska därför inte sammanblandas alltför mycket med andra attityder till och erfarenheter av vården, till exempel nöjdhet eller uppfattningen om en specifik kvalitet. Sådana uppfattningar kan visserligen bidra till att forma förtroendet, men de speglar inte på samma sätt som förtroendet den övergripande legitimiteten och stödet för systemet som helhet.

6.2 MÅNGA FAKTORER FORMAR FÖRTROENDET

Både tidigare forskning och våra analyser visar att förtroendet för hälso- och sjukvården påverkas av faktorer både inom och utanför hälso- och sjukvårdssystemet. I figur 26 på sidan 107 sammanfattar vi ett antal olika faktorer som har samband med förtroendet för hälso- och sjukvården. Figuren visar att förtroendet ytterst formas utifrån olika individers *uppfattning* om, *bedömning* av och *förväntan* på hälso- och sjukvården. Hur hälso- och sjukvården fungerar har som förväntat avgörande betydelse, men även individens egenskaper och attityder, faktorer på samhällsnivå och den kunskap och information som uppfattningen baseras på påverkar förtroendet enligt forskning och våra analyser.

De komponenter i förtroendet som vi har belyst utgör inte någon fullständig förklaringsmodell till befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Det beror till viss del på vilka analyser vi kan göra utifrån tillgänglig data. Men även om vi hade kunnat belysa fler faktorer i förhållande till förtroendet hade vi troligtvis inte kunnat förklara all variation. Det är naturligt med tanke på att vi ytterst undersöker människors uppfattningar och förväntningar – något som inte enkelt kan förklaras med statistiska modeller. Det är också ofta svårt att avgöra vad som är orsak och verkan i de samband vi identifierat. Sannolikt finns en växelverkan mellan förtroendet och dess orsaker och effekter.

6.2.1 Individens egenskaper och attityder påverkar benägenheten att känna förtroende

När det gäller individuella egenskaper och attityder ser vi att de som har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården också ofta har en större tillit till människor i allmänhet samt till andra institutioner och till politiker. De är också mer nöjda med demokratin. Sambandet mellan förtroendet för hälso- och sjukvården och nöjdheten med demokratin är starkt, vilket



talat för att förtroende för institutioner och nöjdhet med demokratin är tätt sammankopplade uppfattningar. Vissa personer tycks alltså vara generella "höglitare" medan andra är generella "låglitare". Det finns också vissa skillnader i förtroendet beroende på hälsa, utbildning, ålder och födelseland, men de sambanden är svaga i jämförelse med de attitydrelaterade variablerna och förklarar sammantaget bara en liten del av variationen i förtroendet.

6.2.2 Många aspekter av hälso- och sjukvården vägs in i förtroendet

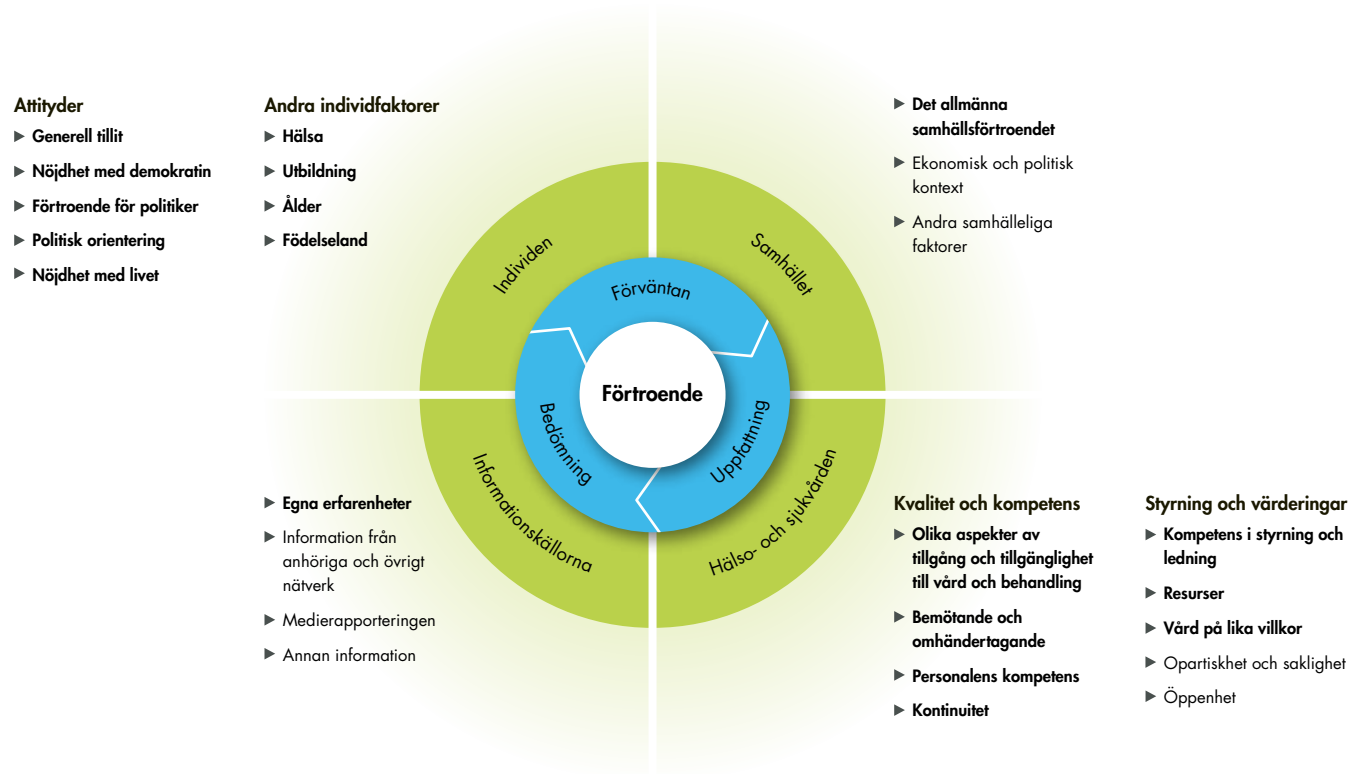
När det gäller faktorer i hälso- och sjukvården ser vi att patienters och medborgares uppfattning om kvalitet och kompetens har tydliga samband med förtroendet. Allra tydligast är sambandet i fråga om erfarenheter av tillgänglighet och tillgång till besök, utredning och behandling, men även erfarenheter av personalens bemötande, omhändertagande och kompetens har samband med förtroendet. Även kontinuitet och möjligheten att skapa goda relationer i vårdkontaktorna framträder som betydelsefullt för förtroendet enligt panelstudien. Flera av de kvalitetsdimensioner som framkommer som betydelsefulla för förtroendet är viktiga aspekter av en personcentrerad vård.

Även patienters och medborgares uppfattning om vårdens styrning, ledning och vårdpersonalens förutsättningar att göra sitt arbete har betydelse för deras förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet. En vanlig åsikt som uttrycks i panelstudien som orsak till det förtroende man har för hälso- och sjukvården är att personalen är kompetent och gör sitt bästa medan problemen man ser beror på brister i styrning och resurser.

Utöver styrning, ledning och resurser har också uppfattningen om centrala värderingar betydelse för förtroendet. Vi ser till exempel att uppfattningen om ifall vården ges på lika villkor för alla har tydliga samband med förtroendet. Och från forskningen kan vi dra slutsatsen att även förvaltningsvärderingar som opartiskhet, saklighet, öppenhet och transparens är viktiga för förtroendet. Särskilt central är uppfattningen om ifall det förekommer korruption i systemet.

Det är därför viktigt för förtroendet att motverka alla sorters korruption och att säkerställa en god förvaltningskultur. Det handlar i korthet om att verksamheterna lever upp till principerna om till exempel demokrati, legalitet, objektivitet, fri åsiktsbildning och effektivitet och service som regleras i bland annat regeringsformen (1974:152) (RF) och kommunallagen (2017:725) (se också Statskontoret 2018a och Statskontoret 2018b). För att kunna forma ett informerat förtroende även när det gäller styrning och ledning är det viktigt att det finns genomtänkta arbetssätt för att säkerställa medborgarinflytande, transparens och delaktighet.

Figur 26. Sammanfattning av vilka faktorer som har betydelse för förtroendet för hälso- och sjukvården enligt forskning och våra analyser.



Kommentar: Faktorerna i fet stil är sådana där vi har funnit samband i våra analyser. Övriga är sådana som vi med stöd i forskning kan anta har betydelse men inte kunnat undersöka tillräckligt för att avgöra om de har ett samband med förtroendet för hälso- och sjukvården.

6.2.3 Faktorer i det omgivande samhället kan ha stor betydelse

Det finns också ett antal faktorer i hälso- och sjukvårdens omgivning som påverkar förtroendet. Först och främst finns det exempelvis ekonomiska, politiska, och kulturella skeenden som kan påverka benägenheten att lita på samhällsinstitutioner generellt. Vi ser att förtroendet för hälso- och sjukvården över tid har utvecklats enligt ett liknande mönster som förtroendet för flertalet andra offentliga verksamheter – när förtroendet ökar eller minskar för en institution ökar eller minskar det också ofta för andra institutioner. Man kan alltså tala om ett allmänt samhällsförtroende som återspeglas i förtroendet för hälso- och sjukvården. Vi ser också att förtroendet samvarierar med hur högt upp på medborgarnas politiska dagordning frågan står – när förtroendet minskar ökar hälso- och sjukvården oftast som viktig fråga i opinionen och tvärtom. Sammanfattningsvis finns det en kontextuell faktor i förtroendet som hälso- och sjukvården inte kan påverka. Förtroendet är på så vis delvis beroende av hur samhället fungerar i stort vilket betyder att generellt välfungerande samhällsinstitutioner och höga nivåer av mellanmänsklig tillit är förutsättningar för ett stort förtroende även för hälso- och sjukvården. Och på motsvarande sätt kan hälso- och sjukvårdens funktionssätt påverka förtroendet för övriga institutioner, inte minst de politiska institutionerna.

6.2.4 Kunskap och information som man litar på formar uppfattningen

Vi har inte kunnat undersöka vilka specifika informationskällor människor baserar sin uppfattning och sitt förtroende på, men egna erfarenheter av möten med vården framträder som betydelsefulla i våra analyser (se ovan). Samtliga informationskällor som människor finner trovärdiga har dock betydelse för uppfattningen, och den slutgiltiga bedömningen sker därför i ett samspel mellan egna erfarenheter och annan kunskap och information.

Forskning visar till exempel att den mediala uppmärksamhet en verksamhet får och karaktären på medierapporteringen kan påverka förtroendet. Vi har sett att medierapporteringen om vården har ökat något sedan 2007 och att det har blivit vanligare med rapportering om vården i kris. Samtidigt kan vi inte se några större förändringar i förtroendet för hälso- och sjukvården på nationell nivå under samma tidperiod. Men för att kunna dra säkra slutsatser om medierapporteringens betydelse för förtroendet skulle det behövas fördjupade analyser. Förtroendet är trögörligt och det kan inte uteslutas att mer negativ uppmärksamhet i media på sikt skulle kunna få effekt på förtroendet, eller att det finns medieeffekter på lokal nivå som vi inte har belyst.

6.3 BÅDE STYRKOR OCH SVAGHETER I FÖRTROENDET

Utifrån våra analyser kan vi konstatera att det finns såväl styrkor som svagheter i förtroendet för hälso- och sjukvården. Förtroendet för vården i allmänhet är stort, och genom att förvalta styrkorna och arbeta med svagheter kan det skapas förutsättningar för ett långsiktigt hållbart förtroende.

Tabell 3. Styrkor och svagheter i förtroendet enligt våra analyser.

| + | Styrkor | - | Svagheter |
|---|------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------|
| | Stort övergripande förtroende för hälso- och sjukvården | | Skillnader mellan landstingen och delar av vården |
| | Mycket stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen | | Mindre förtroende för systemet och beslutsfattare |
| | Goda förutsättningar för ett informerat förtroende | | Brister i tillgänglighet och personcentrering |

6.3.1 Stort och stabilt generellt förtroende för hälso- och sjukvården

I jämförelse med andra verksamheter och andra länder framstår befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i Sverige som stort. Det är större än förtroendet för samtliga andra offentliga verksamheter som årligen följs upp och Sverige placerar sig högt i internationella förtroendemätningar. Förtroendet för hälso- och sjukvården har visserligen sjunkit jämfört med de nivåer som uppmättes på 1990-talet, men därefter har förtroendet varierat inom ett intervall där 60–70 procent av befolkningen har stort förtroende för sjukvården. Vi kan inte urskilja någon tydlig trend mot vare sig ökande eller minskande förtroende under den senaste tjuugoårsperioden.

6.3.2 Mycket stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen

Vi ser att befolkningen har ett mycket stort förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen, både i jämförelse med andra aspekter av vården, som systemet, styrningen och ledningen, och i jämförelse med personal i andra offentliga verksamheter.

Att befolkningen har ett stort förtroende för personalen i hälso- och sjukvården är en styrka för förtroendet för hälso- och sjukvården som helhet. Den styrkan behöver förvaltas väl. Vi ser också i våra analyser att människor tar hänsyn till personalens förutsättningar när de beskriver orsakerna till sitt förtroende. Av dessa skäl är det viktigt att personalen har förutsättningar att ge en god vård – till exempel är frågor om kompetensförsörjning, arbetsvillkor, och tid för professionerna att ägna sig åt mötet med patienter



och medborgare viktiga. Det är inte bara viktigt för att säkra framtidens kompetensförsörjning och hälso- och sjukvårdens kvalitet, det kan också ses som ett sätt att förvalta ett stort förtroendekapital i svensk hälso- och sjukvård.

Det stora förtroendet för vårdpersonalen är dessutom ett skäl till att diskutera rollfördelningen i vårdens styrning och kommunikationen med befolkningen.

6.3.3 Goda förutsättningar för ett informerat förtroende

Eftersom nästan 80 procent av befolkningen besöker hälso- och sjukvården, antingen som patient, medföljande eller anhörig under en sexmånadersperiod så har många en egen relation till hälso- och sjukvården. Således finns goda möjligheter att bygga förtroendet i mötet med patienter och medborgare. God kontinuitet kan ytterligare förbättra förutsättningarna att bygga en god relation mellan vårdgivare och patient – vilket i sin tur kan vara en bra grund för att stärka förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet.

6.3.4 Skillnader mellan landstingen och delar av vården

Även om det generella förtroendet för vården är stort finns det stora skillnader mellan landstingen. Andelen med stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet varierade år 2017 från 46 till 72 procent av befolkningen i olika landsting, vilket kan betraktas som stora skillnader i sammanhanget. Skillnaderna mellan landstingen har ökat sedan år 2010 och flera landsting har under hela den tidsperioden befunnit sig i toppen respektive botten av listan, även om vissa förändringar skett från år till år. Utöver skillnaderna mellan landstingen finns det också skillnader i förtroendet för olika delar av vården – sjukhusen åtnjuter till exempel större förtroende än vårdcentralerna. Skillnaderna mellan landstingen är större för sjukhusen jämfört med för vårdcentralerna.

De här skillnaderna är problematiska ur ett patient- och medborgarperspektiv, men också för systemets möjligheter att fungera på det sätt som man har tänkt, exempelvis vad gäller primärvårdens roll.

6.3.5 Mindre förtroende för systemet och beslutsfattarna

Ytterligare en svaghet i befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är att vi ser tecken på ett mindre förtroende för vårdens styrning och systemets funktionssätt än för vården i allmänhet och vårdpersonalen. Som vi beskrivit tidigare visar panelstudien att det både bland höglitare och låglitare förekommer en uppfattning om att det finns brister i vårdens styrning, ledning och resurser. Vi kan också konstatera att ”hälso- och sjukvårdssystemet” tillmäts mindre förtroende än ”hälso- och sjukvården i allmänhet”. Dessutom skiljer människor mellan sitt förtroende för personalen, vården i allmänhet, systemet och politikerna, där politikerna och systemet tillmäts ett litet förtroende i jämförelse med personalen och vården i allmänhet. Det är förväntat att förtroendet är högre för vård- och omsorgspersonalen än för andra aspekter av vården då det är personalen som möter och ger vård och stöd till patienter och medborgare, medan systemet och politiker kan antas associeras mer med exempelvis övergripande prioriteringar och organisatoriska problem och står längre ifrån medborgarna. Men det kan också finnas förklaringar som har att göra med hur hälso- och sjukvården faktiskt styrs och leds.

Våra resultat tyder på att det finns problem i hur befolkningen upplever att hälso- och sjukvården styrs, leds och organiseras, men de behöver valideras och undersökas närmare för att vi ska kunna dra säkra slutsatser.

6.3.6 Brister i vårdens tillgänglighet och personcentrering

Det stora förtroende vi ser för hälso- och sjukvården i allmänhet är inte detsamma som att befolkningens erfarenheter av sjukvården är alltigenom goda. Vi ser i olika studier att det finns problem inom flera områden med hur vården fungerar ur ett patient- och medborgarperspektiv, till exempel när det gäller tillgänglighet, samordning och kontinuitet (IHP 2014, 2016, 2017). Och även vad det gäller förtroendet ser vi att dessa aspekter av vården är svaga länkar i det annars stora förtroendet. Analyserna tyder på att särskilt tillgängligheten, kontinuiteten och sådant som att bli tagen på allvar och lyssnad på i mötet med vården är vanliga skäl till att ha ett litet förtroende. Det är centrala aspekter av det som brukar kallas en personcentrerad vård. Och i flera tidigare rapporter har vi sett att befolkningen i Sverige har betydligt sämre erfarenheter av hur hälso- och sjukvården i fungerar i dessa avseenden än befolkningen i andra jämförbara länder. En mer personcentrerad hälso- och sjukvård är med andra ord en viktig komponent i att både behålla och stärka förtroendet för hälso- och sjukvården.



6.4 MÅNGA SKÄL ATT VÄRNA FÖRTROENDET

Det finns många anledningar att värna befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Ett litet förtroende kan få konsekvenser för vilken vård man får som patient och därmed för hälsan, samt för hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet och förmåga att utvecklas och hantera utmaningar. Förtroendet underlättar samspelet mellan patienter, medborgare, vårdpersonal och organisationer inom hälso- och sjukvården. Om patienter och medborgare har förtroende för hälso- och sjukvården förenklas också genomförandet av beslut och reformer. Det är en resurs i förändringsarbete eftersom det ger handlingsutrymme. Därför är det också en viktig komponent i hälso- och sjukvårdssystemets förutsättningar att hantera kriser och utmaningar.

Förtroende är också viktigt för den enskilde. Det förtroende en person känner för hälso- och sjukvården har i flera internationella studier visats ha samband med olika sätt att agera i hälso- och sjukvårdssystemet. Våra analyser bekräftar detta. Vi ser att personer med litet förtroende är mer benägna än personer med stort förtroende att avstå från att söka vård, att vända sig till en annan läkare för en ny bedömning samt att lämna klagomål till vården. Även när det gäller att avstå från en föreslagen behandling och att ha bytt vårdgivare ser vi relativt stora skillnader mellan de med stort och de med litet förtroende för hälso- och sjukvården.

6.5 INGA GENVÄGAR TILL ETT LÅNGSIKTIGT HÅLLBART FÖRTROENDE

Förtroende är trögrörligt och lättare att fördärva än förvärva. Därför behövs långsiktighet i arbetet mot ett stärkt förtroende.

Ytterst formas förtroendet av hur hälso- och sjukvården *uppfattas* av patienterna och medborgarna – en subjektiv bedömning som påverkas av många olika faktorer. Därför behöver försöken att stärka förtroendet vara långsiktiga och balanserade. Åtgärder som skulle kunna höja förtroendet på kort sikt riskerar till exempel att urholka det på längre sikt om förväntningarna de skapar inte uppfylls. Ett exempel kan vara löften och satsningar som skapar tillförsikt men som kan leda till ett minskat förtroende om de inte får någon effekt. Erfarenheter från tidigare ambitioner att stärka förtroendet för offentliga verksamheter visar också att det inte får bli alltför stort fokus på en ökad nöjdhet i ett förtroendearbete – det riskerar att leda till att andra viktiga värden, till exempel behovsprincipen, rättssäkerheten eller jämlikheten, får stå tillbaka.

Det krävs också förutsättningar för ett *informerat* förtroende. Värdet av ett stort förtroende avgörs av i vilken mån det är förankrat i en verksamhet

som håller en hög kvalitet, och på lång sikt finns inga genvägar till ett sådant förtroende. Det kräver en kombination av öppenhet, transparens och hög kvalitet. Om man genom kommunikation och information försöker stärka förtroendet för en verksamhet som inte ”förtjänar det” kvalitetsmässigt kan det lätt uppfattas som propaganda eller reklam. Då kan förtroendet urholkas. Genom att i stället parallellt med utvecklingen av hälso- och sjukvårdens service till befolkningen säkerställa patienternas och medborgarnas insyn i hur hälso- och sjukvården fungerar och presterar i olika avseenden, kommunicera tydligt kring beslut och prioriteringar och arbeta med patienters och medborgares delaktighet och inflytande i hälso- och sjukvården, skapar man förutsättningar för ett både stort och informerat förtroende. Flera av de faktorer som i våra analyser framkommer som viktiga för förtroendet har under lång tid haft en central plats i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det innebär att insatser för att stärka och upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården i hög grad beror av landstingens och vårdgivarnas förmåga att leva upp till förväntningarna som medborgarna har inom de kvalitetsdimensioner som lagstiftningen redan omfattar.

6.6 VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

För att behålla ett stort förtroende för hälso- och sjukvården även på sikt lämnar vi ett antal rekommendationer till regeringen samt till landstingen och regionerna. Vi menar att det behövs en långsiktig styrning mot de aspekter av hälso- och sjukvården som är viktiga för förtroendet. Förtroendeperspektivet behöver också säkerställas i reformer och utvecklingsarbete. Utöver det behövs regionala analyser av förtroendet och en mer sammanhållen nationell uppföljning av befolkningens attityder till hälso- och sjukvården.

► *Regeringen samt landstingen och regionerna bör styra långsiktigt mot stort förtroende*

Vi har konstaterat att förtroendet för hälso- och sjukvården är stort och att det har utvecklats förhållandevis stabilt under de senaste 20 åren, men också att det finns ett antal svagheter som kan bli utmaningar för förtroendet på sikt. Det är därför viktigt att både regeringen och landstingen på ett systematiskt sätt följer upp förtroendet och styr mot ett stort förtroende för hälso- och sjukvården på lång sikt. Genom att följa förtroendet och rikta insatser mot de faktorer i hälso- och sjukvården som är viktiga för ett stort förtroende kan hälso- och sjukvården bättre svara upp mot patienternas och medborgarnas behov och förväntningar,



både när det gäller själva tjänsterna och kvaliteten i de demokratiska processerna bakom dem. Vi har också konstaterat att förtroendet formas utifrån många olika faktorer, men att insatser inom följande områden kan ses som särskilt viktiga investeringar i förtroendet:

- *En starkt tillgänglighet.* Ett fortsatt arbete med att förbättra tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård är en central komponent i att stärka och upprätthålla förtroendet. Här menar vi tillgänglighet i en bred mening, det vill säga såväl väntetider som tillgången till ändamålsenlig utredning och behandling.
- *Ett systematiskt arbete för ökad personcentrering i vården.* Förtroendet avgörs i mötet med vården. Genom ett systematiskt arbetssätt för att öka vårdens personcentrering och för att involvera patienter och medborgare, både i sin egen vård och i hälso- och sjukvårdens styrning och utvecklingsarbete skapas förutsättningar för ett långsiktigt hållbart förtroende.
- *En starkt och utvecklad styrning och ledning av hälso- och sjukvården.* Att utveckla och stärka styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården på olika sätt samt insatser för att öka patienters och medborgares insyn och delaktighet i hälso- och sjukvårdens styrning är verktyg för att stärka förtroendet. Insatser för att stärka den regionala demokratin, ta tillvara vårdpersonalens kompetens i styrningen och stärka förvaltningskulturen kan vara viktiga komplement till detta. En del i detta är en tydlig rollfördelning mellan å ena sidan politiker och å andra sidan vårdens verksamheter och personal.
- *Insatser för att säkerställa patienters och medborgares insyn i och kunskap om hälso- och sjukvården.* Det kan handla om insatser för att säkerställa tillgången till objektiv och saklig information om vad som fungerar bra och mindre bra i vården och ett genomtänkt arbetssätt för kommunikationen med patienter och medborgare samt media.
- *Åtgärder för att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har förutsättningar att göra ett bra arbete i mötet med patienter och medborgare.* Det stora förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonalen innebär att människor väger in deras förutsättningar i det förtroende de har för hälso- och sjukvården som helhet. Och eftersom mötet med vården är så viktigt för förtroendet är det centralt att personalen har de förutsättningar som behövs för att ge en god vård i mötet med patienten.
- *Insatser för att säkerställa en god förvaltningskultur.* En god förvaltningskultur handlar om att arbetet präglas av de värderingar

som ska prägla alla anställda i offentliga verksamheter och som uttrycks i grundlagar och lagar, till exempel principer om demokrati, objektivitet, legalitet och fri åsiktsbildning. Detta är en generellt viktig grund för förtroende för offentliga verksamheter.

► *Regeringen samt landstingen och regionerna bör ha förtroendet i åtanke i kommande reformer och utvecklingsarbeten*

För att förvalta och stärka förtroendet kan det också vara viktigt att säkerställa att förtroendeperspektivet finns med i stora utvecklingsarbeten och reformer på hälso- och sjukvårdsområdet. De utmaningar hälso- och sjukvården står inför i fråga om till exempel befolkningsförändringar och andra utvecklingsbehov innebär att det kommer behöva fattas svåra prioriteringsbeslut. Ur ett förtroendeperspektiv kan man till exempel behöva fråga sig vad det relativt svaga förtroendet för hälso- och sjukvårdens styrning innebär för möjligheterna att fatta sådana beslut med legitimitet? Det kan även behövas ett genomtänkt arbetssätt för att involvera patienter och medborgare i utvecklingsarbetet och för att ge befolkningen tydlig information om och förklaringar till förändringar som behöver göras.

En särskilt aktuell fråga är hur det mindre förtroendet för vårdcentralerna jämfört med sjukhusen påverkar det nationella och regionala utvecklingsarbetet som pågår för att stärka primärvården. Ett sådant utvecklingsarbete kan naturligtvis vara ett viktigt led i att stärka förtroendet för primärvården. Men om en utbyggnad av primärvården sker på bekostnad av sjukhusens resurser utan att en del av sjukhusens förtroendekapital följer med till primärvården riskerar utvecklingen snarare att minska förtroendet för hälso- och sjukvården som helhet. Det är därför viktigt att förtroendet beaktas i de förändringar som görs. Det är också viktigt att förtroendet för både sjukhusen och primärvården följs och analyseras systematiskt under kommande år.

► *Landsting och regioner bör följa och analysera förtroendet och utveckla långsiktiga strategier för hur det kan stärkas respektive upprätthållas*

Ur ett patient- och medborgarperspektiv är det problematiskt att förtroendet skiljer sig åt i olika delar av landet. Över tid har det dessutom skett förhållandevis små förändringar i landstingens placeringar i förtroendemätningar. Även om det sker vissa förändringar mellan åren och en del landsting har haft en positiv eller stabil utveckling finns det



också landsting som återkommande har haft ett svagt förtroende eller en negativ förtroendetrend. Alla landsting och regioner bör därför analysera sitt förtroende och utveckla strategier för hur det kan stärkas respektive upprätthållas. Ett sådant analys- och strategiarbete kan vägledas av ramverket och slutsatserna vi presenterar i den här rapporten, men vilka komponenter som är viktigast att arbeta med kan variera mellan olika landsting och regioner. Den kontextuella faktorn kan vara olika stor och det kan finnas olika styrkor och svagheter på regional nivå som inte helt motsvarar de styrkor och svagheter vi ser på nationell nivå. Det är därför viktigt med regionalt fokuserade analyser av och strategier för förtroendet för hälso- och sjukvården. För de landsting som under senare år har haft en negativ trend eller under en längre tid haft ett förtroende under genomsnittet är ett sådant arbete särskilt angeläget.

► *Regeringen bör säkerställa en återkommande och samlad nationell uppföljning av befolkningens attityder till vården*

För att kunna utveckla hälso- och sjukvården ur ett patient- och medborgarperspektiv behövs en gemensam grund att stå på i fråga om patienters och medborgares syn på hur hälso- och sjukvården fungerar. Vi kan konstatera att det behövs en mer samlad nationell uppföljning av patienters och medborgares förtroende för och andra attityder till hälso- och sjukvården. Till det ser vi flera skäl. För det första menar vi att förtroendet bör följas och framför allt analyseras mer systematiskt på nationell nivå. I dag finns i huvudsak två större undersökningar som erbjuder möjligheter att följa förtroendet: SOM-undersökningen, som utförs av SOM-institutet vid Göteborgs universitet, och Hälso- och sjukvårdsbarometern, som utförs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Ett nationellt arbete för att följa förtroendet mer systematiskt bör ta tillvara de befintliga undersökningarna och bygga vidare på dessa.

För det andra ser vi ett behov av att i större utsträckning kunna belysa befolkningens uppfattning om de komponenter som vi konstaterar är viktiga byggstenar för förtroendet, till exempel nöjdhet med olika aspekter av hälso- och sjukvården, förtroende för olika delar av vården och förtroendet för styrningen och den regionala demokratin.

För det tredje har vi sett att förtroendet inte visar hela bilden av befolkningens attityder till hälso- och sjukvården. Vi har också sett att mått på till exempel nöjdhet och förtroende eller patientupplevd kvalitet kan peka åt olika håll. Genom att säkerställa att uppföljningen inkluderar såväl förtroende som andra uppfattningar och omdömen om hur vården

fungerar ur patienters och medborgares perspektiv kan regeringen skapa bättre förutsättningar för ett sakligt och informerat politiskt samtal och policyarbete.

De aspekter vi beskriver av befolkningens förtroende för och attityder till hälso- och sjukvården skulle med fördel kunna samlas i en återkommande nationell uppföljning som genomförs av en lämplig myndighet på uppdrag av regeringen. Hur ofta en sådan skulle tas fram och precis vad den skulle innehålla bör dock diskuteras närmare med olika intressenter på området.





Referenser

- Andreasson, M., Johansson, J. & Martinsson, J. (2018). *Förtroende för sjukvården*. LORE projektrapport 2018:1. Finns som bilaga på *Vårdanalys webb*.
- Abelson, J. m.fl. (2009). *What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values*. *Health Policy* 91: 63–70.
- Andersson, U. & Weibull L. (2017). *Har svenskarna förtroende för medierna?* i Truedsson, L. (red) *Misstron mot medier*, Stockholm, Institutet för mediestudier.
- Andersson, U. (2017). *Lågt förtroende för rapporteringen om invandring* i Truedsson, L. (red) *Misstron mot medier*, Institutet för mediestudier.
- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt*. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (S 2013:4), Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Blennerger, E. (2009). *Att tolka tillit – begrepp och grundfrågor* i Trädgårdh, L. (red) *Tillit i det moderna Sverige*. Den dumme svensken och andra mysterier. Stockholm, SNS Förlag 19–58.
- Calnan, M. och Sanford, E. (2004). *Public Trust in Health Care – the system or the doctor?* *Quality and safety in health care* 13(2): 92–97.
- Calnan, M och Rowe, R. (2004). *Trust in health care – an agenda for future research*. Discussion paper. Nuffield trust seminar 17th november 2014.
- Christensen, T. och Laegreid, P. (2014). *Trust in Government: The Relative Importance of Service Satisfaction, Political Factors, and Demography*. *Public Performance and Management Review* 28(4): 487–511.

- De Fine Licht, J. (2011). *Öppna prioriteringar och extern legitimitet. En experimentell undersökning om hur människor uppfattar information om prioriteringar av sjukvård*. Prioriteringscentrum Linköpings universitet, Rapport 2011:5.
- Gille, F. m.fl. (2015). *Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention*. Journal of health services research and policy 20(1): 62–64.
- Hall, M. A. m.fl. (2001). *Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured and Why Does It Matter?* The Milbank Quarterly 74 (4): 613–639.
- Holmberg och Weibull (2006). *Flagnande förtroende* i Holmberg, S. & Weibull, L. (red). *Du stora nya värld. Trettiofyra kapitel om politik, medier och samhälle*. SOM-undersökningen 2005 , 65-85 SOM-institutet vid Göteborgs universitet, Göteborg.
- Holmberg, S. och Weibull, L. (2013). *Det viktiga institutionsförtroendet*. Vågskäl L. Weibull and H. Oscarsson. SOM-institutet, Göteborgs universitet. Sid. 225–245.
- Holmberg, S. och Weibull, L. (2014). *Institutionsförtroende mellan berördhet och mediebevakning* i A. Bergström, H. Oscarsson and (red). *Mittfåra och Marginal*, SOM-institutet, Göteborgs universitet. Sid. 99–118.
- Holmberg, S. och Rothstein, B. (2017) *Trusting other people*. J Public Affairs. 2017;17:e1645.
- Holmberg, S och Weibull, L. (2017). *Långsiktiga förändringar i svenskt institutionsförtroende* i Andersson, U, Ohlsson, J, Oscarsson, H, Oskarsón, M (red) *Larmar och gör sig till*, SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- Kehoe, S. M.och J. R. Ponting (2003). *Value importance and value congruence as determinants of trust in health policy actors*. Social Science & Medicine 57: 1065-1075.
- Kruk m.fl. (2015). *What is a resilient health system? Lessons from Ebola*. Lancet 2015; 385: 1910–12.
- LoCurto, J. och Berg, G.M. (2016). *Trust in healthcare settings: Scale development, methods, and preliminary determinants*. SAGE Open Medicine 4: 1-12.
- Martinsson, J. och Andersson, U. (red) (2018). *Svenska trender 1986–2017. SOM-institutet, Göteborgs universitet*.
- Mohseni, M. och Lindström, M. (2007). *Social capital, trust in the health care system and self-related health: The role of access to health care in a population based study*. Social science and medicine 64: 1373-1383.

- Musa, D. m.fl. (2009). *Trust in the Health Care System and the Use of Preventive Health Services by Older Black and White Adults*. AM J Public Health 99(3): 1293-1299.
- Nilsson, L. (1998). *Opinionstrender och medieeffekter* Opinionssamhället S. Holmberg and L. Weibull. SOM-institutet, Göteborgs universitet. Sid. 79–91.
- Nord, L. och Shehata, A. (2013). *Finanskrisen, förväntningarna och förtroendet*. Demicom, Mittuniversitetet, rapportserie nr 11.
- Norén Bretzer, Y. (2005). *Att förklara politiskt förtroende. betydelsen av socialt kapital och rättvisa procedurer*. Statsvetenskapliga institutionen Göteborg, Göteborgs universitet.
- OECD (2017). *Trust and public policy. How better governance can help rebuild public trust*. OECD Public Governance Reviews. Paris, OECD.
- OECD (2017b). *Government at a glance 2017*.
- Osawa, S. och Sripad, P. (2013). *How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature* Social Science Medicine 91: 10–14.
- Rothstein, B. (2003). *Sociala fällor och tillitens problem*. Stockholm, SNS Förlag.
- Rowe, R. och Calnan, M. (2006). *Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the new NHS*. Health organization and management 20(5): 376–396.
- Schwei, R. J. m.fl. (2014). *Impact of sociodemographic factors and pervious interactions with the health care system on institutional trust in three racial/ethnic groups*. Patient Educ Coun 93(3): 333–338.
- SOU 2008:106 *Ökat förtroende för domstolarna – strategier och förslag*. Betänkande av Förtroendeutredningen. Stockholm 2008.
- SOU 2017:53 *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm 2017.
- Statskontoret (2015). *Att styra mot ökat förtroende – är det rätt väg? Om offentlig sektor*.
- Statskontoret (2017). *Förtroende för staten Förvaltningspolitiska utvecklingsområden och prioriteringar 2017–2018*.
- Statskontoret (2018a). *En kultur mot korruption*.
- Statskontoret (2018b). *Den statliga värdegrunden – professionella värderingar för en god förvaltningskultur*.
- Straten, G. F. M. m.fl. (2002). *Public Trust in Dutch health care*. Social Science & Medicine 55: 227–234.

- Van der Schee, E. (2006). *Public Trust in health care: a performance indicator?* Journal of health organization and Management 20 (5) 468–476.
- van der Schee, E. m.fl. (2011). *The influence of a local, media covered hospital incident on public trust in health care.* European Journal of public health 22(4): 459–464.
- Weibull, L. (2016). *Politiker och tjänstemän i Västra Götaland och Skåne Hållbarhetens horisont.* A. Bergström and N. Harring. Göteborg Göteborgs universitet: SOM-institutet. 1: 173–194.
- Weibull, L. (2017). *Förtroendet för politiker och tjänstemän* i Andersson, U (red) Slutna rum och öppna landskap, SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- Vårdanalys (2014). *Låt den rätte komma in- hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt Vårdgarantin och Kömiljarden?* Stockholm.
- Vårdanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.* PM 2016:5
- Vårdanalys (2017). *För säkerhets skull – befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter.* Rapport 2017:10.
- Vårdanalys (2017b). *En primär angelägenhet – kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum.* Rapport 2017:3.
- Vårdanalys (2017c). *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft.* Rapport 2017:7.



Bilaga 1 – Metodbeskrivningar

I denna bilaga ger vi mer utförliga metodologiska beskrivningar av våra analyser och slutsatser. I bilagan beskrivs:

- Hur litteraturgenomgången genomfördes.
- Panelstudien som genomfördes i samarbete med Laboratory of opinion reserach (LORE).
- Analyserna av SOM-undersökningen och Hälso -och sjukvårdsbarometern.
- Analyserna som ligger till grund för våra jämförelser av förtroendet i olika landsting.
- Bakgrundsintervjuerna.
- Medieanalysen.

LITTERATURSÖKNINGEN

Litteraturgenomgången syftade till att få utgångspunkter för att analysera förtroendet, reda ut förtroendebegreppet och samla in tidigare empiriska studier om vad som driver förtroende för hälso- och sjukvården. En första litteratursökning gjordes i Riksdagsbibliotekets söktjänst RBSök. Genomgången inkluderade Riksdagsbibliotekets samling av böcker och riksdagstryck samt flera för ämnet relevanta forskningsdatabaser, här kan särskilt nämnas Sage, Econlit, Emerald, Oxford Journals och även databaser som OECD ilibrary och Oxford Scholarship Online – political science. Kompletterande sökningar gjordes därefter i Google Scholar och PubMed. Sökningen gjordes på svenska och engelska och relevant litteratur identifierades genom granskning av titlar och abstracts. Den engelska sökningen var något snävare än den svenska. Den svenska sökningen

inkluderade till exempel medborgerligt förtroende för institutioner generellt, medan den engelska sökningen inriktades mer mot hälso- och sjukvård. Den engelska sökningen gjordes också på titel medan den svenska inkluderade allt innehåll i studierna. Både forskningsartiklar, myndighetsrapporter och böcker inkluderades.

I urvalet sorterade vi bort publikationer som i huvudsak behandlade förtroende i relationen mellan läkare och patient, på engelska ”trust in physicians”. Efter genomgång av titlar och abstracts lästes ett urval av publikationerna i sin helhet. Ytterligare publikationer identifierades genom granskning av referenslistor i de utvalda artiklarna och böckerna samt genom tips från forskare i ämnet.

Tabell 4. Sökord som användes i litteratursökningen.

| Sökord svenska (allt innehåll) | Sökord engelska (titel) |
|---------------------------------|---------------------------------------------|
| ”Förtroende” | ”Public Trust” AND ”health care” |
| ”Förtroende” AND ”institution*” | ”Trust” AND ”health care” |
| ”Förtroende” AND ”sjukvård” | ”Confidence” AND ”health care” |
| ”Förtroende” AND ”vård” | ”Trust” AND ”determinants” |
| ”Tillit” AND ”institution*” | ”Trust” AND ”drivers” |
| ”Tillit” AND ”sjukvård” | ”Trust” AND ”media” |
| ”Tillit” AND ”vård” | ”Media AND ”trust” AND health care” |
| ”Media” AND ”förtroende” | ”Information” AND ”trust” AND ”health care” |
| ”Information” AND ”förtroende” | |

Syftet med litteraturgenomgången var inte att ge en systematisk översikt av forskningsfältet om förtroende för vården, utan att få ett grepp om kunskapsbasen och utgångspunkter för att utforma och tolka våra empiriska analyser.

De empiriska studierna som handlar om förtroendets betydelse och orsaker är ganska få. Merparten av de studier som vi identifierade behandlar i stället förtroende begreppsligt eller fokuserar på förtroendets betydelse för hälsoutfall och systemeffektivitet. Av de som fokuserar på vad som bygger förtroende är de flesta dessutom inriktade på förtroende för läkare (trust in physicians) något som alltså inte är huvudfokus i vår rapport. Andra är av karaktären att resultaten bedöms ha tveksam relevans för den svenska kontexten. Bland de senare finns till exempel studier av hur förtroendet varierar och byggs i olika minoritetsgrupper i USA eller studier av vad som bygger förtroende för system med stora inslag av privata försäkringar.

I några av de översikter som vi har tagit del av konstateras att det finns ett stort behov av fler empiriska studier av vad som bygger förtroende inom hälso- och sjukvården och att särskilt studier av förtroende för hälso- och sjukvården som system saknas (Kehoe och Ponting 2003, Rowe och Calnan 2006). Ett skäl till att vi inte har funnit så många relevanta studier kan alltså vara att det finns begränsad forskning om detta. Ett annat skäl skulle kunna vara att vi inte fångat in all relevant litteratur på grund av faktorer i sökningen.

PANELSTUDIEN

För att fördjupa kunskapen om orsaker och effekter av befolkningens förtroende för vården har vi genomfört en panelstudie med hjälp av Medborgarpanelen i samarbete Laboratory of opinion research (LORE). I panelstudien undersöks vilka orsaker människor anger till sitt förtroende för vården, vilka beteendeeffekter ett litet förtroende kan få samt i vilken mån skillnader i förtroende kan bero på olika frågeformuleringar och vilka aspekter av vården som nämns i frågan. I den här rapporten redovisas de mest centrala resultaten och slutsatserna från panelstudien. Hela LORE:s rapport finns som i bilaga på Vårdanalys webbsida.

Datainsamling

I panelstudien används två delurval. Det första delurvalet består av 4 800 personer som slumpmässigt dragits från Medborgarpanelens självrekryterade del (se faktaruta för beskrivning av panelen). Detta urval används i kapitel 4 för att analysera betydelsen av olika sätt att mäta förtroende på.

Det andra delurvalet är stratifierat och har en högre representation av personer med litet förtroende än resten av den självrekryterade panelen. Detta urval används dels i kapitel 3 för att studera vilka beteendeeffekter ett litet förtroende kan få, dels i kapitel 5 för att analysera orsaker till graden av förtroende för hälso- och sjukvården. Urvalet har stratifierats för att säkerställa att det finns en god spridning i förtroendet för sjukvården bland de svarande. Detta möjliggör att specifikt studera vilka orsaker människor anger för sitt låga förtroende. Eftersom förtroendet för sjukvården i allmänhet är stort i Sverige har oftast enbart en mindre del av de svarande litet förtroende för vården. Det stratifierade delurvalet består av 6 000 personer från 37 000 respondenter som i december 2016 svarat på en fråga om förtroende för sjukvården i Medborgarpanelen. Av de 6 000 hade hälften svarat att de hade ett mycket stort, ett ganska stort eller ett varken stort eller litet förtroende

för sjukvården. Den andra hälften slumpades fram bland de som angett att de hade ett mycket litet eller ganska litet förtroende för sjukvården.

Inbjudan till att delta i panelstudien om förtroende 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 är 72 procent, och inkluderar så kallade partiella svar det vill säga personer som svarat på mellan 50-80 procent av frågorna men exkluderar personer som svarat på mindre än 50 procent av frågorna och personer till vilka e-postmeddelandet inte kunde levereras.

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.

Vilka konsekvenser får litet förtroende?

För att kunna jämföra beteenden hos grupper med olika grad av förtroende används som nämnts ett stratifierat urval för analyserna i kapitel 3, där andelen personer med litet förtroende för vården är större än bland befolkningen som helhet. Anledningen är antalet personer med litet förtroende skulle bli för få för att kunna dra slutsatser om hur låglitäre skiljer sig från höglitäre, med ett representativt urval ur Medborgarpanelen. (Andreasson m.fl. 2018)

För att analysera vilka beteendemässiga konsekvenser som följer av olika nivåer av förtroende fick deltagarna svara på frågor om huruvida de under de senaste fem åren vidtagit en rad olika åtgärder som skulle kunna vara relaterade till förtroendet för vården. I tabell 5 visas den fullständiga svarsfördelningen för de olika åtgärderna.

Tabell 5. Svarsfördelning för vidtagna åtgärder under de senaste fem åren (radprocent).

| | Nej | Nej, men har övervägt det | Ja | Summa | Antal svar |
|----------------------------------------------------------|-----|---------------------------|----|-------|------------|
| Bytt vårdgivare | 54 | 12 | 34 | 100 | 2 310 |
| Vänt mig till en annan läkare för ny bedömning | 67 | 7 | 26 | 100 | 2 295 |
| Skaffat en privat vårdförsäkring | 81 | 8 | 11 | 100 | 2 285 |
| Sökt hjälp inom alternativmedicin | 84 | 3 | 13 | 100 | 2 288 |
| Avstått från föreslagen behandling | 78 | 4 | 18 | 100 | 2 292 |
| Avstått från att söka vård | 58 | 4 | 38 | 100 | 2 290 |
| Gått direkt till akutmottagning istället för vårdcentral | 68 | 3 | 29 | 100 | 2 303 |
| Lämnat klagomål till vården | 72 | 11 | 17 | 100 | 2 303 |

Not: Respondenterna fick svara på frågan "Har du under de senaste fem åren gjort något av följande?", följt av åtta olika åtgärder relaterade till hälso- och sjukvården.

Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Studien kan inte belägga någon kausalitet mellan graden av förtroende för vården och människors beteende. I första hand visar den att det är vanligare att vidta åtgärder bland de med litet förtroende än bland de med stort förtroende, det vill säga att det föreligger ett empiriskt samband. Eftersom studien inte baseras på ett slumpmässigt urval av befolkningen bör den inte heller 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 litet förtroende för hälso- och sjukvården för att kunna jämföra dessa med de med stort förtroende. Vi har utgått från att det är ett rimligt antagande att de 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.

För att säkerställa att sambanden mellan förtroende och åtgärder inte enbart återspeglar bakomliggande faktorer och demografiska skillnader mellan de med litet respektive stort förtroende för vården används ett antal logistiska regressionsmodeller. Totalt används åtta kontrollvariabler utöver förtroendet för vården, inklusive självskattad hälsa, inkomst och ett antal socioekonomiska variabler. Baserat på regressionsmodellerna beräknas sedan skillnader i predicerade sannolikheter att vidta de åtta olika åtgärderna för de med litet förtroende för hälso- och sjukvården i jämförelse med de med stort förtroende, när övriga kontrollvariabler konstanthålls vid sina medelvärden. Redovisning av resultaten från regressionsmodellerna visas i tabell 6.

Tabell 6. Binär logistisk regression av vidtagna åtgärder gällande hälso- och sjukvården (ostandardiserade koefficienter), med förklarande variabler förtroende, kön, ålder, utbildning, födelse land, barn, boende, månadsinkomst och hälsa.

| Variabler | Svarskategori | Bytt vårdgivare | Gått till ny läkare | Skaffat privat vårdförsäkring | Alternativ- medicin | Avstått från föreslagna behandlingen | Avstått från att söka vård | Gått direkt till akutmottagning istället för vårdcentral | Lämnat klagomål till vården |
|--------------|----------------------|-----------------|---------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Förtroende | Högt | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | 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*** |
| Kön | Kvinna | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | Man | -0,41*** | -0,28* | 0,15 | -0,82*** | -0,26* | -0,45*** | 0,15 | -0,17 |
| Ålder | 16–29 år | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | 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 | -0,4 | -0,47* | 0,01 |
| | 65+ år | -0,98*** | 0,08 | -0,77 | -0,46 | -0,37 | -0,94*** | -0,62** | -0,22 |
| Utbildning | Låg/medel | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | Hög | 0,21* | 0,04 | -0,03 | -0,12 | 0,24 | -0,13 | -0,17 | -0,21 |
| Födelse land | Född i Sverige | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | Född utanför Sverige | 0,14 | 0,14 | 0,25 | 0,38 | -0,25 | 0,50** | 0,41* | -0,02 |
| Barn | Har inte barn | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | Har barn | 0,06 | 0,14 | -0,19 | 0,30 | 0,31* | 0,05 | 0,43*** | 0,48** |
| Boende | Landsbygd | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | 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 | -0,2 | -0,30 | -0,21 |
| | Sihlm/Gbg/ Ma Imö | 0,46** | 0,27 | -0,15 | -0,23 | 0,14 | -0,24 | 0,00 | -0,11 |

Tabell 6, forts.

| Variabler | Svarskategori | Bytt vårdgivare | Gått till ny läkare | Skaffat privat vårdförsäkring | Alternativ- medicin | Avstått från före- slagen behandling | Avstått från att söka vård | Gått direkt till akutmottagning istället för vårdcentral | Lämnat klagomål till vården |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Månadsinkomst, brutto | Mindre än 26 000kr | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | 26 000–44 999 | 0,13 | 0,07 | 0,86*** | -0,14 | -0,23 | -0,11 | -0,23* | -0,06 |
| | 45 000kr+ | -0,02 | 0,32 | 2,12*** | -0,32 | -0,17 | -0,29 | -0,04 | -0,19 |
| Hälsa | God hälsa | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens | Referens |
| | 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 | 0,3 | 0,3 | 0,41** | 0,47** |
| Konstant | | -0,40 | -2,17*** | -2,85*** | -1,99*** | -2,16*** | -0,40 | -0,77** | -2,28*** |
| Pseudo R ² | | 0,059 | 0,096 | 0,12 | 0,097 | 0,063 | 0,141 | 0,026 | 0,091 |
| Antal svar | | 2212 | 2198 | 2191 | 2194 | 2197 | 2195 | 2208 | 2208 |

Not: Frågeformuleringen lyder "Har du under de senaste fem åren gjort något av följande?" följt av ovanstående åtgärder i den ordning som följer. Svarsalternativen 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 svarsalternativ ges värdet 0. 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.

Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Spelar det någon roll hur vi mäter förtroende?

Som man frågar får man svar är ett vanligt uttryck i enkätsammanhang. Följande avsnitt redogör närmare för analysen av i vilken utsträckning det uppmätta förtroendet påverkas av olika sätt att mäta människors förtroende, som presenterades i kapitel 4.

För att besvara frågan om det spelar någon roll hur man ställer frågan om förtroende prövades sex olika frågeformuleringar. I tabell 7 finns en översikt av analysens upplägg och de olika frågeformuleringarna. Fyra av frågorna ställs som enskilda frågor, och två som delar av ett frågebatteri med andra frågor om förtroende. För grupp 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 om det spelar roll hur man ställer frågor om förtroende för hälso- och sjukvården.

För grupp 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. 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 skulle kunna utföra en uppgift. I denna studie inkluderades därför 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 grupp 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 större 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 grupp 4 lyder frågan därför ”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 är om förtroendet är lika stort 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 grupp 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 (grupp 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 grupp 6 lyder frågan ”Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket hälso- och sjukvårdssystemet fungerar?”.

Tabell 7. Gruppernas frågeformuleringar om förtroende för sjukvården.

| 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" |

Not: Svarsskalan går från "Mycket stort/stort" till "Mycket litet/litet" i undersökningen men kommer framöver att redovisas i omvänd ordning för en mer intuitiv förståelse av att ett större medelvärde korresponderar med ett stort eller stort förtroende för hälso- och sjukvården.

Källa: Andreasson m.fl. 2018.

I tabell 8 nedan visas svarsfördelningen för olika frågeformuleringar av förtroende för sjukvården.

Tabell 8. Svarsfördelningen för olika frågor om förtroende.

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

Not: Kolumnen med rubriken "Andel ganska/mycket stort" redovisar den sammanslagna procentuella andelen av respondenter som angett att de har mycket eller ganska stort förtroende. Skillnader som är statistiskt signifikanta på minst 95 % säkerhetsnivå är markerade med upphöjda bokstäver (a-f). a hänvisar till grupp 1, b till grupp 2, och så vidare. Fullständiga resultat för Tukey's post hoc signifikanstester finns i tabell 9.

Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Svarsmönstren och skillnader i medelvärden för de olika grupperna analyseras med hjälp av variansanalys (ANOVA) och Tukeys post hoc-tester. Resultaten visar att de olika frågeformuleringarna gav statistiskt signifikant skilda medelvärden ANOVA(F(5; 2691)=21,02, p=0,000). Fullständiga resultat för Tukey's post hoc signifikanstester visas i tabell 9.

Tabell 9. Resultat för Tukeys post hoc-tester.

| Frågeformulering /grupp | Hälso- och sjukvården (gr 1) | Hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (gr 2) | Tillit få hjälp av hälso- och sjukvården (gr3) | Institutioner: sjukvården (gr 4) | Hälso- och sjukvården i allmänhet (gr 5) | Sättet hälso- och sjukvårdssystemet fungerar (gr 6) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Hälso- och sjukvården (gr 1) | - | | | | | |
| Hälso- och sjukvården sköter sitt arbete (gr 2) | -0,18* | - | | | | |
| Tillit få hjälp av hälso- och sjukvården (gr 3) | -0,04 | 0,14 | - | | | |
| Institutioner: sjukvården (gr 4) | -0,01 | 0,17 | 0,03 | - | | |
| Förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet i relation till andra dimensioner (gr 5) | 0,16 | 0,35*** | 0,20** | 0,17 | - | |
| Sättet hälso- och sjukvårdssystemet fungerar (gr 6) | -0,42*** | -0,247*** | -0,38*** | -0,41*** | -0,58*** | - |

Not: * = signifikant på 95 procents säkerhetsnivå, ** = signifikant på 99 procents säkerhetsnivå, *** = signifikant på 99,9 procents säkerhetsnivå.

Källa: Andreasson m.fl. 2018.

Orsaker till förtroendet i olika grupper

Utöver de resultat som redovisas i kapitel 5 så visade analysen också på 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 eller 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 om man är bosatt i stad eller 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. I tabell 10 visas sambanden mellan de olika klustren och förtroendet för hälso- och sjukvården samt de olika bakgrundsvariablerna.

Tabell 10. Regressionsresultat där förtroende, utbildning, ålder, kön och inkomst predicerar svar som tillhör olika ämneskluster.

| Variabler | Väntetider | Specifika erfarenheter | Tillgång till vård och behandling | Resurser | Kompetens och styrning | Bemötande och omhändertagande | Kontakt och kontinuitet |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|-----------------------------------|-----------|------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Samband mellan förtroende och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården | -0,057*** | -0,020*** | -0,004* | 0,012*** | 0,021*** | 0,105*** | -0,057*** |
| Samband mellan utbildning och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården | 0,002 | -0,025*** | -0,034*** | 0,016** | 0,067*** | -0,008 | -0,017** |
| Samband mellan ålder och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården | 0,007* | 0,025*** | -0,001 | -0,040*** | -0,015*** | 0,012** | 0,011*** |
| Samband mellan kön och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården | 0,017** | -0,012* | -0,014** | -0,031*** | 0,028*** | 0,036*** | 0,011*** |
| Samband mellan inkomst och angivna orsaker till förtroende för hälso- och sjukvården | 0,002* | -0,002 | -0,002*** | -0,001 | 0,003* | 0,002 | -0,001 |

Not: * = signifikant på 95 procents säkerhetsnivå, ** = signifikant på 99 procents säkerhetsnivå, *** = signifikant på 99,9 procents säkerhetsnivå.
Källa: Andreasson m.fl. 2018.

MULTIVARIATA ANALYSER AV SOM-UNDERSÖKNINGEN OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBAROMTERN

Vi har även analyserat om förtroendet för hälso- och sjukvården varierar mellan olika grupper och om det finns ett samband mellan förtroendet för hälso- och sjukvården och dess funktionssätt. Analyserna bygger i huvudsak på statistik från Hälso- och sjukvårdsbarometern och SOM-undersökningen. I detta avsnitt redovisas våra regressionsanalyser av undersökningarna.

Regressionsresultat utifrån SOM-undersökningen

I tabell 11 redovisas resultaten från en multivariat regressionsanalys där vi utifrån SOM-undersökningen analyserar sambanden mellan förtroendet för sjukvården och attitydvariablerna: tillit till andra människor; nöjdhet med demokratin; förtroendet för politiker; samt bakgrundsfaktorerna kön, ålder, utbildning och bostadsort. En multivariat regressionsanalys innebär att analysen inkluderar och tar hänsyn till flera faktorer samtidigt, till skillnad från att enbart se till enkla (bivariata) samband. Detta är värdefullt för att försöka isolera och beskriva sambandet mellan just de variabler som är i fokus för analysen. Modellen har svag förklaringskraft, det justerade R²-värdet är 13,6 procent vilket tyder på att endast 13,6 procent av variationen i förtroendet förklaras av dessa variabler.

Regressionsresultat utifrån Hälso- och sjukvårdsbarometern

Vi har även analyserat sambanden mellan förtroendet för hälso- och sjukvården och olika bakgrundsvariabler med hjälp av Hälso- och sjukvårdsbarometern. Det aktuella utfallet, det vill säga sannolikheten att ha stort förtroende sätts som beroende variabel, och som oberoende variabler används patientens ålder (i nioårsintervall), kön, utbildningsnivå (fyra grupper) och födelseplats (fyra geografiska områden). Resultaten redovisas i tabell 12. Sammantaget har de olika bakgrundsfaktorerna liten betydelse, det justerade R²-värdet visar att endast 3,1 procent av variationen i förtroendet förklaras av modellen.

Tabell 11. OLS-regression av förtroende för sjukvården med förklarande variabler tillit till andra människor, nöjdhet med demokratin, förtroende för politiker, ålder, utbildning, kön, bostadsort och geografisk uppväxt utifrån SOM-undersökningen (2016).

| Variabler | Svarskategori | Koefficienter |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Tillit | <i>Mellan</i> | <i>Referens</i> |
| | Låg | -0,327*** |
| | Hög | 0,147** |
| Nöjd med demokratin | <i>Inte nöjd</i> | <i>Referens</i> |
| | Inte särskilt nöjd | 0,424*** |
| | Ganska nöjd | 0,675*** |
| | Mycket nöjd | 0,923*** |
| Förtroende för politiker | <i>Litet</i> | <i>Referens</i> |
| | Ganska litet förtroende | 0,051 |
| | Ganska stort förtroende | 0,210** |
| | Mycket stort förtroende | 0,231 |
| Kön | <i>Kvinna</i> | <i>Referens</i> |
| | Man | 0,057 |
| Ålder | <i>16–29</i> | <i>Referens</i> |
| | 30–49 år | -0,031 |
| | 50–64 år | -0,121 |
| | 65–85 år | 0,040 |
| Utbildning | <i>Låg</i> | <i>Referens</i> |
| | Medellåg | -0,020 |
| | Medelhög | -0,081 |
| | Hög | -0,167** |
| Stad/land | <i>Landsbygd</i> | <i>Referens</i> |
| | Mindre tätort | -0,006 |
| | Stad/större tätort | -0,027 |
| | Stockholm/Göteborg/Malmö | 0,027 |
| Konstant | | 2,949*** |
| R ² | 0,136 | |
| Antal svar | 1 422 | |

Not: Förtroende avser förtroendet för sjukvården. Positiva värden innebär positiva samband och negativa värden innebär negativa samband. Utfallsvariabeln, det vill säga förtroende mäts på en femgradig skala, där 1 = har mycket litet förtroende för sjukvården, och 5 = har mycket stort förtroende för sjukvården. 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.

Källa: Nationella SOM-undersökningen, 2016.

Tabell 12. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet efter utbildning, födelse-land, kön och ålder utifrån Hälso- och sjukvårdsbarometern (2017).

| Variabel | Svarskategori | Koefficient (log odds) | Marginaleffekt |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|----------------|
| Högsta avslutade utbildning | Grundskola | Referens | Referens |
| | Annan utbildning | -0,204 *** | -4,943 |
| | Gymnasiet | -0,213 *** | -5,107 |
| | Universitet eller högskola | -0,184 *** | -4,394 |
| Födelse-land | Sverige | Referens | Referens |
| | Europa (inkl. Turkiet och Ryssland) | -0,229 *** | -5,560 |
| | Norden | -0,076 | -1,829 |
| | Utanför Europa | -0,095 * | -2,287 |
| Kön | Kvinna | Referens | Referens |
| | Man | 0,070 ** | 1,668 |
| | Kön ej ifyllt | -0,212 * | -5,138 |
| Ålder | 18–29 år | Referens | Referens |
| | 30–39 år | -0,071 | -1,688 |
| | 40–49 år | -0,061 | -1,450 |
| | 50–59 år | -0,048 | -1,158 |
| | 60–69 år | 0,219 *** | 5,128 |
| | 70–79 år | 0,512 *** | 11,605 |
| | 80+ år | 0,610 *** | 13,460 |
| Konstant | | 0,995 *** | |
| R ² adjusted | 0,031 | | |
| Antal svar | 37 631 | | |

Not: Förtroende avser förtroendet för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller regionen. Tabellen visar de standardiserade koefficienterna det vill säga den naturliga logaritmen av oddsets förändring för stort förtroende när en oberoende variabel ökar med en enhet. Positiva värden innebär positiva samband och negativa värden innebär negativa samband. För att resultaten ska bli lättare att tolka har vi även beräknat variablernas marginaleffekter. Marginaleffekten anger i procentenheter hur sannolikheten för stort förtroende förändras när det sker en förändring i en oberoende variabel. Utfallsvariabeln, det vill säga stort förtroende är en binär variabel, där 1 = har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården, och 0 = har någon annan inställning till hälso- och sjukvården. Modellen har även kontrollerats för skillnader mellan landsting. 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. Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

I nästa steg inkluderades självskattad hälsa (tre nivåer) samt kontakt med vården (fem typer av svar) i modellen (se tabell 13). I denna modell ökar den förklarade variansen till 5,9 procent. Slutligen inkluderas också en variabel som mäter respondenternas åsikt om vården ges på lika villkor (tre typer av svar) samt en variabel som mäter om respondenten har tillgång till den vård hen behöver (fyra typer av svar). Resultaten visas i tabell 14. Modellen förklarar nästan 25 procent av variationen i förtroendet.

Tabell 13. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet efter hälsa och kontakt med vården samt bakgrundsvariabler utifrån Hälso- och sjukvårdsbarometern (2017).

| Variabel | Svarskategori | Koefficient (log odds) | Marginaloeffekt |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------------|
| | <i>Nej</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| Har respondenten varit i kontakt med hälso- och sjukvården inom de senaste 6 månaderna | Som anhörig | 0,015 | 0,356 |
| | Som patient | 0,256 *** | 6,097 |
| | Som både patient och anhörig | 0,131 *** | 3,078 |
| | Vet ej | 0,021 | 0,488 |
| Självskattad hälsa | <i>Bedömer sin hälsa som god</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| | Bedömer sin hälsa som dålig | -1,104 *** | -26,927 |
| | Bedömer sin hälsa som någorlunda | -0,600 *** | -14,554 |
| Högsta avslutade utbildning | <i>Grundskola</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| | Annan utbildning | -0,197 *** | -4,742 |
| | Gymnasiet | -0,252 *** | -6,017 |
| | Universitet eller högskola | -0,278 *** | -6,641 |
| Födelseland | <i>Sverige</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| | Europa (inkl. Turkiet och Ryssland) | -0,224 *** | -5,427 |
| | Norden | -0,053 | -1,258 |
| | Utanför Europa | -0,037 | -0,878 |
| Kön | <i>Kvinna</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| | Man | 0,051 * | 1,217 |
| | Kön ej ifyllt | -0,200 * | -4,852 |
| Ålder | <i>18-29 år</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| | 30-39 år | -0,071 | -1,701 |
| | 40-49 år | -0,051 | -1,227 |
| | 50-59 år | -0,028 | -0,666 |
| | 60-69 år | 0,211 *** | 4,939 |
| | 70-79 år | 0,526 *** | 11,870 |
| | 80+ år | 0,706 *** | 15,299 |
| Konstant | | 1,141 *** | |
| R ² adjusted | 0,059 | | |
| Antal svar | 37 631 | | |

Not: Förtroende avser förtroendet för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller regionen. Tabellen visar de ostandardiserade koefficienterna det vill säga den naturliga logaritmen av oddsets förändring för stort förtroende när en oberoende variabel ökar med en enhet. Positiva värden innebär positiva samband och negativa värden innebär negativa samband. För att resultaten ska bli lättare att tolka har vi även beräknat variabelernas marginaoeffekter. Marginaoeffekten anger i procentenheter hur sannolikheten för stort förtroende förändras när det sker en förändring i en oberoende variabel. Utfallsvariabeln, det vill säga stort förtroende är en binär variabel, där 1 = har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården, och 0 = har någon annan inställning till hälso- och sjukvården. Modellen har även kontrollerats för skillnader mellan landsting. 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.
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

Tabell 14. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet efter uppfattning om tillgång till vård, vård på lika villkor, kontakt med vården och bakgrundsvariabler utifrån Hälso- och sjukvårdsbarometern (2017).

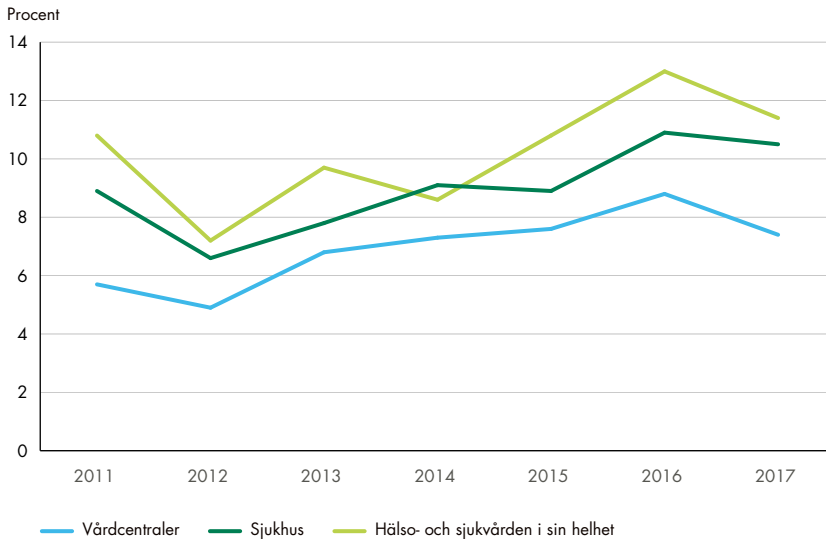
| Variabel | Svarskategori | Koefficient (log odds) | Marginaleffekt |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------|
| | <i>Nej</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| Har respondenten varit i kontakt med hälso- och sjukvården inom de senaste 6 månaderna | Som anhörig | -0,016 | -0,384 |
| | Som patient | 0,113 *** | 2,684 |
| | Som både patient och anhörig | 0,094 * | 2,205 |
| | Vet ej | 0,019 | 0,442 |
| | <i>Bedömer sin hälsa som god</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| Självskattad hälsa | Bedömer sin hälsa som dålig | -0,580 *** | -14,236 |
| | Bedömer sin hälsa som någorlunda | -0,412 *** | -9,942 |
| | <i>Grundskola</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| Högsta avslutade utbildning | Annan utbildning | -0,088 | -2,099 |
| | Gymnasiet | -0,177 *** | -4,230 |
| | Universitet eller högskola | -0,108 * | -2,559 |
| | | <i>Sverige</i> | <i>Referens</i> |
| Födelse land | Europa (inkl Turkiet och Ryssland) | -0,326 *** | -7,935 |
| | Norden | -0,026 | -0,627 |
| | Utanför Europa | -0,110 * | -2,634 |
| | <i>Kvinna</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| Kön | Man | 0,025 | 0,602 |
| | Kön ej ifyllt | -0,045 | -1,077 |
| | <i>18–29 år</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| Ålder | 30–39 år | 0,024 | 0,558 |
| | 40–49 år | 0,134 ** | 3,142 |
| | 50–59 år | 0,210 *** | 4,896 |
| | 60–69 år | 0,356 *** | 8,189 |
| | 70–79 år | 0,527 *** | 11,862 |
| | 80+ år | 0,602 *** | 13,234 |
| | <i>Vården ges på lika villkor</i> | <i>Referens</i> | <i>Referens</i> |
| Åsikt om huruvida vården ges på lika villkor | Vården ges ej på lika villkor | -1,375 *** | -32,650 |
| | Vet ej | -0,699 *** | -17,013 |
| | | <i>Instämmer</i> | <i>Referens</i> |
| Respondenten har tillgång till den vård hen behöver | Instämmer inte | -2,451 *** | -51,753 |
| | Varken eller | -1,824 *** | -41,828 |
| | Vet ej | -1,160 *** | -28,150 |
| Konstant | | 1,856 *** | |
| R ² adjusted | 0,246 | | |
| Antal svar | 37 631 | | |

Förtroende avser förtroendet för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller regionen. Tabellen visar de standardiserade koefficienterna det vill säga den naturliga logaritmen av oddsets förändring för stort förtroende när en oberoende variabel ökar med en enhet. Positiva värden innebär positiva samband och negativa värden innebär negativa samband. För att resultaten ska bli lättare att tolka har vi även beräknat variablernas marginaleffekter. Marginaleffekten anger i procentenheter hur sannolikheten för stort förtroende förändras när det sker en förändring i en oberoende variabel. Utfallsvariabeln, det vill säga stort förtroende är en binär variabel, där 1 = har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården, och 0 = har någon annan inställning till hälso- och sjukvården. Modellen har även kontrollerats för skillnader mellan landsting. 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. Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

ANALYSER PÅ LANDSTINGSNIVÅ

I kapitel 4 görs vissa jämförelser av förtroendet för hälso- och sjukvården i olika landsting. Vi konstaterade att skillnaderna mellan landstingen har ökat över tid, enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern. Figur 27 visar variationskoefficienten för tre förtroendemått som mäts i Hälso- och sjukvårdsbarometern. Variationskoefficienten är en normaliserad standardavvikelse och uttrycker standardavvikelsen som procentandelar av medelvärdet. En större variationskoefficient innebär större skillnader mellan landstingen. Vi ser att skillnaderna har ökat för samtliga förtroendemått.

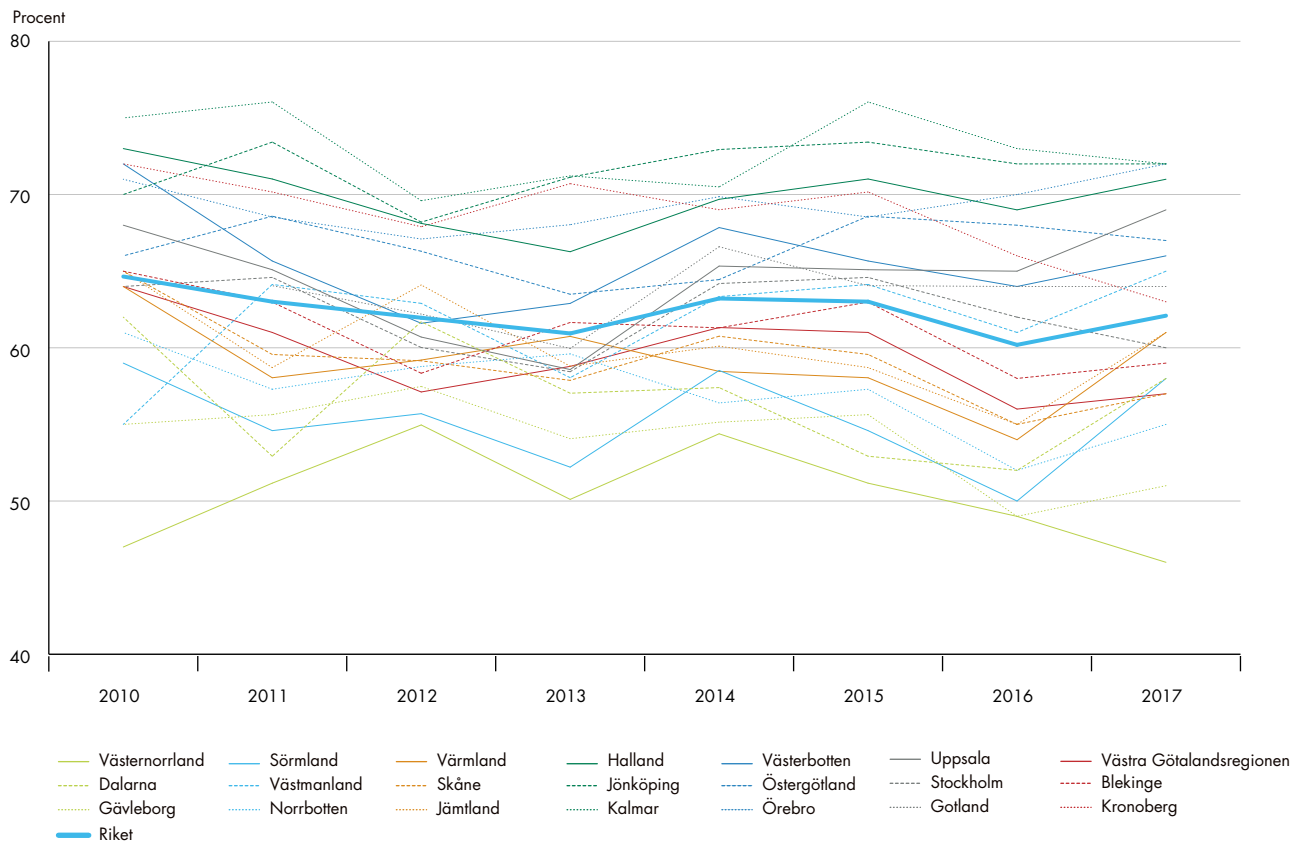
Figur 27. Variationskoefficienten för tre förtroendemått i Hälso- och sjukvårdsbarometern (2011–2017).



Not: Frågorna lyder: "Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/motsvarande i ditt landsting/region?" "Hur stort eller litet förtroende har du för sjukhusen i ditt landsting/region?" "Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i ditt landsting/region?" Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort. Figuren visar hur variationskoefficienten för andelen som har ganska stort och mycket stort förtroende har förändrats för dessa frågor mellan 2011–2017. Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2011–2017.

I kapitel 4 konstaterades också att flertalet landsting och regioner återkommande under flera år, har befunnit sig i toppen respektive botten i Hälso- och sjukvårdsbarometerens förtroendemätningar. Detta framgår av figur 28 som visar andelen med förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet i olika landsting och regioner (2010–2017).

Figur 28. Andelen med stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i olika landsting (2010–2017).



Not: Frågan lyder: "Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i ditt landsting/region?" Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort. I figuren visas procentandelen som har svarat ganska stort eller mycket stort förtroende.
 Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017.

I kapitel 5 analyserade vi vad de regionala skillnaderna i förtroendet för hälso- och sjukvården kan bero på. I tabell 15 visas resultaten för vår regressionsanalys.

Tabell 15. Utfall av regressionsanalys på landstingsnivå.

| Variabel | Koefficient |
|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Tillgänglighet | 0,296 *** |
| Standardkostnad | -0,351 *** |
| Andel hyrläkare | -0,175 *** |
| Antal viktade vårdkontakter för primärvård totalt per invånare | 0,016 * |
| Antal svar | 105 |

Not och källa: Tabellen visar den procentuella förändringen i sannolikheten för stort förtroende när en oberoende variabel ökar en enhet. Förtroende är befolkningens förtroende för vårdcentraler eller motsvarande i sitt landsting eller sin region (Vårdbarometern). Väntetider är ett likaviktat index som består av tre indikatorer: dels de två mätningarna som avser primärvård i den nationella vårdgarantin (Väntetidsdatabasen), dels svaren på en fråga till befolkningen om de upplever att väntetiden till vårdcentral är rimlig (Vårdbarometern), Andel hyrläkare har beräknats utifrån SKL:s personaltäthetsmodell (SKL). Standardkostnaden avser förväntad standardkostnad per landsting i relation till rikets standardkostnad (SCB) Vårdkontakter är antal viktade vårdkontakter per invånare för primärvård totalt exklusive primärvårdsansluten hemsjukvård. Viktning har skett utifrån skillnader i resursåtgång hos de tre kontaktförmedlarna mottagningsbesök, telefonkontakt och hembesök. Ett hembesök är lika med 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt är lika med 1/3 av ett mottagningsbesök. Ett besök hos annan kategori än läkare antas motsvara 40 procent av ett läkarbesök. Avser egen produktion och produktion utförd av annan vårdgivare (privata, stiftelser etcetera) (SKL och SCB). All statistik utom standardkostnaden har hämtats från Kolada.

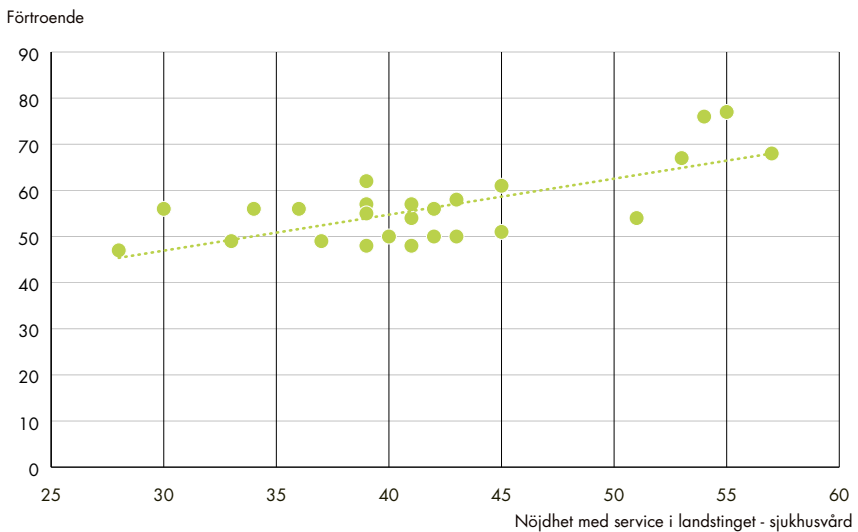
Utöver de resultat som visas i tabell 15 har vi även analyserat om förtroendet påverkas av följande faktorer:

- Skillnader i hur stor andel av landstingets hälso- och sjukvård som utgörs av primärvård, beräknad via nettokostnad i primärvård exklusive läkemedel och primärvårdsansluten hemsjukvård i relation till total nettokostnad hälso- och sjukvård exklusive politisk verksamhet, tandvård, hemsjukvård och läkemedel (SKL, 2011-2015).
- Förekomsten av privata utförare, beräknat som andel köp av primärvård från privata företag eller vårdgivare i relation till totala nettokostnader för primärvård (SKL, 2011-2015)
- Antalet årsarbetare per 1000 invånare, mätt som legitimerade läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer per 1 000 invånare, korrekterat antal i primärvård ur ett konsumtionsperspektiv (SKL, 2011-2015).
- Fysiskt avstånd till vårdcentral, beräknat som andel i landstinget som har 10 minuters bilväg eller mindre till vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00. (Socialstyrelsen, 2016) Vi har gjort ett antagande att det fysiska avståndet till närmsta vårdcentral är konstant mellan åren 2011-2015 medan övriga variabler varierar från år till år.

Dessa faktorer tycks dock inte förklara skillnaderna i förtroende mellan landstingen.

FÖRTROENDE OCH NÖJDHET

Figur 29. Positivt samband mellan förtroendet och nöjdheten med vårdcentraler respektive sjukhusvården i landstinget.



Not: Förtroende avser förtroende för sjukvården. För nöjdhetsmåten saknas uppgifter för år 1997 samt år 2009 och vi har därför uppskattat nivån genom att beräkna ett genomsnitt av 1996 och 1998 respektive 2008 och 2010 års resultat. I figuren visas sambanden mellan balansmåten för de olika variablerna. Balansmättet anger andelen som svarat "Mycket" eller "Ganska nöjd" / "Stort" eller "Ganska stort" förtroende / "Mycket" eller "Ganska bra" minus andelen som svarat "Mycket" eller "Ganska missnöjd" / "Litet" eller "Ganska litet förtroende" / "Ganska dåligt" eller "Mycket dåligt".
Källa: Nationella SOM-undersökningen, 2016.

MEDIAANALYSEN

Retriever har på uppdrag av Vårdanalys gjort en sammanställning av omnämningen av hälso- och sjukvården i svensk media under perioden 1 januari 2007 - 31 december 2017. Syftet är att ge en övergripande bild av hur hälso- och sjukvården omskrivs i media samt vilka viktiga och större händelser/ämnen som publiciteten består av.

Analysen utgörs av en kvantitativ sammanställning med genomläsning av vissa delar av publiciteten. Den initiala kvantitativa sammanställningen bygger på körningar av framarbetade sökprofiler i Retrievers mediearkiv. Därefter har en del av underlaget lästs igenom av en medieanalytiker som sedan har lyft fram och kommenterat relevanta händelser i analysen.

Analysen omfattar perioden 1 januari 2007 – 31 december 2017. Retriever har gjort sökningar i samtlig svensk redaktionell webb och tryckt press för att kunna visa hur helhetsbilden av vården ser ut. Retriever gjorde också sökningar i ett urval av räckviddstarka källor för att kunna påvisa vilka nyheter som har haft stor räckviddspotential och troligtvis nått en stor del av befolkningen. I det begränsade källurvalet ingår följande källor: Aftonbladet, Expressen, Dagens Nyheter, Svenska Dagbladet, Göteborgs-Posten och Sydsvenskan.

Sökord:

Omfattning av publicitet om hälso- och sjukvården:

("hälso- och sjukvård*", "hälso- och sjukvård*", sjukvård*, vården*, hälsovård*, patient*, akutsjukvård*, akutvård*, akutmottagning*, akutklinik*, akutsjukhus*, förlossningsvård*, kvinnohälsa*, cancervård*, mödravård*, primärvård*, psykiatri*, hjärtsjukvård*, barnsjukvård*, barnpsykiatri*, "barn- och ungdomspsykiatri*", äldreomsorg*, strokevård*, vaccin*)

Krisrapportering om hälso- och sjukvård:

((kris, krisen*, kriserna*, sjukvårdskris*, vårdkris*) AND ("hälso- och sjukvård*", "hälso och sjukvård*", sjukvård*, vården*, hälsovård*, patient*, akutsjukvård*, akutvård*, akutmottagning*, akutklinik*, akutsjukhus*, förlossningsvård*, kvinnohälsa*, cancervård*, mödravård*, primärvård*, psykiatri*, hjärtsjukvård*, barnsjukvård*, barnpsykiatri*, "barn- och ungdomspsykiatri*", äldreomsorg*, strokevård*, vaccin*)), sjukvårdskris*, vårdkris*)

BAKGRUNDSINTERVJUER

För att få en grundläggande förståelse för hur landstingens styrning tar fasta på förtroendet för hälso- och sjukvården och vilka områden som kan vara viktiga att belysa i rapporten genomfördes ett antal bakgrundsintervjuer med personer i ledningsposition i tre landsting (tabell 16). Intervjuerna utgick från frågor om hur intervjupersonerna ser på vad som skapar förtroende, vilka utmaningar som finns vad gäller förtroende, vilka erfarenheter man har av problem med förtroendet, hur man styr mot förtroende i det aktuella landstinget och vilka roller olika aktörer har i förtroendearbetet, till exempel politiker och tjänstemän.

Tabell 16. Namn och titel på personer som har intervjuats.

| Namn | Titel |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|
| Anna Möller | Kommunikationsstrateg, Region Skåne |
| Ewa Back | Hälso- och sjukvårdsordförande Region Västernorrland |
| Johan Rosenqvist | Hälso- och sjukvårdsdirektör, Landstinget i Kalmar län |
| Anna Starbrink | Hälso- och sjukvårdslandstingsråd, Stockholms läns landsting |
| Anna Strömblad | Kommunikationsdirektör, Landstinget i Kalmar län |
| Anders Henriksson | Landstingsråd, Landstinget i Kalmar län |
| Barbro Naroskyin | Hälso- och sjukvårdsdirektör, Stockholms läns landsting |

Förnuft och känsla

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården

En grundläggande förutsättning för ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem är att befolkningen känner förtroende för vården. Graden av förtroende påverkar både vårdens effektivitet på systemnivå och i förlängningen hälsan för enskilda individer. I den här rapporten tar vi reda på hur läget med förtroendet för hälso- och sjukvården är och hur det har utvecklats över tid. Vi tittar också bakom förtroendesiffrorna: Vad visar egentligen förtroendemätningarna? Vilka olika faktorer påverkar förtroendet? Och vilka uppfattningar om vården ligger bakom ett stort eller litet förtroende?

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.

