

Rapport 2020:9

# Primärt i vården

En studie om befolkningens syn på  
kontinuitet vid vårdcentraler



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020  
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm  
Omslagsbild: Getty Images International  
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri  
ISBN 978-91-88935-19-9



# Primärt i vården

En studie om befolkningens syn på  
kontinuitet vid vårdcentraler

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Ida Nyström har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Marianne Svensson och analyschef Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2020-06-11

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Anna Dunér  
*Vice styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Titti Mattsson  
*Styrelseledamot*

Hans Winberg  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Ida Nyström  
*Föredragande*

## Förord

På nationell och regional nivå pågår en omställning och utveckling av vården där primärvårdens framtida roll står i fokus. Behovet av kontinuitet är ett område som betonas – frågan är hur det kan förstås utifrån befolkningens perspektiv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har gjort en befolkningsundersökning för att ta reda på befolkningens erfarenheter och preferenser när det gäller kontinuitet hos vårdcentraler. Vi hoppas att den kunskapen bidrar till det fortsatta utvecklingsarbetet och inspirerar till lösningar som utgår från ett personcentrerat perspektiv.

Arbetet vid Vårdanalys har letts och genomförts av projektledaren Ida Nyström och analytikern Johan Frisk. I arbetet har även juristen Timothy Hallgren deltagit. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har bidragit vid utformningen av befolkningsenkäten samt kvalitetssäkring av analysen. Statistiska centralbyrån (SCB) har bistått i arbetet med enkäten och administrerat datainsamlingen.

Vi vill rikta ett stort tack till alla som har svarat på våra enkäter och som har deltagit i intervjuer. Vi vill också tacka Hannes Kohnke (Lunds universitet), Lisbeth Löpare (Sveriges Kommuner och Regioner – SKR), Jonas Binnmyr (Astma- och allergiförbundet), Malin Östman (Högskolan i Borås) och Lina Maria Ellegård (Lunds universitet) för betydelsefulla synpunkter på arbetet.

Stockholm i juni 2020

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*



Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genom en befolkningsenkät undersökt den vuxna befolkningens erfarenheter och preferenser när det gäller kontinuitet hos vårdcentraler. De som svarade fick bland annat välja mellan fiktiva vårdcentraler som skiljde sig åt utifrån fyra olika kvalitetsaspekter: olika typer av fast vårdkontakt, olika grad av delaktighet och samordning samt olika väntetider till icke-akuta besök. På så sätt har vi tagit reda på hur de har värderat aspekterna i förhållande till varandra.

### Våra slutsatser är följande

- ▶ Många som anser att det är viktigt att ha en fast vårdkontakt har det inte i dag. Liknande skillnader finns även för andra kvalitetsaspekter, som delaktighet och tillgänglighet. Det finns alltså ett gap i befolkningens syn på vad som är viktigt och hur väl det tillgodoses i vården.
- ▶ Befolkningen värderar flera olika typer av kontinuitet högt. I hypotetiska valsituationer som kräver en kompromiss, värderar de delaktighet högst. De kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns om vårdcentralen lever upp till andra kvalitetsaspekter.
- ▶ Befolkningen värderar två olika lösningar på fast kontakt ungefär lika högt, nämligen en fast läkarkontakt och ett fast mindre sjukvårdsteam med både läkare och sjuksköterskor.
- ▶ Befolkningen har skilda behov och preferenser i frågan om hur vården bäst kan tillgodoses för dem. En grupp värderar möjligheten till fast läkarkontakt högst, en annan grupp korta väntetider och en tredje delaktighet.
- ▶ Det finns ibland omotiverade skillnader i hur olika personer får vård. Bland annat påverkar boendeort sannolikheten att ha en fast läkarkontakt.

### **Vi ger följande rekommendationer**

- ▶ Regeringen och regionerna behöver se till att styrningen av vården balanserar flera kvalitetsaspekter för att möta befolkningens skilda behov och preferenser.
- ▶ Regeringen och regionerna behöver skapa bättre förutsättningar för att tillgodose olika former av kontinuitet.



## Sammanfattning

Kontinuitet är ett mångfacetterat begrepp och är bland annat en grundförutsättning för att uppfylla kravet på en god vård (se 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). Kontinuitet kan till exempel bidra till en högre kvalitet, patientsäkerhet och patientnöjdhet, samt påverka möjligheterna till lärande och effektivitet.

Hälso- och sjukvården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet, insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt, och vården ska vara lätt tillgänglig. Hälso- och sjukvården ska också främja patienters delaktighet. (6 kap. 1 §, 2 kap. 1 § samt 5 kap. 1-3 §§ patientlagen (2014:821), PL).

Trots att vikten av kontinuitet, samordning, tillgänglighet och delaktighet betonas särskilt inom primärvården, finns det en uppfattning om att primärvården brister i att erbjuda detta.

Vårdanalys vill med den här rapporten belysa den vuxna befolkningens erfarenheter och preferenser för olika kvalitetsaspekter som relaterar till kontinuitet hos vårdcentraler (eller motsvarande, som hälsocentraler). För att ta reda på det har vi genomfört en befolkningsenkät. Vår bedömning är att enkätsvaren ger en relativt god representativitet sett till den vuxna befolkningen i Sverige. Utöver frågor om faktiska erfarenheter av till exempel fasta vårdkontakter, innehöll enkäten även frågor om hur olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler värderas i prioriteringssituationer.

Kortfattat har de svarande ställts inför hypotetiska valsituationer där de fått välja mellan fiktiva vårdcentraler. Vårdcentralerna beskrevs med hjälp av fyra kvalitetsaspekter som relaterar till kontinuitet – på så sätt skiljde sig vårdcentralerna åt men ingen erbjöd ”det bästa av allt”. Aspekterna avser olika typer av *fast vårdkontakt*, olika grad av *delaktighet* och *samordning*, samt olika *väntetider* till icke-akuta besök. Utifrån de svarandes val kan vi

uttala oss om hur befolkningen värderar kvalitetsaspekterna i förhållande till varandra och vad de tycker är viktigast. Vår uppfattning är att vi fått en förhållandevis god bild av hur personer tänker om de ställdes inför en liknande valsituation i verkligheten. Men vi vet också att personers preferenser är situationsberoende och kan variera över tid. Samtidigt ger kunskapen om personers relativa värderingar av olika kvalitetsaspekter insikter om hur vårdcentraler kan få förutsättningar och organiseras eller arbeta för att bättre möta befolkningens preferenser.

## RESULTAT OCH SLUTSATSER

Kontinuitet har ingen entydig definition. Det kan bland annat beskrivas som relationskontinuitet och informationskontinuitet, samt relatera till andra begrepp som samordning, delaktighet och tillgänglighet. Olika personer lägger olika innebörd i begreppet. Sammanfattningsvis visar också vår analys av resultatet från befolkningsenkäten att befolkningen värdesätter flera olika typer av kontinuitet.

Trots att en hög andel av befolkningen uppger att de har en ordinarie vårdcentral (91 procent), är det en betydligt lägre andel som uppger att de har en fast läkare eller annan fast vårdkontakt där (32 procent). Samtidigt finns stora skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Exempelvis har personer med långvariga sjukdomar en fast kontakt i högre utsträckning än befolkningen i övrigt. Personer med fasta kontakter på vårdcentraler har också bättre erfarenheter av vården där.

Befolkningen värderar samtliga fyra kvalitetsaspekter högt. Men om de tvingas välja värderar de delaktighet högst. Det finns samtidigt tydliga skillnader i befolkningens preferenser. Tre grupper med tydligt skilda preferenser framkommer i vår analys: en grupp värdesätter delaktighet relativt högst, en grupp värdesätter möjligheten till fast kontakt högst, och en grupp värdesätter kort väntetid även till icke-akuta besök högst.

Slutligen kan vi konstatera att det finns arbetssätt och metoder som kan öka kontinuiteten, samtidigt som förutsättningarna behöver bli bättre.

### **En av tre har en fast kontakt på sin vårdcentral**

Vår enkät visar att omkring en tredjedel av befolkningen uppger att de har någon fast kontakt vid en vårdcentral. 26 procent av befolkningen har en fast läkarkontakt och 15 procent har en annan fast vårdkontakt som sjuksköterska på vårdcentralen. Om vi också inkluderar sjukhus och specialistmottagningar uppger hälften av befolkningen att de har en fast kontakt någonstans i vården.

Andelen med fast kontakt skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen. Personer med långvariga sjukdomar har oftare fast kontakt än övriga personer i befolkningen. Andelen med fast läkarkontakt ökar också med åldern. Kvinnor har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än män. Personer som bor i storstadskommuner har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än de som bor i mindre kommuner.

Personer med flera långvariga sjukdomar uppger i högre grad att de har möjlighet att välja vilken person de ska ha som fast vårdkontakt på vårdcentralen jämfört med personer som inte har någon långvarig sjukdom. De värderar även den möjligheten högre än personer utan långvarig sjukdom.

Resultatet visar också att personer med fasta kontakter på vårdcentraler har bättre erfarenheter av vården där. Det gäller särskilt personer som har både en fast läkarkontakt *och* annan fast vårdkontakt. Personer med fast läkarkontakt uppger i högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.

### **Befolkningen värderar flera olika typer av kontinuitet högt**

Resultatet visar att samtliga kvalitetsaspekter (fast kontakt, samordning, delaktighet och kort väntetid till icke-akuta besök) värderas högt. Om personerna inte behöver kompromissa är alla viktiga. Om vi dessutom jämför hur viktig en kvalitetsaspekt uppfattas med hur väl de svarande anser att deras ordinarie vårdcentral i dag lever upp till den uppstår ett gap för alla kvalitetsaspekter. Störst blir gapet mellan att få träffa samma person, det vill säga skillnaden mellan hur viktigt svarande tycker att det är att träffa samma person vid olika vårdbesök och hur väl de svarande bedömer att deras vårdcentral lever upp till att de får träffa samma person. Minst gap finns för informationskontinuitet mätt som tillgång till journalinformation. Den aspekten värderades högst och ansågs samtidigt också efterlevas i störst utsträckning.

Det finns tydliga skillnader mellan olika grupper i hur viktiga de upplever olika kvalitetsaspekter och hur väl de upplever att de tillgodoses. Bland annat är samordning något som en majoritet av befolkningen vill ha och även uppger att deras vårdcentral hjälper till med. Men det värderas högre av personer med en eller flera långvariga sjukdomar. Samma personer uppger i sin tur i lägre utsträckning att de får hjälp med samordningen av sin vårdcentral, jämfört med övriga befolkningen.

Även personer som har sina huvudsakliga kontakter inom andra delar av vården och inte på vårdcentralen vill att deras vårdcentral ska hjälpa till med samordningen.



När det gäller hur delaktig man är i beslut om sin behandling uppger personer med *flera* långvariga sjukdomar att de i lägre utsträckning får vara delaktiga, samtidigt som personer med *en* långvarig sjukdom känner sig mer delaktiga än befolkningen i övrigt. Kanske speglar dessa resultat utformningen av befintliga kunskapsstöd såsom nationella riktlinjer och hur vården är organiserad, det vill säga att mycket är uppbyggt kring enskilda diagnoser. Om vårdens kunskapsstyrning och organisering alltför ensidigt utgår från enskilda diagnoser finns en risk att helhetssynen blir lidande, inte minst för personer som har flera långvariga sjukdomar eller samsjuklighet.

### **Delaktighet värderas relativt högst**

Alla kvalitetsaspekter ansågs viktiga var för sig, men i de hypotetiska valsituationerna fick de svarande själva göra avvägningar och kompromissa. Genom det kan vi studera deras preferenser i förhållande till varandra. Enligt de svarande i vår befolkningsenkät är delaktighet den aspekt som de flesta värderar högst av de inkluderade kvalitetsaspekterna.

Resultatet visar också att personer kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns till icke-akuta besök, om vårdcentraler tillgodoser de andra inkluderade kvalitetsaspekterna – delaktighet, fast kontakt eller samordning.

### **Befolkningen har skilda preferenser**

Vår studie visar tydligt att befolkningen värderar olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler olika mycket. I vår analys framkom tre tydliga grupper som vi har valt att referera till som ”relationssökande”, ”väntetidsminimerare” och ”delaktiga beslutsfattare”. Namnen associerar till vilken prioritering som respektive grupp gör i sina val. Preferenserna för bland annat kort väntetid till icke-akuta besök är inget som alla i befolkningen delar i situationer där man behöver göra avvägningar i sina val.

Personers preferenser är situationsberoende och kan variera över tid. Vi ser att olika preferenser bland annat påverkas av faktorer som personers vårdkonsumtion, hälsotillstånd eller ålder. Däremot ser vi inget som tyder på att personers boendekommun påverkar preferenserna.

### **Flera sätt att öka kontinuiteten**

Det är väl känt att det finns olika hinder som försvårar arbetet med kontinuitet, bland annat den demografiska och medicinska utvecklingen, och brist på

personal vid vårdcentraler. I utredningen Effektiv vård lyftes för ett par år sedan fram att ”vårdens arbetssätt inte utgår från kontinuitet och vare sig ersättningssystem eller sättet att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet”. Samtidigt finns det flera arbetssätt och metoder som redan i dag kan öka kontinuiteten. Mycket tyder på att en rörelse mot en högre kontinuitet skapar nytta ur en mängd perspektiv – inte minst kan det bidra till en högre patientsäkerhet och effektivitet.

Det finns flera områden som befolkningen menar skapar en god relation mellan patient och vårdpersonal. Egenskaper som värderas högt är till exempel ”att bli lyssnad på och känna sig förstådd” samt ”att vårdpersonalen ger mig information om min sjukdom och behandling som jag förstår”. Fritextsvaren i vår befolkningsenkät visar till exempel att möjligheten att ha en fast kontakt och att kunna träffa samma vårdpersonal vid återkommande besök är något som många tycker är viktigt.

Initiativ för kontinuitetsförbättrande åtgärder behöver efterfrågas och möjliggöras i styrningen av vården – både personal och patienter behöver förutsättningar för att själva kunna bidra till en högre kontinuitet. Det kan handla om triagering, schemaläggning, receptionistrutiner, och mycket annat. Fungerande arbetsteam och ett lokalt ledarskap som främjar bra kommunikationer inom och mellan verksamheter främjar också kontinuitet.

Vår studie visar att stora delar av befolkningen värderar delaktighet och bemötande högt. Här finns det redan i dag olika etablerade metoder att använda, som metoder för delat beslutsfattande eller patientcentrerad konsultation. Verksamheter behöver involvera patienter i den egna vården och i vårdens utformning.

## VÅRA REKOMMENDATIONER

Att vården utgår från befolkningens olika behov, preferenser och resurser är kärnan i en personcentrerad vård. Människor har olika behov och de varierar över tid. Vår befolkningsstudie har tydliggjort att befolkningen har skilda preferenser för olika kvalitetsaspekter som relaterar till kontinuitet hos vårdcentraler. Utvecklingen av vårdens styrning, organisering och arbetssätt behöver ta hänsyn till de olikheter som finns.

Med utgångspunkt från resultaten i vår befolkningsenkät ser vi att verksamheter redan i dag kan arbeta för att på ett bättre sätt möta olika personers behov och preferenser. Men för att kunna göra det på ett mer genomgripande sätt behövs också bättre förutsättningar.



► *Regeringen och regionerna behöver se till att styrningen av vården balanserar flera kvalitetsaspekter för att möta befolkningens skilda behov och preferenser*

Vården behöver ta hänsyn till olika värden eftersom befolkningen har olika behov och preferenser. Regeringen och regionerna behöver därför se till att styrningen inte ensidigt är inriktad mot en viss kvalitetsaspekt, utan att den balanseras. För regeringen handlar det till exempel om den styrning som sker genom statliga satsningar eller överenskommelser med SKR, och för regionerna handlar styrningen bland annat om hur de utformar uppdrag och ersättning till samt uppföljning av vårdgivare. Om vårdcentraler till exempel ensidigt styrs mot att erbjuda en snabb tillgång till vård, är risken att andra kvalitetsaspekter inte får samma utrymme trots att många upplever att de är viktigare. Det är till exempel vanligare att personer med bättre hälsotillstånd tycker att kortare väntetider till icke-akuta besök är viktigast, jämfört med personer som i genomsnitt har sämre hälsotillstånd.

Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde gäller i alla delar av vården och behöver även beaktas i olika typer av förbättringsarbeten – eventuella prioriteringar ska göras utifrån vem som har störst behov.

Huvudmännen och vårdgivarna behöver också ge befolkningen tydlig information om vad de kan förvänta sig i sina olika kontakter med vården. Det handlar om information som tydliggör hur olika möjligheter eller erbjudanden fungerar i praktiken, och vilka eventuella avvägningar som olika erbjudanden eller val innebär.

► *Regeringen och regionerna behöver skapa bättre förutsättningar för att tillgodose olika former av kontinuitet*

Förutsättningarna för att uppnå en högre grad av kontinuitet varierar i olika delar av landet. Regeringen och regionerna behöver därför arbeta för att göra förutsättningarna mer lika över landet men också inom regionerna, till exempel för personalförsörjningen. Men vi ser också att regionerna utifrån sina olika utgångslägen behöver skapa så bra förutsättningar som möjligt för vårdgivare, personal, närstående och patienter att bidra till en högre grad av kontinuitet.

Frågan om att förbättra tillgången till fasta kontakter i vården har funnits på agendan länge. Men trots det ser vi inga tecken på förbättringar. Det finns flera exempel på initiativ som tagits för att uppnå

högre kontinuitet men som inte blir som det var tänkt. Att ställa krav på att alla personer ska ha en namngiven fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt utan att samtidigt skapa rätt förutsättningar för det arbetet är exempel på det. Det målet kan i sig uppnås utan att det i praktiken leder till en högre grad av kontinuitet för patienten. Därför är det också viktigt att följa upp hur patienterna själva upplever att kontinuiteten fungerar och utvecklas.

Det kan behövas olika typer av lösningar för att hälso- och sjukvården ska kunna möta skillnader i befolkningens behov och preferenser av dessa kvalitetsaspekter. För att uppnå en mer personcentrerad vård som utgår från olika behov, preferenser och resurser, är det också viktigt att skaffa sig kunskap om hur dessa förhåller sig på en mer lokal eller enskild nivå. Den kunskapen kan bidra till en målbild och strategier för hur olika behov kan mötas. Nya arbetssätt och hur väl de fungerar i förhållande till patienters behov och preferenser behöver därför löpande följas upp och ageras på.











# Innehåll

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inledning.....</b>  | <b>21</b> |
| 1.1      | Projektet bidrar med kunskap om befolkningens preferenser i utvecklingen av primärvården ..... | 22        |
| 1.2      | Rapportens disposition .....   | 23        |
| <b>2</b> | <b>Kontinuitet kan beskrivas från olika perspektiv .....</b>                                   | <b>27</b> |
| 2.1      | Olika typer av kontinuitet bidrar till en god vård.....  | 27        |
| <b>3</b> | <b>Metod och genomförande .....</b>  | <b>37</b> |
| 3.1      | En relativt representativ bild av befolkningen .....   | 37        |
| 3.2      | Resultatet är viktat efter befolkningen .....  | 39        |
| 3.3      | Enkäten bestod av fem delar .....  | 39        |
| 3.4      | Ett sätt att mäta relativa preferenser .....   | 40        |
| 3.5      | Identifierade kvalitetsaspekter för att beskriva vårdcentraler.....                            | 41        |
| <b>4</b> | <b>Befolkningens erfarenheter och åsikter om sin vård.....</b>                                 | <b>51</b> |
| 4.1      | De flesta har en ordinarie vårdcentral .....   | 52        |
| 4.2      | En tredjedel har en fast kontakt på vårdcentralen .....  | 53        |
| 4.3      | De med fast kontakt har mer positiva erfarenheter av sin vårdcentral ....                      | 61        |
| 4.4      | Personer agerar olika när de får problem med hälsan.....                                       | 64        |
| <b>5</b> | <b>Vad är viktigast för befolkningen om de behöver välja? .....</b>                            | <b>69</b> |
| 5.1      | Delaktighet vid beslut viktigaste kvalitetsaspekten .....                                      | 70        |
| 5.2      | Kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns .....                                 | 73        |
| 5.3      | Värderar sin nuvarande vårdcentral högt.....   | 74        |
| 5.4      | Olika preferenser avgör valet av vårdcentral .....   | 78        |
| 5.5      | Stöd för att vi mäter faktiska preferenser .....   | 83        |



|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>6</b> | <b>Hinder och möjligheter för att erbjuda en god kontinuitet .....</b>    | <b>87</b>  |
| 6.1      | Relationen i fokus – så kan den stärkas ur befolkningens perspektiv ..... | 87         |
| 6.2      | Begränsade förutsättningar för kontinuitet.....                           | 94         |
| 6.3      | Högre kontinuitet i vården kan nås på flera sätt.....                     | 96         |
| <b>7</b> | <b>Slutsatser och rekommendationer .....</b>                              | <b>105</b> |
| 7.1      | Befolkningens erfarenheter och preferenser varierar .....                 | 105        |
| 7.2      | Rekommendationer .....  | 111        |
| <b>8</b> | <b>Referenser .....</b>   | <b>115</b> |
|          | <b>Bilagor .....</b>  | <b>123</b> |
|          | Bilaga 1 – Enkätutformning och studiens upplägg.....                      | 123        |
|          | Bilaga 2 – Dataanalys och resultat.....                                   | 128        |
|          | Bilaga 3 – Personer som har medverkat i vår studie.....                   | 147        |
|          | Bilaga 4 – Kvalitativ innehållsanalys.....                                | 149        |





## Inledning

Kontinuitet är bland annat en grundförutsättning för att uppfylla kravet på en god vård (5 kap. 1 § HSL) och vikten av kontinuitet betonas särskilt inom primärvården (SOU 2016:2, SOU 2018:39). Det konstateras att kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är viktig för både vårdens kvalitet och patientens upplevelse samt medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Kontinuitet är också en viktig förutsättning för en personcentrerad vård (Vårdanalys 2018d). Hälso- och sjukvården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § PL). Vården ska också vara lätt tillgänglig och se till att patienters delaktighet främjas (2 kap. 1 § samt 5 kap. 1-3 §§).

Men trots detta upplever patienter att primärvården har brister i kontinuitet, samordning, delaktighet och tillgänglighet (Vårdanalys 2017a). Bristerna är också vanliga skäl till att medborgarnas förtroende för primärvården är relativt lågt inom hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2018a). Enligt undersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern är möjligheten att få träffa samma läkare det som flest anser skulle öka förtroendet för primärvården (SKL 2019). Regionerna har redan i dag svårigheter med kompetensförsörjning och bemanning av bland annat specialister i allmänmedicin (Vårdanalys 2017a, 2018b). Dessutom bidrar befolkningsutvecklingen till allt högre krav på effektiviseringar (SKL 2018a), och för att förbättra områden som kontinuitet och tillgänglighet är det sannolikt nödvändigt med prioriteringar.

På nationell och regional nivå pågår en utveckling mot en nära vård där primärvårdens framtida roll står i fokus. För att i det utvecklingsarbetet bidra till lösningar som utgår från ett personcentrerat perspektiv, ser vi ett behov



av att fördjupa kunskapen om befolkningens erfarenheter och preferenser av olika kvalitetsaspekter som relaterar till kontinuitet hos vårdcentraler.

## 1.1 PROJEKTET BIDRAR MED KUNSKAP OM BEFOLKNINGENS PREFERENSER I UTVECKLINGEN AV PRIMÄRVÅRDEN

Syftet med projektet är att bidra med kunskap om befolkningens preferenser för utvecklingen av primärvården. Målet är att analysera befolkningens erfarenheter av och preferenser för olika kvalitetsaspekter som relaterar till kontinuitet hos vårdcentraler. Vidare är målet att belysa hur vårdcentraler bättre kan möta patienters behov av och preferenser för kontinuitet. I projektet har vi utgått från följande frågor:

1. Vilka erfarenheter och åsikter har befolkningen om olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler (eller motsvarande)?
  - a. Hur ser det ut med fasta kontakter i vården i dag?
2. Hur värderar befolkningen olika kvalitetsaspekter relaterade till kontinuitet, som fast kontakt och tillgänglighet, jämfört med varandra?
  - a. Hur skiljer sig värderingen mellan olika grupper i befolkningen?
3. Hur kan vårdcentraler bättre möta befolkningens och patienternas preferenser och behov av kontinuitet?

För att besvara fråga 1 och 2 har vi genomfört en befolkningsenkät, gått igenom litteratur på området, samt genomfört ett antal intervjuer med patient- och professionsföreträdare. Vi beskriver metoden mer utförligt i kapitel 3.

Fråga 3 har vi besvarat med utgångspunkt i resultat från befolkningsstudien och relevant litteratur på området.

För att få ytterligare kunskap och perspektiv på våra analyser och resultat, har vi haft en referensgrupp med patient-, och professionsrepresentanter samt forskare (se bilaga 3).

### 1.1 Omfattning och avgränsningar

Kontinuitet är viktigt ur patientens perspektiv, men det är även viktigt av andra anledningar. Kontinuitet kan till exempel påverka möjligheterna till lärande och effektivitet, samt kvalitet och patientsäkerhet. Om vårdpersonal inte träffar sina patienter på återbesök är det till exempel svårare att lära sig vad insatta behandlingar haft för effekter (SOU 2016:2). Det saknas kunskap om vilka effekter eller medicinska resultat som olika typer av kontinuitet leder till för olika patientgrupper och varför. Sådan kunskap kan också vägleda



vården i vilka prioriteringar eller utvecklingsarbeten som behövs. Vår studie bidrar inte med ny kunskap om den typen av effekter.

Projektet är avgränsat till att ta reda på mer om den vuxna befolkningens erfarenheter av och preferenser för olika kvalitetsaspekter som relaterar till kontinuitet hos vårdcentraler. Med vårdcentral menar vi också hälsocentral, husläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande.

När vi skriver om personer med långvarig sjukdom menar vi att sjukdomen eller funktionsnedsättningen har varat eller beräknas vara minst 6 månader.

## 1.2 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 ger vi en bakgrund till begreppet kontinuitet och hur det kan förstås ur olika perspektiv. Kapitel 3 ger en kort introduktion till metoden i vår enkätstudie och hur vi har valt att genomföra studien. Därefter följer tre resultatkapitel. Kapitel 4 redovisar beskrivande statistik över befolkningens erfarenheter av och åsikter om sin vård. Kapitel 5 redovisar resultat från regressionsanalyser baserade på de hypotetiska valsituationerna. Kapitel 6 tar upp hinder och möjligheter för en god kontinuitet, med fokus på hur så kallad relationskontinuitet kan stärkas ur befolkningens perspektiv. Baserat på resultaten presenterar vi slutligen våra slutsatser och rekommendationer i kapitel 7.

Figur 1. Översiktlig bild av rapportens disposition.

| Kapitel | Innehåll   |
|---------|--|
| 2       | Kontinuitet kan beskrivas från olika perspektiv<br>▸ Beskrivning av innebörden av kontinuitet som begrepp  |
| 3       | Metod och genomförande<br>▸ Kort introduktion till metoden i enkätstudien  |
| 4       | Befolkningens erfarenheter av och åsikter om sin vård<br>▸ Viktade resultat från enkätstudien  |
| 5       | Vad är viktigast för befolkningen om de behöver välja?<br>▸ Resultat från regressionsanalysen med data från enkätstudien   |
| 6       | Hinder och möjligheter för att erbjuda en god kontinuitet<br>▸ Olika förutsättningar för kontinuitet idag<br>▸ Textanalys på fritextsvar från enkätstudien med fokus på relationskontinuitet |
| 7       | Slutsatser och rekommendationer  |







## Kontinuitet kan beskrivas från olika perspektiv

Utgångspunkten för vår studie är begreppet kontinuitet. Det har ingen entydig definition utan kan ha olika innehåll och innebörd. Det kan bland annat beskrivas som relationskontinuitet och informationskontinuitet, samt relatera till andra begrepp som samordning. Olika personer lägger olika innebörd i begreppet. Och det finns flera lagbestämmelser som på olika sätt syftar till att uppnå en högre kontinuitet i vården och omsorgen. Patienternas upplevelse av kontinuitet är beroende av hur hälso- och sjukvården får ihop de olika typerna av kontinuitet till en fungerande helhet. I det här kapitlet undersöker vi hur kontinuitet kan beskrivas och förstås ur olika perspektiv.

### 2.1 OLIKA TYPER AV KONTINUITET BIDRAR TILL EN GOD VÅRD

Begreppet kontinuitet är flerdimensionellt och har ingen entydig definition. Ofta kopplas det samman med andra begrepp som samordning, koordinering eller integrerad vård. Vårdkontinuitet definieras som sammanhängande vårdåtgärder, från patientens första kontakt med sjukvården genom alla stadier av behandling och uppföljning (KI 2019). Världshälsoorganisationens (WHO) beskrivning av vårdkontinuitet är:

” Den utsträckning som personer upplever en serie enskilda hälso- och sjukvårdshändelser som sammanhängande och sammankopplade över tid och att de överensstämmer med deras hälsobehov och preferenser.”

(fritt översatt från WHO 2018)



Fyra typer av kontinuitet som litteraturen särskilt tar upp är relationell kontinuitet, longitudinell kontinuitet, informationskontinuitet och en slags koordinerande kontinuitet (eng. managementkontinuitet) (Haggerty m.fl. 2003, Saultz 2003, Deeny m.fl. 2017). Forskningen och Vårdanalys tidigare rapporter visar att alla dessa former av kontinuitet är viktiga – både ur ett individperspektiv för patienter, närstående och vårdpersonal, samt för hälso- och sjukvården på systemnivå. De kan alla bidra till högre patientsäkerhet och effektivitet, men också en bättre upplevelse av vården.

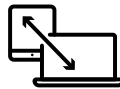
**Figur 2.** Olika typer av kontinuitet.



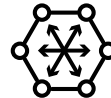
Relationell  
kontinuitet



Longitudinell  
kontinuitet



Informations-  
kontinuitet



Koordinerande  
kontinuitet

I korthet utgörs relationell kontinuitet av en subjektiv och ömsesidig upplevelse av relationen mellan en patient och hans vårdpersonal. Longitudinell kontinuitet handlar om att patienten har kontakt med samma vårdpersonal över tid. Informationskontinuitet gäller tillgängligheten till klinisk och psykosocial information, samt information om personers behov, preferenser och resurser. Koordinerande kontinuitet kopplar till en konsekvent hantering och samordning över vårdgränser för att skapa en mer sömlös vård som motsvarar en patients förändrade behov. Vi förklarar begreppen ytterligare i faktarutan.

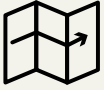


### **Relationell kontinuitet**

– en subjektiv och ömsesidig upplevelse av relationen mellan en patient och vårdpersonal.

- I det relationella ligger en betoning på personliga relationer. Att en relation som utvecklas över tid bidrar till trygghet och förtroende.
- Ofta karakteriseras relationell kontinuitet av tillit och ansvar och vårdpersonalen har ett mer eller mindre uttalat ansvar för patientens vård.
- En fast kontakt bidrar inte alltid till relationell kontinuitet. Det beror även på annat, som vårdpersonalens tillgänglighet, kompetens och kommunikationsförmåga.

(forts.)



### Longitudinell kontinuitet

– patienten träffar samma vårdpersonal i en serie enskilda hälso- och sjukvårdshändelser över tid.

- Longitudinell kontinuitet främjas av att vården ges från så få som möjligt i förhållande till de behov patienten har.



### Informationskontinuitet

– tillgänglighet till person- och sjukdomsspecifik information.

- Handlar om att relevant information om tidigare händelser och personliga förhållanden används för att göra nuvarande vård individanpassad.
- Innebär att olika vårdnivåer och vårdpersonal delar information om patienternas sjukdomshistorik och tidigare genomförda insatser. Liksom att patienten ges information om åtgärder och den förväntade vårdprocessen.
- Strukturerad journalinformation och sammanhållen journalföring främjar informationskontinuiteten. Det är också viktigt att informationen är väldokumenterad samt enkelt och säkert åtkomlig för de som är involverade i vården av en patient.



### Koordinerande kontinuitet (eng. managementkontinuitet)

– effektivt samarbete mellan team över vårdgränser för att ge en mer sömlös vård som motsvarar en patients förändrade behov.

- Riktlinjer och vårdprogram som klargör och dokumenterar insatser, roller och ansvar för olika vårdbehov, eller olika typer av samordnade vårdplaner kan främja denna typ av kontinuitet.

Källa: Haggerty m.fl. (2003), Saultz (2003), SOU (2016:2), Freeman m.fl. (2007), Deeny m.fl. (2017).

## 2.1.1 Olika former av kontinuitet påverkar och kompenserar varandra

Patienternas upplevelse av kontinuitet påverkas av hur hälso- och sjukvården lyckas att få ihop de olika typerna av kontinuitet till en fungerande helhet. Det är nämligen så att de olika formerna av kontinuitet påverkar och delvis kompenserar för varandra, samtidigt som de inte helt kan ersättas av varandra (Anell 2015). Det är till exempel svårt att uppnå relationell kontinuitet utan longitudinell kontinuitet (Saultz 2003). Ett annat exempel är att relationell och longitudinell kontinuitet möjliggör en effektivare samordning av vården



utifrån behoven hos en enskild patient (WHO 2018). Relationell kontinuitet är viktigt i relation till patienten, men även för att ett team och samordning vårdpersonalen emellan ska fungera optimalt.

” En vårdcentral kan ha många hemtjänstutförare att samarbeta med. Då är det svårt att utveckla personliga relationer med andra professionella runt den enskilde och när personlig kontinuitet bryts blir samverkan mer beroende av administrativa åtgärder för informationsöverföring, koll på ”vem som gör vad”, dokumentation, skriftliga rutiner och annat.

(SOU 2016:2)

Även relations- och informationskontinuitet är relaterade till varandra. Till exempel är det svårt för vårdpersonal att hålla all relevant kunskap i huvudet och därför behövs informationskontinuitet genom till exempel journalinformation. Samtidigt tenderar journalinformation att fokusera på det medicinska. Mer personspecifik information är svårare att förmedla vidare eller registrera i journalhandlingar. Dessutom finns inte alltid sammantagen och uppdaterad journalinformation tillgänglig för de som berörs (se t.ex. Vårdanalys 2015). Alltså ersätter inte journalinformation helt den delade erfarenhet och ömsesidiga kunskap som skapas i en relation. (Haggerty m.fl. 2003).

## 2.1.2 Kontinuitet betyder olika saker beroende på vem du frågar

Att kontinuitet kan betyda olika saker illustreras tydligt av svaren vi fick på frågan ”Vad betyder kontinuitet för dig?” under ett möte med Vårdanalys patient- och brukarrådsrepresentanter (se figur 3).

Kontinuitet sett som relationskontinuitet, longitudinell kontinuitet, informationskontinuitet eller koordinerande kontinuitet kan illustreras av beskrivningar som handlar om olika typer av personliga relationer eller kontakter, ”historia” eller ”följa vårdplan”. Även betydelse som relaterar till tillgänglighet, som ”alltid enkelt att komma i kontakt med den som vet” eller ”att veta att det finns där när jag behöver det” framkommer. En del beskrivningar handlar mer om vilka värden kontinuitet kan bidra till, som ”ökad självkännet och tillit till sig själv”, ”framtidstro” eller ”riktning”.



**Figur 3.** Vårdanalys patient- och brukarrådsledamöter svar på frågan "Vad betyder kontinuitet för dig?"



Källa: Summerat från möte med representanter från Vårdanalys patient- och brukarråd och alumni/tidigare ledamöter hösten 2018.

### 2.1.3 Kontinuitet bidrar till kvalitet och effektivitet

En mängd studier visar att kontinuitet bidrar till högre kvalitet och patientnöjdhet, färre inläggningar och akutbesök på sjukhus, bättre hälsa, lägre kostnader och högre produktivitet (Anell 2015, Kohnke och Zielinski 2017, Pereira Gray m.fl 2018, Top 2017, Vårdanalys 2017a). Studierna har främst undersökt personkontinuitet till läkare. Men samma resonemang borde gälla även andra yrkeskategorier (SOU 2018:39). Ökad läkarkontinuitet kopplas även till lägre dödlighet. Patienter med fast, kontinuerlig läkarkontakt tycks löpa lägre risk att dö i förtid (Pereira Gray m.fl. 2018).

Samtidigt som det finns en mängd observationsstudier på området är det svårt att belägga hur och varför kontinuitet samvarierar med den här typen av resultat – de kausala sambanden är inte givna. Etiska svårigheter gör det också olämpligt eller svårt att genomföra kontrollerade studier (RCT) inom området. I en av de senaste litteraturöversikterna på området identifierades tre randomiserade studier som alla pekade på fördelar med kontinuitet (Pereira Gray m.fl. 2018).



Brister i kontinuitet leder inte bara till att patienter behöver upprepa sin berättelse och svara på redan tidigare ställda frågor. Det kan också leda till att försämringar hos patienten missas (SOU 2016:2), samt problem med läkemedelsbehandling och polyfarmaci – när patienter förskrivs och tar flera olika läkemedel samtidigt (Socialstyrelsen 2011). En annan aspekt av kontinuitet är att möjligheterna till lärande förbättras om vårdpersonal kan följa hela vårdperioden i stället för fragment av den (SOU 2016:2).

### **2.1.4 Regleringen betonar kontinuitet**

I svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning finns flera exempel på reglering som syftar till att bidra till en högre grad av kontinuitet och samordning för patienten. På ett övergripande plan ska vården, enligt bestämmelserna om god vård, bland annat tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 § HSL).

Möjligheten till relationskontinuitet regleras till exempel genom möjligheten att få välja fast läkarkontakt i primärvård och möjligheten till fast vårdkontakt (6 kap. 2 och 3 §§ PL samt 7 kap. 3 § HSL). En fast vårdkontakt ska utses antingen om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården (6 kap. 2 § PL).

Något som påverkar möjligheten till informationskontinuitet är vilka uppgifter om patienten som dokumenteras och hur tillgängliga de är. Informationskontinuitet regleras bland annat genom grundläggande krav på hantering, innehåll och utformning av patientjournalen i patientdatalagen (2008:355) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Bestämmelser om sammanhållen journalföring framgår också av dem. Genom sammanhållen journalföring kan viktig information om en patient finnas tillgänglig för behörig personal oavsett vilken vårdgivare patienten besöker. Möjligheten påverkas dels av om patienten tillåter delning av sina uppgifter, dels av att information kan delas rent tekniskt och att vårdgivarnas system kan kommunicera med varandra.

När det kommer till koordinerande kontinuitet framgår det bland annat att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § PL). I primärvården kan samordning främjas på olika sätt. För både fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården ingår ett samordningsansvar (6 kap. 2-3 §§ PL och prop. 1994/95:195), men även andra personer på vårdcentralen kan underlätta samordningen för patienterna och fylla samma funktion som en fast vårdkontakt (Socialstyrelsen 2017).

När en person har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)). Det framgår i den relativt nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612) (fortsättningsvis kallad LoSUS) att den enhet vid regionens öppna vård som är berörd ska bli sammankallande för samverkan och planering av patientens fortsatta vård utanför sjukhuset (2 kap. 6 § LoSUS). Ett ytterligare exempel på reglering som berör denna typ av kontinuitet är kopplat till remisshantering. Till exempel finns krav på att ha rutiner för bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid (4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera (SOSFS 2004:11)).









## Metod och genomförande

Vi har genomfört en befolkningsenkät för att ta reda på befolkningens erfarenheter av och preferenser för olika kvalitetsaspekter relaterade till kontinuitet hos vårdcentraler.

Enkätstudien riktades till ett slumpmässigt urval om 6 000 personer ur den vuxna befolkningen. Svarsfrekvensen låg på cirka 32 procent och sammantaget stämmer de svarande i vår studie relativt väl överens med den vuxna befolkningen som helhet.

Utöver frågor om personers faktiska erfarenheter av till exempel fasta vårdkontakter, innehöll enkäten även frågor om hur man värderar olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler när man måste kompromissa i sina val. Med den valda metoden kan vi analysera hur befolkningen värderar ett urval kvalitetsaspekter hos vårdcentraler i förhållande till varandra. I det här kapitlet beskriver vi vårt metodval samt hur enkäten togs fram och utformades. Mer information om detta finns även i bilaga 1.

### 3.1 EN RELATIVT REPRESENTATIV BILD AV BEFOLKNINGEN

Undersökningen har vänt sig till den vuxna befolkningen i Sverige, personer som är 18 år och äldre. Av totalt 6 000 personer som ingick i urvalet var det 1 919 personer som skickade in ett svar på enkäten. Det innebär att svarsfrekvensen var cirka 32 procent. Under 2000-talet har bortfall i enkätundersökningar ökat. I undersökningar som använder *discrete choice* som metod (se avsnitt 3.4) finns en benägenhet att bortfallet blir ännu större på grund av att enkäterna ofta är omfattande och kognitivt krävande.



Inskickade svar där alla frågor inte var fullständigt eller korrekt besvarade kallas för internt bortfall. Det interna bortfallet i befolkningsenkäten varierar beroende på vilka frågor som avses.

För att i möjligaste mån öka representativiteten har resultaten viktats för det bortfall som finns utifrån ett flertal variabler, som kön, ålder och region. Men det finns grupper i befolkningen som inte har möjlighet att svara på enkätundersökningar och som inte svarar i lika stor utsträckning som andra. Det rör till exempel personer med kognitiv svikt eller demens samt personer med svaga kunskaper i svenska. Dessa är också svårare att vikta för.

Bortfall i en studie kan leda till avvikelser från representativiteten, vilket är viktigt att veta vid analys och tolkning av resultaten. Därför har vi med hjälp av uppgifter från SCB och i vissa fall andra källor jämfört personer som har deltagit i vår studie med den vuxna befolkningen i Sverige (se tabell 1).

Sammantaget stämmer de svarande i vår studie relativt väl överens med den vuxna befolkningen som helhet. Men de är i högre utsträckning kvinnor och inrikes födda, något äldre, har en högre utbildning och ett något bättre allmänt hälsotillstånd än den vuxna befolkningen. Den geografiska representativiteten är relativt god.

**Tabell 1.** Sammanställning av representativiteten av de svarande jämfört med befolkningen.

|   | Svarande | Befolkningen<br>(18 år +) |
|---|----------|---------------------------|
| Kön (andel kvinnor)                                       | 55       | 50                        |
| Födelseland (andel inrikes födda)                         | 85       | 78                        |
| Medelålder (år)   | 53       | 50                        |
| Andel med eftergymnasial utbildning                       | 45       | 37                        |
| Andel boende i storstad (Stockholm, Göteborg eller Malmö) | 16       | 17                        |
| Andel mycket bra eller bra hälsa (självrapporterad)*      | 71       | 67                        |
| Andel med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning*   | 41       | 44                        |

Not. Uppgifter för befolkningen (18 år +) är hämtade från SCB. \* Jämförelseuppgifter om hälsotillstånd (andel mycket bra eller bra allmänt hälsotillstånd) samt långvarig sjukdom (något annan definition i frågorna) är hämtade från Folkhälsomyndighetens folkhälsodata baserat på folkhälsoenkäten 2018 för åldersgruppen 30–84 år.



### 3.2 RESULTATET ÄR VIKTAT EFTER BEFOLKNINGEN

För att resultatet ska vara så representativt för befolkningen i Sverige som möjligt har vi valt att vikta de deskriptiva resultat som redovisas i kapitel 4. Syftet med viktningen är att resultatet ska spegla befolkningen snarare än de som har svarat på enkäten.

Vikterna beräknades utifrån åtta olika variabler, till exempel ålder och kön (se faktarutan). Viktning innebär i korthet att svar från svarande som är underrepresenterade får större inverkan på det totala resultatet, medan svar från svarande som är överrepresenterade får en lägre vikt.

#### Variabler som ingick i viktningen

Så kallade kalibrerade vikter (Särndal och Lundström 2005) beräknades utifrån följande variabler:

- ålder (kontinuerliga årsklasser)
- kön (kvinna, man)
- utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial, kortare eftergymnasial, längre eftergymnasial, uppgift saknas)
- födelseland (inrikes, utrikes i EU, utrikes utanför EU)
- hushållsstorlek (1, 2, 3, 4, 5 eller fler personer),
- hushållsställning (ensam- eller sammanboende med vuxen),
- inkomst (kvintiler av disponibel hushållsinkomst), och vilken region man är bosatt (regionindelning enligt NUTS2 som används inom EU för statistikredovisning).

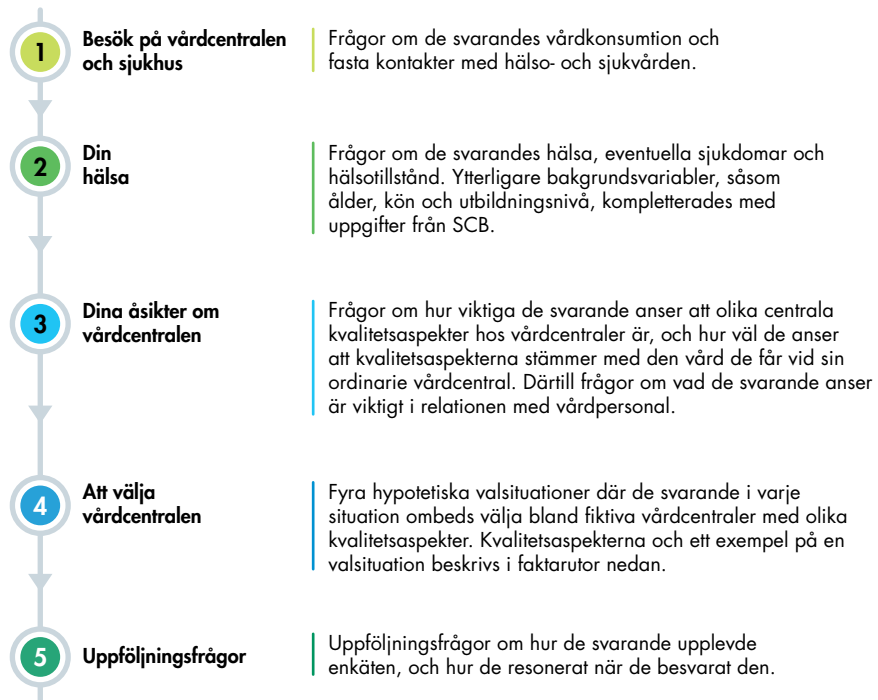
I analysen av befolkningens relativa preferenser (kapitel 5) har vi inte viktat resultatet – här utgår vi i stället från regressionsanalyser. Vi redovisar även centrala delar av resultatet som oviktat i bilaga 2. I sammanhanget ska noteras att det viktade och oviktade resultatet inte skiljer sig mer än marginellt från varandra. Det oviktade resultatet kan däremot användas för att förstå de svarandes vårdkonsumtion, tillgång till fasta vårdkontakter och åsikter om sin nuvarande vårdcentral, som en bakgrund till analyserna som vi gör i kapitel 5.

### 3.3 ENKÄTEN BESTOD AV FEM DELAR

Utformningen av enkäten följde de strukturer och frågeformuleringar som tidigare värderingsstudier har utgått från. Enkäten bestod av fem delar. Delarna beskrivs översiktligt i figur 4.



Figur 4. Enkäten bestod av fem delar.



### 3.4 ETT SÄTT ATT MÄTA RELATIVA PREFERENSER

Befolkningens preferenser – vad de föredrar – kan studeras genom så kallade *revealed preference* (avslöjade preferenser) eller *stated preference* (angivna preferenser) metoder (Bateman m.fl. 2004). Revealed preference handlar om att undersöka personers faktiska val eller konsumtion och på så sätt uttala sig om preferenser. Stated preference går i stället ut på att fråga individer om deras preferenser givet olika hypotetiska valsituationer.

Vad som ligger bakom personers preferenser och val av till exempel en vårdcentral är inte alltid mätbart – antingen för att det saknas data, men även då det kan finnas kvalitetsaspekter hos vårdcentraler som inte erbjuds i dag (Lagarde m.fl. 2015). Därför valde vi att genomföra en stated preference studie baserat på hypotetiska men samtidigt realistiska val (del 4 i enkäten – se figur 4). Metoden vi använde oss av här kallas ”discrete choice experiment” (Lancsar och Louviere 2008, Bateman m. fl.2004). Fördelen med den metoden är även att det ger oss möjlighet att få bättre kunskap om personers relativa preferenser för olika kvalitetsaspekter i förhållande till varandra.

### 3.4.1 Hypotetiska valsituationer - metodens styrkor och begränsningar

Vi har undersökt den vuxna befolkningens relativa preferenser för olika kvalitetsaspekter hos fiktiva vårdcentraler. Värderingen av en aspekt jämfört med en annan, beräknas genom att variera vårdcentralernas olika kvalitetsaspekter på ett systematiskt sätt (Hjelmgren m.fl. 2006). Ett exempel på kvalitetsaspekter kan vara "väntetid till besök" och "möjlighet till fast vårdkontakt eller inte". Jämförelsen mellan alternativa vårdcentraler beskrivna med hjälp av flera kvalitetsaspekter innebär en metodologisk fördel jämfört med studier där svaranden enbart får bedöma varje aspekt var för sig, till exempel i frågan "Hur viktigt är det för dig att få besöka vårdcentralen samma dag respektive ha en fast vårdkontakt?" Här kan en slutsats bli att "allt är viktigt". Med vår metod, där svaranden har behövt göra avvägningar i sina val, får vi bättre vägledning om vilken nytta som patienter ser hos olika aspekter i förhållande till varandra. Metoden har även använts i tidigare studier om preferenser för olika kvalitetsaspekter i primärvården (se bland annat sammanställning av Kleij m.fl. 2017).

Den valda metoden är generellt sett kognitivt ansträngande för de svarande. För att undvika alltför komplexa val är det viktigt att avgränsa antalet kvalitetsaspekter som inkluderas i de val svarande ombeds göra. Aspekterna vi valde att ta med är välmotiverade (se avsnitt 3.5). Men, utöver dessa finns det andra kvalitetsaspekter som också är viktiga i valet av vårdcentral.

Dessutom är det inte säkert att personer faktiskt skulle agerat som de säger att de skulle ha gjort i de hypotetiska valsituationer som de har ställts inför. I verkligheten är det troligen en högre andel som skulle välja att vara kvar vid sin nuvarande vårdcentral eftersom det är enklare och inte kräver någon förändring jämfört med att byta vårdcentral vid en hypotetisk valsituation. Personers preferenser är situationsberoende och kan variera över tid. Samtidigt ger kunskapen om personers relativa värderingar av olika kvalitetsaspekter insikter om hur vårdcentraler kan organiseras för att bättre möta befolkningens preferenser.

## 3.5 IDENTIFIERADE KVALITETASPEKTER FÖR ATT BESKRIVA VÅRDCENTRALER

Befolkningenkäten togs fram enligt vedertagen metodik för discrete choice (Bateman m.fl. 2004, Bridges m.fl. 2011, Muhlbacher och Johnson 2016). En viktig del i utformningen av ett discrete choice-experiment är att utifrån studiens frågor identifiera relevanta kvalitetsaspekter och nivåer för dem. I det här avsnittet beskriver vi hur vi har gått till väga för att identifiera dessa



aspekter och nivåer. För en närmare beskrivning av samtliga moment som bidrog till enkätens utformning hänvisar vi till bilaga 1.

För att enkäten ska vara hanterbar för de svarande är det viktigt att begränsa antalet kvalitetsaspekter. Vårt urval och vår beskrivning av kvalitetsaspekter och nivåer baserades på följande:

- Vi gjorde en litteraturgenomgång av tidigare studier om preferenser för olika aspekter i primärvården som relaterar till kontinuitet. Vi utgick från en tidigare litteraturgenomgång på området (se Vårdanalys 2020a), där en översiktsstudie om preferenser för primärvården ingick (Kleij m.fl. 2017). Vi genomförde också kompletterande sökningar av studier, artiklar och dokument om kontinuitet i primärvården.
- Vi genomförde sju semistrukturerade intervjuer med personer som har olika roller och kunskap om kontinuitet (se bilaga 3). Intervjupersonerna gav sin syn på kontinuitet hos vårdcentraler, vilka möjligheter och hinder de ser kopplat till kontinuitet, samt vilka ytterligare aspekter hos vårdcentraler de anser är viktiga för patienter.
- Vi hade en dialog med Vårdanalys patient- och brukarråd.
- Vi avvägde vilka aspekter som förväntas påverka individers preferenser, om och hur området regleras i lag och vad som är möjligt att påverka.

Arbetet resulterade i att vi identifierade följande kvalitetsaspekter:

- ▶ olika typer av vårdkontakt på vårdcentralen
- ▶ olika grad av delaktighet i beslut om behandling
- ▶ olika grad av hjälp med samordningen av din vård och omsorg
- ▶ olika väntetider till icke-akuta besök på vårdcentralen.

### **3.5.1 Varje kvalitetsaspekt beskrivs i olika nivåer**

De kvalitetsaspekter som vi har identifierat beskrivs i sin tur i olika nivåer. Respektive kvalitetsaspekt och dess nivåer som vi använde oss av i enkäten framgår av faktarutan längre ned. I det här avsnittet beskriver vi kort motiven bakom de valda nivåerna för respektive aspekt.

Det är värt att notera att vi har behövt göra olika kompromisser mellan policyrelevans och realism i valet av kvalitetsaspekter, nivåer och dess ordalydelse. Vi har också i några få ord behövt beskriva vad vi menar med valda begrepp eller situationer. Syftet har varit att göra enkätfrågorna så tydliga och enkla som möjligt för de svarande. Samtidigt som kvalitets-

aspekterna relaterar till kontinuitet är de enskilda aspekterna skilda från varandra, även om de också kan vara beroende av och påverka varandra.

### *Olika typer av vårdkontakt*

En viktig förutsättning för kontinuitet som lyfts fram i litteratur, debatt och de intervjuer vi genomfört är om patienten har en fast läkar- eller vårdkontakt eller inte. Patientlagen anger att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 § PL). Patienten ska även få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (6 kap. 3 § PL och 7 kap. 3 § HSL). I våra intervjuer framkom att *team* är det mest realistiska arbetssättet, och i debatten argumenteras för listning på läkare. Därför inkluderade vi kvalitetsaspekten med olika typer av vårdkontakt.

### *Olika grad av delaktighet i beslut*

Att en person har en fast kontakt på vårdcentralen är samtidigt inte en garanti för att kontinuiteten är bra, eller att det finns en förtroendefull relation. I litteraturen används olika kvalitetsaspekter för att beskriva relationell kontinuitet. De flesta handlar om hur vårdpersonalen betar sig i förhållande till patienten, till exempel om hen lyssnar eller agerar på ett varmt och vänligt sätt. Vi valde att inkludera en relativt objektiv kvalitetsaspekt som vi har beskrivit utifrån *shared decision making*, eller delat beslutsfattande (Socialstyrelsen 2012).

Vårdpersonalens konsultationsstil påverkar sannolikt förtroendet i relationen, och i vilken utsträckning hen får en personlig kännedom om patienten. I patientlagen regleras bland annat patienters rätt till delaktighet, informerat samtycke och val av behandlingsalternativ (5 kap. 1-3 §§, 4 kap. 1-4 §§ och 7 kap. 1-2 §§ PL). Det finns exempelvis krav på att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL).

### *Olika grad av hjälp med samordning*

Vi inkluderade en kvalitetsaspekt för samordning. Att vårdcentralen hjälper patienter med samordningen av deras vård- och omsorg relaterar till koordinerande kontinuitet. Patientlagen anger att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § PL). I vårdens utveckling lyfts även målbilden att vårdcentralen ska vara navet i hälso- och sjukvården, där stöd med samordning är en viktig uppgift (se t.ex. SOU 2019:29).



### *Olika väntetider till icke-akuta besök*

Inom både litteratur och intervjuer framkommer att kontinuitet och tillgänglighet delvis kan stå i konflikt med varandra. Krav på snabb vård kan minska kontinuitet och vice versa. Samtidigt kan tillgänglighet också ses som en förutsättning för kontinuitet – att enkelt och snabbt få tag på ”sin” vårdpersonal. Genom att inkludera väntetid kan vi även analysera hur befolkningen gör avvägningar mellan kortare väntetid och andra kvalitetsaspekter.

Att vården ska vara lätt tillgänglig ingår i det lagstadgade kravet på att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet så att kraven på en god vård uppfylls (se 5 kap. 1 § HSL). En mer preciserad bestämmelse är vårdgarantin som anger hur länge man som längst ska behöva vänta för att få kontakt med, besök hos eller planerad vård i olika delar av hälso- och sjukvården. Enligt den nya vårdgarantin ska patienten få en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården (6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)). Vårdgarantin gäller däremot bara om man söker för ett nytt hälsoproblem eller en oväntad eller kraftig försämring/förändring av ett sedan tidigare känt medicinskt problem (SKL 2018b).

Vad som kan anses vara relevant väntetid kan variera. Vid akuta sjukdomar är en mer direkt tillgänglighet ofta en nödvändighet. För personer som gör årliga kontroller av sin långvariga eller kroniska sjukdom och för personer med icke akuta problem kan det vara aktuellt med andra väntetider. Beskrivningen av väntetid tog hänsyn till det och avgränsades till att gälla ”icke-akuta” besök, vilket är i linje med tidigare studier om preferenser för vårdcentraler (Pedersen m.fl. 2012, Hjelmgren m.fl. 2006).

## Kvalitetsaspekter och nivåer som användes för att beskriva en vårdcentral i de hypotetiska vallsituationerna

### Olika typer av vårdkontakt på vårdcentralen

- *Fast läkare*

Du har en fast läkare. Du får träffa "din" läkare när du behöver vård. Om det inte är möjligt eller lämpligt (t.ex. om läkaren är ledig eller sjuk, eller du behöver träffa en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog) träffar du vårdpersonal som konsulterar "din" läkare.

- *Fast sjukvårdsteam*

Du har ett mindre fast sjukvårdsteam bestående av 2 läkare och 2-3 sjuksköterskor. Vilken läkare eller sjuksköterska från "ditt team" du får träffa beror på dina vårdbehov. Om det inte är lämpligt (t.ex. om du behöver träffa en fysioterapeut eller psykolog) träffar du vårdpersonal som konsulterar "ditt" team.

- *Ingen fast vårdkontakt*

På vårdcentralen arbetar flera läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Du har ingen fast vårdkontakt och det finns ingen garanti för att du får träffa samma vårdpersonal vid olika besök.

### Olika grad av delaktighet i beslut om behandling

- Vårdpersonalen lyssnar aktivt på dina erfarenheter och önskemål, ni diskuterar möjliga behandlingsalternativ och beslutar gemensamt om din behandling
- Vårdpersonalen lyssnar aktivt på dina erfarenheter och önskemål och beslutar därefter om din behandling
- Vårdpersonalen beslutar om din behandling

### Olika grad av hjälp med samordningen av din vård/omsorg

- Vårdcentralen hjälper dig med samordningen av din vård/omsorg.

*Det innebär att vårdcentralen hjälper dig i samordningen av din vård/omsorg mellan vårdcentralen och andra delar av vården och omsorgen (t.ex. sjukhus eller kommunal omsorg). Det kan handla om att förmedla kontakter, eller att försöka se till att de som ger dig vård har den information du tycker att de behöver om dig.*

- Vårdcentralen hjälper dig inte med samordningen av din vård/omsorg

### Väntetid till icke-akuta besök på vårdcentralen

När du behöver besöka vårdcentralen för ett nytt eller försämrat hälsoproblem som inte är akut kan du få vänta olika många dagar från bokning till besök (gäller inte inplanerad årskontroll). Väntetiderna som användes i valen mellan olika vårdcentraler var

- 0 dagar (samma dag)
- 3 dagar
- 7 dagar
- 14 dagar.



### 3.5.2 Exempel på hypotetisk valsituation i enkäten

Inför valsituationerna introducerades de kvalitetsaspekter och nivåer som tillsammans beskrev en vårdcentral (se avsnitt 3.5.1). På så sätt tydliggjordes också nivåernas betydelse i förhållande till varandra.

Vi angav även att de svarande i varje valsituation skulle anta att de kommer att ha samma avstånd till vårdcentralen som de har i dag. Närhet till bostad har visat sig vara den viktigaste faktorn vid val av vårdcentral (se t.ex. SKL 2016 och Vårdanalys 2013).

I valsituationerna inkluderade vi även en följdfråga där de svarade fick möjlighet att välja mellan den fiktiva vårdcentral de just valt i den hypotetiska situationen och sin nuvarande vårdcentral. Denna typ av *opt-out* rekommenderas utifrån att det skapar en beslutssituation som på ett bättre sätt avslöjar de svarandes preferenser (se t.ex. Bateman m.fl. 2004, Pedersen m.fl. 2012). Genom att tillåta *opt-out* kan de svarande indikera att det nuvarande alternativet maximerar nyttan, vilket kan bero på att de föredrar det redan kända eller att det finns aspekter i det nuvarande alternativet som de föredrar framför de som ingår i den hypotetiska valsituationen.

Av statistiska skäl krävdes totalt åtta valsituationer (se bilaga 2). Men med så många valsituationer finns en risk att enkäten upplevs för lång och att de svarande tröttnar på att svara på frågorna. Därför fördelades valsituationerna mellan två enkätversioner med fyra valsituationer vardera, där varje svarande besvarade en av versionerna. Urvalet delades slumpmässigt in i två lika stora delar – hälften tilldelades enkätversion 1 respektive 2. Faktarutan innehåller ett exempel på en av valsituationerna i enkäten. I bilaga 2 finns en beskrivning av alla valsituationer.



**Exempel på en valsituation i enkäten ...****Val mellan vårdcentraler**

Nu följer fyra valsituationer. Vi ber dig att i varje situation föreställa dig att du behöver välja mellan två nya vårdcentraler. Vi ber dig också anta att du kommer ha samma avstånd till vårdcentralen som du har i dag.

I varje valsituation skiljer sig vårdcentralerna åt utifrån ett antal egenskaper. En närmare beskrivning av egenskaperna hittar du på sidan 6 (i enkäten).

**17 a). I den här situationen, föredrar du vårdcentral A eller vårdcentral B?**

|   | VÅRDCENTRAL A   | VÅRDCENTRAL B                             |
|---|---|---|
| Vårdkontakt                             | Fast läkare   | Fast läkare                               |
| Delaktighet i beslut om behandling      | Vårdpersonalen lyssnar aktivt på dina erfarenheter och önskemål och beslutar därefter om din behandling | Vårdpersonalen beslutar om din behandling |
| Hjälp med samordning av din vård/omsorg | Ja  | Nej                                       |
| Väntetid till icke-akuta besök          | 7 dagar   | 0 dagar                                   |
| <b>Jag föredrar</b>                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                  |

**17 b) Föreställ dig nu att du kan välja mellan vårdcentralen du valde ovan (A eller B) och din nuvarande vårdcentral. Vilket alternativ föredrar du då?**

Med nuvarande menar vi din ordinarie vårdcentral där du är listad eller dit du vanligen går. Alternativt kan du tänka på den vårdcentral du besökte senast.

- Vårdcentral A eller B enligt ovan
- Min nuvarande vårdcentral









## Befolkningens erfarenheter och åsikter om sin vård

Det här kapitlet ger en nulägesbild av befolkningens erfarenheter och åsikter om vården, med fokus på vårdcentraler. Dels presenterar vi hur vårdkonsumtion har sett ut det senaste året, dels hur förekomsten av fasta kontakter i vården ser ut. Avsnittet avslutas med att vi presenterar hur viktiga olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler är för befolkningen – även jämfört med hur väl de upplever att aspekterna stämmer överens med deras vårdcentraler. I korthet framkommer följande:

- Majoriteten har besökt en vårdcentral de senaste 12 månaderna.
- Hälften av befolkningen uppger att de har en fast kontakt i vården, varav omkring en tredjedel av befolkningen har en fast kontakt vid en vårdcentral. Jämfört med tidigare studier tyder resultatet från vår studie att andelen med fast läkarkontakt har minskat över tid. Det finns även skillnader mellan olika grupper i andelen med fast kontakt i vården.
- Befolkningens erfarenheter av om den nuvarande vårdcentralen lever upp till ett antal centrala kvalitetsaspekter skiljer sig åt. De som har en fast kontakt på en vårdcentral har också bättre erfarenheter av sin vårdcentral.
- Det finns ett gap mellan hur väl vårdcentralen enligt svarande i praktiken lever upp till centrala kvalitetsaspekter och hur viktigt man tycker att kvalitetsaspekten är.
- När personer får besvär med hälsan som inte är akut agerar de olika. En av tre personer blir ofta oroliga, men majoriteten avvaktar innan de kontaktar vården.

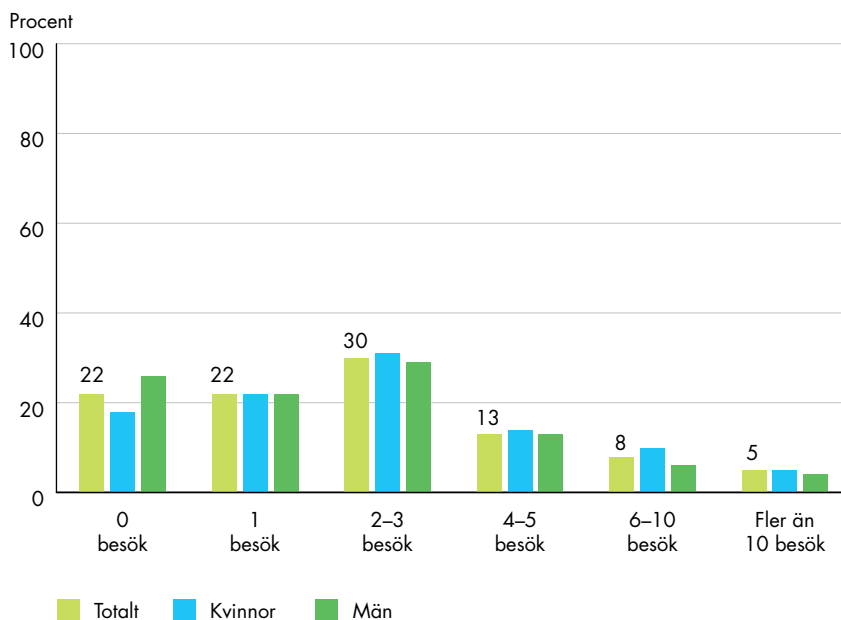


## 4.1 DE FLESTA HAR EN ORDINARIE VÅRDcentral

Majoriteten av befolkningen, 91 procent, uppger att de har en ordinarie vårdcentral där de är listade eller vanligen går till (oviktat värde för de svarande ger 92 procent). Oftast har personerna haft samma ordinarie vårdcentral i mer än två år – 82 procent uppger det. 10 procent uppger att de haft vårdcentralen i 1–2 år och 8 procent i mindre än ett år. I en tidigare enkätstudie från Vårdanalys framkom att personer i genomsnitt har gått till samma vårdcentral i cirka 9 år (median) (Vårdanalys 2020a).

En övervägande andel (78 procent) av de svarande anger att de har gjort ett eller fler besök hos en vårdcentral under de senaste 12 månaderna, se figur 5. Viktat resultat för den vuxna befolkningen ger samma andel. Det kan jämföras med besöksstatistik från region Jönköpings län och Västra Götalandsregionen som visar att cirka 70 procent av befolkningen (inklusive 0–18 år) gjort minst ett besök i primärvården under ett år (Vårdanalys 2017a samt VGR 2019). Mer än var tionde som svarat på vår enkät uppger att de har gjort fler än sex besök hos en vårdcentral de senaste 12 månaderna. Det är en högre andel kvinnor som har besökt en vårdcentral under det senaste året jämfört med män – 82 respektive 74 procent.

**Figur 5.** Besök på vårdcentral de senaste 12 månaderna.

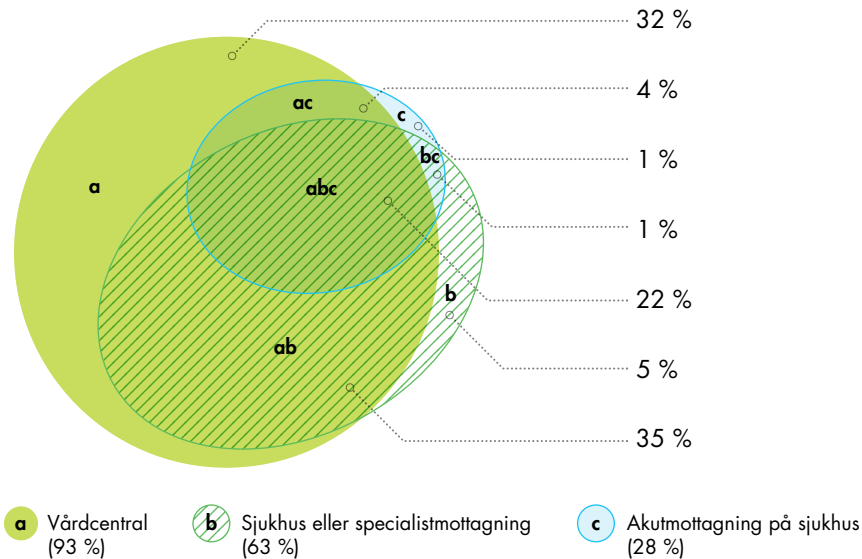


Not. n = 1 886 (exklusive "Vill inte svara"). Viktat för befolkningen.

Inkluderas även besök vid sjukhus och specialistmottagning är det en ännu högre andel av befolkningen som har besökt sjukvården det senaste året (cirka 83 procent, 1 607 personer).

Figur 6 visar hur befolkningens vårdbesök under ett år överlappar olika vårdnivåer. En majoritet av personerna som uppger att de har besökt ett sjukhus eller en specialistmottagning under de senaste 12 månaderna har även besökt en vårdcentral. En majoritet av dem som har besökt en vårdcentral har även besökt dessa andra vårdnivåer (omkring 65 procent). Vi kan inte uttala oss om hur eller om besöken relaterar till varandra. Oavsett indikerar det att en stor andel patienter har ett behov av samordning av sina kontakter med vården.

**Figur 6.** Andel patienter som uppger att de har besökt respektive vårdnivå under de senaste 12 månaderna.



Not. n = 1 564 (exklusive "Vill inte svara"), bara svarande som fyllt i ett svar för samtliga vårdnivåer ingår i figuren. Viktat för befolkningen.

## 4.2 EN TREDJEDEL HAR EN FAST KONTAKT PÅ VÅRDCENTRALEN

Vi har valt att definiera en fast kontakt som att det antingen handlar om en fast läkarkontakt vid en vårdcentral eller en fast läkarkontakt vid ett sjukhus eller en specialistmottagning. Vi syftar också på andra fasta vårdkontakter än läkare, som sjuksköterska, psykolog/kurator, fysioterapeut/sjukgymnast eller annan personal, både vid vårdcentral och sjukhus eller specialistmottagning.

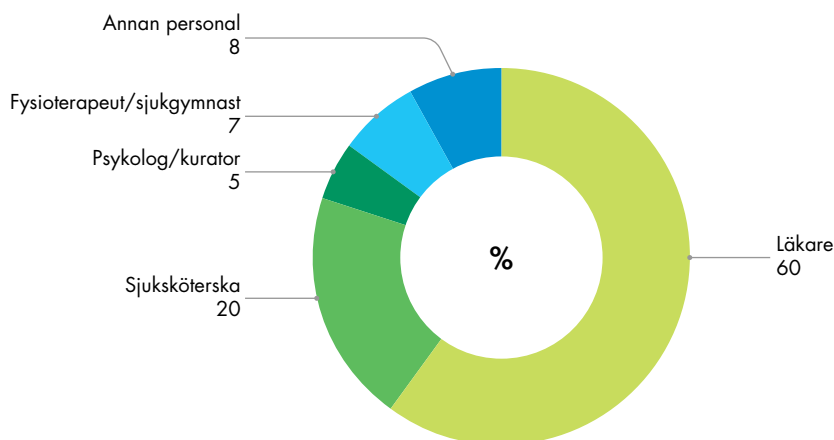
Vi ser tydliga skillnader mellan olika grupper i om de har en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt framför allt vid vårdcentral men även vid sjukhus eller specialistmottagning. Sammanfattningsvis är det vanligare att äldre personer, kvinnor, personer med en eller flera långvariga sjukdomar, samt mångbesökare har fasta kontakter. Personers boendeort påverkar också sannolikheten att de har en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt.

#### 4.2.1 Den fasta kontakten är oftast en läkare

När det kommer till olika yrkeskategorier är det vanligast att läkare är den fasta kontakten, följt av sjuksköterskor. Men även andra yrkeskategorier, som fysioterapeuter eller kuratorer är personers fasta vårdkontakt på vårdcentralen, se figur 7.

Personer kan också ha flera fasta kontakter. Omkring 35 procent av personerna som har en fast läkarkontakt har även en annan fast vårdkontakt på sin vårdcentral. Omvänt har cirka 60 procent av personerna som har en annan yrkeskategori som fast vårdkontakt även en fast läkarkontakt på vårdcentralen.

**Figur 7.** Fördelning av vilka yrkeskategorier som är fasta kontakter på vårdcentraler.



Not. Observera att frågan inte tar hänsyn till om en person har flera fasta kontakter inom samma yrkeskategori.



## 4.2.2 Stora skillnader mellan grupper

Trots att det är en hög andel i befolkningen (91 procent) som har en ordinarie vårdcentral är det en lägre andel som har en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt på vårdcentralen – omkring 32 procent. Sett till fasta kontakter i vården uppger 26 procent av befolkningen att de har en fast läkarkontakt och 15 procent att de har en annan fast vårdkontakt på vårdcentralen. I jämförelse anger 19 procent av befolkningen att de har en fast läkarkontakt på ett sjukhus eller specialistmottagning, och 14 procent att de har en annan fast vårdkontakt där. Men det finns stora skillnader om resultatet bryts ner på olika grupper.

Tabell 2 redovisar hur andelarna som har en fast kontakt skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen. Tabell 3 redovisar statistiskt säkerställda skillnader inom olika grupper i befolkningen.

**Tabell 2.** Andel personer med fasta kontakter i vården.

|                                   | Fast läkarkontakt på vårdcentral | Fast läkarkontakt på sjukhus eller specialistmottagning | Fast annan vårdkontakt på vårdcentral | Fast annan vårdkontakt på sjukhus eller specialistmottagning |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Befolkningen (n=1 919)            | 26                               | 19  | 15                                    | 14   |
| Kvinnor (n=1 055)                 | 30                               | 21  | 15                                    | 16   |
| Män (n=864)                       | 22                               | 17  | 15                                    | 12   |
| 18–34 år (n=479)                  | 13                               | 13  | 9                                     | 16   |
| 35–64 år (n=835)                  | 23                               | 19  | 12                                    | 12   |
| 65 år eller äldre (n=605)         | 44                               | 25  | 26                                    | 17   |
| Förgymnasial utbildning (n=291)   | 29                               | 14  | 23                                    | 15   |
| Gymnasial utbildning (n=740)      | 27                               | 20  | 16                                    | 15   |
| Eftergymnasial utbildning (n=855) | 23                               | 21  | 10                                    | 13   |

(forts.)



Tabell 2. (forts.)

|  | Fast läkarkontakt på vårdcentral | Fast läkarkontakt på sjukhus eller specialistmottagning | Fast annan vårdkontakt på vårdcentral | Fast annan vårdkontakt på sjukhus eller specialistmottagning |
|--|----------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Landsbygdskommuner (n=315)   | 22                               | 17  | 15                                    | 11   |
| Täta kommuner (n=1 051)  | 24                               | 19  | 17                                    | 15   |
| Storstadskommuner (n=553)  | 30                               | 20  | 12                                    | 15   |
| Personer utan långvarig sjukdom (n=1 109)                              | 19                               | 10  | 8                                     | 8  |
| Personer med en långvarig sjukdom (n=489)                              | 34                               | 32  | 23                                    | 21   |
| Personer med flera långvariga sjukdomar (n=255)                        | 41                               | 36  | 32                                    | 29   |
| Inrikes född (n=1 639)   | 27                               | 19  | 15                                    | 14   |
| Utrikes född inom EU (n=99)  | 26                               | 19  | 21                                    | 18   |
| Utrikes född utanför EU (n=181)  | 19                               | 17  | 13                                    | 16   |
| Har besökt en vårdcentral det senaste året (n=1 480)                   | 30                               | 22  | 19                                    | 17   |
| Har inte besökt en vårdcentral det senaste året (n=406)                | 12                               | 8   | 3                                     | 5  |
| Har besökt en vårdcentral 6 eller fler gånger det senaste året (n=236) | 43                               | 30  | 41                                    | 24   |
| Har besökt en vårdcentral färre än 6 gånger det senaste året (n=1 244) | 28                               | 20  | 14                                    | 15   |

Not. Viktat för befolkningen. Fast vårdkontakt avser sjuksköterska, psykolog/kurator, fysioterapeut/sjukgymnast eller annan personal (inte läkare). Kommunindelningen är hämtad från Tillväxtverkets indelning av olika kommuntyper.

### *Kvinnor, äldre och personer med långvarig sjukdom har oftare fast läkarkontakt*

Bland kvinnor är andelen med en fast läkarkontakt vid en vårdcentral större jämfört med män. Däremot är skillnaderna inte signifikanta för övriga fasta kontakter (se tabell 3). Andelen med fast kontakt ökar också med åldern, det vill säga andelen yngre personer med fast läkarkontakt vid vårdcentral, sjukhus eller specialistmottagning är mindre än för äldre personer.

Bland personer med en eller flera långvariga sjukdomar finns en högre andel med fast kontakt jämfört med personer utan långvarig sjukdom. Det gäller för både fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt både vid vårdcentral, sjukhus eller specialistmottagning. Undantag gäller för personer med flera långvariga sjukdomar med annan fast vårdkontakt vid vårdcentral, där skillnaden inte är statistiskt säkerställd.

### *I storstadskommuner har fler personer en fast läkarkontakt*

Andelen personer med en fast vårdkontakt någonstans i vården skiljer sig åt beroende på var personen bor. Framför allt är det skillnader när det handlar om fast läkarkontakt vid vårdcentral. Det är fler personer som bor i en storstadskommun som uppger att de har en fast läkarkontakt vid vårdcentral, jämfört med personer som bor i en landsbygdskommun eller i tätta kommuner. En högre andel personer i en landsbygdskommun och tätta kommuner uppger samtidigt att de har en annan fast vårdkontakt vid en vårdcentral jämfört med i storstadskommuner.

Våra regressioner (se tabell 3) visar också att sannolikheten att du har en fast läkarkontakt vid en vårdcentral är högre om du bor i en storstadskommun jämfört med om du bor i en kommun som definieras som tät. Detsamma gäller om du bor i en storstadskommun jämfört med en landsbygdskommun. Däremot är sannolikheten lägre att du har en annan fast vårdkontakt vid en vårdcentral om du bor i en storstadskommun.

### *Utbildning har viss signifikant påverkan*

När vi bryter ner andelen personer med en fast vårdkontakt utifrån utbildningsnivå ser vi några skillnader. Bland annat framkommer att personer med kortare utbildning i lägre utsträckning har en fast läkarkontakt på ett sjukhus eller en specialistmottagning jämfört med personer som har längre utbildning. I övrigt är skillnaderna mellan personer som har olika utbildningsnivåer inte signifikanta när det gäller övriga fasta kontakter.



### Födelseregion visar inga signifikanta skillnader

Skillnader som kan ses utifrån födelseregion är inte signifikanta. De beror delvis på att det finns andra faktorer som förklarar variationerna i födelseregion. Beakta även att personer med svaga kunskaper i svenska är underrepresenterade eftersom enkäten var på svenska.

### Högre vårdkonsumtion ökar sannolikheten för en fast vårdkontakt

Det är tydligt och rimligt att personer som oftare har besökt vården de senaste 12 månaderna har en fast vårdkontakt. Dessutom, ju fler besök man har genomfört på vårdcentralen det senaste året, desto högre andel har en fast kontakt. För personer som besökt vården fler än 5 gånger är det 43 procent som har en fast läkarkontakt, och 41 procent som har en annan fast vårdkontakt vid vårdcentralen. Men även personer som inte haft kontakt med vårdcentralen det senaste året anger att de har en fast kontakt där.

Tabell 3. Sannolikhet att ha en fast vårdkontakt.

|   |  | Fast läkar-<br>kontakt<br>på<br>vårdcentral | Fast läkar-<br>kontakt på<br>sjukhus eller<br>specialist-<br>mottagning | Fast vård-<br>kontakt<br>på<br>vårdcentral | Fast vård-<br>kontakt på<br>sjukhus eller<br>specialist-<br>mottagning |
|---|--|---|---|--|--|
| <b>Kön</b><br>(referens: män)   | Kvinnor                                  | +   |   |  |  |
| <b>Ålder*</b>   |  | +   | +   |  |  |
| <b>Utbildning</b><br>(referens:<br>gymnasial)                                 | Förgymnasial                             |   | -   |  |  |
|   | Eftergymnasial                           |   |   |  |  |
| <b>Boendekommun</b><br>(referens: tät<br>kommuner)                            | Landsbygdskommuner                       |   |   |  |  |
|   | Storstadskommuner                        | +   |   | -  |  |
| <b>Långvarig sjukdom</b><br>(referens: person<br>utan långvarig<br>sjukdom)   | Person med en<br>långvarig sjukdom       | +   | +   | +  | +  |
|   | Person med flera<br>långvariga sjukdomar | +   | +   |  | +  |
| <b>Födelseregion</b><br>(referens: inrikes<br>född)                           | Utrikes född inom EU                     |   |   |  |  |
|   | Utrikes född utanför EU                  |   |   |  |  |
| <b>Besökt vården<br/>senaste året</b><br>(referens: nej)                      | Ja                                       | +   | +   | +  | +  |
| <b>Besökt vården<br/>fler än 5 gånger<br/>senaste året</b><br>(referens: nej) | Ja                                       | +   |   | +  | +  |

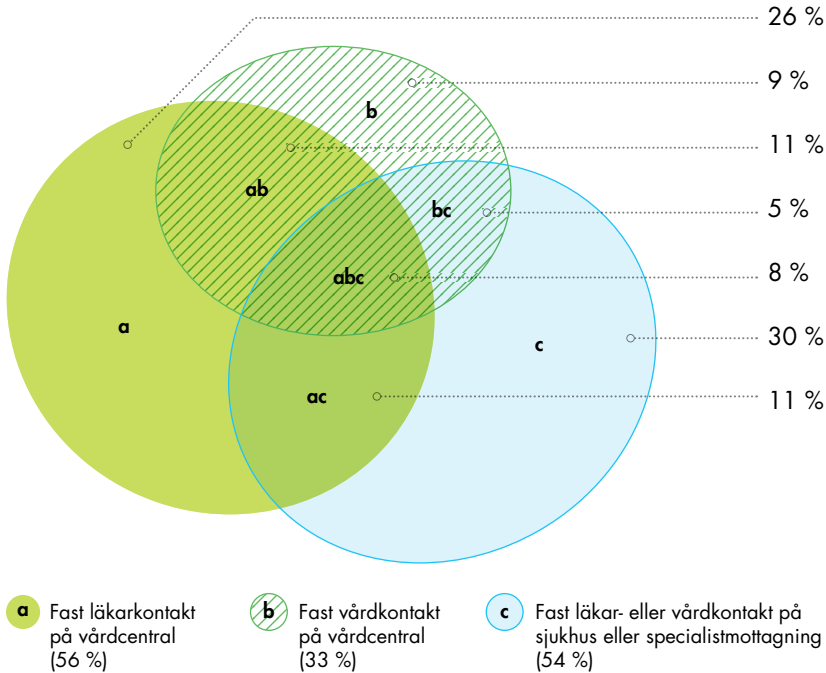
Not. Tabellen redovisar resultatet från fyra logistiska regressioner med samtliga bakgrundsvariabler. Alla redovisade plus- och minustecken i tabellen är signifikanta,  $p < 0,05$ . \*Ålder har analyserats som en kontinuerlig variabel. Resultaten pekar på att sannolikheten för en fast läkarkontakt ökar med stigande ålder.

### 4.2.3 Halva befolkningen har en fast kontakt i vården

Sett ur ett större perspektiv har nästan hälften av befolkningen en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral, eller vid ett sjukhus eller specialistmottagning.

När vi studerar fördelningen över var fasta läkarkontakter eller andra fasta vårdkontakter förekommer, framkommer det att 46 procent av befolkningen som har en fast kontakt bara har en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral. Samtidigt är det en hög andel (30 procent) av personerna med fast kontakt som enbart har det vid ett sjukhus eller en specialistmottagning. Omkring en fjärdedel av personerna som har en fast kontakt har det både på vårdcentralen och på ett sjukhus eller en specialistmottagning.

**Figur 8.** Andel personer med fast läkar- eller vårdkontakt vid sin vårdcentral, sjukhus eller specialistmottagning.



Not. n = 921. Viktat för befolkningen. Endast svarande som har angett att de har en fast kontakt inkluderas i figuren – därför skiljer sig (%) från genomsnittet i befolkningen.



#### 4.2.4 Resultaten jämfört med andra undersökningar

Att jämföra resultat från olika undersökningar rakt av kan vara svårt, eftersom bland annat frågor, svarsalternativ och de svarande kan skilja sig åt en del. I det här avsnittet jämför vi ett urval av resultaten från vår undersökning med andra undersökningar på ett mer övergripande plan.

Resultaten från vår enkät visar att 26 procent av befolkningen har en fast läkarkontakt vid en vårdcentral. Det kan jämföras med en webbundersökning från Sveriges Läkarförbund (SLF) riktad till allmänheten 2018. Där angav 27 procent att de har en fast läkarkontakt (definierat som att du får träffa samma läkare när du besöker din vårdcentral), vilket är i nivå med våra resultat, 61 procent angav att de inte har en fast vårdkontakt alls och 13 procent svarade att de inte visste (SLF 2018).

I Vårdanalys uppföljning av patientlagen framkom det att andelen patienter med fast läkarkontakt på sin vårdcentral/hälsocentral var 39 procent 2016 (Vårdanalys 2017b). Jämfört med den undersökning som vi har genomfört nu är det en högre nivå och det skulle kunna tyda på att andelen patienter med en fast läkarkontakt på vårdcentralen har minskat över tid. Resultaten från vår enkät visar att för personer som besökt en vårdcentral det senaste året hade 30 procent en fast läkarkontakt.

Tidigare rapporter har i likhet med våra resultat också lyft fram att det är vanligare att äldre personer, kvinnor och personer med långvariga sjukdomar har en fast läkarkontakt (SOU 2018:55). Den typen av skillnader mellan grupper har alltså förekommit en längre tid.

I den nationella patientenkäten 2019 gav strax under 50 procent av patienterna ett positivt svar på frågan om de får träffa samma läkare vid sina besök på hälso- eller vårdcentralen. Det var liknande resultat för mätningarna 2017 och 2018 (SKR uå). I vår enkät ställde vi en liknande fråga – om de svarande får träffa samma person vid varje vårdbesök vid sin vårdcentral. Både frågornas formulering och svarsalternativ skiljer sig åt något mellan undersökningarna. Men övergripande tycks resultaten ligga på liknande eller något lägre nivåer. Andelen positiva svar i befolkningen låg på 42 procent i vår undersökning (se figur 10). Det är en högre andel som anger att de får träffa samma person vid olika besök än andelen som uppger att de har en fast kontakt.

### 4.3 DE MED FAST KONTAKT HAR MER POSITIVA ERFARENHETER AV SIN VÅRD CENTRAL

Fasta kontakter kan kopplas till goda erfarenheter av vården. Våra resultat visar att personer med fasta kontakter har bättre erfarenheter av sin ordinarie vårdcentral. Det finns också ett gap mellan hur väl vårdcentraler i praktiken lever upp till kvalitetsaspekter och hur viktig varje aspekt uppges vara.

#### 4.3.1 Bättre erfarenheter av vårdcentralen med fast kontakt

Personer med fasta kontakter på vårdcentralen har bättre erfarenheter av sin vårdcentral. Det avser särskilt personer med fast läkarkontakt (se figur 9). En högre andel personer med fast läkarkontakt uppger att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt (även jämfört med de som har en annan fast vårdkontakt). Rimligen ligger en förklaring till det i hur arbetsuppgifter och ansvarsfördelning ser ut och fungerar på vårdcentraler. Läkare, sjuksköterskor och annan personal har olika kunskap, befogenheter och roller.

Vårdanalys har i en tidigare rapport bland annat lyft fram att patienter som har en fast läkarkontakt oftare än de som inte har det svarar att läkaren alltid förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå (Vårdanalys 2018c).

Samtidigt visar våra resultat att personer som har både fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt har en bättre erfarenhet av att vårdcentralen har en kort väntetid i jämförelse med personer som enbart har en fast läkarkontakt. Resultaten framgår av figur 9.

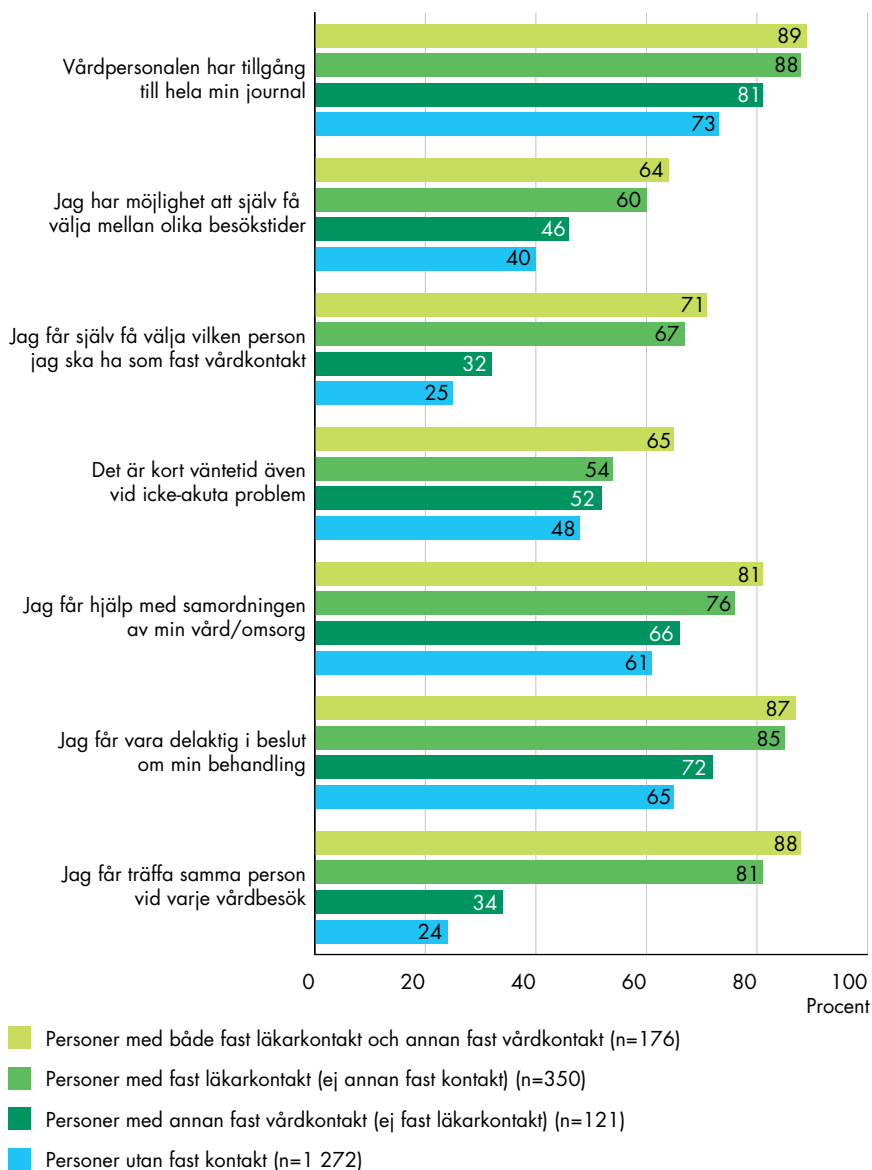
#### 4.3.2 Skillnader i hur befolkningen värderar olika kvalitetsaspekter och hur väl de tillgodoses på vårdcentraler

Det finns ett gap mellan hur befolkningen värderar centrala kvalitetsaspekter och hur väl vården tillgodoser dem. Figur 10 visar att det finns ett gap för samtliga områden – skillnaden i andelen personer som uppger att området är viktigt jämfört med om de upplever att vårdcentralen tillgodoser detta i deras vård. Det är störst gap för personkontinuitet (träffa samma person) och minst för informationskontinuitet (tillgång till journal). Givet felmarginalerna kan dock storleken på gapen variera och påverka den inbördes ordningen.

Det är också tydligt att samtliga områden värderas högt av befolkningen om de inte behöver kompromissa mellan dem.



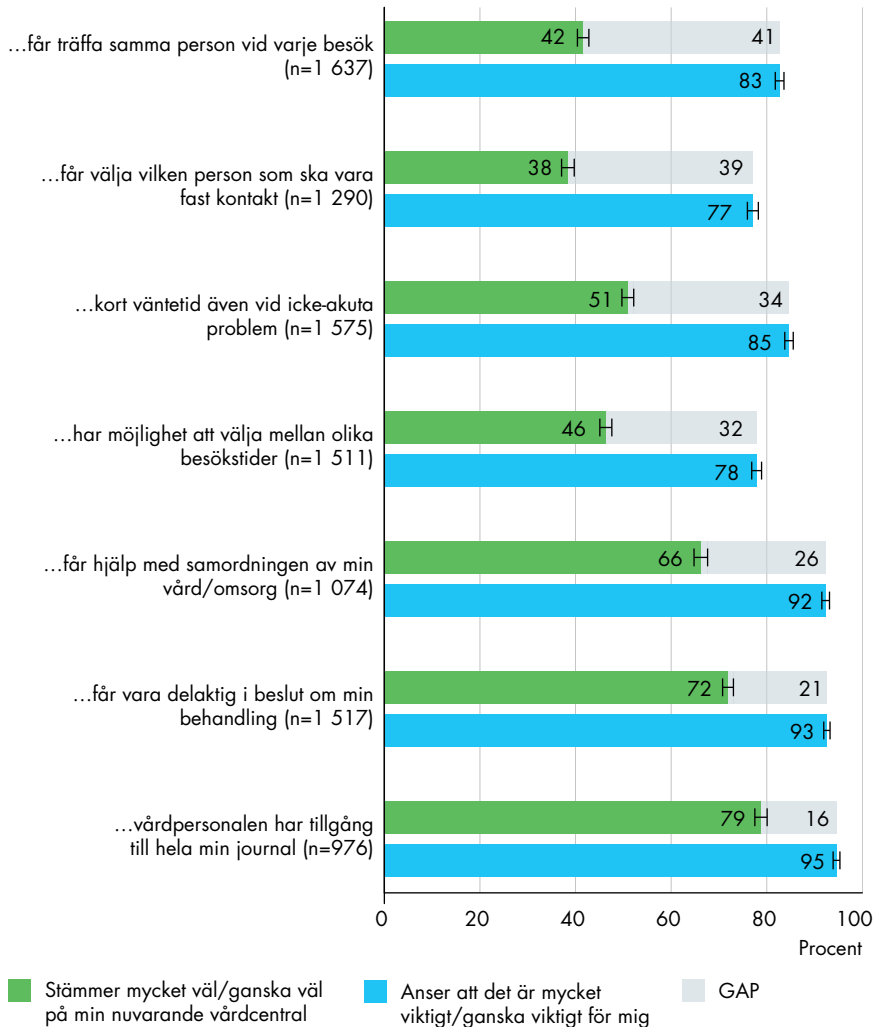
**Figur 9.** Andel som uppger att deras nuvarande vårdcentral stämmer överens med ett antal centrala kvalitetsaspekter.



Not. n = 70 – 1 035 för kvalitetsaspekterna. Procentandelarna i figuren avser andelen svarande som svarat "mycket väl" eller "ganska väl". "Vet ej" är exkluderat. Viktat för befolkningen. Samtliga resultat för personer med fast läkarkontakt eller både läkare och annan fast vårdkontakt skiljer sig signifikant från personer utan fast kontakt. För de utan fast läkarkontakt men som har en annan fast vårdkontakt är det enbart resultaten på frågan om delaktighet samt att träffa samma person som är signifikant skilda från personer utan fast kontakt. Ytterligare skillnader som lyfts fram i texten är signifikanta.



**Figur 10.** Skillnad mellan hur väl kvalitetsaspekterna stämmer med din ordinarie vårdcentral och hur viktiga kvalitetsaspekterna är för dig när du besöker en vårdcentral.



Not. n = 976 – 1 637. Den svarande måste ha svarat på båda frågorna – exklusive vet ej. Felstapel anger 95 procent konfidensintervall för medelvärden. Viktat för befolkningen.

Frågor: Hur viktiga är kvalitetsaspekterna för dig när du besöker en vårdcentral? Hur väl stämmer kvalitetsaspekterna med din ordinarie vårdcentral?

### *Personer med flera långvariga sjukdomar upplever i lägre grad att de får hjälp med samordningen eller att de är delaktiga i sin vård*

Hur viktiga olika kvalitetsaspekter upplevs och hur väl de tillgodoses kan skilja sig mellan olika grupper i befolkningen. När vi jämför resultaten ser vi bland annat att samordning är en kvalitetsaspekt som värderas högt oavsett

om en person har långvarig sjukdom eller inte. Behovet av och omfattningen på stödet varierar – för en del personer kan det till exempel handla om att få hjälp i ett remissförfarande, medan för andra personer kan det röra sig om mer komplexa samordningsbehov.

Våra resultat visar att personer med flera långvariga sjukdomar, och därför större behov av samordning, i lägre utsträckning uppger att de får hjälp med samordningen av sin vård och omsorg jämfört med övriga befolkningen.

Personer med flera långvariga sjukdomar uppger i högre grad att de har möjlighet att välja vilken person de ska ha som fast vårdkontakt jämfört med personer som inte har någon långvarig sjukdom. De värderar även den möjligheten högre än personer utan långvarig sjukdom.

När det kommer till delaktighet uppger personer med flera långvariga sjukdomar i lägre utsträckning att de får vara delaktiga i beslut om sin behandling, jämfört med personer som har en långvarig sjukdom. Men, det var ingen signifikant skillnad jämfört med personer utan långvarig sjukdom. Alltså upplever sig personer som har en långvarig sjukdom delaktiga i högre grad jämfört med personer utan eller med flera långvariga sjukdomar. På samma sätt som för frågan om samordning är det även troligt att behovet av delaktighet och *hur* det kan uppnås, varierar mycket mellan olika personer.

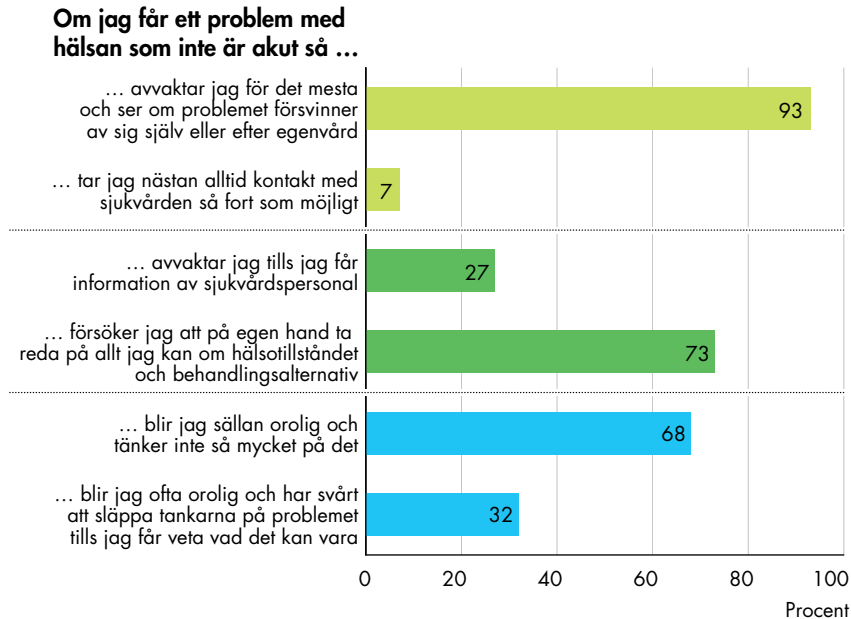
#### 4.4 PERSONER AGERAR OLIKA NÄR DE FÅR PROBLEM MED HÄLSAN

I befolkningsenkäten frågade vi om de svarandes erfarenheter och preferenser i fråga om vårdcentralers väntetider vid icke-akuta problem.

För att få en bättre förståelse för hur personer agerar när de får problem med hälsan som inte är akuta ville vi också veta om de svarande till exempel brukar avvakta med att kontakta vården och om de på egen hand tar reda på information om sitt hälsotillstånd. Vi bad de svarande att välja vilket av två påståenden som stämmer bäst med hur de brukar göra.

En övervägande majoritet av befolkningen anger att de brukar avvakta med att ta kontakt med sjukvården. Majoriteten försöker också att på egen hand ta reda på information i stället för att avvakta information från sjukvårdspersonal. Nästan en tredjedel av personerna uppger att de blir oroliga – även när de har ett problem med hälsan som inte är akut. I vår analys av personers relativa preferenser av bland annat väntetider (avsnitt 5.4) har vi använt delar av denna bakgrundsinformation.

Figur 11. Tre påståenden om agerande vid problem med hälsan som inte är akuta.



Not. n = 1 862 – 1 870. Viktat för befolkningen.

Vi har även brutit ned resultaten på olika grupper fördelat på kön, ålder och personer med eller utan långvarig sjukdom. Det inte är någon större skillnad mellan olika grupper sett till att majoriteten (>90 procent) säger att de avvaktar med att ta kontakt med hälso- och sjukvården. Personer över 65 år avvaktar i högre grad information från vårdpersonal, jämfört med yngre personer. Detsamma gäller även för män jämfört med kvinnor, och personer med långvarig sjukdom jämfört med personer utan långvarig sjukdom.

Personer med långvarig sjukdom blir i något högre utsträckning oroliga och har svårt att släppa tankarna på problemet jämfört med personer som inte har långvarig sjukdom. Detsamma gäller för kvinnor som i högre utsträckning blir oroliga än män. Däremot tycks inte ålder påverka sannolikheten att personer upplever sig oroliga – det var inga signifikanta skillnader mellan personer över 65 år och yngre personer.









## Vad är viktigast för befolkningen om de behöver välja?

I det här kapitlet sammanfattar vi resultat från den del av vår befolkningsundersökning där de svarande ställdes inför hypotetiska valsituationer. De som svarade fick då välja mellan fiktiva vårdcentraler som skiljde sig åt utifrån fyra kvalitetsaspekter: olika typer av fast vårdkontakt, olika grad av delaktighet och samordning samt olika väntetider till icke-akuta besök. Dessa allmänt kända kvalitetsaspekter kan på olika sätt påverka och relatera till patientens upplevelse av kontinuitet på vårdcentralen (se avsnitt 3.5.1).

Med hjälp av regressionsanalyser har vi undersökt hur de svarande värderar aspekterna i förhållande till varandra. Vi analyserar även preferenserna uttryckta i benägenheten att vänta på en specifik aspekt. Inledningsvis presenterar vi de svarandes genomsnittliga preferenser. Vi analyserar även hur preferenserna skiljer sig åt för olika grupper i befolkningen.

Våra resultat visar bland annat:

- De svarande värderar delaktighet högst av de fyra kvalitetsaspekterna. Samordning värderas i genomsnitt minst relativt övriga aspekter.
- De svarande kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns till icke-akuta besök för att få ta del av andra kvalitetsaspekter.
- Befolkningen har skilda preferenser. Vår analys synliggör tre tydliga preferensklasser som vi kallar ”relationssökande”, ”väntetidsminimerare” och ”delaktiga beslutsfattare”.



## 5.1 DELAKTIGHET VID BESLUT VIKTIGASTE KVALITETSASPEKTEN

Vi såg i kapitel 4 att när personer värderar kvalitetsaspekter som kontinuitet, tillgänglighet, delaktighet och samordning var för sig, så värderar de alla områden som viktiga.

För att få en bättre förståelse för den relativa värderingen, det vill säga när de svarande behöver göra avvägningar i sina val, utgår vi här från de hypotetiska valsituationerna som de svarande ställdes inför i enkäten. I valsituationerna fick de välja mellan fiktiva vårdcentraler som skiljer sig åt i fyra kvalitetsaspekter:

- olika typer av vårdkontakt på vårdcentralen
- olika grad av delaktighet i beslut om behandling
- om vårdcentralen hjälper till med samordningen av din vård/omsorg
- väntetid till icke-akuta besök på vårdcentralen.

Kvalitetsaspekterna antar olika nivåer som närmare beskriver det man kan förvänta sig hos vårdcentralen. Till exempel varierar nivåerna för typen av vårdkontakt mellan att ha en fast läkare, ett mindre fast sjukvårdsteam, eller att inte ha någon fast vårdkontakt på vårdcentralen. Nivåerna för väntetider till icke-akuta besök varierar mellan 0 dagar (samma dag), 3 dagar, 7 dagar och 14 dagar. Den fullständiga beskrivningen av aspekterna och deras nivåer framgår av kapitel 3.

Eftersom ingen av de fiktiva vårdcentralerna erbjöd ”det bästa av allt”, behövde de svarande även göra avvägningar och välja den vårdcentral de föredrog utifrån samtliga kvalitetsaspekter.

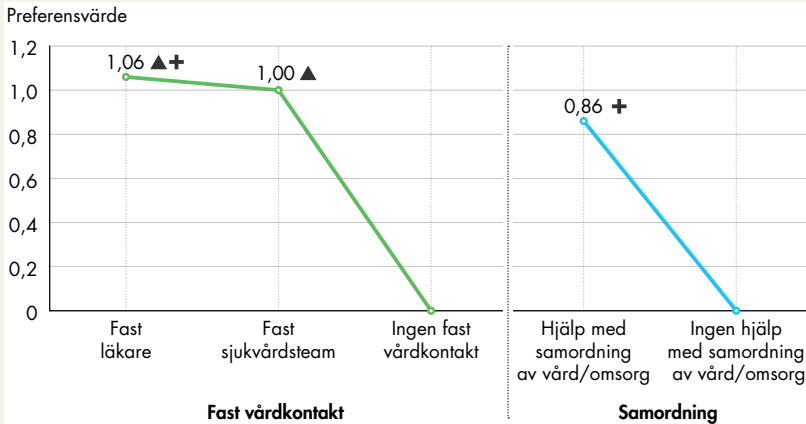
Med hjälp av regressionsanalys har vi tagit reda på de svarandes relativa värdering av kvalitetsaspekterna och dess nivåer. Värderingen uttrycks i preferensvärden som visar hur viktiga aspekterna och dess nivåer uppfattas i relation till varandra. Analysen av den relativa värderingen görs genom att jämföra storleken på preferensvärdena. I faktarutan beskriver vi hur tolkningen av preferensvärdet ska göras i figurer.



### Så här läser du av figuren med preferensvärden:

För att visualisera vilka kvalitetsaspekter de svarande föredrar när de väljer vårdcentral använder vi oss av ett linjediagram över de preferensvärden som vi får fram genom regressionsanalysen. I absoluta tal betyder preferensvärdet ingenting, det ska bara förstås i relation till andra preferensvärden.

**Figur 12.** Ett visualiseringsexempel av kvalitetsaspekternas preferensvärden och den relativa värderingen.



#### ▲ Jämförelse inom en kvalitetsaspekt

I figuren ovan kan vi göra jämförelse mellan de svarandes relativa värdering inom en kvalitetsaspekt. Ett högre preferensvärde innebär en högre relativ värdering för den nivån av kvalitetsaspekten jämfört med övriga nivåer. Exempelvis ser vi att svarande värderar att deras fasta vårdkontakt är en läkare till 1,06, jämfört med att inte ha någon fast vårdkontakt vilket är något högre än att den fasta vårdkontakten är ett sjukvårdsteam (1,00) jämfört med ingen fast vårdkontakt. Tolkningen är att den relativa värderingen av att ha en fast läkare är marginellt högre än att ha ett fast sjukvårdsteam.

#### + Jämförelse mellan kvalitetsaspekter

Det är även möjligt att jämföra preferensvärden mellan de olika kvalitetsaspekterna. Då studerar vi den relativa värderingen mellan kvalitetsaspekterna. Ett högre preferensvärde innebär en högre relativ värdering för den kvalitetsaspekten jämfört med en annan kvalitetsaspekt. Till exempel ser vi att svarande värderar att ha en fast läkare, jämfört med ingen fast vårdkontakt, högre än att få hjälp med samordningen av sin vård/omsorg, jämfört med att inte få hjälp med samordning av sin vård. Preferensvärdet för att ha en fast läkare är 1,06 och preferensvärdet för att få hjälp med samordning av sin vård/omsorg är 0,86.



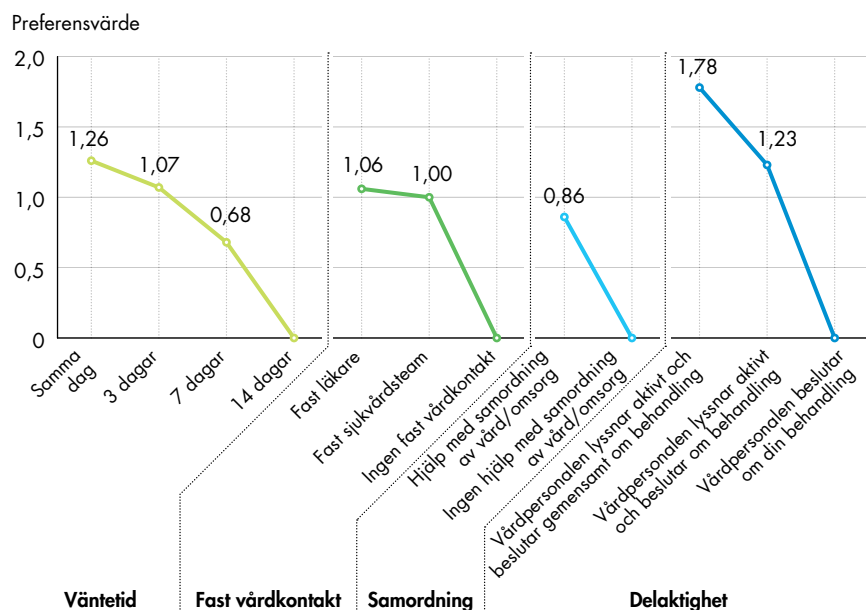
Sammanfattningsvis kan vi konstatera att alla kvalitetsaspekter och nivåer har en signifikant påverkan på valen av fiktiv vårdcentral. Att alla aspekter och nivåer har en statistiskt säkerställd påverkan visar att de är relevanta för befolkningens beslut och val av vårdcentral vilket bekräftar det vi såg i kapitel 4. Positiva preferensvärden indikerar att de svarande föredrar vårdcentraler som erbjuder den kvalitetsaspekten och nivån framför vårdcentraler som inte erbjuder det. Figur 13 visar preferensvärden för kvalitetsaspekterna och deras nivåer för genomsnittet av de svarande.

Om vi jämför den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter (skillnaderna mellan att gå från nivån som värderas lägst till nivån som värderas högst) framkommer det att möjligheten att vara delaktig i beslut ger störst skillnad för den upplevda nyttan. Därefter följer i fallande ordning kortare väntetid till icke-akuta besök, fast kontakt och samordning.

De svarande upplever till exempel en större nytta av att gå från att vårdpersonalen fattar beslut till att de först lyssnar aktivt jämfört med att gå från att inte ha någon fast vårdkontakt till att ha det.

De svarande är positiva till fasta vårdkontakter. Däremot är det ingen större skillnad i preferenserna för att ha en fast läkare eller ett mindre fast sjukvårdsteam (med 2 läkare och 2–3 sjuksköterskor) jämfört med att inte ha någon fast kontakt.

**Figur 13.** Relativ värdering av olika kvalitetsaspekter hos fiktiva vårdcentraler.



Not. Samtliga värden är signifikanta – se bilaga 2 för specifika värden på respektive regressionskoefficient. Väntetid är modellerad som kontinuerlig, koefficientvärdet för väntetid var -0,097 per dag. Vi har använt koefficientvärdet för att räkna fram preferensvärdet för respektive nivå (samma dag, 3 dagar, 7 dagar, 14 dagar).

Om vi bryter ner regressionsanalysen på i förhand bestämda grupper i befolkningen så kan vi bland annat se att personer som inte har besökt en vårdcentral de senaste 12 månaderna ändå föredrar att vårdcentralen ska hjälpa till med samordning av deras vård. Detsamma gäller personer som har sina huvudsakliga kontakter inom andra delar av vården och inte på vårdcentralen.

Personer med en eller flera långvariga sjukdomar värderar fasta vårdkontakter och delaktighet i beslut om behandling högre än personer utan långvarig sjukdom.

## 5.2 KAN TÄNKA SIG ATT VÄNTA LÄNGRE ÄN VÅRDGARANTINS MAXGRÄNS

Eftersom vi har inkluderat väntetid till icke-akuta besök som en kvalitetsaspekt, kan vi analysera avvägningar mellan väntetid och de andra kvalitetsaspekterna. Preferenserna uttrycks då i de svarandes benägenhet att vänta (willingness to wait) för att få tillgång till en viss kvalitetsaspekt.

Hur länge de svarande kan tänka sig att vänta är en kvot mellan preferensvärdet för väntetid och övriga kvalitetsaspekter. Det är alltså en beräkning och inget som de svarande specifikt fick svara utifrån, utöver att de fick göra avvägningar mellan väntetid till icke-akuta besök och övriga aspekter.

Analysen visar att de svarande i genomsnitt kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns på 3 dagar till icke-akuta besök, under förutsättning att vårdcentralen lever upp till andra centrala kvalitetsaspekter. Detta gäller för samtliga inkluderade kvalitetsaspekter och nivåer (se figur 14).

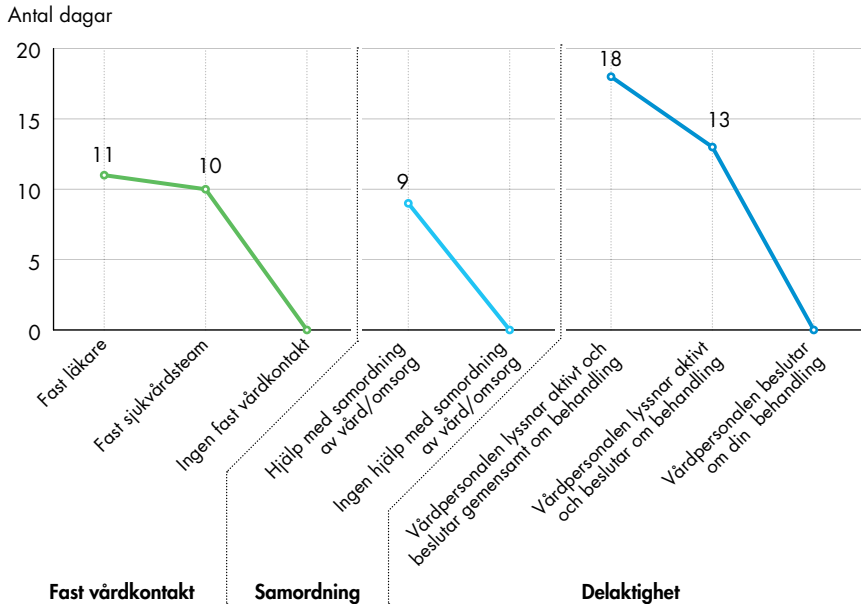
Till exempel är de svarande i genomsnitt benägna att vänta omkring 10 dagar vid icke-akuta besök för att få en fast kontakt jämfört med att inte ha en fast vårdkontakt. Ökad grad av delaktighet är den kvalitetsaspekt som de svarande är benägna att vänta längst för att få – 13 respektive 18 dagar, jämfört med att vårdpersonalen beslutar om behandlingen.

Samtidigt vet vi att det finns en skillnad i hur viktiga korta väntetider och andra kvalitetsaspekter är, och att värderingen kan variera beroende på vilken sökorsak som ligger till grund för vårdbesöket (se t.ex. Vårdanalys 2020a, Ehman m.fl. 2017, Turner m.fl. 2007).



Vad är viktigast för befolkningen om de behöver välja?

**Figur 14.** Preferenser uttryckta i benägenheten att vänta för att få tillgång till en specifik kvalitetsaspekt.



Not. För att kunna uttrycka preferenser i termer av "benägenhet att vänta", så beräknas den marginella substitutionskvoten som den negativa kvoten mellan regressionskoefficienten för en viss kvalitetsaspekt med regressionskoefficienten för väntetid. Värt att notera är att vårdgarantins maxgräns är 3 dagar.

### 5.3 VÄRDERAR SIN NUVARANDE VÅRDcentral HÖGT

Vi ville undersöka vilka kvalitetsaspekter hos en fiktiv vårdcentral som de svarande skulle välja om de också hade valet att välja sin nuvarande vårdcentral. Därför inkluderade vi en följdfråga där de svarande fick välja mellan den fiktiva vårdcentral de just valt i den hypotetiska situationen och sin nuvarande vårdcentral. Det ger en bild av hur starka preferenserna är för kvalitetsaspekterna med utgångspunkt i det de har i dag. Exempelvis kan en svarande som har fast läkare i dag värdera att det är en viktig aspekt i valet mellan två fiktiva vårdcentraler. Samtidigt kan samma svarande anse att det blir mindre viktigt i valet mellan en fiktiv vårdcentral och den nuvarande vårdcentralen, eftersom hen redan har en fast läkare.

Resultatet visar att de svarande i stor utsträckning väljer sin nuvarande vårdcentral. Våra analyser visar samtidigt att alla kvalitetsaspekter fortsatt har ha en signifikant påverkan på valet av vårdcentral och delaktighet värderas högst.

Resultatet stärks av att de som väljer sin nuvarande vårdcentral också uppger att den i dag lever upp till centrala kvalitetsaspekter i större utsträckning än svarande som väljer en fiktiv vårdcentral.

### **5.3.1 Givet sin nuvarande situation anser de svarande att delaktighet och fast kontakt är viktiga kvalitetsaspekter**

När vi tillåter svaranden att välja sin nuvarande vårdcentral ser vi fortfarande att samtliga kvalitetsaspekter är viktiga, samtidigt som den nuvarande vårdcentralen har ett stort inflytande i valet. Delaktighet fortsätter att vara den relativt viktigaste kvalitetsaspekten och fast kontakt värderas fortsatt högt. Det stödjer att det finns ett behov av fast kontakt och delaktighet och att det inte bara är ett uttryck för att de svarande har "tvingats" att göra ett val.

Däremot har relationen mellan väntetider till icke-akuta besök och fast kontakt och delaktighet förändrats, så att de svarande anser att delaktighet och fast kontakt är viktigare. Det ger styrka till analysen om benägenheten att vänta på dessa kvalitetsaspekter.

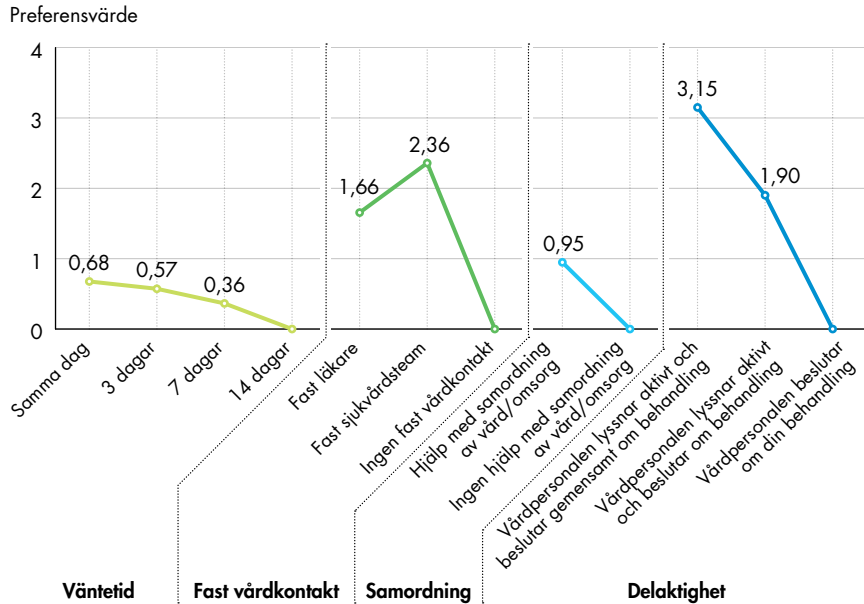
I den här analysen värderar de svarande ett fast mindre sjukvårdsteam jämfört med ingen fast kontakt högre än en fast läkare jämfört med ingen fast kontakt. Det skulle kunna betyda att de svarande som uppger att de i dag saknar en fast kontakt känner ett behov av ett fast sjukvårdsteam och att de som i dag har en fast kontakt har en fast läkare – eftersom det ansågs viktigt i valet mellan fiktiva vårdcentraler.

Figur 15 redovisar preferensvärden från regressionen av valet mellan fiktiva vårdcentraler och de svarandes nuvarande vårdcentral. Se bilaga 2 för en detaljerad tabell över regressionen.



Vad är viktigast för befolkningen om de behöver välja?

**Figur 15.** Relativ värdering av olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler när de svarande också kan välja sin nuvarande vårdcentral.



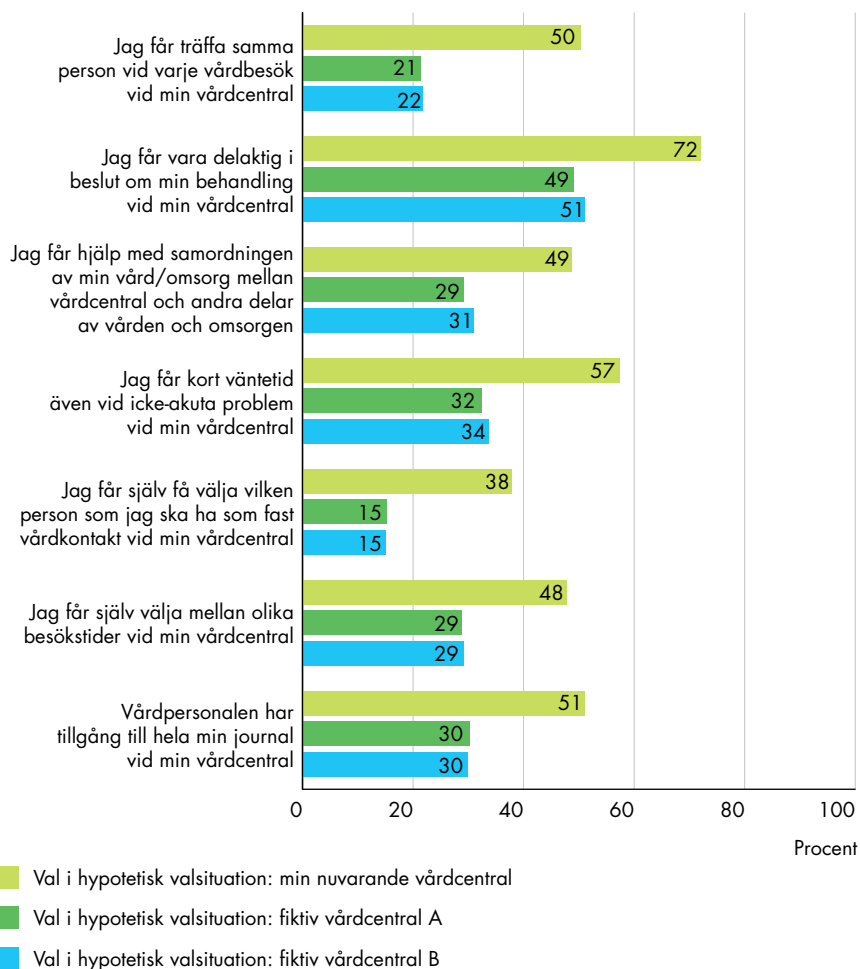
Not. Samtliga värden är signifikanta – se bilaga 2 för specifika värden på respektive regressionskoefficient. Väntetid till icke-akuta besök är modellerad som kontinuerlig, koefficientvärdet för väntetid var -0,052 per dag. Vi har använt koefficientvärdet för att räkna fram preferensvärdet för respektive nivå (samma dag, 3 dagar, 7 dagar, 14 dagar). I det här valet inkluderades de svarandes nuvarande vårdcentral som ett av alternativen.

### 5.3.2 Kan välja bort nuvarande vårdcentral om viktiga kvalitetsaspekter saknas

När vi analyserar svars mönstren är det tydligt att de som i följdfrågan oftare valde sin nuvarande vårdcentral än de som valde de fiktiva vårdcentralerna A eller B, uppger att den nuvarande vårdcentralen lever upp till viktiga kvalitetsaspekter. Alltså väljer de inte bara sin nuvarande vårdcentral för att de är vana vid den, även om de tycker att något annat är bättre.

De som i stället valde någon av de fiktiva vårdcentralerna A eller B är ganska lika i hur de upplever att deras ordinarie vårdcentral lever upp till viktiga kvalitetsaspekter. Att deras upplevelse genomgående är lägre kan vara en anledning till att de väljer bort sin ordinarie vårdcentral.

**Figur 16.** Benägenhet att välja sin nuvarande vårdcentral eller en av de fiktiva vårdcentralerna utifrån uppfattningen om hur väl den nuvarande vårdcentralen lever upp till centrala kvalitetsaspekter.



Not. Figuren baseras dels på hur svaren i de hypotetiska valsituationerna, dels på frågan om hur de svarandes nuvarande vårdcentral lever upp till centrala kvalitetsaspekter i dag. Eftersom varje svarande fick välja en vårdcentral i fyra olika hypotetiska valsituationer, avser figuren procentandelarna för varje observation där de svarande har svarat "mycket väl" eller "ganska väl". "Vet ej" är exkluderat.

### *Bakgrund påverkar valet av vårdcentral*

Utöver att analysera svarsmönstren utifrån hur de svarande har beskrivit sin nuvarande vårdcentral, analyserade vi även om valen kan förklaras av de svarandes olika bakgrundskaraktäristiska (se detaljerade resultat i bilaga 2).

Analysen visar bland annat att kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland, nöjdhet med nuvarande vårdcentral och om man har en fast läkarkontakt vid



Vad är viktigast för befolkningen om de behöver välja?

sin vårdcentral har betydelse. Personer som i dag har en fast läkarkontakt, äldre personer och de som sammantaget är nöjda med sin nuvarande vårdcentral, valde till exempel i lägre utsträckning en ny fiktiv vårdcentral.

## 5.4 OLIKA PREFERENSER AVGÖR VALET AV VÅRDcentral

Analysen av de genomsnittliga preferenserna hos de svarande har sina begränsningar. Den tar bland annat inte hänsyn till skillnader i preferenser mellan olika grupper i befolkningen. Det är möjligt att bryta ned resultatet för på förhand bestämda grupper – som personer med eller utan långvarig sjukdom vilket vi gjorde i avsnitt 5.1 ovan. Men det krävs att det finns en förkunskap om varför preferenser kan skilja sig åt eller en misstanke om att en viss bakgrund eller grupptillhörighet har betydelse.

För att i stället förutsättningslöst göra en analys av påverkan utifrån bakgrund eller grupptillhörighet har vi därför genomfört en så kallad latent klassanalys. Analysen utgår från antagandet att det finns latent, det vill säga dolda, klasser – där svaranden grupperas utifrån sina preferenser. Medan preferenser inom en klass antas vara lika skiljer de sig åt mellan klasserna (Lagarde m.fl. 2015).

Antalet klasser baserar sig på olika statistiska kriterier, men vilka personer som ska ingå i de olika klasserna bestäms inte på förhand – det avgörs istället med grund i att de har liknande preferenser (se även bilaga 2). Klasserna kommer därför härnäst kallas preferensklasser.

### 5.4.1 Tre grupper skiljer sig tydligt åt i vad de anser är viktigast hos en vårdcentral

Befolkningen har olika preferenser. I vår analys framkommer tre grupper, eller preferensklasser, som tydligt skiljer sig åt. Se tabell 13 i bilaga 2 för regressionsresultatet från den latent klassanalysen.

I figur 17 jämför vi preferensklassernas relativa värdering av olika kvalitetsaspekter. Vi har också namngett preferensklasserna utifrån deras tydligaste preferenstillhörighet.

Preferensklass 1 värderar att ha en fast kontakt relativt högst och har relativt låga preferenser för korta väntetider till icke-akuta besök. Personer i den gruppen värderar möjligheten till fast kontakt ungefär 3–4 gånger högre än personer i preferensklass 3 och preferensklass 2. Därför kallar vi den för ”relationssökande”. Totalt består preferensklass 1 av 33 procent av de svarande.

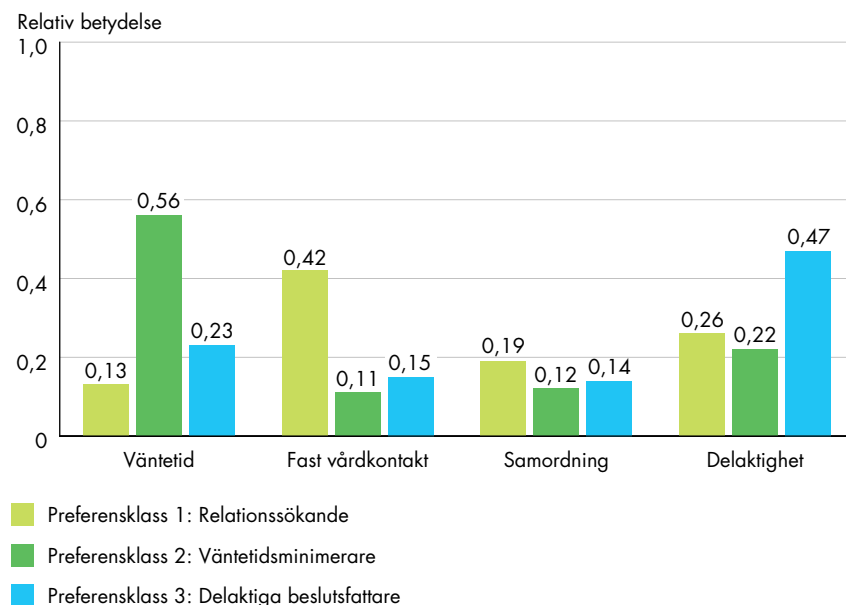


Preferensklass 2 värderar korta väntetider till icke-akuta besök relativt högst och kallas därför "väntetidsminimerare" och består av 23 procent av de svarande.

Preferensklass 3 värderar delaktighet i beslutsfattande relativt högst, och de har därför fått namnet "delaktiga beslutsfattare". Preferensklass 3 är den största gruppen med totalt 44 procent av de svarande. Samordning är något som värderas relativt lika mellan de olika grupperna.

Den exakta storleken på preferensklasserna påverkas av hur studien är utformad varför de i sig inte ska ses som direkt vägledande för beslut. Vi kan till exempel inte tolka storleken som att det är 33 procent som vill och bör ha en fast läkarkontakt och resten något annat. Slutsatsen är i stället att befolkningen har olika preferenser, vilket talar för att de behöver ett varierat utbud.

**Figur 17.** Kvalitetsaspekternas relativa betydelse för respektive preferensklass.



Not. För att kunna göra jämförelser mellan preferensklasserna har vi gjort om värderingen till samma skala (1) och räknat fram kvalitetsaspektens relativa betydelse. Det har vi gjort genom att räkna fram

- skillnaden mellan det högsta och lägsta preferensvärdet för nivåerna inom varje kvalitetsaspekt. För väntetid till icke-akuta besök räknades den relativa betydelsen fram genom preferensvärdet för respektive nivå.
- kvalitetsaspektens relativa betydelse genom att dividera summan för en aspekt (a) med summan för alla kvalitetsaspekter inom respektive preferensklass.



### *Grupperna skiljer sig åt i vilken typ av fast kontakt och nivå av delaktighet de värderar högst*

Vi har även analyserat skillnader i preferenser för kvalitetsaspekternas olika nivåer. I figur 18 framkommer att preferensklass 1, som värderar fast vårdkontakt högst av klasserna, framför allt värderar möjligheten till fast läkarkontakt. Vidare framkommer det att preferensklass 1 värderar korta väntetider till icke-akuta besök relativt lågt.

Preferensklass 2 och 3 värderar att ha en fast läkare eller ett mindre fast sjukvårdsteam i stort sett likvärdigt, jämfört med ingen fast vårdkontakt.

Preferensklass 2, som värderar korta väntetider till icke-akuta besök högst, föredrar att vårdpersonalen lyssnar på dem. Men till skillnad från de andra klasserna föredrar de att vårdpersonalen fattar besluten framför att de själva är delaktiga och fattar beslut tillsammans med vårdpersonalen. De tycks ha något av ett ”kund-tänk”, där de vill ha vård så snart som möjligt och få ett beslut baserat på vad de ger för information.

### *Vad kan förklara skillnaderna i preferenser och vad karaktäriserar personer som ingår i de olika preferensklasserna?*

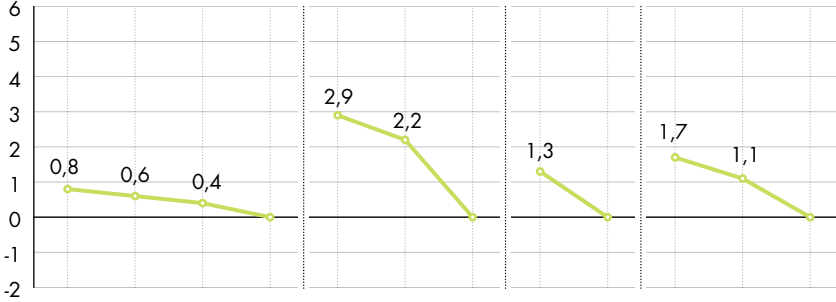
För att få bättre kunskap om vad som kan förklara skillnaderna i preferenser, inkluderade vi olika bakgrundsvariabler i regressionsanalysen (se tabell 13 i bilaga 2). Det framkommer då att personer som har ett sämre hälsotillstånd, är äldre, har lägre utbildning och som har besökt vårdcentralen oftare har en större sannolikhet att tillhöra preferensklass 1 (”relationssökande”) än preferensklass 3 (”delaktiga beslutsfattare”). Det framkommer även att personer med långvariga sjukdomar och kvinnor har en lägre sannolikhet att tillhöra preferensklass 2 (”väntetidsminimerare”) än preferensklass 3.

Vi har också gjort en beskrivande jämförelse av olika bakgrundsvariabler som visar på skillnader mellan grupperna (se tabell 4). Det behöver inte betyda att det är dessa skillnader som styr eller förklarar skillnaderna i preferenser för kvalitetsaspekterna.

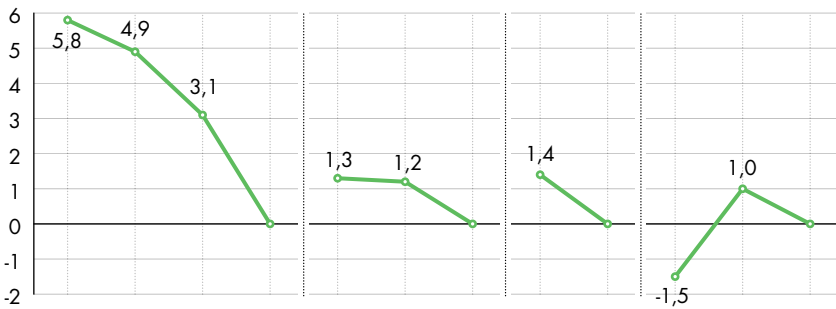
**Figur 18.** Skillnader inom preferensklasserna i deras preferenser för kvalitetsaspekter och nivåer.

► **Preferensklass 1: Relationsökande**

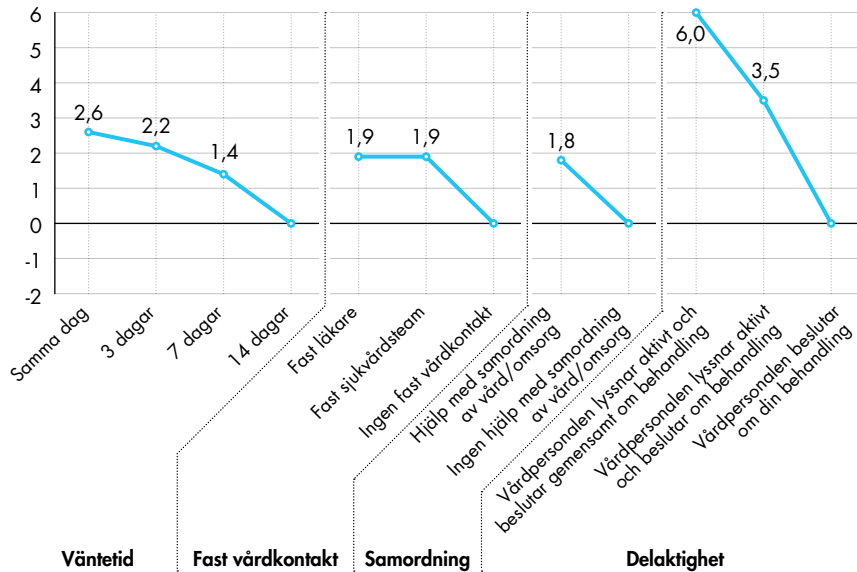
Preferensvärde



► **Preferensklass 2: Väntetidsminimerare**



► **Preferensklass 3: Delaktiga beslutsfattare**



Vad är viktigast för befolkningen om de behöver välja?

**Tabell 4.** Preferensklassernas karaktäristika.

|   | Preferensklass               |                                 |                                    |
|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
|   | (1)<br>Relations-<br>sökande | (2)<br>Väntetids-<br>minimerare | (3)<br>Delaktiga<br>beslutsfattare |
| Medelålder (år) <sup>a b</sup>  | 61                           | 49                              | 47                                 |
| Andel kvinnor <sup>a b c</sup>  | 53                           | 46                              | 61                                 |
| Andel 65 år eller äldre <sup>a b c</sup>  | 54                           | 23                              | 18                                 |
| Andel med eftergymnasial utbildning <sup>a b</sup>                                    | 32                           | 50                              | 54                                 |
| Andel hel- eller deltidsanställda <sup>a b</sup>                                      | 32                           | 55                              | 56                                 |
| Andel boende i stadskommun <sup>a b</sup>   | 23                           | 33                              | 31                                 |
| Andel med mycket eller ganska bra allmänt hälsotillstånd <sup>a b c</sup>             | 50                           | 84                              | 78                                 |
| Andel personer med en eller flera kroniska sjukdomar <sup>a b c</sup>                 | 60                           | 24                              | 36                                 |
| Andel med fast läkarkontakt i primärvården <sup>a b</sup>                             | 43                           | 24                              | 26                                 |
| Andel som besökt en vårdcentral minst 4 gånger de senaste 12 månaderna <sup>a b</sup> | 42                           | 18                              | 21                                 |

Not. a Statistiskt säkerställd skillnad mellan preferensklass 1 och 2.

b Statistiskt säkerställd skillnad mellan preferensklass 1 och 3.

c Statistiskt säkerställd skillnad mellan preferensklass 2 och 3.

En mer utförlig beskrivning av preferensklassernas karaktäristika finns i tabell 14 i bilaga 2.

Utifrån den beskrivande jämförelsen ser vi bland annat att preferensklass 1 ("relationssökande"), jämfört med de andra klasserna, består av personer med en högre medelålder, en lägre andel personer med eftergymnasial utbildning, en högre andel personer med långvariga sjukdomar och högre andel med fast läkarkontakt. De har även besökt vården oftare. Att de i högre utsträckning har en fast läkarkontakt i dag innebär även att de har mer erfarenhet av vad en fast kontakt faktiskt innebär. Ytterligare en skillnad är att personer i preferensklass 1 ("relationssökande") blir mer oroliga om de får ett problem med hälsan som inte är akut, jämfört med preferensklass 2 ("väntetidsminimerare") som inte blir lika oroliga.

Det framgår även att preferensklass 2 ("väntetidsminimerare") och preferensklass 3 ("delaktiga beslutsfattare") är mer lika varandra, jämfört med preferensklass 1. En högre andel personer är till exempel del- eller heltidsanställda i dessa preferensklasser jämfört med preferensklass 1 ("relationssökande").

Men det finns även skillnader mellan preferensklass 2 och 3. Det är bland annat färre personer med långvariga sjukdomar i preferensklass 2 och de har även bättre hälsotillstånd jämfört med de andra preferensklasserna. Preferensklass 2 har också en lägre andel med fast läkarkontakt i specialistvården jämfört med andra klasser. Det är en högre andel män i preferensklass 2 och högre andel kvinnor i preferensklass 3.

För att illustrera styrkan med analysen är det viktigt att poängtera att även om till exempel andelen personer med långvariga sjukdomar är högst inom preferensklass 1 ("relationsökande"), finns det personer med långvariga sjukdomar i de övriga klasserna också. Det hade inte visat sig i en analys som på förhand sorterar in enskilda personer i en viss grupp.

### *Preferenserna påverkas inte av var man bor*

Personerna som tillhör varje preferensklass kan skilja sig åt bland annat i var i landet de bor. I den latenta klassanalysen ser vi samtidigt inget som tyder på att geografi påverkar personernas preferenser för kvalitetsaspekterna. Det ger stöd för att det som faktiskt styr preferenserna inte är geografien utan snarare exempelvis vårdkonsumtion, allmänt hälsotillstånd eller ålder, samt att personers preferenser skiljer sig åt på sätt som vi inte observerar i den här studien.

## 5.5 STÖD FÖR ATT VI MÄTER FAKTISKA PREFERENSER

I den här typen av studier där man använder sig av hypotetiska valsituationer är det viktigt att följa upp hur de svarande tänkte när de valde vilken vårdcentral de föredrog. Med det menar vi att vi testat att de svarande har tagit kvalitetsaspekterna i beaktande i sina val.

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att majoriteten av de som svarade på befolkningsenkäten fokuserade på alla eller flera av aspekterna i sitt val. Det tyder på att vi faktiskt mäter preferenser och inte slumpmässiga svar när vi analyserar hur de svarande värderar aspekterna i förhållande till varandra.

Även om vi inte säkert kan veta hur personer skulle agera om de ställdes inför samma situation i verkligheten ger det insikter om vad befolkningen tycker är viktigt. Varje kvalitetsaspekt är också beroende av sammanhanget, något som kan skilja sig åt bland de svarande. De kan bland annat lägga in olika förståelse för hur de ser på till exempel samordning eller en fast kontakt. Dessutom är preferenserna inte statiska, utan kan variera både mellan olika situationer och över tid.

I bilaga 2 finns en mer detaljerad sammanställning av de tester som vi har genomfört.











## Hinder och möjligheter för att erbjuda en god kontinuitet

I det här kapitlet fokuserar vi på frågan om relationell kontinuitet – en subjektiv upplevelse av relationen mellan en patient och hens vårdpersonal. Vi har tagit reda på vad befolkningen anser bidrar till en sådan god relation och belyser också med utgångspunkt från tidigare rapporter olika hinder och förutsättningar som försvårar arbetet med kontinuitet. Samtidigt som förutsättningarna behöver bli bättre, ser vi utifrån resultaten från vår befolkningsenkät, att det finns exempel på arbetssätt och metoder i vården som redan i dag kan öka kontinuiteten.

### 6.1 RELATIONEN I FOKUS – SÅ KAN DEN STÄRKAS UR BEFOLKNINGENS PERSPEKTIV

Förtroendefulla relationer är kärnan i god kontinuitet. Att ha återkommande kontakter med samma vårdpersonal kan vara en förutsättning för att bygga en förtroendefull relation. Men det är inte en garanti för att en sådan relation ska utvecklas. Relationen påverkas till exempel av vårdpersonalens arbetssätt, kommunikations- och konsultationsstil samt bemötande.

I det här kapitlet redovisar vi vilka egenskaper befolkningen anser är viktiga för att skapa en god relation med vårdpersonalen.



### 6.1.1 Vårdpersonal som är lyhörd och som ger tydlig information skapar goda relationer

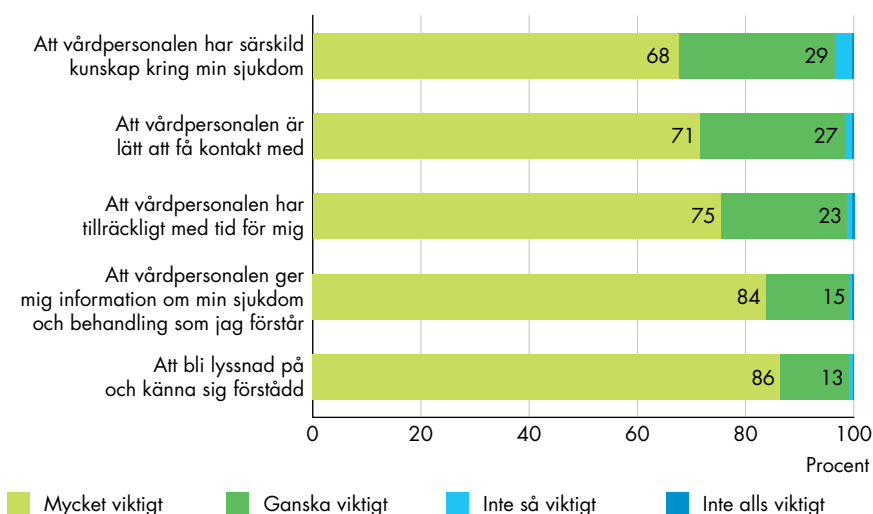
I vår enkätundersökning frågade vi vad som skapar en god relation mellan en patient och vårdpersonal. De svarande fick ange hur viktiga (mycket, ganska, inte så, inte alls) de ansåg att fem olika egenskaper är, se figur 19. Frågan bestod av en enskild värdering av respektive egenskap, och de svarande behövde alltså inte kompromissa mellan egenskaperna.

Resultatet pekar på att samtliga fem listade egenskaper värderas högt av befolkningen. De egenskaper som värderas som mycket viktiga av flest personer är ”att bli lyssnad på och känna sig förstörd” och ”att vårdpersonalen ger mig information om min sjukdom och behandling som jag förstår”. Medan en lägre andel uppger att det är mycket viktigt att ”vårdpersonalen har särskild kunskap kring min sjukdom”.

I samband med frågan hade de svarande möjlighet att utveckla sitt svar i fritext genom att svara på om de anser att det finns något annat som skapar en god relation mellan dem och vårdpersonalen. Över 20 procent (407 svarande) valde att göra det. Figur 20 visar hur dessa personer svarade på frågan om vad som skapar en god relation mellan en patient och vårdpersonal och hur viktig varje egenskap är.

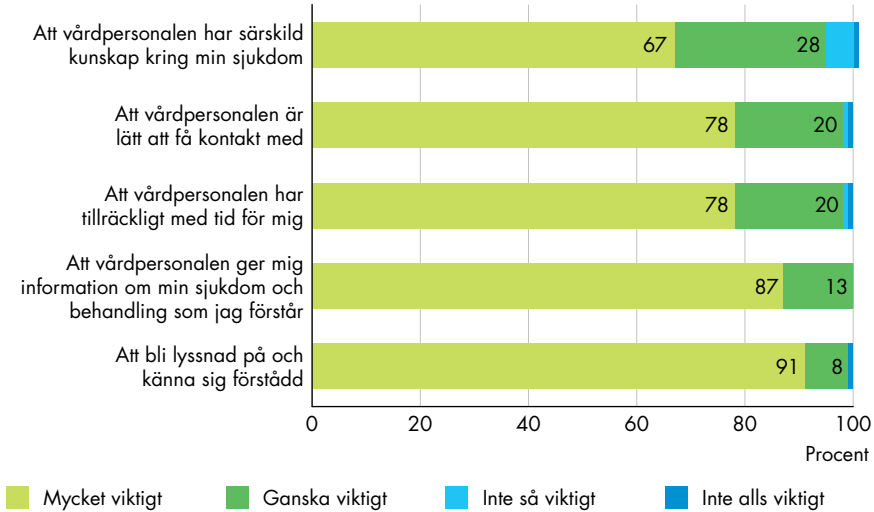
Skillnaden i svaret på frågan och i karaktäristika mellan gruppen med fritextskrivare och alla svarande är liten. Något fler fritextskrivare är kvinnor och också personer med en eller flera långvariga sjukdomar. I övrigt är skillnaderna mellan grupperna relativt små.

**Figur 19.** Befolkningens syn på hur viktiga olika egenskaper är för att skapa en god relation med vårdpersonal.



Not. n = 1 847 – 1 887. Exklusive vet ej. Viktat för befolkningen.

Fråga: Olika egenskaper kan vara viktiga för att skapa en god relation mellan patient och vårdpersonal. Hur viktiga är följande egenskaper för dig?

**Figur 20.** Fritextskrivares syn på hur viktiga olika egenskaper är för att skapa en god relation med vårdpersonal.

Not. n = 399 – 405. Exklusive vet ej.

Fråga: Olika egenskaper kan vara viktiga för att skapa en god relation mellan patient och vårdpersonal. Hur viktiga är följande egenskaper för dig?

## 6.1.2 Kvalitativ innehållsanalys bekräftar bilden

En kvalitativ innehållsanalys (se bilaga 4) av de omkring 400 fritextsvaren bekräftar att de förvalda egenskaperna är viktiga och ger en bättre förståelse för hur de svarande resonerat när de svarade på frågorna.

Från fritextsvaren framkommer flera egenskaper som fritextsvarare lyfter fram som viktiga för att skapa en god relation till vårdpersonal. Delvis hör dessa egenskaper ihop med de förutbestämda egenskaper som de svarande fick värdera, men de lyfte även fram andra egenskaper som viktiga för att skapa en god relation. Några sådana egenskaper var tillgänglighet och snabb vård, enkelt att ta kontakt och boka tid, vårdpersonalen har tillräckligt med tid, läst på journal innan besök och full tillgång till patientjournal, fast läkarkontakt, vårdkontakt eller team, kommunikation, patienten tas på allvar, vårdpersonalen lyssnar och ser patienten, återkoppling och uppföljning, vårdpersonalen håller vad som lovats och är ärlig, bemötande, kompetens och samordning. Tillsammans bildade egenskaperna tre huvudkategorier:

- olika former av kontinuitet
- tillgänglighet
- vårdpersonalens kompetens och bemötande.

Nedan beskriver vi dessa områden närmare tillsammans med ett urval av citat.

### *Olika former av kontinuitet*

Olika former av kontinuitet och egenskaper som kan bidra till kontinuitet lyftes fram. Att ha en fast kontakt och möjligheten att träffa samma vårdpersonal vid återkommande besök är en av de mest framträdande egenskaperna i fritextsvaren. Denna underkategori hör bland annat ihop med både relationell och longitudinell kontinuitet. Av de som nämner en specifik profession är det framför allt behovet av en fast läkarkontakt som nämns.

” Det hade varit mycket betryggande om jag hade en läkare som jag fick träffa varje gång jag sökte vård. För att skapa en relation där vi båda känner varandra och läkaren kan min historia ... ”  
(kvinna 24 år)

” Att få tillgång till ett eget team, t.ex. läkare, sjuksköterska, terapeut/ sjukgymnast som jobbar tillsammans.”  
(kvinna 58 år)

” Att få träffa samma läkare varje gång, vilket dessvärre oftast inte är möjligt ...”  
(man 87 år)

Fritextsvaren pekade också på behovet av att vårdpersonalen tar patienten på allvar. Att bli sedd och lyssnad till är grundläggande för en god relation.

” Att jag får vara delaktig i min behandling och att de lyssnar på det jag känner/säger och har det vid åtanke när de gör en bedömning”  
(kvinna 30 år)

” Personal MÅSTE ta mina problem på allvar. Jag har inte tagit kontakt för det är roligt ...”  
(man 49 år)

” Att personal framförallt lyssnar noggrant på och TROR på patienten. Respektera patienten som en medmänniska.”  
(kvinna 91 år)

Behovet av uppföljande kontakter och att vårdpersonalen ger återkoppling och följer upp var också något som ett antal svarande lyfte fram som viktigt.

Vissa fritextsvar tangerar vikten av en slags episodisk kontinuitet, som att ha kontakt med samma vårdpersonal om samma ämne.

” Kontinuitet, att träffa samma person om samma ämne ...”  
(kvinna 19 år)

” Att bli kallad till årskontroller och genomgång av recept och mediciner. ”  
(man 74 år)

” ... Att det sker ett återbesök eller en återkoppling via telefon efter en tid.”  
(kvinna 39 år)

Andra egenskaper som identifierades i den kvalitativa innehållsanalysen handlade om att personalen är ärliga och håller vad de lovar, att de har läst på i patientens journal innan besöket, samt att de hjälper till med samordningen av patientens vård. Tillgången till specifik patientinformation och hur samordningen sker mellan olika vårdnivåer och vårdpersonal är olika former av informations- och koordinerande kontinuitet.

” Att personalen läst på i min journal så att vi kan komma till väsentligheterna vid mitt besök. Jag vill INTE behöva dra min bakgrund om och om igen vilket är allt för vanligt att jag behöver, just på grund av att journalen inte har konsulterats.”  
(kvinna 41 år)

” Det skrivs och skrivs och dokumenteras i journalerna men ingen har tid att läsa det dokumenterade ...”  
(man 51 år)

” ... jag förväntar mig att vården organiseras runt mig som patient och lotsar mig igenom vårdkedjan utan att jag själv ska behöva samordna min egen vård.”  
(man 29 år)

” Att behandlande läkare har en helhetssyn och remitterar vidare vid behov. ”  
(kvinna 77 år)

### *Tillgänglighet*

Kort väntetid är en egenskap som många lyfter fram som viktig. Men tillgänglighet är mer än bara väntetid, det fanns fritextsvar som exempelvis lyfte fram att det ska vara enkelt att boka en tid på vårdcentralen eller att komma i kontakt med vårdpersonalen.

” ... Det hade också varit bra om man kunde komma i kontakt med vårdpersonal via telefon --> vårdpersonal vid min vårdcentral EJ via sjukvårdsupplysningen. ”

(kvinna 24 år)

” Man måste kunna BOKA EN TID, även om det inte är akut. Upplever att på VC måste man tjata sig till den möjligheten, d.v.s. att enda officiella möjligheten är att komma 'akut' – obegripligt.”

(man 53 år)

Tillgänglighet kan också handla om att vårdpersonalen har tid att engagera sig i patienten eller att det finns tid att undersöka även en annan åkomma än besökets huvudfokus eller initiala sökorsak.

I fritextsvaren framkom att personer ser att tid är väsentligt för att skapa en god relation till vårdpersonal. Flera lyfter att stressad personal påverkar relationen negativt, samt att de vill ha möjlighet att få hjälp med flera åkommor under samma besök.

” Tid är det bästa sättet att skapa en bra relation mellan mig och vårdpersonal.”

(man 19 år)

” Att vårdpersonalen har tid för mig vid mitt besök. Att de inte behöver stressa mellan olika patienter.”

(kvinna 43 år)

” Att få känna sig mänsklig under de 15 ynka minuter som jag får sitta med en alltid uppstressad och sliten läkare. Hur kan man sätta sitt liv i händerna på någon som uppenbarligen inte kan ta hand om sin egen hälsa?”

(man 29 år)

### Vårdpersonalens kompetens och bemötande

En majoritet av de svarande som lyft frågan om vårdpersonalens kompetens menar att det viktigaste egentligen inte handlar om att personalen ska kunna allt själva. Snarare handlar det om vikten av att personalen känner sina gränser och remitterar vidare patienter med problem som personalen själva inte har kunskap nog att hantera.

” Vårdpersonal kan så mycket om var deras gränser och brister är så att de förstår att konsultera andra/skicka vidare för undersökning. De ska våga säga "detta känner jag inte till ..."

(kvinna 60 år)

” Viktigt att vårdpersonalen har självinsikt om sin egen kunskap, d.v.s. det är viktigare att vårdpersonalen kan remittera mig till någon som kan ställa en korrekt diagnos eller som har tillräcklig kunskap om mitt tillstånd än att vårdpersonalen på vårdcentralen ska kunna göra allt detta själva."

(kvinna 23 år)

” A&O är att vårdpersonalen är kompetent framför att de är trevliga!"

(man 59 år)

Många lyfter även att personalens bemötande är viktigt. Det kan handla om att vårdpersonalen har ett vänligt, respektfullt, artigt eller professionellt bemötande. Flera personer betonade att det är viktigt att *all* personal på vårdcentralen har ett gott bemötande.

” Att personalen, läkaren först hälsar, ser mig i ögonen!! De flesta läkare ser på datorskärmen mest hela tiden under samtalets gång ..."

(kvinna 75 år)

” Bra bemötande gäller även reception och lab-personal."

(kvinna 69 år)

” Vid första mötet - handslag och namnpresentation."

(man 27 år)



En annan vanlig synpunkt som framgick av fritextsvaren var vikten av kommunikation. Det kan handla om att vårdpersonalen pratar tydligt eller på förståelig och lättbegriplig svenska.

” Att vårdpersonalen talar klart och tydligt så att missförstånd inte uppstår.”

(man 30 år)

” Att man kan förstå och känna sig förstådd. Svenska språket måste behärskas.”

(kvinna 66 år)

## 6.2 BEGRÄNSADE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KONTINUITET

Flera rapporter och utredningar har framhållit att vården generellt, men kanske primärvården i synnerhet, har bristande förutsättningar för att tillgodose samtliga patienters behov av kontinuitet. Sverige har bland annat i internationell jämförelse en relativt låg andel allmänläkare av alla praktiserande läkare.

Mycket tyder också på att vårdens styrning, organisering och arbetssätt inte stödjer eller utgår från kontinuitet. En del initiativ tas men det är inte alltid som förutsättningarna för att få det att fungera i praktiken finns på plats.

### 6.2.1 Flera utmaningar i arbetet för en högre grad av kontinuitet

Möjligheten att erbjuda en god kontinuitet påverkas av en mängd faktorer. De olika typerna av kontinuitet – relationskontinuitet, informationskontinuitet, longitudinell kontinuitet, och koordinerande kontinuitet – påverkas ibland av samma utmaningar. Utmaningarna kan vara förändrade behov och demografi eller bristande kompetensförsörjning.

Bristen på allmänläkare förs ofta fram som ett grundproblem i sammanhanget. År 2018 fanns på nationell nivå en bemanning vid vårdcentraler som, om läkarna vore jämt fördelade över landet, skulle motsvara ungefär en heltidsarbetande legitimerad läkare per 1 950 listade patienter. Räknat på enbart specialistläkare skulle motsvarande antal listade patienter per läkare vara ännu högre, cirka 2 190 patienter. Tillgången till fast bemanning är samtidigt ojämnt geografiskt fördelad, där till exempel vårdcentraler i glesbygden har lägre fast bemanning och klarar sin läkarförsörjning med hjälp av hyrläkare och vikarier. (Vårdanalys 2018b).



Ett annat problem som tidigare har lyfts är att ”vårdens arbetssätt inte utgår från kontinuitet och vare sig ersättningssystem eller sättet att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet” (SOU 2016:2).

Anell (2015) beskriver flera utmaningar som är nära kopplade till att erbjuda relationell kontinuitet, som gör att de andra typerna av kontinuitet får kompensera för det. Behovet av informations- och koordinerande kontinuitet eller samordning ökar dels sett till hur sjukligheten utvecklas, dels utifrån vårdens medicinska och organisatoriska utveckling. Det handlar bland annat om följande utmaningar:

- Förekomsten av multisjuklighet har ökat samtidigt som vården har blivit allt mer specialiserad och uppdelad. Vårdgivare måste i allt större grad arbeta tillsammans för att erbjuda vård av god kvalitet.
- På grund av den snabba kunskapsutvecklingen blir det allt svårare för enskild vårdpersonal att vara uppdaterad på kunskaper om diagnostik och behandling.
- Allmänläkare vill ha en mer rimlig arbetsbörda och möjligheter till att arbeta deltid. Det gör att bland annat jour organiseras kollektivt, där personalen går samman och delar på listor för att få en mer acceptabel arbetsmiljö (Anell 2015).

### **6.2.2 En namngiven fast läkarkontakt räcker inte**

Det finns flera exempel på initiativ som tagits för att uppnå ett visst mål men som inte blir som det var tänkt. Ett exempel är när National Health Service (NHS) i England införde ett krav på alla sina verksamheter att tilldela alla patienter över 75 år en namngiven ansvarig läkare. En uppföljning av initiativet visade att andelen 75-åringar som hade en sådan ökade markant från 3,5 procent till hela 79,8 procent. Men det visade sig samtidigt att reformen inte fick de effekter som var tänkt – kontinuiteten (mätt som koncentrationen av patientens olika besök till en och samma läkare – UPC-index) ökade inte (Barker m.fl. 2016).

Ett annat exempel som på kort sikt tycks peka på liknande resultat är från ett kvalitetsförbättringsarbete vid en vårdcentral i Stockholm 2017. Förbättringsarbetet gick ut på att öka andelen listade patienter vid vårdcentralen till att även lista sig hos en namngiven läkare där. Andelen listade personer med en namngiven läkare ökade markant, men den självupplevda kontinuiteten mätt genom den nationella patientenkäten minskade efter det genomförda förbättringsarbetet (SLL 2018).



De här exemplen illustrerar att förutsättningarna för att få det att fungera i praktiken eller vardagen också behöver vara på plats. Det är viktigt att säkerställa att den som har rollen som patientens fasta kontakt också har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Utredningen för en samordnad utveckling för god och nära vård föreslog att Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård (SOU 2020:19). Regeringen har nyligen uttalat att råd eller riktlinjer bör tas fram som stöder verksamheter och vårdgivare i hur patientansvar lämpligast kan fördelas på funktionen fast läkarkontakt i primärvården. Eftersom överväganden om patientansvar behöver göras utifrån exempelvis vårddyngd och läkarens erfarenhet, anser regeringen att den typen av överväganden lämpar sig bäst att formuleras i råd eller riktlinjer. De avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att formulera ett sådant nationellt stöd (prop. 2019/20:164).

### 6.3 HÖGRE KONTINUITET I VÅRDEN KAN NÅS PÅ FLERA SÄTT

Det är väl känt att det finns olika hinder som försvårar arbetet med kontinuitet. Men utifrån vårt arbete ser vi att det, samtidigt som förutsättningarna behöver bli bättre, finns arbetsätt och metoder som redan i dag kan öka kontinuiteten.

Initiativ för kontinuitetsförbättrande åtgärder behöver efterfrågas och möjliggöras i styrningen av vården – både personal och patienter behöver förutsättningar för att själva kunna bidra till en högre kontinuitet.

Även om det behövs mer kunskap om effekten av olika tillvägagångssätt, finns flera möjligheter och idéer för hur verksamheter kan förbättra arbetsätt och processer för att ge mer kontinuitet i vården. Vi har inte systematiskt undersökt olika metoder eller arbetsätt, men vi kan ge några exempel utifrån resultaten från vår befolkningsstudie, intervjuer vi genomfört och litteratur vi har tagit del av. I det här avsnittet gör vi det med fokus på relationskontinuitet.

#### 6.3.1 Ta hänsyn till olikheter

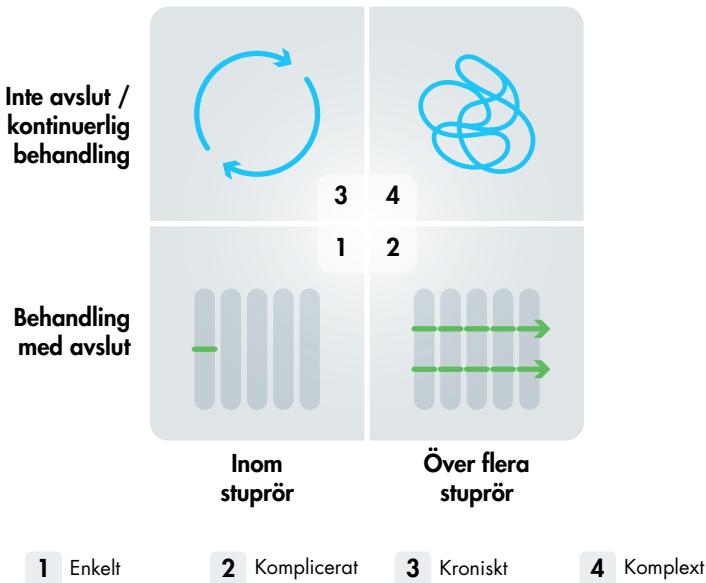
Utgångspunkten för vården bör vara befolkningens olika behov, preferenser och resurser. Olika människor har olika behov, och de varierar över tid. Vår befolkningsstudie visar tydligt att befolkningen har skilda preferenser.

Ett ramverk som använts i flera andra rapporter och utredningar framgår av figur 21. Ramverket är ytterligare ett exempel på hur man kan få förståelse

för att olika individer och grupper har olika behov – här baserat på hur deras tillstånd och kontakter med vården ser ut. Vårdens styrning, organisering och arbetssätt behöver ta hänsyn till de olikheter som finns.

Utredningen för en samordnad utveckling för god och nära vård beskrev bland annat i sitt delbetänkande (SOU 2020:19) hur behovet av kontinuitet kan skilja sig åt. Vid enklare åkommor som akuta infektioner eller bedömning av godartade hudförändringar är utredningens bedömning att det är sådant som kan gynnas av, men inte alltid är beroende av, ett system som bygger på kontinuitet – snarare är god tillgänglighet avgörande i de fallen. Samtidigt är det viktigare med en välfungerande kontinuitet för mer komplicerade, kroniska eller komplexa tillstånd, som i sin tur kan uppnås på olika sätt (SOU 2020:19).

Figur 21. Olika kontaktmönster i mötet med vården.



Källa: Leading Health Care (2016). Egen bearbetning.

Behovet av och preferenserna för olika kvalitetsaspekter och hur de kan uppnås, varierar mellan olika personer. Vår befolkningsstudie visade till exempel att personer som har *en* långvarig sjukdom i högre utsträckning uppger att de är delaktiga i vården jämfört med personer *utan* eller med *flera* långvariga sjukdomar. Kanske speglar dessa resultat den befintliga utformningen av kunskapsstöd, och hur vården organiseras, där mycket är uppbyggt kring enskilda diagnoser. Om vårdens kunskapsstyrning och



organisering alltför ensidigt utgår från enskilda diagnoser och insatser för att just behandla dessa, finns en risk att helhetssynen blir lidande, inte minst för personer som har flera långvariga sjukdomar eller samsjuklighet.

Enligt vår studie besöker omkring tre fjärdedelar av befolkningen vårdcentraler minst en gång under ett år. Det handlar om personer med mycket varierande behov och diagnoser. En del personer har inga eller bara enstaka kontakter med sin vårdcentral under ett år, medan andra har betydligt tätare kontakter både med vårdcentralen och andra vårdnivåer. Vi har tidigare pekat på att primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov, något som bland annat kommer att få större betydelse i takt med att fler lever med långvariga sjukdomar (Vårdanalys 2017a).

### 6.3.2 Personalens bemötande och konsultationsförmåga avgör relationen

I fråga om relationskontinuitet finns det flera områden som befolkningen anser skapar en god relation mellan patient och vårdpersonal. Egenskaper som värderas högt är till exempel ”att bli lyssnad på och känna sig förstådd” och ”att vårdpersonalen ger mig information om min sjukdom och behandling som jag förstår”.

Personalens personliga konsultationsstil tycks, åtminstone delvis, kunna ersätta kontinuitet och personlig kännedom om patienten, som personalens viktigaste behandlingsredskap (Dowrick 1997).

Lång klinisk erfarenhet leder inte automatiskt till god konsultationsförmåga. Det har visat sig att vårdpersonal och patienter ofta talar förbi varandra. Patienter upplever ofta att läkaren inte har förstått deras egentliga problem, att de inte har blivit tagna på allvar eller fått svar på sina frågor. Samtidigt frustreras läkare av att inte nå fram med information, problem med bristande följsamhet till behandlingsråd och svårigheter att hålla tidsramar. (Internetmedicin 2020).

Flera studier visar att det ofta tar mindre än 30 sekunder innan läkare avbryter patienter (se t.ex. Singh Ospina m.fl. 2018), vilket är ett problem i sammanhanget.

” ... Om läkaren inte får reda på patientens agenda tidigt riskerar hen att tid och resurser läggs på fel område och att viktig information missas. Ett effektivt sätt att på kort tid få mycket information är att börja med att låta patienten berätta, tala till punkt och med egna ord beskriva sina problem.”

(Internetmedicin 2020)

Vår studie visar också att stora delar av befolkningen värderar delaktighet och bemötande högt. Samtidigt är det tydligt att personer vill ha olika typer- eller grad av, delaktighet. Här finns det redan i dag olika etablerade metoder att använda, som motiverande samtal, metoder för delat beslutsfattande eller patientcentrerad konsultation (se även Vårdanalys 2018d).

### 6.3.3 Olika kontaktmöjligheter kan stärka relationen

Ett annat område som kan stärka relationskontinuiteten är att erbjuda patienter olika kontaktmöjligheter efter behov, som mejl, telefon, chatt, video eller hembesök. Telefon eller digitala kontakter mellan och i stället för fysiska besök kan hjälpa till att upprätthålla och utveckla relationen mellan patienter och deras ordinarie vårdpersonal (RCGP 2016, SOU 2019:42). Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård menar att "den digitala revolutionen behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård ..." (SOU 2019:42).

Både den och andra studier (Freeman och Huges 2010) har också lyft fram det positiva med att vårdpersonal kontaktar patienten på eget initiativ för att följa upp och fråga "Hur gick det?" mellan eller efter möten med vården.

### 6.3.4 Schemaläggning och rutiner kan öka kontinuiteten

Att arbeta med schemaläggning med syfte att öka kontinuiteten är något som lyfts fram i bland annat utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2). Ett förändringsarbete vid en vårdcentral i Örebro illustrerar att det kan vara framgångsrikt. I utvärderingen av det arbetet framkom att:

” den tydliga förbättringen i läkarkontinuitet i denna studie beror inte på bättre bemanning, utan schemaförändringen har lett till förbättring trots något sämre läkarbemanning. Produktionen av läkarbesök har heller inte minskat”

(Landh 2015).

Receptionister och stödjande bokningssystem är centrala för att främja kontinuitet. Receptionistrutiner vid bokning – att aktivt erbjuda patienten att träffa sin ordinarie vårdpersonal, eller öppen webbtidbok för patienter att boka in sig på "sin vårdpersonal" är exempel på det. Det kan byggas in flaggor i bokningssystemen för med vilken vårdpersonal patienter har som sin främsta kontakt, och receptionister kan uppmuntra patienter i behov av kontinuitet att boka in sig på sin fasta kontakt.



Andra exempel som har lyfts i intervjuer och tidigare studier är att skapa bättre rutiner för remisshantering inklusive uppföljning av remisser. Eller att organisera arbetet så att till exempel provsvar går igenom snabbt även om den ordinarie läkaren är borta.

I en intervju framgick att det också handlar om att ha en medveten plan för när, hur och till vem olika patienter bör triageras utifrån olika behov och de förutsättningar verksamheten har. För vilka uppgifter kan och bör till exempel verksamheten använda ordinarie personal, personal under utbildning eller inhyrd personal?

### **6.3.5 Mindre team kan ge patienter större tillgång till samma personal**

Större vårdcentraler kan överväga att organisera sin verksamhet i mindre team och fördela ansvaret för vårdcentralens listade patienter på dem (Palmer m.fl. 2018, RCGP 2016). Det kan bidra till att patienter får större tillgång till samma personal. Vår studie har också visat att befolkningens preferenser för en fast läkarkontakt eller ett mindre fast sjukvårdsteam i stort sett anses likvärdiga, jämfört med att inte ha någon fast kontakt.

Fungerande arbetsteam och ett lokalt ledarskap som främjar bra kommunikationer inom och mellan verksamheter främjar också kontinuitet. För att få fungerande team behövs också utbildning och lärande om rollfördelning. Samverkan över professionsgränserna och att träna förmågan att jobba i team behöver påbörjas redan under utbildningen och sedan fortsätta under hela yrkeslivet (Socialstyrelsen 2020).

### **6.3.6 Att följa upp och identifiera patienter i behov av kontinuitet**

Möjligheten att erbjuda en god kontinuitet kan också påverkas av patienternas beteende. Studier har pekat på att en del patienter är bättre på att få vård (inklusive kontinuitet) enligt de preferenser de har. Medan det för andra personer, som socialt isolerade eller arbetslösa, kan vara svårare att "förhandla" till sig en sådan vård. Medarbetare i vården behöver då arbeta aktivt med att identifiera och stödja dessa patientgrupper att få den vård de behöver. (Baker m.fl. 2005).

Verksamheter kan hitta sätt att identifiera patientgrupper som har låg kontinuitet och säkerställa att de i högre utsträckning får möjlighet till kontakt med sin fasta läkare, vårdkontakt eller fasta team. Uppföljningen kan till exempel baseras på befintlig data, som indikatorer från Primärvårdskvalitet (primarvardskvalitet.skl.se), men också uppföljning som baseras på patienters egna upplevelse av kontinuitet.

Även nya arbetssätt och hur de tillgodoser patienters behov och preferenser behöver följas upp och ageras på. Uppmätt och upplevd kontinuitet kan samtidigt skilja sig åt. Därför är det värdefullt att hitta sätt att följa upp patienters egna upplevelser av kontinuitet, utöver mätningar som baserar sig på besöksmönster.

Relationell kontinuitet handlar om två personers perspektiv på hur relationen fungerar, både patientens och vårdpersonalens. Därför är det viktigt att patienten kan välja en annan person som fast kontakt de gånger relationen inte fungerar. Vår studie visar också att majoriteten av befolkningen anser att det är viktigt att själv få möjligheten att välja vilken person de ska ha som fast vårdkontakt.











## Slutsatser och rekommendationer

Vår studie visar att befolkningen värderar olika typer av kontinuitet högt och att det finns olika uppfattningar om vilka aspekter hos vårdcentraler som är viktigast. Vårdens styrning, organisering och arbetssätt behöver ta hänsyn till befolkningens skilda behov och preferenser. I det här kapitlet presenterar vi våra huvudsakliga slutsatser. Baserat på slutsatserna lämnar vi också våra rekommendationer till regeringen och regionerna.

### 7.1 BEFOLKNINGENS ERFARENHETER OCH PREFERENSER VARIERAR

Kontinuitet har ingen entydig definition och kan bland annat handla om relationskontinuitet, informationskontinuitet eller koordinerande kontinuitet. I vår befolkningsenkät har vi ställt frågor som på olika sätt relaterar till dessa begrepp. Det kan till exempel handla om personers erfarenheter och preferenser för olika typer av fasta vårdkontakter, delaktighet, samordning eller tillgänglighet.

Övergripande ser vi att befolkningens preferenser för olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler varierar. Personers preferenser är också situationsberoende och kan variera över tid. Samtidigt ger kunskapen om hur befolkningen värderar olika kvalitetsaspekter insikter om hur vårdcentraler kan ges förutsättningar, organiseras eller arbeta för att bättre möta befolkningens behov och preferenser. I figur 22 sammanfattar vi våra övergripande slutsatser.



**Figur 22.** Sammanfattning av rapportens resultat och slutsatser.

**Skillnader mellan vad befolkningen ser som viktigt och hur vården tillgodoser det.**

- ▶ Det finns förbättringsbehov inom samtliga områden vi studerat.
- ▶ I förbättringsarbetet är det viktigt med kunskap om befolkningens skilda behov, erfarenheter och preferenser.

**Delaktighet är den kvalitetsaspekt som värderas relativt högst.**

- ▶ Delaktighet värderas högst av kvalitetsaspekterna (fast vårdkontakt, delaktighet, samordning och korta väntetider till icke-akuta besök).
- ▶ Personer kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns till icke-akuta besök, om vårdcentralen lever upp till de andra kvalitetsaspekterna.
- ▶ Olika personer föredrar olika typer eller grader av delaktighet.
- ▶ Utifrån olika gruppers erfarenheter ser vi att möjligheten till delaktighet skiljer sig åt i praktiken.

**Befolkningen har skilda preferenser.**

- ▶ Befolkningen har olika preferenser – det finns inte "ett sätt för alla".
- ▶ Vår analys ger stöd för tre tydliga preferensklasser i befolkningen: "relationssökande", "väntetidsminimerare" och "delaktiga beslutsfattare".
- ▶ Preferenserna är varken lika eller statiska.

**Befolkningen värderar flera olika typer av kontinuitet högt.**

- ▶ Befolkningen ser ett värde i flera kvalitetsaspekter som på olika sätt påverkar kontinuiteten.
- ▶ En tredjedel av befolkningen har en fast vårdkontakt på sin vårdcentral. Av övriga är det många som saknar det trots att de värderar möjligheten till fast kontakt högt.
- ▶ Befolkningen värderar att ha en fast läkarkontakt eller att ha ett fast mindre sjukvårdsteam ungefär lika högt.
- ▶ Befolkningens erfarenhet av sin vårdcentral är bättre bland de som har en fast läkarkontakt samt de som även har en annan fast vårdkontakt.

**Det finns flera sätt att öka kontinuiteten, men förutsättningarna behöver bli bättre.**

- ▶ Det finns flera hinder som försvårar arbetet med kontinuitet.
- ▶ Alla skillnader vi ser i hur vården tillgodoses för olika grupper kan inte förklaras av skillnader i behov eller preferenser. Bland annat påverkar boendeort sannolikheten att ha en fast läkarkontakt på vårdcentralen.
- ▶ Det finns flera arbetssätt som redan i dag kan bidra till en högre kontinuitet.
- ▶ Personal och patienter behöver bättre förutsättningar för att själva kunna bidra till högre kontinuitet.

### 7.1.1 Skillnader i befolkningens syn på vad som är viktigt och hur vården tillgodoser det

Utgångspunkten för vården bör vara befolkningens olika behov, preferenser och resurser. Vårdanalys har tidigare lyft att det är kärnan i en personcentrerad vård (Vårdanalys 2018d).

Vår studie har visat att samtliga områden som ingår värderas högt av befolkningen om de inte behöver kompromissa mellan dem. Det finns också skillnader mellan hur befolkningen värderar olika kvalitetsaspekter och hur väl de upplever att de tillgodoses i vården. Ur det perspektivet finns förbättringsbehov inom samtliga områden. Dessa områden omfattas även av lagkrav.

De lagar som reglerar hälso- och sjukvården ställer bland annat krav på vården att tillgodose patienters behov av kontinuitet och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt, samt att vården ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 §, samt 2 kap. 1 § PL). Vården ska också se till att patienters delaktighet främjas (5 kap. 1-3 §).

Lagens skrivelser är ofta övergripande och ger inte exakta svar på när ett visst lagkrav är uppfyllt eller hur det ska gå till i praktiken. Att lagkraven håller sig på en övergripande nivå och inte är alltför detaljerade kan samtidigt vara bra eftersom personer har olika behov och preferenser samt att de kan variera beroende på situation och över tid. Därför behöver vi den här kunskapen i vårdens fortsatta förbättringsarbete för en mer personcentrerad vård.

### 7.1.2 Delaktighet är den kvalitetsaspekt som värderas relativt högst

Vår analys visar att samtliga kvalitetsaspekter i studien var relevanta för befolkningens beslut och val av vårdcentral. Det värderas positivt att ha en fast kontakt, att vara delaktig i beslut om behandling, att få hjälp med samordning och att det är korta väntetider till icke-akuta besök.

Men i hypotetiska valsituationer där personer behövde kompromissa och göra avvägningar i sina val ser vi också att delaktighet är den kvalitetsaspekt som värderas högst. Vi ser också att personer kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns till icke-akuta besök, om vårdcentralen lever upp till de andra kvalitetsaspekterna.

I sammanhanget kan nämnas att det i Vårdanalys uppföljning av patientlagen (Vårdanalys 2017b) framkom att en mindre andel patienter hade erfarenhet av att deras delaktighet efterfrågats och välkomnas i vården – trots att lagen bland annat syftar till att stärka patienters delaktighet. Om något är möjligheten till delaktighet därför ett område som generellt sett behöver stärkas ytterligare i vården.



Våra resultat tyder på att personer värderar olika typer eller grader av delaktighet. Att bli lyssnad på och känna sig förstörd är något som värderas högt av alla, men i vallsituationerna var det inte alla som värderade möjligheten att diskutera olika behandlingsalternativ och ta ett gemensamt beslut med vårdpersonalen om sin behandling. En del personer ("väntetidsminimerare") tycks snarare ha något av ett "kund-tänk". De vill ha vård så snart som möjligt och få ett beslut baserat på vad de ger för information.

Vi såg också att personer som har *en* långvarig sjukdom i högre utsträckning uppger att de är delaktiga i vården jämfört med personer *utan* eller med *flera* långvariga sjukdomar – detta trots att delaktighet är något som värderas högt av samtliga. Detta skulle kunna vara en följd av att vårdens kunskapsstyrning och organisering till stora delar utgår från enskilda diagnoser i stället för den helhetssyn som samsjuklighet förutsätter.

### 7.1.3 Befolkningen har skilda preferenser

Vår studie tydliggör att befolkningen har skilda behov och preferenser i frågan om hur vården, eller olika kvalitetsaspekter hos vårdcentraler, bäst tillgodoses för dem.

När vi förutsättningslöst analyserade skillnader i befolkningens relativa preferenser hittade vi tre grupper vars preferenser tydligt skiljer sig. En grupp värderade möjligheten till fast kontakt högst, en annan grupp korta väntetider och en tredje delaktighet. Ur det perspektivet finns det inte "ett sätt som passar alla" när det handlar om till exempel det stöd som vårdcentraler erbjuder eller hur olika behov bäst tillgodoses.

I analysen av olika gruppers preferenser framkom att personer som värderar korta väntetider till icke-akuta besök relativt högst ("väntetidsminimerare") på gruppnivå består av personer med bättre allmänt hälsotillstånd. Det var också mindre vanligt att personer i den preferensklassen hade en eller flera långvariga sjukdomar, jämfört med personer som tillhörde de andra preferensklasserna.

I vår analys framkom också att personers preferenser för kvalitetsaspekterna kan påverkas av faktorer som deras vårdkonsumtion, hälsotillstånd eller ålder. Men det var inget som tydde på att geografi eller personens boendekommun påverkade personernas preferenser. Personers preferenser kan också skilja sig åt på sätt som vi inte har observerat.

Eftersom personers preferenser är situationsberoende och kan variera över tid, går det inte att placera människor i ett visst "fack" och tro att deras preferenser gäller alltid eller för alltid. Samtidigt som det kan vara bra att

vården tillgodoser olika gruppers behov på olika sätt är det viktigt att ha en medvetenhet om att både behov och preferenser kan förändras.

#### 7.1.4 Befolkningen värderar flera olika typer av kontinuitet högt

Kontinuitet har ingen entydig definition. I vår befolkningsenkät har vi ställt frågor som på olika sätt relaterar till frågan om kontinuitet. Det kan till exempel handla om personers erfarenheter och preferenser för olika typer av fasta vårdkontakter, delaktighet, samordning eller tillgänglighet. Men också hur viktigt de anser att det är att vårdpersonalen har tillgång till hela deras journal, eller samlade medicinska historia.

Sammantaget ser befolkningen ett värde i alla dessa kvalitetsaspekter som på olika sätt relaterar till kontinuitet.

I vår jämförelse av hur befolkningen värderar olika kvalitetsaspekter och hur väl vården tillgodoser dem såg vi störst förbättringspotential i frågan om möjligheten att få träffa samma person vid olika besök. Informationskontinuitet mätt som tillgång till journalinformation, värderades högst men ansågs också efterlevas i störst utsträckning i den jämförelsen.

Vi ser dessutom att majoriteten av befolkningen vill att deras vårdcentral ska hjälpa till med samordningen av deras vård och omsorg. Det gällde också personer som under det senaste året haft sina huvudsakliga kontakter inom andra delar av vården och inte på vårdcentralen. Det kan tolkas som att även dom ser ett värde i att vårdcentralen har ett engagemang och stödjer dem i deras vård.

När vi studerar hur det ser ut med fasta kontakter i vården uppger nästan hälften av befolkningen att de har en fast kontakt någonstans i vården. Omkring en tredjedel av befolkningen uppger att de har en fast kontakt på sin vårdcentral. 26 procent av befolkningen har en fast läkarkontakt och 15 procent har en annan fast vårdkontakt, som sjuksköterska, på vårdcentralen.

Det är också en stor skillnad mellan grupper i andelen som har en fast kontakt. Många personer som anser att det är viktigt har inte det i dag.

Det är inte så stor skillnad i befolkningens preferenser för att ha en fast läkarkontakt eller att ha ett fast mindre sjukvårdsteam. Men en förutsättning tycks vara att det finns en fast läkare i teamet. Vi ser att personer med fasta kontakter på vårdcentraler har bättre erfarenheter av vården där. Det avser särskilt personer som har både en fast läkarkontakt *och* annan fast vårdkontakt. En högre andel personer med fast läkarkontakt uppger att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.



### 7.1.5 Det finns flera sätt att öka kontinuiteten

Möjligheten att erbjuda en god kontinuitet påverkas av en mängd faktorer. Det finns olika utmaningar och strukturella hinder som förändrade behov och demografi samt bristande kompetensförsörjning. Trots att nyttan av en högre kontinuitet har tagits upp i flera rapporter och sammanhang är det mycket som tyder på att vårdens styrning, organisering och arbetssätt inte tillräckligt stödjer eller utgår från kontinuitet.

En del av skillnaderna vi observerar kan troligen inte förklaras av faktiska skillnader i olika gruppers behov eller preferenser. Snarare förklaras de av skillnader i hur vården är organiserad eller tillgång till kompetens. Vi ser till exempel att andelen personer med en fast kontakt skiljer sig åt beroende på var personen bor. Fler personer som bor i en storstadskommun uppger att de har en fast läkarkontakt vid en vårdcentral, jämfört med personer som bor i en landsbygdskommun eller i tätta kommuner. Vi vet också att vårdcentraler i glesbygd har en lägre andel tillsvidareanställda läkare jämfört med hur det ser ut i tätorter (Vårdanalys 2018b). Skillnader i olika gruppers delaktighet i vården tycks också påverkas av hur vården styrs och organiseras.

Utifrån resultaten av vår befolkningsenkät ser vi samtidigt att det finns arbetssätt och metoder i vården som redan i dag kan bidra till en högre kontinuitet. För relationell kontinuitet handlar det till exempel om metoder för delat beslutsfattande eller patientcentrerad konsultationsmetodik. Vår studie visar också att befolkningen värderar en fast läkarkontakt eller ett fast mindre sjukvårdsteam i stort sett likvärdigt, jämfört med att inte ha någon fast kontakt. Det resultatet ger stöd för att organisera personalen på större vårdcentraler i mindre team.

Patienternas upplevelse av kontinuitet är beroende av hur vården lyckas att få ihop de olika typerna av kontinuitet till en fungerande helhet. Initiativ för kontinuitetsförbättrande åtgärder behöver efterfrågas och möjliggöras i styrningen av vården – både personal och patienter behöver förutsättningar för att själva kunna bidra till en högre kontinuitet. Vården behöver också aktivt identifiera och stödja patienter som behöver kontinuitet. Alla personer har inte samma möjligheter att själva få sina behov eller preferenser tillgodosedda – här har vårdens medarbetare en viktig kompensatorisk roll.

Mycket tyder på att en rörelse mot en högre kontinuitet skapar nytta ur en mängd perspektiv – inte minst kan det bidra till en högre patientsäkerhet och effektivitet.



## 7.2 REKOMMENDATIONER

En personcentrerad hälso- och sjukvård utgår från patientens behov, preferenser och resurser. Befolkningen värderar olika typer av kontinuitet högt. Det är också tydligt att personer har skilda preferenser för vilka kvalitetsaspekter hos vårdcentraler de värderar högst. Utvecklingen av vårdens styrning, organisering och arbetssätt behöver ta hänsyn till de olikheter som finns.

Med utgångspunkt från resultaten i vår befolkningsenkät ser vi att verksamheter redan i dag kan arbeta för att på ett bättre sätt möta patienternas olika behov och preferenser. Men för att kunna göra det på ett mer genomgripande sätt behövs också bättre förutsättningar. Dessa förutsättningar skapas på olika nivåer – nationellt av staten eller regioner i samverkan, regionalt och kommunalt samt lokalt hos verksamheterna själva. Avslutningsvis lämnar vi följande rekommendationer.

► *Regeringen och regionerna behöver se till att styrningen av vården balanserar flera kvalitetsaspekter för att möta befolkningens skilda behov och preferenser*

Vården behöver ta hänsyn till att befolkningen har olika behov och preferenser. Regeringen och regionerna behöver därför se till att styrningen inte ensidigt är inriktad mot en viss kvalitetsaspekt, utan att den balanseras. För regeringen handlar det till exempel om den styrning som sker genom statliga satsningar eller överenskommelser med SKR, och för regionerna handlar styrningen bland annat om hur man utformar vårdgivares uppdrag, ersättning och uppföljning.

Om vårdcentraler till exempel ensidigt styrs mot att erbjuda en snabb tillgång till vård riskerar det att andra, för många personer viktigare kvalitetsaspekter, inte får samma utrymme. Det är till exempel vanligare att personer med bättre hälsotillstånd tycker att kortare väntetider till icke-akuta besök är viktigast, jämfört med personer som i genomsnitt har sämre hälsotillstånd. Snarare behövs en balans i styrningen och att den fokuserar på flera saker samtidigt.

Hälso- och sjukvårdslagen anger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska få företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Det behöver också beaktas i olika typer av förbättrings- och utvecklingsarbeten, där eventuella prioriteringar ska göras utifrån vem som har störst behov.

Huvudmännen och vårdgivarna behöver också ge befolkningen tydlig information om vad de kan förvänta sig av sina olika kontakter med vården. Befolkningen behöver få veta hur olika möjligheter eller



erbjudanden fungerar i praktiken, och vilka eventuella avvägningar som olika val innebär. Till exempel: ”Om du listar dig hos ett fast team eller en fast vårdkontakt så är utgångspunkten att du får träffa just dessa personer under dessa förutsättningar ...”. Vi bedömer att den typen av information kan påverka befolkningens förväntningar och därmed i viss mån förtroende för vården på ett positivt sätt. 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.

► *Regeringen och regionerna behöver skapa bättre förutsättningar för att tillgodose olika former av kontinuitet*

Förutsättningarna för att uppnå en högre grad av kontinuitet ser olika ut i olika delar av landet. Regeringen och regionerna behöver därför arbeta för att göra förutsättningarna mer lika över landet men också inom regionerna – till exempel när det kommer till frågan om personalförsörjning.

Men vi ser också att regionerna utifrån sina olika utgångslägen behöver skapa så bra förutsättningar som möjligt för vårdgivare, personal, närstående och patienter att bidra till en högre grad av kontinuitet.

Frågan om att förbättra tillgången till fasta kontakter i vården har funnits på agendan länge. Men trots det ser vi inga tecken på förbättringar. Det finns flera exempel på initiativ som tagits för att uppnå högre kontinuitet men som inte blivit som det var tänkt. Att ställa krav på att alla personer ska ha en namngiven fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt utan att samtidigt skapa rätt förutsättningar för det arbetet är exempel på det. Det målet kan i sig uppnås utan att det i praktiken leder till en högre grad av kontinuitet för patienten. I det sammanhanget är det viktigt att följa upp hur patienterna själva upplever att kontinuiteten fungerar och utvecklas.

Det kan behövas olika typer av lösningar för att hälso- och sjukvården ska kunna möta skillnader i befolkningens behov och preferenser av dessa kvalitetsaspekter. Det är också viktigt att skaffa sig kunskap om hur personers behov och preferenser förhåller sig på en mer lokal eller enskild nivå. Det kan handla om att regioner eller verksamheter frågar sina invånare eller patienter om deras prioriteringar och vad de tycker är viktigt i mötet med vården. Men också att frågan ställs i enskilda personers kontakter med vården. Den kunskapen kan bidra till en målbild och strategier för hur skilda behov kan mötas. Nya arbetssätt och hur väl de fungerar i förhållande till patienters behov och preferenser behöver därför löpande följas upp och ageras på.





## Referenser

- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi - en litteraturöversikt: Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4)*, SOU 2016:2: Bilaga 3.
- Baker, R., Freeman, G., Boulton, M., Windridge, K., Tarrant, C., Low, J., Turner, D., Hutton, E., & Bryan, S. (2005). *Continuity of Care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services*. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
- Barker, I., Lloyd, T., & Steventon, A. (2016). Effect of a national requirement to introduce named accountable general practitioners for patients aged 75 or older in England: regression discontinuity analysis of general practice utilisation and continuity of care. *BMJ Open*, vol. 6 nr 9 s. e011422.
- Bateman, I., Carson, R., Day, B., Hanemann, W. M., Hanley, N., Hett, T., Jones Lee, M., Loomes, G., Mourato, S., Özdemiroglu, E., & Pearce, D. W. (2004). *Economic Valuation with Stated Preference Techniques: A Manual*. Cheltenham, UK Department for Transport: Edward Elgar Publishing.
- Bridges, J. F., Hauber, A. B., Marshall, D., Lloyd, A., Prosser, L. A., Regier, D. A., Reed Johnson, F., & Mauskopf, J. (2011). Conjoint analysis applications in health--a checklist: a report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force. *Value Health*, vol. 14 nr. 4 s. 403-13.
- Deeny, S., Gardner, T., Al-Zaidy, S., Barker, I., & Steventon, A. (2017). *Briefing: reducing hospital admissions by improving continuity in general practice*. London: The Health Foundation; 2017.
- Dowric, C. (1997). *Rethinking the doctor-patient relationship in general practice*. *Health and Social Care in the Community*, 5, 11-14.

- Ehman, K.M., Deyo-Svendsen, M., Merten, Z., Kramlinger, A. M., & Garrison, G. M. (2017). How Preferences for Continuity and Access Differ Between Multimorbidity and Healthy Patients in a Team Care Setting. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2017, Vol. 8(4) 319–323.
- Freeman, G., & Hughes, J. (2010). *Continuity of care and the patient experience*. Kings Fund.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2011. 24: s. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., & Mckendry, R. (2003). Continuity of Care: A Multidisciplinary Review. *BMJ* (Clinical research ed.). 327. 1219-21. 10.1136/bmj.327.7425.1219.
- Hauber, A. B., González, J. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., Prior, T., Marshall, D. A., Cunningham, C., Ijzerman, M. J., & Bridges, J. F. P. (2016). Statistical Methods for the Analysis of Discrete Choice Experiments: A Report of the ISPOR Conjoint Analysis Good Research Practices Task Force. *Value Health*, 2016. 19: s. 300–15.
- Hjelmgren J., Anell A., & Nordling, S. (2006). *Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? En studie baserad på ”discrete choice” metodik (DCE)*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. IHE e-rapport 2006:1.
- Internetmedicin (2020). Patientcentrerad konsultation: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=4290> [hämtat 2020-05-26]
- KI (2019). *Continuity of Patient Care – Vårdkontinuitet*: <https://mesh.kib.ki.se/term/DO03266/continuity-of-patient-care> [hämtat 2019-12-18].
- Kleij, K. S., Tangermann, U., Amelung, V. E., & Krauth, C. (2017). Patients' preferences for primary health care – a systematic literature review of discrete choice experiments. *BMC Health Serv Res*, 2017. 17(1): s. 476.
- Kohnke, H., & Zielinski, A. (2017). Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*, vol. 35 nr 2 s. 113-119.
- Krinke, K-S., Tangermann, U., Amelung, V. E., & Krauth, C. (2019). Public preferences for primary care provision in Germany – a discrete choice experiment. *BMC Family Practice*, 20:80.
- Kuhfeld, W. F. (2010). Experimental Design: Efficiency, Coding, and Choice Designs. *MR-2010C*. <http://support.sas.com/techsup/technote/mr2010c.pdf> [Hämtat 2020-02-20].

- Lagarde, M., Erens, B., & Mays, N. (2015). Determinants of the choice of GP practice registration in England: evidence from a discrete choice experiment. *Health Policy*, vol. 119 nr 4 s. 427–36.
- Lancsar, E., & Louviere, J. (2008). Conducting discrete choice experiments to inform healthcare decision making. A user's guide. *Pharmacoeconomics*, 2008;26(8): 661–77.
- Landh, L. (2015). *Förändringsarbete vid Nora vårdcentral – utvärdering av en effektiviseringsprocess ur ett prioriteringsperspektiv*. Region Örebro län 2015.
- Leading Health Care (2016). *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. Working paper 2016:1, 2016.
- Muhlbacher, A., & Reed Johnson, F. (2016). *Choice Experiments to Quantify Preferences for Health and Healthcare: State of the Practice*. *Appl Health Econ Health Policy*, 2016. 14(3): s. 253–66.
- Nylund-Gibson, K., & Choi, A. Y. (2018). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440–461.
- Pacifico, D. & Yoo, H. (2013). Lclogit : a Stata command for fitting latent-class conditional logit models via the expectation-maximization algorithm. *Stata journal*, 13 (3). pp. 625–639.
- Palmer, W., Hemmings, N., Rosen, R., Keeble, E., Williams, S., & Imison, C. (2018). Improving access and continuity in general practice – Practical and policy lessons. Nuffield trust.
- Pedersen, L. B., Kjaer, T., Kragstrup, J., & Gyrd-Hansen, D. (2011). *Does the Inclusion of a Cost Attribute in Forced and Unforced Choices Matter?: Results from a Web Survey Applying the Discrete Choice Experiment*. *Journal of Choice Modelling*, vol. 4 nr 3 s. 88–109.
- Pedersen, L.B., Kjær, T., Kragstrup, J., & Gyrd-Hansen, D. (2012). *Do general practitioners know patients' preferences? An empirical study on the agency relationship at an aggregate level using a discrete choice experiment*. *Value Health*, 2012. 15(3): p. 514–23.
- Pereira Gray, D.J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality, *BMJ Open*, vol. 8 nr. 6 s. e021161.
- Proposition 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*. Stockholm den 28 maj 2020.

- Reed Johnson, F., Lancsar, E., Marshall, D., Kilambi, V., Muhlbacher, A., Regier, D. A., Bresnahan, B. W., Kanninen, B., & Bridges, J. F. P. (2013). Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: report of the ISPOR Conjoint Analysis Experimental Design Good Research Practices Task Force. *Value Health*, vol. 16 nr 1 s. 3–13.
- Royal College of General Practitioners – RCGP (2016). *Continuity of care in modern day general practice*. England.
- Saultz, J. W. (2003). Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Annals of Family Medicine*. 2003;1: 134–143.
- Seghieri, C., Mengoni, A., & Nuti, S. (2014). Applying discrete choice modelling in a priority setting: an investigation of public preferences for primary care models. *Eur J Health Econ*, vol. 15 nr 7 s. 773–85.
- Singh Ospina, N., Phillips, K.A., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M. R., Branda, M. E., & Montori, V. M. (2018). Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *Journal of General Internal Medicine* 34(1):36–40. DOI: 10.1007/s11606-018-4540-5.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Vårdbarometern – Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*. Befolkningsundersökning 2015.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018a). *Ekonomirapporten maj 2018*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018b). *Förstärkt vårdgaranti från 1 januari 2019*. Informationsunderlag 2018-11-02 (rev. 2018-11-15).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018 – Befolkningen attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (uå). *Nationell Patientenkät – Primärvård*. <https://patientenkät.se/sv/resultat/Primärvård/2019> [hämtat 20-03-30].
- SLF – Sveriges Läkarförbund (2018). *Allmänhetsundersökning Fast läkarkontakt*: <https://slf.se/app/uploads/2018/10/novus-undersokning-om-varden-1803164.pdf> [Hämtat 2020-05-26].
- SLL – Stockholms läns landsting. (2018). Redovisning av kvalitetsarbete 2017 – Vårdcentralen Hökarängen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2018: <http://www.gups.sll.se/rapporter/2017/Kvalitetsarbeten/V%C3%A5rdcentralen%20H%C3%B6kar%C3%A4ngen,%20kontinuitet,%20del%202,%202017%20.pdf> [Hämtat 2020-05-26].



- Socialstyrelsen (2011). *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – läkarens roll.*
- Socialstyrelsen (2012). *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård.*
- Socialstyrelsen (2017). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan Nationell vägledning.*
- Socialstyrelsen (2020). *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.*
- SOU 2016:2. *Effektiv vård.* Slutbetänkande.
- SOU 2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform.* Delbetänkande.
- SOU 2018:55. *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning.* Delbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.
- SOU 2019:29. *God och nära vård – vård i samverkan.* Delbetänkande.
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.* Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.
- SOU 2020:19. *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.* Delbetänkande.
- Särndal, C.-E., & Lundström, S. (2005). *Estimation in Surveys with Nonresponse.* Chichester: John Wiley & Sons.
- Top (2017). *Evidence Summary – the benefits of relational continuity in primary care:* <https://www.topalbertadoctors.org/file/top--evidence-summary--value-of-continuity.pdf> [hämtat 2018-11-02].
- Turner, D., Tarrant, C., Windridge, K., Bryan, S., Boulton, M., Freeman, G., & Baker, R. (2007). Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *Journal of Health Services Research and Policy.* Vol 12 No 3 2007: 132–137.
- Veldwijk, J., Lambooi, M. S., de Bekker-Grob, E. W., Smit, H. A., & de Wit, G. A. (2014). The effect of including an opt-out option in discrete choice experiments. *PLoS One*, vol. 9 nr 11 s. e111805.
- VGR – Västra Götalandsregionen (2019). Verksamhetsanalys 2018: <http://analys.vgregion.se/2018/fakta-om-halso--och-sjukvarden/vardkonsumtion/> [hämtat 2019-11-18].
- Vårdanalys (2013). *Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation.* Rapport 2013:4.
- Vårdanalys (2015). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder.* Rapport 2015:9.

- Vårdanalys (2017a). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Rapport 2017:3.
- Vårdanalys (2017b). *Lag utan genomslag – utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.
- Vårdanalys (2018a). *Förnuft och känsla – befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport 2018:4.
- Vårdanalys (2018b). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Rapport 2018:5.
- Vårdanalys (2018c). *Möten med mening – en analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. Rapport 2018:12.
- Vårdanalys (2018d). *Från mottagare till medskapare – ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Rapport 2018:8.
- Vårdanalys (2020a). *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienters och vårdpersonalens uppfattningar*. Rapport 2020:1.
- World Health Organization – WHO (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*.





## BILAGA 1 – ENKÄTUTFORMNING OCH STUDIENS UPPLÄGG

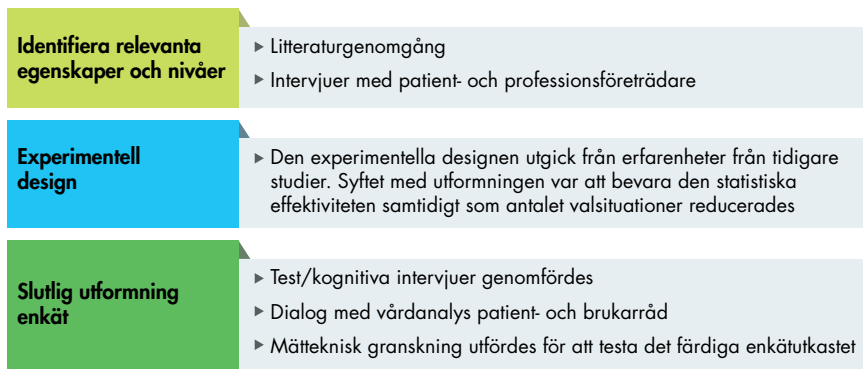
I den här bilagan beskriver vi hur enkäten och studiens upplägg utformades:

- utformning av den experimentella designen
- enkätens utformning utifrån tidigare studier och erfarenheter
- studiens urvalsprocess och population
- datainsamling och svarsfrekvens.

Enkätens utformning och analyser har genomförts tillsammans med Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).

### **Flera olika moment bidrog till utformningen av enkäten**

Befolkningsenkäten togs fram enligt vedertagen metodik för discrete choice (Bateman m.fl. 2004, Bridges m.fl. 2011, Muhlbacher och Johnson 2016). Figur 23 beskriver översiktligt studiens och enkätens utveckling och genomförande.

**Figur 23.** Studiens och enkätens utveckling och genomförande

I avsnitt 3.5 beskriver vi hur gick till väga för att identifiera och beskriva relevanta kvalitetsaspekter och nivåer.

De identifierade aspekterna och deras nivåer skickades till ett urval av tre personer som vi genomförde semistrukturerade intervjuer med. De gav sina synpunkter på underlaget i en uppföljande intervju. Vi hade också en dialog med Vårdanalys patient- och brukarråd. Ledamöterna gav sina synpunkter och förbättringsförslag på beskrivningen av de olika kvalitetsaspekterna.

### Experimentell design för utformning av valsituationerna

Inom discrete choice skapas en hypotetisk valsituation genom att kvalitetsaspekter och nivåer kombineras till ett antal olika profiler (Veldwijk m.fl. 2014). I den här studien är en profil en beskrivning av en vårdcentral utifrån olika kvalitetsaspekter och nivåer. Antalet profiler är beroende av antalet aspekter och nivåer. I studien användes fyra kvalitetsaspekter (med nivåer):

- olika typer av vårdkontakt på vårdcentralen (3 nivåer)
- olika grad av delaktighet i beslut om behandling (3 nivåer)
- olika grad av hjälp med samordningen av din vård/omsorg (2 nivåer)
- olika väntetider till icke-akuta besök på vårdcentralen (4 nivåer).

Vid så kallad full factorial-design ger det totalt 72 möjliga profiler, vilket är ohanterligt många att besvara i en enkät.

Den experimentella designen utformades därför till att få ett mer hanterbart antal profiler som samtidigt säkerställer att man kan få ut så mycket statistisk information som möjligt för att skatta preferenser (Bridges

m.fl. 2011). Målet är få fram en design som uppfyller krav på statistisk effektivitet, vilket framför allt handlar om att nivåer varierar oberoende (ortogonal design), så att det går att urskilja effekten av hur en enskild kvalitetsaspekt förändras och att alla nivåer förekommer samma antal gånger (balanserad design). För att kunna säkerställa att de svarande måste ange en preferens är det också viktigt att undvika att dominanta alternativ ingår, det vill säga undvika att samtliga kvalitetsaspekter som ingår i en profil är dominanta. Vi baserade villkoren för dominans på ett antagande om att preferenserna rangordnas enligt följande:

- Vårdkontakt: (1) fast läkare, (2) fast sjukvårdsteam, (3) ingen fast vårdkontakt
- Delaktighet: (1) gemensamt beslut, (2) vårdpersonal lyssnar aktivt, (3) vårdpersonal beslutar
- Samordning: (1) hjälp, (2), inte hjälp
- Väntetid till icke-akuta besök: (1) 0 dagar, (2) 3 dagar, (3) 7 dagar, (4) 14 dagar.

Den experimentella designen som utfördes med hjälp av "AlgDesign package" i R visade att en design med 16 profiler var lämplig för vår studie. Den statistiska effektiviteten bör dock sättas i relation till svarseffektivitet (Reed Johnson m.fl. 2013). Exempelvis kan en hög statistisk effektivitet uppnås genom att använda många valsituationer där profilerna varierar i hög utsträckning. Det kan i sin tur innebära att svarseffektiviteten blir lägre, eftersom de svarande helt enkelt tröttnar på att svara på alla valsituationer. I tidigare studier har det maximala antalet valsituationer ansetts vara fyra till sex valsituationer (Pedersen m.fl. 2012, Seghieri m.fl. 2014).

Därför genomförde vi en experimentell design med begränsningen två block, det vill säga två enkäter. Den experimentella designen visade att en design med 16 profiler i två block, alltså 8 profiler per enkät, uppnådde cirka 79,3 procent av den maximala D-effektiviteten. Därför fördelades valsituationerna mellan två enkätversioner med fyra valsituationer vardera, där varje svarande besvarade en av enkätversionerna. Se tabell 8 och tabell 9 i bilaga 2 för en presentation av valsituationerna i enkäterna.

En design med ytterligare profiler skulle inte innebära någon större ökning av D-effektiviteten, men skulle däremot innebära att enkäten blev mer betungande att besvara och därför innebära en risk för lägre svarsfrekvens eller sämre svars kvalitet. En design som uppnår 100 procent av den maximala D-effektiviteten är balanserad och ortogonal. Parametrarna kan

alltid skattas med en design som uppnår mellan 0 och 100 procent av den maximala effektiviteten. Däremot skattas de med mindre precision än med en modell som uppnår 100 procent. Detta kan innebära att spridningen är större än optimalt för alla koefficienter eller för några enskilda koefficienter (Kuhfeld 2010). Begränsningar som sätts i den experimentella designen (t.ex. inga dominanta alternativ) gör att D-effektiviteten minskar, och det är därför vanligt att en design av dessa skäl inte blir fullständigt balanserad och ortogonal. En design utan begränsningar kan dock leda till att resultatet som hämtas in blir mindre informativt, till exempel eftersom samtliga svarande väljer den dominanta profilen (Reed Johnson, 2013).

### **Slutlig utformning av enkät**

För att säkerställa att enkätfrågorna gick att förstå och besvara så testades enkäten genom att ett så kallat bekvämlighetsurval besvarade enkäten. De svarande fick bland annat resonera om hur de tänkte när de besvarade frågorna och möjlighet att ta upp eventuella svårigheter eller frågor. De 12 deltagarna valdes ut för att få en spridning i ålder och kön.

Slutligen genomfördes en mätteknisk granskning av SCB för att minska risken för mätfel. Det innebär att enkätens disposition, frågor och svarsalternativ granskades för att identifiera problem och tillhörande förbättringsförslag.

Enkäten i sin helhet redovisas i en bilaga på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

### **Population och urval**

Datainsamlingen skedde genom en webbaserad och postal enkät som riktade sig till ett slumpmässigt urval om 6 000 vuxna individer i befolkningen. Urvalet utgick från registret över totalbefolkningen (RTB) vid SCB – ett register som innehåller uppgifter om den folkbokförda befolkningen i Sverige.

Urvalet stratifierades på ålder i sex åldersgrupper. Ett stratifierat obundet slumpmässigt urval innebär att alla objekt inom ett stratum har samma sannolikhet att komma med i urvalet. Urvalsallokeringen bestämdes utifrån en önskan att uppnå en svarsmängd vars sammansättning med avseende på ålder är den samma som i populationen. Beräkningarna genomfördes under antaganden om svarsfrekvenser i strata gjorda utifrån resultatet i andra undersökningar.



**Tabell 5.** Urvalsram och urval fördelat på stratum.

| Stratum       | Beskrivning     | Antal i urvalsramen | Antal i urvalet |
|---------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 1             | 18–24 år        | 809 000             | 960             |
| 2             | 25–34 år        | 1 443 000           | 1 604           |
| 3             | 35–49 år        | 1 940 000           | 1 330           |
| 4             | 50–64 år        | 1 863 000           | 1 048           |
| 5             | 65–79 år        | 1 531 000           | 702             |
| 6             | 80 år och äldre | 544 000             | 356             |
| <b>Totalt</b> |                 | <b>8 130 000</b>    | <b>6 000</b>    |

Varje stratum delades slumpmässigt in i två lika stora delar – hälften av urvalet tilldelades enkätversion 1 respektive 2.

Ett antal urvalspersoner fick i det sista utskicket en annan version av enkäten än den de skulle ha eftersom enkätversioner förväxlades. Totalt 69 svarande fick fel enkätversion men det påverkade inte fördelningen av svar per enkät. Fördelningen med avseende på bakgrundsvariablerna bland urvalspersonerna som fick en felaktig enkät verkar vid en närmare analys vara slumpmässig med undantag för variabeln län. Utifrån de kontroller vi har genomfört ser vi att det inte har påverkat skattningarna i någon betydande omfattning.

### **Datainsamling och svarsfrekvens**

Datainsamlingen pågick i drygt två månader mellan 16 augusti 2019 till 14 oktober 2019. Totalt gjordes 4 utskick. Vid samtliga utskick fick uppgiftslämnarna information om att frågorna kunde besvaras på webben. Utskick 2 och 4 inkluderade pappersversioner av enkäten som kunde besvaras postalt. Totalt svarade 1 919 personer på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 32 procent. Det var 870 personer som valde att besvara enkäten via webben, vilket motsvarar 45 procent av samtliga svarande.

## BILAGA 2 – DATAANALYS OCH RESULTAT

I den här bilagan redovisar vi

- oviktad beskrivande statistik över de svarande i enkätundersökningen
- tillvägagångssättet vid regressionsanalyserna
- detaljerat resultat från de hypotetiska valsituationerna
- information om preferensklasserna
- validering av studiens resultat.

### **Oviktade resultat från kapitel 4**

Det är viktigt att poängtera att resultatet som redovisas i kapitel 4 är viktat efter befolkningen. Det är alltså inte en direkt beskrivning av de svarande som vi analyserar vidare i kapitel 5. Däremot beskrivs de svarande väl av det viktade resultatet tillsammans med det oviktade resultatet. Vi ser få och små skillnader när vi jämför det viktade resultatet och det oviktade resultatet i kapitel 4. Oviktat skiljer sig resultatet marginellt för de svarandes vårdkonsumtion, fasta vårdkontakter i olika vårdnivåer och i synen på deras nuvarande ordinarie vårdcentral.

Vi har valt att redovisa centrala delar av resultatet som oviktat. Resultatet bryts ner i fyra olika grupper: kön, ålder, utbildningsnivå, och personer med långvarig sjukdom. I tabell 6 redovisas vårdkonsumtion och fasta vårdkontakter. Därefter i tabell 7 redovisas de svarandes erfarenheter och åsikter om deras nuvarande vårdcentral – vilka egenskaper som anses viktiga och vilka egenskaper som nuvarande vårdcentral lever upp till att leverera i dag.

Figur 24 visar hur väl de svarande anser att deras nuvarande vårdcentral lever upp till olika kvalitetsaspekter uppdelat utifrån hur det ser ut med de svarandes fasta vårdkontakter i dag.

Tabell 6. Uppgifter om de svarandes vårdkonsumtion och fasta vårdkontakter, oviktat.

|  | Kön |         | Ålder  |          |                   | Långvarig sjukdom |                | Utbildningsnivå |           |               |
|--|-----|---------|--|----------|-------------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------|---------------|
|  | Män | Kvinnor | 18-34 år                                     | 35-64 år | 65 år eller äldre | Ingen             | En eller flera | Efter-gymnasial | Gymnasial | För-gymnasial |
|  |     |         | Besök på vårdcentral de senaste 12 månaderna |          |                   |                   |                |                 |           |               |
| 0 besök  | 25  | 19      | 30   | 24       | 11                | 30                | 10             | 26              | 19        | 15            |
| 1 besök  | 21  | 22      | 23   | 24       | 18                | 26                | 14             | 22              | 21        | 22            |
| 2-3 besök  | 30  | 31      | 24   | 30       | 36                | 28                | 34             | 30              | 30        | 33            |
| 4-5 besök  | 13  | 14      | 12   | 12       | 18                | 9                 | 20             | 13              | 15        | 14            |
| 6-10 besök   | 7   | 9       | 7  | 6        | 10                | 5                 | 13             | 7               | 9         | 8             |
| Fler än 10 besök   | 4   | 5       | 4  | 4        | 6                 | 2                 | 9              | 3               | 6         | 8             |
| <b>Fast vårdkontakt</b>                                      |     |         |  |          |                   |                   |                |                 |           |               |
| Fast läkarkontakt vid vårdcentral                            | 24  | 30      | 14   | 24       | 44                | 21                | 37             | 25              | 29        | 32            |
| Fast läkarkontakt vid sjukhus eller specialismottagning      | 18  | 22      | 13   | 20       | 26                | 10                | 35             | 21              | 21        | 15            |
| Annan fast vårdkontakt vid vårdcentral                       | 16  | 15      | 9  | 12       | 26                | 8                 | 26             | 11              | 17        | 25            |
| Annan fast vårdkontakt vid sjukhus eller specialismottagning | 12  | 15      | 15   | 11       | 17                | 8                 | 23             | 13              | 14        | 15            |

Not. Siffror i tabellen avser procent.

Tabell 7. De svarandes åsikter om sin nuvarande vårdcentral, övikat.

|  | Kön |         | Ålder    |          |                   | Långvarig sjukdom |                | Utbildningsnivå |           |               |
|--|-----|---------|----------|----------|-------------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------|---------------|
|  | Män | Kvinnor | 18-34 år | 35-64 år | 65 år eller äldre | Ingen             | En eller flera | Efter-gymnasial | Gymnasial | För-gymnasial |
| <b>Hur viktiga är följande egenskaper?</b>                   |     |         |          |          |                   |                   |                |                 |           |               |
| Få träffa samma person vid varje vårdbesök                   | 78  | 83      | 70       | 79       | 93                | 75                | 90             | 76              | 84        | 89            |
| Att vara delaktig i beslut om min behandling                 | 89  | 96      | 89       | 93       | 94                | 91                | 94             | 93              | 92        | 92            |
| Få hjälp med samordningen av min vård/omsorg                 | 89  | 94      | 91       | 90       | 93                | 92                | 91             | 91              | 92        | 93            |
| Kort väntetid även vid icke-akuta problem                    | 80  | 89      | 84       | 84       | 88                | 85                | 85             | 85              | 85        | 83            |
| Själv få välja vilken person jag ska ha som fast vårdkontakt | 64  | 80      | 62       | 73       | 81                | 69                | 78             | 67              | 77        | 79            |
| Att själv kunna välja mellan olika besöksstider              | 73  | 79      | 80       | 80       | 67                | 79                | 72             | 79              | 75        | 71            |
| Att vårdpersonalen har tillgång till hela min journal        | 93  | 94      | 91       | 93       | 97                | 94                | 94             | 93              | 95        | 93            |

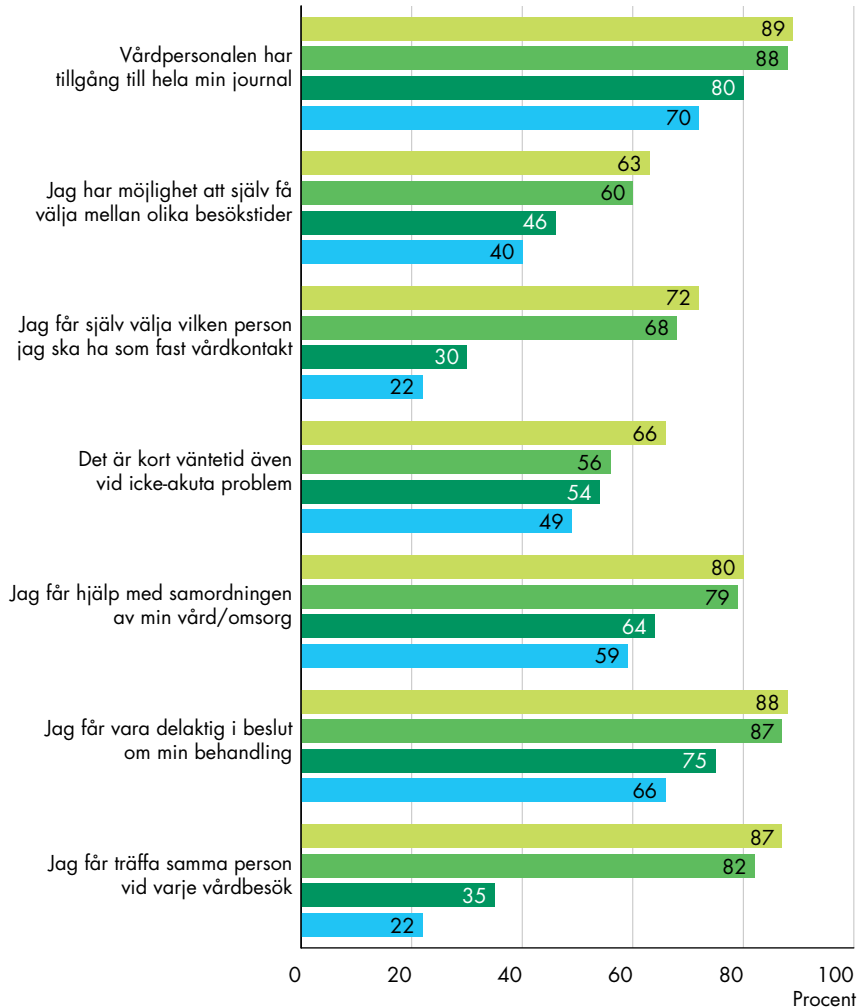
Not. Siffror i tabellen avser procent. Andelen som svarat att det är ganska eller mycket viktigt. (forts.)

Tabell 7. (forts.)

|   | Kön |         | Ålder    |          |                   | Långvarig sjukdom |                | Utbildningsnivå |                         |
|---|-----|---------|----------|----------|-------------------|-------------------|----------------|-----------------|-------------------------|
|   | Män | Kvinnor | 18-34 år | 35-64 år | 65 år eller äldre | Ingen             | En eller flera | Efter-gymnasial | Gymnasial För-gymnasial |
| <b>Hur väl stämmer följande egenskaper med din nuvarande vårdcentral?</b> |     |         |          |          |                   |                   |                |                 |                         |
| Jag får träffa samma person vid varje vårdbesök                           | 44  | 40      | 35       | 37       | 53                | 37                | 48             | 38              | 43                      |
| Jag får vara delaktig i beslut om min behandling                          | 70  | 76      | 73       | 72       | 75                | 73                | 73             | 75              | 70                      |
| Jag får hjälp med samordningen av min vård/omsorg                         | 64  | 68      | 63       | 64       | 71                | 67                | 65             | 62              | 70                      |
| Det är kort väntetid även vid icke-akuta problem                          | 55  | 51      | 53       | 48       | 58                | 54                | 50             | 53              | 51                      |
| Jag får själv välja vilken person jag ska ha som fast vårdkontakt         | 38  | 38      | 30       | 36       | 46                | 36                | 41             | 35              | 39                      |
| Jag har möjlighet att själv få välja mellan olika besöksstider            | 49  | 45      | 49       | 44       | 49                | 45                | 49             | 47              | 46                      |
| Vårdpersonalen har tillgång till hela min journal                         | 77  | 79      | 75       | 73       | 85                | 77                | 79             | 74              | 78                      |

Not. Siffror i tabellen avser procent. Andel som svarat att det stämmer mycket eller ganska väl.

**Figur 24.** De svarandes åsikter om hur väl deras nuvarande vårdcentral lever upp till centrala kvalitetsaspekter uppdelat efter nuvarande tillgång till fast vårdkontakt, ovikttat.



Person med både fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt (n=176)

Person med fast läkarkontakt (ej annan fast vårdkontakt) (n=350)

Person med annan fast vårdkontakt (ej fast läkarkontakt) (n=121)

Person utan fast vårdkontakt (n=1 272)

Not. n = 70 – 1 035 beroende på kvalitetsaspekt. Procentandelarna i figuren avser andelen svarande som svarat "mycket väl" eller "ganska väl". "Vet ej" är exkluderat.

## Analysen och resultatet utgår från olika typer av regressionsanalyser

De svarande fick först göra ett obligatoriskt val, det vill säga ett val där de svarande "måste" välja mellan två fiktiva vårdcentraler. Ett obligatoriskt val begränsar möjligheten till enkla beslutsvägar.

Därefter introducerades en möjlighet till en så kallad "opt-out" det vill säga en möjlighet för de svarande att inte välja något av de hypotetiska alternativen. Tidigare studier har visat att discrete choice med ett så kallat frivilligt val, det vill säga en valsituation där svarande kan välja sin nuvarande situation, ofta leder till att svarande väljer sin nuvarande situation (Pedersen m.fl. 2012). I vår studie var de svarandes nuvarande vårdcentral alternativet för att inte behöva välja.

Regressionsanalysen delas upp i tre steg för att fånga olika aspekter:

1. Den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter utifrån ett val mellan två fiktiva vårdcentraler. Analysen av datamaterialet utgår här från villkorad logistisk regression (*Conditional Logistic Regression*). Resultatet är en genomsnittlig relativ värdering av aspekterna.
2. Den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter hos fiktiva vårdcentraler när man även får välja att vara kvar på sin nuvarande vårdcentral. Analysen av datamaterialet utgår från en villkorad logistisk regression och resultatet gör att vi kan undersöka vilka kvalitetsaspekter hos en fiktiv vårdcentral som man skulle välja om man också hade valet att välja sin egen vårdcentral. Utifrån det som de svarande redan har i dag får vi en genomsnittlig relativ värdering av aspekterna.
3. Den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter utifrån att det finns dolda grupper i befolkningen med samma preferenser vid val av fiktiva vårdcentraler. Analysen av datamaterialet utgår här från en latent klassanalys (*Latent Class Analysis*).

### *Beskrivande statistik av svaren i valsituationerna*

I det obligatoriska valet fick de svarande välja mellan två fiktiva vårdcentraler (vårdcentral A och vårdcentral B). Det fanns två enkätversioner och varje svarande ställdes inför fyra hypotetiska valsituationer. I tabell 8 och 9 redovisas varje valsituation och fördelningen av valen mellan vårdcentral A och vårdcentral B. Dessutom redovisas hur de svarande valde i det frivilliga valet. Exempelvis i valsituation 1 valde 83 procent vårdcentral A framför vårdcentral B. I valet därefter valde 47 procent av dessa sin nuvarande vårdcentral framför den fiktiva vårdcentral A.

*Relativ värdering av kvalitetsaspekter vid valet av fiktiv vårdcentral*

**Tabell 8.** Detaljerad bild av de hypotetiska valsituationerna och svarsandelarna i enkätversion 1.

| Valsituation  | 1   |  | 2   |   | 3   |   | 4   |  |
|---|---|--|---|---|---|---|---|--|
|   | A   | B  | A   | B   | A   | B   | A   | B  |
| <b>Fiktiv vårdcentral</b>   |   |  |   |   |   |   |   |  |
| <b>Fast vårdkontakt</b>   | Fast läkare   | Fast läkare                                | Fast sjukvårdsteam  | Ingen fast vårdkontakt                                    | Fast läkare   | Fast sjukvårdsteam  | Ingen fast vårdkontakt                                    | Ingen fast vårdkontakt                     |
| <b>Delaktighet i beslut om behandling</b>                         | Vårdspersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdspersonalen beslutar om din behandling | Vårdspersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdspersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdspersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdspersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdspersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdspersonalen beslutar om din behandling |
| <b>Hjälp med samordning av din vård/omsorg</b>                    | Ja  | Nej  | Nej   | Ja  | Ja  | Ja  | Nej   | Nej  |
| <b>Väntetid till icke-akuta besök</b>                             | 7 dagar   | 0 dagar                                    | 3 dagar   | 14 dagar  | 3 dagar   | 0 dagar   | 14 dagar  | 7 dagar                                    |
| Företrar (%)  | 83  | 17   | 66  | 34  | 48  | 52  | 63  | 37   |
| Företrar nuvarande vårdcentral framför fiktiv vårdcentral A/B (%) | 47  | 55   | 51  | 63  | 46  | 19  | 73  | 78   |



Tabell 9. Detaljerad bild av de hypotetiska valsituationerna och svarsandelarna i enkätversion 2.

| Valsituation  | 5  |  | 6  |  | 7  |  | 8  |   |
|---|--|--|--|--|--|--|--|---|
|   | A  | B  | A  | B  | A  | B  | A  | B   |
| <b>Fiktiv vårdcentral</b>   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Fast vårdkontakt</b>   | Ingen fast vårdkontakt   | Fast läkare  | Fast sjukvårdsteam                                       | Fast sjukvårdsteam   | Fast läkare  | Fast sjukvårdsteam   | Ingen fast vårdkontakt                                   | Fast läkare                               |
| <b>Delaktighet i beslut om behandling</b>                         | Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar gemensamt om behandling | Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar gemensamt om behandling | Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar gemensamt om behandling | Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling | Vårdpersonalen beslutar om din behandling |
| <b>Hjälp med samordning av din vård/omsorg</b>                    | Nej  | Nej  | Ja   | Nej  | Nej  | Ja   | Ja   | Ja  |
| <b>Väntetid till icke-akuta besök</b>                             | 3 dagar  | 14 dagar   | 7 dagar  | 0 dagar  | 7 dagar  | 14 dagar   | 0 dagar  | 3 dagar                                   |
| Föredrar (%)  | 63   | 37   | 42   | 58   | 83   | 17   | 59   | 41  |
| Föredrar nuvarande vårdcentral framför fiktiv vårdcentral A/B (%) | 54   | 53   | 51   | 40   | 53   | 51   | 45   | 49  |

För att ta reda på befolkningens relativa värdering av kvalitetsaspekter vid en fiktiv vårdcentral analyserades datamaterialet genom en villkorad logistisk regression. Villkorad logistisk regression är en förlängning av logistisk regression. Den avgörande skillnaden är att vi kan ta hänsyn till matchning av datamaterialet, det vill säga när det exempelvis finns flera olika observationer från samma individ som ska hänga samman i analysen (Bateman m.fl. 2004). Det betyder att till skillnad från en vanlig binär logistisk regression har varje individ flera alternativ att välja på. Analysen belyser hur olika kvalitetsaspekter hos de olika alternativen påverkar sannolikheten att det blir det valda alternativet i valsituationen.

Beroende variabel i analysen var individens val mellan vårdcentral A och vårdcentral B. De oberoende variablerna var nivåerna för respektive kvalitetsaspekt som tillsammans beskrev vårdcentralerna. Nivåerna dummykodades, så att den nivå som ansågs som minst önskvärd blev referensvärde.

Vi antog att effekten av en extra dags väntetid var linjär och modellerade alltså väntetidsvariabeln (väntetid till icke-akut besök) som en kontinuerlig variabel. För att kunna uttrycka preferenser i termer av benägenheten att vänta (*willingness to wait*) beräknades den marginella substitutionskvoten som den negativa kvoten mellan regressionskoefficienten för en specifik kvalitetsaspekt med regressionskoefficienten för väntetid.

Resultat från regressionsanalys för relativa värderingen av kvalitetsaspekter i det obligatoriska valet redovisas i tabell 10. Notera att storleken på koefficienterna bara är meningsfulla att tolka i relation till varandra.

**Tabell 10.** Resultat från den villkorade logistiska regressionen av det obligatoriska valet.

| Kvalitetsaspekter  | Koefficienter       |
|--|---------------------|
| Väntetid   | -0,097**<br>(0,007) |
| Fast läkare  | 1,062**<br>(0,072)  |
| Fast sjukvårdsteam   | 1,000**<br>(0,088)  |
| Hjälp med samordning av vård/omsorg                                | 0,860**<br>(0,075)  |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar gemensamt om behandling | 1,780**<br>(0,079)  |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling           | 1,231**<br>(0,044)  |
| Log likelihood   | -4 451              |
| Antal observationer  | 14 480              |

Not. \*\*  $p < 0,01$ . Standardfel inom parentes. Antalet observationer är summan av de alternativ i de fyra hypotetiska valsituationerna som de svarande tog ställning till.

### *Relativ värdering av kvalitetsaspekter vid valet mellan fiktiv och nuvarande vårdcentral*

I det frivilliga valet undersöker vi om de preferenser som de svarande gav uttryck för i det obligatoriska valet också är viktiga i en situation där de kan välja sin nuvarande vårdcentral – en så kallad *opt-out*. Det är ett sätt att stärka resultatet från det obligatoriska valet. Även i den här analysen användes en villkorad logistisk regression för att få fram preferensvärden för kvalitetsaspekterna.

Skillnaden i analysen av det frivilliga valet jämfört med det obligatoriska valet är att vi valde att använda en så kallad *alternative specific constant* (ASC) över fiktiv vårdcentral eller nuvarande vårdcentral. Den beroende variabeln var de svarandes val i den frivilliga situationen. Samma kodning som i det obligatoriska valet användes för de oberoende variablerna.

Tabell 11 visar resultatet från regressionsanalysen av den relativa värderingen av kvalitetsaspekterna i det frivilliga valet.

**Tabell 11.** Resultat från den villkorade logistiska regressionen av det frivilliga valet.

| Kvalitetsaspekter  | Koefficienter       |
|--|---------------------|
| Väntetid   | -0,052**<br>(0,007) |
| Fast läkare  | 1,655**<br>(0,069)  |
| Fast sjukvårdsteam   | 2,359**<br>(0,089)  |
| Hjälp med samordning av vård/omsorg                                | 0,948**<br>(0,080)  |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar gemensamt om behandling | 3,150**<br>(0,087)  |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling           | 1,901**<br>(0,067)  |
| Nuvarande vårdcentral (ASC)  | 26,226**<br>(0,149) |
| Log Likelihood   | -2 267              |
| Antal observationer  | 21 816              |

Not. \*\*  $p < 0,01$ . Standardfel inom parentes. Antalet observationer är summan av de alternativ i de fyra hypotetiska valsituationerna som de svarande tog ställning till.

### *Hälften valde sin nuvarande vårdcentral i det frivilliga valet*

I det frivilliga valet, där de svarande tilläts välja sin nuvarande vårdcentral utöver de fiktiva vårdcentralerna, valde en majoritet sin egen vårdcentral. Omkring 30 procent av de svarande valde den fiktiva vårdcentral A och cirka 19 procent valde vårdcentral B (se tabell 8 och 9 för en mer detaljerad bild över de svarandes val).

Andelen som valde sin egen vårdcentral, det vill säga opt out-alternativet, tycks vara lägre än i andra liknande studier. Det är samtidigt svårt att jämföra andelen med andra studier, eftersom frågan har en stor inverkan på hur många som väljer sin nuvarande situation. I Pedersen m.fl. (2011) som också undersökte preferenser för olika former av primärvård uppgick till exempel andelen till 71–96 procent. Så jämfört med den studien är andelen i vår studie lägre. Samtidigt gällde preferenserna i Danmark, vilket kanske inte är direkt jämförbart med Sverige.

För att undersöka om det fanns något gemensamt med de svarande som valde sin egen vårdcentral i det frivilliga valet analyserade vi valsituationerna i en regressionsanalys. Beroende variabel var vald vårdcentral, egen vårdcentral (1) eller fiktiv vårdcentral A eller vårdcentral B (0). Oberoende variabler som förklarar valet var olika bakgrundskaraktäristikor.

Karaktäristika som undersöks är per observation och inte per individ, eftersom en individ kan ha valt olika alternativ i de fyra valsituationerna. Tabell 12 visar resultatet från regressionen.

**Tabell 12.** Regressionsanalys av val av egen vårdcentral i det frivilliga valet och bakgrundsvariabler.

|  | Koefficient         |
|--|---------------------|
| Kön (kvinnor)  | -0,052**<br>(0,012) |
| 65 år eller äldre  | 0,073**<br>(0,017)  |
| Eftergymnasial utbildning  | -0,075**<br>(0,012) |
| Utrikesfödd  | 0,049**<br>(0,017)  |
| Hel- eller deltidsanställd   | -0,007<br>(0,015)   |
| Boende i storstadskommun   | -0,011<br>(0,013)   |
| Mycket bra eller bra allmänt hälsotillstånd                        | -0,005<br>(0,014)   |
| Har en eller flera långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning | -0,011<br>(0,013)   |
| Har besökt en VC de senaste 12 månaderna?                          | -0,01<br>(0,015)    |
| Fast läkarkontakt vid vårdcentral                                  | 0,225**<br>(0,013)  |
| Fast läkarkontakt vid ett sjukhus eller specialistmottagning       | 0,025<br>(0,015)    |
| Mycket eller ganska nöjd med sin VC                                | 0,323**<br>(0,013)  |
| Blir ofta orolig över sin hälsa                                    | -0,060**<br>(0,013) |
| Konstant   | 0,336**<br>(0,03)   |
| Förklaringsgrad  | 0,1844              |
| Antal observationer  | 6 275               |

Not. \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ . Standardfel inom parantes.

### *Latent klassanalys identifierade grupper med liknande preferenser*

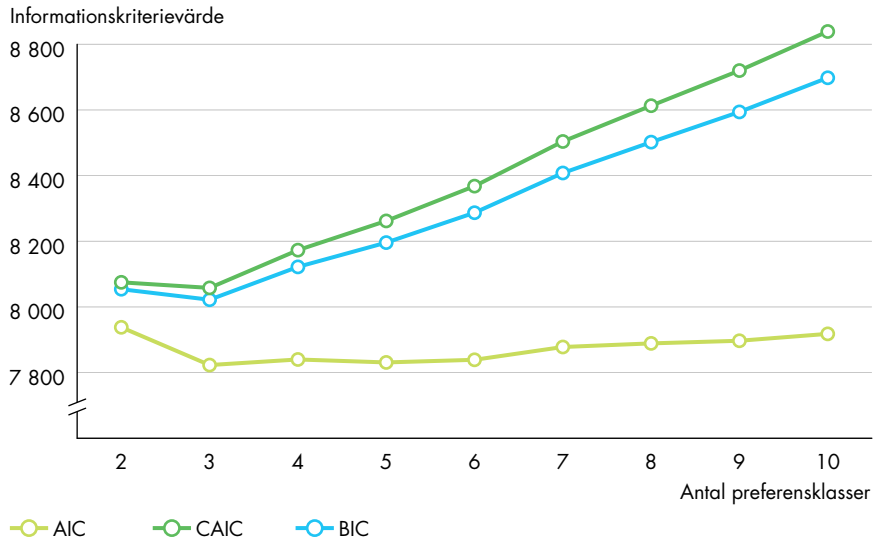
Grundläggande för teorin bakom latent klassanalys är att kvalitetsaspekternas nivåer kan ha heterogena effekter på val över ett begränsat antal grupper eller klasser av svarande. Det betyder att de svarande har olika preferenser. För att redogöra för olikhet antar modellen att det finns klasser inom en befolkning där varje klass har preferenser som är identiska inom klassen och samtidigt skiljer sig systematiskt från preferenser i andra klasser. Dessa klasser kallas latenterna eftersom grupperna inte är direkt observerbara (Hauber m.fl. 2016).

Antalet klasser avgörs genom att granska statistiska mått som relaterar till hur effektiv och optimal en modell är (Nylund-Gibson och Choi 2018, Pacifico och Yoo 2013). Generellt är ett lågt värde på informationskriterierna att föredra.

I den här analysen valde vi att använda en modell med tre klasser. Skälet är att informationsmåten AIC, BIC och CAIC visade att tre klasser var lämpligast utifrån de data vi använde oss av, se figur 25. Det betyder att det gick att identifiera tre klasser med tydliga preferenser och där preferenserna mellan klasserna skiljde sig åt systematiskt. Eftersom indelningen sker genom att preferenserna är liknande, kallas klasserna för preferensklasser.

Den villkorade sannolikheten (som tar hänsyn till de svarandes preferenser i situationerna) för en individ att hamna i en viss preferensklass är långt över 50 procent. Det betyder att det inte är slumpen som avgör vilken av preferensklasserna som de svarande fördelas till i vår modell.

Resultatet för respektive preferensklass i regressionsanalysen redovisas i tabell 13. Tolkningen av koefficienternas storlek, preferensvärdet är bara meningsfullt i relation till varandra. Jämförelse kan göras inom respektive preferensklass, däremot bör jämförelse mellan preferensklasserna inte göras rakt av utan att standardisera preferensvärdena först.

**Figur 25.** Informationskriterierna som låg till grund för valet av tre preferensklasser.

Not. AIC – Akaike Information Criterion, CAIC – Consistent Akaike Information Criterion, BIC – Bayesian Information Criterion.

**Tabell 13.** Resultat från den latent klassanalysregressionen med tre preferensklasser.

|  | Preferensklass               |                                 |                                    |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
|  | (1)<br>Relations-<br>sökande | (2)<br>Väntetids-<br>minimerare | (3)<br>Delaktiga<br>beslutsfattare |
| Väntetid   | -0,058*<br>(0,028)           | -0,444**<br>(0,062)             | -0,198**<br>(0,049)                |
| Fast läkare  | 2,861**<br>(0,35)            | 1,274**<br>(0,339)              | 1,896**<br>(0,631)                 |
| Fast sjukvårdsteam   | 2,177**<br>(0,351)           | 1,157**<br>(0,392)              | 1,877**<br>(0,544)                 |
| Hjälp med samordning av vård/omsorg                                | 1,306**<br>(0,259)           | 1,397**<br>(0,257)              | 1,823**<br>(0,623)                 |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar gemensamt om behandling | 1,746**<br>(0,309)           | -1,540**<br>(0,367)             | 5,964**<br>(0,969)                 |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling           | 1,062**<br>(0,162)           | 1,030**<br>(0,243)              | 3,508**<br>(0,553)                 |
| Klassandel   | 0,327                        | 0,232                           | 0,442                              |
| Loglikelihood: -3 872  |                              |                                 |                                    |
| Antal observationer: 13 742  |                              |                                 |                                    |

(forts.)

Tabell 13. (forts.)

|  | Preferensklass               |                                 |                                    |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
|  | (1)<br>Relations-<br>sökande | (2)<br>Väntetids-<br>minimerare | (3)<br>Delaktiga<br>beslutsfattare |
| Kön (kvinnor)  | -0,252<br>(0,196)            | -0,563**<br>(0,176)             |                                    |
| 65 år eller äldre  | 0,796**<br>(0,278)           | 0,065<br>(0,289)                |                                    |
| Eftergymnasial utbildning  | -0,568**<br>(0,195)          | -0,094<br>(0,177)               |                                    |
| Hel- eller deltidsanställda                                      | 0,011<br>(0,254)             | 0,024<br>(0,214)                |                                    |
| Mycket bra eller bra<br>allmänt hälsotillstånd                   | -0,662**<br>(0,217)          | 0,264<br>(0,272)                |                                    |
| Personer med en eller flera<br>långvariga sjukdomar              | 0,087<br>(0,219)             | -0,679**<br>(0,235)             |                                    |
| Har besökt en vårdcentral<br>4 gånger eller mer det senaste året | 0,611**<br>(0,211)           | -0,129<br>(0,262)               |                                    |
| Andel som har en fast kontakt<br>inom specialistvården           | 0,066<br>(0,283)             | -0,575<br>(0,357)               |                                    |
| Konstant   | 0,28<br>(0,47)               | 0,295<br>(0,423)                |                                    |

Not. \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , standardfel inom parentes. Vi genomförde en stegvis regression där vi inkluderade bakgrundsvariabler en och en i modellen – alla var signifikanta en och en och vi lade in samtliga i den slutliga modellen. Bakgrundsvariablerna tolkas med preferensklassen delaktiga beslutsfattare som referens.

### *Preferensklassernas bakgrundskaraktäristika*

I rapporten redovisas en kortare sammanställning av preferensklassernas bakgrundskaraktäristika. Tabell 14 visar en mer utförlig beskrivning med fler variabler och gruppindelningar.



**Tabell 14.** Preferensklassernas bakgrundskaraktäriska med samtliga variabler.

|   | Preferensklass               |                                 |                                    |
|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
|   | (1)<br>Relations-<br>sökande | (2)<br>Väntetids-<br>minimerare | (3)<br>Delaktiga<br>beslutsfattare |
| Medelålder (antal år) <sup>a b</sup>  | 61                           | 49                              | 47                                 |
| Andel kvinnor <sup>a b c</sup>  | 53                           | 46                              | 61                                 |
| Andel 18–24 år <sup>a b</sup>   | 5                            | 9                               | 10                                 |
| Andel 25–49 år <sup>a b</sup>   | 21                           | 41                              | 45                                 |
| Andel 50–64 år <sup>a b</sup>   | 20                           | 26                              | 27                                 |
| Andel 65 år eller äldre <sup>a b c</sup>  | 54                           | 23                              | 18                                 |
| Andel utrikes födda <sup>a b</sup>  | 11                           | 16                              | 15                                 |
| Andel med förgymnasial utbildning <sup>a b c</sup>                                    | 22                           | 13                              | 9                                  |
| Andel med gymnasial utbildning <sup>a b</sup>   | 46                           | 37                              | 37                                 |
| Andel med eftergymnasial utbildning <sup>a b</sup>                                    | 32                           | 50                              | 54                                 |
| Andel hel- eller deltidsanställda <sup>a b</sup>                                      | 32                           | 55                              | 56                                 |
| Disponibel inkomst per konsumtionsenhet (kronor)                                      | 329 729                      | 328 270                         | 334 702                            |
| Andel boende i storstadskommun <sup>a b</sup>   | 23                           | 33                              | 31                                 |
| Andel boende i tätä kommuner  | 58                           | 52                              | 54                                 |
| Andel boende i landsbygdskommuner <sup>a</sup>  | 19                           | 14                              | 15                                 |
| Andel med mycket/ganska bra allmänt hälsotillstånd <sup>a b c</sup>                   | 50                           | 84                              | 78                                 |
| Andel med en eller flera långvariga sjukdomar <sup>a b c</sup>                        | 60                           | 24                              | 36                                 |
| Andel med flera långvariga sjukdomar <sup>a b c</sup>                                 | 23                           | 7                               | 11                                 |
| Andel som besökt en vårdcentral minst 1 gång de senaste 12 månaderna <sup>a b c</sup> | 89                           | 71                              | 77                                 |
| Andel som besökt en vårdcentral minst 4 gånger de senaste 12 månaderna <sup>a b</sup> | 42                           | 18                              | 21                                 |
| Andel med fast läkarkontakt i primärvården <sup>a b</sup>                             | 43                           | 24                              | 26                                 |
| Andel med fast läkarkontakt i specialistvården <sup>a b c</sup>                       | 28                           | 12                              | 20                                 |
| Andel som är nöjd med sitt senaste besök vid vårdcentral <sup>a</sup>                 | 77                           | 71                              | 73                                 |
| Andel som är orolig för sitt hälsotillstånd <sup>a</sup>                              | 35                           | 25                              | 30                                 |

Not. <sup>a</sup> Statistiskt säkerställd skillnad mellan relationssökande och väntetidsminimerare.

<sup>b</sup> Statistiskt säkerställd skillnad mellan relationssökande och delaktiga beslutsfattare.

<sup>c</sup> Statistiskt säkerställd skillnad mellan väntetidsminimerare och delaktiga beslutsfattare.

## Valideringen ger stöd för att vi mäter preferenser

I studier där svarande har värderat kvalitetsaspekter i hypotetiska valsituationer är det viktigt att följa upp hur de svarande tänkte när de valde vilken vårdcentral de föredrog. Det handlar främst om att undersöka om de svarande har använt logiska och förväntade beslutsregler. Vår analys visar tecken på att de svarande har utgått från sina preferenser när de valt vilken vårdcentral som de föredrar. Dessutom kan vi inte se någon bias i att ett alternativ väljs systematiskt framför det andra.

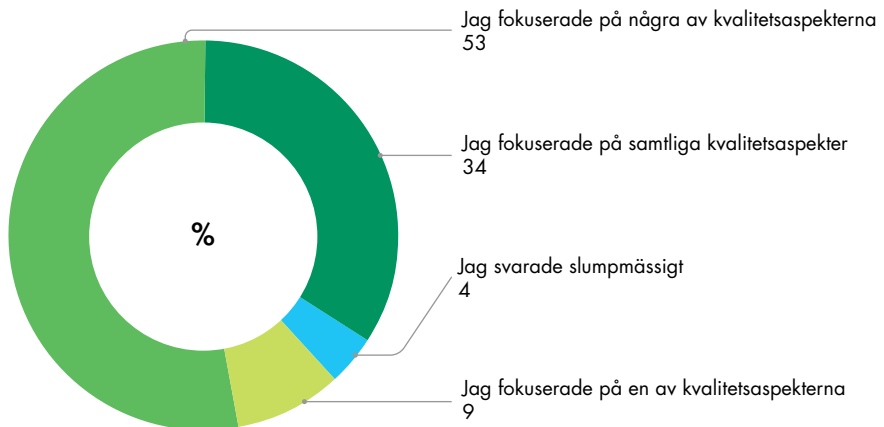
### *De svarandes beslutsregler indikerar att vi mäter faktiska preferenser*

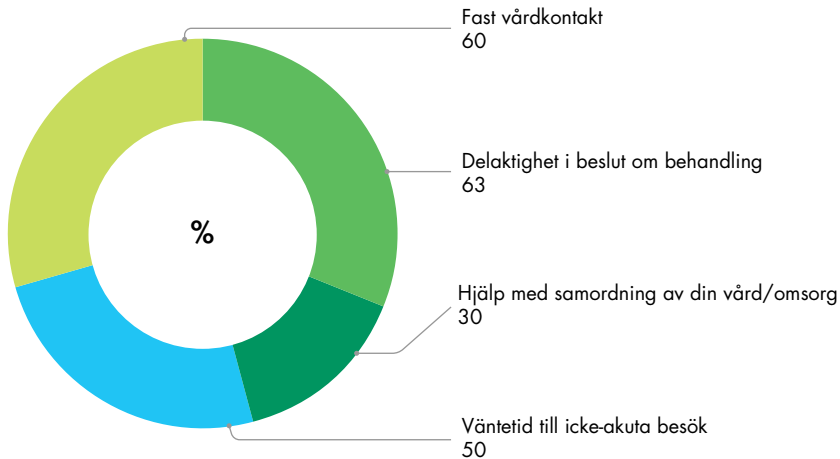
En analys av beslutsreglerna ger stöd för att vi mäter faktiska preferenser och inte slumpmässiga svar. Majoriteten fokuserade på flera kvalitetsaspekter när de valde vilken vårdcentral som de föredrog.

På frågan om hur de svarande tänkte när det valde mellan olika vårdcentraler angav 96 procent att de fokuserade på en eller flera kvalitetsaspekter i sina val, se figur 26. Bara 4 procent av de svarande uppgav att de svarade slumpmässigt. Andelen slumpmässiga svar i vår studie ligger på samma nivå som i Pedersen m.fl. (2011).

Att en majoritet har tänkt på flera kvalitetsaspekter i valen av vårdcentraler innebär att vi kan uttala oss om relativa värderingar mellan aspekterna. När vi följer upp de svarandes beslutsregler ser vi att flest svarande fokuserade på delaktighet i beslut om behandling, samt typ av fast vårdkontakt, när de gjorde sina val i de hypotetiska valsituationerna. Figur 27 visar vilka kvalitetsaspekter som de svarande fokuserade på i sina val.

**Figur 26.** De svarandes beslutsregler för valet mellan vårdcentraler.



**Figur 27.** Vilka kvalitetsaspekter fokuserade du på i ditt val av vårdcentral?

Not. Flera svar var möjligt, därför summerar inte alternativen till 100 procent.

### *Få svarande valde konsekvent ett av alternativen*

Nästan hälften så många svarande valde vårdcentral B framför vårdcentral A i det obligatoriska valet. Det kan tyda på bias mot att välja vårdcentral A. Men validitetstester av detta visar att trots att det är en högre andel svaranden som genomgående har valt vårdcentral A, har det inte en signifikant inverkan på våra resultat om personers preferenser för kvalitetsaspekterna.

Vi undersökte hur många som genomgående (för samtliga valsituationer) valde vårdcentral A, alternativ vårdcentral B eller egen vårdcentral. I det obligatoriska valet var det 12 procent av de svarande som konsekvent valde vårdcentral A, medan cirka 1 procent konsekvent valde vårdcentral B. I det frivilliga valet var det 27 procent som konsekvent valde vårdcentral A eller vårdcentral B och 29 procent sin egen vårdcentral.

För att undersöka om det fanns en bias som påverkade resultatet i det obligatoriska valet valde vi att lägga in en så kallad *alternative-specific constant* (ASC) i regressionen för att se om det fanns en systematisk tendens att välja vårdcentral A framför vårdcentral B. Resultatet visar att det inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan att de svarande valde vårdcentral A framför vårdcentral B. Det ger stöd för att de svarande baserade sitt val på kvalitetsaspekterna som listades under respektive vårdcentralsalternativ (Krinke m.fl. 2019). Tabell 15 redovisar resultatet från regressionen.

**Tabell 15.** Resultat från den villkorade logistiska regressionen med en ASC.

|  | Koefficient         |
|--|---------------------|
| Väntetid   | -0,096**<br>(0,011) |
| Fast läkare  | 1,061**<br>(0,073)  |
| Fast sjukvårdsteam   | 1,007**<br>(0,099)  |
| Hjälp med samordning av vård/omsorg                                | 0,852**<br>(0,092)  |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar gemensamt om behandling | 1,777**<br>(0,082)  |
| Vårdpersonalen lyssnar aktivt och beslutar om behandling           | 1,219**<br>(0,088)  |
| Vårdcentral A (ASC)  | 0,01<br>(0,062)     |
| Log likelihood   | -4 451              |
| Antal observationer  | 14 480              |

Not. \*\* p<0,01. Standardfel inom parentes

## BILAGA 3 – PERSONER SOM HAR MEDVERKAT I VÅR STUDIE

Bilagan redovisar vilka personer utöver personer från Vårdanalys, IHE och SCB som på något sätt medverkat i studien.

### Intervjupersoner vid framtagande av enkät

Intervjupersonerna valdes ut dels eftersom de har genomfört projekt eller studier med koppling till kontinuitet, dels utifrån att de skulle spegla olika perspektiv och dels via ”snöbollsmetoden” där intervjupersoner som intervjuades initialt själva tipsade om relevanta aktörer.

**Tabell 16.** Intervjupersoner vid enkätutformningen.

| Namn              | Roll/Organisation, VT 2019  |
|-------------------|---|
| Camilla Andersson | Chef för verksamhet och utveckling – Division Närsjukvård, Region Norrbotten, ledamot i Nationellt Primärvårdsråd vid SKL, fysioterapeut. |
| Emma Spak         | Samordnare för nära vård på SKR, ledamot i Läkarförbundets styrelse ST-läkare i allmänmedicin.  |
| Eva Arvidsson     | Specialistläkare i allmänmedicin, med.dr, forskningsledare Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Region Jönköping.                            |
| Hannes Kohnke     | Specialistläkare i allmänmedicin, doktorand vid medicinska fakulteten Lunds universitet.  |
| Malin Östman      | Distriktsköterska, fil.lic, doktorand vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås.                                    |
| Maria Hägglund    | Docent i hälsoinformatik och lektor vid Uppsala universitet, Deltagare i projektet ”Spetspatienter – en ny resurs för hälsa”.             |
| Ragnhild Karlsson | Vice förbundsordförande för Vårdförbundet, sjuksköterska.   |

### Referensgrupp för synpunkter på rapportutkast

Personerna i referensgruppen deltog i ett möte för att diskutera våra preliminära resultat från befolkningsstudien. De fick också möjlighet att komma med ytterligare synpunkter och förbättringsförslag på vårt rapportutkast inför publicering.

**Tabell 17.** Deltagare i referensgruppen.

| <b>Namn</b>              | <b>Roll/Organisation, VT 2020</b>   |
|--------------------------|---|
| Hannes Kohnke            | Specialistläkare i allmänmedicin, doktorand vid medicinska fakulteten Lunds universitet.  |
| Jonas Binnmyr            | Intressepolitisk handläggare, Astma- och Allergiförbundet. Fondsekreterare, Astma- och Allergiförbundets Forskningsfond.  |
| Lina Maria Ellegård      | Forskare, fil.dr, Nationalekonomiska institutionen Ekonomihögskolan vid Lunds universitet.  |
| Lisbeth Löpare-Johansson | Samordnare Nära vård SKR, utvecklingsdirektör Region Norrbotten.  |
| Malin Östman             | Distriktsköterska NH Källstorp vårdcentral i Trollhättan, fil.lic. och FoU-ledare vid FOUU-centrum i Fyrbodalen, doktorand vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. |

## BILAGA 4 – KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Vi genomförde en kvalitativ innehållsanalys av fritextsvaren om vad de svarande anser skapar en god relation mellan dem och vårdpersonal. Vi använde oss av en induktiv metod, som innebär att egenskaperna inte var bestämda på förhand utan baserades på vad som framkom i svaren. Den kvalitativa textanalysen utfördes i fem vedertagna steg (Graneheim och Lundman 2004):

1. Fritextsvaren lästes igenom minst två gånger.
2. Meningsenheter och centrala delar i fritextsvaren identifierades.
3. Fritextsvaren kondenserades.
4. De kondenserade fritextsvaren abstraherades och kodades.
5. Koderna delades systematiskt in i underkategorier och kategorier.

Totalt identifierades 407 fritextsvar. Kategoriseringen av fritextsvaren innebar att texten tolkades av den som genomförde kodningen. Eftersom kategoriseringen inte validerades av de svarande själva, kan vi inte helt säkert veta om den valda kategoriseringen stämmer överens med hur de svarande tänkt. För att validera resultaten så långt det är möjligt, verifierades kategoriseringen av ytterligare en person. Tabell 18 visar ett kort utdrag ur innehållsanalysen.

**Tabell 18.** Utdrag ur den kvalitativa innehållsanalysen.

| Fritextsvar -<br>meningsbärande enhet   | Kondenserat<br>fritextsvar                     | Kod                      | Under-<br>kategori             | Kategori       |
|---|--|--------------------------|--------------------------------|----------------|
| "Man måste kunna BOKA EN TID, även om det inte är akut. Upplever att på VC måste man tjata sig till den möjligheten. Dvs. att enda officiella möjligheten är att komma "akut" - Obegripligt"    | Måste tjata för att få en tid på vårdcentralen | Tjata för en tid         | Enkelt ta kontakt och boka tid | Tillgänglighet |
| "Det hade varit mycket betryggande om jag hade en läkare som jag fick träffa varje gång jag sökte vård. För att skapa en relation där vi båda känner varandra och läkaren kan min historia... " | En och samma läkare ger en trygghet            | Fast läkare ger trygghet | Fast läkarkontakt eller team   | Kontinuitet    |

(forts.)

Tabell 18. (forts.)

| Fritextsvar -<br>meningsbärande enhet   | Kondenserat<br>fritextsvar   | Kod                                   | Under-<br>kategori | Kategori                                |
|---|--|---------------------------------------|--------------------|---|
| "Viktigt att vårdpersonalen kan har självinsikt gällande sin egen kunskap. Dvs det är viktigare att vårdpersonalen kan remittera mig till någon som kan ställa en korrekt diagnos eller som har tillräcklig kunskap om mitt tillstånd än att vårdpersonalen på vårdcentralen ska kunna göra allt detta själva." | Om kompetensen är begränsad ska läkaren skicka patienten vidare till där kompetens finns | Veta när patienten ska skickas vidare | Kompetens          | Vårdpersonalens kompetens och bemötande |









## Primärt i vården

### En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler

Både på nationell och regional nivå pågår en utveckling mot en nära vård där primärvårdens framtida roll står i fokus. Behovet av kontinuitet är ett område som betonas – frågan är hur det kan förstås utifrån befolkningens perspektiv. Vi vill med den här rapporten belysa den vuxna befolkningens erfarenheter och preferenser kopplade till kontinuitet hos vårdcentraler (eller motsvarande). Därför har vi genomfört en befolkningsenkät. Vi hoppas att resultaten kan bidra till det fortsatta utvecklingsarbetet och inspirera till lösningar som utgår från ett personcentrerat perspektiv.

---

**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.

