

Vården ur befolkningens perspektiv 2020

En jämförelse mellan Sverige
och tio andra länder



Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad på www.vardanalys.se

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 9978-91-88935-31-1



Vården ur befolkningens perspektiv 2020

En jämförelse mellan Sverige
och tio andra länder

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Peter Nilsson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

Stockholm den 18 februari 2021

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Johanna Adami
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Förord

Sverige deltar sedan 2009 i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvården som syftar till ökat lärande mellan länder och att ge underlag till förbättrat beslutsfattande inom sektorn. Undersökningen – the International Health Policy Survey (IHP) – leds av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund och genomförs i 11 länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har sedan 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra och redovisa den svenska delen av IHP-studien. I den här rapporten redovisas resultat och analyser av 2020 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog. IHP-undersökningen för 2020 undersöker allmänhetens (befolkningen 18 år och äldre) upplevelser av hälso- och sjukvården i elva länder.

Arbetet vid Vård och omsorgsanalys har gjorts av projektledaren Peter Nilsson, analytikern Agnes Lindvall och analytikern Alexander Hedlund Kancans. I arbetet har även projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

På uppdrag av The Commonwealth Fund har SSRS ansvarat för den internationella samordningen av undersökningen. Statistiska centralbyrån (SCB) har på uppdrag av Vård- och omsorgsanalys genomfört den svenska datainsamlingen.

Vård- och omsorgsanalys vill rikta ett varmt tack till alla som har besvarat enkäten. Vår förhoppning är att rapporten kan fungera som ett underlag för att förbättra svensk hälso- och sjukvård.

Stockholm i mars 2021

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Statistiska centralbyrån (SCB) har på uppdrag Vård- och omsorgsanalys genomfört enkätundersökningen i Sverige. På uppdrag av The Commonwealth Fund har SSRS ansvarat för den internationella samordningen av undersökningen. Den huvudsakliga finansieringen av "The Commonwealth Fund's 2020 International Health Policy Survey of adults in 11 countries" kommer från The Commonwealth Fund. Följande organisationer är medfinansierare: the Bureau of Health Information in New South Wales (Australien); Health Quality Ontario, the Canadian Institute for Health Information, and Ministère de la Santé et des Services sociaux (Kanada); Haute Autorité de Santé and Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Frankrike); Institute for Quality Assurance and Transparency in Health Care (IQTIG) (Tyskland); the Dutch Ministry of Health and Scientific Institute for Quality of Healthcare at Radboud university medical center (IQ Healthcare) (Nederländerna); Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) (Sverige); the Swiss Federal Office of Public Health (Schweiz); The Health Foundation (Storbritanien).

Vi har undersökt hur befolkningen i Sverige upplever att vården fungerar och jämfört med vad befolkningen i tio andra OECD-länder tycker. Studien International Health Policy Survey (IHP) genomförs årligen i samarbete med den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund. Vi har även genomfört en fördjupad analys av det svenska resultatet.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Svensk vård uppvisar tydliga brister rörande personcentrerad vård då vi för områdena väntetider, kontinuitet och samordning presterar internationellt sett svaga resultat.
- ▶ På andra områden visar svensk vård goda resultat: Det är få i Sverige som avstår vård av ekonomiska orsaker. De flesta upplever ett gott bemötande vid sjukhusvård och svensk vård uppvisar en hög digitaliseringsgrad.
- ▶ Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård uppvisar genomgående bättre erfarenheter av den vård de fått jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning.
- ▶ Det är stora skillnader i svarsmönstren som går att koppla till den enskildes bakgrund och förhållanden. Exempelvis har personer med kroniska sjukdomar eller sämre självsattad hälsa generellt sämre erfarenheter av vården. De upplever också oftare än andra svårigheter med att få tillgång till vård.
- ▶ Få av de svenska patienter som har haft behov av att prata med någon i vården om sin psykiska hälsa uppger att de fått ett stödsamtal eller annan behandling för det.

Vi ger följande rekommendationer:

- ▶ Regering och regioner bör i arbetet med öka andelen fasta vårdkontakter hos befolkningen särskilt beakta att detta sker utifrån behov och nytta och samtidigt motverka omotiverade skillnader i sådan tillgång mellan stad och glesbygd. Regering och regioner bör även gemensamt verka för att införlivandet av detta mål löpande följs upp, utvärderas och tillsynas.
- ▶ Regeringen bör förbättra förutsättningarna för att följa upp vårdens jämlikhet.
- ▶ Regionerna bör arbeta för att nå ut med information och erbjudande till fler som behöver stödsamtal och annan hjälp vid psykisk ohälsa.
- ▶ Regeringen och regionerna bör ytterligare stärka samordningen av information mellan vårdgivare..

Sammanfattning

Den här rapporten redovisar resultat och analyser av den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som genomförs varje år. Undersökningen tar fasta på hur befolkningen i Sverige anser att hälso- och sjukvården fungerar jämfört med befolkningen i tio andra länder. I Sverige genomfördes undersökningen av SCB på uppdrag av Vård- och omsorgsanalys.

Målet med undersökningen är att identifiera förbättringsområden i svensk hälso- och sjukvård ur befolkningens och patienternas perspektiv. Syftet är också att bidra till en bättre förståelse av styrkor och svagheter i svensk vård och i förlängningen till att initiera fördjupade analyser och diskussioner som kan bidra till dess utveckling. Även om undersökningen innehåller många relevanta frågor och områden kan den inte ge hela bilden av hälso- och sjukvården, utan den behöver ställas i relation till andra kunskapskällor.

Drygt 2 500 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre svarade på den svenska delen av undersökningen. De flesta svar lämnades i slutet av februari eller i början på mars 2020, vilket innebär att undersökningen till stora delar genomfördes före covid-19-pandemin. Svarsfrekvensen var ungefär 30 procent. En analys av bortfallet visar att detta är större i vissa grupper, men med hjälp av så kallad viktning har vi så långt som möjligt försökt justera för skillnader i svarsbenägenhet. Metoden för undersökningen är utformad så att den till så långt som möjligt ska representera den svenska befolkningen i helhet. Men det finns alltid begränsningar i internationella jämförelser. Metoden för hur undersökningen genomförs skiljer sig till viss del mellan länderna och det finns också väsentliga skillnader i hur vården är organiserad mellan länderna som är viktiga att beakta vid tolkning av jämförelserna. Den stora styrkan med



undersökningen är att samma frågor ställs till befolkningen i 11 OECD-länder oberoende av hälso- och sjukvårdssystem.

För att fördjupa förståelsen av det svenska resultatet undersöker vi även hur det är kopplat till olika förhållanden och bakgrundsfaktorer på individnivå, när vi tar hänsyn till flera faktorer samtidigt. Vi undersöker exempelvis om svaren skiljer sig utifrån individens demografiska (kön, ålder och civilstånd) och socioekonomiska (utbildningsnivå) förhållanden, hälsostatus via självskattning och uppgivna kroniska sjukdomar samt olika kontextuella faktorer som boendeort och om man har en ordinarie vårdkontakt eller inte. Även om undersökningen täcker in flera relevanta förklaringsfaktorer finns det sannolikt även andra utestående faktorer som vi inte har tillgång till som kan påverka sambanden. Exempelvis har vi inte tillgång till tidigare vårdkonsumtion eller registrerade diagnoser, utan vårt underlag bygger till stor del på vad respondenterna själva har uppgett. Vi vill också betona att de eventuella samband som framkommer i analyserna påvisar samvariation mellan olika faktorer, vilket inte är detsamma som att det finns ett orsakssamband mellan dem.

Rapporten innehåller en stor mängd resultat och berör flera olika frågeområden. Här sammanfattar vi vår bedömning av de viktigaste resultaten, som i sin tur ligger till grund för våra slutsatser och rekommendationer. Vi delar nedan upp våra resultat och slutsatser utifrån rapportens två huvudfrågeställningar:

- Hur förhåller sig Sveriges resultat för olika frågeområden till övriga länders i jämförelsen?
- Vilka samband uppvisar de svenska resultaten med olika bakgrundsfaktorer och förhållanden som går att koppla till individen?

RESULTAT OCH SLUTSATSER – SVENSK VÅRD I INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE

Svensk vård uppvisar tydliga brister rörande personcentrerad vård då vi för områdena väntetider, kontinuitet och samordning presterar internationellt sett svaga resultat. Medborgarna upplever däremot i lägre grad ekonomiska barriärer för tillgång till vård, de upplever ett gott bemötande vid sjukhusvård och en hög digitaliseringsgrad.

Lite mer än hälften av de svarande i undersökningen, 63 procent, uppger att de bedömer att den övergripande kvaliteten på svensk hälso- och sjukvård är väldigt eller ganska bra. Men nivån är något lägre än motsvarande

genomsnitt för de övriga deltagande länderna, så det finns en generell förbättringspotential för svensk del vad gäller vårdens patientupplevda kvalitet. Samtidigt är det viktigt att fördjupa den övergripande iakttagelsen, och när man ser till de sammantagna resultaten inom undersökningens olika delar blir bilden mer komplex. Vi väljer fortsättningsvis att dela upp undersökningens resultat utifrån några breda frågeområden:

- väntetid till vård och vårdens tillgänglighet
- patientens erfarenheter av den mottagning eller vårdpersonal som hen vanligen besöker
- patientens erfarenheter av specialist- och sjukhusvård
- vård av personer med kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa.

För flera frågeområden ligger Sveriges resultat i linje med övriga länders, men för några områden ses både positiva och negativa avvikelser. Den sammantagna bilden känner vi till stor del igen sedan tidigare.

Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena samordning och kontinuitet, har legat lågt över en lång tid utan större förbättringar. Vi ser därmed tydliga utmaningar inom första linjens vård eller den vård som ska vara ”god och nära”. Svaren pekar nämligen på en vård som har långa väntetider och där samordningen och stöden till dem som har komplexa sjukdomsbilder inte alltid fungerar. Vi ser också att den svenska vårdens personkontinuitet är jämförelsevis svag, eftersom få i Sverige har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård. Däremot har de flesta en ordinarie mottagning som de vanligtvis besöker.

Däremot visar de patientupplevda erfarenheterna att tillgången till vård är god, eftersom få svarar att de avstår från att söka vård på grund av kostnaden. Resultaten pekar också på en stark sjukhusvård som befolkningen har stort förtroende för. Vi ser även tecken på att Sverige är i framkant med vårdens digitalisering.

Sverige uppvisar längst väntetid till vård som inte är akut.

I jämförelse med andra länder rapporterar den svenska befolkningen längst väntetid till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. I Sverige svarar endast 37 procent av befolkningen att de fick ett besök inom två dagar senaste gången de var sjuka. Sverige har här lägst resultat av alla länder i jämförelsen. Det är en större andel som svarar att de fick ett besök inom sju dagar, 70 procent. Men även här har Sverige lägst resultat – i flera av länderna svarar ungefär 95 procent att de fick besök inom sju dagar. Sverige uppvisar också



jämförelsevis långa väntetider till specialistvård och till behandling eller operation. Det gäller även när vi ser till andelen som fått ett besök respektive behandling inom tre månader, vilket ungefär motsvarar vårdgarantin som gäller i Sverige. Sverige är också det land där lägst andel svarar att det är lätt att få vård på kvällar och helger, på annat sätt än på akutsjukhus.

Få personer i Sverige har avstått vård på grund av patientavgifter.

Få svenskar svarar att de har avstått från vård på grund av kostnaden (i Sverige handlar det om patientavgifter). Cirka 5 procent i Sverige svarar att de avstått från att besöka läkare, avstått behandling eller att hämta medicin på grund av kostnader. Sedan IHP-undersökningen 2016 har det skett en ökning med en till två procentenheter. I Sverige är det betydligt vanligare att ha avstått från tandvård på grund av kostnaden jämfört med övrig vård. I årets undersökning är det 23 procent som avstått tandvård av denna anledning. Det är en ökning med 3 procentenheter sedan förra mätningen 2016.

Den svenska vårdens personkontinuitet är jämförelsevis svag.

Få i Sverige anger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på den vårdcentral dit de vanligtvis går för sin vård. I Sverige är det 35 procent som svarar att de har en sådan ordinarie kontakt, medan andelen i övriga länder är mellan 80 och 98 procent. Däremot uppger väsentlig fler, 80 procent, att de har en ordinarie mottagning. Vi vet också att det är vanligare att flera olika yrkesgrupper arbetar på svenska vårdcentraler, till exempel psykologer och fysioterapeuter, jämfört med andra länder där främst läkare och sjuksköterskor bemannar vårdcentralerna.

Sammantaget uppvisar Sverige högst andel svarande, 13 procent, som varken anger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral eller en ordinarie mottagning dit de vanligtvis går för sin vård. Den svenska vårdens personkontinuitet, och även samlade kontinuitet i form av någon fast kontakt med vården, framstår därmed som jämförelsevis svag.

Patienter som blivit inlagda på sjukhus i Sverige upplever att de varit delaktiga i sin vård samt bemötts professionellt och respektfullt av vårdpersonalen.

Patienter som blivit inlagda på sjukhus upplever i stor utsträckning att de varit delaktiga i sin vård och att de fått ett gott bemötande av vårdpersonalen. Till

exempel svarar 92 procent att de varit så delaktiga som de önskade i besluten om sin vård och behandling. Det är också en ökning på sju procentenheter sedan 2016. I Sverige svarar även 94 procent att läkarna alltid eller ofta bemött dem på ett professionellt sätt under sjukhusvistelsen, och 96 procent svarar att de alltid eller ofta fått ett sådant bemötande från sjuksköterskor. Det svenska resultaten är här goda i jämförelse med andra länder och vi ser en förbättring sedan 2016 när det gäller samtliga frågor.

Svensk vård uppvisar brister i rutinerna vid utskrivning från sjukhus.

I undersökningen ser vi att det finns vissa brister i samband med utskrivning från sjukhus. I Sverige svarar endast 62 procent att vården gav dem skriftlig information om symptom som man ska bevaka efter det att man skrivits ut. Samtidigt är det en ökning på fem procentenheter sedan 2016. Det är något fler, 76 procent, som svarar att de fick en genomgång av de läkemedel de ska ta efter att de skrivits ut. Men här ser vi en minskning på tio procentenheter sedan 2016. 78 procent svarar att vårdpersonalen ordnade med att boka ett återbesök innan utskrivning, vilket är en ökning på fyra procentenheter.

Många i Sverige uppger att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett läkarbesök i specialistvården. Samtidigt ser vi att informationsdelningen förbättrats efter utskrivning från sjukhus.

Det är en relativt hög andel i Sverige, 19 procent, som svarar att de varit med om att läkaren i specialistvården saknat tillgång till grundläggande medicinsk information eller provresultat från den vårdcentral eller ordinarie läkare som personen vanligtvis går till. Det är också fler i Sverige som svarar att de varit med om att deras ordinarie läkare saknat information och inte varit uppdaterad om den vård personen tidigare fått från läkare i specialistvården. I Sverige är det 30 procent som svarar att de varit med om det, vilket är högst andel av alla länder i jämförelsen.

Däremot ser vi att informationsdelningen i samband med utskrivning från sjukhus förbättrats. Efter utskrivning svarar 79 procent att läkaren eller personalen på den ordinarie vårdcentralen verkade vara informerade om vården som personen fått på sjukhus. Sveriges resultat har här förbättrats med 12 procentenheter sedan 2016. Det är möjligt att ökningen går att koppla till den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, där en del handlar om att säkerställa informationsdelningen mellan vårdgivare.



Få av de svenska patienter som har haft behov av att prata med någon i vården om sin psykiska hälsa uppger att de fått ett stödsamtal eller annan behandling för det.

I Sverige är det jämförelsevis en något högre andel, 22 procent, som svarar att de någon gång de senaste tolv månaderna haft behov av att prata med en läkare eller annan vårdpersonal om sin psykiska hälsa. Vi kan även se att hela 65 procent av dem som svarar att de behövt det också uppger att de sedan inte haft ett stödsamtal eller fått annan behandling från vården. Det visar på en stor förbättringspotential.

RESULTAT OCH SLUTSATSER – ANALYS AV DE SVENSKA RESULTATEN

Det är stora skillnader i svarsmönstren som går att koppla till den enskildes bakgrund och förhållanden. Särskilt viktigt tycks det vara om patienten har en ordinarie kontakt med vården eftersom det är möjligt att påverka på kortare sikt.

För merparten av frågorna i undersökningen har vi undersökt vilka samband som kan ses mellan resultaten och olika bakgrundsfaktorer och förhållanden som kan länkas till den enskilde. De sammantaget starkaste sambanden med resultaten har patientens ålder, utbildningsnivå, självs kattade hälsa och om hen vanligtvis går till en ordinarie vårdpersonal eller inte. Den senare faktorn är särskilt intressant eftersom den "ägs" av vården och är möjlig att påverka på kortare sikt. Sammantaget bekräftar analysen skillnader som vi sett i tidigare IHP-undersökningar, till exempel betydande demografiska, regionala och socioekonomiska skillnader i vårdens patientupplevda kvalitet, men vi gör även nya iakttagelser.

Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård uppvisar genomgående bättre erfarenheter av den vård de fått jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning.

Sammantaget ser vi att de som har en ordinarie vårdpersonal (läkare eller sjuksköterska) som de vanligtvis går till uppger bättre erfarenheter av vården jämfört med dem som endast går till en ordinarie mottagning. De som i sin tur inte uppger någon form av ordinarie kontakt med vården har på några områden ännu sämre erfarenheter. Till exempel ser vi att personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska i större utsträckning svarar att:

- personalen känner till deras sjukdomshistoria
- personalen ägnar dem tillräckligt med tid
- de är involverade i beslut kring sin egen vård
- personalen förklarar saker på ett sätt så att de förstår
- de får hjälp med att samordna sin vård
- de fått skriftlig information om symptom att bevaka efter utskrivning från sjukhus
- den ordinarie läkaren var uppdaterad efter sjukhusbesök
- de har fått olika typer av stöd från vården om att ta hand om sin kroniska sjukdom
- de fått stödsamtal eller behandling vid psykisk ohälsa
- de har i högre grad haft hälsofrämjande samtal om fysisk aktivitet och kost.

Det är därmed mycket som tyder på att en ordinarie läkare eller sjuksköterska överlag har ett positivt samband med den patientupplevda kvaliteten i vården. En tänkbar förklaring kan vara att den kontinuitet som en personlig relation erbjuder generellt stärker upplevelsen av vården. En ordinarie kontakt kan även ha bättre kännedom om patientens sjukdomshistoria och ta ett tydligare ansvar i att samordna vården med olika vårdgivare.

Det är mindre vanligt att personer bosatta utanför tätorter har en ordinarie läkare eller sjuksköterska jämfört med personer i tätorter. Minst vanligt är det bland personer som bor i glesbefolkade områden. Däremot är det vanligare utanför tätorter att ha en ordinarie mottagning.

Personer över 65 år har generellt mer positiva erfarenheter av vården jämfört med yngre personer. Men yngre svarar i större utsträckning att de fått olika typer av stöd från vården samt att de oftare använder digitala tjänster.

Vi ser tydliga skillnader mellan åldersgrupper, även efter att dessa är kontrollerade för skillnader i hälsa, för nästan alla områden vi har undersökt. Sammantaget har personer över 65 år mer positiva erfarenheter av vården jämfört med yngre personer. Äldre upplever exempelvis i högre grad ett positivt bemötande från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggning. De upplever också i mindre utsträckning att vården saknar information i samband med besök hos en specialistläkare. Det är vanligare att personer 65 år och äldre har en ordinarie läkare eller sjuksköterska vid sin vårdcentral eller ordinarie mottagning jämfört med



personer som är yngre än 65 år. Det är minst vanligt att ha en ordinarie kontaktperson i åldrarna 18–34 år.

Yngre personer svarar däremot i större utsträckning att de fått olika typer av stöd från vården samt att de oftare använder digitala tjänster. Det är till exempel vanligare att de har fått olika typer av stöd för sin kroniska sjukdom eller stödsamtal eller behandling vid psykisk sjukdom. Det är också vanligare bland personer i åldern 18–49 år att ha kommunicerat med vården digitalt än bland dem över 50 år. Det är däremot vanligare att personer under 65 år har avstått från att uppsöka vård än personer över 65 år av ekonomiska skäl.

Personer med kroniska sjukdomar eller sämre självskattad hälsa har generellt sämre erfarenheter av vården. De upplever också oftare än andra svårigheter med att få tillgång till vård.

Personer som uppger att de har sämre hälsa, oavsett om det handlar om självskattad hälsa, att de har en kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa, uppvisar generellt sämre erfarenheter av vården jämfört med personer som uppger att hälsan är bättre utifrån dessa förhållanden. Till exempel upplever personer med kroniska sjukdomar i lägre grad ett positivt bemötande från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggning. De upplever också i större utsträckning att vården saknade information i samband med ett besök hos en specialistläkare. Personer med flera kroniska sjukdomar eller låg självrapporterad hälsa svarar även i mindre utsträckning att de har fått tillräckligt med stöd av vården för sin kroniska sjukdom jämfört med personer med endast en kronisk sjukdom och de som uppger en bättre hälsa. Personer med nedsatt hälsa upplever också oftare än andra svårigheter med att få tillgång till vård. Det handlar både om svårigheter att få vård på kvällar och helger utan att behöva besöka en akutmottagning, och om ekonomiska barriärer för att uppsöka sjuk- eller tandvård, eller för att hämta ut mediciner.

Personer med högre utbildning och personer med privat sjukförsäkring upplever kortare väntetider i vården.

Det finns ett samband mellan utbildningsnivå och de erfarenheter man har av vården, särskilt vad gäller väntetider till vård. Mer precist uppvisar personer med eftergymnasial utbildning på flera områden bättre erfarenheter av vården jämfört med personer med kortare utbildning. De anger exempelvis i något större utsträckning att de fått en tid i specialistvården eller en operation inom 90 dagar. Det är också vanligare att de upplever att vårdpersonalen

ägnar tillräckligt med tid med dem, att de får vara involverade i beslut och att vårdpersonalen förklarar saker så att de förstår. Det är även vanligare att de kommunicerar digitalt med vårdcentralen, läser eller laddar ned information digitalt samt förnyar recept eller bokar tid digitalt.

Personer som har en privat sjukförsäkring rapporterar också generellt kortare väntetider till vård jämfört med personer som inte har en privat sjukförsäkring. Vi ser till exempel att personer med privat sjukvårdsförsäkring i högre grad svarar att de har fått tid hos en specialistläkare inom tre månader. De svarar också oftare att de har fått en operation inom en eller tre månader. Utöver väntetiderna finner vi ingen tydlig riktning som är kopplad till privat sjukförsäkring (till exempel erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus).

REKOMMENDATIONER

Årets IHP-undersökning understryker återigen att det finns en generell förbättringspotential för svensk del vad gäller vårdens patientupplevda kvalitet. Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena väntetider, samordning och kontinuitet legat lågt under längre tid utan större förbättringar. Samtidigt är vårdens krav- och målbild mångfacetterad och infriandet av olika kvalitetsdimensioner måste också ses i ljuset av rådande förutsättningar, där exempelvis tillgänglig bemanning på kort sikt är en viktig restriktion. Vid det framåtriktade förbättringsarbetet måste därför mål och förutsättningar balanseras och vägas mot varandra. Det är därtill osäkert hur den vid skrivande stund rådande pandemin påverkat befolkningens syn på hur vården fungerar, då den här undersökningen till största del genomfördes innan pandemin. Det är utifrån denna bakgrund som vi utifrån undersökningens resultat lämnar ett antal rekommendationer till regering och regioner.

- ▶ *Regering och regioner bör i arbetet med öka andelen fasta vårdkontakter hos befolkningen särskilt beakta att detta sker utifrån behov och nytta och samtidigt motverka omotiverade skillnader i sådan tillgång mellan stad och glesbygd. Regering och regioner bör även gemensamt verka för att införlivandet av detta mål löpande följs upp, utvärderas och tillsynas.*

Resultaten i den här undersökningen bekräftar flertalet tidigare studier som visat att det är få i Sverige som har en ordinarie läkare eller



sjuksköterska som de vanligtvis går till för sin vård. Sverige uppvisar också sammantaget lägst personkontinuitet i den internationella jämförelsen. Vi ser samtidigt att det finns ett positivt samband mellan förekomsten av en ordinarie kontakt med vården och hur man upplever den vård man får. Vi bedömer alltså att undersökningen ger stöd för att personlig kontinuitet i vården är en viktig pådrivande faktor för god patientupplevd kvalitet.

Vid tolkningen av detta resultat är det viktigt att påpeka att det inte nödvändigtvis är så att det samband vi observerar även behöver gälla generellt för de personer som idag inte har en ordinarie kontakt. En möjlig delförklaring till sambandet kan nämligen vara att de patienter som idag har en ordinarie kontakt också är de som har större behov och nytta av kontinuerliga kontakter, vilket vår undersökning också visar.

Det är också viktigt att uppmärksamma eventuellt omotiverade skillnader i tillgången till en ordinarie vårdkontakt. Efter att vi kontrollerat för skillnader i hälsa visar exempelvis vår undersökning att förekomsten av ordinarie kontakter är lägre i glesbygd jämfört med städer. Vi bedömer därför att det är särskilt angeläget att verka för att tillgången till fasta kontakter är jämlikt fördelad över landet.

Regeringen har nyligen aviserat en satsning på god och nära vård. Målet med satsningen är att alla ska ha en fast läkarkontakt. Mål om en god personkontinuitet i vården är i sin tur ett av flera kvalitetsmål i vården - däribland att vården ska vara lätt tillgänglig och möjliggöra valfrihet. Vi rekommenderar därför regering och regioner att i arbetet med öka andelen fasta vårdkontakter hos befolkningen särskilt beakta att detta sker utifrån behov och nytta, och att genomförandet balanseras gentemot övriga kvalitetsmål och tillgängliga förutsättningar, såsom bemanning, gällande att samtidigt införliva dessa. I regeringens satsning på fasta kontakter ingår även att regionerna ska upprätta handlingsplaner och förbättra informationen på området till patienterna. Vi rekommenderar här regionerna att särskilt beakta de skillnader mellan stad och glesbygd som vi har observerat. Regeringen och regionerna bör även gemensamt verka för att berörda vårdgivare åläggs att kontinuerligt rapportera hur väl behovet av en fast vårdkontakt uppfylls, och på ett sådant sätt som patienter och befolkning enkelt kan ta del av. Regeringen bör även särskilt uppdra till IVO att tillsyna hur väl vårdgivare och regioner infriar lagstiftningen på området.

► *Regeringen bör förbättra förutsättningarna för att följa upp vårdens jämlikhet.*

Vi ser utifrån undersökningen att det finns skillnader i den upplevda kvaliteten av vården som går att koppla till individuella faktorer, till exempel ålder, utbildning, boendeort eller om personen har en privat sjukförsäkring eller inte. Vi finner till exempel flera socioekonomiska skillnader vad gäller vårdens tillgänglighet som inte verkar motiveras av skilda vårdbehov. Det är signaler om att vården kanske inte alltid är så jämlik som den ska vara. Samtidigt är det i den nationella uppföljningen av vården i dag brist på kvalificerade och systematiska jämlikhetsanalyser. Det finns flera förklaringar till det, bland annat juridiska och praktiska hinder för datatillgång. Särskilt svag är tillgången på data som beskriver primärvårdens tillgänglighet och kvalitet. Eftersom jämlik vård är en angelägen fråga rekommenderar vi regeringen att fortsatt se över hur den nationella uppföljningen, inklusive myndigheternas arbete, kan bistå med en mer kvalificerad och systematisk uppföljning av jämlikhetsperspektivet. Vård- och omsorgsanalys har tidigare i rapporten Med örat mot marken lämnat ett förslag till regeringen på hur en sådan nationell uppföljning kan se ut.

► *Regionerna bör arbeta för att nå ut med information och erbjudande till fler som behöver stödsamtal och annan hjälp vid psykisk ohälsa.*

Få av dem som har haft behov att prata med någon i vården om sin psykiska hälsa uppger att de har fått ett stödsamtal eller behandling för det. Vi ser också att det är mindre vanligt att män och äldre personer får stöd från vården för sin psykiska ohälsa. Det finns därmed signaler om ett otillfredsställt vårdbehov på detta område, särskilt för vissa grupper. Vi ser därför att kunskapen behöver stärkas om varför det ser ut som det gör. Beror skillnaderna på resursbrist av olika slag eller är det så att de här personerna inte söker vård av olika anledningar? Vi rekommenderar därför regionerna att se över både information och erbjudande om stöd från vården vid psykisk ohälsa för att det ska nå ut till fler grupper.



► *Regeringen och regionerna bör ytterligare stärka samordningen av information mellan vårdgivare.*

Många i Sverige uppger att vården saknat nödvändig medicinsk information om patienten i samband med och efter ett läkarbesök i specialistvården. Tidigare IHP-undersökningar bekräftar denna bild – bland annat pekade 2019 års undersökning med svenska primärvårdsläkare på stora brister i möjligheten att dela information digitalt med andra vårdgivare. Resultatet från den här IHP-undersökningen understryker återigen behovet av att stärka informationssamordningen mellan vårdgivare. Vi har i tidigare rapporter pekat på behovet av en sammanhållen vårdinformation och konstaterat att staten och regionerna har ett gemensamt ansvar för att driva en sådan utveckling. Det kan handla om en gemensam struktur för information, en uppdaterad lagstiftning eller om att systemen rent tekniskt ska kunna dela information mellan varandra.

Däremot ser vi en förbättring i informationsdelningen mellan vårdgivare i samband med utskrivning från sjukhus: en förbättring som kan ha sin grund i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Vi rekommenderar därför regeringen och regionerna att införliva lärdomarna från arbetet med införandet av lagen och föra det arbetet vidare till fler patienter, särskilt de delar som handlar om att förbättra informationsöverföringen. Vi rekommenderar även regeringen och regionerna att generellt verka för att it-system och lagstiftning ska öka möjligheterna till informationsutbyte mellan vårdgivare.



Innehåll

1	Inledning.....	25
1.1	IHP-undersökningen gör det möjligt att jämföra den svenska vården med andra länders vård.....	26
1.2	IHP belyser befolkningens erfarenheter av vården men ger inte hela bilden av vårdens kvalitet.....	26
1.3	Rapportens frågeställningar och upplägg.....	27
1.4	Sammanfattande metod	27
1.5	Metoden för datainsamling har förändrats vilket kan påverka jämförelser över tid	29
1.6	Undersökningen genomfördes till största delen innan coronapandemin	29
1.7	Begränsningar i internationella jämförelser.....	30
1.8	Så här är rapporten disponerad	30
2	Väntetid till vård och vårdens tillgänglighet	33
2.1	Väntetiden till vården utanför sjukhus är längre i Sverige än i andra länder.....	34
2.2	Det är få i Sverige som avstår från vård på grund av tillgänglighetsbarriärer	38
3	Erfarenheter av den mottagning eller vårdpersonal som patienten vanligen besöker	47
3.1	Få i Sverige har en ordinarie vårdkontakt, men många har en ordinarie mottagning	48
3.2	Personer med ordinarie vårdkontakt upplever ett bättre bemötande.....	51
3.3	Åtta av tio får svar samma dag när de kontaktar ordinarie vårdcentral..	54



3.4	Många i Sverige har haft kontakt med vården digitalt	55
3.5	Hälsofrämjande samtal är inte vanliga i något land i jämförelsen.....	57
4	Erfarenheter av specialist- och sjukhusvård.....	61
4.1	De flesta är positiva till bemötandet i sjukhusvården	62
4.2	Få i Sverige har fått skriftlig information om symptom att bevaka efter utskrivning från sjukhus	63
4.3	Det är ganska vanligt att vården saknar nödvändig information	65
4.4	Fyra av tio besöker akutmottagningen med problem de tror kunde ha behandlats på en vårdcentral	66
5	Vård av personer med kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa ..	71
5.1	Förekomst av kroniska sjukdomar	72
5.2	Svenska patienter rapporterar i något lägre grad stöd från vården i att ta hand om sin kroniska sjukdom.....	74
5.3	Endast tre av tio har fått stöd för sin psykiska ohälsa.....	76
5.4	Tre av tio har diskuterat sina tobaksvanor med vården	79
5.5	Endast en av tio har pratat med vården om sitt alkoholbruk	80
5.6	Ett fåtal i Sverige har brukat annan narkotika	81
5.7	Det är färre personer i Sverige än i övriga länder som fått en läkemedelsgenomgång.....	82
6	Övergripande analys	85
6.1	Svensk vård- och omsorg står sig väl i jämförelsen på flera områden men det finns förbättringsområden	85
6.2	Det är stora skillnader i svarsmönster som går att koppla till individer..	87
7	Resultat, slutsatser och rekommendationer	97
7.1	Resultat och slutsatser – Svensk vård i internationell jämförelse	97
7.2	Resultat och slutsatser – Analys av de svenska resultaten.....	101
7.3	Rekommendationer	104
8	Referenser	111



Inledning

Sedan år 2009 deltar Sverige i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvården som syftar till ett ökat lärande mellan länder och till att ge underlag till förbättrat beslutsfattande inom sektorn. Undersökningen – the International Health Policy Survey (IHP) – leds av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund och genomförs i elva länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har sedan 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra och redovisa den svenska delen av IHP-studien. I den här rapporten redovisar vi resultaten från 2020 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog.

I 2020 års IHP-undersökning undersöks allmänhetens (befolkningen 18 år och äldre) upplevelser av hälso- och sjukvården i elva länder. Genom att fråga befolkningen om deras erfarenheter av vården kan förbättringsområden identifieras utifrån befolkningen och patienternas perspektiv. Men för att få en mer heltäckande bild av hälso- och sjukvården är det även viktigt att ta del av fler perspektiv på vården och omsorgen. Därför riktar sig IHP-studien kontinuerligt till tre olika målgrupper enligt ett rullande treårsschema. Utöver undersökningen till allmänheten riktas även undersökningen vissa år till personer som är 65 år eller äldre och andra år till läkare i primärvården. Den föregående undersökning som riktade sig till allmänheten genomförde vi 2016 (Vård- och omsorgsanalys, 2016).



1.1 IHP-UNDERSÖKNINGEN GÖR DET MÖJLIGT ATT JÄMFÖRA DEN SVENSKA VÅRDEN MED ANDRA LÄNDERS VÅRD

IHP-studien ger en unik möjlighet att jämföra den svenska befolkningens erfarenheter av sina kontakter med vården – till exempel tillgänglighet, information, delaktighet och samordning av patientens vårdkontakter – med andra relevanta länder. IHP-studien gör det på så sätt möjligt att se den utvecklingspotential som finns i svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv. Undersökningen är inte en attitydundersökning utan i första hand frågar den om erfarenheter och faktiska förhållanden i mötet med vården, det vill säga om vad som skett i kontakten med vårdpersonalen.

I internationell jämförelse har Sverige tillgång till relativt mycket statistik över hälso- och sjukvården genom exempelvis nationella hälsodataregister, nationella kvalitetsregister, Öppna jämförelser och Nationell patientenkät. Däremot är möjligheten till internationella jämförelser begränsade. IHP-studien gör det möjligt att jämföra Sveriges hälso- och sjukvård med hälso- och sjukvård i andra länder och att identifiera områden där den svenska vården presterar relativt bra eller behöver stärkas. Jämförelserna kan också bidra till att identifiera områden där andra länder har kommit längre och kan fungera som förebilder för svensk hälso- och sjukvård.

1.2 IHP BELYSER BEFOLKNINGENS ERFARENHETER AV VÅRDEN MEN GER INTE HELA BILDEN AV VÅRDENS KVALITET

Den här IHP-undersökningen visar befolkningens erfarenheter och upplevelser av vården. Däremot ger den inte hela bilden av hälso- och sjukvårdens kvalitet och inte heller dess effektivitet. Det är också viktigt att komma ihåg att endast delar av vården belyses. Stora delar, till exempel den kommunala hälso- och sjukvården, ingår inte i studien.

Andra undersökningar har visat att den svenska hälso- och sjukvården internationellt sett har goda medicinska resultat (SKL, 2018). Sverige är till exempel ett av de länder i Europa som har högst canceröverlevnad samtidigt som cancerdödligheten långsamt minskar i Sverige (Socialstyrelsen, 2020). De medicinska resultaten har förbättrats även på andra områden – över lång tid har den sjukvårdsrelaterade påverkbara dödligheten minskat (SKL, 2018). Antalet vårdtillfällen med vårdskador har också minskat över tid (Socialstyrelsen, 2020). Men det finns också områden som lyfts fram där svensk sjukvård fortsatt har problem, till exempel vad gäller långa väntetider

(SKL, 2018). Vi har även sett att det finns betydande demografiska, regionala och socioekonomiska skillnader i vårdens kvalitet (Vård- och omsorgsanalys, 2019a).

1.3 RAPPORTENS FRÅGESTÄLLNINGAR OCH UPPLÄGG

I arbetet med den här rapporten har vi utgått från följande frågeställningar:

1. Hur förhåller sig Sveriges resultat för olika frågeområden till övriga länder i jämförelsen?
2. Vilka samband uppvisar de svenska resultaten med olika förhållanden och bakgrundsfaktorer som går att koppla till individen?

Den första frågan besvarar vi genom att redovisa resultatet för Sverige och de övriga tio länder som ingick i 2020 års IHP-undersökning riktad till befolkningen 18 år och äldre. Undersökningen och frågorna som ingår bestäms av The Commonwealth Fund. Frågorna är indelade i ett antal områden, bland annat: väntetid och tillgång till vård, erfarenheter av mottagning eller läkare som patienten vanligen besöker, erfarenheter av specialist och sjukhusvård och vård av personer med kroniska sjukdomar. Till det kommer några frågor som bara har ställts i Sverige.

För att fördjupa förståelsen av det svenska resultatet i undersökningen har vi även undersökt hur det svenska resultatet är kopplat till individuella faktorer. Vi undersöker bland annat ålder, kön, geografiskt läge, civilstånd, utbildningsnivå, kontakt med vården och hälsa.

1.4 SAMMANFATTANDE METOD

Enkäten och den övergripande metoden för undersökningen utformas av den oberoende sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund i USA. De deltagande länderna har sedan haft möjlighet att ge synpunkter på frågorna och göra vissa anpassningar utifrån lokala förutsättningar. Enkätundersökningen genomfördes under perioden 25 februari till 18 maj 2020.

Populationen för undersökningen utgjordes av alla folkbokförda personer i åldern 18 år och uppåt. Urvalsramen i undersökningen skapades med hjälp av SCB:s register över totalbefolkningen (RTB). Från urvalsramen drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 9 041 personer.



Urvalet stratifierades utifrån geografiskt läge, svensk/utländsk bakgrund, utbildningsnivå samt ålder.

Totalt gjordes fyra utskick med post till urvalet utifrån folkbokföringsadressen. I ett informationsbrev ombads urvalspersonerna att besvara frågorna via en webbenkät och skicka svaret till SCB. I samband med informationsbrevet och de två första påminnelserna fick de information om att frågorna även kunde besvaras via en telefonintervju. Det var då upp till urvalspersonen själv att kontakta SCB och boka en intervju.

Totalt svarade 2 536 personer på undersökningen, vilket var cirka 28 procent av urvalet. Den designvägda svarsfrekvensen, som tar hänsyn till att olika personer haft olika stor sannolikhet att komma med i urvalet, var 31 procent. Svarsfrekvensen är i linje med andra enkätundersökningar som genomförs till befolkningen. En bortfallsanalys visar att bortfallet är större bland framför allt yngre personer, utrikes födda och lågutbildade. För att minska skevheten i bortfall har vikter beräknats som tar hänsyn till skillnader i svarsbenägenhet beroende på kön, ålder, urbaniseringsgraden för den boendes bostadsort samt hushållstyp.

I de övriga länderna i IHP-undersökningen var det stor variation i hur många som besvarade enkäten. Det varierade mellan som lägst varierade det mellan cirka 600 i Norge och som högst cirka 5 000 i Kanada. Länderna har också använt sig av olika metoder för datainsamlingen. De flesta länder har i huvudsak använt sig av telefonintervjuer och gjort slumpmässiga urval från telefonregister, i vissa fall i kombination med en webbenkät. Endast Sverige och Schweiz har utgått från totalregister över befolkningen för sina slumpmässiga urval och båda länderna har i huvudsak använt sig av webbenkät för att samla in svar.

Land	Antal svarande
Australien	2 201
Kanada	5 089
Frankrike	3 028
Tyskland	1 004
Nederländerna	753
Nya Zeeland	1 003
Norge	607
Sverige	2 536
Schweiz	2 284
Storbritannien	1 991
USA	2 488

Vi har även gjort regressionsanalyser för de flesta av frågorna för att analysera skillnader i hur de svenska respondenterna har svarat. Regressionsanalysen visar effekten av olika bakgrundsfaktorer på individnivå med hänsyn till flera faktorer samtidigt. Vi har undersökt effekterna av ålder, kön, geografiskt läge (glesbygd/stad), självskattad hälsa, kroniska sjukdomar, psykisk hälsa, om man har en ordinarie läkare eller sjuksköterska, sammanboende (med/utan barn) eller ensamstående (med/utan barn) och utbildningsnivå. Vi vill betona att det även kan finnas andra förklaringsfaktorer som kan ha samband med resultatet. Exempelvis har vi inte tillgång till någon faktiskt vårdbehov eller hur vården för de svarande faktiskt har sett ut. Det underlag vi har bygger till stor del på vad respondenterna själva har svarat. Vi vill också betona att det eventuella samband som framkommer i regressionerna bara visar att de två variablerna samvarierar. Det behöver inte betyda att det är ett kausalt samband, alltså att den ena variabeln faktiskt påverkar den andra. Mer information om metoden för undersökningen finns att hämta som en bilaga på vår hemsida.

1.5 METODEN FÖR DATAINSAMLING HAR FÖRÄNDRATS VILKET KAN PÅVERKA JÄMFÖRELSE ÖVER TID

Metoden för den svenska delen av undersökningen har förändrats sedan den genomfördes 2016. Tidigare gjordes den svenska delen genom enbart telefonintervjuer och urvalet drogs då från ett telefonregister. Men telefonregister är inte heltäckande för befolkningen och gör det svårare att nå vissa grupper. Det går inte att utesluta att Sveriges resultat över tid kan påverkas av skillnader i metod och genomförande, men vår bedömning är att en sådan påverkan är minimal. För att säkerställa jämförbarhet så långt som möjligt är materialet viktat på samma sätt över åren.

1.6 UNDERSÖKNINGEN GENOMFÖRDES TILL STÖRSTA DELEN INNAN CORONAPANDEMIN

Även om undersökningen genomfördes under våren 2020 är vår bedömning att den inte i någon större utsträckning har påverkats av coronapandemin. Undersökningen beskriver snarare vården i Sverige under året innan pandemin. De första svaren kom in 25 februari och nästan hälften svarade i februari eller i början på mars. Det var en period då coronapandemin inte riktigt tagit fart i Sverige ännu. Vi kan även se att svaren inte skiljer sig nämnvärt åt beroende på om de kommit tidigt eller senare under våren.



Dessutom är de flesta frågorna i undersökningen formulerade på ett sådant sätt att de ber respondenten att tänka tillbaka det senaste året eller två.

1.7 BEGRÄNSNINGAR I INTERNATIONELLA JÄMFÖRELSE

Varje försök till jämförelser mellan av sjukvård mellan länder är komplext och mångfacetterat. Det finns till exempel skillnader i hur vården är organiserad och hur den fungerar som kan påverka tolkningen av resultaten. Exempelvis ser primärvården olika ut i de olika länderna. Svensk primärvård är till sitt uppdrag lik andra länders, men är mycket mindre i omfattning jämfört med övrig sjukvård (Vård- och omsorgsanalys, 2019b). Den svenska primärvården skiljer sig också från andra länder genom sitt multiprofessionella arbete.

Det finns också skillnader i metod för undersökningen mellan länderna som kan påverka jämförelserna. Vissa länder har till exempel genomfört telefonintervjuer och andra webbenkäter. Skillnader kan också finnas i förväntningarna på vårdens roll och vad god kvalitet är, men också rent språkliga skillnader mellan länder kan vara svåra att fånga upp i översättningen av enkäten. För att så långt som möjligt motverka sådana skillnader rör frågorna i IHP-studien främst konkreta funktioner och händelser snarare än värderingar kring sjukvården. Deltagarna får till exempel svara på om de fått en skriftlig plan som hjälper dem att själva ta hand om sin sjukdom. Det underlättar jämförelsen mellan olika länder.

1.8 SÅ HÄR ÄR RAPPORTEN DISPONERAD

I det här kapitlet har vi beskrivit bakgrunden till IHP-studien, vilka frågor vi utgått från och vilken metod vi har använt.

Kapitel 2–5 redovisar resultat från IHP-undersökningen och våra analyser av de svenska svaren. Varje kapitel samlar frågor som berör ett gemensamt tema. Kapitel 2 undersöker väntetid och tillgänglighet till vård, kapitel 3 befolkningens erfarenheter av läkare eller mottagning som de vanligtvis besöker, kapitel 4 befolkningens erfarenhet av specialistvård och sjukhusvård och kapitel 5 undersöker frågor om vård av personer med kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa.

Slutligen summerar vi resultatet och redovisar våra övergripande analyser i kapitel 6. I kapitel 7 redovisar vi våra slutsatser och lämnar våra rekommendationer till regeringen och hälso- och sjukvårdshuvudmännen.



Väntetid till vård och vårdens tillgänglighet

Tillgänglighet till hälso- och sjukvården är en av flera viktiga kvalitetsaspekter ur ett patientperspektiv (Vård- och omsorgsanalys, 2019a). I det här kapitlet redovisar vi de frågor ur IHP-undersökningen som rör väntetider till vård och olika tillgänglighetsbarriärer till vården. Långa väntetider till besök och behandling kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras. Men ur ett patientperspektiv kan korta väntetider även vara önskvärt för att minska oro eller stress. Tillgänglighetsbarriärer är sådant som gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Barriärerna kan vara av olika slag, exempelvis fysiska, kostnadsmissiga och informationsmissiga.

Resultat för Sverige som helhet och i jämförelse med andra länder:

- I jämförelse med andra länder rapporterar den svenska befolkningen längst väntetid till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus.
- Sverige är det land där lägst andel svarar att det är lätt att få vård på kvällar och helger, på annat sätt än på akutsjukhus.
- Få svenskar avstår från vård på grund av kostnader, däremot avstår en tredjedel från tandvård.

Resultat för patienter i Sverige utifrån kontextuella och individuella faktorer:

- Personer med nedsatt hälsa upplever oftare än andra att det är svårt att få tillgång till vård. Det handlar både om svårigheter att få vård på kvällar



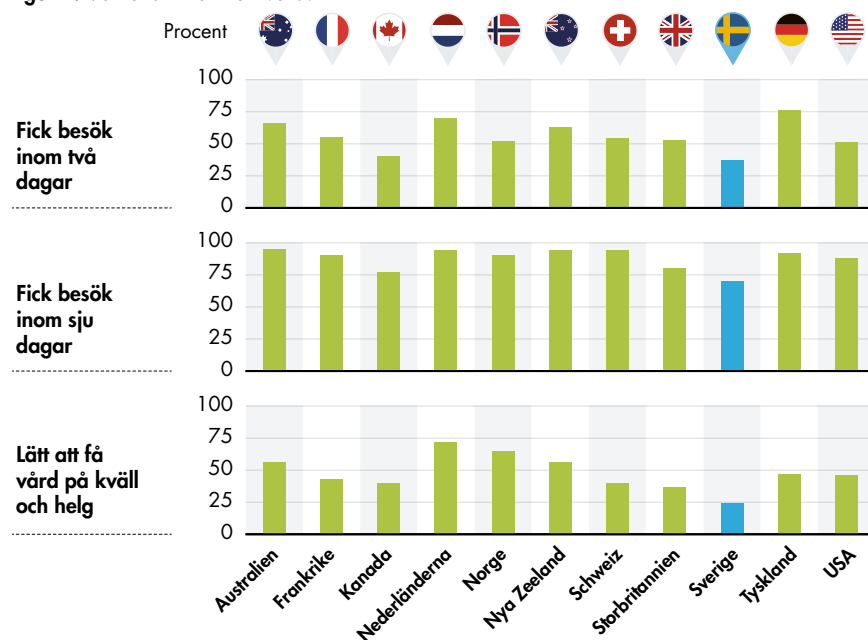
och helger utan att behöva besöka en akutmottagning, och om ekonomiska barriärer till att uppsöka sjuk- eller tandvård, eller hämta ut mediciner.

- Det är vanligare att personer under 65 år avstår från att uppsöka vård än personer över 65 år av ekonomiska skäl. Andelen som avstår läkarbesök på grund av kostnaden är som högst bland unga vuxna 18–24 år, medan andelen som avstår från att hämta ut mediciner av ekonomiska skäl är som högst bland 25–34-åringar. Allra vanligast är det att avstå från tandvård av ekonomiska skäl, och där är det i störst utsträckning 25–34-åringar som avstår.
- Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för vård upplever att det är enklare att få vård på kvällar och helger utan att besöka akuten. De avstår också mer sällan läkarbesök på grund av kostnaden än personer som endast har en ordinarie mottagning.

2.1 VÄNTETIDEN TILL VÅRDEN UTANFÖR SJUKHUS ÄR LÄNGRE I SVERIGE ÄN I ANDRA LÄNDER

2.1.1 Väntetid till allmän vård

Figur 1. Väntetid till allmän vård.



I jämförelse med andra länder rapporterar den svenska befolkningen längst väntetid till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. I Sverige är det 37 procent av befolkningen som svarar att de fick ett besök inom två dagar senaste gången de var sjuka. Sverige har här lägst resultat av alla länder i jämförelsen. I exempelvis Tyskland och Nederländerna är det 76 respektive 70 procent som svarar att de fick ett besök inom två dagar.

Det är fler i Sverige som uppger att de fick ett besök inom sju dagar, 70 procent. Men även här har Sverige lägst resultat av de jämförda länderna, eftersom mer än nio av tio i flera av länderna svarar att de fick besök inom sju dagar. En liknande fråga ställdes i IHP 2016, och även då hade Sverige ett relativt lågt resultat i jämförelse med de andra länderna (Vård- och omsorgsanalys, 2016). Frågan har ändrats något sedan 2016 och är därför inte direkt jämförbar över tid. Hälso- och sjukvårdsbarometern visade 2019 att ungefär sex av tio anser att väntetiderna till primärvården är rimliga (SKR, 2019). Samtidigt utfördes år 2018 nio av tio läkarbesök i primärvården inom sju dagar enligt SKR:s väntetidsdatabas (Vård- och omsorgsanalys, 2019a). Det finns alltså en viss skillnad mellan den egenrapporterade väntetiden och den faktiska väntetiden.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det är mindre vanligt att personer i åldern 35–49 år får ett besök inom sju dagar jämfört med personer som är 65 år eller äldre.

Civilstånd

Det är vanligare att personer som lever med en partner och har barn får ett besök inom två eller sju dagar samt att svara att det är enkelt att få hjälp på kvällar och helger. Detta i jämförelse med personer som är ensamstående och utan barn.

Hälsa

Vi ser att personer med en eller flera kroniska sjukdomar i något mindre utsträckning har fått ett besök inom sju dagar jämfört med personer utan någon kronisk sjukdom. Personer som har en dålig självskattad hälsa svarar också i större utsträckning att det är svårt att få vård på kvällar och helger utan att besöka akutmottagningen.



Boendeort

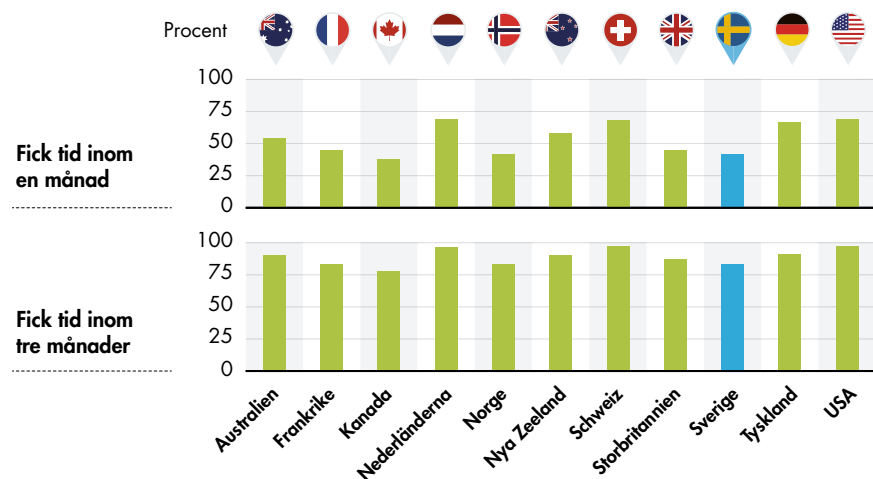
Det är vanligare att personer som bor i glesbefolkade områden får ett besök inom två eller sju dagar än personer som bor i tätbefolkade områden. Däremot är det mindre vanligt att personer som bor i medeltätbefolkade områden än i tätbefolkade svarar att det är enkelt att få vård på kvällar och helger utan att behöva besöka akutmottagningen.

Ordinarie kontakt med vården

Personer som inte har någon ordinarie kontakt i vården alls anser i mindre utsträckning att det är enkelt att få vård på kvällar och helger.

2.1.2 Väntetid till läkare inom specialistvården

Figur 2. Väntetid till läkare inom specialistvården.

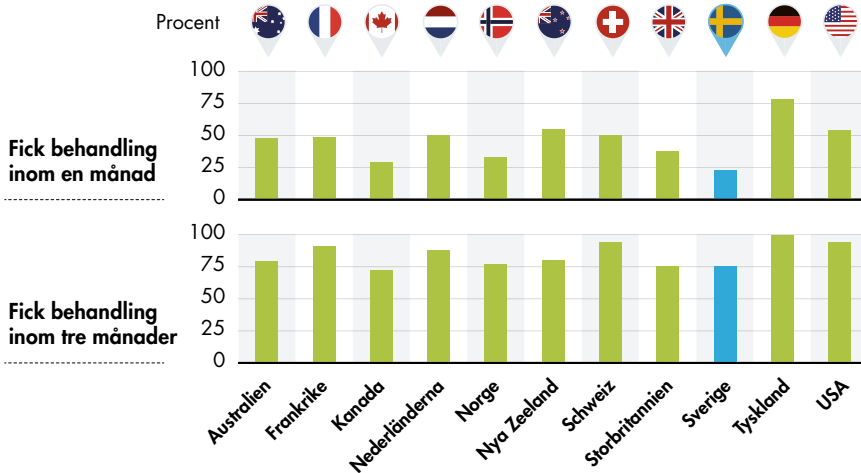


Figur 2 visar andelen som uppger att de fick tid till en läkare inom specialistvården inom 30 respektive 90 dagar från att de blev hänvisade till eller bestämde sig för att träffa specialisten. Andelen avser de personer som uppger att de haft ett behov att träffa en specialist de senaste två åren. Sverige har i båda frågorna låga resultat jämfört med de övriga länderna – endast Kanada har lägre resultat än Sverige. I Sverige var det 42 procent av personerna som svarar att de fick träffa en specialist inom en månad. Det kan jämföras med till exempel USA, Tyskland, Schweiz och Nederländerna, där nästan 70 procent av personerna svarar att de fick träffa en specialist inom en månad. År 2018 var det nio av tio patienter som fick ett nybesök inom 90

dagar enligt väntetidsdatabasen (Vård- och omsorgsanalys, 2019a), vilket är något högre än den självrapporterade siffran i årets IHP-undersökning.

2.1.3 Väntetid till operation eller behandling

Figur 3. Väntetid till operation eller behandling.



Väntetiderna till att få en operation eller behandling är också längre i Sverige än i andra länder. Figur 3 visar andelen som fått en tid inom en eller tre månader. Frågan avser de personer som svarar att de varit i behov av icke-akut eller planerad kirurgi under de senaste två åren. Även här gäller vårdgarantin, det vill säga att patienter i Sverige ska få en operation eller behandling inom 90 dagar. Det är stor variation mellan länderna med avseende på hur många som svarar att de fått en operation inom en månad. I Sverige svarar 23 procent att de fick vård inom en månad, medan de flesta av de övriga länderna ligger runt 50 procent. Tyskland har högst andel som svarar att de fått vård inom en månad med 78 procent av de svarande.

Variationen mellan länderna är något lägre när man ser till hur många som fick operation inom tre månader. Sveriges resultat ligger här också något närmare övriga länder: 75 procent i Sverige svarar att de fick vård inom tre månader. Tyskland är även här det land med flest som fick vård inom tre månader: 99 procent svarar att de fick det. År 2018 var det sju av tio svenska patienter som fick en operation eller behandling inom 90 dagar (Vård- och omsorgsanalys, 2019a), vilket är i linje med andelen i årets IHP som fått vård inom 90 dagar. Men endast hälften av de tillfrågade i Hälso- och

sjukvårdsbarometern 2019 svarade att väntetiderna till sjukhusen är rimliga (SKR, 2019).

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Det finns några statistiskt signifikanta samband mellan individuella faktorer och om personerna fått tid i specialistvården inom 30 eller 90 dagar.

Civilstånd

Personer som är ensamstående men har barn har i större utsträckning fått en operation under 90 dagar än personer som är ensamstående utan barn.

Utbildning

Personer med en eftergymnasial utbildning har i något större utsträckning fått en tid i specialistvården inom 90 dagar och en operation inom 30 dagar.

Hälsa

Vi kan se att det är mindre vanligt att personer med flera kroniska sjukdomar har fått vård inom 30–90 dagar än personer utan någon kronisk sjukdom. Det är ett samband som försvinner när vi inkluderar om personerna har en privatsjukvårdsförsäkring eller inte.

Privat sjukförsäkring

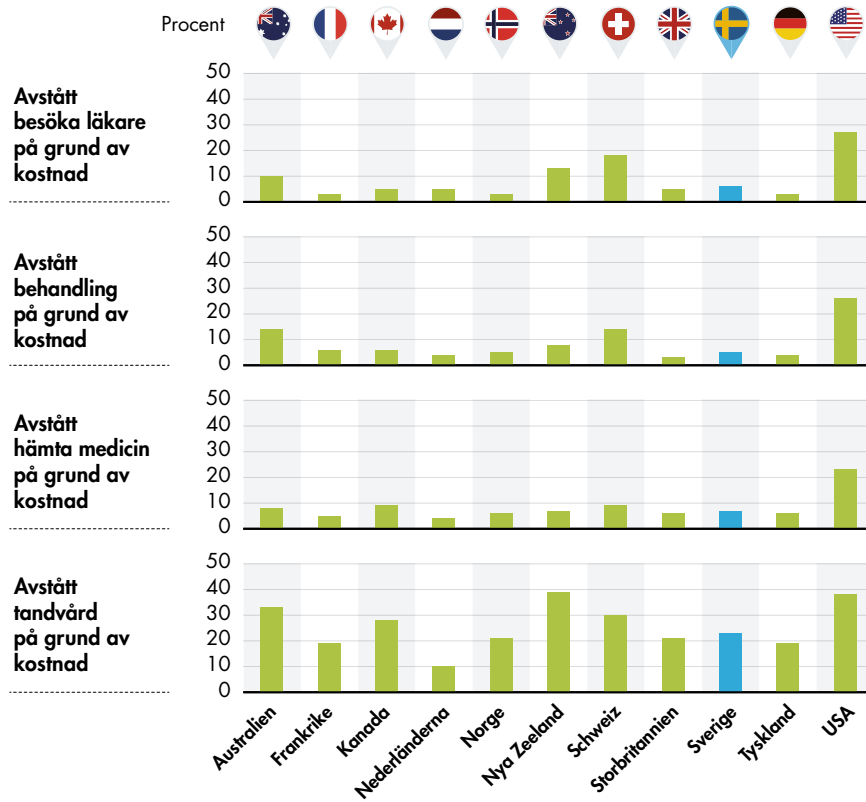
Slutligen ser vi att personer som har tecknat en privat sjukvårdsförsäkring mer sannolikt har fått vård inom 30–90 dagar än personer utan privat försäkring. I vår rapport *Privata sjukvårdsförsäkringar från 2020* ser vi ett liknande resultat (Vård- och omsorgsanalys, 2020).

2.2 DET ÄR FÅ I SVERIGE SOM AVSTÅR FRÅN VÅRD PÅ GRUND AV TILLGÄNGLIGHETSBARRIÄRER

2.2.1 Avstår vård på grund av kostnader

Det är få personer som avstår från vård och behandling på grund av olika patientavgifter i Sverige. Cirka 5 procent i Sverige svarar att de avstått från att besöka läkare, avstått behandling eller att hämta medicin på grund av kostnader (figur 4). Sedan IHP-undersökningen 2016 har det skett en ökning

Figur 4. Andel som avstår vård på grund av kostnader.



med en till två procentenheter. Resultaten ligger i linje med de flesta andra europeiska länder i undersökningen. Schweiz är ett undantag, där till exempel 20 procent svarar att de avstätt från att besöka läkare på grund av kostnaden. Det är vanligast att ha avstätt från vård på grund av kostnaden i USA – där har 25 procent avstätt från att besöka läkare, en behandling eller att hämta medicin på grund av kostnaden.

I Sverige är det betydligt vanligare att ha avstätt från tandvård på grund av kostnaden jämfört med övrig vård. I årets undersökning är det 23 procent som avstätt tandvård. Det är en ökning med 3 procentenheter sedan förra mätningen 2016. Hur många som avstätt tandvård på grund av kostnaden varierar mellan olika länder. I Nederländerna är det 10 procent som avstätt tandvård på grund av kostnader, medan det i Nya Zeeland är 39 procent.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Yngre avstår i större utsträckning från vård på grund av kostnaden än äldre. Den åldersgrupp som minst ofta avstår från vård av kostnadsskäl är de som är 65 år och äldre, medan det är vanligast att avstå i åldern 25–34 år. Vi ser särskilt stora åldersskillnader när det gäller att avstå tandvård på grund av kostnaden. Andelen som har avstått från vård på grund av kostnaden är lägre i de högre åldersgrupperna.

Civilstånd

Det är mindre vanligt att personer som bor med en partner avstår från tandvård på grund av kostnaden jämfört med ensamstående.

Utbildning

Det är mindre vanligt att personer med en eftergymnasial utbildning avstår från tandvård jämfört med personer med lägre utbildning.

Hälsa

Det är vanligare bland patienter med självskattad dålig hälsa att avstå från vård på grund av kostnaden än bland patienter med god hälsa. Vanligast är det att avstå från läkarbesök. Personer som har mer än en kronisk sjukdom avstår också från tandvård och från att hämta ut mediciner i något högre grad än personer utan någon kronisk sjukdom. Personer med diagnostiserad psykisk ohälsa är mer i högre grad avstått från vård jämfört med andra.

Boendeort

Det är mindre vanligt att personer i glesbefolkade områden avstår från tandvård på grund av kostnaden jämfört med personer i mer tätbefolkade områden.

Ordinarie kontakt med vården

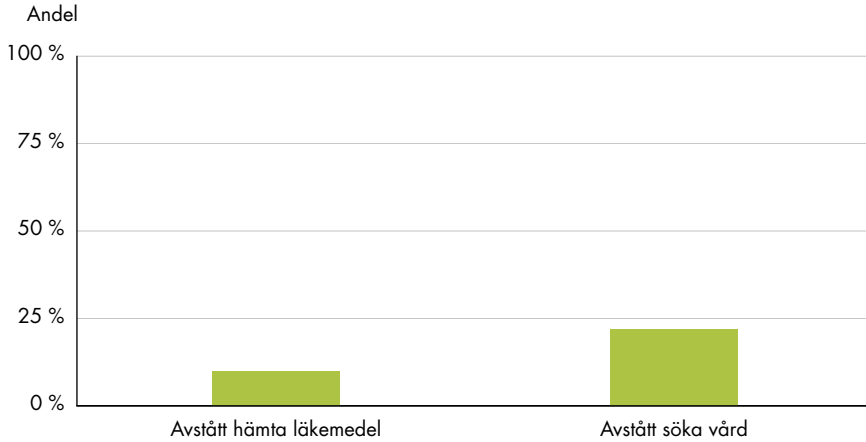
Personer med en ordinarie vårdkontakt har i någon mindre grad avstått läkarbesök på grund av kostnaden jämfört med personer som har endast har en ordinarie mottagning som de besöker.

2.2.2 Avstår från vård eller läkemedel (endast Sverige)

Den svenska enkäten kompletterades med ett antal ytterligare frågor som handlar om att avstå från vård eller mediciner på grund av olika tillgänglighets-

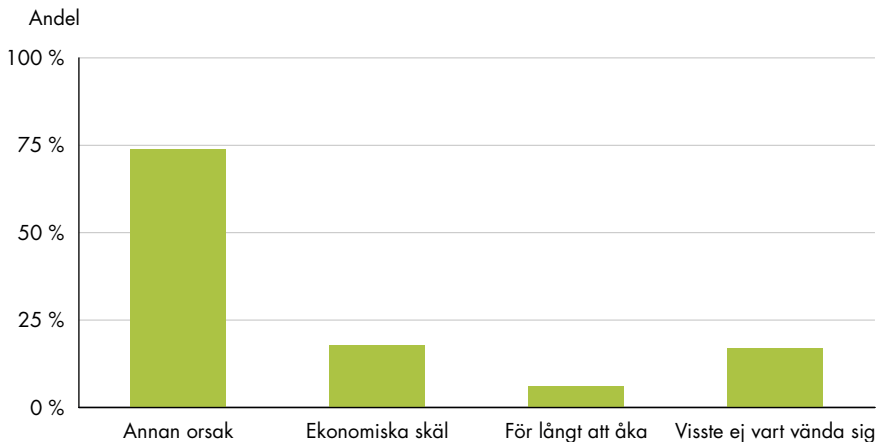
barriärer. Frågorna är breda och frågar om personerna, oavsett orsak, har avstått från vård eller från att köpa mediciner trots att de varit i behov av det. Personerna fick sedan frågan om varför de avstått från vård. Eftersom frågan endast ställdes i Sverige är den inte jämförbar med andra länder.

Figur 5. Andel i Sverige som avstått från vård eller från att hämta ut läkemedel under de tre senaste månaderna.



I Sverige svarar 22 procent att de trots behov har avstått att besöka en läkare någon gång de senaste tre månaderna (figur 5). Det är färre som anger att de avstått från att köpa utskrivna medicin – det har 10 procent gjort någon gång de senaste tre månaderna.

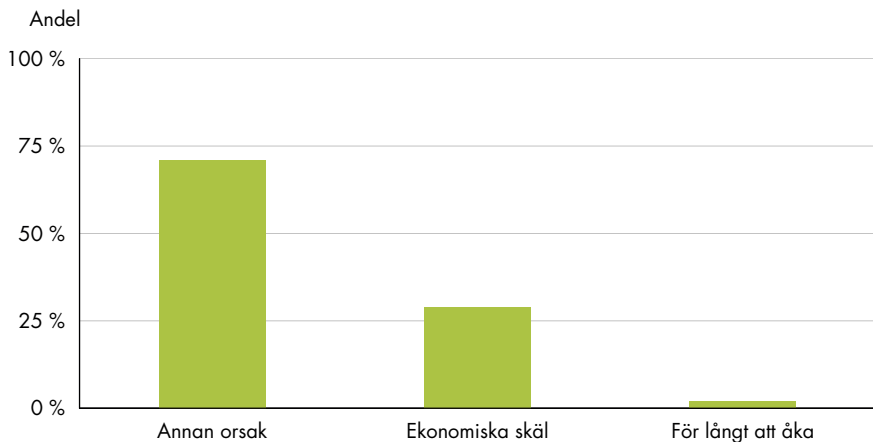
Figur 6. Orsaker till att avstå vård.



Figur 6 visar orsakerna till att avstå från vård eller från att hämta ut läkemedel. De vanligaste orsakerna är sådana som inte täcks av kostnader, reseavstånd eller att man inte vet var man ska vända sig. Ungefär en av fem anger att de avstått från vård för att de inte vet vart man ska vända sig, eller av ekonomiska orsaker. En mindre andel, 6 procent, anger reseavstånd som orsak.

Den vanligaste orsaken till att man avstått från att hämta ut läkemedel är också någon annan än ekonomiska skäl och avstånd till apotek, se figur 7. Var tredje person som avstått från att hämta ut läkemedel har gjort det på grund av kostnaden. Slutligen är det ovanligt att avstå från att hämta ut läkemedel på grund av avståndet till ett apotek.

Figur 7. Orsaker till att avstå från att hämta ut läkemedel.



Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Att avstå från vård eller medicin är vanligare bland yngre personer jämfört med bland personer 65 år och äldre.

Civilstånd

Bland personer som lever tillsammans med en partner är det mindre vanligt att ha avstått från att söka vård.

Utbildning

Personer med eftergymnasial utbildning svarar mindre ofta att de avstått från vård. Det är också mindre vanligt bland personer med eftergymnasial utbildning att avstå från att köpa mediciner jämfört med bland personer med en förgymnasial utbildning.

Hälsa

Personer med sämre hälsa har i större utsträckning avstått från vård.

Ordinarie kontakt med vården

Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska har i mindre utsträckning avstått från vård jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning de går till.





Erfarenheter av den mottagning eller vårdpersonal som patienten vanligen besöker

Resultat för Sverige som helhet och i jämförelse med andra länder:

- I Sverige är det få som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård. Däremot är det betydligt fler i Sverige som uppger att de har en ordinarie mottagning som de vanligtvis går till. Men Sverige är det land med högst andel som varken har en ordinarie läkare eller sjuksköterska eller en ordinarie mottagning de vanligtvis går till för vård.
- Jämfört med de övriga länderna svarar de svenska patienterna i relativt hög grad att de har kommunicerat digitalt med sin ordinarie vårdcentral. Vanligast är att patienter har läst journal eller testresultat via en app eller hemsida.

Resultat för patienter i Sverige utifrån kontextuella och individuella faktorer:

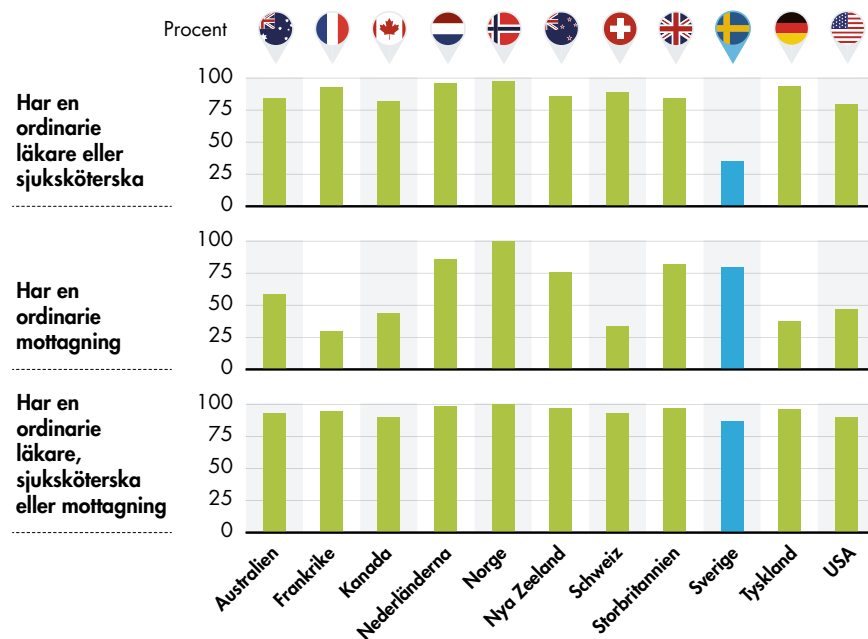
- Det är mest vanligt att personer som är 65 år och äldre har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de går till för vård. Minst vanligt är det för personer 18–34 år. Äldre personer har också i större utsträckning haft sin ordinarie läkare eller sjuksköterska i mer än ett år.
- Personer med självskattad dålig hälsa, psykisk ohälsa eller en eller flera kroniska sjukdomar har i större utsträckning en ordinarie läkare eller sjuksköterska än andra.



- Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska uppger i större utsträckning att de har blivit bra bemötta när de sökt vård än personer som har en ordinarie mottagning – till exempel att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria, att personalen ägnar dem tillräckligt med tid, att de är involverade i beslut kring sin egen vård samt att personalen förklarar saker på ett sätt så att de förstår.
- Det är mer vanligt att personer i åldern 18–49 år har kommunicerat med vården digitalt än personer äldre än 50 år. Det är också vanligare att personer med en eller flera kroniska sjukdomar har varit i kontakt med vården via digitala kanaler än personer utan kroniska sjukdomar. Även personer med psykisk ohälsa har oftare varit i kontakt med vården digitalt än övriga.
- Kvinnor svarar i mindre grad att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria och att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid åt dem jämfört med män.

3.1 FÅ I SVERIGE HAR EN ORDINARIE VÅRDKONTAKT, MEN MÅNGA HAR EN ORDINARIE MOTTAGNING

Figur 8. Andel som har en ordinarie läkare, sjuksköterska eller mottagning de vanligtvis går till för vård.



Figur 8 visar att få i Sverige uppger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral som de vanligtvis går till för sin vård. I Sverige är det 35 procent som svarar att de har en sådan ordinarie kontakt, medan det i övriga länder är mellan 80 och 98 procent. Det går inte att jämföra årets resultat med resultaten från undersökningen 2016, eftersom ordinarie sjuksköterska har lagts till som svarsalternativ. Därför är resultatet inte direkt jämförbart med tidigare mätningar. Men den totala andelen liknar 2016, och det är endast några få procent som har en ordinarie sjuksköterska i årets undersökning. Nivån är också i linje med andra undersökningar av förekomsten av fast kontakt i primärvården (Vård- och omsorgsanalys, 2021).

Det är betydligt fler i Sverige, 80 procent, som uppger att de har en ordinarie mottagning som de vanligtvis går till. Det är relativt högt jämfört med andra länder. Däremot har andelen som har en ordinarie mottagning minskat med 8 procentenheter sedan mätningen 2016. Vi vet också att det är vanligare att svenska vårdcentraler har flera olika yrkesgrupper, till exempel psykologer och terapeuter, på mottagningarna medan det i andra länder är vanligt att endast läkare och sjuksköterskor arbetar på mottagningen (Vård- och omsorgsanalys, 2019b).

I den nedersta delen av figuren ser vi andelen som har antingen en ordinarie läkare eller sjuksköterska eller en ordinarie mottagning. I Sverige svarar 87 procent att de har någon form av ordinarie kontakt i vården, men andelen har minskat med 6 procentenheter sedan 2016. Det är alltså fler i Sverige jämfört med i andra länder som varken har en ordinarie läkare eller sjuksköterska eller en ordinarie mottagning de vanligtvis går till för vård. En möjlig orsak är hur listningen av patienter hanteras i olika länder. I Sverige listas patienter på vårdcentraler, inte hos enskilda läkare, medan patienter i många andra länder listas hos en enskild läkare (Vård- och omsorgsanalys, 2019b).

I Sverige har alla patienter möjlighet att begära en fast vårdkontakt enligt patientlagen (6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL), se faktaruta. Frågan som ställs i IHP syftar inte på om personen har en fast vårdkontakt i juridisk bemärkelse, utan om de har en person eller mottagning som de vanligtvis träffar. Därför kallar vi vårdkontakten för ”ordinarie läkare eller sjuksköterska”, för att särskilja begreppen. Vi bedömer att begreppet är bredare än vad patientlagen syftar på eftersom svaret bygger på personernas uppfattning av sin vård.



Patienten har möjlighet att få en fast vårdkontakt om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av samordning, trygghet, kontinuitet och säkerhet (6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL). Det är då verksamhetschefen som ska utse den fasta vårdkontakten (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF). Bestämmelsen innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser (prop. 2009/10:67 s.62). Funktionen bör enligt förarbetena kunna hjälpa till med att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt andra berörda myndigheter när det behövs (prop. 2009/10:67 s. 62). Syftet med en fast vårdkontakt är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet (prop. 2013/14:106 s. 99). Patienter har också möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och 6 kap. 3 § PL). Den fasta läkarkontakten ska bland annat samordna vården för patienten enligt förarbetena (prop. 1994/95:195 s. 41–42).

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det är vanligare att personer 65 år och äldre har en ordinarie läkare eller sjuksköterska jämfört med personer som är yngre än 65 år. Minst vanligt är det bland personer som är 18–34 år. Åldersskillnaderna är kontrollerade för skillnader i hälsotillstånd mellan äldre och yngre, eftersom kroniska sjukdomar och upplevt hälsotillstånd är kontrollerade för i analysen. Det är också vanligare att personer över 65 år har haft sin ordinarie läkare eller sjuksköterska i mer än ett år jämfört med yngre. Yngre personer har också i mindre utsträckning en ordinarie mottagning, och i mindre utsträckning någon form av vårdkontakt jämfört med personer 65 år och äldre.

Hälsa

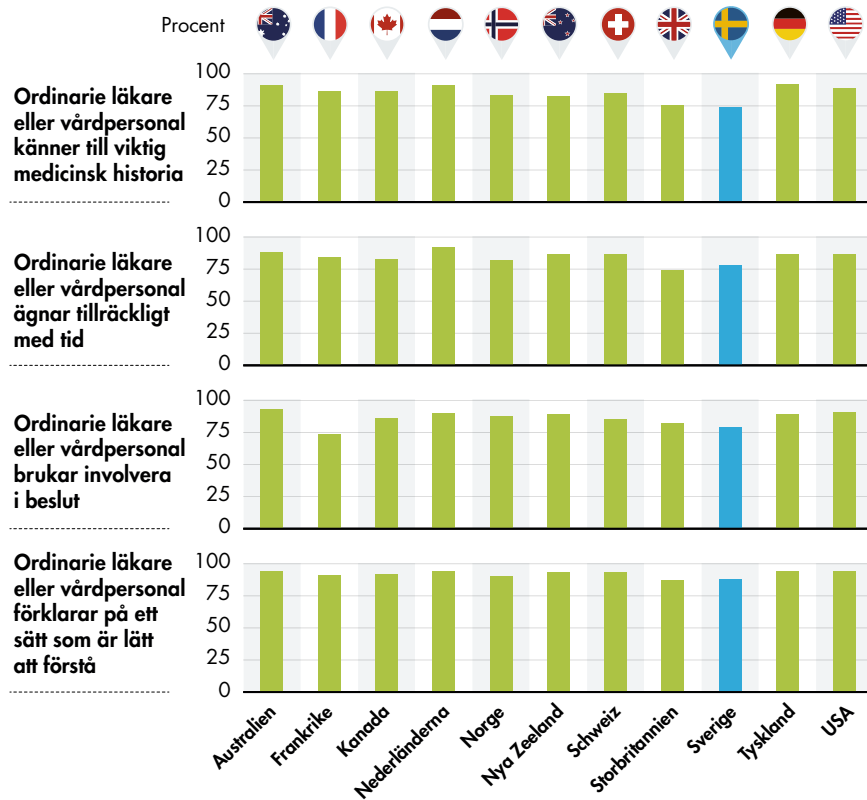
Andelen som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska är betydligt högre för personer med mer än en kronisk sjukdom, i jämförelse med personer som inte har någon. Vi ser också en något högre andel personer med självskattad dålig hälsa, och med en kronisk sjukdom i jämförelse med personer med god hälsa. Det är också vanligare att personer med psykisk ohälsa har en ordinarie läkare eller sjuksköterska jämfört med övriga befolkningen.

Boendeort

Det är mindre vanligt att personer bosatta utanför tätorter har en ordinarie läkare eller sjuksköterska jämfört med personer i tätorter. Minst vanligt är det bland personer som bor i glesbefolkade områden. Däremot är det vanligare utanför tätorter att ha en ordinarie mottagning. I tidigare undersökningar har vi sett att vårdcentraler i glesbygd både har en märkbart lägre andel tillsvidareanställda läkare och klarar sin läkarförsörjning tack vare hyrläkare och vikarier (Vård- och omsorgsanalys, 2018). Bristen på tillsvidareanställda läkare i glesbygd påverkar rimligen möjligheten att erbjuda en ordinarie läkarkontakt.

3.2 PERSONER MED ORDINARIE VÅRDKONTAKT UPPLIVER ETT BÄTTRE BEMÖTANDE

Figur 9. Erfarenheter av besök hos ordinarie läkare eller sjuksköterska.



Sverige har i jämförelse med andra länder relativt låga resultat när det gäller frågor som handlar om patientens erfarenheter av besök till den ordinarie läkaren eller vårdpersonalen, se figur 9. Resultatet här avser endast de personer som uppgav att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska. Eftersom frågorna har ändrats sedan 2016 är resultaten inte direkt jämförbara.

Det är 74 procent av de svarande i Sverige som uppger att den ordinarie läkaren eller vårdpersonalen ofta eller alltid känner till viktig information om deras sjukdomshistoria. I övriga länder är andelen högre och ligger mellan 75 och 92 procent. Skillnaden mot övriga länder är något lägre i frågan som handlar om huruvida läkaren eller vårdpersonalen oftast eller alltid ägnar tillräckligt med tid åt patienten. I Sverige är andelen 78 procent. I övriga länder ligger andelen mellan 74 och 92. Resultatet är anmärkningsvärt eftersom vi 2019 års IHP-undersökning (Vård- och omsorgsanalys, 2019b) fann att de svenska läkarna i jämförelse uppgav att de hade de längsta patientmötena – i genomsnitt cirka 25 minuter per möte. Övriga ländernas läkare har i genomsnitt patientmöten mellan 10 och 20 minuter. Möjligtvis kan det hänga ihop med att få i Sverige har en ordinarie läkar- eller vårdkontakt och kanske oftare behöver berätta om sin sjukdomshistoria, vilket tar upp tid i mötet med läkaren.

Den tredje frågan handlar om hur ofta den ordinarie läkaren eller vårdpersonalen brukar involvera patienten så mycket hen önskar i beslut om sin vård och behandling. Även här har Sverige ett lågt resultat i jämförelse med andra länder: 79 procent svarar att de ofta eller alltid blir involverade så mycket de önskar. Övriga länders resultat ligger mellan 74 och 93 procent.

Slutligen ställdes också frågan om patienten upplever att läkaren eller vårdpersonalen oftast eller alltid förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå. I Sverige svarar 88 procent att läkaren eller vårdpersonalen gör det, medan övriga länder har en andel mellan 87 och 94 procent.

I Sverige och Kanada ställdes även en extra fråga om den ordinarie läkaren eller vårdpersonalen hjälper till att samordna eller planera vården från andra läkare och vårdgivare. Endast 56 procent av de svenska patienterna svarar att de fått sådan hjälp, medan det i Kanada är 78 procent.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det finns vissa åldersskillnader i hur mötet med vårdpersonalen upplevs. Den övergripande bilden är att personer över 65 år i större utsträckning svarar positivt på frågorna om vårdmötet än vad yngre gör. Störst åldersskillnader ser vi när det gäller om vårdpersonalen känner till patientens sjukdomshistoria eller inte. När det gäller huruvida vårdpersonalen förklarar saker på ett sätt som är enkelt att förstå eller inte ser vi däremot den motsatta tendensen, där 18–24-åringar är något mer nöjda än personer 65 år och äldre.

Kön

Kvinnor svarar i något lägre utsträckning än män att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria, ägnar tillräckligt med tid åt dem samt att de får hjälp med att samordna sin vård.

Utbildning

Personer med en eftergymnasial svarar i högre utsträckning att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid åt dem, att de får vara involverade i beslut, och att vårdpersonalen förklarar saker så att de förstår. Däremot svarar de i mindre utsträckning att de fått hjälp att samordna sin vård.

Hälsa

Personer med en eller flera kroniska sjukdomar svarar oftare än andra att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria samt att de fått hjälp att samordna sin vård. Personer som beskriver sin hälsa som dålig svarar mindre ofta att personalen ägnat dem tillräckligt med tid eller förklarat saker på ett sätt som är enkelt att förstå jämfört med patienter med god hälsa.

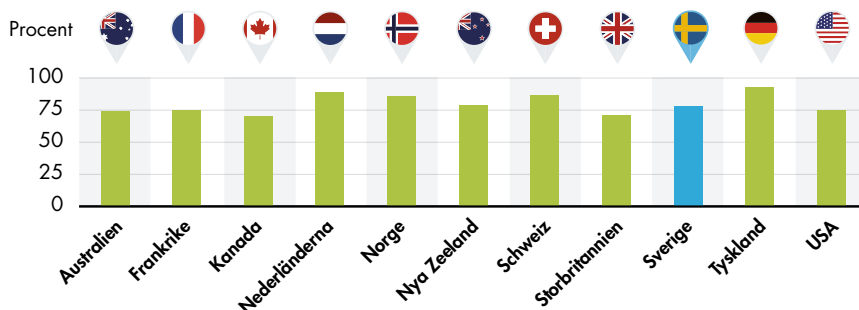
Ordinarie kontakt med vården

Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska svarar i större utsträckning att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria, att personalen ägnar dem tillräckligt med tid, att de är involverade i beslut kring sin egen vård, att personalen förklarar saker på ett sätt så att de förstår och att de får hjälp med att samordna sin vård jämfört med personer som endast har en ordinarie mottagning.



3.3 ÅTTA AV TIO FÅR SVAR SAMMA DAG NÄR DE KONTAKTAR ORDINARIE VÅRDcentral

Figur 10. Andel som får svar samma dag när de kontaktar ordinarie vårdcentral.



I Sverige är det 78 procent som uppger att de alltid eller oftast får svar samma dag när de kontaktar sin ordinarie vårdmottagning i ett medicinskt ärende under ordinarie mottagningstid. Det ligger runt genomsnittet av samtliga länder. Det finns några länder som utmärker sig, till exempel Tyskland där nästan samtliga, 93 procent, svarar att de alltid eller ofta får svar samma dag.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Utbildning

Personer med eftergymnasial utbildning uppger oftare än personer med förgymnasial utbildning att de får svar samma dag.

Hälsa

Personer som har en dålig hälsa uppger i lägre grad att de fått svar samma dag jämfört med de med bättre hälsa.

Boendeort

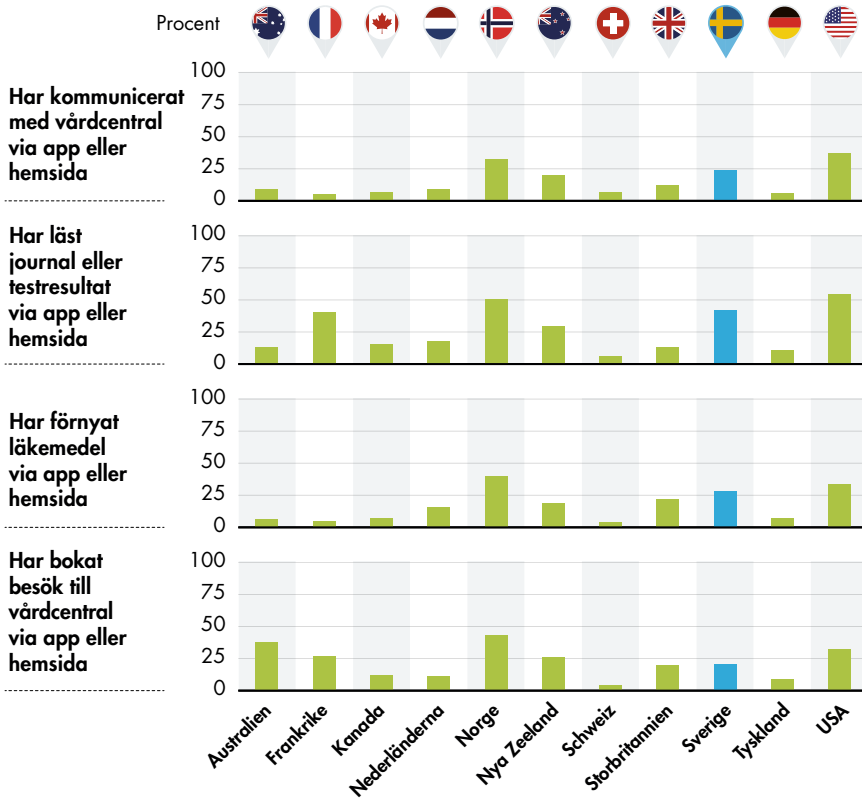
Det är vanligare att personer i glesbefolkade områden uppger att de får svar samma dag jämfört med personer i tätorter.

Ordinarie kontakt med vården

Det är vanligare att personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska får svar samma dag jämfört med de som endast har en ordinarie mottagning.

3.4 MÅNGA I SVERIGE HAR HAFT KONTAKT MED VÅRDEN DIGITALT

Figur 11. Erfarenheter av digitala besök hos den ordinarie vårdcentralen.



Svenska patienter har i relativt hög grad använt digital kommunikation med sin ordinarie vårdcentral jämfört med andra länder. Med digital kommunikation avses att det har skett via en säker hemsida, patientportal eller app i mobiltelefonen. Frågorna ställdes bara till dem som svarar att de har en ordinarie vårdcentral de vanligtvis går till. Resultatet är i linje med 2019 års IHP-undersökning som visade att Sverige i allra högsta grad erbjuder primärvårdens patienter olika digitala verktyg för informationshantering och informationsutbyte (Vård- och omsorgsanalys, 2019b).

I Sverige uppger 24 procent av patienterna att de har kommunicerat digitalt med sin ordinarie vårdcentral, till exempel via en app eller via en hemsida. Endast USA och Norge har ett högre resultat, där 32 procent i Norge och 37 procent i USA svarar att de har haft en sådan digital kontakt.



Frågan är ny och har inte ställts i tidigare undersökningar. Fler i Sverige har tagit del av sin journal eller sitt testresultat digitalt jämfört med övriga länder i undersökningen – 42 procent i Sverige svarar att de gjort det. Även här har Norge något högre andel, men USA har ännu högre andel: 54 procent. Den här frågan ställdes även 2016 och vi kan se en ökning i nästan alla länder. Sverige har ökat med 32 procentenheter sedan förra mätningen. Vi ser ungefär samma resultat för om man har förnyat läkemedel digitalt. I Sverige svarar 28 procent att de gjort det. Norge och USA har en någon högre andel. Frågan är ny och har inte ställts i tidigare undersökningar. Slutligen ställdes också frågan om man någon gång via en hemsida, patientportal eller app bokat ett besök till sin ordinarie vårdcentral. I Sverige uppgav 21 procent att de någon gång gjort det. Här är det flera andra länder som har en högre andel än Sverige. Högst resultat har Norge där 43 procent svarade att de har gjort en digital bokning. Även den här frågan är ny och har inte ställts i tidigare undersökningar.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det är vanligast att ha kommunicerat med vården digitalt bland yngre personer. Andelen som har varit i kontakt med vården digitalt är högst bland 18–49-åringar, och minskar markant i de högre åldersgrupperna.

Kön

Det är vanligare att ha läst eller laddat ner vårdinformation digitalt jämfört med män.

Civilstånd

Det är vanligare att personer som bor tillsammans med någon har förnyat sina recept online jämfört med personer som är ensamstående.

Utbildning

Personer med en eftergymnasial examen har oftare kommunicerat digitalt med vårdcentralen, läst eller laddat ner information digitalt eller boka tid jämfört med personer med en förgymnasial examen.

Hälsa

Personer med en eller flera kroniska sjukdomar har oftare än personer utan någon kronisk sjukdom kommunicerat digitalt med vårdcentralen, läst eller

laddat ner information digitalt, eller bokat tid. Personer med psykisk ohälsa har oftare än andra varit i kontakt med vården digitalt för att förnya recept, ställa frågor, läsa testresultat eller läsa sin journal digitalt.

Boendeort

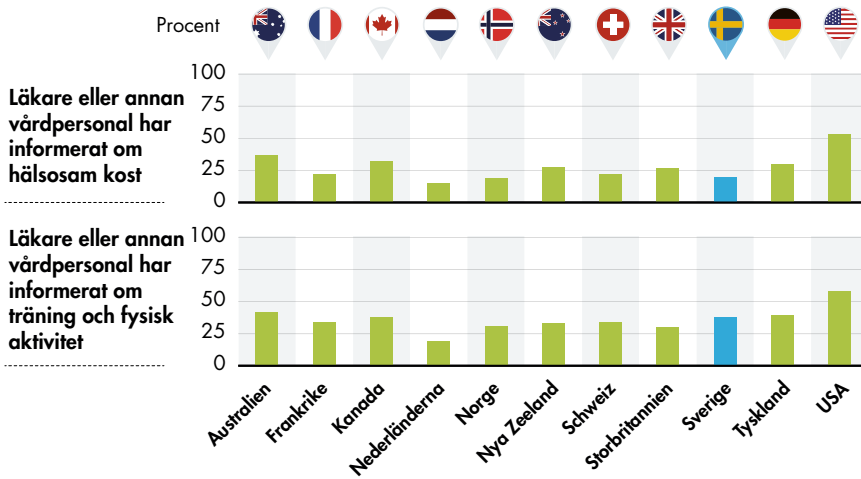
Personer som är bosatta i glesbefolkade områden har i lägre grad varit i kontakt med sin vårdcentral på digital väg jämfört med personer i tätorter.

Ordinarie kontakt med vården

Det är vanligare att personer som har en ordinarie vårdkontakt i stället för en mottagning som de vanligtvis besöker har bokat en tid eller varit i kontakt med sin vårdcentral digitalt.

3.5 HÄLSOFRÄMJANDE SAMTAL ÄR INTE VANLIGA I NÅGOT LAND I JÄMFÖRELSEN

Figur 12. Andel som har haft hälsofrämjande samtal med vården.



Figur 12 visar att svenska patienter svarar att läkare eller vårdpersonal har pratat med dem om träning eller fysisk aktivitet i ungefär liknande utsträckning som patienterna i andra länder. I Sverige är siffran 38 procent. Däremot är det färre (20 procent) i Sverige som har haft samtal om en hälsosam kost jämfört med i andra länder. Båda dessa hälsofrämjande samtal ska syfta till att förebygga ohälsa och sjukdom genom att uppmuntra till livsstilsförändringar. Närmare hälften (46 procent) av de tillfrågade i Sverige



anger även att samtalet lett till att de på något sätt ändrat sina levnadsvanor. Frågan ställdes bara i Sverige så en internationell jämförelse inte är möjlig. Frågorna har ändrats något och kan därför inte jämföras direkt över tid: 2016 ställdes frågan så att den avsåg personalen på den ordinarie mottagningen, 2020 ställdes frågan allmänt. Men även om nivåerna ändrats något är Sveriges relativa position jämfört med de andra länderna i princip oförändrad sedan 2016.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Kön

Det är mindre vanligt att kvinnor har haft samtal med läkare eller vårdpersonal om fysisk aktivitet eller kost jämfört med män.

Civilstånd

Det är vanligare att personer som är sammanboende med barn har haft hälsofrämjandesamtal om fysisk aktivitet, jämfört med personer som inte är sammanboende med något barn.

Hälsa

Det är vanligare att personer med kroniska sjukdomar och personer med psykisk ohälsa har haft hälsofrämjande samtal om fysisk aktivitet och kost jämfört med personer utan kronisk sjukdom eller utan psykisk ohälsa.

Boendeort

Personer i glesbygd har i högre grad haft hälsofrämjande samtal om fysisk aktivitet och kost jämfört med personer i städer.

Ordinarie kontakt med vården

Personer som har en ordinarie vårdkontakt har i högre grad haft hälsofrämjande samtal om fysisk aktivitet och kost jämfört med personer som endast har en ordinarie mottagning de går till för sin vård.



Erfarenheter av specialist- och sjukhusvård

I det här kapitlet redovisar vi resultaten och analysen av de frågor som ställdes till personer som har besökt en specialistläkare, varit inlagda på sjukhus eller besökt en akutmottagning.

Resultat för Sverige som helhet och i jämförelse med andra länder:

- Patienter som blivit inlagda på sjukhus upplever i stor utsträckning att de varit delaktiga och bemötts professionellt och med respekt av vårdpersonalen.
- I Sverige är det relativt många som uppger att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården, eller i samband med inläggning på sjukhus.

Resultat för patienter i Sverige utifrån kontextuella och individuella faktorer:

- Personer över 65 år har generellt en mer positiv erfarenhet av specialist- och sjukhusvården jämfört med yngre personer. De upplever i högre grad ett positivt bemötande och från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggning. De svarar också i mindre utsträckning att vården saknade information i samband med ett besök hos en specialistläkare.
- Personer med kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa, eller ett sämre självskattat hälsotillstånd har generellt en sämre erfarenhet av specialist- och sjukhusvården. Till exempel upplever personer med kroniska sjukdomar

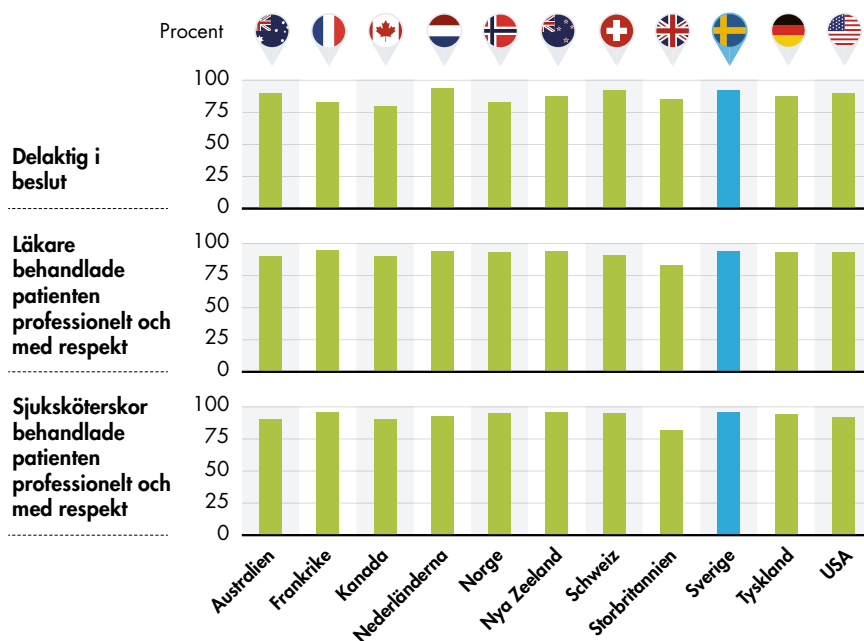


i lägre grad ett positivt bemötande från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggning. De svarar också i större utsträckning att vården saknade information i samband med ett besök hos en specialistläkare. Även personer med psykisk ohälsa rapporterar oftare att det finns brister i informationsutbytet.

- Personer som uppger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till har generellt bättre erfarenhet av utskrivning i samband med sjukhusinläggning än personer med en ordinarie mottagning. De fick i högre grad skriftlig information om symptom att bevaka, en läkemedelsgenomgång och ett bokat återbesök. De upplevde också i högre grad att den ordinarie läkaren var uppdaterad efter sjukhusbesöket.

4.1 DE FLESTA ÄR POSITIVA TILL BEMÖTANDET I SJUKHUSVÅRDEN

Figur 13. Erfarenheter av sjukhusbesök.



Patienter som blivit inlagda på sjukhus upplever i stor utsträckning att de varit delaktiga och bemötts professionellt och med respekt av vårdpersonalen. Figur 13 visar hur personer, som blivit inlagda på sjukhus minst en natt, upplever mötet med vårdpersonalen på sjukhuset. Den första frågan handlar

om ifall patienten var så delaktig som hen önskade i besluten om sin vård och behandling. Här kan vi se att Sverige har ett relativt bra resultat jämfört med de andra länderna: 92 procent svarar att de varit delaktiga. Det är också en ökning sedan 2016 på 7 procentenheter. Endast Nederländerna har ett bättre resultat där 94 procent svarade att de varit delaktiga. De två andra frågorna handlar om vårdpersonalen har bemött patienten professionellt och med respekt. Frågan ställs för läkare respektive sjuksköterskor. Även här har Sverige ett högt resultat: 94 procent svarar att de alltid eller ofta fått ett sådant bemötande från läkare och 96 procent svarar att de alltid eller ofta fått det från sjuksköterskor. Även här ser vi en förbättring sedan 2016 med 3 respektive 2 procentenheter.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det är något vanligare att äldre personer har en mer positiv erfarenhet av bemötandet från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggningen. Personer som är 35–49 år svarar i lägre grad jämfört med personer 65 år och äldre att de har varit delaktiga i sin egen vård.

Hälsa

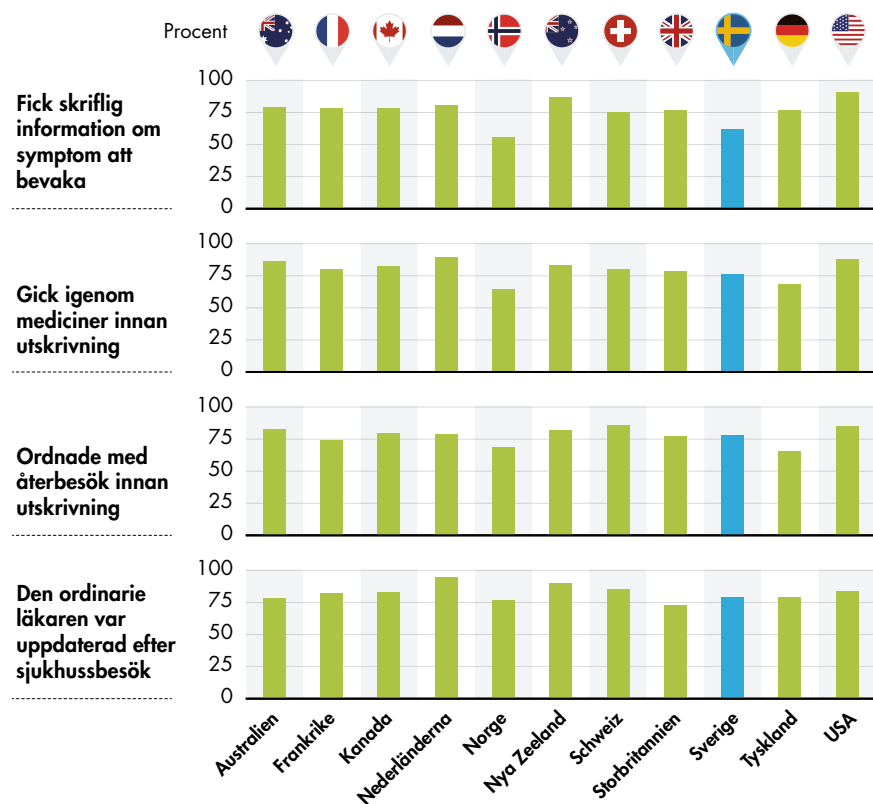
Det är vanligare att personer utan kroniska sjukdomar har en positiv erfarenhet jämfört med personer med en eller flera kroniska sjukdomar. Särskild skillnad ser vi i frågan om huruvida personerna blivit bemötta med vänlighet och respekt av sjuksköterskorna, där personer med en kronisk sjukdom svarar mindre positivt.

4.2 FÅ I SVERIGE HAR FÅTT SKRIFTLIG INFORMATION OM SYMPTOM ATT BEVAKA EFTER UTSKRIVNING FRÅN SJUKHUS

Figur 14 visar resultatet på ett antal frågor som handlar om den vård och det stöd man har fått efter att man skrivits ut från sjukhus. Den första frågan handlar om huruvida sjukvården gav skriftlig information om symptom som man ska bevaka efter det att man skrivits ut. Sverige har här ett relativt lågt resultat – 62 procent svarar att de fick sådan information. Samtidigt är det en ökning på 5 procentenheter sedan 2016. Det är något fler, 76 procent, som svarar att de fick en genomgång av de läkemedel som patienten ska ta efter utskrivning. Det är däremot en minskning på 10 procentenheter sedan



Figur 14. Erfarenheter i samband med utskrivning från sjukhus.



2016. Totalt 78 procent svarar att vårdpersonalen bokade ett återbesök innan utskrivning, vilket är en ökning på 4 procentenheter. Slutligen ställdes även frågan om läkaren eller personalen på den ordinarie vårdcentralen verkade vara informerad om vården som personen fick på sjukhuset. I Sverige svarar 79 procent att den ordinarie läkaren var uppdaterad, resultatet har här ökat med 12 procentenheter sedan 2016 och ligger nära genomsnittet för övriga länder.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Hälsa

Personer med självskattad dålig hälsa eller psykisk ohälsa svarar i mindre utsträckning att de fått skriftlig information om symptom de bör bevaka i samband med utskrivning. Personer med en kronisk sjukdom upplever

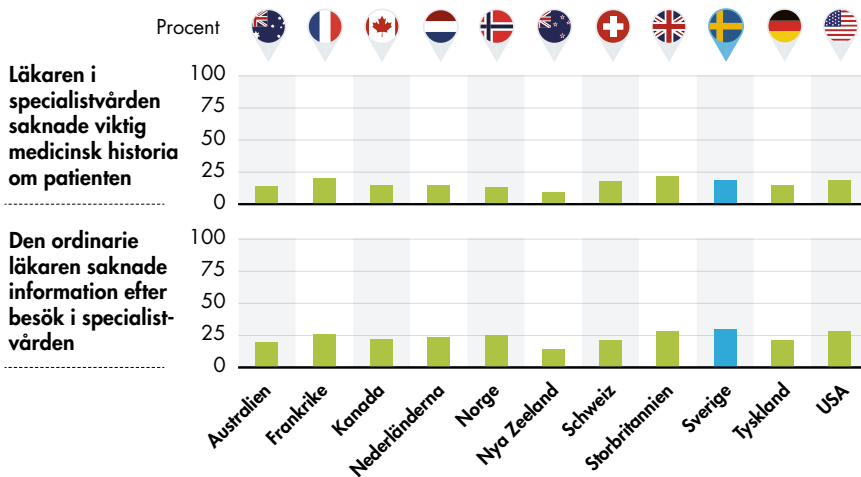
i mindre utsträckning än personer utan någon kronisk sjukdom att den ordinarie läkaren är uppdaterad efter sjukhusbesöket.

Ordinarie kontakt med vården

Personer som uppger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård har generellt bättre erfarenhet av utskrivning från sjukhus än personer som endast har en ordinarie mottagning. De fick i högre grad skriftlig information om symptom att bevaka och upplevde att den ordinarie läkaren var uppdaterad efter sjukhusbesöket. Det är vanligare att personer som har en ordinarie mottagning fick hjälp med att ordna ett återbesök än personer utan någon ordinarie vårdkontakt.

4.3 DET ÄR GANSKA VANLIGT ATT VÅRDEN SAKNAR NÖDVÄNDIG INFORMATION

Figur 15. Erfarenheter av informationsöverföring mellan olika vårdgivare.



I Sverige är det relativt många som uppger att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården, se figur 15. Den första delen av figuren visar om personen varit med om att läkaren i specialistvården saknade tillgång till grundläggande medicinsk information eller provresultat från den vårdcentral eller ordinarie läkare som personen vanligtvis går till. I Sverige svarar 19 procent att de varit med om det, vilket är en minskning med 2 procentenheter

sedan 2016. Sverige har ett relativt högt resultat jämfört med de andra länderna. Det är också fler i Sverige som svarar att de varit med om att den ordinarie läkaren saknat information och inte varit uppdaterad om den vård personen tidigare fått från läkare i specialistvården. I Sverige är det 30 procent som svarar att de varit med om det, vilket innebär att Sverige har högst andel av alla länder i jämförelsen. Andelen har dock minskat med 3 procentenheter.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Yngre personer svarar i större utsträckning än äldre att den specialistläkare de träffade saknade tillgång till grundläggande medicinsk information eller provresultat från den vårdcentral eller ordinarie läkare som personen vanligtvis går till. Andelen ökar gradvis ner i de olika åldersgrupperna – de yngsta 18–24 år och 25–35 år svarar i störst utsträckning att specialistläkaren saknat information. Minst vanligt är det i åldern 65 och äldre.

Hälsa

Vi finner också att personer med psykisk ohälsa i större utsträckning upplever att både specialistläkaren och den ordinarie läkaren saknat information i samband med och efter ett besök hos en specialistläkare. Vi ser också motsvarande samband för personer som svarat att de har en dålig hälsa.

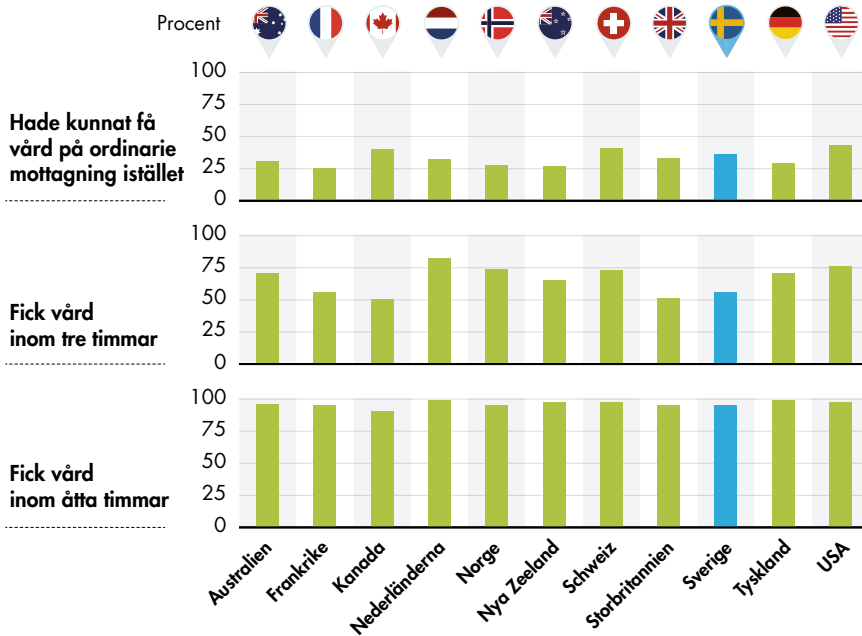
Utbildning

Personer med eftergymnasial utbildning svarar i något mindre utsträckning att specialistläkaren saknade information från den ordinarie läkaren jämfört med personer med en förgymnasial utbildning. Personer med en ordinarie läkare eller sjuksköterska svarar i mindre utsträckning än personer som endast har en ordinarie mottagning att den ordinarie läkaren eller mottagningen inte kände till vården från specialistläkaren.

4.4 FYRA AV TIO BESÖKER AKUTMOTTAGNINGEN MED PROBLEM DE TROR KUNDE HA BEHANDLATS PÅ EN VÅRDCENTRAL

Figur 16 visar tre frågor som har ställts till personer som har besökt en akutmottagning på ett sjukhus de senaste två åren. I Sverige uppgav 36 procent att de hade ett problem de tror hade kunnat behandlas av läkarna eller personalen på deras ordinarie mottagning – om de hade varit tillgängliga.

Figur 16. Erfarenheter av besök på akutmottagning på ett sjukhus.



Det är en ökning med två procentenheter sedan 2016 och resultatet är i linje med genomsnittet i de övriga länderna. Totalt 56 procent uppgav att de fick vård på akutmottagningen inom 3 timmar, och 95 procent uppgav att de fick vård inom 8 timmar. Andelen som fick vård inom 3 timmar har minskat med 5 procentenheter sedan 2016, medan andelen som fick vård inom 8 timmar har ökat med en procentenhet.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Kön

Kvinnor svarar i större utsträckning än män att de besökt sjukhusets akutmottagning med ett problem de tror hade kunnat behandlas av läkarna eller personalen på deras ordinarie mottagning – om de hade varit tillgängliga.

Civilstånd

Personer som lever ensamstående med barn svarar oftare att de tror att de hade kunnat få hjälp på andra platser än akutmottagningen om det hade varit möjligt.

Utbildning

Vi ser att personer med högst en förgymnasial utbildning i större uträkning svarar att de tror att de kunde fått vård av den ordinarie mottagningen.

Hälsa

Det är vanligare att personer med dålig hälsa har väntat längre på akuten jämfört med personer med bättre hälsa.

Boendeort

Personer bosatta i glesbefolkade områden har i något mindre utsträckning väntat länge på akutvården än personer bosatta i tätbefolkade områden.



Vård av personer med kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa

Många i Sverige har en kronisk sjukdom eller lider av psykisk ohälsa. Cirka 50 procent har uppgett att de har någon kronisk sjukdom och drygt 22 procent svarar att de har haft behov av vård för psykisk ohälsa. Många kroniska sjukdomar innebär en långvarig kontakt med vården. Vårdens uppgift handlar då mycket om att till stor del stödja och tillvarata kraften hos patienten själva för att öka hens inflytande över sin egen vård och sjukdom. Det handlar också om att arbeta proaktivt för att undvika att patienten försämras och behöver söka annan vård (Vård- och omsorgsanalys, 2014). I det här kapitlet redovisar vi resultat och analyser av de erfarenheter som personer med kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa har av vården. Vi redovisar också en analys av de frågor som rör vårdens stöd och hjälp till personer som har ett beroende av alkohol och narkotika.

Resultat för Sverige som helhet och i jämförelse med andra länder:

- Patienter med kroniska sjukdomar i Sverige har i lägre grad fått olika typer av stöd från vården i att ta hand om sin sjukdom. De flesta av patienterna är ändå nöjda med det stöd de fått i sin helhet. På flera av frågorna har Sveriges resultat förbättrats sedan mätningen 2016.
- Av dem som svarar att de har haft behov att prata med någon i vården om sin psykiska ohälsa har 65 procent sedan inte fått något stödsamtal



eller behandling för detta. I andra länder är andelen lägre men det finns förbättringspotential i alla länder. Av dem som fick stöd i Sverige svarar de allra flesta att de fick en vänlig och respektfull behandling och drygt tre fjärdedelar att de fick den hjälp de behövde.

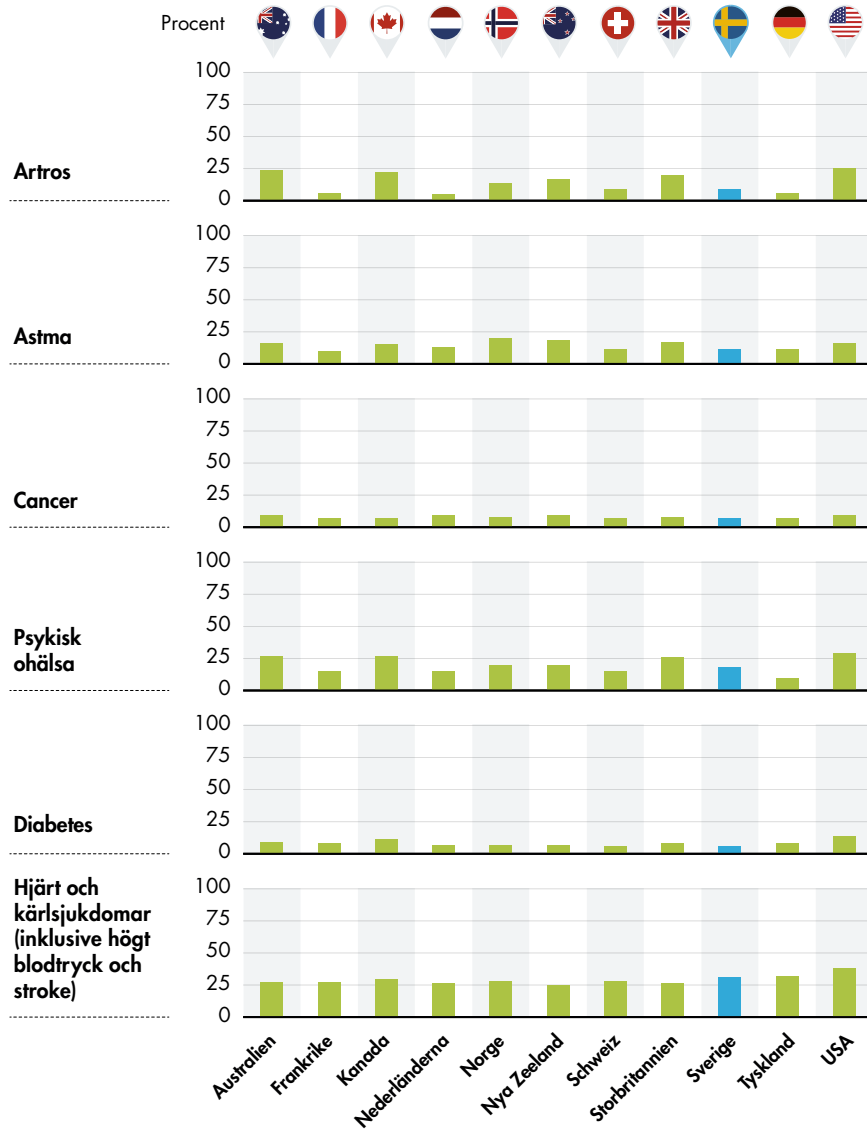
Resultat för patienter i Sverige utifrån kontextuella och individuella faktorer:

- Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligt vis går till har i högre grad fått stöd från vården i att ta hand om sin kroniska sjukdom.
- Personer med självrapporterad dålig hälsa eller flera kroniska sjukdomar svarar i mindre utsträckning att de fått tillräckligt med stöd av vården för sin kroniska sjukdom jämfört med personer med en kronisk sjukdom och de som uppger en bättre hälsa.
- Det är vanligare att kvinnor svarar att de fått stödsamtal eller behandling för problem kopplade till sin psykiska hälsa jämfört med män. Det är också vanligare att yngre personer 25–64 år fått det jämfört med dem som är 65 år och äldre.
- De som svarar att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till svarar också i större utsträckning att de fått stödsamtal eller behandling jämfört med dem som bara har en ordinarie mottagning. De som inte har någon ordinarie kontakt alls med vården svarar i mycket mindre utsträckning att de fått sådan hjälp för sin psykiska hälsa.
- Det är vanligare att personer med flera kroniska sjukdomar eller diagnosticerad psykisk ohälsa har fått stödsamtal för sitt riskbruk av tobak eller alkohol.

5.1 FÖREKOMST AV KRONISKA SJUKDOMAR

Det är ganska små skillnader mellan länderna i förekomst av olika kroniska sjukdomar, se figur 17. Eftersom flera av sjukdomarna är kopplade till ålder kan skillnaderna till viss del avspegla olika ålderssammansättningar i de olika ländernas befolkningar. Även skillnader i folkhälsa och olika livstilsvanor mellan länderna har sannolikt betydelse. Sverige ligger i nivå med andra länder på de flesta av frågorna, och i flera fall också med länderna med lägst förekomst. Det gäller till exempel artros, där Sverige har en andel på endast

Figur 17. Andel som svarar att har någon av nedan kroniska sjukdomar.

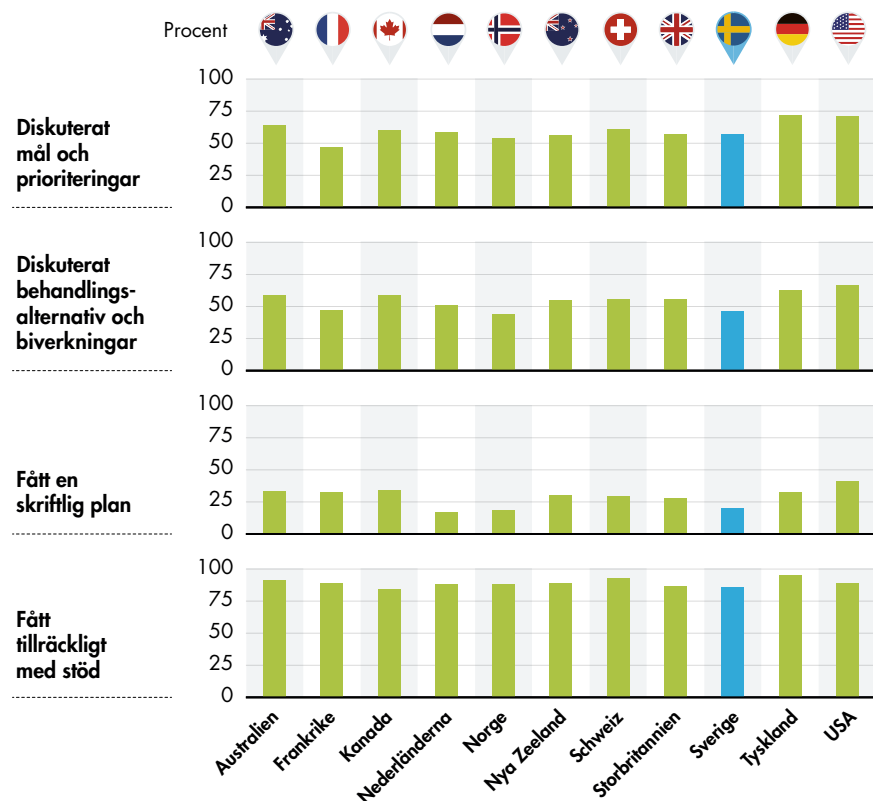


nio procent. Det ska jämföras med till exempel USA och Australien, där 25 procent uppger att de har artros. Vad gäller hjärt- och kärlsjukdomar tillhör Sverige länderna med högst andel, med 31 procent, även om skillnaderna här är små.



5.2 SVENSKA PATIENTER RAPPORTERAR I NÅGOT LÄGRE GRAD STÖD FRÅN VÅRDEN I ATT TA HAND OM SIN KRONISKA SJUKDOM

Figur 18. Erfarenheter av vård som ges för kronisk sjukdom.



Figur 18 visar resultatet för frågorna som har ställts till personer med åtminstone en kronisk sjukdom, och handlar om deras erfarenheter av vården. Patienter med kroniska sjukdomar i Sverige rapporterar i något lägre grad än i andra länder att de fått olika typer av stöd från vården om att ta hand om sin sjukdom. Samtidigt är de flesta av patienterna nöjda med stödet de fått i sin helhet. På flera av frågorna har Sveriges resultat förbättrats sedan 2016.

Den första frågan visar andelen som svarar att vårdpersonalen de träffar för sin kroniska sjukdom någon gång det senaste året diskuterat med dem om vilka huvudsakliga mål eller prioriteringar de har med behandlingen. Sveriges resultat ligger i nivå med andra länder, 57 procent, och resultatet har förbättrats med 19 procent sedan 2016.

Den andra frågan handlar om huruvida personalen diskuterat med dem om möjliga behandlingsalternativ, inklusive eventuella biverkningar. Sverige har i jämförelse med de övriga länderna ett lägre resultat – drygt 46 procent svarar att personalen har diskuterat behandlingsalternativ med dem – men resultatet har ändå förbättrats med två procentenheter sedan 2016.

Patienterna fick även frågan om de har fått en skriftlig plan för att de själva ska kunna ta hand om sin ohälsa. I Sverige svarar endast 20 procent att de fått en sådan plan, vilket är lägre än genomsnittet för länderna. Samtidigt tycks det inte vara någon etablerad rutin i något av länderna – alla länder har en andel under 50 procent. Men det bör betonas att dessa tre frågor, som på olika sätt är kopplade till vård av personer med kronisk sjukdom, kan skilja sig åt mellan de olika sjukdomarna.

Slutligen fick de svarande också frågan om de upplever att de fått tillräckligt stöd från vårdpersonal för att själva kunna ta hand om sina hälsoproblem. Här upplever de flesta, 86 procent av de svenska patienterna, att de fått tillräckligt med stöd. I Sverige ställdes även en fråga om huruvida vårdpersonalen hade informerat hen om nästa steg i behandlingen. Det var 34 procent som svarar att de fått en sådan information.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det är vanligare att personer som är 18–34 år svarar att de har diskuterat olika behandlingsalternativ med vården jämfört med personer som är 65 år och äldre. Det är också vanligare att 25–34-åringar har fått information om nästa steg i behandlingen. De yngre åldersgrupperna upplever däremot i mindre utsträckning att de fått tillräckligt med stöd av vården för att ta hand om sin sjukdom jämfört med äldre.

Utbildning

Vi ser att fler personer som har en eftergymnasial utbildning svarar att de haft en diskussion om mål och prioriteringar och fått information om nästa steg i behandlingen jämfört med dem som endast har en förgymnasial utbildning.

Hälsa

Personer med flera kroniska sjukdomar svarar i större utsträckning att de har fått tillräckligt med stöd jämfört med personer med en kronisk sjukdom. De svarar både att de i större utsträckning fått en skriftlig behandlingsplan



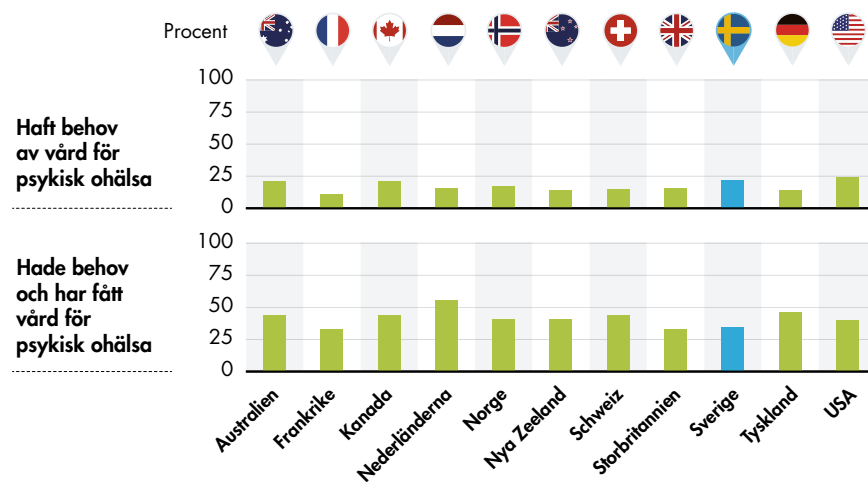
och information om nästa steg i behandlingen. Personer som bedömer sin hälsa som dålig svarar också i mindre utsträckning att de har fått stöd från personalen.

Ordinarie kontakt med vården

Vi ser att personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligtvis går till i högre grad svarar att de fått olika typer av stöd från vården i att ta hand om sin sjukdom än personer som har en ordinarie mottagning. Det gäller samtliga frågor. De svarar också i högre grad att de fått tillräckligt med stöd av vården för att ta hand om sin sjukdom jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning de vanligtvis går till. Störst skillnad är det i frågorna som rör om personalen diskuterat mål och prioriteringar, och om man fått hjälp att ta nästa steg i sin behandling.

5.3 ENDAST TRE AV TIO HAR FÅTT STÖD FÖR SIN PSYKISKA OHÄLSA

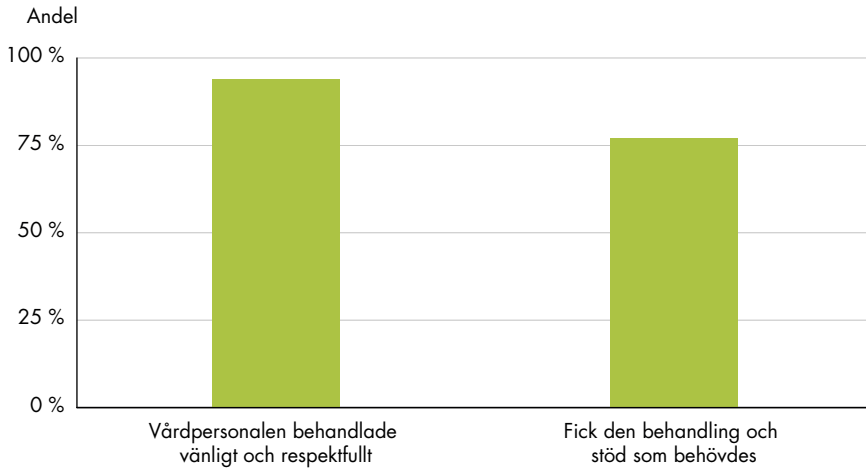
Figur 19. Andel som har fått vård vid behov för sin psykiska ohälsa.



I Sverige är det en något högre andel, 22 procent, jämfört med genomsnittet för länderna som svarar att de någon gång de senaste tolv månaderna har haft behov av att prata med en läkare eller annan vårdpersonal om sin psykiska hälsa, se figur 19. De som svarar att de haft ett sådant behov fick också frågan om de fått ett stödsamtal eller behandling för sin psykiska hälsa. I Sverige är det 35 procent som svarar att de fått hjälp. Det är alltså 65 procent som svarar

att de har haft behov att prata med någon i vården om sin psykiska hälsa men inte fått ett stödsamtal eller behandling. Att det är så stor andel som inte får hjälp och stöd visar på en stor förbättringspotential. En förklaring kan vara att de aldrig själva valt ta kontakt med vården även om de haft ett behov. Det är viktigt att framöver undersöka vad som ligger bakom det. De flesta andra länder har en högre andel som fått hjälp och stöd för sitt behov – i till exempel Nederländerna har 56 procent fått ett stödsamtal eller behandling.

Figur 20. Erfarenheter av vård som ges för psykisk ohälsa.



De som svarar att de fick ett stödsamtal eller behandling fick även två följdfrågor. Följdfrågorna ställdes enbart i Sverige vilket innebär att svaren inte är möjliga att jämföra med andra länder. Den första frågan handlar om huruvida vårdspersonalen som personen träffade behandlade hen vänligt och respektfullt. De allra flesta, 94 procent, svarar att de fick en vänlig och respektfull behandling. De fick också frågan om de fick den behandling och stöd som de behövde för sin psykiska hälsa. Här svarar 77 procent att de fick det, vilket alltså är en lägre andel jämfört med samma fråga som ställdes till dem med kroniska sjukdomar.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det är mycket vanligare att yngre personer svarar att de någon gång de senaste tolv månaderna har haft behov av att prata med en läkare eller annan



vårdpersonal om sin psykiska hälsa. Vanligast är det i gruppen 18–24 år. Det är också vanligare att personer 25–64 år fått det jämfört med dem som är 65 år och äldre.

Kön

Det är vanligare att kvinnor svarar att de känt behov av att prata om sin psykiska hälsa. Det är också vanligare att kvinnor svarar att de fått stödsamtal eller behandling för problem som är kopplade till deras psykiska hälsa jämfört med män.

Civilstånd

Vi ser att det är något vanligare att ensamstående (med eller utan barn) i lägre grad haft behov att prata med någon om sin psykiska hälsa jämfört med personer som är sammanboende med någon annan vuxen (med eller utan barn).

Hälsa

Personer som upplever sig ha en dålig hälsa och personer med flera kroniska sjukdomar har också i större utsträckning haft behov att ta kontakt med vården om sin psykiska hälsa.

Boendeort

Personer som bor i storstad eller tätortsområden har i högre andel haft behov att prata med någon om sin psykiska hälsa jämfört med glesbygdsområden.

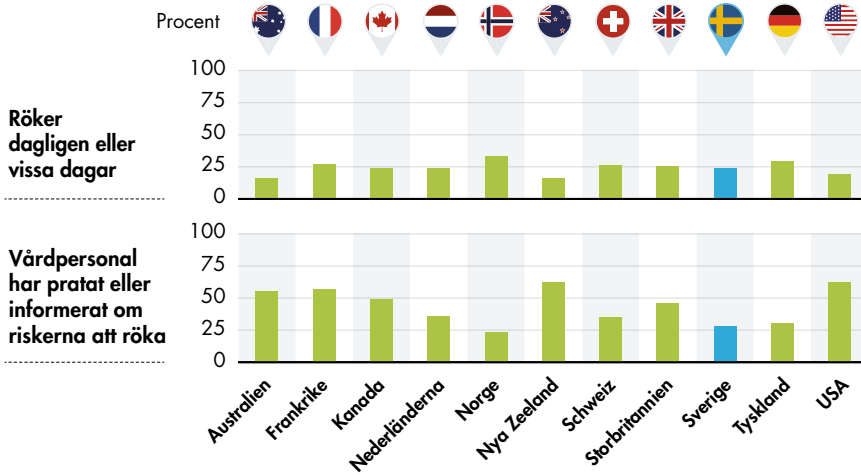
Ordinarie kontakt med vården

De som svarar att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till svarar också i större utsträckning att de fått stödsamtal eller behandling jämfört med dem som bara har en ordinarie mottagning. De som inte har någon ordinarie kontakt alls med vården svarar i mycket mindre utsträckning än personer med en ordinarie mottagning att de fått sådan hjälp för sin psykiska ohälsa.

Vi finner få statistiskt signifikanta skillnader vad gäller upplevelsen av det stöd och behandling som personen har fått. Möjligtvis beror det på att underlaget är för litet. Men det vi kan se är att personer mellan 18 och 24 i mindre utsträckning upplever att de fått den hjälp och det stöd de behöver för sin psykiska ohälsa jämfört med äldre åldersgrupper.

5.4 TRE AV TIO HAR DISKUTERAT SINA TOBAKSVANOR MED VÅRDEN

Figur 21. Andel som röker regelbundet och andel som har haft samtal med läkare angående risker med rökning.



Not. I Sverige ingår även snusning.

I Sverige är det 24 procent som svarar de att de dagligen eller vissa dagar använder någon tobaksprodukt, till exempel cigaretter, snus, eller e-cigaretter. Det ligger runt genomsnittet av alla länder men det finns länder som har en lägre andel, till exempel Australien och Nya Zeeland, där 16 procent svarar att de använder tobaksprodukter. Sverige utmärker sig däremot genom att relativt få svarar att läkare eller annan vårdpersonal pratat om hälsoriskerna med tobak och om metoder för att sluta. I vår undersökning var det 28 procent som svarar att de fått sådan information, trots att det i Sverige finns nationella riktlinjer kring samtal om tobaksvanor som vårdpersonalen kan använda sig av (Socialstyrelsen, 2018). Det är vanligare med samtal om tobaksvanor i andra länder – till exempel svara 62 procent i Nya Zeeland att de haft ett sådant samtal.

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Ålder

Det är vanligare att personer i åldersgruppen 50–64 år har haft ett samtal om tobaksvanor med vårdpersonal jämfört med personer som är 65 år eller äldre.

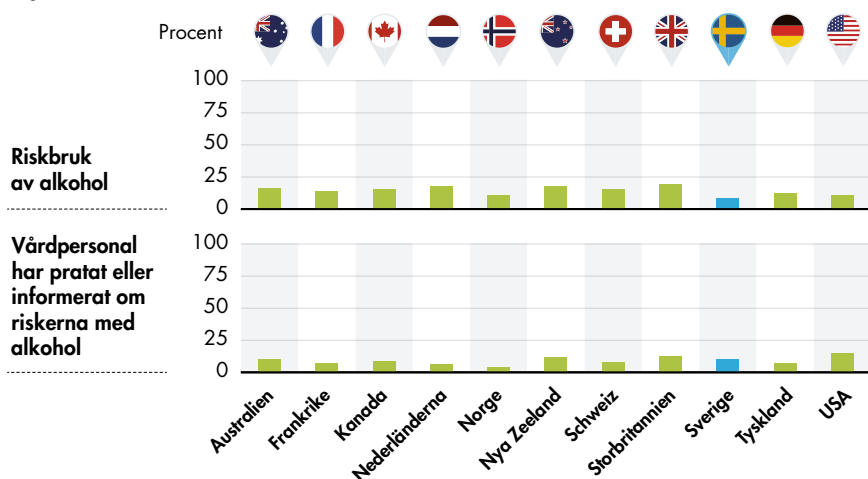


Hälsa

Det är vanligare att personer med flera kroniska sjukdomar har haft ett samtal om sina rökvanor, jämfört med personer utan någon kronisk sjukdom.

5.5 ENDAST EN AV TIO HAR PRATAT MED VÅRDEN OM SITT ALKOHOLBRUK

Figur 22. Andel som dricker alkohol regelbundet och andel som har haft samtal med läkare angående risker med alkohol.



Sverige har lägst andel, 8 procent, som svarar att de har en alkoholkonsumtion som klassas som ett riskbruk av alkohol. Ett riskbruk definieras i den här undersökningen att konsumera fler än 4 glas för kvinnor eller fler än 5 glas för män per tillfälle och minst en gång per vecka. Riskbruk av alkohol kan definieras på olika sätt enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN, 2020). En definition som CAN använder är att ett riskbruk innebär att konsumera fler än 14 glas för män respektive 9 glas för kvinnor standardglas per vecka. Enligt CAN:s Monitormätningar har ungefär var tionde vuxen i Sverige riskabla alkoholvanor enligt den definitionen.

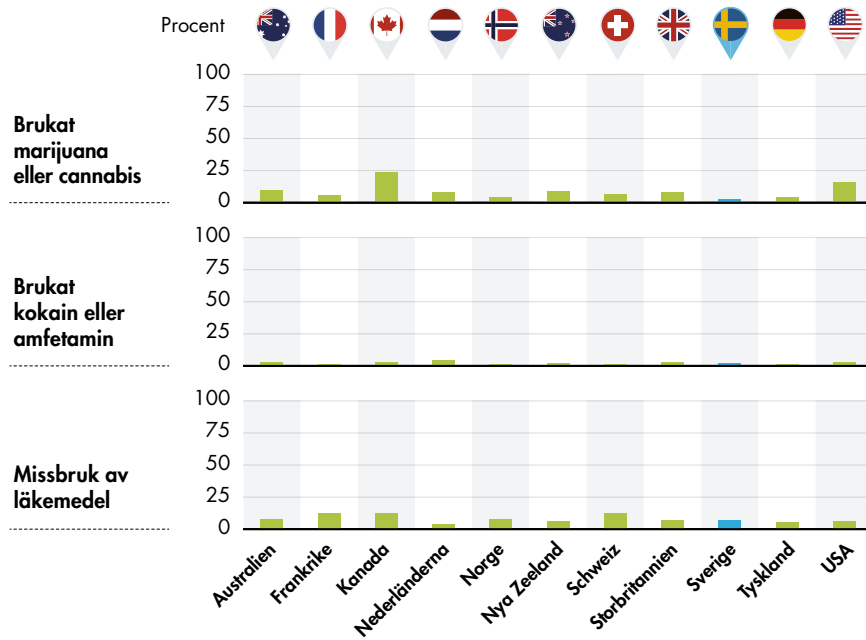
Det är ovanligt i alla länder att de som angett att de har ett riskbruk också svarar att vårdpersonal har informerat om riskerna med alkohol. Sverige är ett av de länder som har högst andel, 10 procent. Även här finns nationella riktlinjer för samtal kring alkoholvanor som vårdpersonalen kan använda sig av (Socialstyrelsen, 2018).

Analys av det svenska resultatet utifrån individuella och kontextuella faktorer

Var tionde person som rapporterar att de har ett alkoholbruk som kan klassas som riskbruk säger att vårdpersonalen har pratat med dem angående det. Det finns få skillnader utifrån individuella och kontextuella faktorer, men det går att se att det är betydligt vanligare att personer med psykisk ohälsa har pratat om sitt riskbruk än personer utan någon diagnosticerad psykisk ohälsa.

5.6 ETT FÅTAL I SVERIGE HAR BRUKAT ANNAN NARKOTIKA

Figur 23. Missbruk av narkotika.

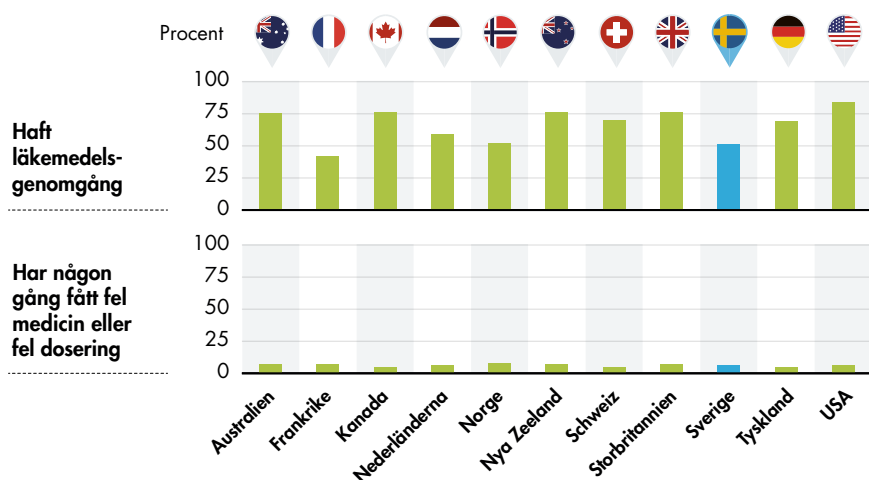


Det är få i Sverige som svarar att de någon gång de senaste tolv månaderna använt marijuana/cannabis, kokain eller amfetamin. Endast 3 procent svarar att de använt marijuana eller cannabis och 2 procent svarar att de använt kokain eller amfetamin. I några av länderna är användning av marijuana och cannabis vanligare, till exempel i Kanada och USA. Det är också exempel på länder som till viss del har legaliserat bruk av dessa preparat. Jämfört med användningen av marijuana/cannabis, kokain eller amfetamin är

det vanligare i Sverige att använda receptbelagd smärtstillande medicin utan recept, eller på ett annat sätt än vad läkare ordinerat. I Sverige svarar 7 procent att de gjort det någon gång de senaste tolv månaderna. För det här området är analyser av det svenska resultatet inte genomförda på grund av för litet underlag.

5.7 DET ÄR FÄRRE PERSONER I SVERIGE ÄN I ÖVRIGA LÄNDER SOM FÅTT EN LÄKEMEDELGENOMGÅNG

Figur 24. Läkemedelsgenomgångar och felaktig medicinerig.



Drygt hälften, 51 procent, av dem som regelbundet tar två eller fler läkemedel i Sverige svarar att en läkare eller vårdpersonal någon gång det senaste året gått igenom alla mediciner med dem. Det är vanligare att det sker i andra länder – i flera av länderna svarar mer än 75 procent att de haft en sådan genomgång. Variationen är inte så stor mellan länderna i hur många som svarar att de någon gång fått fel medicin eller fel dosering. Den andelen ligger mellan 5 och 7 procent i samtliga länder. För det här området är analyser av det svenska resultatet inte genomförda.

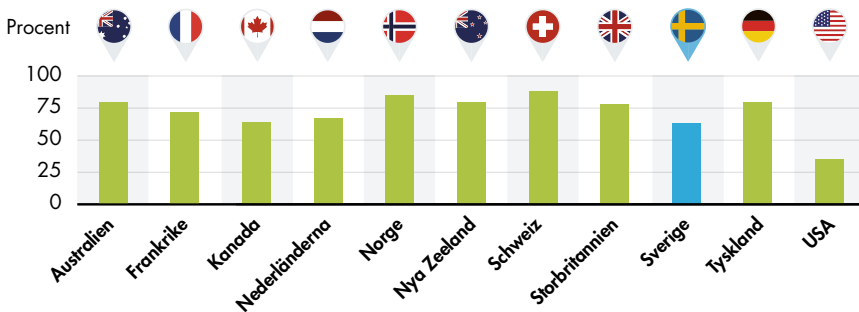


Övergripande analys

I det här avslutande kapitlet gör vi en övergripande analys av resultatet från IHP-undersökningen. Vi sammanfattar resultaten från de tidigare kapitlen för att svara på rapportens övergripande frågeställningar. Vi sammanställer också hur svensk vård står sig i jämförelsen mellan länderna samt vilka samband vi har sett mellan det svenska resultatet och olika faktorer som går att koppla till den enskilda individen. Utöver det redovisar vi några övriga frågor som fallit utanför de tematiska kapitel som rapporten är indelad i.

6.1 SVENSK VÅRD- OCH OMSORG STÅR SIG VÄL I JÄMFÖRELSEN PÅ FLERA OMRÅDEN MEN DET FINNS FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Figur 25. Allmän uppfattning om hälso- och sjukvården.



Lite mer än hälften av de svarande i undersökningen, 63 procent, uppger att de bedömer att den övergripande kvaliteten på svensk hälso- och sjukvård är väldigt eller ganska bra. Nivån något lägre än motsvarande genomsnitt för de övriga deltagande länderna, vilket kan ses som att det finns en generell förbättringspotential för svensk del vad gäller vårdens patientupplevda kvalitet. Samtidigt är det viktigt att betona att en så bred fråga om en allmän uppfattning kan påverkas av många olika faktorer som inte nödvändigtvis avspeglar vårdens faktiska kvalitet, till exempel olika förväntningar på vården eller mediebevakningen under perioden då undersökningen genomfördes. De som deltagit i undersökningen har inte rankat den svenska vården gentemot de övriga ländernas vård utan har svarat utifrån de förväntningar de har av den svenska vården.

Samtidigt är det viktigt att fördjupa den övergripande iakttagelsen, och när man ser till de sammantagna resultat som framkommer inom undersökningens olika delar blir bilden mer komplex. För många frågeområden ligger Sveriges resultat i linje med övriga länders, men det finns ett antal områden där Sverige avviker, i både positiv och negativ riktning. Nedan redovisar vi de områden där vi bedömer det är möjligt att värdera resultatet och där Sveriges resultat avviker något från övriga länder:

Områden där Sverige avviker i positiv riktning:

- Få i Sverige har avstått från vård på grund av kostnaderna (patientavgifter).
- Svenska patienter har i hög grad använt digital kommunikation med sin ordinarie vårdcentral.
- Patienter som blivit inlagda på sjukhus upplever i stor utsträckning att de varit delaktiga samt har bemötts professionellt och med respekt av vårdpersonalen.

Områden där Sverige avviker i negativ riktning:

- I jämförelse med andra länder rapporterar den svenska befolkningen längst väntetid till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus.
- Sverige är det land där lägst andel uppger att det är lätt att få vård på kvällar och helger, på annat sätt än på akutsjukhus.
- Få i Sverige har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård.

- I Sverige är det relativt många som uppger att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården eller i samband med inläggning på sjukhus.
- Patienter med kroniska sjukdomar i Sverige har i lägre grad fått olika typer av stöd från vården i att ta hand om sin sjukdom.

Den sammantagna bilden känner vi till stor del igen sedan tidigare. Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena samordning och kontinuitet, har legat lågt över en lång tid utan större förbättringar. Vi ser därmed tydliga utmaningar inom första linjens vård eller den vård som ska vara ”god och nära”. Svaren pekar nämligen på en vård som har långa väntetider och där samordningen och stöden till dem som har komplexa sjukdomsbilder inte alltid fungerar. Vi ser också att den svenska vårdens personkontinuitet är jämförelsevis svag, eftersom få i Sverige har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård. Däremot har de flesta en ordinarie mottagning som de vanligtvis besöker.

Däremot visar de patientupplevda erfarenheterna att tillgången till vård är god, eftersom få svarar att de avstår från att söka vård på grund av kostnaden. Resultaten pekar också på en stark sjukhusvård som befolkningen har stort förtroende för. Vi ser även tecken på att Sverige är i framkant med vårdens digitalisering.

6.2 DET ÄR STORA SKILLNADER I SVARSMÖNSTER SOM GÅR ATT KOPPLA TILL INDIVIDER

För de flesta av frågorna i undersökningen har vi undersökt sambanden mellan det svenska resultatet och olika bakgrundsfaktorer som går att koppla till den enskilda individen. Resultaten vi redovisar bygger på analyser där varje faktor är kontrollerad gentemot alla andra faktorer som ingår i analysen. Till exempel är eventuella effekter av ålder kontrollerade för dålig hälsa, så att en eventuell effekt som mäts av ålder inte ska råka fånga naturligt bakomliggande skillnader i hälsa som finns mellan åldersgrupper.

Här sammanfattar vi resultaten från de tidigare kapitlen och delar bakgrundsfaktorerna i fyra typgrupper: demografiska, socioekonomiska, hälsomässiga, och kontextuella faktorer. De demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga faktorerna är sådana som är individuella, det vill säga unika och direkt kopplade till varje individ. De kontextuella är sådana som



beror på den kontext som individen befinner sig i och delas av fler individer i samma kontext. I det här fallet handlar det om hur tätbefolkad boendeorten är och om individen har en ordinarie vårdkontakt.

De faktorer som sammantaget har starkast samband med resultatet i undersökningen är patientens ålder, utbildning, hälsa och om hen går till en ordinarie vårdpersonal.

- Sammantaget har personer över 65 år generellt en mer positiv erfarenhet av vården jämfört med yngre personer, medan yngre personer i större utsträckning fått olika typer av stöd från vården samt oftare använder digitala tjänster.
- De som har en ordinarie vårdpersonal har på många områden en bättre erfarenhet av vården jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning.
- Personer med eftergymnasial utbildning har på flera områden bättre erfarenheter av vården jämfört med personer som har kortare utbildning.
- Personer som har en sämre hälsa, oavsett om det handlar om självs kattad hälsa, kronisk sjukdom eller psykisk hälsa, har generellt en sämre erfarenhet av vården jämfört med personer som har en bättre hälsa.

Sammantaget bekräftar denna bild skillnader som vi har sett i tidigare undersökningar. Vi har sedan tidigare sett att det finns betydande demografiska, regionala och socioekonomiska skillnader i vårdens kvalitet (Vård- och omsorgsanalys, 2019). Men i den här undersökningen finner vi ett antal nya resultat och vi har dessutom haft möjlighet att kontrollera för flera faktorer samtidigt. Det innebär att resultaten blir mer säkra. Nedan ges exempel på samband vi har identifierat uppdelat på de olika faktorer som ingått i analyserna.

Demografiska individuella faktorer (kön, ålder och civilstånd)

Av de demografiska faktorer vi har undersökt tycks ålder vara den som har tydligast samband med de erfarenheter man har av hälso- och sjukvården. Sammantaget har personer över 65 år generellt en mer positiv erfarenhet av vården jämfört med yngre personer, medan yngre personer i större utsträckning fått olika typer av stöd från vården samt oftare använder digitala tjänster.

Kön

Det är några områden där vi kan se några skillnader utifrån kön. Det vi kan se är att kvinnor i lägre grad än män upplever att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria, att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid åt dem samt att de får hjälp med att samordna sin vård. Kvinnor svarar också i större utsträckning att de har haft behov att prata om sin psykiska hälsa jämfört med män. Det är vanligare att kvinnor haft ett stödsamtal eller fått behandling för problem som är kopplade till deras psykiska hälsa. Det är även mindre vanligt att kvinnor har haft samtal med läkare eller vårdpersonal om fysisk aktivitet eller kost jämför med män.

Ålder

Skillnader mellan åldersgrupper ses för nästan samtliga områden vi har undersökt. Sammantaget har personer över 65 år generellt en mer positiv erfarenhet av vården jämfört med yngre personer. Äldre upplever till exempel i högre grad ett positivt bemötande från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggning. De upplever också i mindre utsträckning att vården saknar information i samband med ett besök hos en specialistläkare. Yngre personer svarar däremot i större utsträckning att de fått olika typer av stöd från vården samt att de använder oftare digitala tjänster. Det är till exempel vanligare att de har fått olika typer av stöd för sin kroniska sjukdom eller stödsamtal eller behandling vid psykisk sjukdom. Det är också vanligare att personer i åldern 18–49 år har kommunicerat med vården digitalt än personer äldre än 50 år. Däremot är det vanligare att personer under 65 år har avstått från att uppsöka vård än personer över 65 år på grund av ekonomiska skäl.

Civilstånd

Vi har också undersökt om det finns skillnader beroende på om man är sammanboende (med eller utan barn) eller ensamstående (med eller utan barn). Resultaten är lite spretiga och det är svårt att se ett entydigt mönster, men vi kan se att det finns vissa skillnader när det gäller väntetider. Det är till exempel vanligare att personer som lever med en partner och har barn får ett besök inom två eller sju dagar när de har behov av vård. De upplever också i större utsträckning att det är enkelt att få hjälp på kvällar och helger jämfört med personer som är ensamstående och utan barn.



Socioekonomiska individuella faktorer (utbildningsnivå och förekomst av privat sjukförsäkring)

Personens utbildningsnivå har ett starkt samband med de erfarenheter man har av vården. Personer med eftergymnasial utbildning har på flera områden bättre erfarenheter av vården jämfört med personer som har kortare utbildning. Vi ser också att personer som har en privat sjukförsäkring svarar att de haft en kortare väntetid till vård.

Utbildning

Personer som har en eftergymnasial utbildning har på flera områden bättre erfarenheter av vården jämfört med personer som har kortare utbildning. Till exempel har personer med en eftergymnasial utbildning i något större utsträckning fått en tid i specialistvården eller en operation inom 90 dagar. Det är också vanligare att de upplever att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid med dem, att de får vara involverade i beslut, och att vårdpersonalen förklarar saker så att de förstår. Däremot svarar de i mindre utsträckning att de fått hjälp att samordna sin vård. Det är också vanligare att de har kommunicerat digitalt med vårdcentralen, läst eller laddat ner information digitalt samt förnyat sitt recept eller bokat tid digitalt.

Förekomst av privat sjukförsäkring

Personer som har en privat sjukförsäkring rapporterar generellt kortare väntetider till vård jämfört med personer som inte har en privat sjukförsäkring. Utöver väntetider finner vi ingen tydlig riktning inom övriga områden. Vi ser till exempel att personer med privat sjukvårdsförsäkring i högre grad svarat att de har fått tid hos en specialistläkare inom tre månader. De svarar också oftare att de har fått en operation inom en eller tre månader i jämförelse med andra personer.

Hälsfaktorer (självskattad hälsa, kronisk sjukdom och psykisk hälsa)

Personer som har sämre hälsa, oavsett om det handlar om självskattad hälsa, att de har en kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa, har generellt en sämre erfarenhet av vården jämfört med personer vars hälsa är bättre i dessa avseenden.

Självskattad hälsa

Personer som har skattat sin hälsa som dålig tenderar att ha en sämre erfarenhet av vården på nästan samtliga områden i undersökningen. Till

exempel upplever de i större utsträckning att det är svårt att få vård på kvällar och helger utan att besöka akutmottagningen. Det är också vanligare bland patienter med självskattad dålig hälsa att ha avstått från vård på grund av kostnaden än bland patienter med god hälsa. Vanligast är det att ha avstått från läkarbesök. Personer som beskriver sin hälsa som dålig upplever inte lika ofta att personalen ägnat dem tillräckligt med tid eller förklarat saker på ett sätt som är enkelt att förstå jämfört med patienter med god hälsa.

Kronisk sjukdom

Personer som har en eller flera kroniska sjukdomar svarar också att de på flera områden har sämre erfarenheter av vården. Till exempel upplever de längre väntetider och har avstått från vård i större utsträckning. De har i mindre utsträckning fått ett besök inom sju dagar jämfört med personer utan någon kronisk sjukdom. Det är också mindre vanligt att de har fått vård inom 30–90 dagar jämfört med personer utan någon kronisk sjukdom. De har också i högre grad avstått från vård eller från att hämta ut mediciner. De har också generellt en sämre upplevelse av sjukhusvistelser. Men det finns några områden där personer med kroniska sjukdomar har bättre erfarenheter. Till exempel upplever de oftare att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria samt att de fått hjälp att samordna sin vård. Det är också vanligare att de har haft digitala kontakter med vården. De har också i högre utsträckning haft hälsofrämjande samtal om motion och kost.

Psykisk hälsa

Endast på ett fåtal områden ser vi några samband med resultatet och om personen svarat att de har ett upplevt behov av att prata med någon om sin psykiska ohälsa. Vi ser till exempel att personer som har en upplevd psykisk ohälsa i högre grad avstått från vård. De upplever också i större utsträckning att både specialistläkaren och den ordinarie läkaren saknat information i samband och efter ett besök hos en specialistläkare. Personer med psykisk ohälsa har också oftare haft en digital kontakt med vården.

Kontextuella faktorer (ordinarie vårdpersonal, mottagning och boendeort)

Kontextuella faktorer är sådana som beror på den kontext som individen befinner sig i och delas av fler individer i samma kontext. Vi har undersökt sambanden med resultaten i undersökningen och om man angett att man har en ordinarie vårdpersonal (läkare eller sjuksköterska) eller mottagning



som man går till för sin vård och om personen som svarar bor i glesbygd, en medelstor stad eller i en tätort. Den kontextuella faktor som ha störst samband med resultaten i undersökningen är att ha en ordinarie vårdpersonal eller endast en ordinarie mottagning. De som har en ordinarie vårdpersonal uppvisar på många områden bättre erfarenheter av vården.

Ordinarie vårdpersonal eller mottagning

Sammantaget ser vi att de som har en ordinarie vårdpersonal (läkare eller sjuksköterska) som de vanligtvis går till för sin vård på många områden har bättre erfarenheter av vården jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning. De som inte har någon ordinarie kontakt (varken personal eller mottagning) med vården har på några områden ännu sämre erfarenheter av vården. Till exempel ser vi att personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska i större utsträckning svarar att vårdpersonalen känner till deras sjukdomshistoria, att personalen ägnar dem tillräckligt med tid, att de är involverade i beslut kring sin egen vård, att personalen förklarar saker på ett sätt så att de förstår och att de får hjälp med att samordna sin vård jämfört med personer som endast har en ordinarie mottagning. Vi ser också att personer som har en ordinarie läkare eller vårdpersonal generellt anger mer positiva erfarenheter i samtliga frågor som rör utskrivning från sjukhus än personer som endast har en ordinarie mottagning. De fick också i högre grad skriftlig information om symptom att bevaka och upplevde att den ordinarie läkaren var uppdaterad efter sjukhusbesöket. Det är även vanligare att de haft hälsofrämjande samtal om fysisk aktivitet och kost. Slutligen svarar de som har en kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa och har en ordinarie vårdkontakt i högre grad att de fått stöd och hjälp från vården jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning.

Boendeort

Vi ser ett antal samband med om personen bor i glesbygd, en medelstor stad eller i en tätort. De frågor som rör väntetider och tillgänglighet visar på några samband men det är inte entydigt i vilken riktning boendeort påverkar –för vissa frågor rör det sig om en kortare väntetid och i andra fall en längre. Till exempel är det vanligare att personer som bor i glesbefolkade områden får ett besök inom två eller sju dagar vid behov av icke-akut vård jämfört med personer som bor i tätbefolkade områden. Däremot ser vi att personer som bor i medelstora städer tycker det är svårare att få vård på kvällar och helger utan att behöva besöka akutmottagningen jämfört med i tätorter. Vi finner också

att personer bosatta i glesbefolkade områden i något mindre utsträckning har väntat länge på akutvården än personer bosatta i tätbefolkade områden.

Vi kan också se att det är mindre vanligt att personer bosatta utanför tätorter har en ordinarie läkare eller sjuksköterska jämfört med personer i tätorter. Minst vanligt är det bland personer som bor i glesbefolkade områden. Däremot är det vanligare utanför tätorter att ha en ordinarie mottagning.





Resultat, slutsatser och rekommendationer

Rapporten innehåller en stor mängd resultat och berör flera olika frågeområden. Här sammanfattar vi vår bedömning av de viktigaste resultaten, som i sin tur ligger till grund för våra slutsatser och rekommendationer. Vi delar nedan upp våra resultat och slutsatser utifrån rapportens två huvudfrågeställningar:

- Hur förhåller sig Sveriges resultat för olika frågeområden till övriga länders i jämförelsen?
- Vilka samband uppvisar de svenska resultaten med olika bakgrundsfaktorer och förhållanden som går att koppla till individen?

7.1 RESULTAT OCH SLUTSATSER – SVENSK VÅRD I INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE

Svensk vård uppvisar tydliga brister rörande personcentrerad vård då vi för områdena väntetider, kontinuitet och samordning presterar internationellt sett svaga resultat. Medborgarna upplever däremot i lägre grad ekonomiska barriärer för tillgång till vård, de upplever ett gott bemötande vid sjukhusvård och en hög digitaliseringsgrad.

Lite mer än hälften av de svarande i undersökningen, 63 procent, uppger att de bedömer att den övergripande kvaliteten på svensk hälso- och sjukvård är väldigt eller ganska bra. Men nivån är något lägre än motsvarande genomsnitt för de övriga deltagande länderna, så det finns en generell förbättringspotential för svensk del vad gäller vårdens patientupplevda



kvalitet. Samtidigt är det viktigt att fördjupa den övergripande iakttagelsen, och när man ser till de sammantagna resultaten inom undersökningens olika delar blir bilden mer komplex. Vi väljer fortsättningsvis att dela upp undersökningens resultat utifrån några breda frågeområden:

- väntetid till vård och vårdens tillgänglighet
- patientens erfarenheter av den mottagning eller vårdpersonal som hen vanligen besöker
- patientens erfarenheter av specialist- och sjukhusvård
- vård av personer med kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa.

För flera frågeområden ligger Sveriges resultat i linje med övriga länders, men för några områden ses både positiva och negativa avvikelser. Den sammantagna bilden känner vi till stor del igen sedan tidigare.

Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena samordning och kontinuitet, har legat lågt över en lång tid utan större förbättringar. Vi ser därmed tydliga utmaningar inom första linjens vård eller den vård som ska vara ”god och nära”. Svaren pekar nämligen på en vård som har långa väntetider och där samordningen och stöden till dem som har komplexa sjukdomsbilder inte alltid fungerar. Vi ser också att den svenska vårdens personkontinuitet är jämförelsevis svag, eftersom få i Sverige har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård. Däremot har de flesta en ordinarie mottagning som de vanligtvis besöker.

Däremot visar de patientupplevda erfarenheterna att tillgången till vård är god, eftersom få svarar att de avstår från att söka vård på grund av kostnaden. Resultaten pekar också på en stark sjukhusvård som befolkningen har stort förtroende för. Vi ser även tecken på att Sverige är i framkant med vårdens digitalisering.

Sverige uppvisar längst väntetid till vård som inte är akut.

I jämförelse med andra länder rapporterar den svenska befolkningen längst väntetid till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. I Sverige svarar endast 37 procent av befolkningen att de fick ett besök inom två dagar senaste gången de var sjuka. Sverige har här lägst resultat av alla länder i jämförelsen. Det är en större andel som uppger att de fick ett besök inom sju dagar, 70 procent. Men även här har Sverige lägst resultat – i flera av länderna svarar ungefär 95 procent att de fick besök inom sju dagar. Sverige uppvisar också

jämförelsevis långa väntetider till specialistvård och till behandling eller operation. Det gäller även när vi ser till andelen som fått ett besök respektive behandling inom tre månader, vilket ungefär motsvarar vårdgarantin som gäller i Sverige. Sverige är också det land där lägst andel uppger att det är lätt att få vård på kvällar och helger, på annat sätt än på akutsjukhus.

Få personer i Sverige har avstått vård på grund av patientavgifter.

Få svenskar svarar att de har avstått från vård på grund av kostnaden (i Sverige handlar det om patientavgifter). Cirka 5 procent i Sverige svarar att de avstått från att besöka läkare, avstått behandling eller att hämta medicin på grund av kostnader. Sedan IHP-undersökningen 2016 har det skett en ökning med en till två procentenheter. I Sverige är det betydligt vanligare att ha avstått från tandvård på grund av kostnaden jämfört med övrig vård. I årets undersökning är det 23 procent som avstått tandvård av denna anledning. Det är en ökning med 3 procentenheter sedan förra mätningen 2016.

Den svenska vårdens personkontinuitet är jämförelsevis svag.

Få i Sverige anger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på den vårdcentral dit de vanligtvis går för sin vård. I Sverige är det 35 procent som svarar att de har en sådan ordinarie kontakt, medan andelen i övriga länder är mellan 80 och 98 procent. Däremot uppger väsentlig fler, 80 procent, att de har en ordinarie mottagning. Vi vet också att det är vanligare att flera olika yrkesgrupper arbetar på svenska vårdcentraler, till exempel psykologer och fysioterapeuter, jämfört med andra länder där främst läkare och sjuksköterskor bemannar vårdcentralerna.

Sammantaget uppvisar Sverige högst andel svarande, 13 procent, som varken anger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral eller en ordinarie mottagning dit de vanligtvis går för sin vård. Den svenska vårdens personkontinuitet, och även samlade kontinuitet i form av någon fast kontakt med vården, framstår därmed som jämförelsevis svag.

Patienter som blivit inlagda på sjukhus i Sverige upplever att de varit delaktiga i sin vård samt bemötts professionellt och respektfullt av vårdpersonalen.

Patienter som blivit inlagda på sjukhus upplever i stor utsträckning att de varit delaktiga i sin vård och att de fått ett gott bemötande av vårdpersonalen. Till



exempel svarar 92 procent att de varit så delaktiga som de önskade i besluten om sin vård och behandling. Det är också en ökning på sju procentenheter sedan 2016. I Sverige svarar även 94 procent att läkarna alltid eller ofta bemött dem på ett professionellt sätt under sjukhusvistelsen, och 96 procent svarar att de alltid eller ofta fått ett sådant bemötande från sjuksköterskor. Det svenska resultatet är här goda i jämförelse med andra länder och vi ser en förbättring sedan 2016 när det gäller samtliga frågor.

Svensk vård uppvisar brister i rutinerna vid utskrivning från sjukhus.

I undersökningen ser vi att det finns vissa brister i samband med utskrivning från sjukhus. I Sverige svarar endast 62 procent att vården gav dem skriftlig information om symptom som man ska bevaka efter det att man skrivits ut. Samtidigt är det en ökning på fem procentenheter sedan 2016. Det är något fler, 76 procent, som svarar att de fick en genomgång av de läkemedel de ska ta efter att de skrivits ut. Men här ser vi en minskning på tio procentenheter sedan 2016. 78 procent svarar att vårdpersonalen ordnade med att boka ett återbesök innan utskrivning, vilket är en ökning på fyra procentenheter.

Många i Sverige uppger att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett läkarbesök i specialistvården. Samtidigt ser vi att informationsdelningen förbättrats efter utskrivning från sjukhus.

Det är en relativt hög andel i Sverige, 19 procent, som svarar att de varit med om att läkaren i specialistvården saknat tillgång till grundläggande medicinsk information eller provresultat från den vårdcentral eller ordinarie läkare som personen vanligtvis går till. Det är också fler i Sverige som svarar att de varit med om att deras ordinarie läkare saknat information och inte varit uppdaterad om den vård personen tidigare fått från läkare i specialistvården. I Sverige är det 30 procent som svarar att de varit med om det, vilket är högst andel av alla länder i jämförelsen.

Däremot ser vi att informationsdelningen i samband med utskrivning från sjukhus förbättrats. Efter utskrivning svarar 79 procent att läkaren eller personalen på den ordinarie vårdcentralen verkade vara informerade om vården som personen fått på sjukhus. Sveriges resultat har här förbättrats med 12 procentenheter sedan 2016. Det är möjligt att ökningen går att koppla till den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, där en del handlar om att säkerställa informationsdelningen mellan vårdgivare.

Få av de svenska patienter som har haft behov av att prata med någon i vården om sin psykiska hälsa uppger att de fått ett stödsamtal eller annan behandling för det.

I Sverige är det jämförelsevis en något högre andel, 22 procent, som svarar att de någon gång de senaste tolv månaderna haft behov av att prata med en läkare eller annan vårdpersonal om sin psykiska hälsa. Vi kan även se att hela 65 procent av dem som svarar att de behövt det också uppger att de sedan inte haft ett stödsamtal eller fått annan behandling från vården. Det visar på en stor förbättringspotential.

7.2 RESULTAT OCH SLUTSATSER – ANALYS AV DE SVENSKA RESULTATEN

Det är stora skillnader i svarsmönstren som går att koppla till den enskildes bakgrund och förhållanden. Särskilt viktigt tycks det vara om patienten har en ordinarie kontakt med vården eftersom det är möjligt att påverka på kortare sikt.

För merparten av frågorna i undersökningen har vi undersökt vilka samband som kan ses mellan resultaten och olika bakgrundsfaktorer och förhållanden som kan länkas till den enskilde. De sammantaget starkaste sambanden med resultaten har patientens ålder, utbildningsnivå, självskattade hälsa och om hen vanligtvis går till en ordinarie vårdpersonal eller inte. Den senare faktorn är särskilt intressant eftersom den ”ägs” av vården och är möjlig att påverka på kortare sikt. Sammantaget bekräftar analysen skillnader som vi sett i tidigare IHP-undersökningar, till exempel betydande demografiska, regionala och socioekonomiska skillnader i vårdens patientupplevda kvalitet, men vi gör även nya iakttagelser.

Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård uppvisar genomgående bättre erfarenheter av den vård de fått jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning.

Sammantaget ser vi att de som har en ordinarie vårdpersonal (läkare eller sjuksköterska) som de vanligtvis går till uppger bättre erfarenheter av vården jämfört med dem som endast går till en ordinarie mottagning. De som i sin tur inte uppger någon form av ordinarie kontakt med vården har på några områden ännu sämre erfarenheter. Till exempel ser vi att personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska i större utsträckning svarar att:



- personalen känner till deras sjukdomshistoria
- personalen ägnar dem tillräckligt med tid
- de är involverade i beslut kring sin egen vård
- personalen förklarar saker på ett sätt så att de förstår
- de får hjälp med att samordna sin vård
- de fått skriftlig information om symptom att bevaka efter utskrivning från sjukhus
- den ordinarie läkaren var uppdaterad efter sjukhusbesök
- de har fått olika typer av stöd från vården om att ta hand om sin kroniska sjukdom
- de fått stödsamtal eller behandling vid psykisk ohälsa
- de har i högre grad haft hälsofrämjande samtal om fysisk aktivitet och kost.

Det är därmed mycket som tyder på att en ordinarie läkare eller sjuksköterska överlag har ett positivt samband med den patientupplevda kvaliteten i vården. En tänkbar förklaring kan vara att den kontinuitet som en personlig relation erbjuder generellt stärker upplevelsen av vården. En ordinarie kontakt kan även ha bättre kännedom om patientens sjukdomshistoria och ta ett tydligare ansvar i att samordna vården med olika vårdgivare.

Det är mindre vanligt att personer bosatta utanför tätorter har en ordinarie läkare eller sjuksköterska jämfört med personer i tätorter. Minst vanligt är det bland personer som bor i glesbefolkade områden. Däremot är det vanligare utanför tätorter att ha en ordinarie mottagning.

Personer över 65 år har generellt mer positiva erfarenheter av vården jämfört med yngre personer. Men yngre svarar i större utsträckning att de fått olika typer av stöd från vården samt att de oftare använder digitala tjänster.

Vi ser tydliga skillnader mellan åldersgrupper, även efter att dessa är kontrollerade för skillnader i hälsa, för nästan alla områden vi har undersökt. Sammantaget har personer över 65 år mer positiva erfarenheter av vården jämfört med yngre personer. Äldre upplever exempelvis i högre grad ett positivt bemötande från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggning. De upplever också i mindre utsträckning att vården saknar information i samband med besök hos en specialistläkare. Det är vanligare att personer 65 år och äldre har en ordinarie läkare eller sjuksköterska vid sin vårdcentral eller ordinarie mottagning jämfört med

personer som är yngre än 65 år. Det är minst vanligt att ha en ordinarie kontaktperson i åldrarna 18–34 år.

Yngre personer svarar däremot i större utsträckning att de fått olika typer av stöd från vården samt att de oftare använder digitala tjänster. Det är till exempel vanligare att de har fått olika typer av stöd för sin kroniska sjukdom eller stödsamtal eller behandling vid psykisk sjukdom. Det är också vanligare bland personer i åldern 18–49 år att ha kommunicerat med vården digitalt än bland dem över 50 år. Det är däremot vanligare att personer under 65 år har avstått från att uppsöka vård än personer över 65 år av ekonomiska skäl.

Personer med kroniska sjukdomar eller sämre självskattad hälsa har generellt sämre erfarenheter av vården. De upplever också oftare än andra svårigheter med att få tillgång till vård.

Personer som uppger att de har sämre hälsa, oavsett om det handlar om självskattad hälsa, att de har en kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa, uppvisar generellt sämre erfarenheter av vården jämfört med personer som uppger att hälsan är bättre utifrån dessa förhållanden. Till exempel upplever personer med kroniska sjukdomar i lägre grad ett positivt bemötande från läkare och sjuksköterskor i samband med sjukhusinläggning. De upplever också i större utsträckning att vården saknade information i samband med ett besök hos en specialistläkare. Personer med flera kroniska sjukdomar eller låg självrapporterad hälsa svarar även i mindre utsträckning att de har fått tillräckligt med stöd av vården för sin kroniska sjukdom jämfört med personer med endast en kronisk sjukdom och de som uppger en bättre hälsa. Personer med nedsatt hälsa upplever också oftare än andra svårigheter med att få tillgång till vård. Det handlar både om svårigheter att få vård på kvällar och helger utan att behöva besöka en akutmottagning, och om ekonomiska barriärer för att uppsöka sjuk- eller tandvård, eller för att hämta ut mediciner.

Personer med högre utbildning och personer med privat sjukförsäkring upplever kortare väntetider i vården.

Det finns ett samband mellan utbildningsnivå och de erfarenheter man har av vården, särskilt vad gäller väntetider till vård. Mer precist uppvisar personer med eftergymnasial utbildning på flera områden bättre erfarenheter av vården jämfört med personer med kortare utbildning. De anger exempelvis i något större utsträckning att de fått en tid i specialistvården eller en operation inom 90 dagar. Det är också vanligare att de upplever att vårdpersonalen



ägnar tillräckligt med tid med dem, att de får vara involverade i beslut och att vårdpersonalen förklarar saker så att de förstår. Det är även vanligare att de kommunicerar digitalt med vårdcentralen, läser eller laddar ned information digitalt samt förnyar recept eller bokar tid digitalt.

Personer som har en privat sjukförsäkring rapporterar också generellt kortare väntetider till vård jämfört med personer som inte har en privat sjukförsäkring. Vi ser till exempel att personer med privat sjukvårdsförsäkring i högre grad svarar att de har fått tid hos en specialistläkare inom tre månader. De svarar också oftare att de har fått en operation inom en eller tre månader. Utöver väntetiderna finner vi ingen tydlig riktning som är kopplad till privat sjukförsäkring (till exempel erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus).

7.3 REKOMMENDATIONER

Årets IHP-undersökning understryker återigen att det finns en generell förbättringspotential för svensk del vad gäller vårdens patientupplevda kvalitet. Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena väntetider, samordning och kontinuitet legat lågt under längre tid utan större förbättringar. Samtidigt är vårdens krav- och målbild mångfacetterad och infriandet av olika kvalitetsdimensioner måste också ses i ljuset av rådande förutsättningar, där exempelvis tillgänglig bemanning på kort sikt är en viktig restriktion. Vid det framåtriktade förbättringsarbetet måste därför mål och förutsättningar balanseras och vägas mot varandra. Det är därtill osäkert hur den vid skrivande stund rådande pandemin påverkat befolkningens syn på hur vården fungerar, då den här undersökningen till största del genomfördes innan pandemin. Det är utifrån denna bakgrund som vi utifrån undersökningens resultat lämnar ett antal rekommendationer till regering och regioner.

- ▶ *Regering och regioner bör i arbetet med öka andelen fasta vårdkontakter hos befolkningen särskilt beakta att detta sker utifrån behov och nytta och samtidigt motverka omotiverade skillnader i sådan tillgång mellan stad och glesbygd. Regering och regioner bör även gemensamt verka för att införlivandet av detta mål löpande följs upp, utvärderas och tillsynas.*

Resultaten i den här undersökningen bekräftar flertalet tidigare studier som visat att det är få i Sverige som har en ordinarie läkare eller

sjuksköterska som de vanligtvis går till för sin vård. Sverige uppvisar också sammantaget lägst personkontinuitet i den internationella jämförelsen. Vi ser samtidigt att det finns ett positivt samband mellan förekomsten av en ordinarie kontakt med vården och hur man upplever den vård man får. Vi bedömer alltså att undersökningen ger stöd för att personlig kontinuitet i vården är en viktig pådrivande faktor för god patientupplevd kvalitet.

Vid tolkningen av detta resultat är det viktigt att påpeka att det inte nödvändigtvis är så att det samband vi observerar även behöver gälla generellt för de personer som idag inte har en ordinarie kontakt. En möjlig delförklaring till sambandet kan nämligen vara att de patienter som idag har en ordinarie kontakt också är de som har större behov och nytta av kontinuerliga kontakter, vilket vår undersökning också visar.

Det är också viktigt att uppmärksamma eventuellt omotiverade skillnader i tillgången till en ordinarie vårdkontakt. Efter att vi kontrollerat för skillnader i hälsa visar exempelvis vår undersökning att förekomsten av ordinarie kontakter är lägre i glesbygd jämfört med städer. Vi bedömer därför att det är särskilt angeläget att verka för att tillgången till fasta kontakter är jämlikt fördelad över landet.

Regeringen har nyligen aviserat en satsning på god och nära vård. Målet med satsningen är att alla ska ha en fast läkarkontakt. Mål om en god personkontinuitet i vården är i sin tur ett av flera kvalitetsmål i vården - däribland att vården ska vara lätt tillgänglig och möjliggöra valfrihet. Vi rekommenderar därför regering och regioner att i arbetet med öka andelen fasta vårdkontakter hos befolkningen särskilt beakta att detta sker utifrån behov och nytta, och att genomförandet balanseras gentemot övriga kvalitetsmål och tillgängliga förutsättningar, såsom bemanning, gällande att samtidigt införliva dessa. I regeringens satsning på fasta kontakter ingår även att regionerna ska upprätta handlingsplaner och förbättra informationen på området till patienterna. Vi rekommenderar här regionerna att särskilt beakta de skillnader mellan stad och glesbygd som vi har observerat. Regeringen och regionerna bör även gemensamt verka för att berörda vårdgivare åläggs att kontinuerligt rapportera hur väl behovet av en fast vårdkontakt uppfylls, och på ett sådant sätt som patienter och befolkning enkelt kan ta del av. Regeringen bör även särskilt uppdraga till IVO att tillsyna hur väl vårdgivare och regioner infriar lagstiftningen på området.



► *Regeringen bör förbättra förutsättningarna för att följa upp vårdens jämlikhet.*

Vi ser utifrån undersökningen att det finns skillnader i den upplevda kvaliteten av vården som går att koppla till individuella faktorer, till exempel ålder, utbildning, boendeort eller om personen har en privat sjukförsäkring eller inte. Vi finner till exempel flera socioekonomiska skillnader vad gäller vårdens tillgänglighet som inte verkar motiveras av skilda vårdbehov. Det är signaler om att vården kanske inte alltid är så jämlik som den ska vara. Samtidigt är det i den nationella uppföljningen av vården i dag brist på kvalificerade och systematiska jämlikhetsanalyser. Det finns flera förklaringar till det, bland annat juridiska och praktiska hinder för datatillgång. Särskilt svag är tillgången på data som beskriver primärvårdens tillgänglighet och kvalitet. Eftersom jämlik vård är en angelägen fråga rekommenderar vi regeringen att fortsatt se över hur den nationella uppföljningen, inklusive myndigheternas arbete, kan bistå med en mer kvalificerad och systematisk uppföljning av jämlikhetsperspektivet. Vård- och omsorgsanalys har tidigare i rapporten *Med örat mot marken* lämnat ett förslag till regeringen på hur en sådan nationell uppföljning kan se ut.

► *Regionerna bör arbeta för att nå ut med information och erbjudande till fler som behöver stödsamtal och annan hjälp vid psykisk ohälsa.*

Få av dem som har haft behov att prata med någon i vården om sin psykiska hälsa uppger att de har fått ett stödsamtal eller behandling för det. Vi ser också att det är mindre vanligt att män och äldre personer får stöd från vården för sin psykiska ohälsa. Det finns därmed signaler om ett otillfredsställt vårdbehov på detta område, särskilt för vissa grupper. Vi ser därför att kunskapen behöver stärkas om varför det ser ut som det gör. Beror skillnaderna på resursbrist av olika slag eller är det så att de här personerna inte söker vård av olika anledningar? Vi rekommenderar därför regionerna att se över både information och erbjudande om stöd från vården vid psykisk ohälsa för att det ska nå ut till fler grupper.

► *Regeringen och regionerna bör ytterligare stärka samordningen av information mellan vårdgivare.*

Många i Sverige uppger att vården saknat nödvändig medicinsk information om patienten i samband med och efter ett läkarbesök i

specialistvården. Tidigare IHP-undersökningar bekräftar denna bild – bland annat pekade 2019 års undersökning med svenska primärvårdsläkare på stora brister i möjligheten att dela information digitalt med andra vårdgivare. Resultatet från den här IHP-undersökningen understryker återigen behovet av att stärka informationssamordningen mellan vårdgivare. Vi har i tidigare rapporter pekat på behovet av en sammanhållen vårdinformation och konstaterat att staten och regionerna har ett gemensamt ansvar för att driva en sådan utveckling. Det kan handla om en gemensam struktur för information, en uppdaterad lagstiftning eller om att systemen rent tekniskt ska kunna dela information mellan varandra.

Däremot ser vi en förbättring i informationsdelningen mellan vårdgivare i samband med utskrivning från sjukhus: en förbättring som kan ha sin grund i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Vi rekommenderar därför regeringen och regionerna att införliva lärdomarna från arbetet med införandet av lagen och föra det arbetet vidare till fler patienter, särskilt de delar som handlar om att förbättra informationsöverföringen. Vi rekommenderar även regeringen och regionerna att generellt verka för att it-system och lagstiftning ska öka möjligheterna till informationsutbyte mellan vårdgivare.





Referenser

- CAN - Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2020). *Hur många dricker riskabelt?*. <https://www.can.se/fragor-och-svar/alkohol/hur-manga-dricker-riskabelt/> Hämtad: 2021-02-25.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *Vip i vården?* (rapport 2014:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv* (rapport 2015:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv*. (PM 2016:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*. (PM 2017:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång?* (rapport 2018:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019a).
Med örat mot marken. (rapport 2019:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019b).
Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv. (rapport 2019:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020).
Privata sjukvårdsförsäkringar. (rapport 2020:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021).
Fast kontakt i primärvården. (PM 2021:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vården ur befolkningens perspektiv 2020

En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder

På regeringens uppdrag genomför Vård- och omsorgsanalys årligen den svenska delen av den internationella undersökningen International Health Policy Survey (IHP). IHP-undersökningen för 2020 undersöker allmänhetens (befolkningen 18 år och äldre) upplevelser av hälso- och sjukvården i elva länder. I den här rapporten redovisar och analyserar vi de svenska och internationella resultaten från undersökningen. Vår förhoppning är att rapporten ska fungera som ett underlag för att identifiera förbättringsområden i förhållande till andra länder och för fördjupade analyser i syfte att utveckla hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra 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.

 **vård- och omsorgsanalys**

