

Rapport 2022:2

# Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre

International Health Policy Survey (IHP)  
2021



► vård- och  
omsorgsanalys

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

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

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022  
Grafisk Design och produktion: Hellsten Kommunikation  
Omslagsbild: Shutterstock  
Tryck: Stibo Complete  
ISBN 978-91-88935-46-5



# Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre

International Health Policy Survey (IHP)

2021

# Beslut

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 17 februari 2022

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami  
*Styrelseordförande*

Anna Dunér  
*Vice styrelseordförande*

Gustaf Arrhenius  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Caroline Hoffstedt  
*Styrelseledamot*

# 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-undersökningen. Den här rapporten redovisar resultat och analyser av 2021 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog. IHP-undersökningen för 2021 undersöker hur befolkningen i åldern 65 år och äldre upplever hälso- och sjukvården.

Arbetet vid Vård och omsorgsanalys har gjorts av projektledaren Peter Nilsson, analytikerna Agnes Lindvall och Beatrice Onn samt praktikanten Klara Eklund. I arbetet har även projektledaren 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*

## Så finansieras undersökningen

IHP-undersökningen 2021 – *The Commonwealth Fund's 2021 International Health Policy Survey of older adults in 11 countries* – finansieras av The Commonwealth Fund. Följande organisationer är medfinansierare: Ontario Health; the Canadian Institute for Health Information; Commissaire à la santé et au bien-être du Québec; Ministère de la Santé et des Services sociaux; La Haute Autorité de Santé; the Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; the Directorate for Research, Evaluation, Studies, and Statistics of the French Ministry of Health; German Ministry of Health and BQS Institute for Quality and Patient Safety; the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport and Radboud University Medical Center; the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vård- och omsorgsanalys); the Swiss Federal Office of Public Health; The Health Foundation.

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 enkätundersökningen i Sverige.

## Resultat i korthet

Vi har genom den årliga studien International Health Policy Survey (IHP) undersökt hur befolkningen i Sverige upplever att vården fungerar och jämfört med vad befolkningen i tio andra OECD-länder tycker. Vi har även jämfört resultat med motsvarande undersökning 2017 samt genomfört en fördjupad analys av 2021 års svenska resultat.

### **Vi kommer fram till följande resultat och slutsatser:**

#### **Svensk vård i internationell jämförelse**

- ▶ Sverige uppvisar generellt svaga resultat i jämförelse med övriga länder, men vi ser förbättringar på vissa områden.
  - Exempel på svaga resultat är: Patienter rapporterar fortsatt långa väntetider till icke-akut vård fortsatt brister i samordningen av vården.
  - Andelen patienter som rapporterar att de har en fast vårdkontakt är även lägst i Sverige.
  - Exempel på förbättringar: Andelen över 65 som uppger att de har en fast vårdkontakt har ökat och vi ser förbättrade resultat gällande vården av personer med kronisk sjukdom på flera områden.
- ▶ Jämförelsevis få avstår vård på grund av avgifter, men över tid avstår fler från tandvård på grund av avgifter.

#### **Analys av de svenska resultaten**

- ▶ Patienters erfarenheter av vården uppvisar tydligast samband med självskattat hälsotillstånd och förekomst av fast vårdkontakt.
  - Personer som har en fast vårdkontakt har också generellt bättre erfarenheter av vården.
  - Personer med självskattad sämre hälsa eller är begränsad i sina dagliga aktiviteter har generellt sett mer negativa erfarenheter av vården, men de med kronisk sjukdom har däremot bättre erfarenheter.
- ▶ Tillgången till en fast vårdkontakt är inte jämt fördelat bland äldre, och de geografiska skillnader som ses framstår som omotiverade.
- ▶ Få samband mellan patienterfarenheter och demografiska och socio-ekonomiska förhållanden.

## Vi ger följande rekommendationer:

- ▶ Regeringen bör säkerställa att möjligheten till fast vårdkontakt är jämnt fördelad över landet och regionerna bör säkerställa att möjligheten till fast vårdkontakt ges efter behov och nytta. De bör även gemensamt verka för att införlivandet av detta mål löpande följs upp, utvärderas och tillsynas.
- ▶ Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att analysera och följa upp varför fler äldre avstår tandvård på grund av kostnader och vid behov föreslå åtgärder.
- ▶ Regeringen, regionerna och kommunerna bör ytterligare stärka samordningen av vård och omsorg, särskilt vad gäller samordning av information mellan vård- och omsorgsgivare.



# Sammanfattning

Den här rapporten redovisar resultat och analyser av den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som genomförs varje år. 2021 års undersökning tar fasta på hur befolkningen 65 år och äldre i Sverige och tio andra länder anser att hälso- och sjukvården fungerar i respektive land.

Målet med undersökningen är att ur befolkningens och patienternas perspektiv identifiera förbättringsområden i svensk hälso- och sjukvård samt bidra till ökat internationellt lärande. Syftet är också att skapa bättre förståelse för styrkor och svagheter i svensk vård samt i förlängningen till att initiera fördjupade analyser och diskussioner som kan bidra till dess utveckling. Även om undersökningen omfattar många relevanta frågeområden ger den inte en allomfattande bild av hälso- och sjukvården, utan den behöver relateras till och kompletteras med andra kunskapskällor.

I 2021 års undersökning tillfrågas befolkningen om deras erfarenheter av hälso- och sjukvården gällande bland annat dess tillgänglighet, samordning och kvalitet. I rapporten undersöker vi dels Sveriges resultat i jämförelse med övriga länder och dels hur vårt resultat förändrats sedan 2017, det år då motsvarande undersökning genomfördes senast.

I Sverige svarade drygt 3 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 65 år och äldre på 2021 års enkätundersökning, en svarsfrekvens på 44 procent. Då bortfallet är större i vissa grupper justerar vi med hjälp av så kallad viktning för skillnader i svarsbenägenhet så att resultaten ska vara representativa för den svenska befolkningen 65 år och äldre. Men det finns alltid begränsningar vid internationella jämförelser, bland annat skiljer sig enkätmetodikerna till viss del mellan länderna. Den stora styrkan med undersökningen, och som gör den unik, är dock att ett och samma frågebatteri – oberoende av hälso- och sjukvårdssystem - ställs till samma urval av befolkningen i elva OECD-länder.

För att fördjupa förståelsen av det svenska resultatet undersöker vi även om svaren har samband med olika individuella förhållanden, när vi tar hänsyn till flera faktorer samtidigt. Vi undersöker exempelvis om svaren skiljer sig utifrån individens demografiska (kön, ålder, civilstånd och utländsk bakgrund), socioekonomiska

(utbildningsnivå och inkomst) och hälsomässiga förhållanden (självskattad hälsa och angiven förekomst av kronisk sjukdom) samt olika kontextuella faktorer, som boendeort och om man har en fast vårdkontakt eller inte. Även om undersökningen täcker in flera relevanta förklaringsfaktorer finns det sannolikt även andra utestående faktorer som kan påverka sambanden. Exempelvis har vi inte information om tidigare vårdkonsumtion eller registrerade diagnoser, utan vårt underlag bygger uteslutande 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.

## Resultat och slutsatser

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. Det är viktigt att poängtera att den här undersökningen uteslutande tar fasta på patientrapporterade erfarenheter till skillnad från kliniskt mätbara kvalitetsmått. Det är därför möjligt att det ibland finns en skillnader mellan upplevelsen av vården och dess medicinska resultat i övrigt.

Vi delar nedan upp avsnittet utifrån rapportens tre huvudfrågeställningar:

- Hur förhåller sig Sveriges resultat för olika frågeområden till övriga länders i jämförelsen?
- Hur har Sveriges resultat förändrats sedan 2017, som är den senaste tidpunkten för motsvarande undersökning?
- Vilka samband har de svenska resultaten med olika bakgrundsfaktorer och förhållanden som går att koppla till individen?

## Svensk vård i internationell jämförelse

### **Sverige uppvisar generellt svaga resultat i jämförelse med övriga länder, men vi ser förbättringar på vissa områden**

Jämfört med övriga länder i undersökningen uppvisar Sverige generellt svaga resultat. Den sammantagna bilden – att Sverige över tid uppvisat långa väntetider och utmaningar gällande vårdens samordning, samtidigt som få personer avstått från vård på grund av kostnaden - känner vi också till stor del igen från tidigare undersökningar. Vi ser dock även flera förbättringar sedan 2017. Ett exempel rör vården av kroniska sjukdomar, där en högre andel patienter uppger att de fått

olika typer av stöd från vården jämfört med mätningen 2017. Samtidigt visar undersökningen flera försämringar över tid, bland annat inom specialistvården och avseende vårdens samordning.

Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena samordning och kontinuitet, varit svaga över lång tid och utan att större förbättringar iakttagits. 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.

### **Andelen över 65 år som uppger att de har en fast vårdkontakt har ökat**

I Sverige svarar 69 procent av dem över 65 år att de har en fast läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård, vilket är en ökning med 8 procentenheter sedan 2017. Det är även vanligare med en sådan fast vårdkontakt bland personer med kronisk sjukdom. Sverige är dock fortsatt det land i jämförelsen där lägst andel uppger att de har en fast vårdkontakt med en enskild vårdpersonal. Istället är det en mycket hög andel, 93 procent, som uppger att de har en fast mottagning som de vanligtvis går till för sin vård. Andelen har dock sjunkit med 3 procentenheter sedan 2017.

Vi ser även försämringar i hur patienterna upplever vårdmötet med den fasta vårdkontakten. Jämfört med 2017 är det en lägre andel patienter som idag svarar att de ofta eller alltid blir involverade i beslut som rör deras vård och att läkaren tillbringar tillräckligt med tid med dem i vårdmötet. Det är även en lägre andel svarande som uppger att vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia.

En möjlig förklaring till ökningen i andelen fasta vårdkontakter kan vara de satsningar som gjorts och pågår på området. Exempelvis beslutade regeringen under 2018 om en omställning till en god och nära vård där ett inriktningsmål består i att utveckla kontinuiteten i primärvården och mer specifikt att förtydliga patienters möjlighet till en fast vårdkontakt.

### **Patienter rapporterar fortsatt långa väntetider till icke-akut vård**

Den svenska befolkningen 65 år och äldre rapporterar bland de längsta väntetiderna till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. Långa väntetider är något som svenska patienter återkommande rapporterat om i IHP-undersökningarna och vi ser inga tydliga förbättringar i 2021 års undersökning. Jämfört med de andra länderna uppvisar Sverige generellt sett fortsatt längre väntetider och endast 29 procent svarar att det är lätt att få vård på kvällar och helger, vilket är sämre än i övriga länder. Sammantaget är de rapporterade väntetiderna oförändrade sedan 2017, med undantag för andelen som svarar att de får vård inom två dagar, vilken minskat med 7 procentenheter sedan 2017.

## **Jämförelsevis få avstår vård på grund av avgifter, men över tid avstår fler från tandvård på grund av avgifter**

Det är en jämförelsevis låg andel personer i Sverige över 65 år som svarar att de avstår hälso- och sjukvård på grund av höga patientavgifter. Däremot är andelen som avstår tandvård på grund av egenavgifter högre, och andelen har ökat från 7 till 11 procent sedan 2017. En möjlig förklaring är att egenavgifterna i Sverige är väsentligt högre avseende tandvård än hälso- och sjukvård.

## **Förbättrade resultat gällande vården av personer med kronisk sjukdom på flera områden**

Överlag ses relativt små skillnader i såväl förekomst som behandling av kroniska sjukdomar mellan länderna i jämförelsen. Däremot har det skett en positiv utveckling i Sverige sedan 2017 då en ökad andel äldre svarar att behandlingen av kroniska sjukdomar förbättrats inom flera områden. Ett område som har förbättrats markant är andelen som har en behandlingsplan för sin sjukdom som de kan använda sig av i vardagen. 2017 svarade 40 procent att de har en sådan, en siffra som stigit till 69 procent 2021. Vidare har ungefär hälften av personerna med kronisk sjukdom i denna mätning haft diskussioner med vårdpersonal om mål och prioriteringar med sin behandling. Under 2017 uppgav endast var tredje person med kronisk sjukdom att de haft en sådan diskussion med vårdpersonalen.

Även andelen individer med kronisk sjukdom som anger att vårdpersonal håller kontakt med dem mellan besöken har ökat med 5 procentenheter sedan 2017 och ligger idag på 22 procent. Däremot har andelen som svarar att de kan kontakta vårdpersonal vid frågor eller få råd om sitt hälsotillstånd minskat med 4 procentenheter till 73 procent.

Inom ramen för den här undersökningen är det inte möjligt att avgöra vad som påverkat utvecklingen av vården av personer med kronisk sjukdom i positiv riktning. Ett antal satsningar på området är dock i linje med utvecklingen. En sådan utgörs av satsningen på en kunskapsstyrd vård innehållande flera nya kunskapsstöd i form av vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer för olika kroniska sjukdomar.

## **Patienter rapporterar fortsatt brister i samordningen av vården**

Vårdens samordning är fortsatt ett problemområde inom svensk vård, och Sverige uppvisar här genomgående sämre resultat än de övriga länderna. För hälften av frågorna ses dessutom en försämring sedan 2017. Sverige är exempelvis ett av de länder där lägst andel svarar att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att samordna den vård som de får från andra vårdgivare, vilket kan vara kopplat till vår låga andel patienter med fasta vårdkontakter. Sverige är även det land där flest svarar att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården, ett resultat som

också har försämrats sedan 2017. Däremot träffar inte svenska patienter fler olika läkare under ett år jämfört med andra länder.

En hög andel av de svarande uppger att de fått olika typer av vård och stöd i samband med utskrivning från sjukhus, men Sverige presterar ändå sämre än snittet för övriga länder. Däremot har andelen som fått skriftlig information om vilka symptom man ska bevaka efter utskrivning ökat med 6 procentenheter sedan 2017 och uppgår till 64 procent. Motsatt trend ses för andelen som fått en genomgång av de läkemedel som patienten ska ta efter utskrivning, då denna andel minskat till 63 procent jämfört med 69 procent 2017.

### **Pandemin har påverkat vården- och omsorgen för 65 år och äldre**

Även om den här undersökningen inte direkt fokuserat på covid-19-pandemin, har resultaten troligen påverkats av pandemin eftersom vården varit tungt belastad under perioden. Ett exempel är att covid-19-pandemin påverkat de som får hjälp i hemmet med att klara sina dagliga aktiviteter. Inom gruppen svarade 20 procent att hjälpen ställts in eller begränsats under pandemin, och 13 procent svarade att de inte ville ha andra personer i sitt hem på grund av pandemin, och att de därmed inte fått den hjälp de behövt för att klara sina dagliga aktiviteter.

Sedan 2017 har antalet äldre som upplevt psykisk ohälsa de senaste 12 månaderna ökat, och majoriteten av dem som har behov av att träffa en läkare eller annan vårdpersonal på grund av psykisk ohälsa har inte fått stödsamtal eller annan behandling från vården. En tänkbar förklaring till utvecklingen är att äldre är en grupp som är mer oroliga än andra till följd av pandemin, något som bland annat framkommit i andra undersökningar.

### **Analys av de svenska resultaten**

Vi har fördjupat analysen av IHP-undersökningen genom en regressionsanalys av utfallet av enkätfrågorna och olika bakgrundsfaktorer hos de svarande. Syftet är att undersöka eventuella samband mellan patienternas erfarenheter av vården och bland annat deras demografiska och hälsomässiga förhållanden. Vid tolkning av resultaten är det dock viktigt att ha i åtanke att det rör sig om statistiska samband och inte orsakssamband. Vi kan alltså inte med säkerhet säga om en bakgrundsfaktor orsakar en viss upplevelse inom vården eller inte.

### **Patienternas erfarenheter av vården uppvisar tydligast samband med självskattat hälsotillstånd och förekomst av fast vårdkontakt**

Ett genomgående resultat är att personer med en fast vårdkontakt har mer positiva erfarenheter från vården samt att personer med en sämre självskattad hälsa också har sämre erfarenheter av vården. Det stämmer väl överens med resultaten från 2020 års IHP-undersökning som riktade sig till hela befolkningen. Samtidigt ser

vi förhållandevis få samband mellan utfallen och de svarades socioekonomiska förhållanden.

### **Personer som har en fast vårdkontakt har också generellt bättre erfarenheter av vården**

Sammantaget ser vi att de som svarar att de har en fast vårdpersonal att vända sig till (läkare eller sjuksköterska) uppger att de har bättre erfarenheter av vården jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning. De svarar till exempel i högre utsträckning att:

- de är involverade i beslut om sin egen vård
- vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem
- vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia
- de får hjälp att samordna eller planera vården de får från andra läkare
- de får mer stöd i vården av sina kroniska sjukdomar. Det handlar till exempel om målsättningar och prioriteringar med vården av deras kroniska sjukdom, de har någon att kontakta, eller som tar kontakt med dem mellan vårdbesöken, samt har en behandlingsplan som går att använda i vardagen.

I 2020 års IHP-undersökning, som riktade sig till hela befolkningen, lyfte vi fram att sambandet mellan ordinarie vårdkontakt och mer positiva erfarenheter i vården är av särskilt intresse, eftersom det är en fråga som ”ägs” av sjukvården, och på så vis direkt är möjlig att påverka. Vi ser att samma resonemang är giltigt även utifrån i årets undersökning.

### **Tillgången till en fast vårdkontakt är inte jämt fördelat bland äldre och de geografiska skillnader som ses framstår som omotiverade**

Att ha en fast vårdkontakt är inte jämnt fördelat bland befolkningen över 65 år, utan det är exempelvis vanligare bland de över 75 år och bland personer med en eller flera kroniska sjukdomar. Detta speglar sannolikt ett ökat behov hos dessa grupper jämfört med personer under 75 år och utan kroniska sjukdomar. Däremot ser vi också att det är mindre vanligt att ha en fast vårdkontakt bland personer som är bosatta i glesbygdsområden, vilket sannolikt inte är en skillnad som beror på skillnader i behov mellan stad och glesbygd.

### **Personer som beskriver sin hälsa som sämre eller är begränsade i sina dagliga aktiviteter har generellt sett mer negativa erfarenheter av vården, medan de med kronisk sjukdom däremot i vissa fall har bättre erfarenheter**

Personer som beskriver sin hälsa som sämre, som har psykisk ohälsa såsom ångest och nedstämdhet, eller som är begränsade i sina dagliga aktiviteter har ofta mer negativa upplevelser av sjukvården jämfört med personer med god hälsa. Orsaken till skillnaderna går dock inte att finna i den här undersökningen, och vi kan exempelvis inte avgöra om det är så att personer med dålig hälsa får sämre vård, eller om personer som får sämre vård av annan anledning får sämre hälsa som konsekvens. Oavsett anledning är det här en viktig skillnad att fördjupa sig i.

Personer som har en eller flera kroniska sjukdomar har på några områden istället mer positiva erfarenheter av sjukvården än personer som har andra former av nedsatt hälsa. Personer med fler än en kronisk sjukdom känner sig exempelvis mer delaktiga i besluten om sin egen vård samt upplever att personalen känner till deras medicinska historia. Det är möjligt att det här reflekterar en skillnad i vårdkonsumtionsmönster mellan personer med och utan kroniska sjukdomar, där en skillnad är att de i högre utsträckning har en fast vårdkontakt än personer utan kroniska sjukdomar.

### **Få samband mellan patienterfarenheter och demografiska och socioekonomiska förhållanden**

Vi finner överlag att demografiska eller socioekonomiska faktorer i liten utsträckning samvarierar med vare sig positiva eller negativa erfarenheter av vården, även när vi har kontrollerat för olika aspekter av ohälsa. För enstaka områden ses dock vissa samband. Kvinnor har exempelvis mer negativa erfarenheter än män inom vissa aspekter av vården. De anger i lägre utsträckning än män att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid med dem, och att de har fått en genomgång av sina läkemedel när de lämnar sjukhuset. Kvinnor med kroniska sjukdomar har även mer negativa erfarenheter av vården för sina kroniska sjukdomar än män.

Vad gäller personer med utländsk bakgrund så är det vanligare att de avstår tandvård och läkemedel på grund av kostnaden, även när vi kontrollerar för att ha en låg inkomst. Det är också mindre vanligt att personer med utländsk bakgrund har någon vårdpersonal som de kan kontakta med frågor om sin kroniska sjukdom mellan läkarbesöken.

Sett till utbildningsbakgrund så har personer med gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning mer negativa erfarenheter av att försöka komma i kontakt med vården än personer med förgymnasial utbildning. Även personer bosatta i glesbygd upplever att det är svårare att komma i kontakt med vården på kvällar och helger, jämfört med personer i tätorter.

## Rekommendationer

Årets IHP-undersökning understryker återigen att det finns en generell förbättringspotential vad gäller den svenska 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. I år finner vi även en ökning i andelen över 65 år som avstår tandvård.

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 mot den bakgrunden som vi utifrån undersökningens resultat lämnar ett antal rekommendationer till regering och regioner.

► **Regeringen bör säkerställa att möjligheten till fast vårdkontakt är jämnt fördelad över landet och regionerna bör säkerställa att möjligheten till fast vårdkontakt ges efter behov och nytta. De bör även gemensamt verka för att införlivandet av detta mål löpande följs upp, utvärderas och tillsynas.**

Resultaten i den här undersökningen bekräftar att det är färre i Sverige som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligtvis går till för sin vård jämfört med andra länder. Vi ser likt föregående år att det samtidigt finns ett positivt samband mellan förekomsten av en fast vårdkontakt och hur man upplever den vård man får. Vi bedömer alltså att IHP-undersökningen återigen ger ett starkt stöd för att personlig kontinuitet i vården, det vill säga att ha en personlig vårdkontakt jämfört med att enbart ha en fast mottagning, är en viktig pådrivande faktor för god patientupplevd kvalitet.

Vid tolkningen av det här resultatet är det viktigt att påpeka att det inte nödvändigtvis är så att den patientupplevda kvaliteten skulle förbättras för alla om de får en fast vårdkontakt. En möjlig delförklaring till det samband som vi observerat kan nämligen vara att just de patienter som redan har en fast vårdkontakt idag också är de som har större behov och nytta av kontinuerliga kontakter, vilket vår undersökning också visar. En annan möjlig delförklaring kan vara att personer som har goda erfarenheter av vården också har större sannolikhet att utse en fast vårdkontakt.

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



Vi ser att det har skett en ökning av andelen personer över 65 år i Sverige som har en fast vårdkontakt, och att ökningen är särskilt påtaglig bland personer med kronisk sjukdom.

Regeringen har beslutat om en omställning till en god och nära vård där ett inriktningsmål består i att utveckla kontinuiteten i primärvården och mer specifikt att förtydliga patienters möjlighet till en fast vårdkontakt. 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.

Vi rekommenderar här regionerna att särskilt beakta de skillnader mellan stad och glesbygd samt mellan sjukdomsgrupper 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. Regionerna bör även fortsatt arbeta med att informera patienter och vårdpersonal om patienternas rättigheter till en fast vårdkontakt.

► **Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att analysera och följa upp varför fler äldre avstår tandvård på grund av kostnader och vid behov föreslå åtgärder.**

I Sverige ges olika former av tandvårdsstöd i syfte att sänka den privata kostnaden för tandvård. Dessa utgörs av ett allmänt tandvårdsbidrag på 600 kronor per år för personer över 65 år, ett särskilt tandvårdsbidrag för grupper som till följd av till exempel sjukdomar eller mediciner riskerar sämre munhälsa, samt ett högkostnadsskydd. I 2021 års undersökning ser vi dock att andelen som anger att avstår tandvård på grund av kostnaden, ökat från 7 till 11 procent sedan 2017. Undersökningen visar också att personer med utländsk bakgrund är mer sannolika att avstå tandvård på grund av kostnaden, även när vi kontrollerade för andra faktorer som till exempel inkomstförhållanden. Då forskning visat att en god munvård är särskilt viktig inom gruppen 65 år och äldre, bland annat via sambandet mellan god munhälsa och övrig hälsa, är det viktigt att undersöka varför fler äldre avstår tandvård på grund av kostnaden.

Vi rekommenderar regeringen att uppdra till en lämplig myndighet att analysera och följa upp varför fler äldre avstår tandvård på grund av kostnaderna och att vid behov föreslå åtgärder för att tillförsäkra alla en god tandvård på lika villkor. Det bör också studeras varför personer med utländsk bakgrund i högre

utsträckning avstår på grund av kostnader. Det är möjligt att informationen om vilket stöd som finns att tillgå inte är tillräckligt eller att det inte når alla grupper i samhället i lika stor utsträckning.

► **Regeringen, regionerna och kommunerna bör ytterligare stärka samordningen av vård och omsorg, särskilt vad gäller samordning av information mellan vård- och omsorgsgivare.**

Vi ser återigen att bristen på samordning fortsätter att vara ett problemområde inom svensk vård då Sverige uppvisar jämförelsevis sämre resultat på alla frågor som rör vårdens samordning. För flera av frågorna ses dessutom en försämring sedan 2017. Sverige är ett av de länder där lägst andel svarar att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att samordna den vård som de får från andra vårdgivare, vilket kan vara kopplat till att vi är ett av de länder som har lägst andel fasta vårdkontakter.

Sedan 2017 har samtidigt andelen som har en fast vårdkontakt ökat. Syftet med den fasta vårdkontakten är bland annat att tillgodose patientens behov av samordning. Den ökade andelen fasta vårdkontakter borde därmed ge ökade förutsättningar för att förbättra samordningen av vården.

En annan sida av problemet med samordning handlar om att många i Sverige uppger att vården saknar nödvändig medicinsk information om patienten i samband med och efter ett läkarbesök i specialistvården. Tidigare IHP-undersökningar bekräftar den bilden. 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, regionerna och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att driva en sådan utveckling. Det handlar om såväl en gemensam struktur för information som en uppdaterad lagstiftning och även att systemen rent tekniskt ska kunna dela information mellan varandra.

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>21</b>
1.1	IHP-undersökningen gör det möjligt att jämföra den svenska vården med andra länders vård.....	21
1.2	IHP belyser befolkningens erfarenheter av vården men ger inte hela bilden av vårdens kvalitet.....	22
1.3	Rapportens Frågeställningar och upplägg.....	22
1.4	Sammanfattande metod .....	23
1.5	Så här är rapporten disponerad .....	25
<b>2</b>	<b>Väntetid till vård och vårdens tillgänglighet .....</b>	<b>26</b>
2.1	Väntetid till allmän vård .....	28
2.2	Avstår vård.....	31
2.3	Videosamtal med vården – före och under pandemin.....	35
<b>3</b>	<b>Erfarenheter av den mottagning eller vårdpersonal som patienten vanligen besöker.....</b>	<b>37</b>
3.1	Ordinarie vårdkontakt .....	38
3.2	Erfarenheter av ordinarie vårdkontakt.....	42
<b>4</b>	<b>Samordning av vård och erfarenheter av specialist- och sjukhusvård.....</b>	<b>46</b>
4.1	Samordnad vård och omsorg.....	47
4.2	Erfarenhet av inläggning på sjukhus .....	52
<b>5</b>	<b>Vård för personer med kronisk sjukdom och psykisk ohälsa..</b>	<b>55</b>
5.1	Förekomst och behandling av kroniska sjukdomar .....	56
5.2	Vård och omsorg av kroniska sjukdomar.....	59
5.3	Psykisk ohälsa och social isolering .....	66
<b>6</b>	<b>Vård och omsorg i hemmet.....</b>	<b>69</b>
6.1	Behov av vård och omsorg i hemmet.....	70
6.2	Får hjälp med dagliga aktiviteter i hemmet .....	70
6.3	Pandemins påverkan på vård och omsorg i hemmet .....	73

<b>7</b>	<b>Övergripande analys .....</b>	<b>74</b>
7.1	Svensk vård i internationell jämförelse .....	74
7.2	Pandemins påverkan på vård och omsorg för 65 år och äldre.....	80
7.3	Analys av de svenska resultaten.....	82
	<b>Resultat, slutsatser och rekommendationer .....</b>	<b>88</b>
	<b>Referenslista .....</b>	<b>97</b>

# 1 Inledning

Sedan år 2009 deltar Sverige i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvården. Syftet är att öka lärandet mellan länder och till att ge underlag till ett 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-undersökningen. I den här rapporten redovisar vi resultaten från 2021 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog.

2021 års IHP-undersökning undersöker hur befolkningen 65 år och äldre upplever hälso- och sjukvården i elva länder. Genom att fråga befolkningen om deras erfarenheter av vården kan vi identifiera förbättringsområden 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-undersökningen kontinuerligt till tre olika målgrupper enligt ett rullande treårsschema. Utöver undersökningen till den äldre befolkningen riktas även undersökningen vissa år till befolkningen 18 år eller äldre samt andra år till läkare i primärvården. Den föregående undersökningen som riktade sig till befolkningen 65 år och äldre genomförde vi 2017 (Vård- och omsorgsanalys, 2017).

## 1.1 IHP-undersökningen gör det möjligt att jämföra den svenska vården med andra länders vård

IHP-undersökningen 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-undersökningen 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-undersökningen 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.

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 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. Hur har Sveriges resultat förändrats sedan 2017?
3. Vilka samband har de svenska resultaten med olika förhållanden och bakgrundsfaktorer som går att koppla till individen?

De första två frågorna besvarar vi genom att redovisa resultatet för Sverige och de övriga tio länder som ingick i 2021 års IHP-undersökning riktad till befolkningen 65 år och äldre och jämför det med resultat från 2017 års undersökning. 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, vård av personer med kroniska sjukdomar samt vård och omsorg i hemmet.

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 och utbildningsnivå.

## 1.4 Sammanfattande metod

Här beskriver vi sammanfattande metod för undersökningen och de analyser som vi genomfört. Mer information om metoden för undersökningen finns att hämta som en bilaga på vår hemsida.

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 10 mars till 28 april 2021.

Populationen för undersökningen utgjordes av alla folkbokförda personer i åldern 65 år och äldre. Urvalsramen i undersökningen skapades med hjälp av SCB:s register över totalbefolkningen (RTB). Från urvalsramen drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 7 002 personer. Urvalet stratifierades utifrån geografiskt läge, svensk/utländsk bakgrund, utbildningsnivå samt ålder.

Totalt gjordes tre utskick med post till urvalet utifrån folkbokföringsadressen. I informationsbrevet som skickades ut ombads urvalspersonerna att besvara frågorna via en webbenkät eller via en telefonintervju. Om personen önskade telefonintervjun var det upp till hen själv att kontakta SCB och boka eller kopplas direkt till en intervju.

Totalt svarade 3 018 personer på undersökningen, vilket ger en svarsfrekvens på 43,5 efter att den övertäckning (personer som avlidit eller emigrerat) som identifierats i urvalsramen tagits bort. De allra flesta, cirka 92 procent av de svarande, valde att svara enkäten via webb. Svarsfrekvensen är i linje med andra enkätundersökningar som genomförs till befolkningen. En bortfallsanalys visar att bortfallet är större bland framför allt personer med utländsk bakgrund och lågutbildade. För att minska skevheten i bortfallet har vikter beräknats som tar hänsyn till skillnader i svarsbenägenhet beroende på kön, ålder, utländsk bakgrund, urbaniseringsgraden för den boendes bostadsort, utbildningsnivå samt civilstånd. Även om mycket av skevheten i bortfallet kan minskas effektivt med vikter finns det en risk att en viss skevhet ändå kan kvarstå.

I de övriga länderna i IHP-undersökningen var det stor variation i hur många som besvarade enkäten. Som lägst var det cirka 500 personer i Nya Zeeland och Norge och som högst cirka 4 500 personer 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 en webbenkät för att samla in svar.

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, utländsk bakgrund, geografiskt läge (glesbygd/stad), självs kattad hälsa, kroniska sjukdomar, psykisk hälsa och om man är begränsad i sina dagliga aktiviteter. Vi har även tittat på om man har en fast läkare eller sjuksköterska, är sammanboende eller ensamstående, utbildningsnivå, och om man har en låg inkomst. Vi vill betona att det även kan finnas andra förklaringsfaktorer som kan ha samband med resultatet. Exempelvis har vi inte tillgång till uppgifter över personernas faktiska 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 webbplats.

#### **1.4.1 Metoden för datainsamling har förändrats vilket kan påverka jämförelser över tid**

Metoden för den svenska delen av undersökningen har förändrats sedan den genomfördes 2017. 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 liten. Vi kan bland annat se att sammansättningen av urvalet är relativt lik mellan åren, för bland annat ålder, kön, hälsa, utbildning och hälsa. För att säkerställa jämförbarhet så långt som möjligt är materialet viktat på samma sätt över åren. Vi har också gjort nya beräkningar av 2017 års undersökning för att säkerställa att till exempel svarsalternativ är kodade på samma sätt så att det blir jämförbart. Det innebär att 2017 års resultat som publiceras i den här rapporten i vissa fall kan skilja sig från den rapport som publicerades 2017.



### 1.4.2 Undersökningen genomfördes under covid-19-pandemin

Undersökningen genomfördes under våren 2021. Det är svårt att säga hur stor påverkan covid-19-pandemin hade på undersökningen. Vi ser inga tecken på några större trendbrott jämfört med tidigare undersökningar inom IHP, men det är möjligt att tendenser eller förändringar har försvagats eller förstärkts som en effekt av pandemin. Vi ser inte heller några tecken på att svarsfrekvensen påverkats.

### 1.4.3 Begränsningar i internationella jämförelser

Varje försök till jämförelser 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-undersökningen främst konkreta funktioner och händelser snarare än värderingar av 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.

## 1.5 Så här är rapporten disponerad

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

Kapitel 2–6 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, sjukhusvård och samordning, kapitel 5 undersöker frågor om vård av personer med kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa och i kapitel 6 undersöks frågor som rör vård och omsorg i hemmet.

Slutligen summerar vi resultatet och redovisar våra övergripande analyser i kapitel 7. I kapitel 8 redovisar vi våra slutsatser samt lämnar våra rekommendationer till regeringen och hälso- och sjukvårdshuvudmännen. I kapitel 9 redovisas referenser som används i rapporten. På vår hemsida finns en också en metodbilaga att ladda ner.

## 2 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, kostnadsmässiga och informationsmässiga. I det här kapitlet redovisar vi de frågor i IHP-undersökningen som rör olika kostnadsmässiga barriärer till vården.

### Resultat för Sverige jämfört med andra länder

- Jämfört med andra länder rapporterar den svenska äldre befolkningen bland de längsta väntetiderna till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. Andelen som fick vård inom två dagar har minskat något sedan 2017.
- Få personer i Sverige har avstått vård på grund av kostnader. Däremot är det fler som avstått tandvård och den andelen har ökat sedan 2017.
- I Sverige har en hög andel av den äldre befolkningen använt sig av ett digitalt videosamtal med vården under pandemin, men det finns länder i jämförelsen där en ännu högre andel använt sig av videosamtal.

### Resultat för Sverige

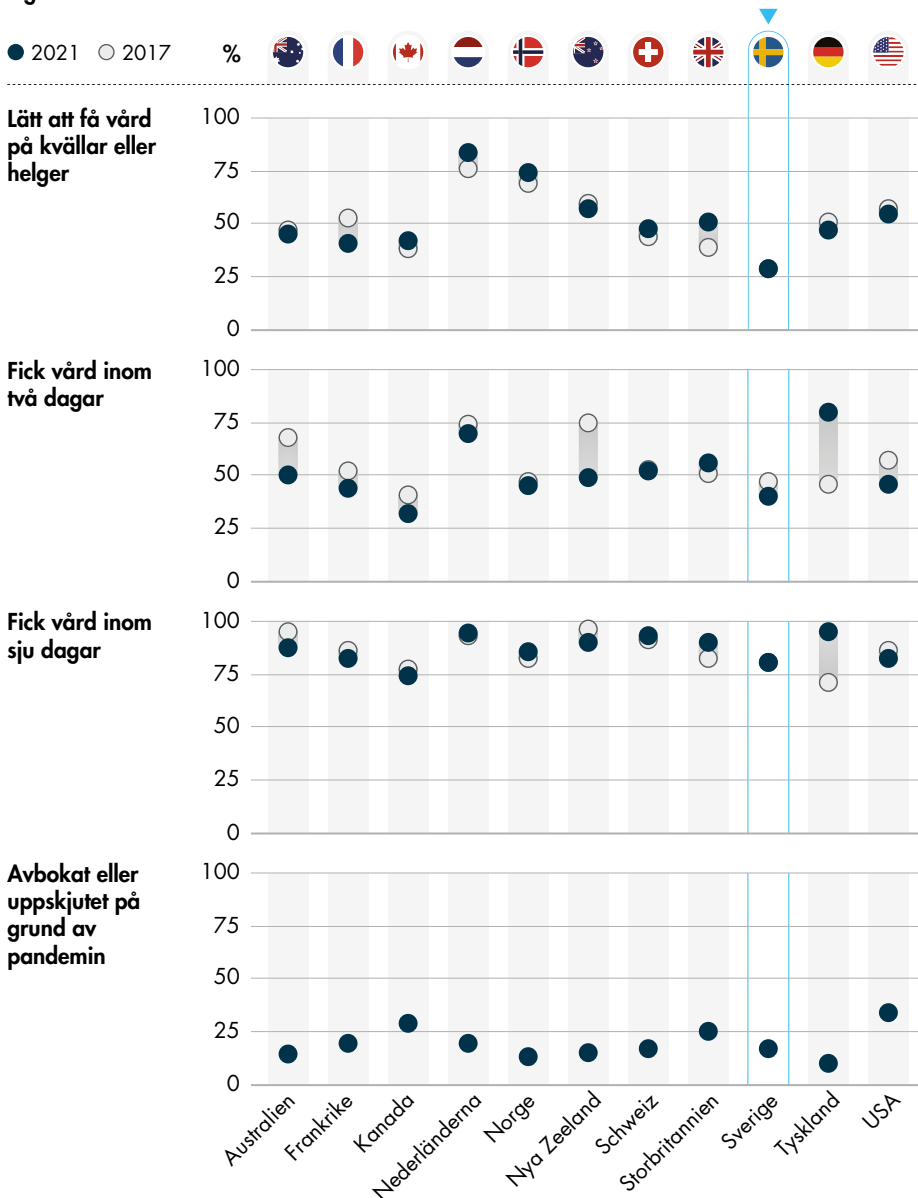
- Personer med sämre hälsa svarar oftare att det är svårt att få vård på kvällar och helger. De svarar också i lägre utsträckning att de fick vård inom sju dagar senaste gången de var i behov av icke-akut vård. De har också oftare fått ett besök inställt på grund av covid-19-pandemin.

- Personer med utländsk bakgrund har oftare avstått från att hämta ut läkemedel, och att uppsöka tandvård på grund av kostnaden jämfört med personer utan utländsk bakgrund.
- Personer med högre utbildningsnivå svarar att de har svårare att få en tid hos vården inom sju dagar jämfört med jämfört med personer med förgymnasial utbildning. De svarar också i högre utsträckning att de har fått vård inställd på grund av covid-19-pandemin.

## 2.1 Väntetid till allmän vård

I Sverige svarar 40 procent att de fick vård inom två dagar senaste gången de var sjuka, jämfört med 47 procent 2017. Endast Kanada har en lägre andel än Sverige, där 32 procent fick vård inom två dagar.

Figur 1. Väntetid till allmän vård.



Det är fler i Sverige som uppger att de fick ett besök inom sju dagar, 81 procent. Det är en oförändrad nivå sedan förra mätningen 2017. Men även här har Sverige bland de lägsta resultaten av de jämförda länderna, eftersom mer än nio av tio i flera av länderna svarar att de fick besök inom sju dagar.

Sverige visar samma svaga resultat på frågan om det är lätt att få vård på kvällar och helger utan att behöva besöka akutvården. I Sverige är det 29 procent som svarar att det är lätt att få vård på kvällar och helger, medan andelen är högre i de flesta andra länder. Andelen i Sverige som tycker det är lätt är oförändrad sedan 2017.

Liknande frågor om väntetid ställdes även i IHP-undersökningen 2020, när urvalet var hela befolkningen i åldern 18 år och äldre, och även då hade Sverige ett lägre resultat än andra länderna (Vård- och omsorgsanalys, 2021a). Även andra källor som undersökt väntetider i Sverige visar på att frågan är komplex att undersöka och det kan finnas skillnader mellan upplevd väntetid och faktisk väntetid. Hälso- och sjukvårdsbarometern visade 2020 att ungefär sju av tio anser att väntetiderna till primärvården är rimliga (SKR, 2021). Samtidigt utfördes 2018 nio av tio läkarbesök i primärvården inom sju dagar enligt SKR:s väntetidsdatabas (Vård- och omsorgsanalys, 2019a).

### 2.1.1 Analys av det svenska resultatet

Väntetider till vården ska först och främst bero på behovet av vård (3 kap. 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL), och väntetidsgarantin sätter gränser för hur länge en person ska behöva vänta på vård (se 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)). Samtidigt ser vi utifrån resultaten i den här analysen att andra faktorer än hälsan har samband med väntetider.

De viktigaste resultaten är:

- Personer med sämre hälsa svarar oftare att det är svårt att få vård på kvällar och helger. De svarar också sällan att de fick vård inom sju dagar senaste gången de var i behov av icke-akut vård. De har också oftare fått besök inställt på grund av covid-19-pandemin. Vi kan inte med säkerhet säga om det beror på att de i genomsnitt gör fler vårdbesök under ett år än personer med god hälsa eller inte.
- Personer på landsbygden upplever att det är svårare att få vård inom sju dagar och på kvällar och helger än personer i städer.
- Personer med högre utbildningsnivå svarar att de har svårare att få en tid hos vården inom sju dagar än personer med förgymnasial utbildning. De svarar också oftare att de har fått vård inställd på grund av covid-19-pandemin.
- Personer med en fast vårdkontakt tycker att är enklare att få vård på kvällar och helger utan att besöka akutmottagningen. De svarar också oftare att de fick vård inom sju dagar den senaste gången de var i behov av icke-akut vård.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

### **Civilstånd**

Vi finner inget samband mellan att leva ensam och tillgänglighet till vård när vi kontrollerar för andra bakgrundsfaktorer. Däremot ser vi att personer som svarar att de känner sig ensamma och isolerade från sin omgivning oftare svarar att de har fått ett vårdbesök uppskjutet eller avbokat på grund av pandemin.

### **Socioekonomi**

Personer med en gymnasial utbildning svarar mer sällan än personer med en förgymnasial utbildning att det är enkelt att få tillgång till icke-akut vård på kvällar och helger. Personer med högre utbildning än förgymnasial svarar mer sällan att de har fått en tid i vården inom två till sju dagar jämfört med personer med lägre utbildning. Personer med eftergymnasial utbildning svarar också oftare än de med lägre utbildning att de har fått ett vårdbesök inställt eller uppskjutet på grund av covid-19-pandemin.

### **Hälsa**

Personer med sämre hälsa upplever sämre tillgänglighet till vården än personer med god hälsa. Att få vård inom sju dagar är mindre vanligt bland personer med självskattad dålig hälsa, och med flera kroniska diagnoser. Det är också färre personer med självskattad dålig hälsa som uppger att det är enkelt att få vård på kvällar och helger utan att besöka en akutmottagning än personer med god hälsa.

Det är vanligare bland personer med dålig hälsa att ett vårdbesök har ställts in eller blivit uppskjutet på grund av covid-19-pandemin jämfört med personer med god hälsa. Detta gäller för personer med flera kroniska diagnoser, och personer som lever med psykisk ohälsa som ångest eller nedstämdhet. I rapporten *I skuggan av covid-19* (Vård- och omsorgsanalys 2021d) visar en enkätundersökning att 15 procent av befolkningen blivit nekad vård eller fått sin vård inställd eller senarelagd på grund av pandemin. I vår undersökning framgår det inte hur ofta personerna besöker vården, men en möjlig förklaring till att det är vanligare bland personer med dålig hälsa att få besök inställda eller uppskjutna är att de oftare besöker vården än personer med god hälsa.

### **Ordinarie kontakt med vården**

Personer som har en fast vårdkontakt svarar oftare än andra att det är enkelt att få vård på kvällar och helger utan att behöva uppsöka en akutmottagning, samt att de får en vårdtid inom sju dagar.

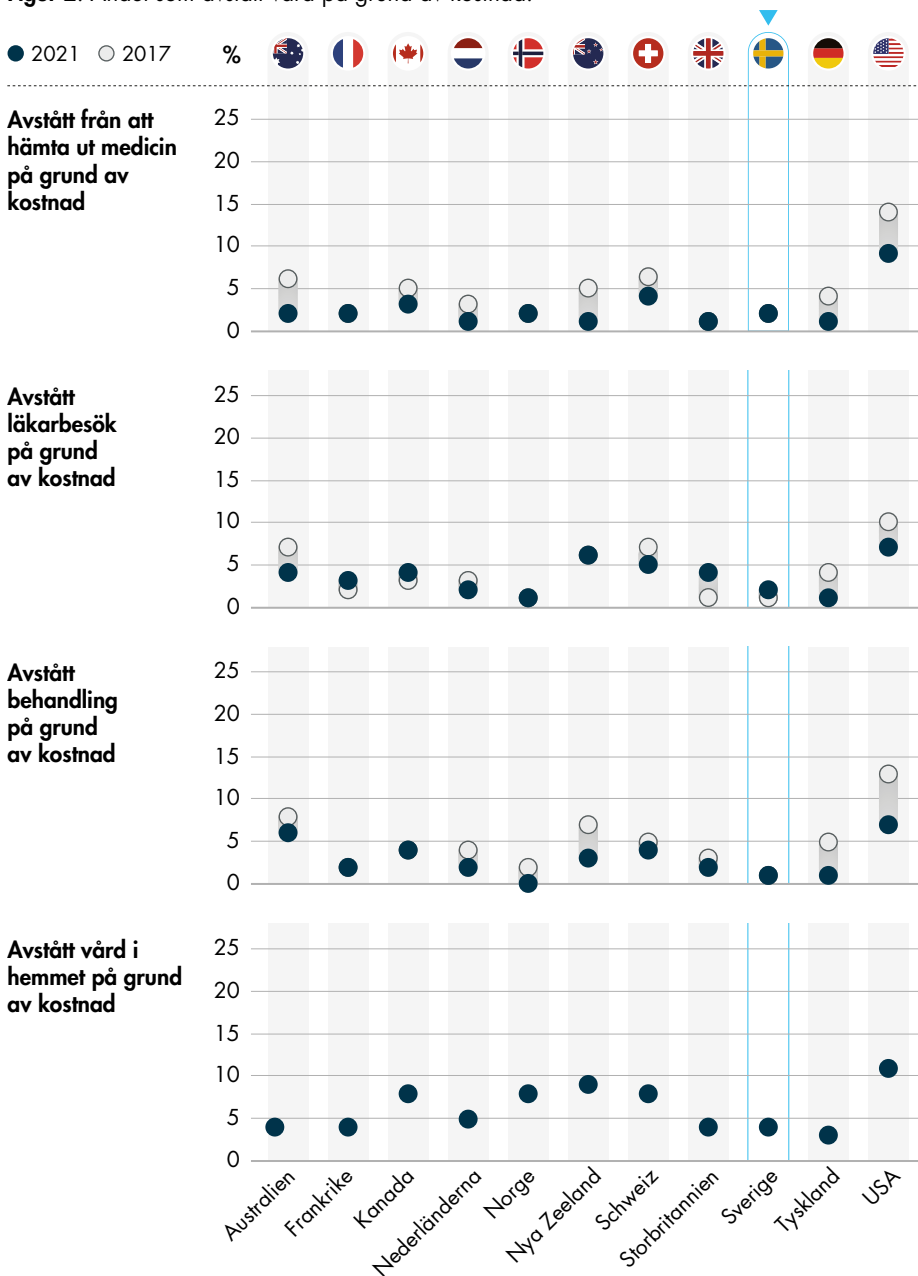
## Boendeort

Personer som bor i tätbefolkade områden svarar oftare än personer bosatta i glesbygden att det är lätt att få vård på kvällar och helger utan att besöka akutmottagningen. Vi kunde se samma resultat i IHP-undersökningen 2020, som studerade hela befolkningen över 18 år (Vård- och omsorgsanalys, 2021a). Personer bosatta i tätbefolkade områden svarar mindre ofta att de har fått vård inom sju dagar, till skillnad från personer bosatta på landsbygden. I rapporten *Långt bort men nära* har Vård- och omsorgsanalys visat att väntetidsgarantin till primärvården uppfylls i något lägre grad i storstadskommuner jämfört med landsbygden (Vård- och omsorgsanalys, 2021c). Vi ser däremot ingen skillnad mellan tät- och glesbefolkade områden när det gäller att få vård inom två dagar.

## 2.2 Avstår vård

Det är få personer som avstår från vård och behandling på grund av olika patientavgifter i Sverige. Cirka 1–2 procent i Sverige svarar att de avstått från att besöka läkare, behandling eller att hämta medicin på grund av kostnader (figur 2). Nivån är ungefär oförändrad sedan IHP-undersökningen 2017. Andelen för den äldre befolkningen är något lägre jämfört med hela befolkningen i Sverige (Vård- och omsorgsanalys, 2021a). Det svenska resultatet är i linje med de flesta andra europeiska länder i undersökningen med undantag för Schweiz. Det är vanligast att ha avstått från vård på grund av kostnaden i USA, även om andelen har minskat ganska mycket sedan 2017.

**Figur 2.** Andel som avstått vård på grund av kostnad.



I Sverige, liksom i andra länder, är det betydligt vanligare att ha avstått från tandvård på grund av kostnaden jämfört med övrig vård. I årets undersökning är det 11 procent som avstått tandvård. Det är en ökning med 4 procentenheter sedan förra mätningen 2017.



I år undersöktes även om man har avstått att ta emot vård i hemmet på grund av kostnaden. I Sverige svarade 4 procent att de avstått vård i hemmet på grund av kostnaden. Nivån är låg i jämförelse med flera andra länder. Även här har USA den högsta andelen som avstått vård, 11 procent.

### Fakta om tandvård och Sveriges äldre befolkning

- I Sverige finns ett allmänt tandvårdsbidrag på 600 kronor per år för personer över 65 år. Bidraget kan användas till "undersökningar, förebyggande behandlingar och all annan tandvård som ger rätt till statligt tandvårdsstöd" (Försäkringskassan u.å.).
- Utöver detta bidrag finns högkostnadsskyddet som innebär att man vid höga tandvårdskostnader endast betalar en del av kostnaden. Högkostnadsskyddet ersätter 50 procent av kostnader som överstiger 3 000 kronor och 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor.
- För individer med sjukdom eller funktionsvariation som innebär risk för försämrad tandhälsa finns möjlighet till särskilt tandvårdsbidrag. Det särskilda tandvårdsbidraget är 600 kronor per halvår.
- De som är 65 år eller äldre försörjs främst av pension och har en lägre sammanräknad förvärvsinkomst än 20-64-åringarna. Det är stora inkomstskillnader inom gruppen där inkomsten blir lägre med ökad ålder (SCB 2017).
- Andelen pensionärer med relativt låg ekonomisk standard har ökat de senaste åren. Även om det inte tagits fram statistik mellan 2017 och 2021 än, visade prognosen 2016 att andelen förmodligen kommer att öka ytterligare (Pensionsmyndigheten 2018).
- Det finns stora vetenskapliga kunskapsluckor inom äldres munhälsa och tandvård, men forskning har visat att det finns kopplingar mellan munhälsa och övrig medicinsk hälsa (Boström m.fl., 2017).

### 2.2.1 Analys av det svenska resultatet

Svensk sjukvård har vissa patientavgifter, till exempel för att besöka primärvården. Samtidigt reglerar högkostnadsskyddet taket för hur mycket en enskild person behöver betala för vården under ett år. Det finns bland annat högkostnadsskydd för öppenvården, för läkemedel och även för tandvården (se faktaruta).

I analysen av det svenska resultatet ser vi samband mellan demografiska faktorer och att avstå vården på grund av kostnaden, trots att vi kontrollerar för socioekonomiska faktorer som inkomst.

De viktigaste resultaten är:

- Personer med utländsk bakgrund svarar oftare att de avstår från att hämta ut läkemedel, och uppsöka tandvård på grund av kostnaden än personer utan utländsk bakgrund. Skillnaderna kvarstår även när vi kontrollerar för att ha låg inkomst.
- Personer som upplever psykisk ohälsa svarar oftare att de avstår tandvård på grund av kostnaden än personer utan psykisk ohälsa.
- Personer som är 75 år och äldre svarar mindre ofta att de avstår att hämta ut läkemedel eller att uppsöka tandvård på grund av kostnaden, jämfört med personer yngre än 75 år.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

### **Kön**

Kvinnor svarar mindre ofta än män att de avstår läkarbesök och tandvård på grund av kostnaden.

### **Ålder**

Det finns vissa samband mellan att vara äldre än 75 år och att avstå olika former av vård på grund av kostnaden, men de är förhållandevis svaga. Personer som är 75 år och äldre svarar mindre ofta än i 65-75 årsåldern att de avstått att hämta ut läkemedel eller att uppsöka tandvård på grund av kostnaden.

### **Civilstånd**

Personer som lever ensamma svarar oftare att de avstått tandvård på grund av kostnaden än personer som lever tillsammans med någon annan.

### **Utländsk bakgrund**

Det är vanligare att personer med utländsk bakgrund avstår från att hämta ut mediciner eller att uppsöka tandvård på grund av kostnaden jämfört med andra. I vår analys kontrollerar vi för eventuella inkomstskillnader mellan grupperna, men skillnaden i att avstå från vård kvarstår.

## Socioekonomi

I undersökningen finns det kopplingar mellan socioekonomi och att avstå tandvård på grund av kostnaden. Personer med en gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning svarar något oftare att de avstått tandvård än personer med en förgymnasial utbildning som högsta utbildning. Det är också något vanligare att personer med låg inkomst avstår från tandvård än personer med högre inkomst.

## Hälsa

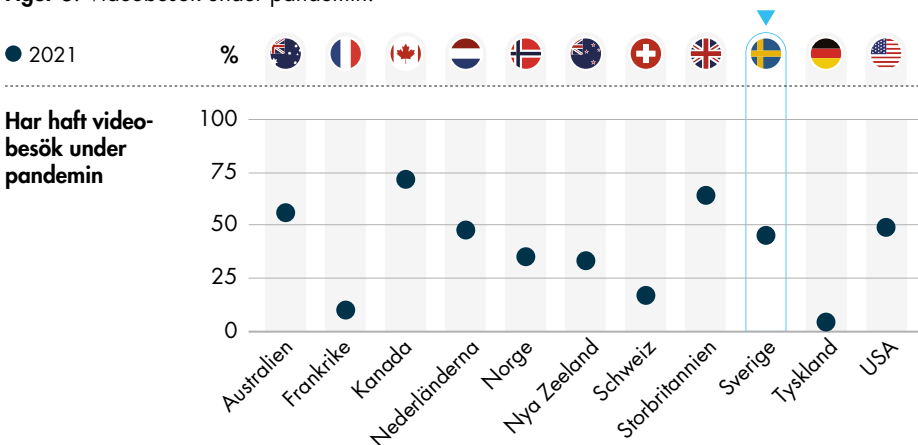
Det finns flera samband mellan sämre hälsa och att avstå från olika former av vård på grund av kostnaden. Personer som uppger sig vara begränsade i sin vardag svarar oftare att de avstått från läkarbesök och tandvård på grund av kostnaden.

Personer som beskriver sin psykiska hälsa som dålig avstår oftare än andra från tandvård, och medicinska behandlingar på grund av kostnaden. Även personer med flera kroniska sjukdomar svarar oftare att de avstått tandvård på grund av kostnaden än personer med inga eller en kronisk sjukdom.

## 2.3 Videosamtal med vården – före och under pandemin

I Sverige har en hög andel av den äldre befolkningen använt sig av ett digitalt videosamtal med vården under pandemin, men det finns länder i jämförelsen där en ännu högre andel använt sig av videosamtal. I Sverige var det 45 procent som svarade att de använt videosamtal.

Figur 3. Videobesök under pandemin.



Spridningen mellan länderna är stor, i Tyskland svarade bara 4 procent att de gjort det jämfört med 72 procent i Kanada. I Sverige ställdes även frågan om man innan pandemin hade haft ett digitalt videosamtal med vården, 43 procent svarade att de hade haft det, vilket visar att det bara skett en mycket liten ökning under pandemin.

### 2.3.1 Analys av det svenska resultatet

Användningen av digitala vårdbesök är ojämnt fördelad i Sveriges befolkning. Yngre, kvinnor och personer bosatta i storstadsregioner har oftare använt sig av digitala vårdbesök innan covid-19-pandemin (Vård- och omsorgsanalys 2020a).

I den här analysen undersöker vi sambanden mellan demografiska faktorer och digitala vårdbesök.

De viktigaste resultaten är:

- Ålder, kön, civiltillstånd, socioekonomisk status, utländsk bakgrund, och boendeort har inget samband med att en person mer eller mindre ofta haft digitala vårdbesök.
- Personer med nedsatt hälsa har oftare haft ett digitalt vårdbesök under covid-19-pandemin än personer med god hälsa.
- Personer med en fast vårdkontakt har i högre utsträckning haft ett digitalt vårdbesök under covid-19-pandemin än personer utan en fast vårdkontakt.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

#### Hälsa

Det är vanligare att personer med nedsatt hälsa har haft ett digitalt vårdbesök under covid-19-pandemin än personer med god hälsa. Personer som bedömer sin egen hälsa som dålig, eller som lever med psykisk ohälsa såsom ångest eller nedstämdhet har oftare haft ett digitalt vårdbesök än personer med god hälsa. Vi ser också att personer med en eller flera kroniska diagnoser oftare har haft ett digitalt vårdbesök än de utan någon diagnos. Vad skillnaderna beror på kan vi inte säga säkert, men möjliga förklaringar är att digitala vårdbesök utförs för att minska smittoriskerna under covid-19-pandemin, eller att personer med dålig hälsa i högre utsträckning har uppföljningsbesök som går bra att utföra digitalt.

#### Ordinarie kontakt med vården

Personer som har en fast vårdkontakt svarar oftare att de har haft digitala besök under covid-19-pandemin än personer som har en fast mottagning eller ingen fast kontakt alls.

### 3 Erfarenheter av den mottagning eller vårdpersonal som patienten vanligen besöker

I det här kapitlet redovisar vi resultatet för de frågor som rör patienternas erfarenheter av den vårdpersonal eller mottagning som de vanligtvis besöker. För de allra flesta handlar det om kontakter med primärvården, men för vissa grupper som har många kontakter med vården så kan det även handla andra delar av vården som en specialistmottagning. Att patienten har någon ordinarie kontakt med vården är också en förutsättning för kontinuitet. Hälso- och sjukvården ska enligt patientlagen (5 kap. 1 § HSL och 6 kap 1 § patientlagen (2014:821) bedrivas på ett sådant sätt att det tillgodoser patienternas behov av kontinuitet. Dessutom finns mycket som tyder på att de som har en ordinarie kontakt med vården också har bättre erfarenheter av den vård de fått (Vård- och omsorgsanalys, 2020a).

#### **Resultat för Sverige jämfört med andra länder**

- I Sverige har 69 procent av dem som är 65 år och äldre en fast läkare eller sjuksköterska de går till för vård. Det är en ökning med 8 procentenheter sedan 2017. Sverige är dock fortsatt det land i jämförelsen som har lägst andel med fast vårdkontakt.
- Jämfört med 2017 så upplever färre patienter i Sverige att de ofta eller alltid blir involverade i beslut som rör deras vård, att läkaren tillbringar tillräckligt med tid i vårdmötet och att vårdpersonalen känner till viktig information om patientens medicinska historia.
- Sverige är ett av de länder där lägst andel, 77 procent, svarar att de fått svar samma dag de kontaktat vårdcentralen.

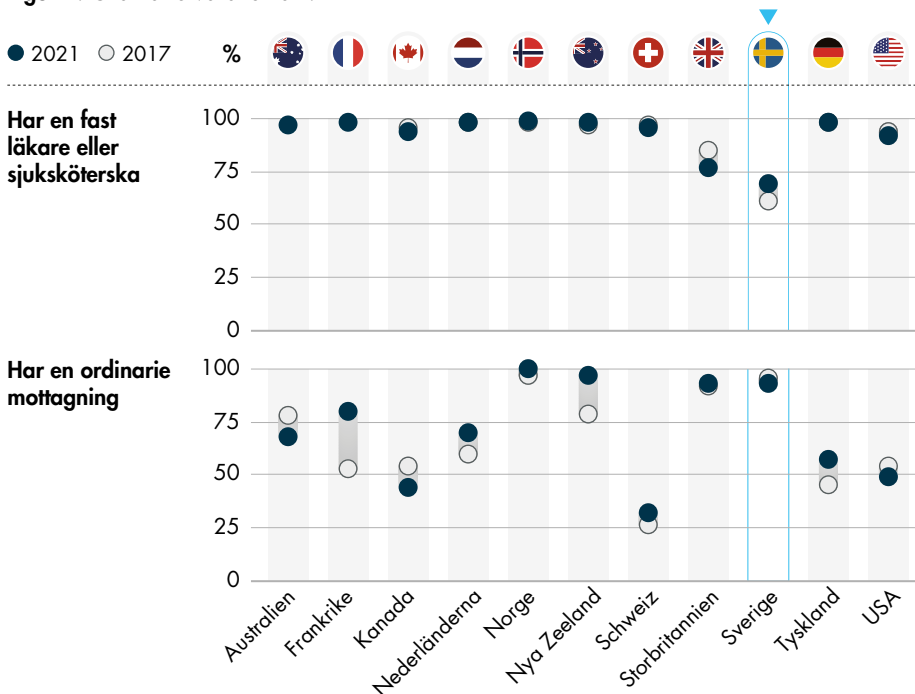
## Resultat för patienter i Sverige

- Att ha en fast vårdkontakt är vanligare bland personer med kroniska sjukdomar än dem utan någon kronisk sjukdom. Däremot är det mindre vanligt att personer i glesbygden har en fast vårdkontakt, även när vi kontrollerar för olika former av ohälsa.
- Personer som har en fast vårdkontakt har mer positiva erfarenheter från vården. De är till exempel oftare involverade i beslut kring sin egen vård, och upplever att personalen känner till deras medicinska historia.

### 3.1 Ordinarie vårdkontakt

Färre i Sverige jämfört med övriga länder uppger att de har en fast läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral som de vanligtvis går till för sin vård. I Sverige svarar 69 procent att de har en sådan fast kontakt, medan det i övriga länder är mellan 77 och 99 procent. Andelen som har en fast kontakt har ökat i Sverige med 8 procentenheter sedan 2017. De allra flesta som har en fast vårdkontakt har svarat att de har en fast läkare på vårdcentralen, medan bara 3 procent svarade att de har en fast sjuksköterska.

Figur 4. Ordinarie vårdkontakt.



Det är betydligt fler i Sverige, 93 procent, som uppger att de har en ordinarie mottagning som de vanligtvis går till. Det är en relativt hög andel jämfört med andra länder. Andelen har dock minskat med 3 procentenheter sedan 2017. 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 bara läkare och sjuksköterskor arbetar på mottagningen (Vård- och omsorgsanalys, 2020b). En annan skillnad mellan länderna är hur listningen av patienter hanteras. 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).

Vi har även studerat hur förekomsten av fast vårdkontakt har förändrats inom olika grupper i Sverige sedan 2017. Fast vårdkontakt är vanligare bland de som har en kronisk sjukdom och andelen som har en fast vårdkontakt har ökat något mer bland personer med kronisk sjukdom jämfört med personer som inte har någon kronisk sjukdom. Utav de personer som har minst en kronisk sjukdom svarade 74 procent att de har en fast vårdkontakt jämfört med 64 procent 2017. Andelen med fast vårdkontakt har även ökat inom gruppen utan kroniska sjukdomar, från 43 procent 2017 till 49 procent 2021.

I Sverige har alla patienter möjlighet att begära en fast vårdkontakt enligt patientlagen (6 kap. 2 § PL). Frågan som ställs i den här undersökningen syftar inte på om personen har en fast vårdkontakt i juridisk bemärkelse, utan om de har en person eller mottagning som de vanligtvis träffar. Vi bedömer att frågan kan vara bredare än vad patientlagen syftar på eftersom svaret bygger på personernas uppfattning av sin vård.

### **3.1.1 Analys av det svenska resultatet**

Att ha en fast vårdkontakt är ovanligt i Sverige, men det är vanligare i vissa delar i befolkningen än andra. I IHP-undersökningen 2020, som studerade hela befolkningen, var det vanligare att personer äldre än 65 år hade en läkarkontakt än yngre (Vård- och omsorgsanalys, 2021a). Det var även vanligare att personer med flera kroniska sjukdomar eller annan dålig hälsa hade en fast vårdkontakt, medan det var mindre vanligt för personer bosatta på landsbygden. Samtliga av dessa skillnader kvarstod efter att vi kontrollerat för andra socioekonomiska och demografiska faktorer (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Eftersom målgruppen i den här undersökningen är 65 år och äldre blir analysen en vidare analys av resultaten från föregående rapport.

De viktigaste resultaten är:

- Personer med en eller flera kroniska sjukdomar har oftare en fast vårdkontakt än personer utan någon kronisk sjukdom.
- Att ha en fast vårdkontakt är ojämnt fördelat i riket, där personer i medeltätbefolkade och tätbefolkade områden oftare har en fast vårdkontakt än personer i glesbygdsmråden. Skillnaden kvarstår efter att vi kontrollerar för förekomsten av kroniska sjukdomar och dålig hälsa.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

### **Ålder**

Även i den här undersökningen ser vi ett samband mellan högre ålder och att ha en fast vårdkontakt. Det är vanligare bland personer som är äldre än 75 år att ha en fast vårdkontakt än bland de som är 65-75 år gamla.

### **Socioekonomi**

Det är mindre vanligt att ha en fast vårdkontakt bland personer som har en gymnasial examen som högsta utbildning, jämfört med personer som har en förgymnasial examen som högsta examen. Det går inte att se något samband mellan inkomst och förekomsten av en fast vårdkontakt.

Personer som inte har en fast läkare eller sjuksköterska kan ha en fast mottagning, eller sakna någon form av fast kontakt helt. Det är vanligare bland låginkomsttagare än bland dem med högre inkomst att ha en fast mottagning jämfört med att sakna fast kontakt helt.

### **Hälsa**

Personer som har en eller flera kroniska sjukdomar har oftare en fast vårdkontakt än personer utan någon kronisk sjukdom.

Bland personer som inte har en fast vårdkontakt är det vanligare att personer med en eller flera kroniska sjukdomar har en fast mottagning istället för ingen kontakt med vården, jämfört med personer utan kroniska sjukdomar.

### **Boendeort**

Personer som bor i tät- eller medeltätbefolkade områden har oftare en fast vårdkontakt än personer bosatta i glesbygden. En möjlig förklaring till skillnaderna är att kompetensförsörjningen är svårare på landsbygden än i tätorter och större städer (Vård- och omsorgsanalys, 2021c), och att en större andel av personalstyrkan består av hyrläkare (Vård- och omsorgsanalys 2019c).



### 3.1.2 Det pågår ett arbete för att fler ska få en fast vårdkontakt i Sverige

Den här undersökningen visar att andelen med fast vårdkontakt har ökat med 8 procentenheter sedan den senaste undersökningen 2017. Dataunderlaget som den här undersökningen bygger på kan inte förklara orsakssambanden till ökningen, men det pågår ett arbete för att öka antalet fasta vårdkontakter i Sverige. Till exempel så har regeringen beslutat om en reform i hälso- och sjukvården, som bland annat innehåller en satsning på fast vårdkontakt.

Patienter har rätt till en fast vårdkontakt och även en fast läkarkontakt inom primärvården (5 kap. 3 § PL och 7 kap. 3 § HSL). Vår patientundersökning *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport* (Vård- och omsorgsanalys 2021d) visade dock att många patienter saknar information om rättigheten till fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.

Under 2018 beslutade regeringen om en reform i hälso- och sjukvården för att ställa om till en personcentrerad vård- och omsorg med målet att ”utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården” (SOU 2018:39). Ett av uppdragets inriktningsmål är att utveckla kontinuiteten i primärvården, eftersom detta visat sig vara viktigt för patienters upplevelse av vården (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Mer specifikt innebär det att patienternas möjlighet till en fast vårdkontakt i primärvården ska förtydligas.

För att genomföra omställningen till en god och nära vård har regeringen ingått en överenskommelse med SKR, som omfattar olika insatser och ekonomiska bidrag. Målet med satsningen är att rätten till en fast läkarkontakt ska säkerställas för hela befolkningen, och minst 55 procent av befolkningen ska ha en fast läkarkontakt i primärvården vid utgången av 2022. Det saknas i nuläget mått för att följa upp detta, men enligt överenskommelsen *God och nära vård 2020* ska regionerna genomföra insatser genom att ”definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar” (Socialstyrelsen, 2021b). Omställningen till en god och nära vård följs upp genom att insatserna som SKR och regeringen kommer överens om redovisas (Socialdepartementet och SKR, 2021).

För att stödja arbetet med att öka de fasta vårdkontakterna har Socialstyrelsen tagit fram en nationell vägledning och olika stödmaterial riktade till olika verksamheter (Socialstyrelsen 2017, Socialstyrelsen 2021c, Socialstyrelsen 2021d).

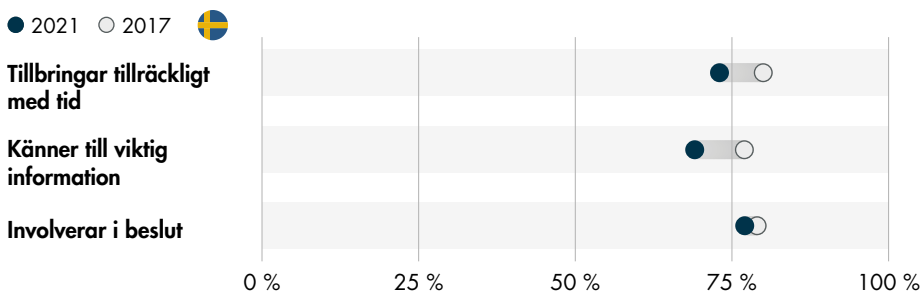
Det är dock viktigt att poängtera att det saknas ett register över antalet individer i Sverige med fast vårdkontakt, samt att olika undersökningar och mätningar visat olika resultat beroende på målgrupp och hur frågan ställts. I den här undersökningen ställdes frågan: *Har du någon fast eller särskild läkarkontakt du går till för medicinsk vård?* Vår utvärdering av patientlagens efterlevnad *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet* (Vård- och omsorgsanalys 2021e) visade ingen förbättring i relation till

fasta vårdkontakter. Däremot var fast läkarkontakt och fast vårdkontakt vanligare bland personer med dåligt hälsotillstånd och även med hög ålder. Eftersom den studien riktade sig till hela befolkningen (individer över 18 år) är det dock svårt att jämföra resultaten med den här undersökningen, eftersom den riktar sig till individer som är 65 år och äldre.

## 3.2 Erfarenheter av ordinarie vårdkontakt

I Sverige fick de som uppgav att de har en ordinarie kontakt med vården även svara på ett antal följdfrågor om hur de upplevde att möten med vårdpersonalen har fungerat. De flesta svarar att de ofta eller alltid blir involverade i beslut om deras vård, att läkaren tillbringar tillräckligt med tid i vårdmötet och att vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia.

**Figur 5.** Erfarenheter av ordinarie vårdkontakt.



Andelen har sjunkit på samtliga tre frågor sedan 2017. År 2021 svarade 77 procent att vårdpersonalen alltid eller ofta brukar involvera dem i beslut om vård och behandling. Det är en minskning med 3 procentenheter sedan 2017. Något färre, 73 procent, upplever att vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid i vårdmötet. Det är en minskning med 7 procentenheter. Slutligen svarade 69 procent 2021 att vårdpersonalen alltid eller ofta känner till viktig information om patientens historia - en minskning med 8 procentenheter.

### 3.2.1 Analys av det svenska resultatet

I IHP-undersökningen 2020, som studerade hela befolkningen, fanns det ett samband mellan att ha en fast vårdkontakt och att ha mer positiva upplevelser i vården (Vård- och omsorgsanalys, 2021a). I rapporten *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård* såg vi samma resultat (Vård- och omsorgsanalys, 2021d). I den här undersökningen studerar vi bland annat om samma samband finns för befolkningen 65 år och äldre.

Våra viktigaste resultat är:

- Personer som har en fast vårdkontakt har oftare positiva upplevelser i vården.
- Personer med dålig hälsa har mindre ofta haft positiva upplevelser i vården än personer med god hälsa. Samtidigt har personer med en eller flera kroniska sjukdomar oftare haft positiva upplevelser än personer utan några kroniska sjukdomar.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

### **Kön**

Det är mindre vanligt att kvinnor svarar att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid tillsammans med dem när de besöker vården jämfört med män.

### **Civilstånd**

Personer som lever ensamma svarar mindre ofta att personalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem än personer som bor tillsammans med någon. Vi ser även att personer som känner sig isolerade från sin omgivning mindre ofta känner sig involverade i besluten om sin vård än personer som inte känner sig isolerade från sin omgivning.

### **Socioekonomi**

Personer med låg inkomst svarar mindre ofta att de är delaktiga i besluten om sin vård. Personer med gymnasial utbildning svarar mindre ofta än dem med förgymnasial att vården känner till viktig information om deras medicinska historia.

### **Hälsa**

Personer som bedömer sin hälsa som dålig, har dålig psykisk hälsa eller är begränsade i sin vardag upplever mindre ofta än personer med god hälsa att de är delaktiga i beslut om sin egen vård, samt att personalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem och känner till viktig information om deras medicinska historia.

Personer som har flera kroniska sjukdomar svarar oftare än personer utan kroniska sjukdomar att de upplever att de är delaktiga i beslut om sin egen vård, samt att personalen känner till viktig information om deras medicinska historia.

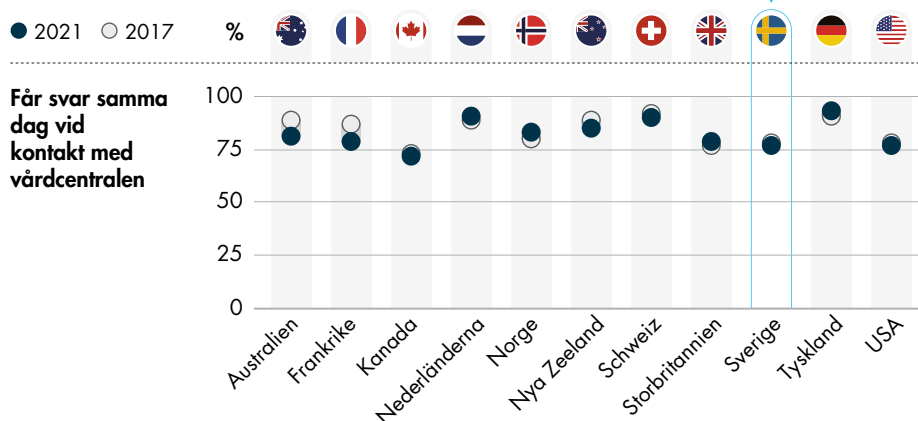
### **Ordinarie kontakt med vården**

Personer som har en fast vårdkontakt svarar oftare än personer utan en fast vårdkontakt att de upplever att de är delaktiga i beslut om sin egen vård, samt att personalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem, och känner till viktig information om deras medicinska historia.

## Boendeort

Personer som bor utanför glesbygden svarar mindre ofta att de är involverade i beslut om sin egen vård än personer på landsbygden. Personer i medeltätbefolkade områden svarar mindre ofta än personer på landsbygden att personalen tillbringartillräckligt med tid tillsammans med dem.

Figur 6. Får svar samma dag vid kontakt med vårdcentralen om en fråga.



Figur 6 visar hur andelen som fick svar samma dag senaste gången de kontaktade sin vårdcentral med en medicinsk fråga. Sverige är ett av de länder där lägst andel, 77 procent, svarar att de fått svar samma dag när de kontaktat vårdcentralen. Det är en minskning med 1 procentenhet sedan 2017. I till exempel Tyskland, Schweiz och Nederländerna svarar 90 procent eller fler att de fått svar samma dag.

### 3.2.2 Analys av det svenska resultatet

Här undersöker vi sambandet mellan olika bakgrundsfaktorer och att få svar samma dag från sin ordinarie mottagning.

Våra viktigaste resultat är:

- Personer med en fast vårdkontakt svarar oftare att de får svar samma dag från sin mottagning.
- Personer med dålig hälsa svarar mindre ofta att de får svar från sin mottagning samma dag än personer med god hälsa.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

### **Socioekonomi**

Personer med eftergymnasial utbildning svarar mindre ofta än personer med en förgymnasial utbildning att de får svar samma dag från sin mottagning.

### **Hälsa**

Personer som beskriver sin hälsa som dålig svarar mindre ofta än de med god hälsa att de har fått svar samma dag.

### **Ordinarie kontakt med vården**

Personer med en fast vårdkontakt svarar oftare än personer utan en fast vårdkontakt att de får svar samma dag när de kontaktat sjukvården med en medicinsk fråga.

# 4 Samordning av vård och erfarenheter av specialist- och sjukhusvård

I det här kapitlet redovisar vi resultaten och analysen av de frågor som ställdes till personer som har besökt läkare inom specialistvården, varit inlagda på sjukhus eller besökt en akutmottagning. För många patienter som har haft kontakt med specialistvården eller sjukhuset är det ofta önskvärt att samordningen fungerar mellan den vård man får på sjukhuset och den ordinarie kontakt man har med vården som oftast är inom primärvården. Därmed presenteras även resultatet från de frågor i undersökningen som rör samordning av vården i det här kapitlet.

## Resultat för Sverige jämfört med andra länder

- Sverige är ett av de länder där lägst andel svarar att de får hjälp av sin fasta läkare eller annan vårdpersonal att samordna den vård som de får från andra vårdgivare. Däremot träffar inte svenska patienter fler olika läkare under ett år än patienter i andra länder.
- 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. Resultatet har försämrats sedan 2017.
- I de flesta länderna har personer som varit inlagda på sjukhus fått olika typer av vård och stöd i samband med utskrivningen. Sverige ligger under genomsnittet för de deltagande länderna på de flesta frågor.

## Resultat för patienter i Sverige

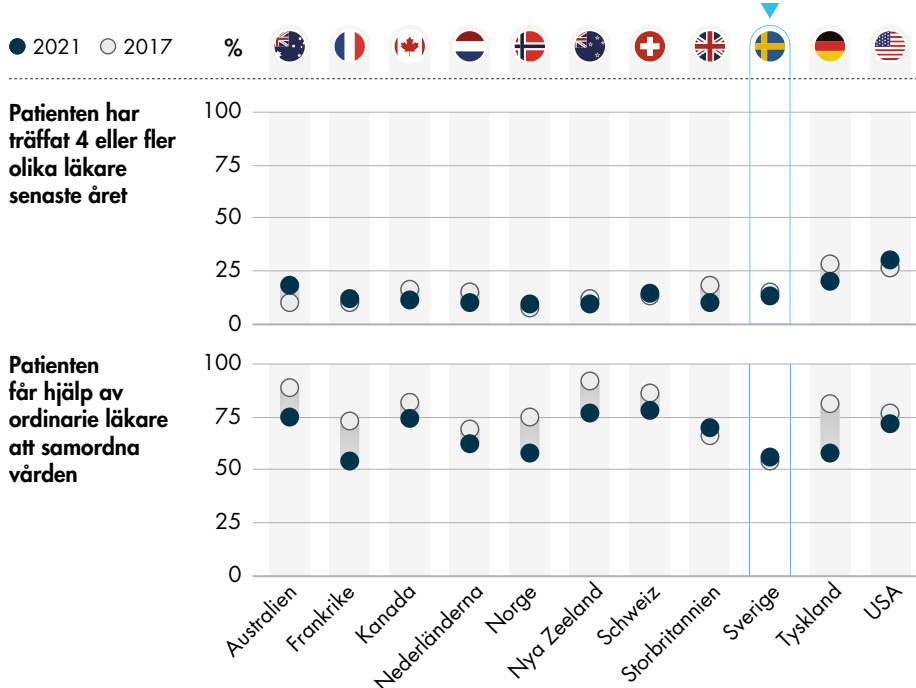
- Personer med en fast vårdkontakt upplever mindre ofta problem med informationsutbytet mellan primär- och specialistvård, däremot upplever personer med olika former av ohälsa oftare problem, även när vi kontrollerar för att ha en fast vårdkontakt.

## 4.1 Samordnad vård och omsorg

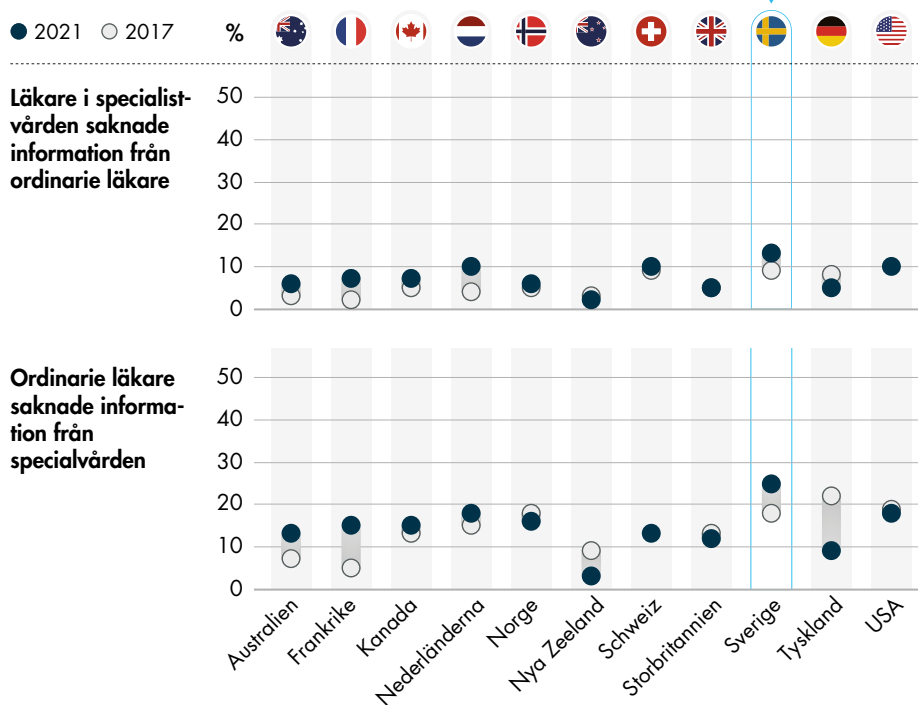
Sverige är ett av de länder där lägst andel svarar att de får hjälp av sin fasta läkare eller annan vårdpersonal att samordna den vård som de får från andra vårdgivare. Däremot träffar svenska patienter inte fler olika läkare över ett år än patienter i andra länder.

I Sverige svarar 56 procent att de fått hjälp av sin fasta läkare eller annan vårdpersonal att samordna vården. I de flesta länder är andelen högre. Däremot har andelen som får hjälp med samordning dock minskat i de flesta länder sedan 2017, medan andelen i Sverige har ökat med två procentenheter.

Figur 7. Antal olika läkare och om man får stöd av fast läkarkontakt att samordna vården.



I Sverige svarar 13 procent att de har träffat fyra eller fler olika läkare de senaste 12 månaderna. Det är en minskning med 2 procentenheter sedan 2017. Sveriges resultat ligger ungefär i linje med övriga länders resultat. I Tyskland, Australien och USA är det vanligast att patienterna har träffat fyra eller fler läkare.

**Figur 8.** Samordning av information i samband med besök hos specialistvården.

I Sverige ställdes frågan om patienter någon gång fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal. I den äldre befolkningen är det 21 procent som svarar att de fått motstridig information. Eftersom att frågan bara ställdes i Sverige finns inga jämförande resultat med de andra länderna i undersökningen.

Det är relativt många av den äldre befolkningen i Sverige som uppger att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården, se figur 8. Resultatet har också försämrats sedan 2017. IHP-undersökningen 2020 som riktades till hela befolkningen visade en liknande bild. Samtidigt är den absoluta andelen är något lägre i den äldre befolkningen än hela befolkningen. Den första frågan handlar 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 13 procent att de varit med om det, vilket är en ökning med 4 procentenheter sedan 2017. 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 25 procent som svarar att de varit med om det, vilket innebär att Sverige har högst andel av alla länder i jämförelsen. Andelen har också ökat med 7 procentenheter.



#### 4.1.1 Det finns ett fortsatt behov av att stärka samordningen av vården i Sverige

Att förbättra samordning och samverkan för en mer patientcentrerad vård har varit ett mål länge. Men ändå visar patientundersökningar fortsatt att detta är en brist inom den svenska vården. År 2015 slöt regeringen en överenskommelse med SKL (numera SKR) om insatser inom hälso- och sjukvården för att öka tillgänglighet och samordning. Målet med överenskommelsen var att ”stärka förutsättningarna för en god, jämlik samt effektiv hälso- och sjukvård genom att främja och utveckla insatser för en mer patientcentrerad och tillgänglig vård” (Socialdepartementet och SKL, 2015). Överenskommelsen fokuserade på samordning, kontinuitet och helhetssyn. Det saknas information om hur satsningen följts upp, men flera undersökningar visar att patientcentreringen samt samordningen av vård och omsorg fortsatt är bristfällig.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde 2016 en analys av Sveriges samordningsutmaningar. Analysen visade att behovet av samordning kommer att öka, eftersom antalet personer med flera samtidiga vård- och omsorgsbehov blir fler i samband med längre livslängd samtidigt som specialiseringen av sjukvården leder till att patienter har fler kontakter. En annan viktig slutsats var att det saknas förutsättningar för personal inom vård- och omsorg att arbeta mer samordnat. Det saknas också en gemensam syn på vad samordning innebär för patienter och brukare (Vård- och omsorgsanalys, 2016). I IHP-undersökningen av populationen i stort från 2020 såg vi fortsatt brister, men samtidigt vissa förbättringar i informationskontinuiteten mellan specialist- och primärvården (Vård- och omsorgsanalys, 2021a). Detta skiljer sig från resultaten i den här undersökningen, där den äldre befolkningen svarar att informationskontinuiteten mellan specialist- och primärvård har försämrats sedan 2017.

Under 2018 påbörjade regeringen en reform för att ställa om till en god och nära vård, med personcentrering och utveckling av kontinuiteten, bland annat genom effektiv samordning (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Omställningen består av en överenskommelse mellan SKR och regeringen och omfattar olika insatser och ekonomiska bidrag. En viktig del av satsningen rör fasta vårdkontakter, vilket väntas förbättra samordningen. Det finns nämligen ett samband mellan fast vårdkontakt och ändamålsenlig samordning av vårdkontakter, 85 procent av de med fast vårdkontakt svarar att de anser att deras vårdkontakter samordnas på ett ändamålsenligt sätt, medan motsvarande siffra är 50 procent för de utan fast vårdkontakt (Vård- och omsorgsanalys, 2016).

### 4.1.2 Analys av det svenska resultatet

I analysen av IHP ser vi vissa skillnader mellan grupper i hur vanliga problem med samordningen är.

Våra viktigaste resultat är:

- Personer med en fast vårdkontakt har mer positiva upplevelser av att få hjälp att samordna sin vård. De råkar i mindre utsträckning ut för att det finns problem i informationsutbytet mellan primär- och specialistvården.
- Personer med sämre hälsa har oftare stött på problem med samordning och informationsutbytet än personer med god hälsa. Det är också vanligare att de har träffat fyra läkare eller fler under det senaste året. Personer som lever ensamma upplever oftare problem med informationsutbytet än personer som har en partner.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

#### **Ålder**

Personer som är äldre än 75 år svarar mindre ofta att deras fasta läkare eller ordinarie mottagning inte hade fått information från specialistvården, jämfört med de som är under 75 år. Det är också mindre vanligt att de har träffat fyra läkare eller fler under de senaste tolv månaderna.

#### **Civiltillstånd**

Personer som lever ensamma eller som känner sig isolerade från sin omgivning svarar oftare än andra att specialistläkaren inte hade information från deras vanliga läkare eller mottagning. Personer som känner sig isolerade svarar också oftare än personer som inte känner sig isolerade att deras fasta läkare eller ordinarie mottagning inte hade information från specialistvården.

#### **Hälsa**

Olika former av ohälsa har samband med att uppleva problem med informationsutbytet mellan primär- och specialistvård, eller att inte få hjälp med att samordna sin vård. Personer med självs kattad sämre hälsa svarar oftare än personer med god hälsa att de upplever problem med informationsutbytet från specialist- till primärvård, eller att de inte har fått hjälp att samordna sin vård. Att ha psykisk ohälsa så som ångest eller nedstämdhet har ett samband med att svara att specialistvården inte har information från den ordinarie läkaren. Även personer som är begränsade i vardagen svarar oftare än de som inte är begränsade i vardagen att läkare i specialistvården saknar information från den ordinarie läkaren.

Personer med dålig hälsa, flera kroniska sjukdomar, eller som är begränsade i dagliga aktiviteter svarar också oftare än personer med god hälsa att de har träffat mer än fyra olika läkare exklusive sjukhusbesök under de senaste tolv månaderna.

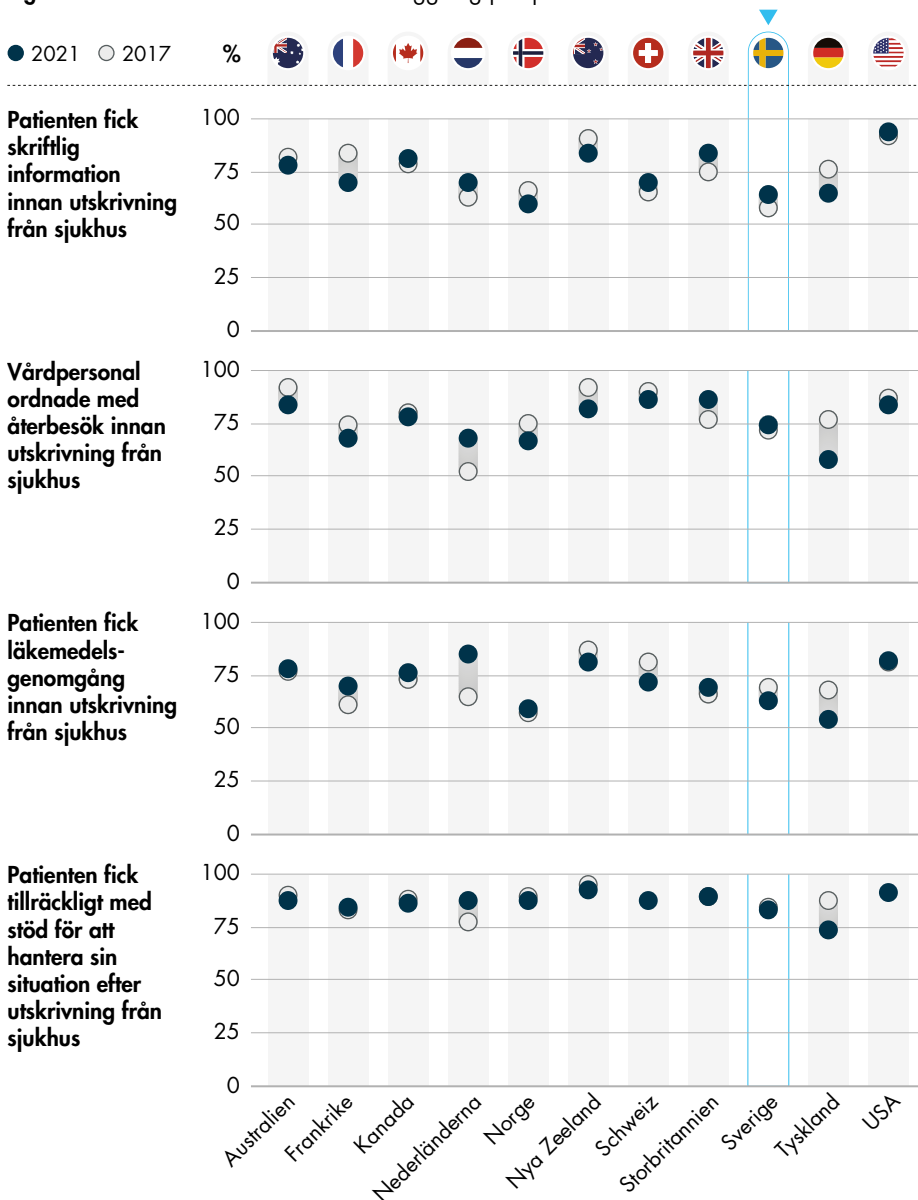
### **Fast vårdkontakt**

Personer som har en fast vårdkontakt svarar mindre ofta att de har stött på problem med informationsutbytet mellan ordinarie läkare och specialistvården än personer som har en fast mottagning eller ingen fast kontakt. De har också oftare fått hjälp med att samordna sin vård än andra. Sambandet kvarstår när vi kontrollerar för olika aspekter av ohälsa, som skulle kunna kräva mer samordning mellan primär- och specialistvård. En möjlig tolkning är att förekomsten av en fast vårdkontakt innebär att det finns någon som särskilt mår om att informationsutbytet mellan primär- och specialistvård ska fungera.

## 4.2 Erfarenhet av inläggning på sjukhus

I de flesta länderna i undersökningen har personer som varit inlagda på sjukhus fått olika typer av vård och stöd i samband med utskrivningen, se figur 9. Sverige ligger dock under genomsnittet för de deltagande länderna på de flesta frågor.

Figur 9. Erfarenheter i samband med inläggning på sjukhus.



Den första frågan handlar om ifall sjukvården gav skriftlig information om vilka symptom som man ska bevaka efter det att man skrivits ut. Sverige har här ett relativt lågt resultat – 64 procent svarar att de fick sådan information. Samtidigt är det en ökning på 6 procentenheter sedan 2017. Totalt 74 procent svarar att vårdpersonalen bokade ett återbesök innan utskrivning, vilket är en ökning på 2 procentenheter. Det är något färre, 63 procent, som svarar att de fick en genomgång av de läkemedel som patienten ska ta efter utskrivning. Det är också en minskning på 6 procentenheter sedan 2017. Slutligen ställdes även frågan om man upplever att man sammantaget fick tillräckligt med stöd för att hantera sin situation efter utskrivningen från sjukhuset. 84 procent svarar att stödet var tillräckligt – en minskning med 1 procentenhet sedan 2017.

Efter att lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LoSUS) infördes har Vårdanalys haft som regeringsuppdrag att följa upp genomförandet. I bland annat PM:et *Patienternas upplevelser av samordning av vård och omsorg efter slutenvård* (Vård- och omsorgsanalys, 2020c) konstaterar vi att det är svårt att följa upp patienternas perspektiv på samordning i vården, eftersom målgruppen kan ha hälsoproblem som förhindrar dem att delta i undersökningar. Frågor om samordning kan också vara svåra att besvara, eftersom det inte är tydligt vilka aktörer som ansvarar för vad.

#### 4.2.1 Analys av det svenska resultatet

Våra viktigaste resultat är:

- Kvinnor svarar mindre ofta än män att de får en läkemedelsgenomgång när de lämnar sjukhuset.
- Personer med psykisk ohälsa så som ångest eller nedstämdhet svarar mindre ofta än personer utan psykisk ohälsa att de har fått det stöd de behöver för att hantera sitt hälsotillstånd när de lämnar sjukhuset.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

##### **Kön**

Kvinnor svarar mindre ofta än män att de har fått en läkemedelsgenomgång innan de lämnar sjukhuset. Resultatet kvarstår även efter att vi kontrollerat för olika former av ohälsa, som olika kroniska sjukdomar.

##### **Ålder**

Personer som är 75 år och äldre svarar mindre ofta att de har fått skriftlig information eller ett återbesök inplanerat innan de lämnar sjukhuset än personer under 75 år.

## **Hälsa**

Personer med sämre psykisk hälsa svarar mindre ofta att de har fått en genomgång av sina mediciner när de lämnar sjukhuset, och känner mindre ofta att de har fått det stöd som de behöver efter utskrivningen än personer med bättre hälsa. Även personer som är begränsade i sina dagliga aktiviteter svarar mindre ofta än andra att de har fått en läkemedelsgenomgång.

# 5 Vård för personer med kronisk sjukdom och psykisk ohälsa

I Sverige lever många med en eller flera kroniska sjukdomar, särskilt bland befolkningen i åldern 65 år och äldre. Vår undersökning visar att cirka 82 procent av befolkningen 65 år och äldre har någon kronisk sjukdom. I takt med att medellivslängden ökar har också tiden när man lever med sina kroniska sjukdomar blivit längre.

I årets undersökning svarade 13 procent att de har haft behov av att träffa en läkare eller annan vårdpersonal om sin psykiska hälsa. I Nationella folkhälsoenkäten svarade 9 procent att de led av nedsatt psykiskt välbefinnande, och 32 procent att de hade besvär av ångslan, oro, eller ångest (Folkhälsomyndigheten, u.å.). I en genomgång av vetenskaplig litteratur som gjordes av Folkhälsomyndigheten 2019 hade psykisk ohälsa bland äldre flera samband med socioekonomiska och sociala omständigheter, men också fysisk hälsa (Folkhälsomyndigheten 2019).

Att leva med en kronisk sjukdom innebär ofta en långvarig, och ibland tät, kontakt med vården. I sjukvårdens uppgift finns då att stödja och tillvarata kraften hos patienten själv för att öka hens inflytande över sin egen vård och sjukdom. Det handlar också om att arbeta förebyggande 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.

## Resultat för Sverige jämfört med andra länder

- I Sverige har vården av personer med kronisk sjukdom förbättrats på flera områden. Fler av de personer som har en kronisk sjukdom har fått en behandlingsplan för sin sjukdom som de kan använda i vardagen. Det är också fler som har haft diskussioner med vårdpersonal om mål och prioriteringar med behandlingen.
- Det är små skillnader i förekomsten av kroniska sjukdomar mellan länderna.

- De flesta som har hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes har en pågående behandling för sin sjukdom. Relativt få i Sverige med psykisk ohälsa har en pågående behandling av sin sjukdom.

## Resultat för patienter i Sverige

- Personer med en fast vårdkontakt svarar genomgående mer positivt på frågor om vården av deras kroniska sjukdomar än personer utan en fast vårdkontakt. De svarar oftare att de har diskuterat mål och prioriteringar för sitt hälsotillstånd. De svarar också oftare att de har fått instruktioner om symptom att bevaka, och att de har fått en behandlingsplan. De har oftare fått stöd för olika former av psykisk ohälsa när det behövs. De är också säkrare på att de kan hantera sitt hälsotillstånd än dem utan fast kontakt.
- Personer med utländsk bakgrund svarar mindre ofta än personer utan utländsk bakgrund att de har någon som de kan vända sig till med frågor mellan läkarbesöken.

## 5.1 Förekomst och behandling av kroniska sjukdomar

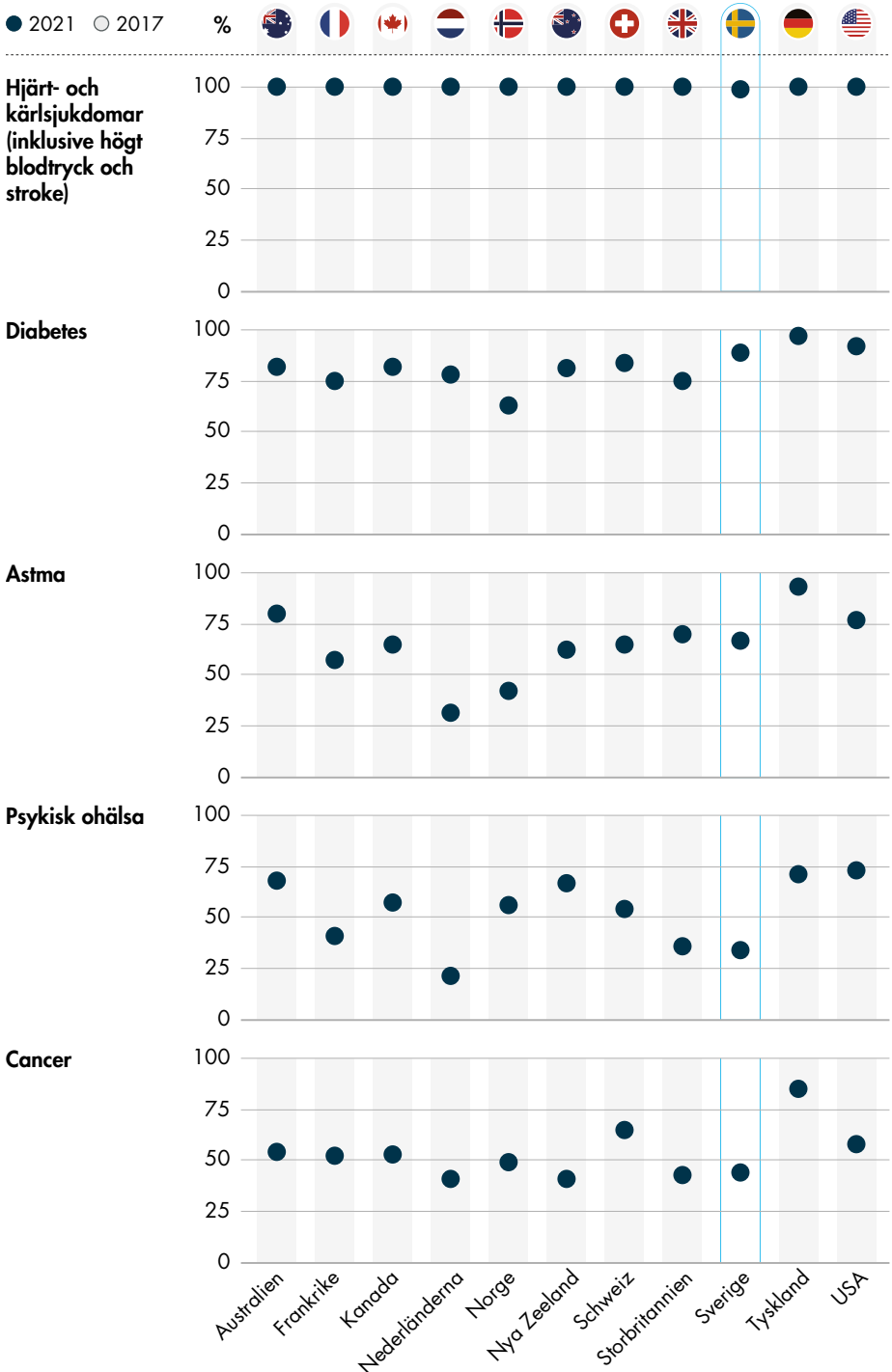
I den här undersökningen ligger Sverige i nivå med de andra länderna när det gäller förekomsten av kroniska sjukdomar, med undantag för hjärt- och kärlsjukdomar. Där har Sverige en något högre förekomst, 31 procent, jämfört med de resterande länderna. Förekomsten av sjukdomar har också varit relativt stabil sedan 2017.

Förekomsten av olika kroniska sjukdomar speglar skillnader i bland annat ålderssammansättning, folkhälsa och olika livstilsvanor mellan länderna. Hur vanligt det är att behandla olika kroniska sjukdomar bestäms av sjukvårdens resurser och arbetssätt i olika länder.

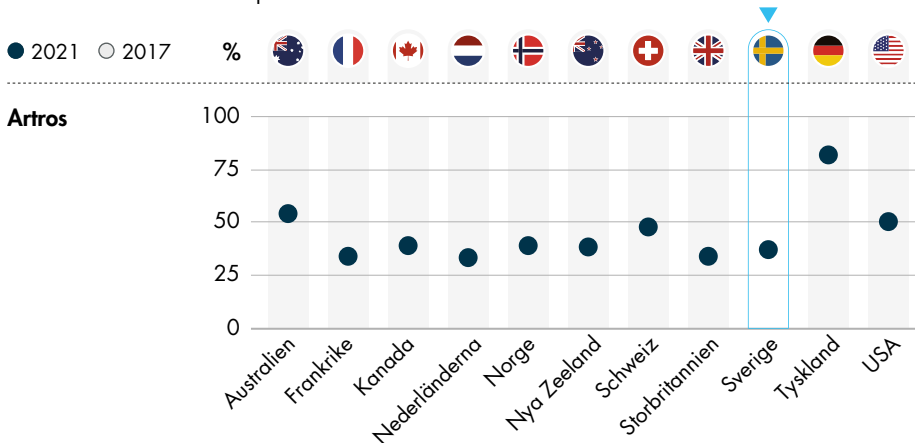
Figur 10 visar andelen patienter med respektive sjukdom som svarat att de för närvarande behandlar eller får hjälp av vårdpersonal att behandla sin sjukdom. Vi kan se att det för vissa sjukdomar är större skillnader mellan länderna och för andra sjukdomar mindre skillnader. Även här kan skillnader i ålder och hälsa mellan ländernas befolkning påverka resultatet vilket gör skillnaderna svåra att tolka. Det vi kan se ändå är att för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, svarar de flesta patienter i alla länder att de har en pågående behandling. För övriga sjukdomar är det större skillnader. Det är värt att notera att det är en relativt låg andel i Sverige jämfört med andra länder som har en pågående behandling för sin psykiska ohälsa. Det bekräftar bilden vi såg i IHP-undersökningen 2020 som riktades mot hela befolkningen 18 år och äldre, där relativt 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 (Vård- och omsorgsanalys, 2021a).



**Figur 10.** Andel som uppger att de för närvarande får behandling för någon kronisk sjukdom.



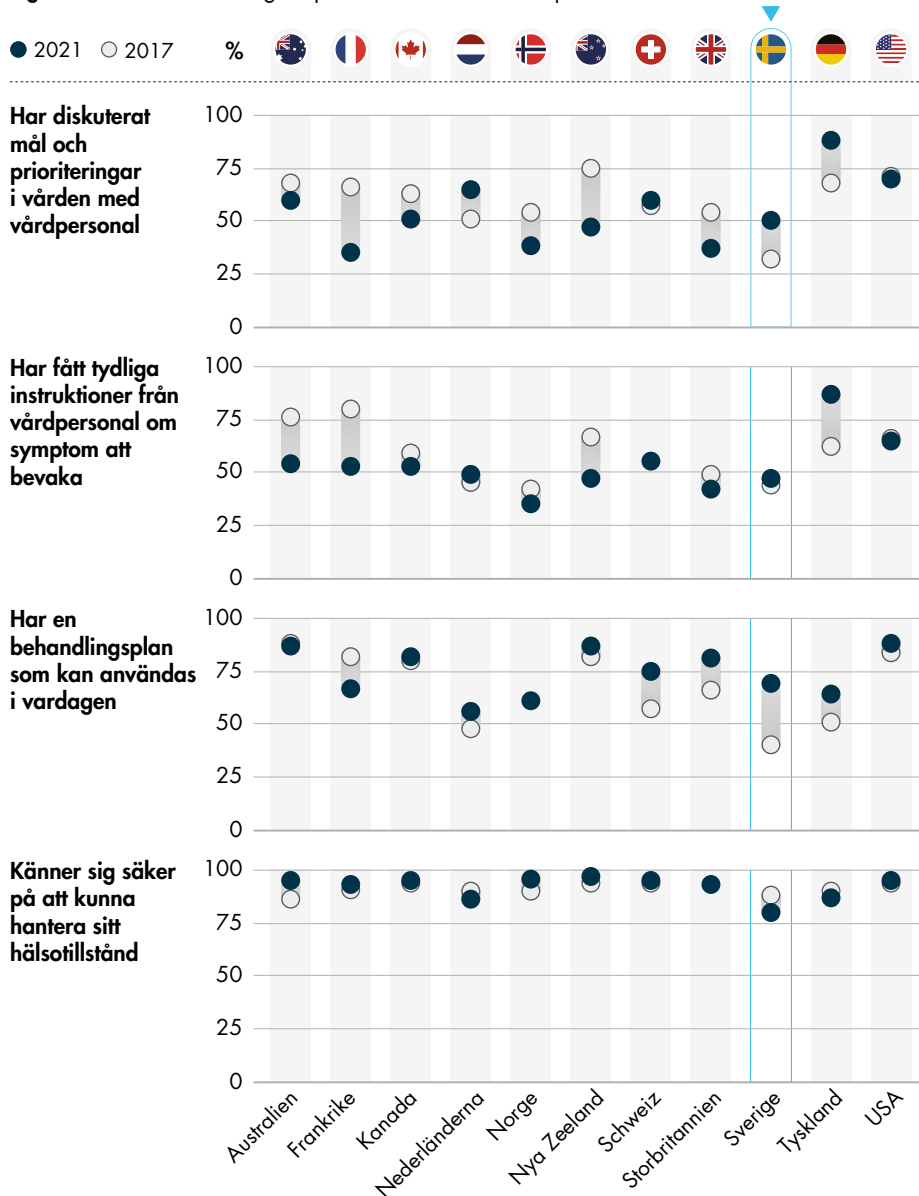
**Figur 10 (forts.).** Andel som uppger att de för närvarande får behandling för någon kronisk sjukdom.



## 5.2 Vård och omsorg av kroniska sjukdomar

Vården av personer med kroniska sjukdomar har förbättrats på flera områden. Fler av de personer som har en eller flera kronisk sjukdom har fått en behandlingsplan för sin sjukdom som de kan använda i vardagen. Fler har också haft diskussioner med vårdpersonal om mål och prioriteringar med behandlingen.

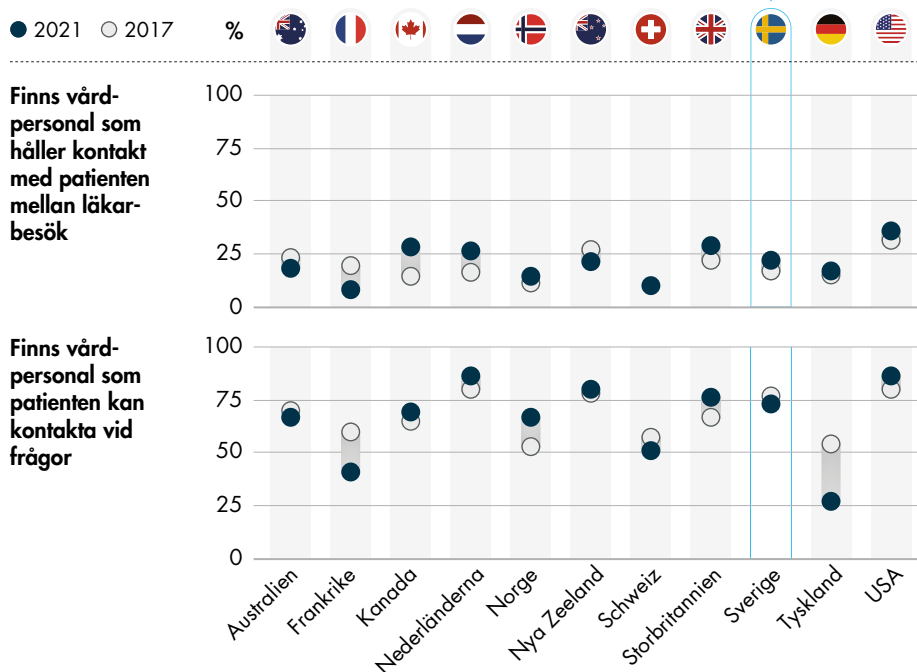
Figur 11. Vård och omsorg av patienter med kroniska sjukdomar.



Figur 11 visar resultatet för frågorna som har ställts till personer med åtminstone en kronisk sjukdom, och handlar om deras erfarenheter av vården. På flera av frågorna har Sveriges resultat förbättrats sedan 2017. Drygt 70 procent med kronisk sjukdom i Sverige har i dag en behandlingsplan för sin sjukdom som de kan använda i vardagen. Vid förra mätningen 2017 hade ungefär 40 procent en behandlingsplan. Störst ökning har det skett inom gruppen cancersjuka, där 18 procent hade diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonal under 2017, vid årets mätning hade 27 procent gjort detta. Detta kan möjligen bero på satsningar som genomförts inom cancersjukvården (Sveriges regioner i samverkan u.å.a). Även inom gruppen med hjärt- och kärlsjukdomar och psykisk ohälsa har det skett ökning. Däremot har resultatet försämrats för dem med astma och artros.

Varannan person med en eller flera kroniska sjukdomar har haft diskussioner med vårdpersonalen om mål och prioriteringar med behandlingen. Även här ser vi en tydlig ökning från 2017, när bara ungefär var tredje person med kronisk sjukdom uppgav att de haft en sådan diskussion med vårdpersonal. Vi ser en förbättring inom alla grupper av kroniska sjukdomar som undersökts. Största ökningen är inom gruppen cancersjuka där resultatet var 38 procent 2017 och 55 procent vid årets mätning.

Sverige har gått från en relativt låg nivå för olika typer av stöd från vården till att motsvara resultaten i de övriga länderna i jämförelsen. Däremot så har andelen patienter som känner sig säkra på att kunna hantera sitt hälsotillstånd minskat med 8 procentenheter och Sverige har nu lägst andel som känner sig säkra på det.

**Figur 12.** Erfarenheter av vårdpersonal som stöd vid kronisk sjukdom.

Figur 12 visar resultatet på två frågor som handlar om ifall patienter med kroniska sjukdomar också har vårdpersonal som håller kontakt med dem mellan läkarbesöken, och om de har vårdpersonal som de enkelt kan kontakta för att ställa frågor och få råd om sitt hälsotillstånd. I samtliga länder är det vanligt att det finns vårdpersonal som patienten själv kan kontakta vid frågor. Personal som håller kontakt med patienten är däremot ovanligare. Sveriges resultat är i linje med många andra länder, bara något över genomsnittet.

Ungefär 22 procent av de som har en kronisk sjukdom i Sverige svarar att det finns vårdpersonal som håller kontakt med dem mellan läkarbesöken. Det är en ökning med 5 procentenheter sedan 2017. Däremot svarar 73 procent att de har vårdpersonal som de kan kontakta för att ställa frågor eller få råd om sitt hälsotillstånd. Det är en minskning med 4 procentenheter sedan 2017. Vi ser stora förbättringar inom flera grupper av kroniska sjukdomar på flera områden, vilket möjligen kan förklaras av de satsningar som riktats mot kronisk sjukdom och införandet av sammanhållna vårdförlopp. I arbetet med sammanhållna vårdförlopp ingår patientkontrakt, som syftar till att stärka personcentreringen i vården, och som en del av patientkontraktet tilldelas patienten en fast vårdkontakt. Det har skett störst förbättring inom gruppen cancersjuka inom alla undersökta områden, vilket också är en grupp som prioriterats i satsningarna (Sveriges regioner i samverkan, u.å.a; SKR, 2021; Vård- och omsorgsanalys, 2021b).

Vi ser genomgående förbättrade resultat för alla grupper i Sverige med kroniska sjukdomar jämfört med 2017. Gruppen med diabetes har genomgående det överlägset högsta resultatet inom alla undersökta områden. Exempelvis svarar 81 procent med diabetes att de diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonal i 2021 års undersökning, vilket är en ökning på 11 procentenheter sedan 2017. Resultaten för övriga kroniska sjukdomar är inte lika höga, men det har skett stora förbättringar. Bland de med psykisk ohälsa är andelen som diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonal 51 procent, och har ökat med 21 procentenheter sedan 2017. Även inom gruppen med artros har det skett stora förbättringar, där 32 procent hade diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonal 2017 och 49 procent 2021. Bland de med hjärt- och kärlsjukdomar har 49 procent diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonal, vilket är en ökning med 18 procentenheter. Inom gruppen med astma är ökningen minst, från 32 procent som diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonal 2017 till 43 procent 2021. Den största förbättringen har skett inom cancersjukvården, där 38 procent hade diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonal 2017. År 2021 svarar 55 procent att de har gjort det.

Vi ser även en förbättring där andelen med fast vårdkontakt har ökat inom alla grupper av kroniska sjukdomar. Av de olika kroniska sjukdomarna, är det vanligast att ha en fast vårdkontakt bland diabetiker, där 88 procent har en fast vårdkontakt. Detta resultat har förbättrats med 16 procentenheter sedan 2017. Störst förbättring ser vi inom cancersjukvården, där 39 procent hade en fast vårdkontakt 2017 och 73 procent svarar att de har en fast vårdkontakt 2021. Bland de med artros har det skett en ökning från 38 procent 2017 till 73 procent 2021. Inom gruppen med hjärt- och kärlsjukdomar har det skett en ökning med 9 procentenheter till 76 procent 2021. Bland de med psykisk ohälsa hade 66 procent en fast vårdkontakt 2017 och år 2021 svarar 74 procent att de har en fast vårdkontakt. Minst ökning har skett bland astmatiker, från 69 procent 2017 till 75 procent 2021.

## **5.2.1 Flera pågående satsningar för att stärka vården för personer med kronisk sjukdom**

Det pågår flera nationella satsningar för att stärka vården för personer med kronisk sjukdom. De utgår från nationell kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och består av olika typer av kunskapsstöd (Sveriges regioner i samverkan u.å.a). Under 2017 grundades Nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård för att samordna och strukturera kunskapsstyrningen i vården på initiativ från Sveriges regioner. Kunskapsstyrning består av tre komponenter: uppföljning och analys, kunskapsstöd och stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap (Sveriges regioner i samverkan, 2021). En kunskapsstyrd vård ska skapa förutsättningar för att ”bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och

patient” (SKL, 2017). Syftet med satsningen är att främja en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. En del av arbetet består av att publicera olika kunskapsstöd i form av vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer. Flera kunskapsstöd berör kroniska sjukdomar så som cancersjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk hälsa, KOL och reumatiska sjukdomar (Sveriges regioner i samverkan, u.å.a; Sveriges regioner i samverkan u.å.b). I arbetet med sammanhållna vårdförlopp ingår även utformningen av patientkontrakt, som syftar till att stärka personcentreringen i vården. Kontraktet är inte juridiskt bindande, utan snarare en överenskommelse mellan patient och vårdgivare som innehåller en sammanhållen planering, fast kontakt med vården samt en gemensamt överenskommen tid mellan patient och vårdgivare (Sveriges regioner i samverkan, u.å.b; SKR, 2021; Vård- och omsorgsanalys, 2021b).

Framtagandet av vårdförlopp inom cancersjukdomar och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp består av en överenskommelse mellan staten och SKR bestående av särskilda medel. Arbetet med vårdförlopp leds av regionerna med stöd från SKR.

År 2014-2017 genomförde regeringen en nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Strategin utformades för att förbättra välbefinnandet för patienter med kronisk sjukdom, samtidigt som den skulle främja samhällsekonomin, eftersom den gruppen har höga sjukvårdskostnader och i högre grad är långtidssjukskrivna. Syftet med strategin var att ”utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige” (Socialdepartementet, 2014). Strategin berörde tre förbättringsområden: patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård, prevention och tidig uppmärksamhet. Satsningen omfattade 450 miljoner kronor och bestod av ett antal insatser som redovisades i årliga handlingsplaner. Strategin genomfördes samtidigt som flera andra satsningar mot kroniska sjukdomar, som ”den utbyggda vårdgarantin, den nationella cancerstrategin, strategin för en god och mer jämlik vård, den nationella strategin för e-hälsa samt satsningen för de mest sjuka äldre” (Socialdepartementet, 2014).

Den nationella strategin följdes upp genom rapporten *Stöd på vägen – en uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar* (Vård- och omsorgsanalys, 2018). Uppföljningen visade att 63 aktörer fått medel från satsningen, som omfattade cirka 350 olika insatser, som främst syftade till att stödja primärvården till en kunskapsbaserad vård. Några exempel på insatser var förbättrad uppföljning, nya nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar, utbildningar, föreläsningar, kunskapsstöd och informationsinsatser.

Uppföljningen av den nationella strategin visade att olika aktörers samverkan främjat insatsernas resultat och spridning, som bland annat bidragit till en förändrad

kunskapsstyrning i vården. Den påvisade dock flera förbättringsområden, till exempel bristen på systematiska satsningar på patientcentrerad vård. Uppföljningen visade även att kommunernas roll behövde stärkas i samverkan mellan landsting och kommuner.

Flera av resultaten från uppföljningen var positiva, men eftersom den genomfördes så tätt inpå strategins införande var det för tidigt för att dra slutsatser om satsningens långsiktiga effekter.

## 5.2.2 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten:

- Personer med en fast vårdkontakt har mer positiva erfarenheter av vården av kroniska sjukdomar.
- Personer med sämre hälsa har mer negativa erfarenheter av vården av kroniska sjukdomar.
- Personer med utländsk bakgrund svarar mindre ofta än personer utan utländsk bakgrund att de har någon som de kan vända sig till med frågor mellan läkarbesöken.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

### Ålder

Ålder har få samband med vården av kroniska sjukdomar när vi kontrollerar för socioekonomiska och hälsofaktorer, men vi kan se att personer äldre än 75 år mindre sällan känner sig säkra på att de kan hantera sitt hälsotillstånd än de som är yngre än 75 år. Däremot har de oftare än de som är yngre än 75 år att ha någon i vårdpersonalen som de kan kontakta om de har frågor.

### Kön

Kvinnor svarar mindre ofta positivt på ett antal frågor om vård av kroniska sjukdomar. Färre kvinnor har diskuterat mål och prioriteringar med sin vård än män, och färre kvinnor har fått instruktioner om symptom att bevaka. Det är också mindre vanligt att kvinnor har kontakt med någon mellan läkarbesöken.

### Civiltillstånd

Vi ser inget samband mellan vården av kroniska sjukdomar och civiltillstånd, men personer som uppger att de känner sig isolerade från omvärlden svarar mindre ofta än andra att de är säkra på att de kan hantera sitt hälsotillstånd.



### **Utländsk bakgrund**

Personer med utländsk bakgrund svarar mindre ofta än de med icke-utländsk bakgrund att de har en kontakt de kan vända sig till mellan läkarbesöken.

### **Socioekonomi**

Det enda samband vi ser i den här undersökningen är att personer med en eftergymnasial utbildning svarar mindre ofta än de med en förgymnasial utbildning att de känner sig säkra på att de kan hantera sitt hälsotillstånd.

### **Hälsa**

Personer som beskriver sin hälsa som dålig svarar att de mindre ofta är säkra på att de kan hantera sitt hälsotillstånd och att de har en person de kan kontakta mellan vårdbesöken. Även personer med sämre psykisk hälsa och personer som är begränsade i sin vardag svarar att de mindre ofta är säkra på att de kan hantera sitt hälsotillstånd.

Personer som säger att de är begränsade i sin vardag svarar mindre ofta att de har en behandlingsplan för sina kroniska sjukdomar, men samtidigt svarar de att de ofta har någon som de kan kontakta mellan läkarbesöken.

Personer med flera kroniska sjukdomar diskuterar oftare mål och prioriteringar för sitt hälsotillstånd jämfört med personer med en kronisk sjukdom.

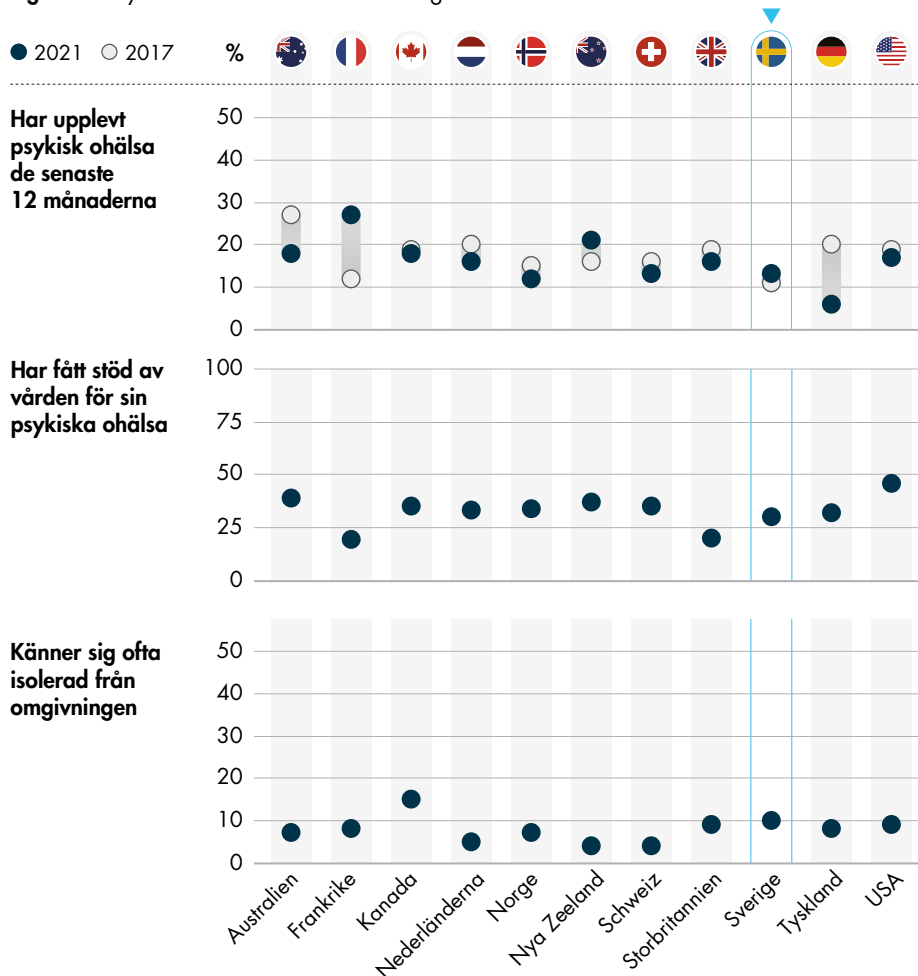
### **Fast kontakt**

Personer med en fast vårdkontakt svarar oftare positivt på samtliga frågor om vården av kroniska sjukdomar jämfört med de som inte har en fast vårdkontakt. De svarar oftare att de har diskuterat mål och prioriteringar för sitt hälsotillstånd än personer som inte har en fast vårdkontakt, och har oftare fått instruktioner om symptom att bevaka. De säger också oftare att de har en behandlingsplan för sin sjukdom och känner sig oftare säkra på att de kan hantera sitt hälsotillstånd. Slutligen så svarar personer med en fast vårdkontakt oftare att det finns någon sjukvårdspersonal som kontaktar dem mellan läkarbesök, och att de har någon som de själva kan kontakta om de har frågor.

### 5.3 Psykisk ohälsa och social isolering

I Sverige svarar 13 procent att de haft behov av att träffa en läkare eller annan vårdpersonal om sin psykiska hälsa, se figur 13. Det är en ökning med 2 procentenheter sedan 2017. Det är något lägre än genomsnittet av de undersökta länderna men variationen mellan länderna är inte så stor. Lägst andel finns i Tyskland och högst andel i Frankrike.

Figur 13. Psykisk ohälsa och social isolering.



I figuren ser vi också andelen som fått ett stödsamtal eller behandling från vården för sin psykiska ohälsa, av de som svarat att de haft ett behov. I Sverige svarar 30 procent att de fått ett sådant stöd. Det är något lägre än genomsnittet, men ligger i linje med de flesta övriga länder i undersökningen. I USA är det vanligast att personer svarar att de fått stöd, nästan varannan svarar att de fått det. För Sverige och många andra länder i undersökningen har majoriteten inte fått stöd, vilket visar på en stor

förbättringspotential. En förklaring kan vara att de aldrig själva tagit kontakt med vården även om de haft ett behov. Det är därför viktigt att framöver undersöka vad som ligger bakom det. Frågan har ändrats och går därför inte att jämföra med den tidigare undersökningen 2017.

I IHP-undersökningen 2020 som riktade sig till hela befolkningen hade Sverige en relativt högre andel som haft behov att söka vård för sin psykiska ohälsa jämfört med övriga länder (Vård- och omsorgsanalys, 2021a). Det var också en relativt högre andel som inte fått stöd från vården för sin psykiska ohälsa. För befolkningen 65 år och äldre ser vi alltså inte samma mönster som för hela befolkningen. Det är dock möjligt att det finns skillnader i olika generationers benägenhet att prata om psykisk ohälsa vilket kan påverka resultatet.

Slutligen ställdes också en fråga hur ofta personen känner sig isolerad från omgivningen. I figuren ser vi andelen som svarat att de ofta upplever sig isolerade. I de flesta länder ligger andelen som ofta känner sig isolerad under 10 procent. Sverige har den näst högsta andelen med 10 procent. Bara Kanada har en högre andel.

### **5.3.1 Analys av det svenska resultatet**

Våra viktigaste resultat:

- Personer som har en fast vårdkontakt svarar oftare än andra att de får stöd av vården i att hantera sin psykiska ohälsa.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

#### **Kön**

Vi ser inga skillnader i förekomsten av psykisk ohälsa mellan könen, men kvinnor svarar oftare än män att de känner sig isolerade från omgivningen.

#### **Civiltillstånd**

Vi ser inget statistiskt signifikant samband mellan civiltillstånd och psykisk ohälsa, eller behandling för psykisk ohälsa. Däremot ser vi att personer som upplever sig isolerade svarar mindre ofta att de har fått stöd från vården för sin psykiska ohälsa.

Personer som lever ensamma känner sig oftare isolerade från sin omgivning än personer som är sammanboende.

#### **Utländsk bakgrund**

Personer med utländsk bakgrund svarar oftare att de har upplevt psykisk ohälsa under de senaste tolv månaderna än personer med icke-utländsk bakgrund. Däremot ser vi inga statistiskt signifikanta samband mellan utländsk bakgrund och om de svarande har fått stöd från vården eller inte.

## **Hälsa**

Personer med olika former av dålig hälsa upplever oftare psykisk ohälsa. Personer som beskriver sin hälsa som dålig, har en eller flera kroniska sjukdomar och som är begränsade i sin vardag svarar oftare än andra att de har upplevt psykisk ohälsa under de tolv senaste månaderna.

Vi ser inget statistiskt signifikant samband mellan hälsotillstånd och stöd från vården.

Personer som är begränsade i sina dagliga aktiviteter svarar oftare att de känner sig isolerade från sin omgivning.

## **Fast vårdkontakt**

Psykisk ohälsa är lika vanligt bland personer med en fast vårdkontakt som utan. Däremot ser vi att personer som har en fast vårdkontakt oftare svarar att de har fått stöd från vården än personer utan en fast vårdkontakt.

# 6 Vård och omsorg i hemmet

I takt med att svenskar lever allt längre ökar efterfrågan på äldreomsorg och omsorg som kan möta befolkningens önskemål och behov. Det ställer krav på både regioner och kommuner, och samordningen mellan dem.

Befolkningen i åldern 65 år och äldre är en heterogen grupp, där behovet av äldreomsorg varierar från inget behov alls, till stora behov. I de allra flesta fallen ökar behovet av omsorg i takt med att man åldras, men vilka omsorgsbehov man har påverkas av ens faktiska fysiska och psykiska behov, önskemål och familjesituation. Eftersom att det finns stora skillnader i de äldres behov av stöd har de behov av olika typer av äldreomsorg, som hemtjänst, hemsjukvård, eller särskilt boende. Omsorg från närstående är i många fall ett viktigt komplement till den formella äldreomsorgen och sjukvården.

## Resultat för Sverige jämfört med andra länder

- Sverige är tillsammans med Norge de länder där högst andel får hjälp av vård och omsorgspersonal, av de som har behov av hjälp för att klara dagliga aktiviteter. I Sverige är det också samtidigt vanligt att de får hjälp av anhöriga. I många andra länder i jämförelsen är det vanligast att anhöriga står för hjälpen helt och hållet.
- I Sverige svarade 20 procent att hjälpen de får i hemmet för att klara sina dagliga aktiviteter någon gång varit inställd eller begränsad under covid-19-pandemin. 13 procent svarade att det någon gång under pandemin har hänt att de inte fått den hjälp de behöver för att klara sina dagliga aktiviteter för att de inte ville ha andra personer i sitt hem på grund av pandemin.

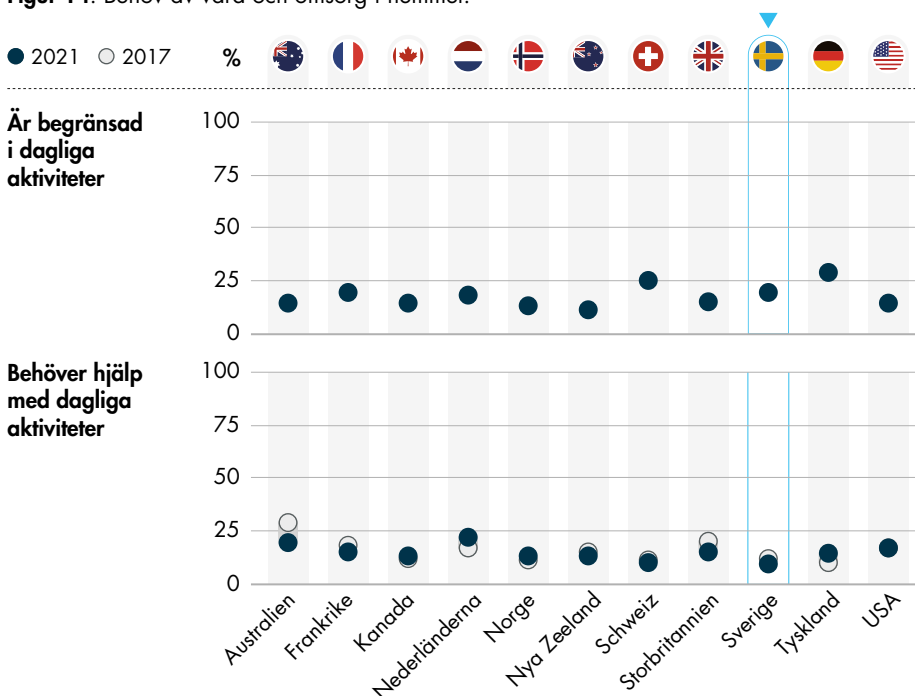
## Resultat för patienter i Sverige

- Det är vanligare att personer i tätbefolkade områden får hjälp med dagliga aktiviteter av vård- och omsorgspersonal än i glesbefolkade områden.
- Personer med psykisk ohälsa får oftare än personer utan psykisk ohälsa hjälp med dagliga aktiviteter av vård- och omsorgspersonal.

## 6.1 Behov av vård och omsorg i hemmet

Figur 14 visar andelen som upplever att de är begränsad i dagliga aktiviteter och om de på grund av sin hälsa behöver hjälp med dagliga aktiviteter. I Sverige svarar 20 procent att de är något eller allvarligt begränsade i sina dagliga aktiviteter, som att äta, komma upp och ner ur sängen eller en stol, klä av och på sig själva, bada/duscha eller använda toaletten. 9 procent svarar att de på grund av sin hälsa behöver hjälp av någon med hushållsarbete, matlagning, daglig medicinering eller andra dagliga aktiviteter. Det är en minskning med 3 procentenheter sedan 2017. Skillnaderna kan till viss del avspegla skillnader i ålder, folkhälsa och olika livstilsvanor mellan länderna.

Figur 14. Behov av vård och omsorg i hemmet.



## 6.2 Får hjälp med dagliga aktiviteter i hemmet

Sverige är tillsammans med Norge ett av de länder som har högst andel av de som har behov av hjälp för att klara av dagliga aktiviteter som får hjälp av vård och omsorgspersonal. Det är också vanligt i Sverige att personerna samtidigt får hjälp av anhöriga. I många andra länder i jämförelsen är det vanligast att anhöriga stått för hjälpen helt och hållet.

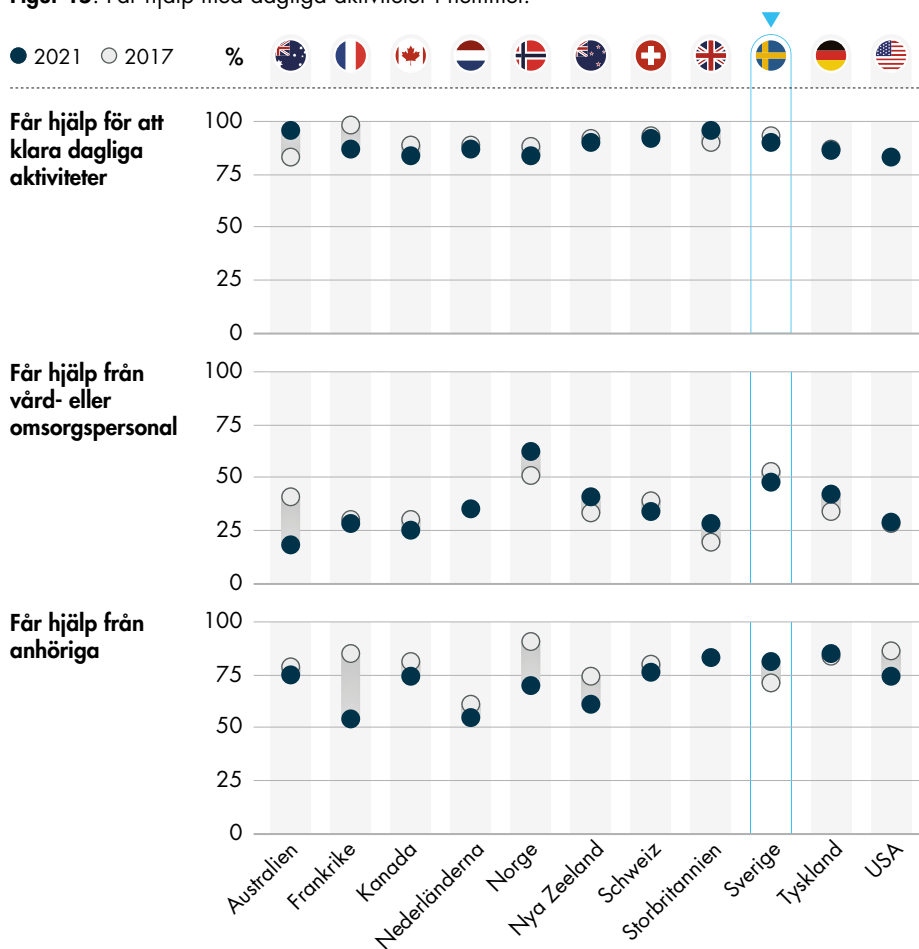
Generellt i undersökningen svarar nästan alla som har behov av hjälp för att klara dagliga aktiviteter att de också ofta eller alltid får hjälp, antingen av vårdpersonal, anhöriga eller vänner. I Sverige svarar 90 procent att de ofta eller alltid får hjälp.

Det är en minskning med 3 procentenheter sedan 2017.

De som svarade att de har hjälp fick också frågor om de får hjälp av vård- och omsorgspersonal eller anhöriga. I Sverige och Norge är det vanligast att personer har hjälp från vård- och omsorgspersonal. I Sverige svarar 48 procent att de får hjälp av vård- och omsorgspersonal, vilket är en minskning med fem procentenheter sedan 2017. I Norge är motsvarande andel 62 procent. I Sverige är det också relativt vanligt att personerna samtidigt har hjälp från anhöriga. I Sverige svarar 81 procent att de har hjälp från anhöriga - en ökning med 10 procentenheter.

De exakta procentandelarna och ökningarna här bör dock tolkas med försiktighet eftersom antalet som har hjälp med dagliga aktiviteter i undersökningen är relativt liten.

**Figur 15.** Får hjälp med dagliga aktiviteter i hemmet.



### **6.2.1 Analys av det svenska resultatet**

Att behöva hjälp med dagliga aktiviteter, som att resa sig från sängen, klä på sig, duscha eller äta har samband med olika aspekter på hälsa och socioekonomi. Äldre och skörare personer behöver oftare hjälp i vardagen. Hjälpen kan ges av familj och anhöriga, eller vård- och omsorgspersonal. Vem som hjälper en varierar också mellan olika grupper. I den här analysen har vi undersökt sambanden mellan behovet av hjälp och olika bakgrundsfaktorer.

Våra viktigaste resultat är:

- Det är vanligare att personer i tätbefolkade områden får hjälp med dagliga aktiviteter av vård- och omsorgspersonal än i glesbefolkade områden.
- Personer med psykisk ohälsa får i större utsträckning hjälp med dagliga aktiviteter av vård- och omsorgspersonal än personer utan psykisk ohälsa.

Nedan beskriver vi resultaten mer detaljerat.

#### **Civiltillstånd**

Personer som lever ensamma svarar mindre ofta än personer som är sammanboende att de behöver hjälp för att klara dagliga aktiviteter när vi kontrollerar för olika typer av ohälsa. Bland de som lever ensamma och behöver hjälp med dagliga aktiviteter är det vanligare att få hjälp från vård- eller omsorgspersonal än bland samboende, och mindre vanligt att få hjälp av anhöriga.

#### **Hälsa**

Bland de som behöver hjälp med dagliga aktiviteter är det vanligare att personer med psykisk ohälsa eller som är begränsade i vardagen får hjälp av vård- och omsorgspersonal än personer med bättre hälsa.

#### **Boendeort**

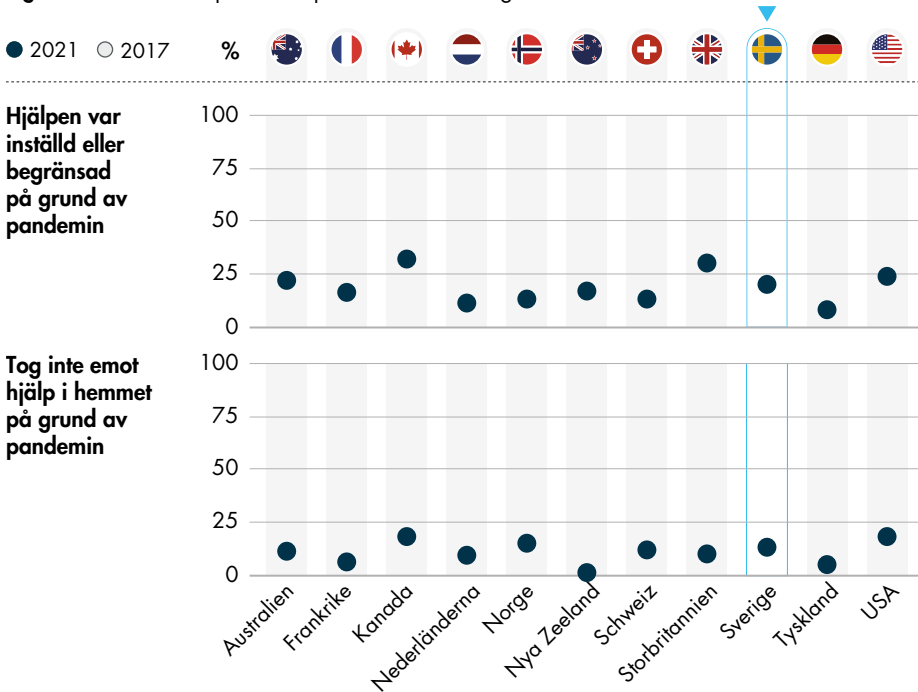
Personer bosatta i glesbygden eller i tätorter skiljer sig inte åt i behovet av att få hjälp med dagliga aktiviteter när vi kontrollerar för ohälsa. Däremot finns det skillnader i vem som hjälper med de dagliga aktiviteterna. Det är vanligare att personer bosatta i tätbefolkade områden får hjälp från vård- och omsorgspersonal än personer på landsbygden.



### 6.3 Pandemins påverkan på vård och omsorg i hemmet

Covid-19-pandemin har påverkat personer som är i behov av hjälp för att klara dagliga aktiviteter. I Sverige svarar 19 procent att hjälpen varit inställd eller begränsad på grund av pandemin, vilket är nära genomsnittet av de undersökta länderna. Det framgår av figur 16.

**Figur 16.** Pandemins påverkan på vård och omsorg i hemmet.



I USA, Storbritannien och Kanada är det vanligast att hjälpen ställts in eller varit begränsad på grund av pandemin. Att var femte person i Sverige i behov av hjälp för att klara av dagliga aktiviteter fick den inställd kan vara en delförklaring till att andelen som får hjälp av anhöriga har ökat sedan 2017.

I Sverige svarar 13 procent att de någon gång inte fått den hjälp de behöver för att klara sina dagliga aktiviteter för att de inte ville ha andra personer i sitt hem på grund av pandemin. Det är strax över genomsnittet av de undersökta länderna, men skillnaderna mellan länderna är ganska små. Mest avvikande är Nya Zeeland där bara 1 procent svarade att det hänt att de inte tagit emot hjälp i hemmet på grund av pandemin.

# 7 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 frågor. 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.

## 7.1 Svensk vård i internationell jämförelse

Tabell 1 visar Sveriges resultat i förhållande till de övriga länderna i undersökningen på de frågor där vi bedömer att det är möjligt att värdera resultatet. Tabellen visar också hur Sveriges resultat och ländernas genomsnittliga resultat har förändrats sedan förra mätningen 2017. Det är viktigt att poängtera att tabellen visar patientrapporterade erfarenheter till skillnad från kliniskt mätbara kvalitetsmått. Det är därför möjligt att det ibland finns skillnader mellan upplevelsen av vården och dess medicinska resultat i övrigt.

**Tabell 1.** Sveriges resultat i jämförelse med övriga länder samt förändringar i samtliga resultat sedan 2017.

	Sveriges resultat är bättre (högre eller lägre) jämfört med genomsnittet av de deltagande länderna	Förändring jämfört med 2017	
		Sverige	Alla länder
<b>Avstått vård pga kostnader</b>			
Avstått från att hämta ut medicin pga kostnad	✓ Ja	➔ Oförändrat	⬆️ Positiv
Avstått läkarbesök pga kostnad	✓ Ja	⬇️ Negativ	➔ Oförändrat
Avstått behandling pga kostnad	✓ Ja	➔ Oförändrat	⬆️ Positiv
Avstått tandvård pga kostnad	✗ Nej	⬇️ Negativ	⬆️ Positiv
Avstått vård i hemmet pga kostnad	✓ Ja	➔ Oförändrat	⬆️ Positiv
<b>Väntetider</b>			
Lätt att få vård på kväll eller helg	✗ Nej	➔ Oförändrat	⬆️ Positiv
Fick vård inom två dagar	✗ Nej	⬇️ Negativ	⬇️ Negativ
Fick vård inom sju dagar	✗ Nej	➔ Oförändrat	⬆️ Positiv
<b>Fast vårdkontakt</b>			
Har en fast läkare eller sjuksköterska	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬇️ Negativ
Har en ordinarie mottagning	✓ Ja	⬇️ Negativ	⬆️ Positiv
Får svar samma dag vid kontakt med vårdcentralen	✗ Nej	⬇️ Negativ	⬇️ Negativ
<b>Samordning</b>			
Har träffat 4 eller fler olika läkare senaste året	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬆️ Positiv
Får hjälp av ordinarie läkare att samordna vården	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬇️ Negativ
Läkare i specialistvården saknade information från ordinarie läkare	✗ Nej	⬇️ Negativ	⬇️ Negativ
Ordinarie läkare saknade information från specialistvården	✗ Nej	⬇️ Negativ	➔ Oförändrat
Fick skriftlig information innan utskrivning från sjukhus	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬇️ Negativ
Ordnade med återbesök innan utskrivning från sjukhus	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬇️ Negativ
Fick läkemedelsgenomgång innan utskrivning från sjukhus	✗ Nej	⬇️ Negativ	⬆️ Positiv
Fick tillräckligt med stöd för att hantera sin situation efter utskrivning från sjukhus	✗ Nej	⬇️ Negativ	⬇️ Negativ
<b>Vård vid kronisk sjukdom</b>			
Diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonalen	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬇️ Negativ
Fått tydliga instruktioner från vårdpersonal om symptom att hålla koll på	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬇️ Negativ
Finns vårdpersonal som håller kontakt med patienten mellan läkarbesöken	✓ Ja	⬆️ Positiv	⬆️ Positiv
Finns vårdpersonal som patienten kan kontakta för frågor	✓ Ja	⬇️ Negativ	⬇️ Negativ
Har en behandlingsplan som kan användas i vardagen	✗ Nej	⬆️ Positiv	⬆️ Positiv
Känner sig säker på att kunna hantera sitt hälsotillstånd	✗ Nej	⬇️ Negativ	⬆️ Positiv

Not: För samtliga frågor har en önskvärd riktning bestämts (t.ex. en hög andel kan vara antingen önskvärd eller inte). Resultatet och alla förändringar har sedan jämförts med den riktningen.

Jämfört med de andra länderna i undersökningen har Sverige generellt svaga resultat. Den sammantagna bilden känner vi till stor del igen sedan tidigare. Även om de svenska resultaten är fortsatt svaga, ser vi flera förbättringsområden sedan 2017. En förbättring rör vården av kroniska sjukdomar, där fler svarar att de fått olika typer av stöd från vården jämfört med förra mätningen 2017. Samtidigt visar undersökningen flera försämringar sedan 2017, bland annat inom samordning och specialistvård.

Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som samordning och kontinuitet, har varit svaga 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.

Tabellen visar även förändringar sedan 2017 i Sverige och i de resterande deltagande länderna. De svenska resultatens förändring skiljer sig ofta från ländernas genomsnittliga förändring i relation till önskvärd riktning. Eftersom undersökningen bara utgår från elva länder är det möjligt att ett enskilt land kan påverka den genomsnittliga förändringen mycket. Exempelvis ser vi en förbättring i länder där det är genomsnittligt färre som avstår vård. Den förändringen beror till stor del på att andelen som avstår vård på grund av kostnader minskat avsevärt i USA, medan andra länders resultat har förändrats mindre.

Områden där Sverige avviker positivt:

- Få i Sverige avstår vård på grund av kostnader.
- Relativt många av den äldre svenska befolkningen har en ordinarie vårdmottagning.
- Jämfört med de andra länderna har färre i Sveriges äldre befolkning fått vårdbesök uppskjutna på grund av covid-19-pandemin.
- Relativt många med kroniska sjukdomar har någon inom vården som håller kontakt med dem mellan läkarbesök och som de kan kontakta för frågor.

Områden där Sverige avviker negativt:

- Relativt många i den äldre befolkningen avstår tandvård på grund av kostnader.
- Sverige har långa väntetider på vård och det är svårare att få vård på kvällar och helger jämfört med de andra länderna.
- I Sverige har få i den äldre befolkningen en eller flera fasta vårdkontakter.
- Det är jämförelsevis få i Sverige som får svar samma dag vid kontakt med vårdcentralen.
- Samordningen av vården i Sverige fungerar sämre än i de andra länderna som deltar i jämförelsen.

- Sveriges äldre personer med kroniska sjukdomar svarar mindre ofta än andra länder att de diskuterat mål och prioriteringar i vården.
- Det är färre som fått tydliga instruktioner från vårdpersonal om symptom att hålla koll på.
- Relativt få i den svenska äldre befolkningen har en behandlingsplan som kan användas i vardagen.
- Relativt få i den svenska äldre befolkningen känner sig säkra på att kunna hantera sina hälsotillstånd.

Över tid har det också skett både försämringar och förbättringar i de svenska resultaten sedan 2017. Områden där svenska resultat förbättrats är:

- Antalet äldre med fast vårdkontakt har ökat.
- Färre äldre har träffat minst fyra eller fler olika läkare under 2021 än tidigare.
- Det är fler som får hjälp av ordinarie läkare att samordna vården. Antalet äldre som svarar att de fått skriftlig information och även återbesök ordnat innan de skrivs ut från sjukhuset har ökat.
- Bland äldre med kroniska sjukdomar har antalet som diskuterat mål och prioriteringar i vården med vårdpersonalen ökat. Det är även fler som fått tydliga instruktioner från vårdpersonal om symptom att hålla koll på, har en behandlingsplan i vardagen och har vårdpersonal som håller kontakt med patienten mellan läkarbesöken.

Områden där svenska resultat försämrats är:

- Det är fler i den äldre befolkningen som avstår läkarbesök och tandvård på grund av kostnaden.
- Antalet äldre i den svenska befolkningen som får vård inom två dagar har minskat.
- Färre äldre har en ordinarie mottagning och färre får svar samma dag vid kontakt med vårdcentralen.
- Fler upplever att läkare i specialistvården saknar information från ordinarie läkare och även att ordinarie läkare saknade information från specialistvården.
- Färre äldre rapporterar att de fått en läkemedelsgenomgång innan de skrivs ut från sjukhuset. Det är även färre som fått tillräckligt med stöd för att hantera sin situation efter utskrivning från sjukhus.
- Färre äldre med kroniska sjukdomar svarar att det finns vårdpersonal som patienten kan kontakta för frågor.
- Antalet äldre med kroniska sjukdomar som känner sig säkra på att kunna hantera sitt hälsotillstånd har minskat.

### 7.1.1 Väntetider och tillgång till vård

I Sverige är det få personer över 65 år som avstår vård på grund av patientavgifter. Skillnaderna är små mellan europeiska länder med undantag för Schweiz, där fler avstått vård på grund av kostnaden. Det är dock fler i Sverige som avstått från tandvård på grund av kostnaden, och den andelen har ökat sedan 2017.

Jämfört med andra länder rapporterar den svenska äldre befolkningen bland de längsta väntetiderna till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. Sverige är ett av de länder där lägst andel, 77 procent, svarar att de fått vård samma dag de kontaktat vårdcentralen. 40 procent svarade att de fått ett besök inom två dagar senast de var sjuka, vilket i jämförelse med de andra länderna är den näst lägsta siffran. Antalet som svarar att de fått vård inom två dagar har även minskat sedan 2017, när andelen var 47 procent. 81 procent uppger att de fått ett besök inom sju dagar, ett oförändrat läge sedan 2017, men nivån är bland de lägsta i jämförelsen. I Sverige svarar 29 procent att det är lätt att få vård på kvällar och helger, medan andelen är högre i de flesta andra länder.

### 7.1.2 Fast vårdkontakt

I Sverige uppger 69 procent av de över 65 år att de har en fast läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård. Det är en ökning med 8 procentenheter sedan 2017. Sverige är dock fortsatt det land i jämförelsen som har lägst andel med fast vårdkontakt.

Jämfört med de andra länderna är andelen äldre som går till en ordinarie mottagning istället relativt hög, 93 procent uppger att de har en ordinarie mottagning som de vanligtvis går till. Den siffran har dock sjunkit med 3 procentenheter sedan 2017.

Jämfört med 2017 är det färre äldre som under 2021 svarar att de ofta eller alltid blir involverade i beslut som rör deras vård och att läkaren tillbringar tillräckligt med tid med dem i vårdmötet. Det är även färre som svarar att vårdpersonalen känner till viktig information om patientens medicinska historia.

### 7.1.3 Samordning av vård och erfarenheter av specialist- och sjukhusvård

Sverige är ett av de länder där lägst andel svarar att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att samordna den vård som de får från andra vårdgivare. Däremot träffar inte svenska patienter fler olika läkare över ett år än patienter andra länder.

56 procent svarar att de fått hjälp av ordinarie vårdpersonal att samordna vården, en relativt låg siffra jämfört med de andra länderna. Sverige är det land där flest uppger att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården, ett resultat som har försämrats sedan 2017.

I de flesta länderna har personer som varit inlagda på sjukhus fått olika typer av vård och stöd i samband med utskrivningen. Sveriges resultat ligger dock under genomsnittet för de deltagande länderna på de flesta frågor. Däremot har andelen som fått skriftlig information om vilka symptom de ska bevaka efter utskrivningen ökat med 6 procentenheter sedan 2017 och ligger nu på 64 procent. Motsatt trend syns för andelen som fått en genomgång av läkemedel som patienten ska ta efter utskrivning, där siffran ligger på 63 procent, vilket är en försämring med 6 procentenheter sedan 2017.

Andelen äldre som upplever att de sammantaget fått tillräckligt med stöd för att hantera sin situation efter utskrivning från sjukhuset är 84 procent, vilket är en försämring med 1 procentenhet sedan 2017.

#### **7.1.4 Kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa**

Det är relativt små skillnader mellan länderna i förekomst av kronisk sjukdom. Sverige är dock ett av länderna med högst andel patienter med hjärt- och kärlsjukdomar, 31 procent, även om skillnaderna är små.

I Sverige har relativt få patienter med en pågående behandling för sin psykiska ohälsa jämfört med de andra länderna. Sverige har även lägst andel patienter som känner sig säkra på att kunna hantera sitt hälsotillstånd.

Även om det är liten skillnad jämfört med de andra länderna, har Sveriges resultat förbättrats inom flera områden sedan 2017. År 2017 var det endast 40 procent av Sveriges äldre befolkning som hade en behandlingsplan för sin sjukdom som de kunde använda sig av i vardagen, men siffran har stigit till 70 procent 2021. Ungefär hälften av personerna med kronisk sjukdom i den här undersökningen har också haft diskussioner med vårdpersonal om mål och prioriteringar med sin behandling. Under 2017 uppgav cirka var tredje person med kronisk sjukdom att de haft en sådan diskussion med vårdpersonalen.

Ett annat område som förbättrats är att fler anger att de har vårdpersonal som håller kontakt med dem mellan läkarbesöken, 22 procent svarar att de har en sådan kontakt vilket är en ökning på 5 procentenheter. Däremot har andelen som svarat att de har vårdpersonal som de kan kontakta vid frågor eller få råd om sitt hälsotillstånd minskat med 4 procentenheter sedan 2017 och ligger nu på 73 procent.

#### **7.1.5 Vård och omsorg i hemmet**

I Sverige svarar 19 procent av den äldre befolkningen att de är något eller allvarligt begränsade i sina dagliga aktiviteter, som att äta, komma upp och ned ur sängen, klä av och på sig själv, bada/duscha eller använda toaletten. Vidare svarar nio procent att de på grund av sin hälsa behöver hjälp av någon med hushållsarbete, matlagning, daglig medicinering eller andra dagliga aktiviteter. Det är en minskning med 3 procentenheter sedan 2017.

I Sverige svarar 90 procent av de som är begränsade i sina dagliga aktiviteter att de ofta eller alltid får hjälp med dagliga aktiviteter, vilket är en minskning med tre procentenheter sedan 2017. Tillsammans med Norge är Sverige det land där högst andel med behov av hjälp för att klara dagliga aktiviteter får hjälp av vård- och omsorgspersonal. I många av de andra länderna är det vanligare att anhöriga står för hjälpen. Det är dock även vanligt i Sverige att anhöriga hjälper till i hemmet, 81 procent svarar att de fått sådan hjälp av anhöriga. Den siffran har ökat med 10 procentenheter sedan 2017. Ökningen kan vara kopplad till covid-19-pandemin. Pandemin har inneburit påfrestningar på vård- och omsorgssystemet vilket gjort att vissa svarat att hjälp i hemmet blivit inställd, medan andra självmant ställt in besök med vård- och omsorgspersonal för att de inte vill ha andra personer i sitt hem under pågående pandemi.

## 7.2 Pandemins påverkan på vård och omsorg för 65 år och äldre

Undersökningen genomfördes under våren 2021, det vill säga under den pågående covid-19-pandemin. I det här avsnittet beskriver vi resultatet på de frågor i undersökningen som är direkt kopplade till pandemin. Vi redovisar även en översiktlig sammanställning av andra rapporter och undersökningar som undersökt pandemins påverkan på vården och omsorgen och som fanns tillgängliga när den här rapporten skrevs.

IHP-undersökningen visar att en stor del av del av den äldre befolkningen, 45 procent, har använt sig av ett digitalt videosamtal med vården under pandemin. För övriga länder är spridningen i digitalt vårdutnyttjande stor, där endast 4 procent i Tyskland svarat att de använt videosamtal medan 72 procent har gjort det i Kanada. När frågan om videosamtal ställdes 2017 svarade 43 procent i Sverige att de haft ett videosamtal, vilket tyder på att användningen av videosamtal bland den äldre befolkningen bara ökat lite under pandemin. Bland Sveriges äldre befolkning har fler personer med nedsatt hälsa och även personer med fast vårdkontakt haft ett digitalt vårdbesök under covid-19-pandemin.

Det är vanligare att personer med högre utbildningsnivå anger att vården blivit inställd på grund av covid-19-pandemin än bland personer med förgymnasial utbildning. Även personer med sämre hälsa har oftare fått besök inställda än personer med god hälsa. I den här undersökningen saknas dock information om hur ofta de svarande besöker vården, eftersom en möjlig förklaring till skillnaderna kan vara att personer med sämre hälsa oftare besöker vården. Pandemin har även påverkat de som får hjälp i hemmet för att klara sina dagliga aktiviteter, där 19 procent svarat att den hjälpen varit inställd eller begränsad under covid-19-pandemin. 13 procent svarade att de inte fått den hjälp de behöver för att klara sina



dagliga aktiviteter, eftersom de inte ville ha andra personer i sitt hem på grund av pandemin.

I rapporten *I skuggan av covid-19* (Vård- och omsorgsanalys 2021f) undersöktes hur befolkningens vårdkonsumtion har förändrats till följd av pandemin under 2020. Studien visade att cirka 40 procent av befolkningen har avbokat, avstått från, avvaktat med att söka vård eller utövat egenvård. Den vanligaste orsaken till att inte söka vård var att inte vilja belasta vården i onödan. Både läkarbesöken i primärvården och andelen patienter som väntade på specialiserad vård minskade kraftigt under 2020, medan digitala arbetssätt ökade. Detta kan bero på otydlig kommunikation om när man ska söka vård. Det finns alltså ett uppdämt vårdbehov både inom specialistvård och förebyggande screening. Det uppdämda vårdbehovet bedöms ha försämrat hälsotillståndet hos 7 procent av befolkningen. Pandemin har även medfört nya vårdbehov som är svåra att följa med befintliga register.

Studien visade även att covid-19-pandemin prövat hälso- och sjukvårdens prioriteringsarbete. Cirka 15 procent av befolkningen anger att vård ställts in eller senarelagts på grund av pandemin. I den här undersökningen är antalet äldre som fått sin vård inställd detsamma som under 2017, vilket skulle kunna innebära att äldre prioriterats framför den övriga befolkningen. Samtidigt visade *I skuggan av covid-19* att personer med långvariga hälsobesvär har påverkats mer av vårdens ransoneringar, och personer med långvariga sjukdomar, riskgrupper för covid-19 och kvinnor har ett större kvarvarande behov av vård. Studien visade även betydande regionala skillnader i andelen personer som nekats vård till följd av pandemin och i antalet första besök, operationer och återbesök inom specialiserad vård.

Granskningen av förändringar i vårdkonsumtionen till följd av covid-19-pandemin visade även att äldre tillhör en av de grupper som är mer oroliga än andra. I den här undersökningen är det fler äldre som upplevt psykisk ohälsa de senaste tolv månaderna än 2017.

Även om *I skuggan av covid-19* visar ett resultat från 2020 med hela befolkningen (personer över 18 år) som urvalsgrupp, medan denna undersökning vänder sig till den äldre befolkningen och speglar vården under 2021 är det intressant att studera hur vården generellt har påverkats under covid-19-pandemin i relation till resultaten från den här undersökningen.

Även Socialstyrelsen har följt upp covid-19-pandemins påverkan på vården i rapporten *Uppdämda vårdbehov – analys och förslag till insatser* (2021a). Under våren 2021 rapporterade femton sjukhus att de skjutit upp vård som inte kan vänta, till exempel cancerkirurgi, för att de bedrivit intensivvård och varit hårt belastade under pandemin. För att minska det uppdämda vårdbehovet utökade flera regioner sin operationsverksamhet under sommaren 2021. Exempelvis gjorde Karolinska universitetssjukhuset under en viss tidsperiod 67 procent fler canceroperationer än under samma period 2019.

Socialstyrelsens rapport visade att de årliga besöken och kontroller för personer med kroniska sjukdom har minskat för personer med till exempel KOL, diabetes, och demens. Antalet demensutredningar har till exempel minskat med 30 procent sedan covid-19-pandemins utbrott. Däremot har hjärt- och kärlsjukvården och även akutvården för stroke upprätthållit samma vård och behandling som under tidigare år. Detta resultat kan jämföras med den här undersökningens resultat där den äldre befolkningen med kronisk sjukdom svarar att de generellt har en mer positiv upplevelse av vården än 2017. Skillnaderna kan bero på att frågorna skiljer sig mellan undersökningen, där Socialstyrelsens rapport fokuserar på väntetider under covid-19-pandemin medan vår undersökning undersöker andra aspekter av vården. Undersökningarna skiljer sig även när det gäller de grupper som undersöks, där vår undersökning fokuserar på den äldre befolkningen medan Socialstyrelsens rapport behandlar hela befolkningen (personer över 18 år).

### 7.3 Analys av de svenska resultaten

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 bygger på analyser där varje faktor samtidigt är kontrollerad gentemot övriga faktorer som ingår i analysen. Till exempel är eventuella effekter av ålder kontrollerade för skillnader i självskattad hälsa, så att en eventuell effekt som mäts av ålder inte ska råka fånga naturligt bakomliggande skillnader i hälsa som finns mellan olika åldersgrupper.

Tabell 2 visar en sammanfattande bild av resultaten från regressionsanalyserna. Resultaten redovisas kapitelvis och per bakgrundsfaktor. Sammanfattningen avser endast de frågor där det går att identifiera en önskvärd riktning på resultatet, och som sjukvården har möjlighet att påverka. De samband som redovisas uppfyller vårt inkluderingskrav, där bakgrundsvariabeln ska ha ett statistiskt signifikant samband med upplevelser i vården i minst en tredjedel av modellerna i ett kapitel. Sammanfattningen visar också om bakgrundsvariablerna generellt har ett positivt eller negativt samband med olika upplevelser i vården. För mer information om hur vi utformat sammanfattningen, se metodbilaga som finns att hämta på vår hemsida. Resultaten från de två avslutande kapitlen ingår inte eftersom frågorna i de kapitlen inte går att värdera i form av önskvärd riktning på resultaten.

Tabell 2 visar resultaten från regressionerna uppdelade efter demografiska individuella faktorer, socioekonomiska individuella faktorer, kontextuella faktorer och hälsfaktorer.

**Tabell 2.** Samband mellan bakgrundsfaktorer och upplevelser och erfarenheter av hälso- och sjukvården.

Bakgrundsfaktorer	I jämförelse med	Tematiska uppföljningsområden			
		Tillgång till vård	Erfarenhet av ordinarie vårdkontakt	Erfarenhet av specialist- och sjukhusvård	Vård och omsorg av personer med kronisk sjukdom
<b>Demografiska faktorer</b>					
Kvinna	Man	*	*	*	⬇️ Negativ <sup>2</sup>
Ålder 75+	65–74 år	*	*	⬇️ ⬆️ Både och <sup>3</sup>	⬇️ ⬆️ Både och <sup>3</sup>
Utländsk bakgrund	Svensk bakgrund	*	*	*	*
Lever ensam	Sammanboende	*	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	*	*
Upplever sig isolerad	Inte isolerad	*	*	*	*
<b>Socioekonomiska faktorer</b>					
Gymnasial	För-gymnasial	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	*	*
Efter-gymnasial	För-gymnasial	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	*	*	*
Låg inkomst	Mellan eller hög inkomst	*	⬇️ ⬆️ Både och <sup>3</sup>	*	*
<b>Hälsfaktorer</b>					
Dålig hälsa	God hälsa	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	⬇️ Negativ <sup>2</sup>
Psykisk ohälsa	Ingen psykisk ohälsa	*	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	*
Begränsad i dagliga aktiviteter	Ej begränsad	*	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	⬇️ Negativ <sup>2</sup>	⬇️ ⬆️ Både och <sup>3</sup>
En kronisk sjukdom	Ingen kronisk sjukdom	*	⬆️ Positiv <sup>1</sup>	*	*
Flera kroniska sjukdomar	Ingen eller en kronisk sjukdom	*	⬆️ Positiv <sup>1</sup>	*	*
<b>Kontextuella faktorer</b>					
Tätbefolkat område	Glesbygd	*	⬇️ ⬆️ Både och <sup>3</sup>	*	*
Medelbefolkat område	Glesbygd	*	⬇️ ⬆️ Både och <sup>3</sup>	*	*
Har en fast vårdkontakt	Fast mottagning/ingen kontakt	*	⬆️ Positiv <sup>1</sup>	*	⬆️ Positiv <sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2/3 av regressionerna har en positiv riktning.

<sup>2</sup> 2/3 av regressionerna har en negativ riktning.

<sup>3</sup> Både positiv och negativ riktning för regressionerna.

\* Uppnår inte vårt inkluderingskriterium. I figuren har vi ett inkluderingskriterium. För att en bakgrundsfaktor ska redovisas i sammanfattningen måste den vara statistiskt signifikant i minst 30 procent av regressionerna i det aktuella kapitlet.

I hälften av kapitlen kan vi se att närvaron av en fast vårdkontakt har ett samband med mer positiva erfarenheter av vården. Vi ser också att olika former av ohälsa har samband med negativa erfarenheter av vården, men att förekomst av kronisk sjukdom har ett positivt samband med vissa aspekter av vården som att ha en fast vårdkontakt, och att känna sig delaktig i sin egen vård.

För resterande demografiska faktorer finns det inget lika tydligt samband med olika utfall. Att vara ensamstående har samband med ett antal negativa utfall för upplevelsen av primärvården. Kvinnor med kroniska sjukdomar svarar generellt något mer negativt än män på hur vården fungerar för dem.

För samtliga samband kan vi inte säga om sambanden är orsakssamband, eller om skillnaderna i resultat orsakas av andra bakomliggande faktorer.

När vi stegvis inkluderat de olika bakgrundsfaktorerna ser vi att modeller som inkluderar hälsofaktorer är bättre än de med enbart demografiska och kontextuella faktorer. Det innebär att hälsofaktorer förklarar en förhållandevis stor del av variationen i modellen. För mer information om hur vi genomförde analysen, se rapportens bilaga B på vår hemsida

### **7.3.1 Demografiska individuella faktorer (kön, ålder och civilstånd)**

Utifrån den här undersökningen är det svårt att peka ut vilken demografisk faktor som har tydligast samband med de erfarenheter man har av hälso- och sjukvården. För många frågor ser vi ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan olika grupper. Vi kan se att kvinnor har mer negativa erfarenheter inom vissa aspekter av vården, medan att ha utländsk bakgrund sällan tycks ha ett statistiskt säkerställt samband med ens erfarenheter i vården.

#### **Kön**

Vi ser i vissa fall statistiskt signifikanta skillnader mellan män och kvinnor som kvarstår efter att vi kontrollerar för inkomst, utbildning, bakgrund och hälsa. I det flesta fall är resultaten något mer negativa för kvinnor än för män, men kvinnor avstår mindre ofta än män tandvård på grund av kostnaden. Däremot anser kvinnor mindre ofta än män att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid tillsammans med dem när de besöker vården, och att de får en genomgång av sina mediciner efter att de varit inlagda på sjukhuset. Kvinnor med en eller flera kroniska sjukdomar svarar också mindre ofta än män att de har diskuterat mål och prioriteringar för sin behandling, eller fått information om symptom att bevaka. Det är också mindre vanligt att de svarar att de har någon som kontaktar dem mellan vårdbesöken för att stämma av hur de mår.

## **Ålder**

Personer som är 75 år och äldre har oftare en fast vårdkontakt, och träffar mindre ofta fler än fyra läkare under tolv månader, än personer som är 65-74 år. Samtidigt har de oftare stött på problem med samordningen av sin vård när de har fått sjukhusvård. Bland personer med kroniska sjukdomar är även äldre mindre säkra på att de kan hantera sitt hälsotillstånd mellan vårdbesöken.

## **Civilstånd, och att känna sig isolerad från sin omgivning**

Att vara ensamstående har ett negativt samband med olika erfarenheter av vården. Det går också att se flera negativa samband med att uppleva sig isolerad från sin omgivning, och erfarenheter av vården. Exempel på detta är att känna att vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid med dem, och att vårdpersonalen känner till viktigt information om dem.

## **Utländsk bakgrund**

Vi ser få signifikanta skillnader i erfarenheter från vården mellan personer med utländsk bakgrund och de utan. Personer med utländsk bakgrund avstår oftare att hämta ut läkemedel eller tandvård på grund av kostnaden, även efter att vi kontrollerar för låg inkomst. Vad den här skillnaden beror på är alltså svårt att säga utifrån våra analyser.

Bland personer med kroniska sjukdomar är det mindre vanligt att personer med utländsk bakgrund har någon som de kan kontakta med frågor mellan vårdbesöken.

## **7.3.2 Socioekonomiska individuella faktorer (utbildningsnivå och inkomstnivå)**

Personers hälsotillstånd och riskfaktorer för ohälsa har flera starka samband med socioekonomisk status. I den här rapporten beskriver vi flera samband mellan socioekonomi och erfarenheter i sjukvården.

### **Inkomst**

Personer med låg inkomst avstår oftare från tandvård på grund av avgifter jämfört med personer med högre inkomst. Bland personer utan fast vårdkontakt är det vanligare bland låginkomsttagare att ha en fast mottagning istället för ingen form av fast kontakt. Personer med låg inkomst svarar mindre ofta än personer med högre inkomst att de är involverade i besluten om sin vård.

### **Utbildning**

Personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning svarar mindre ofta än de med förgymnasial utbildning att de har fått en vårdtid inom två till sju dagar. Personer med gymnasial utbildning svarar också mindre ofta att det är enkelt att få vård på kvällar och helger än personer med en förgymnasial utbildning.

Personer med en gymnasial utbildning avstår oftare från tandvård på grund av avgifter, jämfört med personer med en förgymnasial utbildning, även när vi kontrollerar för lägre inkomst.

Personer med en gymnasial utbildning har mindre ofta en fast vårdkontakt än de med en förgymnasial utbildning. De svarar också mindre ofta att vårdpersonalen känner till viktig medicinsk historia. Personer med eftergymnasial utbildning svarar mindre ofta att svara att de får svar samma dag på en medicinsk fråga från sin vårdkontakt eller mottagning.

Personer med eftergymnasial utbildning svarar mindre ofta än personer med förgymnasial utbildning att de får hjälp från sin ordinarie vårdkontakt eller mottagning att samordna sin vård. De svarar också något ofta att de kan hantera sitt kroniska sjukdomstillstånd.

### **7.3.3 Kontextuella faktorer (ordinarie vårdpersonal, mottagning och boendeort)**

Kontextuella faktorer är sådana som beror på det sammanhang som individen befinner sig i och delas av fler individer i samma sammanhang. Vi har undersökt sambanden med resultaten i undersökningen och om man angett att man har en fast vårdkontakt (läkare eller sjuksköterska) eller en ordinarie mottagning som man går till för sin vård och om personen som svarar bor i glesbygd, en medelstor stad eller i en tätort. Den faktor som har störst samband med resultaten i undersökningen är om de svarande har en fast vårdkontakt eller inte.

#### **Fast vårdkontakt eller mottagning**

Att ha en fast vårdkontakt i form av en läkare eller sjuksköterska har samband med en rad positiva erfarenheter av sjukvården. Det handlar många olika aspekter som bemötande i vården, hjälp med samordning, och vård av kroniska sjukdomar. Till exempel svarar personer med en fast vårdkontakt att de i högre grad är delaktiga i besluten om sin egen vård, och att de har fått en behandlingsplan för sina kroniska sjukdomar att använda sig av i vardagen.

#### **Boendeort**

Att vara bosatt i tätorter jämfört med glesbygden har få samband med hur vården upplevs. Bland de statistiskt signifikanta samband som vi ser har vi bland annat att det är mindre vanligt i glesbygden att ha en fast vårdkontakt, och att personer bosatta i tät- och centralorter har det enklare att få hjälp på kvällar och helger utan att behöva besöka en akutmottagning.

### **7.3.4 Hälsfaktorer (självskattad hälsa, kronisk sjukdom och psykisk hälsa och begränsad i dagliga aktiviteter)**

Det finns ett tydligt mönster mellan hälsotillstånd och erfarenheter i vården, där personer med sämre hälsa också rapporterar sämre erfarenheter. Vi kan däremot inte svara på hur orsakssambanden ser ut mellan hälsotillstånd och vårderfarenheter. Det är möjligt att de här personerna har mer negativa erfarenheter på grund av sin hälsa, men det kan också vara så att deras hälsa är sämre därför att deras erfarenheter är sämre. Oavsett är det här en viktig faktor att belysa.

#### **Självskattad hälsa**

Personer som har svarat att deras hälsa är dålig har sämre erfarenheter av mötena med sin fasta vårdkontakt eller ordinarie mottagning. Det är också vanligare att de har fått träffa fler än fyra läkare under ett år, och att de inte har fått hjälp att samordna vården av sin fasta vårdkontakt eller ordinarie mottagning. Bland personer med kroniska sjukdomar och dålig hälsa är det mindre vanligt att känna sig säker på att kunna hantera sitt eget hälsotillstånd mellan vårdbesöken.

#### **Kroniska sjukdomar**

Personer som har en eller flera kroniska sjukdomar har mer blandade erfarenheter av sjukvården än personer med mer allmän dålig hälsa. De har bland annat i högre utsträckning en fast vårdkontakt än personer utan kroniska sjukdomar. Personer med mer än en kronisk sjukdom känner sig också mer delaktiga i besluten kring sin egen vård, och att vårdpersonalen känner till deras medicinska historia.

#### **Psykisk hälsa**

Personer med psykisk ohälsa såsom ångest eller nedstämdhet har sämre erfarenheter av mötena med sin fasta vårdkontakt eller ordinarie mottagning än personer utan samma psykiska ohälsa. De har också oftare stött på problem i informationsutbytet mellan primär- och specialistvård, och känner sig mindre trygga i att de kan hantera sina kroniska sjukdomar mellan vårdbesöken. De känner också mindre ofta att de har fått det stöd som de behöver när de lämnar sjukhuset.

#### **Begränsad i dagliga aktiviteter**

Personer som är begränsad i sina dagliga aktiviteter har sämre erfarenheter av mötena med sin fasta vårdkontakt eller ordinarie mottagning än personer utan begränsningar. Det är också vanligare att de har haft problem med att läkaren i specialistvården inte har fått all information från primärvården.

# Resultat, slutsatser och rekommendationer

## 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. Det är viktigt att poängtera att den här undersökningen uteslutande tar fasta på patientrapporterade erfarenheter till skillnad från kliniskt mätbara kvalitetsmått. Det är därför möjligt att det ibland finns en skillnad mellan upplevelsen av vården och dess medicinska resultat i övrigt.

Vi delar nedan upp avsnittet utifrån rapportens tre huvudfrågeställningar:

- Hur förhåller sig Sveriges resultat för olika frågeområden till övriga länders i jämförelsen?
- Hur har Sveriges resultat förändrats sedan 2017, som är den senaste tidpunkten för motsvarande undersökning?
- Vilka samband har de svenska resultaten med olika bakgrundsfaktorer och förhållanden som går att koppla till individen?

## Svensk vård i internationell jämförelse

### **Sverige uppvisar generellt svaga resultat i jämförelse med övriga länder, men vi ser förbättringar på vissa områden**

Jämfört med övriga länder i undersökningen uppvisar Sverige generellt svaga resultat. Den sammantagna bilden – att Sverige över tid uppvisat långa väntetider och utmaningar gällande vårdens samordning, samtidigt som få personer avstått från vård på grund av kostnaden - känner vi också till stor del igen från tidigare undersökningar. Vi ser dock även flera förbättringar sedan 2017. Ett exempel rör vården av kroniska sjukdomar, där en högre andel patienter uppger att de fått olika typer av stöd från vården jämfört med mätningen 2017. Samtidigt visar



undersökningen flera försämringar över tid, bland annat inom specialistvården och avseende vårdens samordning.

Det är särskilt bekymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena samordning och kontinuitet, varit svaga över lång tid och utan att större förbättringar iakttagits. 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.

### **Andelen över 65 år som uppger att de har en fast vårdkontakt har ökat**

I Sverige svarar 69 procent av dem över 65 år att de har en fast läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård, vilket är en ökning med 8 procentenheter sedan 2017. Det är även vanligare med en sådan fast vårdkontakt bland personer med kronisk sjukdom. Sverige är dock fortsatt det land i jämförelsen där lägst andel uppger att de har en fast vårdkontakt med en enskild vårdpersonal. Istället är det en mycket hög andel, 93 procent, som uppger att de har en fast mottagning som de vanligtvis går till för sin vård. Andelen har dock sjunkit med 3 procentenheter sedan 2017.

Vi ser även försämringar i hur patienterna upplever vårdmötet med den fasta vårdkontakten. Jämfört med 2017 är det en lägre andel patienter som idag svarar att de ofta eller alltid blir involverade i beslut som rör deras vård och att läkaren tillbringar tillräckligt med tid med dem i vårdmötet. Det är även en lägre andel svarande som uppger att vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia.

En möjlig förklaring till ökningen i andelen fasta vårdkontakter kan vara de satsningar som gjorts och pågår på området. Exempelvis beslutade regeringen under 2018 om en omställning till en god och nära vård där ett inriktningsmål består i att utveckla kontinuiteten i primärvården och mer specifikt att förtydliga patienters möjlighet till en fast vårdkontakt.

### **Patienter rapporterar fortsatt långa väntetider till icke-akut vård**

Den svenska befolkningen 65 år och äldre rapporterar bland de längsta väntetiderna till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. Långa väntetider är något som svenska patienter återkommande rapporterat om i IHP-undersökningarna och vi ser inga tydliga förbättringar i 2021 års undersökning. Jämfört med de andra länderna uppvisar Sverige generellt sett fortsatt längre väntetider och endast 29 procent svarar att det är lätt att få vård på kvällar och helger, vilket är sämre än i övriga länder. Sammantaget är de rapporterade väntetiderna oförändrade sedan 2017, med undantag för andelen som svarar att de får vård inom två dagar, vilken minskat med 7 procentenheter sedan 2017.

### **Jämförelsevis få avstår vård på grund av avgifter, men över tid avstår fler från tandvård på grund av avgifter**

Det är en jämförelsevis låg andel personer i Sverige över 65 år som svarar att de avstår hälso- och sjukvård på grund av höga patientavgifter. Däremot är andelen som avstår tandvård på grund av egenavgifter högre, och andelen har ökat från 7 till 11 procent sedan 2017. En möjlig förklaring är att egenavgifterna i Sverige är väsentligt högre avseende tandvård än hälso- och sjukvård.

### **Förbättrade resultat gällande vården av personer med kronisk sjukdom på flera områden**

Överlag ses relativt små skillnader i såväl förekomst som behandling av kroniska sjukdomar mellan länderna i jämförelsen. Däremot har det skett en positiv utveckling i Sverige sedan 2017 då en ökad andel äldre svarar att behandlingen av kroniska sjukdomar förbättrats inom flera områden. Ett område som har förbättrats markant är andelen som har en behandlingsplan för sin sjukdom som de kan använda sig av i vardagen. 2017 svarade 40 procent att de har en sådan, en siffra som stigit till 69 procent 2021. Vidare har ungefär hälften av personerna med kronisk sjukdom i denna mätning haft diskussioner med vårdpersonal om mål och prioriteringar med sin behandling. Under 2017 uppgav endast var tredje person med kronisk sjukdom att de haft en sådan diskussion med vårdpersonalen.

Även andelen individer med kronisk sjukdom som anger att vårdpersonal håller kontakt med dem mellan besöken har ökat med 5 procentenheter sedan 2017 och ligger idag på 22 procent. Däremot har andelen som svarar att de kan kontakta vårdpersonal vid frågor eller få råd om sitt hälsotillstånd minskat med 4 procentenheter till 73 procent.

Inom ramen för den här undersökningen är det inte möjligt att avgöra vad som påverkat utvecklingen av vården av personer med kronisk sjukdom i positiv riktning. Ett antal satsningar på området är dock i linje med utvecklingen. En sådan utgörs av satsningen på en kunskapsstyrd vård innehållande flera nya kunskapsstöd i form av vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer för olika kroniska sjukdomar.

### **Patienter rapporterar fortsatt brister i samordningen av vården**

Vårdens samordning är fortsatt ett problemområde inom svensk vård, och Sverige uppvisar här genomgående sämre resultat än de övriga länderna. För hälften av frågorna ses dessutom en försämring sedan 2017. Sverige är exempelvis ett av de länder där lägst andel svarar att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att samordna den vård som de får från andra vårdgivare, vilket kan vara kopplat till vår låga andel patienter med fasta vårdkontakter. Sverige är även det land där flest svarar att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården, ett resultat som

också har försämrats sedan 2017. Däremot träffar inte svenska patienter fler olika läkare under ett år jämfört med andra länder.

En hög andel av de svarande uppger att de fått olika typer av vård och stöd i samband med utskrivning från sjukhus, men Sverige presterar ändå sämre än snittet för övriga länder. Däremot har andelen som fått skriftlig information om vilka symptom man ska bevaka efter utskrivning ökat med 6 procentenheter sedan 2017 och uppgår till 64 procent. Motsatt trend ses för andelen som fått en genomgång av de läkemedel som patienten ska ta efter utskrivning, då denna andel minskat till 63 procent jämfört med 69 procent 2017.

### **Pandemin har påverkat vården- och omsorgen för 65 år och äldre**

Även om den här undersökningen inte direkt fokuserat på covid-19-pandemin, har resultaten troligen påverkats av pandemin eftersom vården varit tungt belastad under perioden. Ett exempel är att covid-19-pandemin påverkat de som får hjälp i hemmet med att klara sina dagliga aktiviteter. Inom gruppen svarade 20 procent att hjälpen ställts in eller begränsats under pandemin, och 13 procent svarade att de inte ville ha andra personer i sitt hem på grund av pandemin, och att de därmed inte fått den hjälp de behövt för att klara sina dagliga aktiviteter.

Sedan 2017 har antalet äldre som upplevt psykisk ohälsa de senaste 12 månaderna ökat, och majoriteten av dem som har behov av att träffa en läkare eller annan vårdpersonal på grund av psykisk ohälsa har inte fått stödsamtal eller annan behandling från vården. En tänkbar förklaring till utvecklingen är att äldre är en grupp som är mer oroliga än andra till följd av pandemin, något som bland annat framkommit i andra undersökningar.

### **Analys av de svenska resultaten**

Vi har fördjupat analysen av IHP-undersökningen genom en regressionsanalys av utfallet av enkätfrågorna och olika bakgrundsfaktorer hos de svarande. Syftet är att undersöka eventuella samband mellan patienternas erfarenheter av vården och bland annat deras demografiska och hälsomässiga förhållanden. Vid tolkning av resultaten är det dock viktigt att ha i åtanke att det rör sig om statistiska samband och inte orsakssamband. Vi kan alltså inte med säkerhet säga om en bakgrundsfaktor *orsakar* en viss upplevelse inom vården eller inte.

### **Patienternas erfarenheter av vården uppvisar tydligast samband med självskattat hälsotillstånd och förekomst av fast vårdkontakt**

Ett genomgående resultat är att personer med en fast vårdkontakt har mer positiva erfarenheter från vården samt att personer med en sämre självskattad hälsa också har sämre erfarenheter av vården. Det stämmer väl överens med resultaten från 2020 års IHP-undersökning som riktade sig till hela befolkningen. Samtidigt ser

vi förhållandevis få samband mellan utfallen och de svarades socioekonomiska förhållanden.

### **Personer som har en fast vårdkontakt har också generellt bättre erfarenheter av vården**

Sammantaget ser vi att de som svarar att de har en fast vårdpersonal att vända sig till (läkare eller sjuksköterska) uppger att de har bättre erfarenheter av vården jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning. De svarar till exempel i högre utsträckning att:

- de är involverade i beslut om sin egen vård
- vårdpersonalen tillbringar tillräckligt med tid tillsammans med dem
- vårdpersonalen känner till viktig information om deras medicinska historia
- de får hjälp att samordna eller planera vården de får från andra läkare
- de får mer stöd i vården av sina kroniska sjukdomar. Det handlar till exempel om målsättningar och prioriteringar med vården av deras kroniska sjukdom, de har någon att kontakta, eller som tar kontakt med dem mellan vårdbesöken, samt har en behandlingsplan som går att använda i vardagen.

I 2020 års IHP-undersökning, som riktade sig till hela befolkningen, lyfte vi fram att sambandet mellan ordinarie vårdkontakt och mer positiva erfarenheter i vården är av särskilt intresse, eftersom det är en fråga som ”ägs” av sjukvården, och på så vis direkt är möjlig att påverka. Vi ser att samma resonemang är giltigt även utifrån i årets undersökning.

### **Tillgången till en fast vårdkontakt är inte jämt fördelat bland äldre och de geografiska skillnader som ses framstår som omotiverade**

Att ha en fast vårdkontakt är inte jämnt fördelat bland befolkningen över 65 år, utan det är exempelvis vanligare bland de över 75 år och bland personer med en eller flera kroniska sjukdomar. Detta speglar sannolikt ett ökat behov hos dessa grupper jämfört med personer under 75 år och utan kroniska sjukdomar. Däremot ser vi också att det är mindre vanligt att ha en fast vårdkontakt bland personer som är bosatta i glesbygdsområden, vilket sannolikt inte är en skillnad som beror på skillnader i behov mellan stad och glesbygd.

### **Personer som beskriver sin hälsa som sämre eller är begränsade i sina dagliga aktiviteter har generellt sett mer negativa erfarenheter av vården, medan de med kronisk sjukdom däremot i vissa fall har bättre erfarenheter**

Personer som beskriver sin hälsa som sämre, som har psykisk ohälsa såsom ångest

och nedstämdhet, eller som är begränsade i sina dagliga aktiviteter har ofta mer negativa upplevelser av sjukvården jämfört med personer med god hälsa. Orsaken till skillnaderna går dock inte att finna i den här undersökningen, och vi kan exempelvis inte avgöra om det är så att personer med dålig hälsa får sämre vård, eller om personer som får sämre vård av annan anledning får sämre hälsa som konsekvens. Oavsett anledning är det här en viktig skillnad att fördjupa sig i.

Personer som har en eller flera kroniska sjukdomar har på några områden istället mer positiva erfarenheter av sjukvården än personer som har andra former av nedsatt hälsa. Personer med fler än en kronisk sjukdom känner sig exempelvis mer delaktiga i besluten om sin egen vård samt upplever att personalen känner till deras medicinska historia. Det är möjligt att det här reflekterar en skillnad i vårdkonsumtionsmönster mellan personer med och utan kroniska sjukdomar, där en skillnad är att de i högre utsträckning har en fast vårdkontakt än personer utan kroniska sjukdomar.

### **Få samband mellan patienterfarenheter och demografiska och socioekonomiska förhållanden**

Vi finner överlag att demografiska eller socioekonomiska faktorer i liten utsträckning samvarierar med vare sig positiva eller negativa erfarenheter av vården, även när vi har kontrollerat för olika aspekter av ohälsa. För enstaka områden ses dock vissa samband. Kvinnor har exempelvis mer negativa erfarenheter än män inom vissa aspekter av vården. De anger i lägre utsträckning än män att vårdpersonalen ägnar tillräckligt med tid med dem, och att de har fått en genomgång av sina läkemedel när de lämnar sjukhuset. Kvinnor med kroniska sjukdomar har även mer negativa erfarenheter av vården för sina kroniska sjukdomar än män.

Vad gäller personer med utländsk bakgrund så är det vanligare att de avstår tandvård och läkemedel på grund av kostnaden, även när vi kontrollerar för att ha en låg inkomst. Det är också mindre vanligt att personer med utländsk bakgrund har någon vårdpersonal som de kan kontakta med frågor om sin kroniska sjukdom mellan läkarbesöken.

Ses till utbildningsbakgrund så har personer med gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning mer negativa erfarenheter av att försöka komma i kontakt med vården än personer med förgymnasial utbildning. Även personer bosatta i glesbygd upplever att det är svårare att komma i kontakt med vården på kvällar och helger, jämfört med personer i tätorter.

## Rekommendationer

Årets IHP-undersökning understryker återigen att det finns en generell förbättringspotential vad gäller den svenska 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. I år finner vi även en ökning i andelen över 65 år som avstår tandvård.

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 mot den bakgrunden som vi utifrån undersökningens resultat lämnar ett antal rekommendationer till regering och regioner.

► **Regeringen bör säkerställa att möjligheten till fast vårdkontakt är jämnt fördelad över landet och regionerna bör säkerställa att möjligheten till fast vårdkontakt ges efter behov och nytta. De bör även gemensamt verka för att införlivandet av detta mål löpande följs upp, utvärderas och tillsynas.**

Resultaten i den här undersökningen bekräftar att det är färre i Sverige som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligtvis går till för sin vård jämfört med andra länder. Vi ser likt föregående år att det samtidigt finns ett positivt samband mellan förekomsten av en fast vårdkontakt och hur man upplever den vård man får. Vi bedömer alltså att IHP-undersökningen återigen ger ett starkt stöd för att personlig kontinuitet i vården, det vill säga att ha en personlig vårdkontakt jämfört med att enbart ha en fast mottagning, är en viktig pådrivande faktor för god patientupplevd kvalitet.

Vid tolkningen av det här resultatet är det viktigt att påpeka att det inte nödvändigtvis är så att den patientupplevda kvaliteten skulle förbättras för alla om de får en fast vårdkontakt. En möjlig delförklaring till det samband som vi observerat kan nämligen vara att just de patienter som redan har en fast vårdkontakt idag också är de som har större behov och nytta av kontinuerliga kontakter, vilket vår undersökning också visar. En annan möjlig delförklaring kan vara att personer som har goda erfarenheter av vården också har större sannolikhet att utse en fast vårdkontakt.

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

Vi ser att det har skett en ökning av andelen personer över 65 år i Sverige som har en fast vårdkontakt, och att ökningen är särskilt påtaglig bland personer med kronisk sjukdom.

Regeringen har beslutat om en omställning till en god och nära vård där ett inriktningsmål består i att utveckla kontinuiteten i primärvården och mer specifikt att förtydliga patienters möjlighet till en fast vårdkontakt. 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.

Vi rekommenderar här regionerna att särskilt beakta de skillnader mellan stad och glesbygd samt mellan sjukdomsgrupper 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. Regionerna bör även fortsatt arbeta med att informera patienter och vårdpersonal om patienternas rättigheter till en fast vårdkontakt.

► **Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att analysera och följa upp varför fler äldre avstår tandvård på grund av kostnader och vid behov föreslå åtgärder.**

I Sverige ges olika former av tandvårdsstöd i syfte att sänka den privata kostnaden för tandvård. Dessa utgörs av ett allmänt tandvårdsbidrag på 600 kronor per år för personer över 65 år, ett särskilt tandvårdsbidrag för grupper som till följd av till exempel sjukdomar eller mediciner riskerar sämre munhälsa, samt ett högkostnadsskydd. I 2021 års undersökning ser vi dock att andelen som anger att avstår tandvård på grund av kostnaden, ökat från 7 till 11 procent sedan 2017. Undersökningen visar också att personer med utländsk bakgrund är mer sannolika att avstå tandvård på grund av kostnaden, även när vi kontrollerade för andra faktorer som till exempel inkomstförhållanden. Då forskning visat att en god munvård är särskilt viktig inom gruppen 65 år och äldre, bland annat via sambandet mellan god munhälsa och övrig hälsa, är det viktigt att undersöka varför fler äldre avstår tandvård på grund av kostnaden.

Vi rekommenderar regeringen att uppdra till en lämplig myndighet att analysera och följa upp varför fler äldre avstår tandvård på grund av kostnaderna och att vid behov föreslå åtgärder för att tillförsäkra alla en god tandvård på lika villkor. Det bör också studeras varför personer med utländsk bakgrund i högre

utsträckning avstår på grund av kostnader. Det är möjligt att informationen om vilket stöd som finns att tillgå inte är tillräckligt eller att det inte når alla grupper i samhället i lika stor utsträckning.

► **Regeringen, regionerna och kommunerna bör ytterligare stärka samordningen av vård och omsorg, särskilt vad gäller samordning av information mellan vård- och omsorgsgivare.**

Vi ser återigen att bristen på samordning fortsätter att vara ett problemområde inom svensk vård då Sverige uppvisar jämförelsevis sämre resultat på alla frågor som rör vårdens samordning. För flera av frågorna ses dessutom en försämring sedan 2017. Sverige är ett av de länder där lägst andel svarar att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att samordna den vård som de får från andra vårdgivare, vilket kan vara kopplat till att vi är ett av de länder som har lägst andel fasta vårdkontakter.

Sedan 2017 har samtidigt andelen som har en fast vårdkontakt ökat. Syftet med den fasta vårdkontakten är bland annat att tillgodose patientens behov av samordning. Den ökade andelen fasta vårdkontakter borde därmed ge ökade förutsättningar för att förbättra samordningen av vården.

En annan sida av problemet med samordning handlar om att många i Sverige uppger att vården saknar nödvändig medicinsk information om patienten i samband med och efter ett läkarbesök i specialistvården. Tidigare IHP-undersökningar bekräftar den bilden. 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, regionerna och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att driva en sådan utveckling. Det handlar om såväl en gemensam struktur för information som en uppdaterad lagstiftning och även att systemen rent tekniskt ska kunna dela information mellan varandra.



# Referenslista

- Boström, A., Davidson, T., Gabre, P., Gahnberg, L., Sandborgh Englund, G., Skott, P., Ståhlacke, K., & Wårdh, I. (2017). Äldres munhälsa och tandvård. *Tandläkartidningen* nr 8 s. 54-60.
- Folkhälsomyndigheten. (u.å). *Folkhälsodata*. PxWeb - välj tabell (folkhälsomyndigheten.se) [hämtad 2022-01-10].
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer. En genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Försäkringskassan (u.å.) *Tandvårdsstöd*. Tandvårdsstöd (forsakringskassan.se) [hämtad: 2021-12-06]
- Sveriges regioner i samverkan (u.å.a) *Kunskapsstöd*. Kunskapsstöd | Kunskapsstyrning vård | SKR (kunskapsstyrningvard.se) [hämtad 2021-12-13]
- Sveriges regioner i samverkan (u.å.b). *Vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer*. Nationellt kliniskt kunskapsstöd (nationelltkliniskt kunskapsstod.se) [hämtad 2021-12-13]
- Sveriges regioner i samverkan (2021). *Översikt av planerade insatser 2021 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper*.
- Pensionsmyndigheten (2018). *Äldre med låga inkomster*. Stockholm: Pensionsmyndigheten
- SCB – Statistiska centralbyrån (2017). *Inkomstrappport 2017 – individer och hushåll*. Stockholm: Statistiska centralbyrån
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017). *Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner
- Socialdepartementet (2014). *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014–2017*. Regeringskansliet. Stockholm: Socialdepartementet

- Socialdepartementet och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård – Insatser inom hälso- och sjukvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015*. Stockholm: Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting
- Socialdepartementet och SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Stockholm: Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialstyrelsen (2017). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2021a). *Uppdämda vårdbehov – analys och förslag till insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2021b). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2021c). *Stödmaterial för dimensionering av fast läkarkontakt*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2021d). *Stöd för arbetssättet med fast läkarkontakt. Remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom* (Rapport 2014:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. (PM 2016:1). 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). *Stöd på vägen – en uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar* (Rapport 2018:3). 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 (2019c). *Social kompetens – om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten* (Rapport 2019:7). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a). *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*. (Rapport 2020:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020b). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (Rapport 2020:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020c). *Patienternas upplevelser av samordning av vård och omsorg efter slutenvård – Ett metodförslag för uppföljning av samt resultat från en pilotstudie*. (PM 2020:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a). *Vården ur befolkningens perspektiv – 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. (Rapport 2021: 4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b). *Ledas lika, ledas rätt? Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp* (Rapport 2021:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021c). *Långt borta men nära – kartläggning av primärvården i landsbygden*. (Rapport 2021:11) Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021d). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. (Rapport 2021: 8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021e). *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*. (Rapport 2021: 10). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021f). *I skuggan av covid-19 – Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*. (Rapport 2021:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.



# Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre

International Health Policy Survey (IHP) 2021

---

På regeringens uppdrag genomför Vård- och omsorgsanalys årligen den svenska delen av den internationella undersökningen International Health Policy Survey (IHP). IHP-undersökningen för 2021 undersöker befolkningen 65 år och äldres 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.