

Rapport 2014:11

Vården ur patienternas perspektiv

– jämförelser mellan Sverige
och 10 andra länder

Resultat från The Commonwealth Fund 2014
International Health Policy Survey



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

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

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Thinkstockphotos

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2014

ISBN: 978-91-87213-32-8

Vården ur patienternas perspektiv

– jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder

Resultat från The Commonwealth Fund 2014
International Health Policy Survey

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Marianne Svensson har varit föredragande. Analyschefen Christofer Montell och utvecklingsansvarig Jesper Olsson har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2014-11-06
Myndigheten för vårdanalys

Anders Anell
Tillförordnad ordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Karin Tengvald
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Marianne Svensson
Föredragande

Förord

Den amerikanska sjukvårdsstiftelsen *The Commonwealth Fund* genomför varje år en undersökning i elva länder om befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården, den så kallade *International Health Policy Survey* (IHP). Sverige deltar i IHP sedan 2009 och från och med 2014 har Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) regeringens uppdrag att ansvara för den svenska delen av undersökningen. Syftet med IHP 2014 är att med befolkningens hjälp och utifrån patienternas perspektiv ge underlag till förbättrat beslutsfattande i hälso- och sjukvården.

IHP ger en unik möjlighet att jämföra den svenska befolkningens erfarenheter av sina kontakter med vården med andra jämförbara länder. IHP är ingen attitydundersökning som ställer frågor om vad befolkningen tycker om vården. I stället frågar man befolkningen om vilka erfarenheter de har i mötet med vården, det vill säga om vad som skett i kontakten med vårdpersonalen. Den tjänar som ett viktigt komplement till de nationella undersökningar som årligen genomförs i Sverige: Vårdbarometern och Nationell Patientenkät. De sistnämnda undersökningarnas styrkor ligger i att skapa underlag för verksamhetsutveckling i hälso- och sjukvården lokalt genom jämförelser mellan olika landsting och verksamheter. Men inom vissa områden bör sannolikt inte målsättningen vara att uppnå samma resultat som de bäst presterade landstingen – utan snarare de bäst presterande länderna. IHP erbjuder möjligheter till relevanta internationella referensvärden.

Vårdanalys presenterade år 2012 utvärderingen *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård*. Då gjorde vi en omfattande genomlysning av patientcentreringen i vården och drog slutsatser utifrån forskning och flera tillgängliga material, däribland IHP. Denna resultatsammanställning av IHP 2014 kan därför till viss del ses som en uppföljning av vårt tidigare

arbete. Faktum är att årets undersökning tydliggör att Sverige ligger efter i utvecklingen inom de flesta av de områden som berörs i årets undersökning. IHP 2014 visar att Sverige har fortsatt mycket att lära av andra länder, när det handlar om hur man skapar ett vårdssystem som utgår från patientens unika behov och förutsättningar.

Arbetet vid Vårdanalys har letts av Marianne Svensson och Jesper Olsson. Undersökningen har skett i samarbete med The Commonwealth Fund, undersökningsföretaget SSRS i USA och Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator). På uppdrag av The Commonwealth Fund har SSRS ansvarat för den internationella samordningen av undersökningen. Indikator har stöttat Vårdanalys genom att genomföra den svenska datainsamlingen utifrån de riktlinjer som SSRS presenterat. Vårdanalys vill också passa på att rikta ett varmt tack till alla 7 206 personer runt om i landet som tog sig tid att låta sig intervjuas och gav oss möjligheten att få ta del av deras erfarenheter av vården.

Vår förhoppning är att denna resultatredovisning av IHP 2014 kan fungera som underlag för kommande fördjupade analyser med syftet att hitta förklaringar bakom de svenska resultaten, identifiera framgångsfaktorer i andra länder och lämna rekommendationer om hur svensk hälso- och sjukvård kan utvecklas.

Stockholm i november 2014

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Vårdanalys har tidigare pekat på att en central svaghet i svensk hälso- och sjukvård är att den inte är tillräckligt patientcentrerad. Denna rapport bekräftar den bilden. Jämfört med andra länder i undersökningen utmärker sig Sverige genom att presentera svaga resultat på en rad områden som beskriver patientens erfarenheter av sina kontakter med vården.

I denna rapport sammanfattas de svenska och internationella resultaten från den så kallade *International Health Policy Survey 2014* (IHP-studien). 2014 års undersökning vände sig till personer som är 55 år eller äldre, som har beskrivit sina erfarenheter från kontakter med vården.

Totalt har drygt 7 200 svenskar deltagit i undersökningen och resultaten jämförs med tio andra länder: Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA. Dessutom jämförs årets resultat med de svenska resultaten i 2010 och 2013 års undersökningar.

Svensk sjukvård har stor förbättringspotential jämfört med de andra länderna i undersökningen

På flertalet områden har Sverige sämre resultat än de länder som ingått i undersökningen. Jämförelsen visar att Sverige har stora möjligheter att utveckla hälso- och sjukvården genom att göra den mer patientcentrerad.

- ▶ *Vården är sämre på att ge information som gör det möjligt för patienten att ta välgrundade beslut om sin vård och hälsa*

Resultaten pekar ut Sverige som ett av de länder där patienten i lägst utsträckning får den information från vården som krävs för att kunna

fatta välgrundade beslut om sin vård och hälsa. Många patienter saknar fortfarande information om exempelvis vilka behandlingsalternativ som finns att välja mellan och hur de själva ska kunna hålla uppsikt över sin sjukdom eller sina besvär.

Tillsammans med Norge är Sverige det land där vården är sämst på att diskutera läkemedel och informera patienterna om tänkbara biverkningar av mediciner och varför de ska ta dem. Detta gör det svårt för patienten att själv kunna väga eventuella för- och nackdelar mot varandra vid exempelvis en läkemedelsbehandling.

- ▶ *Vården har inte lyckats skapa bättre förutsättningar för patienten att ta en mer aktiv roll i mötet med vården*

Drygt en av tre patienter upplevde vid kontakt med vården att deras läkare inte kände till deras sjukdomshistoria. Resultaten har inte förändrats sedan 2010. Vården brister även när det gäller att involvera patienterna genom att uppmuntra dem att ställa frågor och Sveriges resultat är jämfört med de andra länderna anmärkningsvärt lågt.

- ▶ *Vården kan bli bättre på att stödja patienten att själv kunna följa och hantera sin sjukdom*

Den svenska vården har enligt patienterna själva sämre förmåga än andra länder att se varje patient som en unik individ. Även om cirka 70 procent av patienterna alltid eller ofta upplever att personalen tillbringar tillräckligt med tid med dem är patienttillfredsställelsen lägre än i andra länder i undersökningen.

För personer med kronisk sjukdom har Sverige genomgående relativt svaga resultat jämfört med andra länder. Till exempel saknar dessa patienter en diskussion med vården kring målsättningar och hur de själva kan ta hand om sin sjukdom. Av de som fått en behandlingsplan säger samtidigt fyra av fem att den har hjälpt dem att kontrollera sitt tillstånd.

- ▶ *Fortsatta brister ses i koordineringen av vården men samordningen av information har till viss del stärkts*

De svenska patienterna upplever i betydligt lägre utsträckning än patienter i andra länder att ordinarie läkare eller vårdpersonal tar ett koordineringsansvar för kontakten med andra delar av vården. De i Sverige som har en fast läkarkontakt upplever att koordineringen fungerar bättre än de som har en särskild vårdcentral eller mottagning som de vanligen går till.

Samtidigt upplever patienterna att överföringen av information fungerar bättre från deras ordinarie läkare eller mottagning till den specialiserade öppenvården än vice versa. Dessutom är det färre i årets undersökning som upplever brister i överföringen av information jämfört med tidigare. Sverige är däremot betydligt sämre på att samordna informationen efter utskrivning från sjukhus jämfört med de andra länderna. Endast drygt 50 procent av patienterna menade att deras ordinarie läkare eller mottagning verkade informerad om den vård som han eller hon fått på sjukhuset.

► *Sverige bland de bättre på att erbjuda stöd till personer med kronisk sjukdom mellan läkarbesöken*

Drygt 70 procent av de tillfrågade med kronisk sjukdom i Sverige upplever att det finns personal som de kan kontakta och ställa frågor till om sitt tillstånd mellan läkarbesöken. Däremot är erfarenheten av proaktiva kontakter från vårdpersonal svag, inte bara i Sverige utan också i många av de andra länderna. Knappt 20 procent av de med kronisk sjukdom i Sverige har kontaktats mellan läkarbesöken för att höra efter hur allting fungerar.

► *Vårdens engagemang i livsstilsfrågor har fortsatt förbättringspotential*

Jämfört med andra länder är det i stort sett lika vanligt att vårdpersonal i Sverige talar med patienten om rökningens hälsorisker för att motivera dem att sluta röka. Drygt 60 procent av dem som röker har haft ett sådant samtal. Däremot är vården i Sverige sämre än i de flesta andra länder på att tala med patienterna om kost- och träningsvanor. Av dem i Sverige som har haft ett sådant samtal svarar närmare hälften att de ändrat sin livsstil efter samtalet.

► *Närstående i Sverige är minst lika engagerade i omsorgsrollen som närstående i andra länder*

Jämfört med andra länder är de tillfrågade i Sverige minst lika delaktiga i att hjälpa en närstående i sitt eget hem som i andra länder; var fjärde tillfrågad hjälper någon närstående minst en gång i veckan. Samtidigt saknar var tionde av dem stöd av kommunen i sin roll som anhörigvårdare.

► *Tillgängligheten till specialistvården har försämrats*

Tillgängligheten till specialiserad vård har försämrats i Sverige sedan år 2010 och väntetid till besök är i dag bland de längsta internationellt sett. Hälften av de som varit i kontakt med specialistläkare fick vänta mer än en månad på att träffa läkaren. Samtidigt upplevs även tillgängligheten

till besök hos läkare eller sjuksköterska generellt som fortsatt låg jämfört med de andra länderna och Sverige utmärker sig som det enda landet i undersökningen där många patienter endast har en särskild mottagning som de vanligtvis går till och inte har en fast läkarkontakt.

Sammantaget framstår Sveriges resultat som svaga jämfört med många andra länder. Att jämförbara länder har lyckats bättre än vi väcker en rad frågor om orsakerna bakom deras resultat. I viss mån kan deltagarnas svar styras av skilda förväntningar och attityder till vården i olika länder, och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet. Det krävs fördjupade analyser för att hitta förklaringar till resultaten, identifiera framgångsfaktorer hos de länder som presterar väl och lämna förslag på hur svensk hälso- och sjukvård kan utvecklas. Denna internationella belysning visar att Sverige, på en rad områden, har stor potential att stärka patientens ställning i vården.

Fortsatt stor förbättringspotential att stärka patientens ställning i vården

I ett vårdssystem där patienten är aktiv medaktör har patienten tillgång till information den behöver för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa och sjukvård

Jämfört med andra länder Jämfört med tidigare år

Vården är sämre på att ge information som gör det möjligt för patienten att ta välgrundade beslut om sin vård och hälsa

- ▶ cirka 70 procent av de som besökt specialist var involverade i beslut om behandling. **SVAGT** —
- ▶ cirka 60 procent av de som besökt specialist fick alltid / ofta veta behandlingsmöjligheter. **SVAGT** —
- ▶ drygt 50 procent fick information om symptom och självhjälp vid hemgång från sjukhus. **SVAGT** 2013 ◆
- ▶ drygt 80 procent visste vem de kunde kontakta efter hemgång vid frågor. **LIKVÄRDIGT** —
- ▶ cirka 50 procent har haft läkemedelsgenomgångar med läkare eller farmaceut. **SVAGT** 2010 ▲
- ▶ knappt 80 procent har fått läkemedelslista över sina läkemedel. **STARKT** 2010 ▲
- ▶ cirka 35 procent har fått information om läkemedlets biverkningar av läkare eller farmaceut. **SVAGT** 2010 ◆
- ▶ cirka 60 procent har fått information om varför de ska ta sina läkemedel vid hemgång. **SVAGT** 2010 ▼

Vården har inte lyckats skapa bättre förutsättningar för patienten att ta en mer aktiv roll i mötet med vården

- ▶ cirka 65 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / ofta kände till deras sjukdomshistoria. **SVAGT** 2010 ◆
- ▶ cirka 80 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / ofta förklarade på sätt som är lätt att förstå. **SVAGT** 2010 ◆
- ▶ knappt 40 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / ofta uppmuntrade dem att ställa frågor. **SVAGT** —

I ett vårdssystem där patienten möts med respekt för individuella behov ses varje patient som en individ med unika behov, preferenser och värderingar i mötet med vården

Vården kan bli bättre på att stödja patienten att själv kunna följa och hantera sin sjukdom

- ▶ cirka 70 procent anser att ordinarie vårdpersonal alltid / oftast tillbringar tillräckligt med tid med dem. **SVAGT** 2010 ◆
- Personer med kronisk sjukdom:*
- ▶ drygt 30 procent har diskuterat målsättningen med vården av deras tillstånd med vårdpersonalen. **SVAGT** —
- ▶ cirka 45 procent har fått information om vilka symptom de ska ha uppsikt över och när de behöver vård igen. **SVAGT** —
- ▶ cirka 40 procent har en behandlingsplan som stöd i sin vardagliga behandling. **SVAGT** —

- ▲ = positiv utveckling
- ◆ = oförändrad utveckling
- ▼ = negativ utveckling

Ett vårdssystem med väl fungerande samordning och kontinuitet präglas av ett gott samarbete mellan vårdens aktörer		Jämfört med andra länder	Jämfört med tidigare år
Fortsatta brister i koordineringen av vården	▶ 45 procent anser att de fått hjälp att koordinera sin vård av sin ordinarie läkare när de behövt det.	SVAGT	2013 ▼
Samordningen av information mellan ordinarie läkare/mottagning och specialistvård har till viss del stärkts	▶ cirka 10 procent anser att specialistläkaren saknat information från ordinarie läkare vid besök.	LIKVÄRDIGT	2013 ▲
	▶ knappt 20 procent anser att deras ordinarie läkare inte varit informerad om besök i specialistvården.	LIKVÄRDIGT	2013 ▲
	▶ drygt 50 procent anser att ordinarie läkare var informerad om deras sjukhusvistelse.	SVAGT	2010 ◆
Sverige bland de bättre på att erbjuda stöd till personer med kronisk sjukdom mellan läkarbesöken	<i>Personer med kronisk sjukdom:</i> ▶ cirka 70 procent har någon vårdpersonal att kontakta mellan läkarbesöken för att ställa frågor.	STARKT	—
	▶ knappt 20 procent anser att det finns en vårdpersonal som kontaktar dem för att höra om allt fungerar.	LIKVÄRDIGT	—
Ett vårdssystem med helhetssyn på patienter med både medicinska och icke-medicinska behov präglas av en vård som även ser till hur patienten i sitt dagliga liv kan nå bättre hälsa och välbefinnande			
Vårdens engagemang i livsstilsfrågor har fortsatt förbättringspotential	▶ knappt 30 procent har talat med vårdpersonal om kostvanor.	SVAGT	2010 ◆
	▶ cirka 40 procent har talat med vårdpersonal om träningsvanor.	SVAGT	2010 ◆
	▶ cirka 60 procent har talat med vårdpersonal om rökningens hälsorisker för att sluta röka.	LIKVÄRDIGT	2010 ◆
	▶ cirka 10 procent har talat med vårdpersonal om saker som oroar / stressar dem.	SVAGT	2010 ◆
Stora variationer mellan länder hur patienterna förhåller sig till att planera framtida svåra vårdssituationer	▶ 30 procent har talat med närstående eller vården om vilken behandling de vill ha i händelse av svår sjukdom.	SVAGT	—
	▶ 5 procent har nedskriven plan om hur de vill ha det vid livets slut.	SVAGT	—
	▶ drygt 5 procent har nedtecknat vem som ska besluta om behandling i deras ställe.	SVAGT	—

Innehåll

1 Inledning	19
1.1 IHP 2014	19
1.2 En jämförande ansats	21
1.3 Vi utgår från fem dimensioner av patientcentrerad vård	22
2 Vårdens tillgänglighet jämfört med andra länder.....	27
2.1 Vårdens tillgänglighet fortsatt låg	27
2.2 Tillgängligheten till specialistläkare har till viss del försämrats	32
2.3 I Sverige är patienternas egenavgifter sällan ett hinder för tillgång till vård.....	33
3 Patienten som medaktör i vården genom information och utbildning... 	37
3.1 Patienternas tillgång till information är fortsatt låg jämfört med andra länder	38
Information om behandlingsalternativ vid besök hos specialist	38
Information vid utskrivning från sjukhus	38
Information om läkemedel	40
3.2 Patientens förutsättningar att ta en aktiv roll i mötet med vården är sämre jämfört med andra länder	43
4 Respekt för patientens individuella behov, preferenser och värderingar	47
4.1 Sverige fortsatt sämre än många andra länder på att ägna tillräcklig tid för patientmötet	48

4.2 Sverige är sämre än många andra länder på att stödja patienter att själva följa och hantera sin sjukdom	49
5 Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg ..	55
5.1 Drygt var tionde upplever att vårdpersonal gett motstridig information ..	56
5.2 Sverige sämre än andra länder på att koordinera vården.....	58
5.3 Informationsöverföringen fungerar bättre från ordinarie läkare eller mottagning till specialistvård	59
5.4 Sverige bland de bättre på att erbjuda stöd till personer med kronisk sjukdom mellan läkarbesöken	62
6 Helhetssyn på patienter med både medicinska och icke medicinska behov.....	65
6.1 Vårdens engagemang i livsstilsfrågor är sämre än i många andra länder..	66
6.2 Stor variaton mellan länder i hur den enskilde förhåller sig till framtida svåra vårdsituationer	68
7 Involvering av familj och närstående i vården enligt patientens önskemål.....	73
7.1 Sju av tio upplever att närstående oftast involveras i specialistvården	73
7.2 Närstående i Sverige är minst lika engagerade i omsorgsrollen som närstående i andra länder	74
8 Jämförelser mellan olika patientgrupper inom Sverige	79
8.1 Könsskillnader	81
8.2 Personer med kroniska sjukdomar.....	82
8.3 75 År och äldre	86
8.4 Personer med flera läkarkontakter	87
9 Referenser	93
Bilagor	97
Bilaga 1 – Målgrupp och respondenter	97
Bilaga 2 – Teknisk rapport	111
Bilaga 3 – Teknisk rapport	115

Inledning

Under de senaste åren har alltmer fokus i Sverige riktats mot att göra vården mer patientcentrerad. Vårdanalys har tidigare pekat på att en central svaghet i svensk hälso- och sjukvård är att den inte är tillräckigt patientcentrerad (Vårdanalys 2012 och 2014). Ökad patientcentrering förväntas leda till minskad oro och minskat lidande för patienten, bättre medicinska resultat och ett mindre vårdbehov för patienter som i dag besöker vården fler gånger än vad som är nödvändigt (Vårdanalys 2012).

Det faller sig naturligt att patienternas egna uppfattningar och upplevelser av vården är en central del i att definiera och mäta i vilken utsträckning vården är patientcentrerad. Vissa experter går så långt som att säga att det är det enda meningsfulla sättet att definiera patientcentrering (se till exempel Stewart 2001).

Den amerikanska stiftelsen *The Commonwealth Fund* genomför årligen en internationell undersökning med fokus på befolkningens upplevelser av hälso- och sjukvården. Resultaten från den så kallade *International Health Policy Survey* (IHP-studien) ger goda möjligheter att beskriva patientcentreringen i svensk sjukvård genom att jämföra med andra länder. Sverige har deltagit i undersökningen sedan år 2009, vilket också ger möjligheter att beskriva hur patientcentreringen har utvecklats över tid.

I denna rapport sammanfattar vi de svenska och internationella resultaten från 2014 års undersökning. Syftet är att genom en jämförande ansats identifiera förbättringsområden för svensk hälso- och sjukvård.

1.1 IHP 2014

I årets undersökning deltog elva länder: Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och



USA. Målgruppen för undersökningen varierar mellan åren (tabell 1). 2014 års undersökning vände sig till ett slumpmässigt urval av personer i befolkningen som är 55 år och äldre. Totalt har drygt 7 200 personer besvarat den svenska delen av undersökningen. Datainsamlingen genomfördes per telefon under april och maj 2014.

Tabell 1. Målgrupperna i IHP-undersökningen skiftar mellan åren.

År	Målgrupp	Antal deltagare	Antal deltagare 55 år eller äldre ¹⁾
2014	Befolkningen 55 år eller äldre	7 206	7 206
2013	Befolkningen 18 år eller äldre	6 950	2 844
2012	Allmänläkare i primärvården		
2011	Befolkningen över 18 år med dålig hälsa och stort behov av vård till följd av allvarlig eller kronisk sjukdom		
2010	Befolkningen 18 år eller äldre	2 100	903
2009	Allmänläkare i primärvården		

1) Screeningen av vem som skulle tillfrågas att delta i undersökningen skiljer mellan undersökningsåren. År 2014 slumpades vid uppringning den i hushållet som var 55 år eller äldre och tillfrågades att delta. År 2010 och 2013 slumpades vid uppringning den i hushållet som var 18 år eller äldre och tillfrågades att delta.

Av de som deltagit i undersökningen är det några fler som är i åldern 65–74 år (drygt 40 procent) än vad som är representativt för målgruppen. Det är också fler kvinnor som besvarat frågorna: 59 procent. I materialet ses också en underrepresentation av personer som inte är födda i Sverige. Jämfört med andra befolkningsstudier i Sverige är det troligt att deltagarna i IHP-studien upplever sin hälsa som något sämre än befolkningen i övrigt. För att resultaten ska bli så rättvisande som möjligt vid jämförelser mellan länderna, har datamaterialet viktats utifrån ålder, kön, utbildning och i vilket landsting man är bosatt för att återspegla den verkliga sammansättningen i befolkningen.

Deltagarnas kontakter med vården enligt IHP-undersökningen är jämförbara med nationella siffror från Öppna jämförelser (SKL 2014a). Så när som alla respondenter har varit i kontakt med den vårdcentral som de vanligen går till under de senaste 12 månaderna. I genomsnitt har deltagarna träffat knappt två läkare under samma period. En tredjedel har besökt sjukhusets akutmottagning vid åtminstone ett tillfälle och var fjärde person har tillbringat minst en natt på sjukhus under det senaste två åren. Under samma tidsperiod har hälften av deltagarna träffat en specialistläkare.

Tre av fyra personer i undersökningen har minst ett receptbelagt läkemedel som de tar regelbundet och drygt två tredjedelar har kronisk sjukdom. Fyra procent av dem som deltagit i studien behöver hjälp för att klara sina dagliga aktiviteter.

1.2 EN JÄMFÖRANDE ANSATZ

I denna resultatsammanställning av IHP 2014 jämförs de svenska resultaten med de andra länderna. I viss mån kan resultaten påverkas av vilka förväntningar eller uppfattningar som befolkningen i olika länder har av vården (Murray m.fl. 2001, Bleich m.fl. 2009). Vi vet exempelvis att patienternas förväntningar på vården kan påverka hur nöjda de är med den vård de fått. Om befolkningen redan har låga förväntningar på vårdens möjligheter att ge vård, kan de, jämfört med befolkningen i ett annat land vars förväntningar är höga, vara nöjdare med sina vårdkontakter. En fördel med IHP-undersökningen är att deltagarna tillfrågas om de exempelvis har fått information, om de har en person som de kan kontakta eller om de fått en plan för sin behandling. Genom att inte ställa värderingsfrågor, exempelvis hur nöjd man är med informationen, minskar risken att skillnaderna mellan länderna kan förklaras av olika förväntningar.

En annan begränsning med befolkningsstudier är att vi ber personerna att tänka tillbaka på de besök eller kontakter de har haft med vården under de senaste 12 eller 24 månaderna. I vilken utsträckning som personen kan dra sig till minnes vad som hände vid mötet kan självfallet diskuteras, men torde innebära samma mätproblem i alla deltagande länder och inte påverka möjligheten till jämförelse.

Förutom den internationella jämförelsen, jämför vi också de svenska resultaten från 2014 med resultaten från 2010 och 2013. För att nå jämförbarhet mellan undersökningsåren ingår endast svaren från deltagare som är 55 år eller äldre i 2010 och 2013 års undersökningar (tabell 1). Det har inte varit möjligt att göra jämförelser med övriga år, eftersom målgrupperna då sett annorlunda ut.

Utfallet i IHP-undersökningen har, i den mån det varit möjligt, jämförts med resultat från de nationella undersökningarna Vårdbarometern (2013) och Nationell Patientenkät för primärvården (2013) och den somatiska vården (2014). Dessa undersökningar genomförs återkommande av Sveriges Kommuner och Landsting (2013 och 2014b) och en del av de frågor som ställs i IHP-studien fångas även i dem. IHP-studien tillför ett internationellt perspektiv på frågorna och blir ett viktigt komplement för att tydliggöra inom



vilka områden den svenska hälso- och sjukvården har en förbättringspotential.

IHP-undersökningen har även tidigare använts i den utvärdering av patientcentreringen som Vårdanalys tillsammans med internationella experter genomförde 2012 – *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård*. Då baserades analysen på 2011 års undersökning, som riktade sig till vuxna med sämre hälsa för att identifiera styrkor och svagheter i medborgares och patienters uppfattning av den svenska hälso- och sjukvården. Eftersom årets IHP riktar sig till en annan målgrupp ska denna analys ses som ett komplement till tidigare presenterade resultat.

I denna rapport presenteras resultaten från 2014 års undersökning. Avsikten är att denna rapport ska användas som ett underlag för kommande fördjupade analyser där vi försöker hitta förklaringar till resultaten, identifiera framgångsfaktorer hos de länder som presterar väl och lämna rekommendationer om hur svensk hälso- och sjukvård kan utvecklas.

1.3 VI UTGÅR FRÅN FEM DIMENSIONER AV PATIENTCENTRERAD VÅRD

Flertalet av de frågor som ingått i årets IHP-undersökning, och även tidigare års undersökningar, berör patientens erfarenheter av bland annat delaktighet, samordning och koordinering av vården, det vill säga egenskaper som är viktiga för att stärka patientens ställning. Vi har därför valt att presentera resultaten med hjälp av fem dimensioner av patientcentrerad vård (Vårdanalys 2012):

► *Patienten som medaktör i vården genom information och utbildning*

Patienterna har tillgång till den information de behöver för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa och sin hälso- och sjukvård. Vården utbildar patienterna om deras sjukdomar och deras alternativ för att få vård.

► *Respekt för patientens individuella behov, preferenser och värderingar*

Patienterna behandlas som individer som bär med sig en unik uppsättning behov, preferenser och värderingar i mötet med vården. Vården är utformad för att förutse och reagera på det som är viktigt för patienterna och för att främja ett meningsfullt deltagande från patienterna i alla beslut om vilken vård som ska erbjudas.

► *Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg*

Samordning av vården för att uppnå en optimal service och kontinuitet för patienten är centralt. Utan ett gott samarbete mellan vårdgivare kan patienten drabbas av bristande vårdkvalitet som en konsekvens av exempelvis felaktigt ordinerad behandling.

► *Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke-medicinska behov*

En patientcentrerad vård förutser och bemöter emotionella, psykiska och andliga behov i stället för att uteslutande fokusera på de medicinska aspekterna. Ett patientcentrerat hälso- och sjukvårdssystem har också en helhetssyn på patientens behov, i stället för ett sjukdomscentrerat förhållningssätt.

► *Involvering av familj och närstående i vården enligt patientens önskemål*

Att engagera och involvera familj och vänner i patientens vårdupplevelse spelar en central roll i sjukdomsupplevelsen. En vård som involverar närstående i beslutsfattandet, stödjer omsorgsrollen och tar familjens och de närståendes behov i beaktande anses vara mycket viktigt för patienten.

De fem dimensionerna av patientcentrerad vård utgör var sitt kapitel i rapporten (kapitel 3 till 7).

IHP 2014 innehåller också ett antal frågor som beskriver hur deltagarna upplever vårdens tillgänglighet. Att vården är tillgänglig för dem som behöver den är en viktig egenskap för ett hälso- och sjukvårdssystem. Tillgänglighet ingår däremot inte i det ramverk för patientcentrerad vård som vi beskrivit ovan. Även om vården har hög tillgänglighet (lätt att få kontakt med, nära till hands, kan nås vid rätt tillfälle) är det inte säkert att vården lever upp till patientcentreringens målsättning om exempelvis delaktighet och patienten som medaktör. Däremot förutsätter en patientcentrerad vård att vården är tillgänglig. I rapporten redovisar vi därför i ett inledande kapitel (kapitel 2) hur väl Sverige står sig vad gäller tillgängligheten till hälso- och sjukvård jämfört med andra länder baserat på IHP-undersökningen.

I rapportens kapitel 8 redovisas resultaten av en jämförelse mellan olika patientgrupper inom Sverige. Jämförelsen baseras enbart på 2014 års undersökning. En utförligare beskrivning av deltagarna i den svenska IHP-undersökningen och omfattningen av deras kontakter med vården redovisas i rapportens bilaga 1. I rapportens bilaga 2 och 3 beskrivs hur undersökningen genomförts i Sverige och vilka frågor som ingått i 2014 års undersökning.



Vårdens tillgänglighet jämfört med andra länder

Tillgängligheten till specialiserad vård har minskat i Sverige sedan år 2010 och väntetid till besök är i dag bland de längsta internationellt sett. Hälften (49 procent) av de som varit i kontakt med specialisläkare fick vänta fyra veckor eller mer på att träffa läkaren.

Samtidigt upplevs tillgängligheten till besök hos läkare eller sjuksköterska generellt som fortsatt relativt låg jämfört med de andra länderna; endast 46 procent av de tillfrågade i Sverige fick tid samma dag. Det kan jämföras med drygt 80 procent i Frankrike, som har högst tillgänglighet. Närmare var tredje som besökt akuten menar också att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Telefontillgängligheten till den ordinarie mottagningen upplevs däremot som relativt god och i nivå med många andra länder.

I undersökningen framstår Sverige som ett av de länder där patienterna sällan avstår från vård på grund av patientavgifter eller andra kostnader.

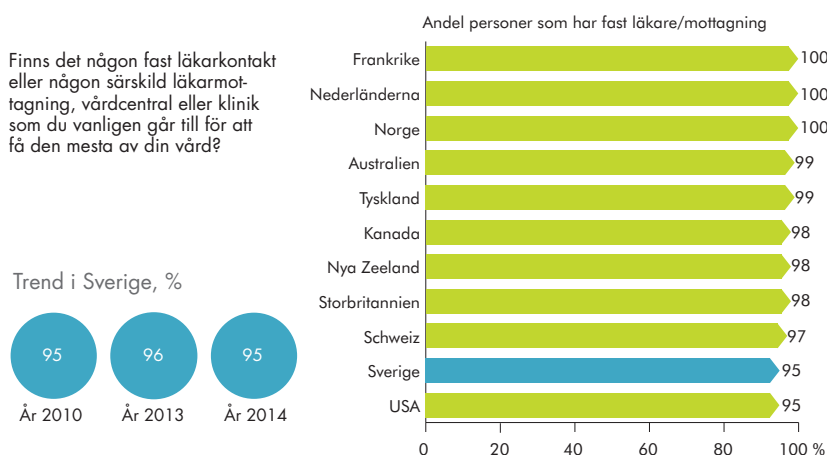
2.1 VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET FORTSATT LÅG

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet utmärker sig i den internationella jämförelsen genom att respondenter i Sverige i mycket lägre utsträckning har en fast läkarkontakt i primärvården. I de flesta andra länder har 90 procent eller fler av de tillfrågade en fast läkare som de ser som "sin". I Sverige uppger knappt två tredjedelar att de har en fast läkarkontakt i primärvården (till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare). En tredjedel av svenskarna uppger samtidigt att de har en särskild vårdcentral, mottagning eller klinik som de vanligen kan vända sig till och bara fem procent av

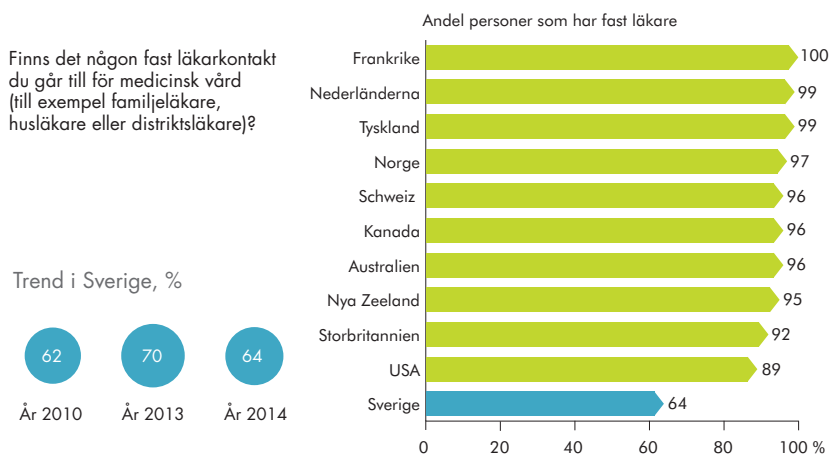


deltagarna uppger att de varken har en mottagning eller fast läkarkontakt att vända sig till. Dessa resultat stämmer relativt väl överens med tidigare undersökningar (Konkurrensverket 2012). I den fortsatta framställningen använder vi ”ordinarie läkare eller mottagning” för att beskriva gruppen som antingen har en fast läkarkontakt eller en vårdcentral, mottagning eller klinik som de vanligen går till.

Figur 1. Andel personer som har fast läkare eller mottagning.

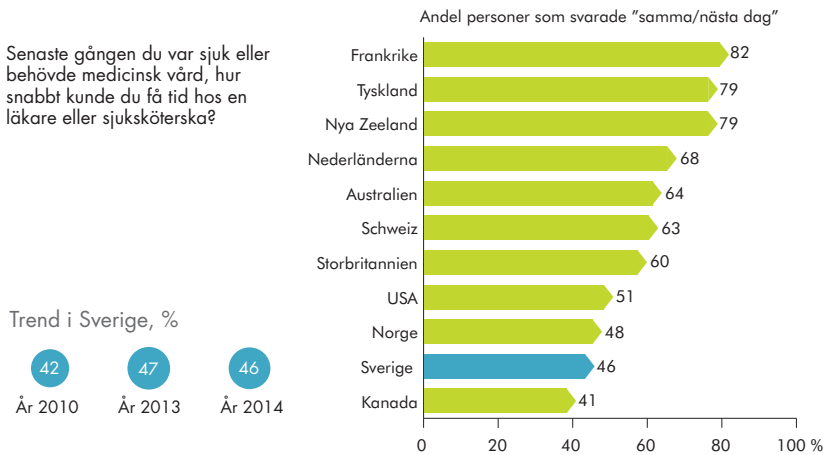


Figur 2. Andel personer som har fast läkare.



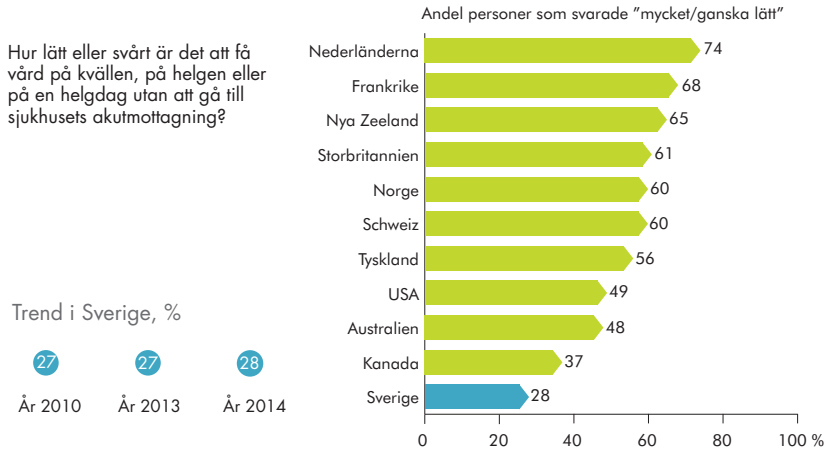
Möjligheten att träffa en läkare eller sjuksköterska vid sjukdom upplevs som sämre än i de flesta länder i undersökningen. Endast Kanada uppvisar en signifikant sämre tillgänglighet än den svenska sjukvården. Norge har en tillgänglighet som påminner om Sverige, medan alla övriga länder har statistiskt säkerställt bättre tillgänglighet. Resultaten för tillgänglighet i undersökningen stämmer väl överens med de resultat som redovisas i den nationella patientenkäten och i den nationella telefonundersökningen Vårdbarometern.

Figur 3. Tillgänglighet till besök hos läkare eller sjuksköterska.



Den, i ett internationellt perspektiv, låga tillgängligheten till besök hos läkare eller sjuksköterska förklarar troligen även de svenska resultaten på frågan om tillgång till vård, vid sidan av akutmottagning, utanför kontorstid (figur 4). Endast en dryg fjärdedel av de tillfrågade som sökt vård utanför kontorstid anser att det är mycket lätt eller ganska lätt att få vård på kvällstid eller helger. I exempelvis Norge och Storbritannien svarar 60 respektive 61 procent att det är relativt enkelt att få vård utanför kontorstid.

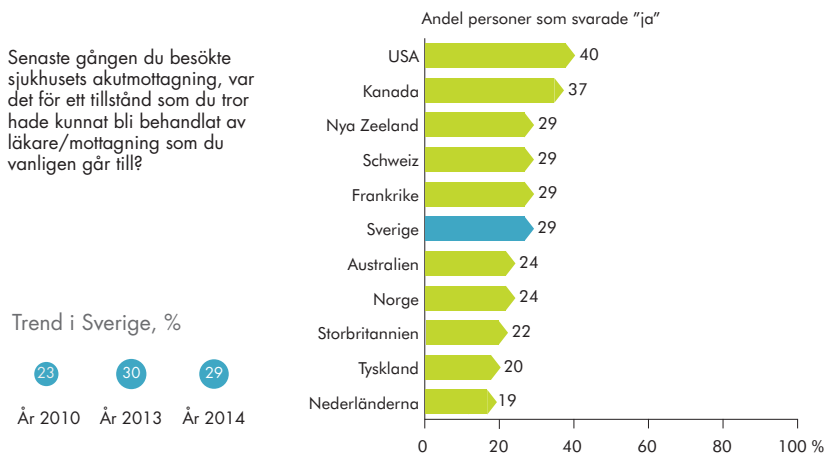
Figur 4. Tillgänglighet till vård på kvällar och helger.



Exklusive de som aldrig behövt vård på kvällen (Antal personer år 2010 = 595, år 2013 = 2 495, år 2014 = 4 934)

De respondenter som besökt en akutmottagning har själva fått uppges ifall de anser att den åkomma de sökt för skulle ha kunnat behandlas på sin ordinarie mottagning i stället för av akutsjukvården. En tredjedel av samtliga respondenter i undersökningen hade sökt akut vård under de senaste två åren och av dessa ansåg cirka 30 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning.

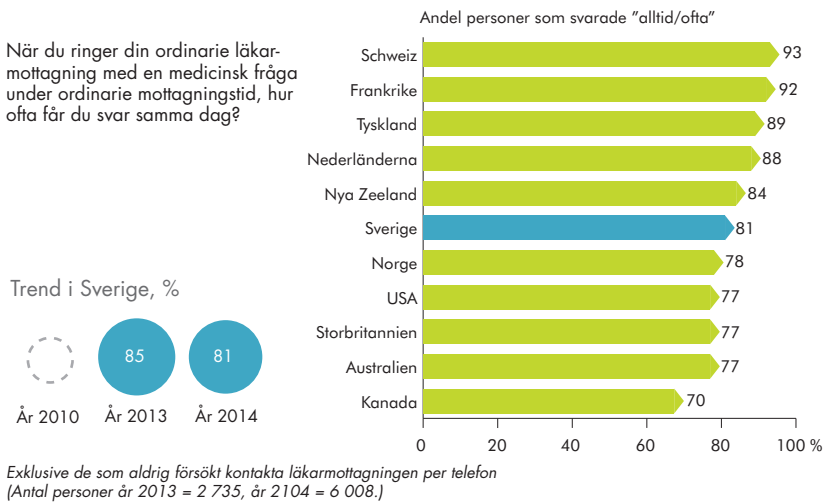
Figur 5. Om det senaste besöket på akuten kunde behandlats i primärvården.



Exklusive dem som aldrig besökt akuten de senaste två åren (Antal personer år 2010 = 280, år 2013 = 908, år 2014 = 2 390)

Telefontillgängligheten till den ordinarie mottagningen upplevs av de tillfrågade som relativt god och de svenska resultaten liknar de andra ländernas resultat, cirka 80 procent får svar samma dag. Tyvärr saknas frågan i 2010 års undersökning, men en intressant jämförelse är SKL:s återkommande telefontillgänglighetsmätningar som publiceras på www.vantetider.se. Enligt SKL:s mätning svarar drygt 90 procent av alla vårdcentraler samma dag (SKL 2014c), vilket är en högre andel än den som personerna uppger i denna undersökning.

Figur 6. Telefontillgängligheten till ordinarie mottagning.

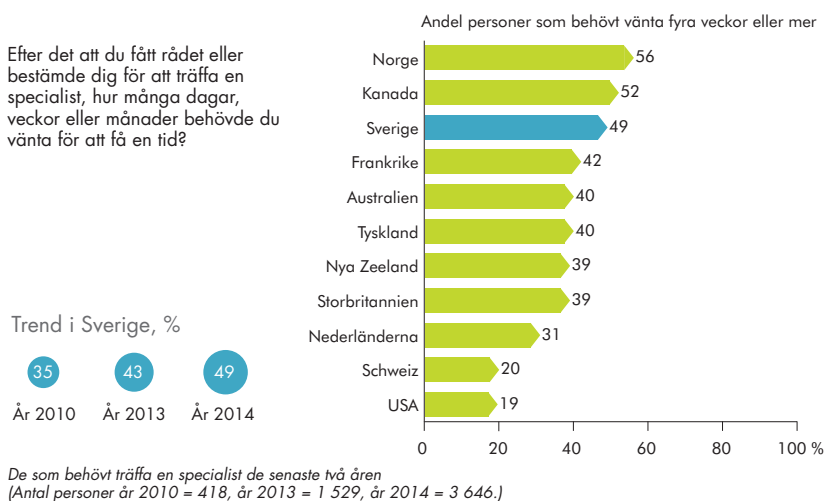


2.2 TILLGÄNGLIGHETEN TILL SPECIALISTLÄKARE HAR TILL VISS DEL FÖRSÄMRATS

Hälften av de svenska patienterna har varit i kontakt med en specialistläkare under de senaste två åren. Tillsammans med Kanada och Norge har Sverige de längsta väntetiderna till specialistläkare. Knappt hälften av personerna träffade specialistläkaren efter fyra veckor och utvecklingen sedan 2010 års mätning är klart negativ (figur 7). Samtidigt ses en förbättring i de längsta väntetiderna; antalet som väntat två månader eller längre har minskat med några procentenheter från 23 procent till 19 procent under perioden.

Resultatet stämmer relativt väl överens med det underlag som presenteras på www.vantetider.se (SKL 2014c). Av denna framgår att knappt hälften av personerna hade fått träffa en specialistläkare inom en månad.

Figur 7. Tillgänglighet till besök hos specialistläkare.

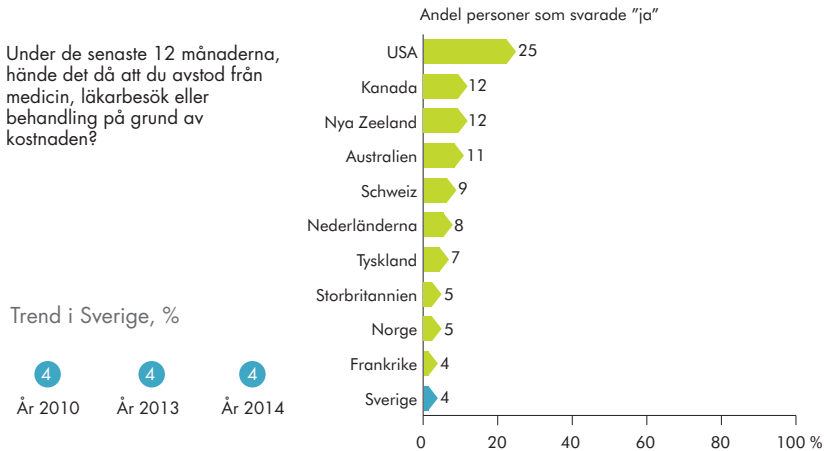


2.3 I SVERIGE ÄR PATIENTERNAS EGENAVGIFTER SÄLLAN ETT HINDER FÖR TILLGÅNG TILL VÅRD

Hälso- och sjukvårdslagens utgångspunkt är att vården ska vara jämlik. En mer patientcentrerad sjukvård förutsätter att alla medborgare också får tillgång till den vård de behöver och inte avstår från vård eller behandling på grund av kostnaden.

I undersökningen framstår Sverige som ett av de länder där patientavgifterna sällan är ett hinder för tillgång till hälso- och sjukvård. I ett internationellt perspektiv avstår de svenska respondenterna i mycket liten utsträckning från vård eller medicin som en direkt följd av de avgifter eller andra kostnader som de själva får betala för sin vård.

Figur 8. Om personen avstår från vård på grund av egenavgifter.



Patienten som medaktör i vården genom information och utbildning

Jämfört med andra länder upplever patienter i Sverige inte samma tillgång till information om sin vård och behandling. Sverige har bland de lägsta resultaten på frågor som rör om patienter har fått information om vad de själva ska göra och hålla uppsikt över när de kommer hem från sjukhuset eller om vilka behandlingsmöjligheter som finns för det tillstånd de sökt för. I synnerhet utmärker sig Sverige på frågan om patienterna fått information om tänkbara biverkningar vid läkemedelsbehandling – endast drygt var tredje patient har fått det. I flera andra länder hade minst två av tre fått denna information. Sverige visar också svaga resultat när det gäller arbetet med läkemedelsgenomgångar, även om det skett en förbättring jämfört med tidigare år.

I Sverige saknar allt fler information om varför de ska ta sina läkemedel. Knappt 60 procent av patienterna har diskuterat med någon om varför de ska ta sina läkemedel. År 2010 var denna andel högre, 72 procent. Samtidigt menar en allt större andel, knappt 80 procent, att de fått en lista över samtliga sina läkemedel, vilket är positivt.

Vården har inte lyckats förbättra förutsättningarna för patienterna att ta en mer aktiv roll i sin vård. Drygt en av tre patienter upplever i dag liksom tidigare att deras läkare inte känner till deras sjukdomshistoria. Endast 37 procent upplever att personalen uppmuntrar dem att ställa frågor – ett resultat som jämfört med andra länder är anmärkningsvärt lågt. I flertalet undersökta länder menar sju av tio patienter att de uppmuntras att ställa frågor.

I ett vårdssystem där patienten är aktiv medaktör...

... har patienten tillgång till den information den behöver för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa och sin sjukvård (Vårdanalys 2012).

Det handlar bland annat om

- att vården kan tillhandahålla och presentera relevanta underlag och frågeställningar för patienten att ta ställning till (till exempel information om behandlingsalternativ, varningssignaler i samband med sjukdom och samtal om läkemedel).
- att vårdpersonalen vid patientmötet intar en roll som inbjuder till deltagande och delaktighet i vården (till exempel känner till patientens sjukdomshistoria, uppmuntrar patienten att ställa frågor och förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå).

3.1 PATIENTERNAS TILLGÅNG TILL INFORMATION ÄR FORTSATT LÅG JÄMFÖRT MED ANDRA LÄNDER

Information om behandlingsalternativ vid besök hos specialist

Drygt hälften av personerna i årets studie har under de senaste två åren besökt en specialistläkare vid ett eller flera tillfällen. Knappt 70 procent av dessa anser att de har blivit tillräckligt involverade i beslut om sin behandling. Detta resultat stämmer väl överens med de svar som patienterna uppger i den nationella patientenkäten till patienter som besökt den somatiska öppenvården (SKL 2014).

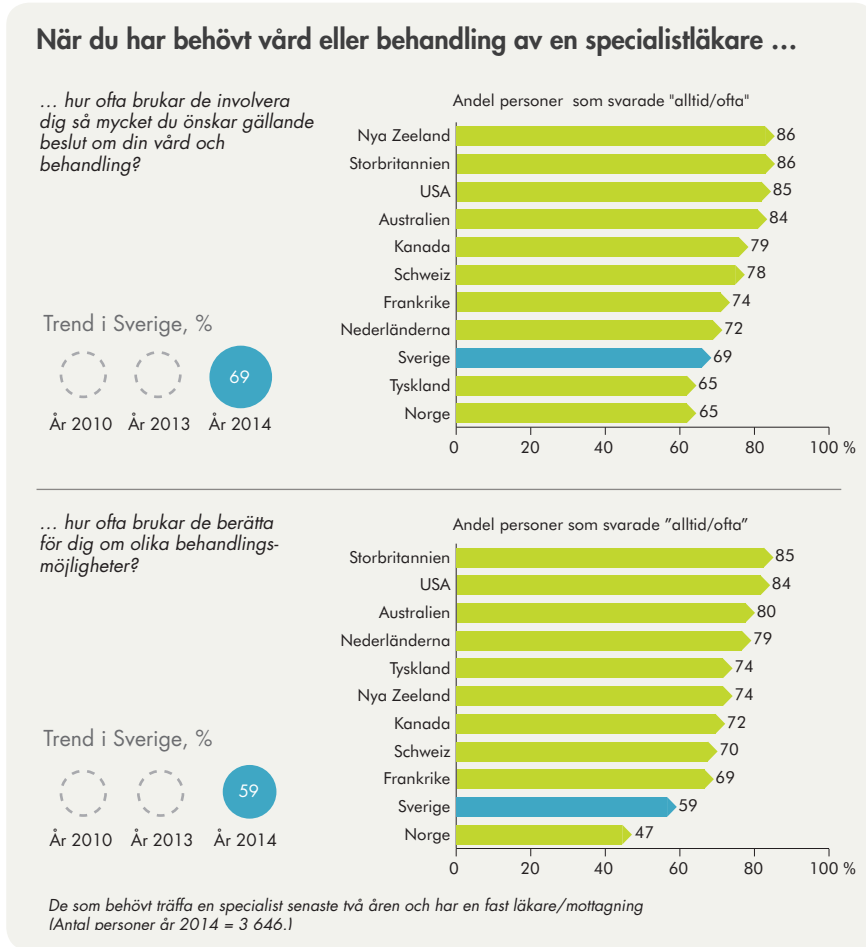
Att bli informerad om vilka olika behandlingsmöjligheter som finns för det tillstånd man söker vård för, är ytterligare en förutsättning för att som patient kunna fatta beslut och påverka sin egen situation.

Som framgår av figur 9 har Sverige bland de lägsta resultaten på dessa frågor i undersökningen. Frågorna har inte tidigare förekommit i undersökningen varför några jämförelser över tid inte är möjliga.

Information vid utskrivning från sjukhus

En central aspekt för att patienten själv ska kunna vara en aktiv deltagare i sin vård är att han eller hon får adekvat information från vården för att själv kunna hantera och övervaka sitt tillstånd. I den nationella patientenkäten har frågan om huruvida patienter, vid utskrivning från sjukhus, fått veta vilka varningssignaler de ska vara uppmärksamma på, varit en av de frågor som uppvisat störst förbättringspotential.

Figur 9. Information om vård och behandling.

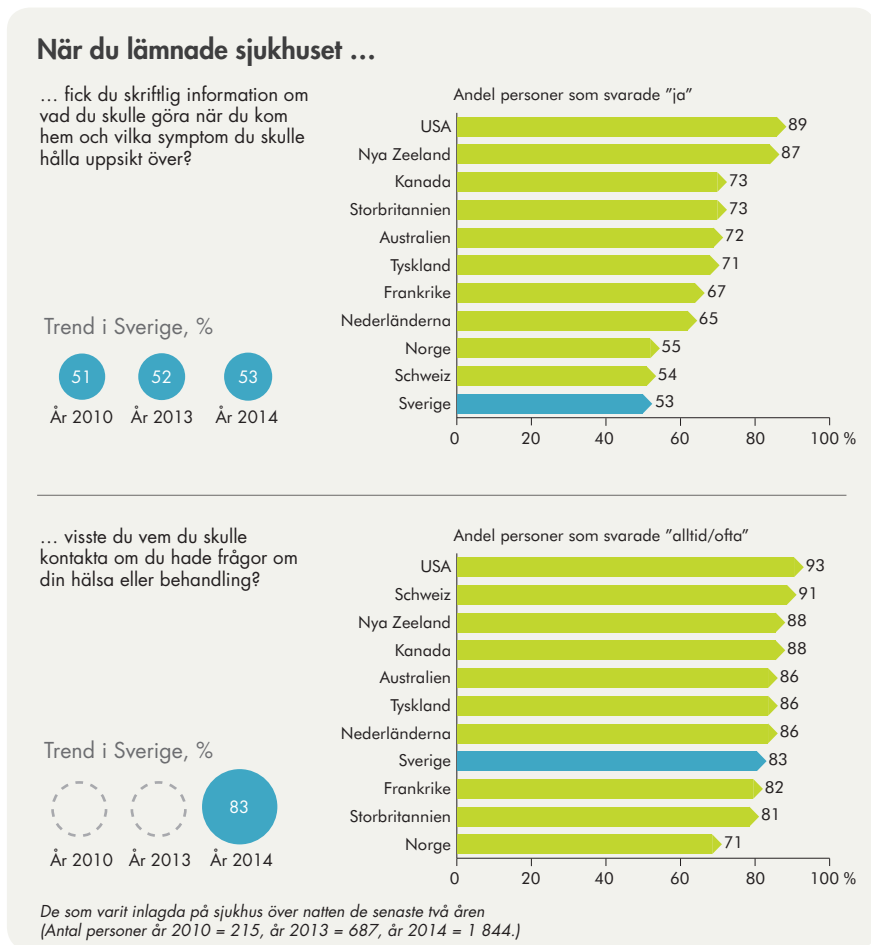


I årets IHP-undersökning finns en snarlik fråga, vilken har ställts till den dryga fjärdedel av personer som under de senaste två åren varit inlagda på sjukhus. Även denna pekar på att informationen om självhjälp vid hemgång är ett tydligt bristområde i svensk hälso- och sjukvård. Drygt hälften av patienterna har fått skriftlig information om vad de ska göra när de kommer hem och vilka symptom de ska hålla uppsikt över (figur 10). Förutom Norge och Schweiz redovisar övriga länder ett bättre resultat än Sverige.

För att kunna vara en medaktör i sin egen vård och behandling efter sjukhusbesök bör det också finnas möjlighet att komma i kontakt med vården om det sker en förändring av symptomen eller om man funderar över andra aspekter av sitt tillstånd. Som framgår av figur 10 vet det stora flertalet vart

de ska vända sig. Det finns dock anledning att fundera över det faktum att nästan en femtedel av alla respondenter i undersökningen inte visste vart de skulle vända sig. Översatt till samtliga slutenvårdsbesök som genomförs är det en ansevärd mängd patienter som inte har någon tydlig kontakt i vården efter hemgång från sjukhus. Jämfört med andra länder i undersökningen kan man även konstatera att det finns en fortsatt förbättringspotential på området.

Figur 10. Information vid utskrivning från sjukhus.



Information om läkemedel

Att tillsammans med vårdpersonal gå igenom sina läkemedel och informeras om eventuella biverkningar påverkar patientens möjlighet till medverkan och beslut om sin egen vård. För att kunna fatta ett välgrundat beslut om

att ta eller inte ta de läkemedel som vården rekommenderar behövs det dels återkommande genomgångar av patientens läkemedel, dels information om hur dessa ska tas och vilka eventuella biverkningar de kan ge. På så sätt får patienterna möjlighet att aktivt delta i sin vård både genom att uppmärksamma eventuella biverkningar och genom att bestämma sig för att avstå eventuell behandling om de anser att fördelarna med läkemedlet inte står i proportion till de biverkningar som läkemedlet kan orsaka.

Personerna i undersökningen äter i genomsnitt nästan tre receptbelagda mediciner regelbundet. En tredjedel äter fyra läkemedel eller fler och en fjärdedel äter inga läkemedel alls. Jämfört med tidigare år är fördelningen mellan dessa två grupper likartad.

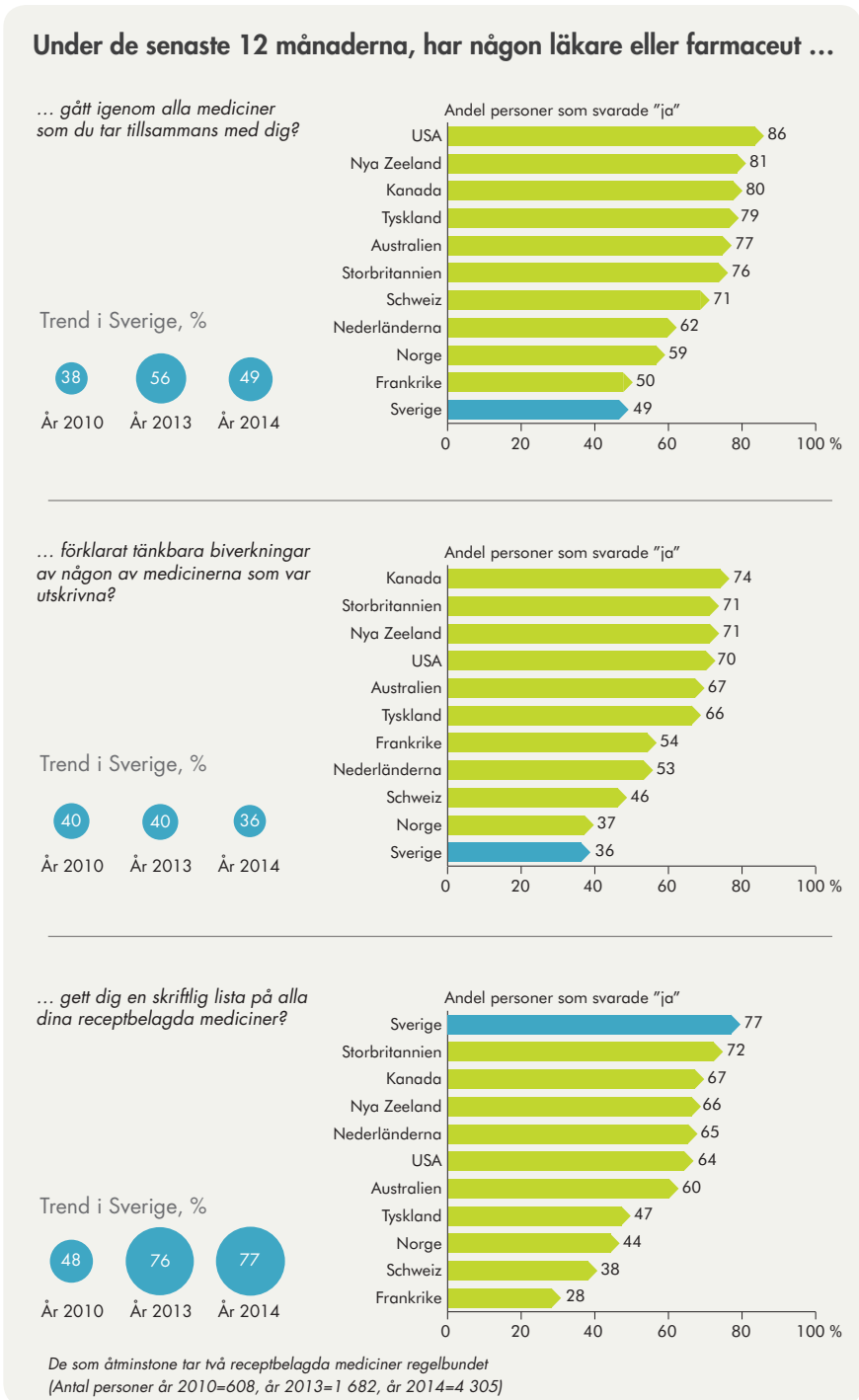
De svenska resultaten vad gäller såväl läkemedelsgenomgångar som information om biverkningar är låga jämfört med andra länder (figur 11).

Under de senaste åren har ett omfattande nationellt arbete bedrivits i syfte att förbättra information om läkemedel och läkemedelsgenomgångar, exempelvis inom ramen för satsningen på de mest sjuka äldre (Regeringen 2012 och SOSFS 2001:1). Vi ser också att andelen patienter som under de senaste 12 månaderna har fått en läkemedelsgenomgång har ökat sedan år 2010, från knappt 40 procent till nämare hälften av patienterna, vilket sannolikt kan förklaras av det ökade fokus som riktas till äldre.

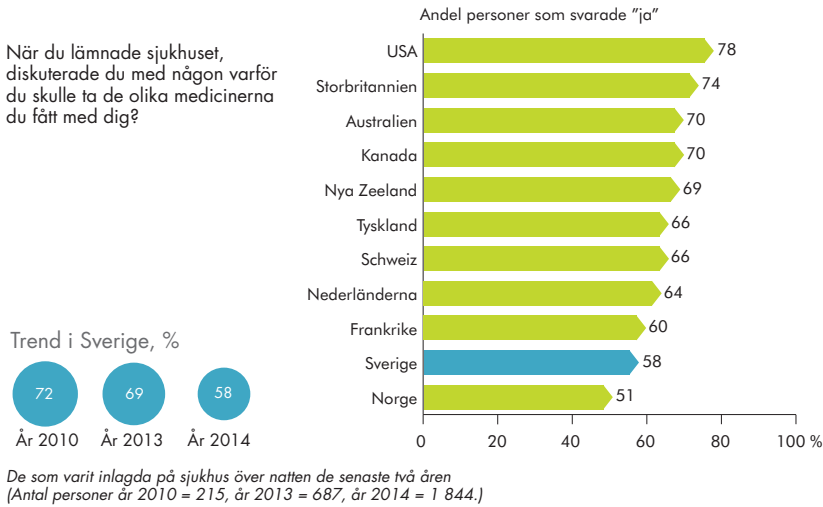
Resultaten visar också att andelen som fått en lista över sina receptbelagda läkemedel stabiliserat sig på en väsentligt högre nivå, och andelen som har fått en sådan lista har ökat från 48 procent 2010 till 72 procent 2014 (figur 11). Däremot finns fortfarande betydande behov av att utveckla kommunikationen med patienter kring läkemedel. Exempelvis saknar många patienter fortfarande information om biverkningar och varför de ska ta sina läkemedel (figur 12). Det resultat som framkommer i undersökningen bekräftas också av såväl den nationella patientenkäten som av Socialstyrelsen (2012).



Figur 11. Information om läkemedel.



Figur 12. Information om varför man ska ta sina läkemedel.



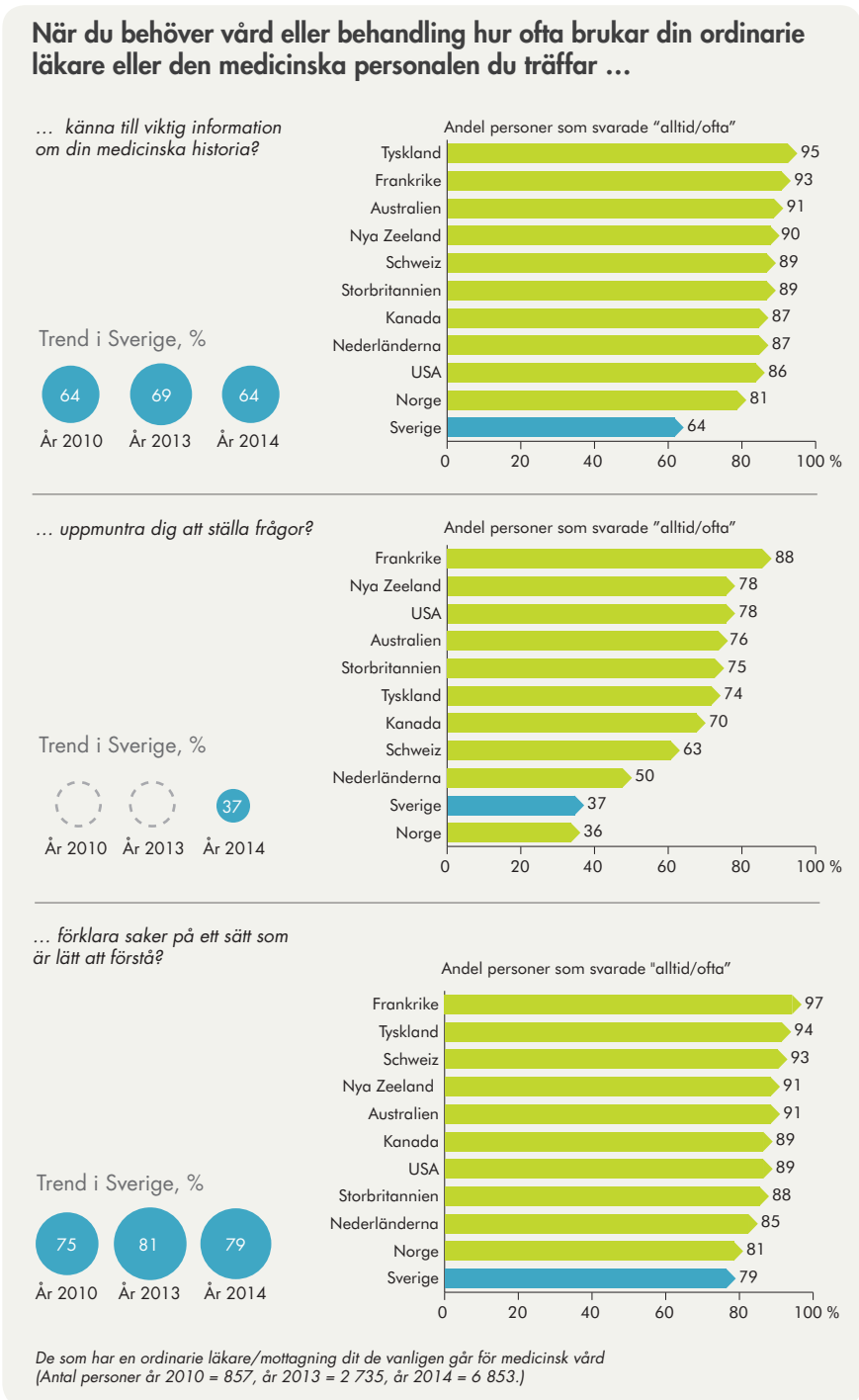
3.2 PATIENTENS FÖRUTSÄTTNINGAR ATT TA EN AKTIV ROLL I MÖTET MED VÅRDEN ÄR SÄMRE JÄMFÖRT MED ANDRA LÄNDER

För att patienten ska ha möjligheter att fungera som en medaktör i vården krävs det att hälso- och sjukvårdspersonalen vid mötet intar en roll som inbjuder till deltagande och delaktighet i vården. I USA har bland annat National Patient Safety Foundation (www.npsf.org) utvecklat kommunikationsverktyget "Ask me 3" som syftar till att uppmana patienter att fråga och ta en aktiv del av sin vård.

I årets IHP-studie har deltagarna i några frågor fått möjlighet att beskriva hur personalen på den vårdcentral eller mottagning dit de oftast går agerar vid patientmötet. Att känna till patientens sjukdomshistoria, uppmuntra patienten att ställa frågor och förklara saker på ett sätt som är lätt att förstå är viktiga delar för att patienten ska kunna ta en aktivare roll.

De svenska resultaten har inte förändrats nämnvärt sedan 2010 och visar att personalen i svensk hälso- och sjukvård upplevs som sämre än kollegor i andra länder på att skapa förutsättningar för patienten att ta en aktiv roll i sin behandling och vård. Inte minst resultatet på frågan om patienten uppmuntras att ställa frågor är att betrakta som anmärkningsvärt lågt (figur 13).

Figur 13. Om ordinarie personal känner till patientens sjukdomshistoria, uppmuntrar till frågor och förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå.



Respekt för patientens individuella behov, preferenser och värderingar

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har enligt patienterna själva sämre förmåga än andra länders system att se varje patient som en unik individ, med egna preferenser och värderingar. Även om cirka 70 procent av patienterna alltid eller ofta upplever att personalen tillbringar tillräckligt med tid med dem är patienttillfredsställelsen lägre än i andra länder i undersökningen.

För personer med kronisk sjukdom med behov av att kunna följa och hantera sin sjukdom har Sverige genomgående svaga resultat jämfört med andra länder; endast var tredje tillfrågad i Sverige med kronisk sjukdom upplever att vårdpersonalen diskuterat målsättningen med vården för deras tillstånd. I flertalet andra länder har minst hälften gjort det. Endast 44 procent har fått instruktioner om vilka symptom de ska vara uppmärksamma på och nästan lika få har fått en behandlingsplan som stöd i sin vardag. Det stora flertalet i de undersökta länderna menar att planen hjälper dem i mycket stor eller viss utsträckning att kontrollera sin kroniska sjukdom.

I ett vårdssystem där patienten möts med respekt för individuella behov

... ses varje patient som en individ med unika behov, preferenser och värderingar i mötet med vården (Vårdanalys 2012).

Det handlar bland annat om

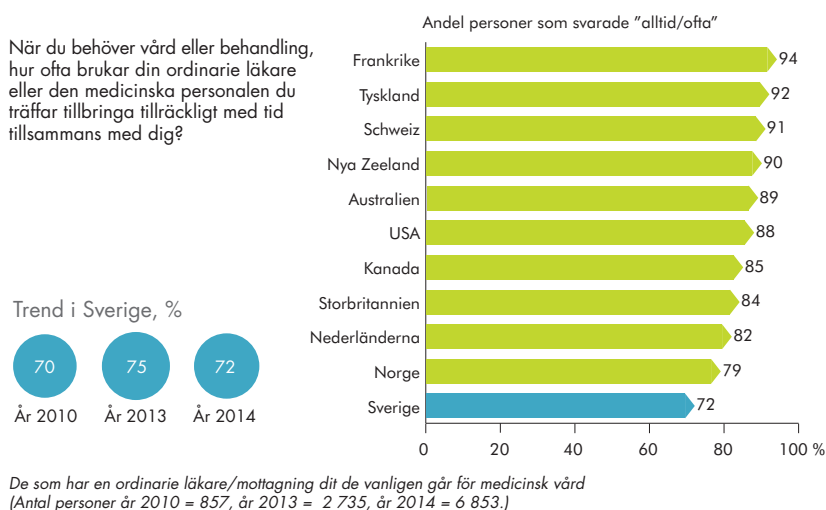
- att vården kan tillhandahålla tillräckligt med tid för patientsamtal
- att vården stödjer patienten att själv följa och hantera sin sjukdom (till exempel diskutera vårdens målsättning med patienten, informera om eftervård, ge en behandlingsplan som stöd i patientens dagliga behandling).



4.1 SVERIGE FORTSATT SÄMRE ÄN MÅNGA ANDRA LÄNDER PÅ ATT ÄGNA TILLRÄCKLIG TID FÖR PATIENTMÖTET

Tidigare studier har visat att svenska patienter upplever att tiden för samtal med läkare eller annan vårdpersonal är för kort och att vissa patientgrupper upplevt att de emellanåt måste boka två besök för att kunna prata igenom sitt tillstånd (se exempelvis Dahlgren m.fl. 2012). Även resultaten från denna internationella jämförelse tyder på att den svenska hälso- och sjukvården inte alltid avsätter tillräckligt med tid för att genomföra ett för patienten tillräckligt långt möte (figur 14).

Figur 14. Tid i patientmötet.



För att få en djupare förståelse för frågan ställdes i årets undersökning en fråga till de svenska deltagarna om de upplevt att de tvingats uppsöka vårdcentralen vid flera tillfällen för ett besvär som skulle ha kunnat tas om hand vid ett och samma besök. Totalt svarade nästan en fjärdedel (24 procent) att de alltid eller ibland upplevt detta, vilket är anmärkningsvärt många.

4.2 SVERIGE ÄR SÄMRE ÄN MÅNGA ANDRA LÄNDER PÅ ATT STÖDJA PATIENTER ATT SJÄLVA FÖLJA OCH HANTERA SIN SJUKDOM

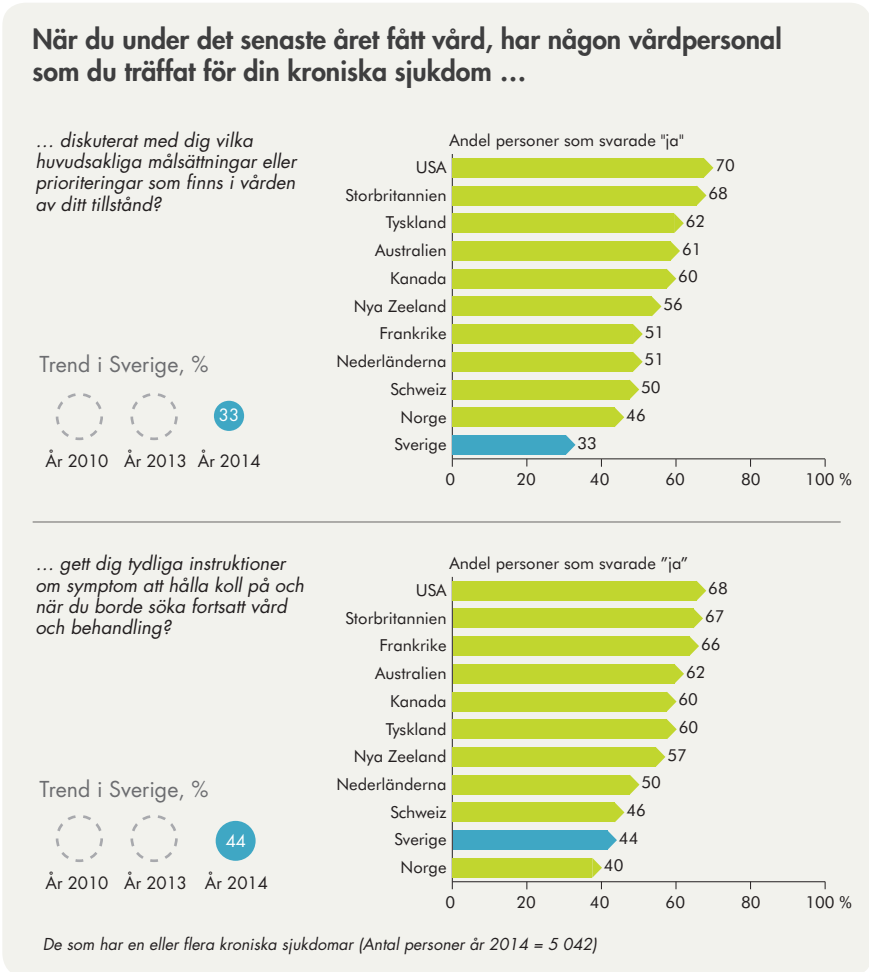
I undersökningen har respondenterna tillfrågats om en läkare sagt till dem att de har någon av följande kroniska sjukdomar: diabetes, högt blodtryck, hjärtsjukdom, astma/KOL, depression/ångest, cancer eller ledvärk/artrit. I undersökningen svarade 70 procent av de tillfrågade att de hade en eller flera kroniska sjukdomar. Tidigare studier från Vårdanalys (2014) visar på att det finns en stor förbättringspotential i vården av personer med kronisk sjukdom, inte minst när det gäller delaktigheten i behandlingen och att genom information från vården själv följa och hantera sin sjukdom. I undersökningen har de personer som svarat att de har minst en kronisk sjukdom fått ge sin bild av hur vården ger dem möjlighet att vara medaktör för att förbättra eller kontrollera sitt tillstånd.

Som framgår av figurer 15 har Sverige låga resultat jämfört med de flesta andra länder i undersökningen. Endast en tredjedel av de med kronisk sjukdom har diskuterat målsättningen med sin vård med vårdpersonalen. Det bör dock noteras att skillnaden mellan patientgrupper med olika kroniska sjukdomar varierar kraftigt. Exempelvis har de personer som svarat att de har diabetes en mycket mer positiv bild av patientmedverkan än de undersökningsdeltagare som har exempelvis depression/ångest/mentala hälsoproblem (se vidare kapitel 8).

Drygt 40 procent av alla personer med en eller flera kroniska sjukdomar uppger att de fått en behandlingsplan som stöd i sin dagliga behandling. Av de som fått en plan anser det stora flertalet i samtliga undersökta länder att planen i viss eller i stor utsträckning har hjälpt dem att kontrollera sitt kroniska tillstånd. Ur ett patientperspektiv tycks därför behandlingsplaner vara ett effektivt verktyg för att göra patienten mer delaktig i sin hälsa och vård.



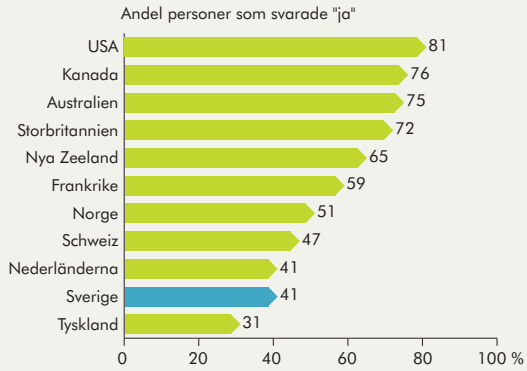
Figur 15. Om vårdpersonal diskuterat målsättningen med vården och vilka symptom man ska vara uppmärksamma på.



Figur 16. Personer som har en behandlingsplan.

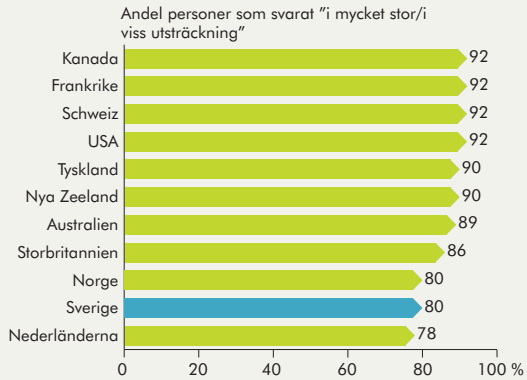
Har du en behandlingsplan för din kroniska sjukdom som du kan använda dig av i din vardag?

Trend i Sverige, %



Har denna plan hjälpt dig att kontrollera eller hantera din kroniska sjukdom?

Trend i Sverige, %



De som har en eller flera kroniska sjukdomar (Antal personer år 2014 = 5 042)

Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg

Jämfört med andra länder upplevs Sverige som sämre på att koordinera vården för dem som behöver det. I Sverige upplever 45 procent av de tillfrågade att de alltid/ofta fått hjälp med koordineringen jämfört med närmare 80 procent i många länder. De i Sverige med fast läkarkontakt upplever att koordineringen fungerar bättre än de som har ordinarie vårdcentral eller mottagning.

Sverige utmärker sig som det enda landet där många patienter endast har en särskild läkarmottagning som de vanligtvis går till. I Sverige har drygt 60 procent en fast läkarkontakt. I flertalet andra länder uppger 90 procent eller fler att de har en fast läkarkontakt.

Sverige upplevs som ett av de bättre länderna när det gäller att erbjuda stöd till personer med kronisk sjukdom mellan läkarbesöken. Drygt 70 procent av de tillfrågade med kronisk sjukdom upplever att det finns en person som de kan ta kontakt med och ställa frågor till om sitt tillstånd. Däremot är erfarenheten av proaktiv kontakt från vårdpersonal svag inte bara i Sverige utan också i många av de andra länderna. Knappt 20 procent av de med kronisk sjukdom har kontaktats mellan läkarbesöken för att höra hur allting fungerar.

De tillfrågade upplever att överföringen av patientinformation fungerar bättre från ordinarie läkare eller mottagning till den specialiserade öppenvården än vice versa. Jämfört med år 2013 är det färre i årets undersökning som upplever brister i överföringen av information. I dag menar knappt 10 procent att deras läkare i specialistvården inte haft information om ordinarie vårdkontakt. År 2013 var det knappt 20 procent.



Sverige har medelmåttiga resultat internationellt sett när det gäller samordningen av patientinformation mellan ordinarie läkare eller mottagning och öppen specialistvård. Detsamma gäller tillgängligheten till provsvar eller journalanteckningar vid tidpunkten för besöket eller om patienten upplevt att man fått motstridig information från olika vårdpersonal. Sverige har däremot avsevärt lägre resultat än andra länder vad gäller förmågan att samordna informationen efter utskrivning från sjukhus. Drygt hälften av de som vårdats på sjukhus upplever att ordinarie läkare eller mottagning fått adekvat information om deras vård på sjukhuset. I de andra länderna är det minst 70 procent som menar att informationen fanns tillgänglig.

Ett vårdssystem med väl fungerande samordning och kontinuitet...

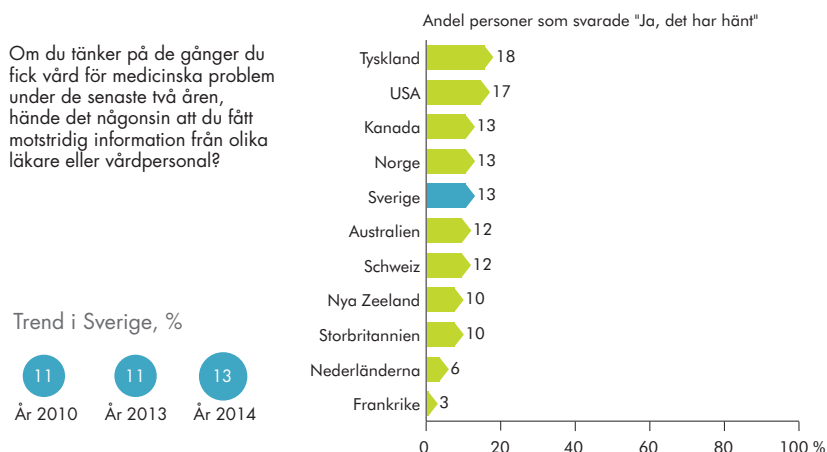
... präglas av ett gott samarbete mellan vårdens aktörer och kan förväntas leda både till högre patientnöjdhet och bättre vårdresultat (Vårdanalys 2012).

Det handlar bland annat om

- att vården är samordnad inför besök (att adekvat information finns tillgänglig vid besök)
- att vården kommunicerar på ett enhetligt sätt till patienten (till exempel att patienten inte får motstridig information)
- att övergången mellan primärvården och specialistvården säkras vad gäller överföring av information
- att vården är proaktiv (till exempel att patienten blir kontaktad eller vet vem de ska kontakta om deras hälsa försämras).

5.1 DRYGT VAR TIONDE UPPLEVER ATT VÅRDPERSONAL GETT MOTSTRIDIG INFORMATION

En aspekt av samordning är om vårdpersonalen kommunicerar på ett enhetligt sätt till patienten. Att få olika information från olika personer kan upplevas som förvirrande och skapar osäkerhet kring vårdtillfällets syfte och mål. De svenska resultaten i undersökningen påminner om de andra deltagande ländernas. I den nationella patientenkäten för patienter som varit inlagda på sjukhus upplever ungefär var femte patient att de ibland eller ofta upplevt att de fått motstridig information från sjuksköterskor och läkare, vilket är en högre andel än i denna undersökning (jämför figur 17).

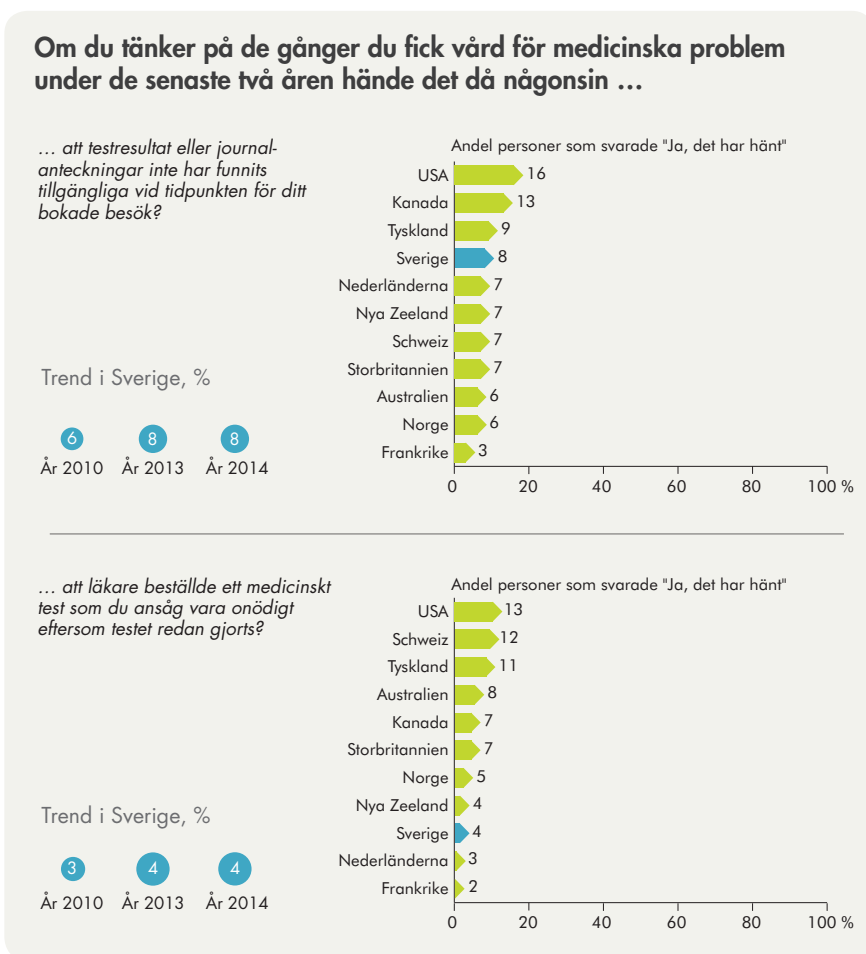
Figur 17. Om personen fått motstridig information.

För att kunna genomföra ett effektivt och ändamålsenligt läkarbesök är det viktigt att alla tester och provresultat finns tillgängliga. Personerna i undersökningen har skattat om de under de senaste två åren vid något av sina vårdtillfällen har upplevt att adekvat information saknats. Upplevelsen av denna typ av samordningsproblem ser liknande ut i de flesta av länderna i undersökningen (figur 18).

Att adekvat information saknas kan även leda till att patienten och vården tvingas att beställa eller genomföra ytterligare tester, eller tester som patienten upplever som onödiga. De svenska deltagarna i undersökningen upplever dock att onödiga undersökningar genomförs i lägre utsträckning än vad respondenter i de flesta andra länder upplever.



Figur 18. Tillgänglighet till resultat och journalanteckning vid besökstillfället.



5.2 SVERIGE SÄMRE ÄN ANDRA LÄNDER PÅ ATT KOORDINERA VÅRDEN

Sveriges resultat på frågan om patienternas ordinarie läkare eller vårdpersonal koordinerat vården är de lägsta av alla länder som medverkat i undersökningen. Någon förklaring till den stora skillnaden mot 2013 års resultat är svåra att finna då deltagarna i de två olika undersökningarna i stor utsträckning påminner om varandra. Skillnaden mellan åren är inte signifikanta.

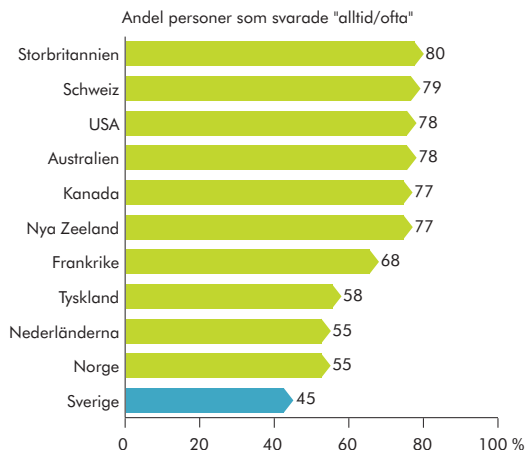
Vid bearbetning av data i undersökningen framkommer att patienter som har en fast läkarkontakt i större utsträckning har en positiv erfarenhet av

koordinering i vården än de patienter som endast har en särskild vårdcentral eller mottagning att gå till. Av de som har en fast läkarkontakt svarade 50 procent att vården alltid eller ofta koordineras. Det kan jämföras med 32 procent för dem som inte hade en fast läkarkontakt.

Figur 19. Koordinering av vården.

Hur ofta hjälper din ordinarie läkare eller någon på din läkares praktik till att koordinera eller planera den vård du får från andra läkare och ställen?

Trend i Sverige, %



Exklusive dem som sagt att de inte behövt hjälp med koordinering.
(Antal personer år 2013 = 1 637, år 2014 = 4 562)

5.3 INFORMATIONSOVERFÖRINGEN FUNGERAR BÄTTRE FRÅN ORDINARIE LÄKARE ELLER MOTTAGNING TILL SPECIALISTVÅRD

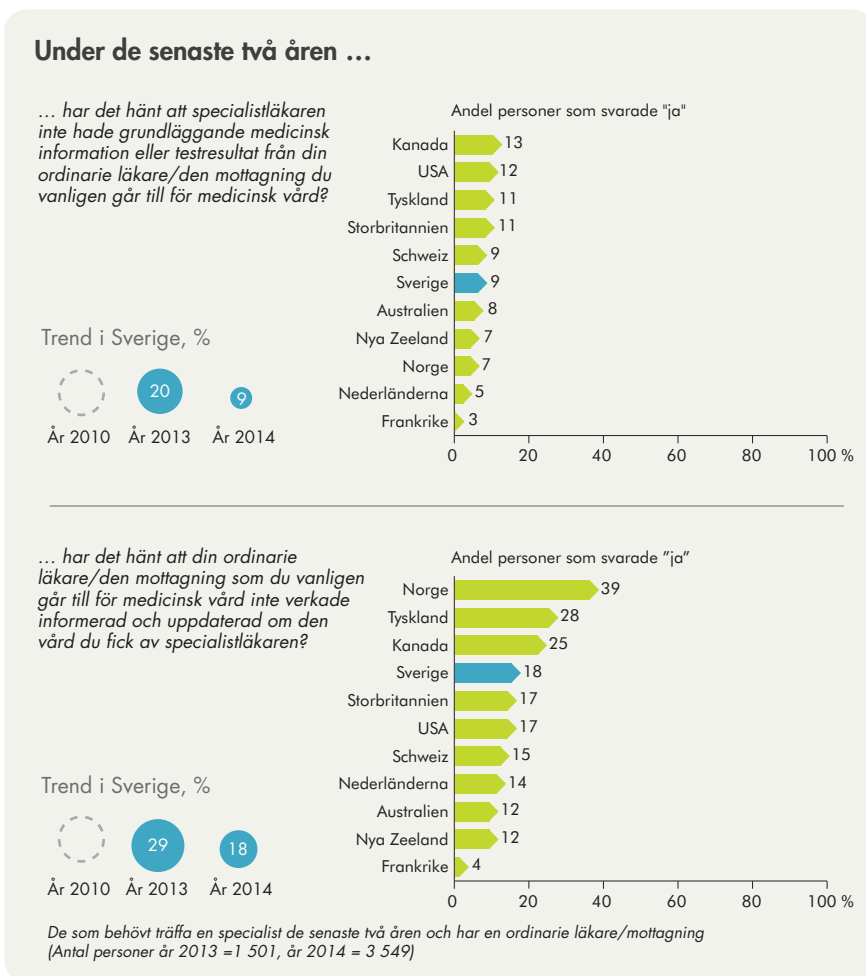
Det är sedan tidigare känt att övergången mellan primärvården och den specialiserade vården emellanåt brister vad gäller överföring av information kring patienten (Vårdanalys 2012).

I årets undersökning har personerna haft möjlighet att återge sin upplevelse av hur samordningen fungerar mellan olika delar av vården. De upplever att samordningen vanligen fungerar bättre från deras ordinarie läkare eller mottagning till den specialiserade vården än när patientinformation går från den specialiserade vården till den ordinarie vården.

Denna typ av samordningsproblem är inte ett specifikt förbättringsområde för den svenska vården utan är en generell brist i de flesta hälso- och sjukvårdssystem (figur 20).

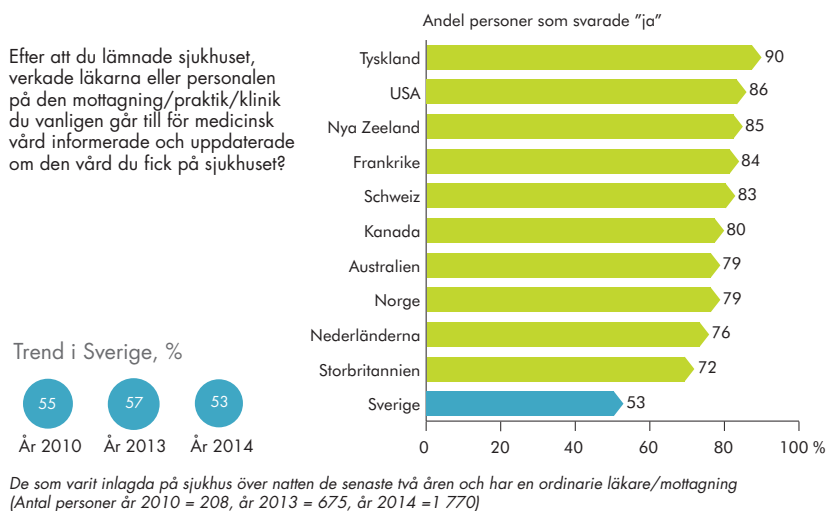
Bland de personer som vårdats på sjukhus framkommer ytterligare problem vad gäller den fortsatta samordningen av vården efter utskrivning. Lite drygt hälften av de som vårdats på sjukhus upplever att deras ordinarie

Figur 20. Överföringen av information mellan ordinarie läkare/mottagning och specialistvård.



läkare/mottagning fått adekvat information om deras sjukhusvistelse, ett avsevärt lägre resultat än i samtliga andra länder i undersökningen. Frågan framstår även i den nationella patientenkäten som ett område med tydlig förbättringspotential. Nationella initiativ så som webbkollen.se är exempel på förbättringsarbeten för att förbättra denna svaghet i det svenska sjukvårdssystemet.

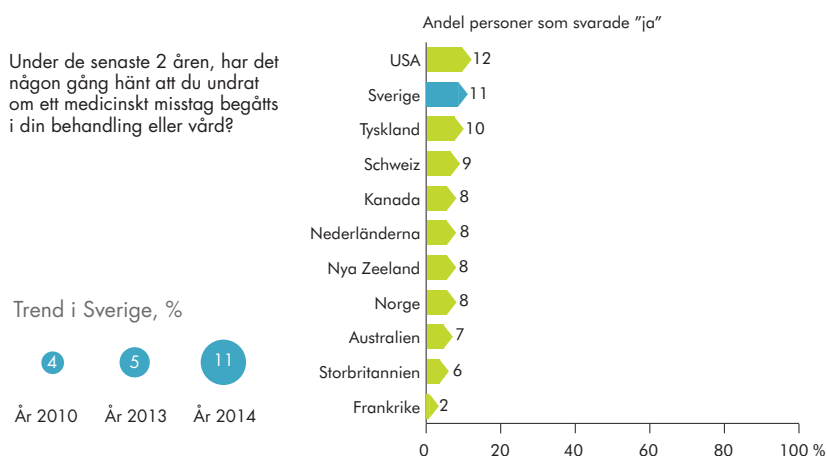
Figur 21. Ordinarie läkare varit informerad om vård på sjukhus.



Respondenterna har även besvarat frågan om huruvida de tror att ett medicinskt misstag begåtts under någon av deras kontakter med vården under de senaste två åren. I undersökningen har ett medicinskt misstag beskrivits som att de fått fel läkemedel, fel dosering eller fått fel resultat från ett medicinskt test.

De svenska resultaten har stigit sedan tidigare mätningar och påminner nu om resultaten i andra länder. Att en tiondel av personerna verkligen varit utsatta för ett medicinskt misstag stämmer väl överens med de uppskattningar av skador i vården som gjorts av bland annat SKL (2014).

Figur 22. Andel personer som undrat om det skett ett medicinskt misstag.

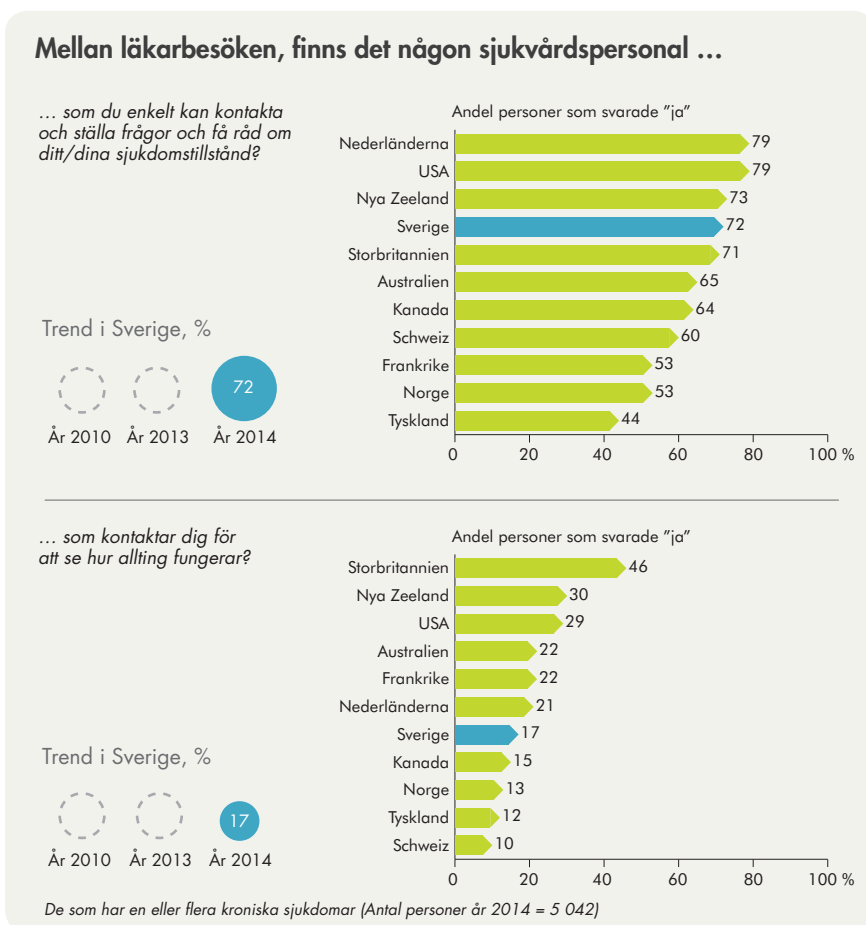


5.4 SVERIGE BLAND DE BÄTTRE PÅ ATT ERBJUDA STÖD TILL PERSONER MED KRONISK SJUKDOM MELLAN LÄKARBESÖKEN

För patienter med en eller flera kroniska sjukdomar är en kontakt i vården viktig för att kunna diskutera eventuella förändringar av sitt tillstånd. Tidigare studier visar att personer med två eller fler kroniska sjukdomar står för en avsevärd del av vårdens kostnader (Vårdanalys 2014). Att kontinuerligt följa upp dessa personer eller skapa en kontakt i vården som kan finnas tillgänglig för eventuella frågor om deras sjukdom är ett sätt att förbättra patientcentreringen och förhoppningsvis minska behovet av vård och minska kostnader.

Svensk hälso- och sjukvård uppvisar relativt goda resultat vad gäller att erbjuda stöd till personer med kroniska sjukdomar mellan läkarbesöken, medan erfarenheten av den uppsökande verksamheten upplevs som lägre än i flera andra länder (figur 23). Skillnaderna är också stora mellan olika grupper med kroniska sjukdomstillstånd (se kapitel 8).

Figur 23. Stöd till personer med kronisk sjukdom.



Helhetssyn på patienter med både medicinska och icke medicinska behov

Jämfört med andra länder är det i stort sett lika vanligt att vårdpersonal i Sverige talar med patienten om rökningens hälsorisker för att motivera dem att sluta röka. Drygt 60 procent av dem som röker har haft ett sådant samtal. Däremot är Sverige sämre än de flesta andra länder på att tala med patienterna om kost- och träningsvanor.

De svenska resultaten pekar på att vårdens engagemang i livsstilsfrågor kan motivera patienterna i positiv riktning. Av dem i Sverige som har haft ett sådant samtal svarar närmare hälften att de har ändrat sin livsstil efter samtalet.

Överlag är alla länder svaga på att lyfta frågor om stress och oro och orsaken bakom denna med sina patienter.

Det är mycket stora variationer i hur de tillfrågade förhåller sig till framtida svåra vårdsituationer. Jämfört med många andra länder är svenskar mer återhållsamma när det gäller att tala om och beskriva hur de vill behandlas om de blir mycket svårt sjuka eller vem de vill ska besluta om behandlingen om de inte själva kan. Kanada, Tyskland och USA är de länder som utmärker sig i beskrivningen av framtida vård av de undersökta länderna.



Ett vårdssystem med helhetsyn på patienter med både medicinska och icke-medicinska behov ...

... präglas av en vård som inte enbart ser till den specifika sökorsaken, utan även till hur patienten i sitt dagliga liv kan nå bättre hälsa och välbefinnande (Vårdanalys 2012).

Det handlar bland annat om

- att vården har hälsofrämjande och motiverade samtal i syfte att påverka livsstil
- att samtal förs om framtida vård om de skulle bli svårt sjuka eller inte själva kan ta beslut om vård.

6.1 VÅRDENS ENGAGEMANG I LIVSSTILSFÖRÅGOR ÄR SÄMRE ÄN I MÅNGA ANDRA LÄNDER

Hälsofrämjande och motiverande samtal har under de senaste åren blivit en allt viktigare del av primärvårdens ansvarsområde. Tanken är att genom information och utbildning ge patienten förbättrade möjligheter att påverka sitt dagliga liv och eventuella medicinska tillstånd. De hälsofrämjande samtalen leds ofta av sjuksköterskor i primärvården. Under senare år har även distriktsläkarna fått ett ökat ansvar vad gäller att fråga patienten om levnadsvanor i samband med besök (Socialstyrelsen 2011). Detta har stött på visst motstånd från delar av allmänläkarkåren (Sjögren 2010).

I årets undersökning har patienterna fått frågan om de under de senaste åren tillfrågats av någon sjukvårdspersonal om kost, träning, stress eller rökning. I ett internationellt perspektiv pekar de svenska resultaten på att personalen inom svensk hälso- och sjukvård är sämre än personalen i de flesta andra länder i studien på att fråga om detta (figur 24). Frågor om rökning tycks förekomma i liknande utsträckning som i de flesta andra länder.

I den nationella patientenkäten ställs en snarlik fråga till de patienter som besökt primärvården och resultaten i de två undersökningarna påminner i mycket stor utsträckning om varandra.

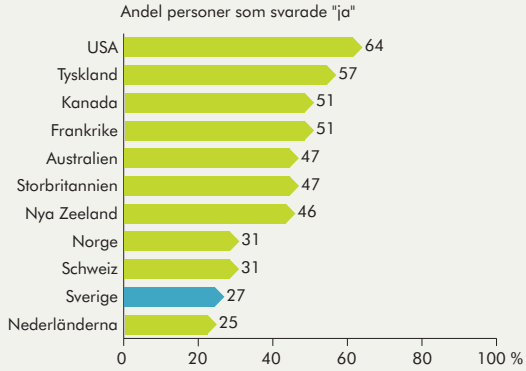
Av de respondenter som svarat att de fått frågan om livsstilsfrågor har nära hälften svarat att de ändrat sin livsstil efter samtalet och en fjärdedel har deltagit i någon form av aktivitet inom vården för att lära sig mer om hur de kan påverka sin livsstil. Frågorna är specifika för Sverige, varför internationella jämförelser saknas. Liknande frågor ställs även i den nationella telefonundersökningen Vårdbarometern med ett liknande utfall.

Figur 24. Hälsöfrämjande samtal.

Har någon vårdpersonal, under de senaste två åren ...

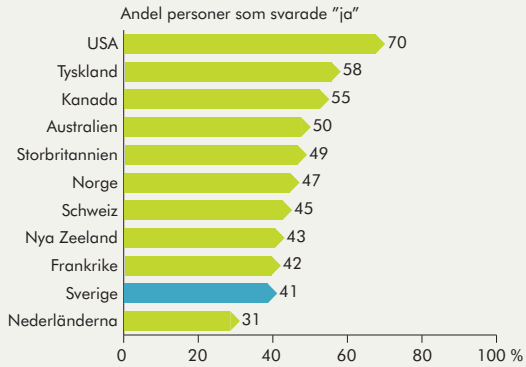
...talat med dig om en hälsosam diet och hälsosamt ätande?

Trend i Sverige, %



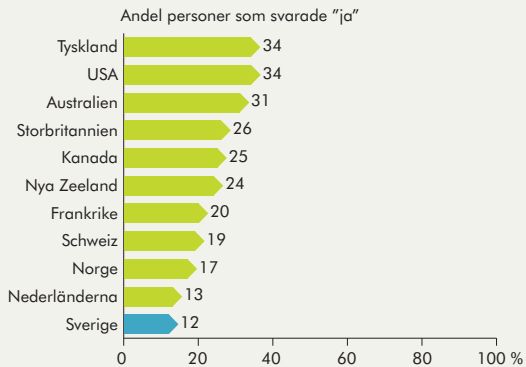
... talat med dig om träning eller fysisk aktivitet?

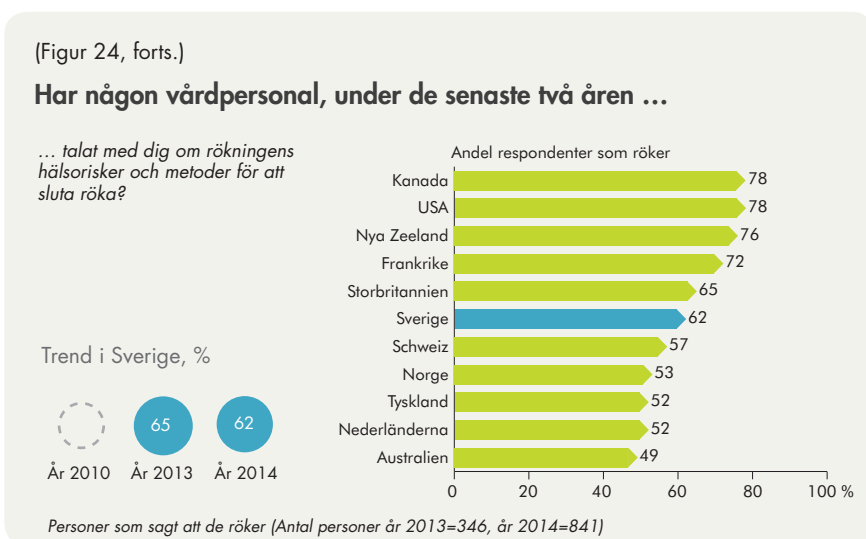
Trend i Sverige, %



... talat med dig om saker i livet som oroar dig eller orsakar stress?

Trend i Sverige, %





6.2 STOR VARIATION MELLAN LÄNDER I HUR DEN ENSKILDE FÖRHÅLLER SIG TILL FRAMTIDA SVÅRA VÅRDSITUATIONER

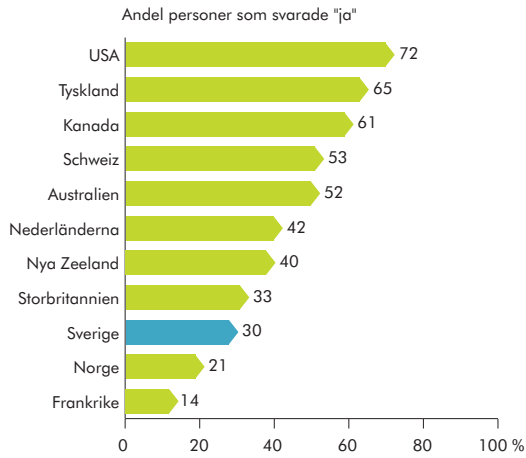
Att planera inför eventuell sjukhusvistelse vid skada eller medicinsk sjukdom är viktigt för att hälso- och sjukvården ska kunna se till såväl medicinska som icke-medicinska behov. Personerna i undersökningen har besvarat ett antal frågor kring om de planerat för eventuella framtida sjukvårdsbesök och vilka eventuella behandlingar de då vill eller inte vill ha om de skulle bli svårt sjuka.

De svenska respondenterna tillsammans med norska och franska respondenter, har i avsevärt lägre utsträckning än i andra länder svarat att de funderat över vilken typ av behandling de vill eller inte vill ha om de hamnar på sjukhus och vårdas för en svår sjukdom (figur 25). I dessa länder är det också få som har en nedskrivna plan för vård i livets slutskede eller skrivit ner vem som beslutar om vården om de inte själva kan (figur 26 och 27).

Figur 25. Övervägt framtida behandlingar.

I händelse av att du blir mycket svårt sjuk och inte kan ta egna beslut, har du talat med din familj, en nära vän eller med någon vårdpersonal om vilken behandling som du skulle vilja få eller inte vilja få?

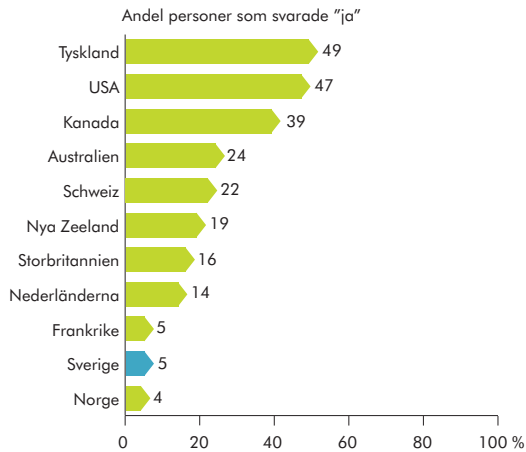
Trend i Sverige, %



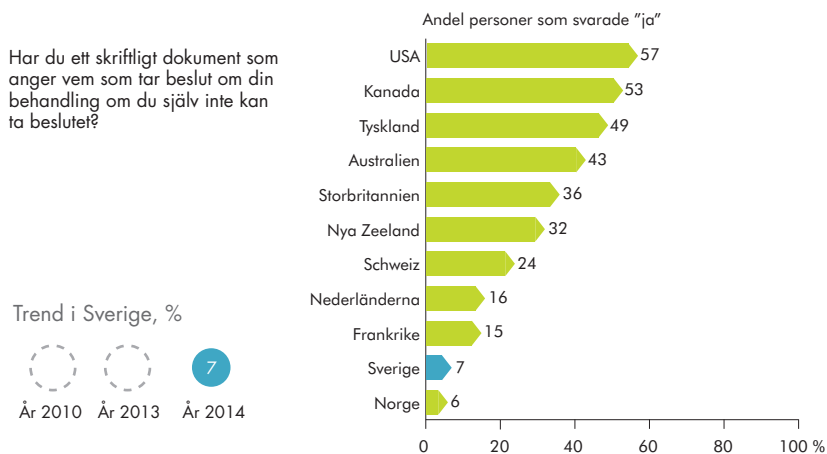
Figur 26. Nedskrivnen plan för vård i livets slutskede.

Har du en nedskrivnen plan eller ett dokument som beskriver de behandlingar som du skulle vilja få respektive inte vilja få i livets slutskede?

Trend i Sverige, %



Figur 27. Nedskrivet vem som tar beslut om behandling.



Involvering av familj och närstående i vården enligt patientens önskemål

Vården och omsorgen har goda förutsättningar att involvera närstående för att stärka patientens ställning och upplevelse av vården och omsorgen. Sju av tio av de som behandlats i specialistvården upplever alltid eller ofta att närstående är engagerade i deras vård.

De tillfrågade i Sverige är minst lika delaktiga i att hjälpa en närstående i sitt eget hem som deltagarna i andra länder; var fjärde tillfrågad hjälper någon närstående minst en gång i veckan. Samtidigt saknar var tionde av dem stöd av kommunen i sin roll som anhörigvårdare.

Ett vårdssystem som involverar närstående i vården enligt patientens önskemål...

... spelar en central roll i patientens sjukdomsupplevelse (Vårdanalys 2012).

Det handlar bland annat om

- att vården låter närstående vara delaktiga i vård och behandling
- att vården ser närstående som ett stöd i både behandling och omsorgsrollen.

7.1 SJU AV TIO UPPLEVER ATT NÄRSTÅENDE OFTAST INVOLVERAS I SPECIALISTVÅRDEN

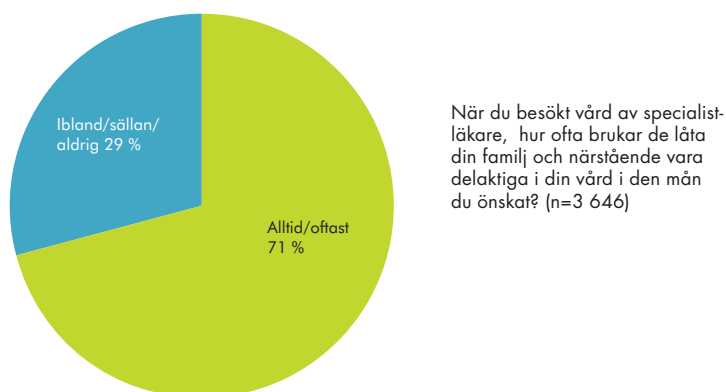
Närståendes roll som deltagare i hälso- och sjukvården är relativt utforskad. I takt med att anhörigansvaret ökat i den svenska kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen finns det dock anledning att tro att ökad anhöriginvolvering skulle kunna ge vården en bättre förståelse och kunskap



om patienten. I USA har dessa frågor diskuterats i mycket större utsträckning än i Sverige och organisationer som *Center for advancing health* (www.cfah.org) har under lång tid aktivt arbetat för att såväl patienter som närstående själva bör ta ett större ansvar i mötet med vården.

I undersökningen tillfrågades de svenska deltagarna om de upplevde att deras närstående vanligtvis involverades i deras vård och behandling hos specialistläkare i den utsträckning de önskade. Drygt 70 procent av patienterna svarade att så var fallet. Då frågan är unik för svenska svarande saknas möjlighet till internationell jämförelse.

Figur 28. Anhörigas delaktighet i vård och behandling.



7.2 NÄRSTÅENDE I SVERIGE ÄR MINST LIKA ENGAGERADE I OMSORGSROLLEN SOM NÄRSTÅENDE I ANDRA LÄNDER

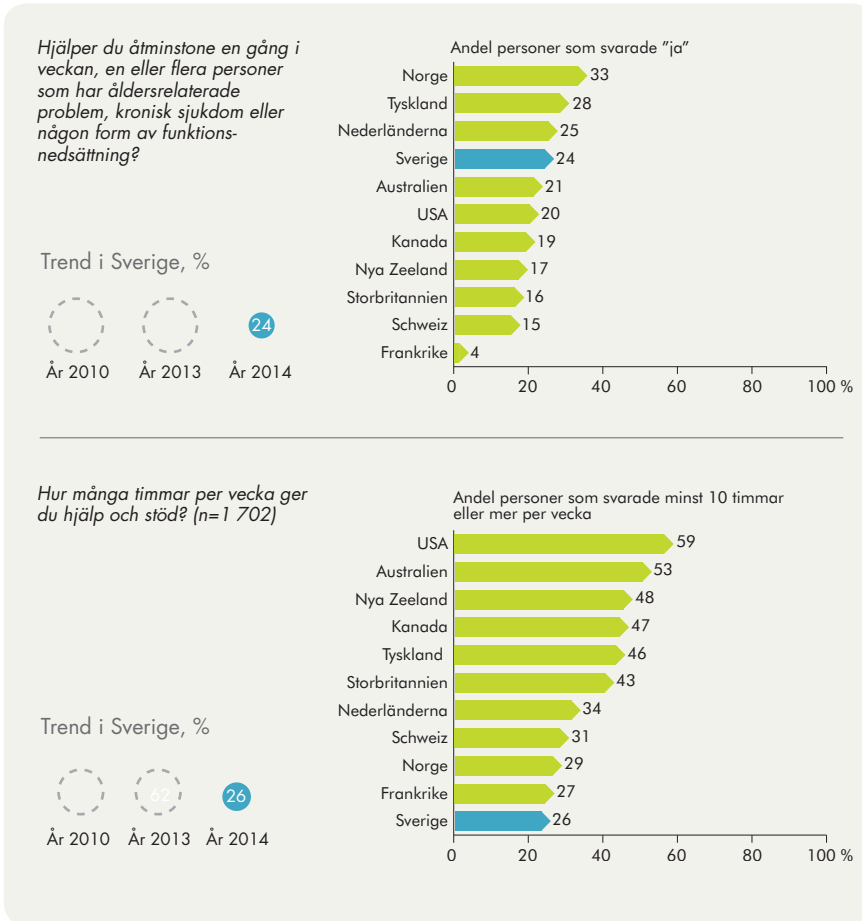
En fjärdedel av de tillfrågade svarade att de minst en gång i veckan hjälper en eller flera personer, vanligtvis närstående, som är sjuka eller har någon form av funktionsnedsättning. I ett internationellt perspektiv är det relativt små skillnader mellan de flesta länder i undersökningen om man ger stöd eller hjälp. I takt med att livslängden i befolkningen ökar är det inte heller förvånande att andelen i befolkningen över 55 år utför en del av vården till sina föräldrar och närstående. Andelen som hjälper närstående är också högst i respondentgruppen 55–64 år för att sedan successivt avta i takt med respondentens ålder.

Däremot är det större skillnader mellan länderna när vi frågar om hur

många timmar per vecka som den svarande hjälper en närstående. Av dem som ger stöd och hjälp ger var fjärde i Sverige minst 10 timmars hjälp per vecka. I Australien och USA ger mer än hälften hjälp i motsvarande omfattning.

Av de respondenter som uppger att de ger stöd till någon annan på regelbunden basis är det 11 procent som önskar stöd och hjälp från kommunen i rollen som anhörigvårdare. 86 procent av de som uppger att de skulle behöva stöd har också varit i kontakt med kommunen om sitt behov.

Figur 29. Andel personer som hjälper närstående.



Jämförelser mellan olika patientgrupper inom Sverige

En jämförelse av resultaten mellan olika grupper i den svenska undersökningen visar på i mångt och mycket likartade upplevelser av vården oavsett om man är man eller kvinna, äldre eller yngre, med eller utan kronisk sjukdom eller flera läkarkontakter i vården.

Vissa resultat bör uppmärksammas för fortsatta analyser. Exempelvis tycks upplevelsen av vården på flera punkter vara något bättre för personer med kroniska sjukdomar, jämfört med dem utan kronisk sjukdom. I förhållande till gruppens behov och ur ett internationellt perspektiv är resultaten för personer med kronisk sjukdom dock långt ifrån tillfredsställande. Samtidigt kan skillnaderna vara stora mellan olika diagnosgrupper; generellt utmärker sig diabetikerna positivt, medan bilden ofta är den omvända för dem med depression/ångest/mentala hälsoproblem.

Endast två av fem personer med kronisk sjukdom har en behandlingsplan. Värt att notera är att det stora flertalet, oberoende av diagnosgrupp (80 procent i genomsnitt), upplever att en individuell behandlingsplan har hjälpt dem att kontrollera sitt tillstånd. Det finns med andra ord skäl att titta närmare på hur användandet av behandlingsplaner generellt kan öka. Det gäller inte minst personer med depression/ångest/mentala hälsoproblem – en grupp där relativt få respondenter uppger att de har en behandlingsplan (30 procent), samtidigt som en slående majoritet (86 procent) av dem som faktiskt har en plan upplever att den har hjälpt dem.

Det finns fortsatta förbättringsmöjligheter när det gäller patienternas läkemedelsanvändning och det gäller i högsta grad de allra äldsta: färre



än hälften av deltagarna som är 75 år eller äldre och som har minst två receptbelagda läkemedel menar att de aktivt har informerats om sina läkemedel.

Vi ser få skillnader mellan deltagare som under ett år varit i kontakt med minst fyra olika läkare jämfört med grupper med färre kontakter. Det är anmärkningsvärt i sig. Vinsterna med att göra patienten mer delaktig torde vara särskilt stora för just denna grupp av personer med omfattande vårdbehov.

De internationella jämförelserna i tidigare kapitel visar att Sverige har ett stort förbättringsutrymme när det gäller att stärka patientens ställning i vården. Dessa resultat speglar dock endast ett nationellt genomsnitt och säger inget om variationer inom landet eller mellan olika grupper av patienter. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det intressant att veta om resultaten skiljer sig exempelvis mellan män och kvinnor eller mellan personer med och utan kroniska sjukdomar. Vårdanalys har därför, i den utsträckning som materialet tillåter, gjort gruppjämförelser av svaren från de svenska deltagarna med utgångspunkt i några av de bakgrundsvariabler som studien täcker in: kön, ålder, vårdkonsumtion, samt diagnos av kronisk sjukdom (se tabell 2). I detta kapitel sammanfattas de mest framträdande resultaten.

Liksom med de internationella jämförelserna är syftet i första hand att skapa underlag för fördjupade analyser. Redovisningen har således inte ambitionen att närmare undersöka tänkbara förklaringar till de skillnader, eller likheter, som ses mellan grupperna. Det kan finnas andra faktorer än exempelvis kön som kan skapa (och förklara) de skillnader vi ser mellan grupperna – inte minst när skillnaderna är små. Det bör också noteras att flera av frågorna som ingår i den internationella jämförelsen inte har analyserats på nationell gruppnivå då antingen underlaget varit otillräckligt eller då jämförelser inte bedömts generera någon adekvat kunskap. På motsvarande sätt har exempelvis en jämförelse av svaren mellan personer som är födda i eller utanför Sverige inte låtit sig göras.

Tabell 2. Antal personer som deltagit i undersökningen, fördelat på kön, ålder, antal besökta läkare och om de har en kronisk sjukdom. Antal och procent.

Kön			Ålder, år			Antal besökta läkare			Kronisk sjukdom	
Sverige	Man	Kvinna	55–64	65–74	75+	1 eller färre	2 eller 3	4 eller fler	Någon kronisk sjukdom	Ingen kronisk sjukdom
7 206	3 366	3 840	2 664	2 545	1 997	3 357	2 578	1 032	5 042	2 164
	47%	53%	37%	35%	28%	47%	36%	14%	70%	30%

8.1 KÖNSSKILLNADER

Resultaten tyder på att kvinnor och män generellt har en likartad upplevelse av vården – men i de fall skillnader finns så är de genomgående till männens fördel. Detta bör dock ses i ljuset av att könstillhörighet i många fall är underordnad andra bakgrundsvariabler som också kan påverka respondentens svar, såsom egenupplevd hälsa, andelen respondenter med kroniska sjukdomstillstånd och socioekonomisk bakgrund.

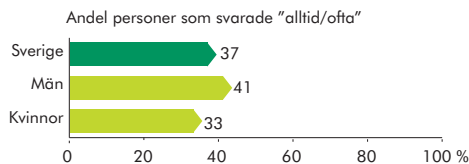
Av det insamlade materialet framgår att kvinnor generellt har en lägre egenupplevd hälsa: 31 procent av kvinnorna skattar sin hälsa som rimlig eller dålig jämfört med 26 procent av männen. Det är också något fler kvinnor än män som anger att de har minst en kronisk sjukdom (72 jämfört med 67 procent). En avsevärt högre andel av kvinnorna lider av ledvärk eller artrit, medan diabetes och högt blodtryck är vanligare bland männen. Det är fler manliga respondenter som lever tillsammans med minst en annan person och män har generellt en bättre hushållsekonomi än de kvinnliga respondenterna.

Ett område där upplevelsen tycks skilja sig mellan män och kvinnor gäller förutsättningarna för aktiv patientmedverkan i mötet med vården: en större andel män uppger oftare att de uppmuntras att ställa frågor (figur 30) samt får information om olika behandlingsalternativ i specialistvården (61 procent jämfört med 57 procent av kvinnorna). Det är också fler män än kvinnor som svarar att de vanligtvis tillbringar tillräckligt mycket tid tillsammans med sin ordinarie läkare (75 procent jämfört med 69 procent av kvinnorna).



Figur 30. Andel män och kvinnor som upplever att vårdpersonal uppmuntrar dem att ställa frågor.

När du behöver vård och behandling hur ofta brukar din läkare eller den medicinska personalen du träffar uppmuntra dig att ställa frågor?

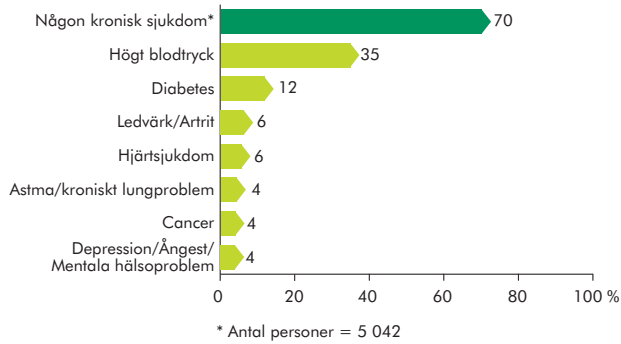


Den upplevda tillgången till vård av läkare och sjuksköterska skiljer sig inte nämnvärt mellan könen. Däremot tycks män ha en något bättre tillgång till specialistvården: en lägre andel manliga respondenter uppger att de har fått vänta fyra veckor eller mer för att träffa en specialist (47 procent jämfört med 51 procent av kvinnorna). Män upplever också i högre grad än kvinnor att deras ordinarie läkarmottagning bistår dem i koordination och planering i kontakterna med andra delar av vården (47 procent jämfört med 42 procent).

8.2 PERSONER MED KRONISKA SJUKDOMAR

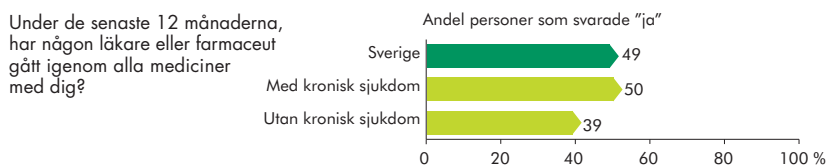
Resultaten från årets IHP-undersökning stödjer tidigare studier som visat att det i Sverige finns en stor förbättringspotential i vården av personer med kronisk sjukdom (Vårdanalys 2014). Visserligen tycks upplevelsen av vården på flera punkter vara något bättre för personer med kroniska sjukdomar, jämfört med dem utan kronisk sjukdom, men i förhållande till gruppens behov och ur ett internationellt perspektiv är resultaten långt ifrån tillfredsställande. Samtidigt bör det noteras att skillnaderna kan vara stora mellan olika diagnosgrupper; generellt utmärker sig diabetikerna positivt, medan bilden ofta är den omvända för dem med depression/ångest/mentala hälsoproblem.

Det är en övervägande majoritet av deltagarna i undersökningen som har minst en kronisk sjukdom; 32 procent har en kronisk diagnos, 38 procent har två eller fler. Vanligast är högt blodtryck (figur 31). Kroniska sjukdomar är vanligare bland respondenter med en inkomst under genomsnittet samt hos kvinnor, och andelen ökar även med stigande ålder. Det går också att se ett negativt samband mellan antal kroniska diagnoser och respondenternas egenupplevda hälsa. Åtta procent av deltagarna med kronisk sjukdom besöker vården minst en gång i månaden på grund av sin sjukdom, 69 procent minst en gång om året.

Figur 31. Personer i undersökningen med kronisk sjukdom, procent.

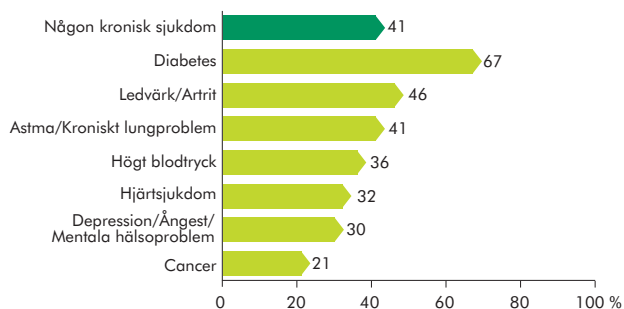
Nästan 90 procent av personerna med kronisk sjukdom äter ett eller flera receptbelagda läkemedel, 45 procent har fyra mediciner eller fler. Felaktig läkemedelsanvändning kan orsaka stora problem och det uppskattas att mellan 6 och 16 procent av samtliga sjukhusinläggningar är läkemedelsrelaterade (SKL 2011). Aktiv information från vården och möjlighet för patienten att diskutera sin medicinering kan bidra till att förebygga detta. Även om situationen på detta område tycks vara något bättre för dem med kroniska sjukdomar, jämfört med dem utan kronisk sjukdom, är det fortfarande bara varannan som uppger att de fått en aktiv genomgång av sina läkemedel (figur 32) och fler än var femte saknar en skriftlig sammanställning över sin medicinering. Andelen personer med kronisk sjukdom som uppger att de fått aktiv information om tänkbara biverkningar är lika liten som för dem utan kronisk sjukdom (36 procent). Det bör också noteras att färre än 70 procent av respondenterna med kronisk sjukdom upplever att deras ordinarie läkare eller annan medicinsk personal alltid eller ofta känner till viktig information om deras medicinska historia.

Figur 32. Personer med och utan kronisk sjukdom som har haft en läkemedelsgenomgång.



Resultaten ovan skiljer sig inte nämnvärt mellan olika diagnosgrupper. På andra områden syns däremot påtagliga skillnader beroende på vilken kronisk sjukdom respondenterna har. I första hand utmärker sig diabetikerna positivt genom att de i klart högre utsträckning än övriga personer med kronisk sjukdom uppger att de har diskuterat prioriteringar och målsättningar som rör den egna vården med vårdpersonal (55 procent jämfört med genomsnittet på 33 procent), samt fått instruktioner om symptom att hålla koll på och när de borde söka fortsatt vård (68 jämfört med 44 procent). Det är också en påfallande högre andel diabetiker som uppger att de har en behandlingsplan att använda i vardagen (figur 33). Här kan också noteras att det stora flertalet, oberoende av diagnosgrupp (80 procent i genomsnitt), upplever att en individuell behandlingsplan har hjälpt dem att kontrollera sitt tillstånd. Det finns med andra ord skäl att titta närmare på hur användandet av behandlingsplaner generellt kan öka. Det gäller inte minst personer med depression/ångest/mentala hälsoproblem – en grupp där relativt få respondenter uppger att de har en behandlingsplan (30 procent), samtidigt som en slående majoritet (86 procent) av dem som faktiskt har en plan upplever att den har hjälpt dem.

Figur 33. Personer med kronisk sjukdom som har en behandlingsplan, procent.



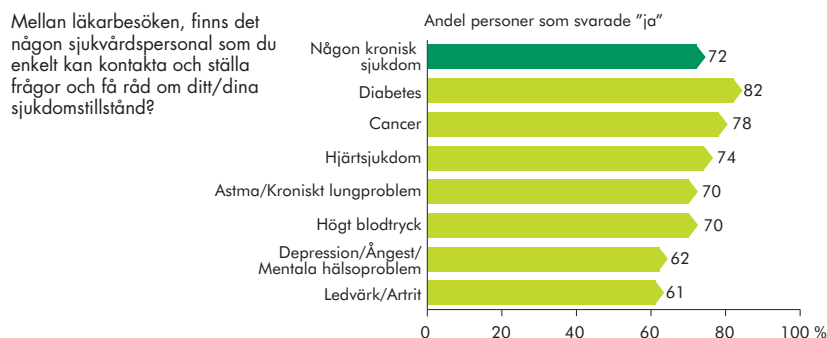
Det är mycket vanligare att personer med kronisk sjukdom har en fast läkarkontakt (71 procent) jämfört med dem utan kronisk sjukdom (45 procent). Allra vanligast är det bland personer med diabetes (76 procent), och det är möjligt att resultaten ovan går att koppla till detta. Minst vanligt är det bland patienter med depression/ångest/mentala hälsoproblem (62 procent).

Tillgängligheten till vården tycks generellt upplevas på liknande sätt oberoende av om respondenten har en eller flera eller ingen kronisk sjukdom alls. Det kan dock noteras att den (genomgående) låga andel deltagare som anser att det är lätt att få vård utanför kontorstid utan att besöka en akutmottagning är allra lägst (14 procent) bland personer med depression/ångest/mentala hälsoproblem.

Av respondenter med kronisk sjukdom uppger 72 procent att det finns sjukvårdspersonal som de kan kontakta mellan vårdbesöken om de har frågor. Skillnaderna är dock stora mellan olika diagnosgrupper; återigen ligger diabetikerna i topp medan respondenter med depression/ångest/mentala hälsoproblem återfinns i botten, tillsammans med gruppen ledvärk/artrit (figur 34). Att dessa grupper har sämre kontakt med vården är inte unikt för Sverige. Samtidigt finns det länder i undersökningen, exempelvis Storbritannien, där även dessa patienter upplever att det finns stöd att få mellan vårdbesöken.



Figur 34. Personer med kronisk sjukdom som har något att kontakta mellan läkarbesöken.



8.3 75 ÅR OCH ÄLDRE

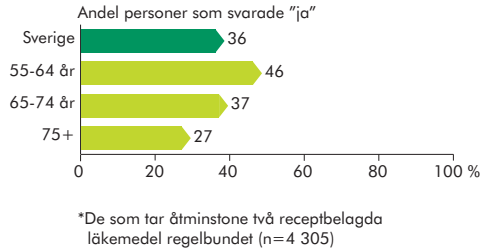
I Nationell patientenkät och Vårdbarometern är det ett återkommande resultat att personer över 75 år i högre utsträckning än yngre anger att de är nöjda med bemötandet och utformningen av vården. I den aktuella undersökningen är resultaten inte lika tydliga och överlag framstår skillnaderna mellan olika åldersgrupper som små.

En dryg fjärdedel av respondenterna har uppgivit att de är 75 år eller äldre. Gruppens egenupplevda hälsa är lägre än för yngre deltagare. Knappt 9 av 10 åter regelbundet receptbelagda läkemedel och 80 procent har minst en kronisk sjukdom. Gruppen består av färre utrikesfödda än övriga åldersgrupper och den egenskattade inkomsten är lägre än för genomsnittet. Andelen som har en fast läkarkontakt är något högre bland de äldsta jämfört med studiepopulationen som helhet (69 jämfört med 64 procent).

Åldrandet kan påverka effekterna av läkemedel på många olika sätt och biverkningar är vanligare med stigande ålder. Förbättrad läkemedelsbehandling av äldre – inklusive mer aktiv information från vården till patienten om hans olika läkemedel och eventuella biverkningar – har under flera år varit ett fokusområde för vården då det kan minska antalet läkemedelsrelaterade sjukhusinläggningar och öka livskvaliteten för dem det berör (Socialdepartementet 2014). Våra analyser visar att det fortfarande finns avsevärda förbättringsmöjligheter på området och det gäller i högsta grad de allra äldsta: färre än hälften av deltagarna som är 75 år eller äldre och som har minst två receptbelagda läkemedel menar att de aktivt har informerats om sina läkemedel, och endast en dryg fjärdedel om möjliga biverkningar (figur 35). Det är också anmärkningsvärt att var fjärde person i gruppen saknar en skriftlig lista över sin medicinering.

Figur 35. Personer som fått tänkbara läkemedelsbiverkningar förklarade, olika åldersgrupper.*

Under de senaste 12 månaderna, har någon läkare eller farmaceut förklarat tänkbara biverkningar av någon av medicinerna som var utskrivna?



I jämförelse med övriga åldersgrupper tycks de äldsta ha en liknande upplevelse av tillgängligheten till såväl läkare och sjuksköterskor generellt som till den specialiserade vården. Det kan dock noteras att en större andel, totalt en tredjedel, upplever att det är ganska eller mycket lätt att komma i kontakt med vården utanför kontorstid, jämfört med en fjärdedel av samtliga respondenter.

Gruppen skiljer sig inte heller nämnvärt från övriga när det gäller upplevda samordningsproblem inom eller mellan olika delar av vården. Däremot är det en större andel av de äldsta som upplever att vården koordinerar och planerar deras vård, jämfört med övriga åldersgrupper (48 procent jämfört med 42 procent för gruppen 55-64 år eller äldre). Detta, något högre, resultat är dock fortfarande lägre än genomsnittet i samtliga andra länder i undersökningen.

8.4 PERSONER MED FLERA LÄKARKONTAKTER

För att få en ökad förståelse för patienter som nyttjar vårdens resurser i särskilt stor omfattning har vi också analyserat underlaget utifrån hur många olika läkare respondenterna besökt under de senaste 12 månaderna. Som "storkonsument" betraktas de som har varit i kontakt med minst fyra olika läkare under denna period. Våra analyser visar ytterst få skillnader mellan de jämförda grupperna – vilket samtidigt är anmärkningsvärt i sig.

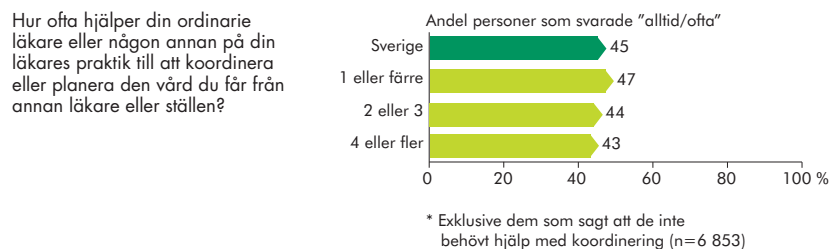
Gruppen utgör knappt 15 procent av hela studiepopulationen. Andelen av dessa som uppger att de har en fast läkarkontakt (65 procent) skiljer sig inte från genomsnittet. Nio av tio har minst en kronisk sjukdom. Drygt hälften har en egenupplevd hälsa som är någorlunda eller dålig, vilket kan jämföras med 29 procent av samtliga respondenter. Varannan person har varit inlagd på sjukhus under de senaste två åren och närmare sex av tio har besökt en akutmottagning under samma tidsperiod. Gruppen har en generellt lägre

egenrapporterad inkomst än övriga deltagare. Det är en jämn fördelning av ålder och kön.

Som Vårdanalys tidigare konstaterat kan stärkta förutsättningar för patienten att ta en mer aktiv roll i sin egen vård troligen minska vårdbehovet och även antalet vårdbesök (Vårdanalys 2012). Den internationella jämförelsen visar att Sverige är sämre än flertalet andra länder på detta område och resultaten är inte bättre för gruppen storkonsumenter. Detta är anmärkningsvärt då vinsterna med att göra patienten mer delaktig torde vara särskilt stora för just denna grupp.

Inte heller när det gäller samordning och koordinering av vården skiljer sig storkonsumenternas upplevelse nämnvärt från det genomsnittliga – internationellt sett mycket låga – svenska resultatet (figur 36). Detta trots att behovet av koordinering sannolikt är avsevärt större hos dessa patienter än hos populationen som helhet.

Figur 36. Koordinering av vården, fördelat på antalet olika läkare som respondenten besökt under de senaste 12 månaderna.



Vidare innebär en omfattande vårdkonsumtion ofta att det krävs en större samlad kunskap hos den aktuella vårdgivaren om behandlingar som patienten genomgått i andra delar av vården. Ändå är det inte en märkbart större andel av storkonsumenterna (totalt 68 procent) som anser att den ordinarie läkaren har viktig kunskap om deras sjukdomshistoria, jämfört med samtliga svenska respondenter (64 procent). Bilden av bristande koordinering för de med störst behov förstärks ytterligare av att en fjärdedel av storkonsumenterna har upplevt att information från specialistvården inte har nått deras ordinarie läkare, samt att mer än en dubbelt så stor andel (totalt 31 procent) jämfört med samtliga respondenter (13 procent) har fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal. Gruppen upplever också i större utsträckning

än andra att de har tvingats att besöka vården vid flera tillfällen för besvär som hade kunnat tas om hand vid ett och samma tillfälle.

Sammantaget tyder dessa resultat på att vården behöver bli bättre på att hjälpa patienter med många vårdkontakter att navigera i vårdsystemet.



Referenser

- Bleich, S.N., Özaltin, E. och Murray, C.J.L. (2009). *How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?* Bulletin från Världshälsoorganisationen (WHO) 87:271-278. Tillgänglig: www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401/en/ [2014-11-05].
- Center for Advancing Health www.cfah.org [september 2014]
- Christopher J.L., Murray, C.L.J, Kawabata, K. och Valentine, K. (2001). People's Experience Versus People's Expectations. *Health Affairs*, 20, nr 3, s. 21–24.
- Dahlgren, C., Brorsson, H., Sveréus, S., Goude, F. och Rehnberg, C. (2012). *Fem år med husläkarsystemet inom vårdval Stockholm*. Stockholm: Karolinska institutet. Tillgänglig: <http://ki.se/lime/vardval-stockholm> [2014-11-05].
- Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*. Rapport 2012:2. Stockholm: Konkurrensverket.
- National Patient Safety Foundation www.npsf.org [september 2014]
- PROMcenter (2013). *Sambanden mellan tillfredsställelse med och upplevelse av vården och patientrapporterat hälsoutfall*. En litteraturoversikt. Tillgänglig: www.promcenter.se/sv/publikationer/ [2014-11-05].
- Regeringen (2012). *Uppdrag om att samordna vård och omsorg om mest sjuka äldre*. Regeringsbeslut 2012-03-08 S2012/2022/FST (delvis).
- SCB – Statistiska Centralbyrån (1993). *Att fråga. Om frågekonstruktion vid intervjuundersökningar och postenkäter*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2014a). Sammanställning av Johan Lindberg, Enheten för ekonomisk välfärdsstatistik, Avdelningen för befolkning och välfärd. [2014-01-21]
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2014b). Fortsatt ökning av utrikes födda i Sverige. Tillgänglig: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Fortsatt-okning-av-utrikes-fodda-i-Sverige/ [2014-11-05]

- Sjögren, J. (2010). Riktlinjer om levnadsvanor står i strid med beprövad erfarenhet. *Läkartidningen*, nr 51–52, vol. 107, s. 3298.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2011). Läkemedelsrelaterade problem: Åtgärder för att förebygga. Stockholm : Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2013), Vårdbarometern. www.vardbarometern.nu [september 2014]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, Webbkollen, www.webbkollen.se [september 2014]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014a). *Öppna jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014b), Nationell patientenkät. www.npe.skl.se [september 2014]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014c), Vätetidsdatabasen. www.vantetider.se [september 2014]
- Socialdepartementet (2014). Nationell läkemedelsstrategi - Handlingsplan 2014. Promemoria S2014.003. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor*. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En riktäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2000:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedels-hantering i hälso- och sjukvården*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1> [2014-11-05].
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient-centred care: The patient should be the judge of patient-centred care. *British Medical Journal*, vol. 322, s. 444–445.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Bilaga 1 – Målgrupp och respondenter

UNDERSÖKNINGENS MÅLGRUPP

Årets undersökning har vänt sig till boende i Sverige som är födda 1959 eller tidigare, det vill säga 55 år eller äldre. I gruppen ryms således såväl personer i arbetsför ålder och i god fysisk form som äldre personer som på grund av åldersrelaterad sviktande hälsa använder vårdens resurser i stor utsträckning. Även socioekonomisk status, boendeort och kön är aspekter som vanligtvis beaktas när man analyserar såväl upplevelser av vård som tillgång till och nyttjandegrad av vårdens resurser.

För att försäkra sig om att resultatet från undersökningen ger en så korrekt bild som möjligt av upplevelsen av vården hos befolkningen över 55 år är det därför av stor vikt att analysera vilka som besvarat undersökningen, och om de återspeglar den verkliga sammansättningen i befolkningen. I denna bilaga förklaras även vilka korrigeringar, så kallad viktning, av data som gjorts för att resultatet ska vara så rättvisande som möjligt. I korthet genomförs viktning så att svar från underrepresenterade grupper får större inverkan på det totala resultatet, medan svar från grupper med hög andel respondenter ges en lägre vikt när man sammanställer resultaten.

Exempel på viktningmodell

En undersökning genomförs bland 100 personer. När undersökningen är avslutad har 40 män och 60 kvinnor besvarat enkäten. För att få ett resultat som speglar en jämn könsfördelning ges alla svar från män en vikt på 1,2 och alla svar från kvinnor en vikt på 0,8. På så sätt speglar resultatet efter viktning undersökningen som om det varit lika många män som kvinnor som besvarat enkäten.

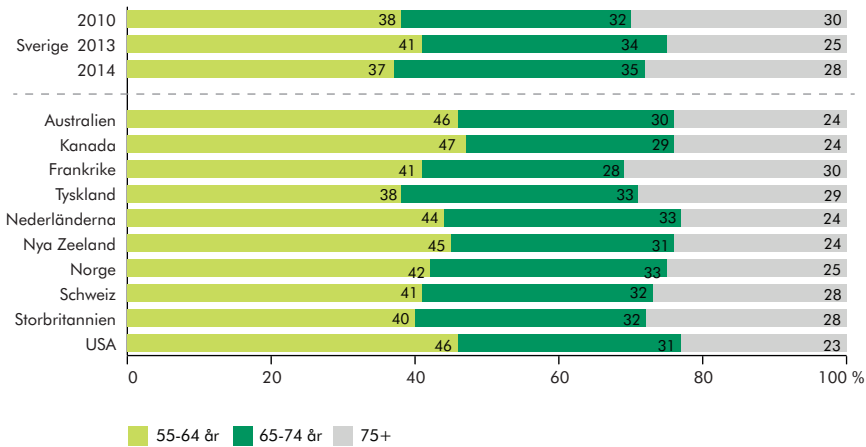
ÅLDERSGRUPPER

Gruppen medborgare som är 55 år och äldre är en icke homogen grupp. De flesta i åldern 55–65 år är fortfarande förvärvsarbetande och har i många fall relativt lite kontakt med vården, medan personer över 75 år är de som vanligtvis utnyttjar vården mest. I Karolinska Institutets utvärdering av husläkarsystemet i Stockholm, *Fem år med husläkarsystemet inom vårdval Stockholm* (Dahlgren m.fl. 2013) framgår det att personer i åldern 55–65 år i genomsnitt besöker primärvården 1,5 gånger per person och år medan Stockholmare över 75 år besöker primärvården drygt 4 gånger varje år. Såväl erfarenheten som kunskapen om och behovet av hälso- och sjukvården kan tänkas skilja sig åt mellan de olika åldersgrupperna i undersökningen.

I den svenska undersökningen har det kommit in fler svar i åldersgruppen 65–74 år än vad som är representativt för hela målgruppen. I gruppen 75 år och äldre har det varit svårast att nå deltagare. Viktningen av svaren i dessa grupper har därför justerats. Svarsmönstret påminner till stor del om det i den svenska värderingsmätningen Vårdbarometern där deltagarandelen sjunker kraftigt i åldersgruppen över 80 år.

Tabell 3. Deltagarnas fördelning efter ålder i procent.

Åldersgrupp	Inkomna svar	Viktad data
55–64 år	30	37
65–74 år	43	35
75 +	27	28
Samtliga	100	100

Figur 37. Deltagarnas åldersfördelning i Sverige och övriga länder i undersökningen, i procent.*

*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

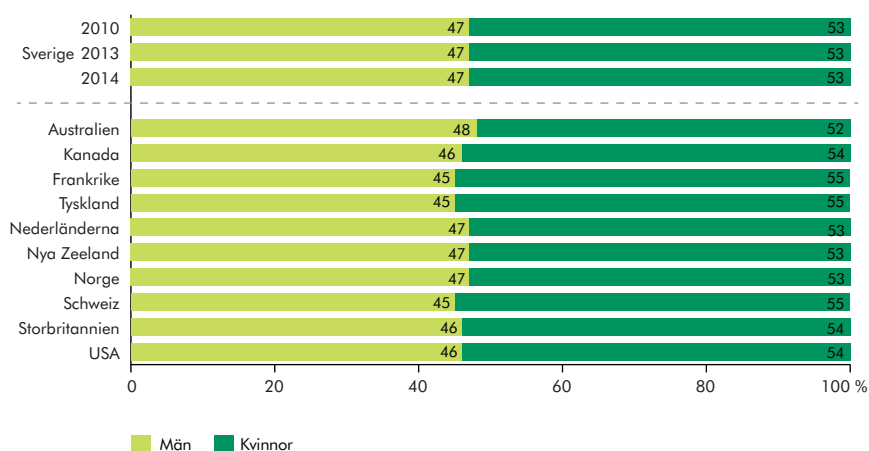
KÖN

Fler kvinnor än män har intervjuats i undersökningen. Det är vanligt att kvinnor är överrepresenterade i denna typ av undersökningar. Det finns en större skepticism för att delta i undersökningar hos män än hos kvinnor. I materialet har svaren från män därför fått en högre vikt.

Tabell 4. Deltagarnas fördelning efter kön i procent.

	Inkomna svar	Viktad data
Män	41	47
Kvinnor	59	53
Samtliga	100	100

Figur 38. Deltagarnas könsfördelning i Sverige och i övriga länder, i procent.



UTBILDNING

En överrepresentation finns i datamaterialet av personer med högre utbildning. Två tredjedelar av de som svarat har en högskole- eller universitetsexamen. Resultaten i undersökningen är viktade efter utbildning, vilket innebär att svaren från de med högre utbildning har fått en lägre vikt i materialet.

Tabell 5. Deltagarnas fördelning efter utbildning, i procent.

Utbildningsnivå	Inkomna svar	Viktad data
Har ingen formell utbildning	2	3
Grundskola (9 år)	27	32
Gymnasienivå	29	38
Högskole-/universitetsstudier utan examen	8	11
Högskole-/universitetsexamen	33	16
Vet ej	1	1

INKOMST

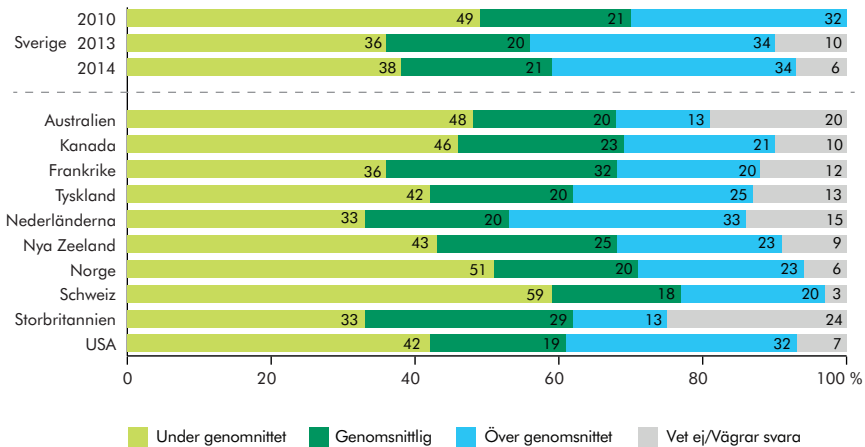
Materialet är fördelat i tre inkomst kategorier; under, i paritet med eller över genomsnittlig inkomst. I Sverige antogs den genomsnittliga hushållsinkomsten före skatt år 2013 till 360 000 kronor (SCB 2014a). Grupperingen i tabell 4 bygger på en egenskattning av hushållets inkomst. Eftersom denna undersökning är internationell avviker frågan om inkomst från den fråga som Statistiska centralbyrån använder (SCB 1993) och som är vanligt förekommande i nationella befolkningsundersökningar. Det finns därför skäl att misstänka bristande validitet för frågan – inte minst när det gäller att jämföra de olika gruppernas resultat internationellt. Ingen viktning har gjorts efter inkomst, men eftersom materialet viktas för andra parametrar sker även en viss utjämning av inkomstfördelningen (viktad andel i tabell 5).

Tabell 6. Deltagarnas fördelning efter egenrapporterad hushållsinkomst, i procent¹.

Hushållsinkomst	Inkomna svar	Viktad data
Under genomsnittlig inkomst	40	38
Genomsnittlig inkomst	27	28
Över genomsnittlig inkomst	33	34

¹ Exklusive dem som svarat vet ej eller inte velat svara.

Figur 39. Deltagarnas inkomstfördelning i Sverige och i övriga länder i undersökningen, i procent.*

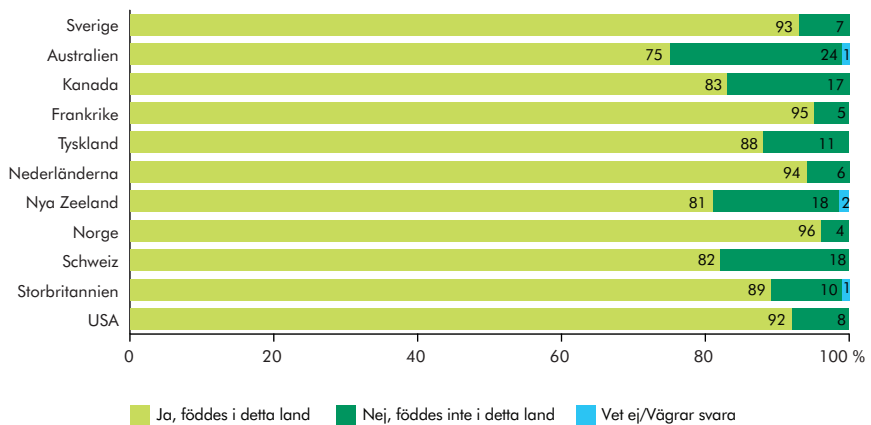


*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

FÖDELSELAND

Resultatet är inte viktat för födelse land. Materialet tyder dock på att personer som inte är födda i Sverige är underrepresenterade i materialet. 7 procent av deltagarna svarar att de inte är födda i Sverige. Enligt SCB är drygt 15 procent av hela befolkningen födda i ett annat land än Sverige (SCB 2014b). Även om fokus i denna undersökning endast är personer som är 55 år och äldre finns anledning att tro att gruppen är något underrepresenterad i urvalet. Det är också svårt att göra någon tydlig analys av resultatet baserat på födelse land eftersom gruppens sammansättning är mycket differentierad.

Figur 40. Deltagarnas födelse land i Sverige och i övriga länder i undersökningen, i procent. *



*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

HÄLSA

Deltagarna har haft möjlighet att bedöma sin egen hälsa utifrån en femgradig skala från utmärkt till dålig. Det finns omfattande litteratur som pekar på att medborgare som upplever sin hälsa som mindre bra också upplever ett sämre bemötande från hälso- och sjukvården (se PROM Center 2013 för en litteraturöversikt).

Det är inte möjligt att korrigera den upplevda hälsan i materialet. Genom att en korrigering för andra faktorer är gjord så påverkar det även utfallet i hälsofrågan i viss utsträckning (viktad andel i tabell 5).

Vi kan jämföra resultaten med hur medborgarna vanligtvis svarar på frågan

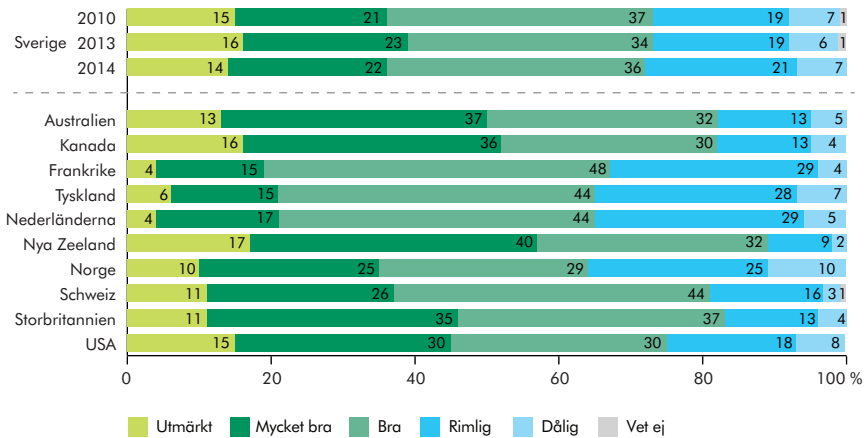
i Vårdbarometern. I IHP-studien finns det en klart högre andel respondenter som uppger att de har en hälsa som är ”rimlig” eller ”dålig”, än vad som förekommer i samma åldersgrupp i 2013 års Vårdbarometer. En viss del av förklaringen går troligen att härleda till en viss skillnad i svarsalternativen. Det näst lägsta alternativet i IHP-studien är ”rimligt” medan samma svarsalternativ i Vårdbarometern är ”någorlunda”. Trots denna förklaring är det troligt att deltagarna i denna studie generellt upplever sin hälsa som något sämre än den i Vårdbarometern.

Tabell 7. Deltagarnas självuppskattade hälsa, i procent.

	IHP-undersökningen		Vårdbarometern 2013*
	Inkomna svar	Viktad data	
Utmärkt	14	14	20
Mycket bra	23	22	48
Bra	35	36	26
Rimlig	21	21	5
Dålig	7	7	1
Samtliga	100	100	100

* Vårdbarometerns skala avviker från den i IHP, data redovisas endast som referensvärde.

Figur 41. Deltagarnas självuppskattade hälsa i Sverige och i övriga länder i undersökningen, i procent.*



*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

LANDSTING

Data har även korrigerats utifrån var undersökningsdeltagaren är bosatt. För att få ett underlag som gör det möjligt att jämföra de olika landstingen med varandra har, i förhållande till den faktiska befolkningen, fler personer tillfrågats i små landsting och färre i de stora. I de nationella resultaten och i den internationella jämförelsen har därför svaren från varje landsting tilldelats olika vikter för att bättre spegla upplevelsen från hela landet.

Tabell 8. Deltagarnas fördelning per landsting, i procent.

Landsting	Inkomna svar	Viktad data
Stockholms län	8	18
Uppsala län	4	3
Södermanlands län	4	3
Östergötlands län	4	5
Jönköpings län	4	4
Kronobergs län	4	2
Kalmar län	4	3
Gotlands län	4	1
Blekinge län	4	2
Skåne län	7	13
Hallands län	4	3
Västra Götalands län	7	16
Värmlands län	4	3
Örebro län	4	3
Västmanlands län	4	3
Dalarnas län	4	3
Gävleborgs län	4	3
Västernorrlands län	4	3
Jämtlands län	4	2
Västerbottens län	4	3
Norrbottnens län	4	3
Samtliga	100	100

DELTAGARNAS KONTAKTER MED VÅRDEN

Deltagarnas gemensamma erfarenhet av hälso- och sjukvården stämmer relativt väl överens med de nationella siffror över utnyttjande av svensk hälso- och sjukvård som redovisas av Sveriges Kommuner och Landstings *Öppna jämförelser* (SKL 2014a).

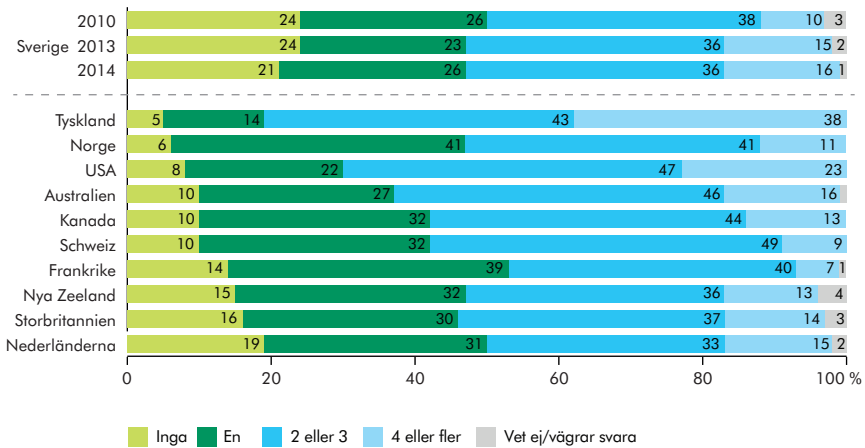
Så när som alla svarande har varit i kontakt med vården under de senaste

12 månaderna och 95 procent av respondenterna har en fast läkarkontakt eller en särskild vårdcentral eller mottagning att vända sig till. Deltagarna i undersökningen har i genomsnitt träffat 1,98 läkare under det senaste året. Hälften av deltagarna har träffat minst en specialist under de senaste två åren.

Drygt en fjärdedel av deltagarna i undersökningen har tillbringat minst en natt på sjukhus under de senaste två åren. En tredjedel har utnyttjat sjukhusets akutmottagning vid minst ett tillfälle under samma period.

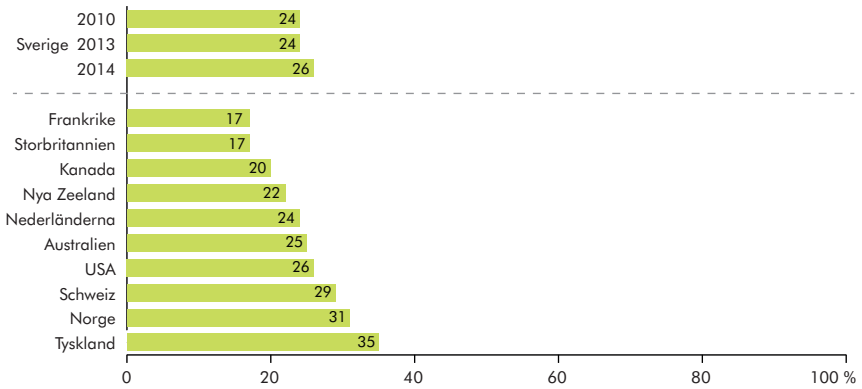
75 procent av de som svarat har minst en receptbelagd medicin som de tar regelbundet, samtliga respondenter har i genomsnitt 2,82 receptbelagda läkemedel. Drygt två tredjedelar av de svarande har av läkare informerats om att de har en eller flera kroniska sjukdomar och drygt var tredje respondent har två eller fler kroniska sjukdomar.

Figur 42. Antal läkare som deltagarna träffat de senaste 12 månaderna, i Sverige och övriga länder i undersökningen, i procent.*

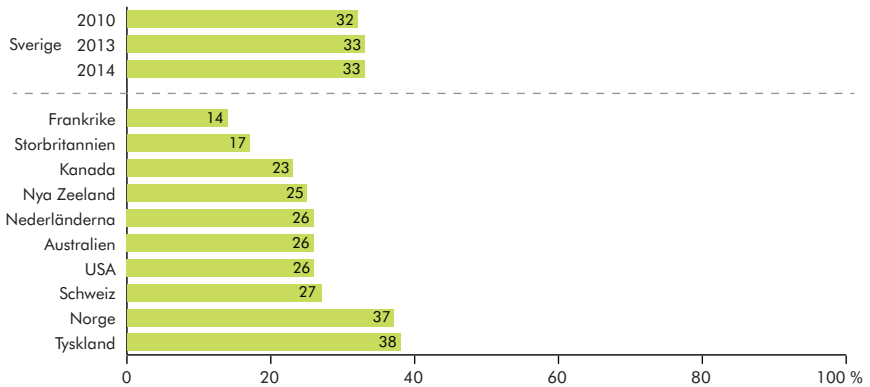


*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

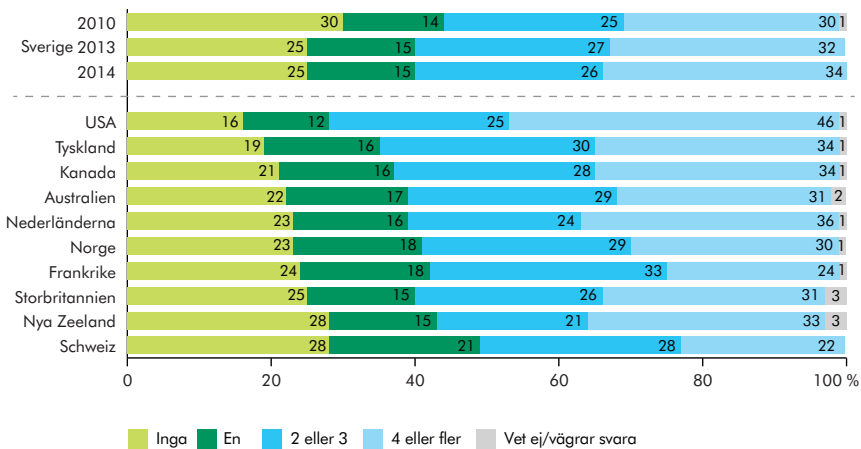
Figur 43. Andel deltagare som varit inlagda på sjukhus under de senaste 2 åren, i Sverige och i övriga länder i undersökningen.



Figur 44. Andel deltagare som har besökt akuten de senaste 2 åren, i Sverige och i övriga länder i undersökningen.



Figur 45. Antal receptbelagda läkemedel som deltagarna använder, i Sverige och övriga länder i undersökningen, i procent.*



*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

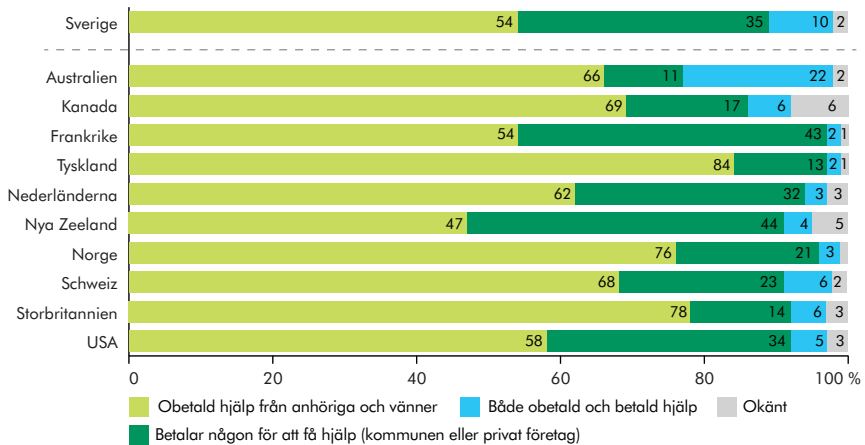
DELTAGARNAS ERFARENHET AV HJÄLP I HEMMET

En mycket liten del av de som deltagit i undersökningen (4 procent, motsvarande 312 personer) får hjälp med aktiviteter de inte själva klarar av. Av dem får hälften hjälp från anhöriga och vänner medan den andra hälften får hjälp av kommunen genom hemtjänst eller av både kommun och anhöriga eller vänner.

Av de drygt 170 svarande som fått möjlighet att besvara ett par specifika frågor om hur de upplever hemtjänsten och kontakten med kommunen anser ett ytterst fåtal att de inte fått den hjälp de behöver på grund av att de inte själva haft ekonomisk möjlighet att betala för hemtjänsten.

Närmare tre fjärdedelar av de svarande som har hemtjänst anser att det är viktigt eller mycket viktigt att kunna välja utförare, vilken person som hjälper dem och när på dygnet hjälpen ska utföras. Resultatet påminner om de slutsatser som framkommer i den nationella brukarundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* (Socialstyrelsen 2014).

Figur 46. I vilken utsträckning som hjälpen ges av närstående eller av annan såsom kommunen eller privata företag, i procent. *



*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

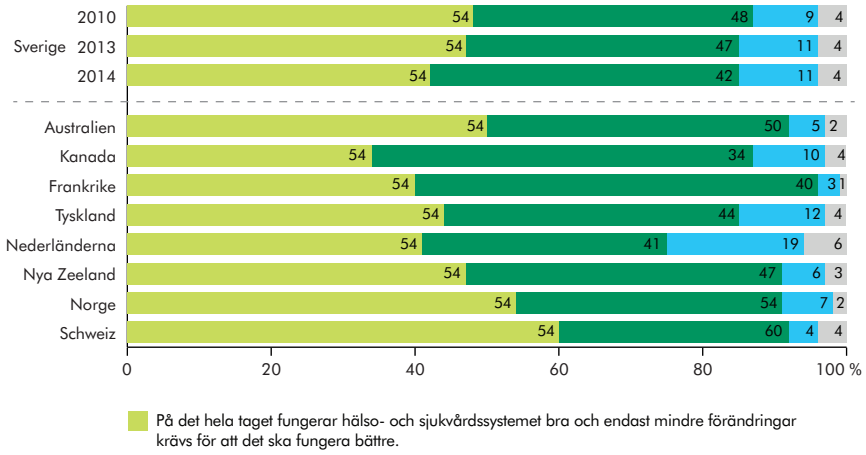
UPPLEVELSEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET

Deltagarna i årets undersökning fick möjlighet att beskriva hur de upplever att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar generellt. 42 procent av deltagarna anser att det svenska systemet i det stora hela fungerar bra och 11 procent anser att det bör förändras totalt. I en internationell jämförelse följer Sverige i det stora hela de flesta andra länder med undantag från USA där endast 20 procent är nöjda och nästan en tredjedel anser att systemet behöver byggas om från grunden.

Jämfört med 2013 års IHP-undersökning har det skett en viss förskjutning av resultaten så till vida att andelen som anser att systemet i det stora hela fungerar bra har minskat. Däremot har andelen som anser att sjukvårdssystemet behöver förändras totalt inte ökat.

Eftersom frågan i sig är en värderingsfråga är det naturligtvis svårt att avgöra vad som gör att en del av de svenska respondenterna anser att det behövs stora förändringar eller en total förändring av det svenska systemet.

Figur 47. Deltagarnas upplevelse av landets hälso- och sjukvårdssystem i Sverige och övriga länder i undersökningen, i procent.*



*Avrundning till heltal i figuren innebär att summeringen inte alltid blir 100 procent.

Bilaga 2 – Teknisk rapport

Denna del beskriver de tekniska förutsättningarna för den svenska datainsamlingen.

POPULATION

Mätningens målpopulation är invånare 55 år eller äldre i deltagarländerna. Den svenska studiens undersökningspopulation är svenska invånare 55 år eller äldre som bor i ett hushåll med fast, privat registrerat telefonabonnemang, alternativt har minst ett privat registrerat mobiltelefonabonnemang.

URVAL

Urvalsramen motsvarar svenska telefonnummerregistret, totalt 5 778 400 nummer. För att kunna göra geografiska jämförelser stratifierades urvalet landstingsvis. Även stratifiering per nummertyp (fast/mobilt) gjordes.

För att kunna göra internationella jämförelser behövdes endast 2 400 svenska intervjuer. Då ett syfte med undersökningen var att göra geografiska jämförelser baserades storleken i stället på att nå 300 intervjuer per landsting samt 550 i Stockholms läns landsting och 500 i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Det motsvarar 6 950 intervjuer totalt. Baserat på den förväntade svarsfrekvensen gjordes ett urval från telefonnummerregistret om totalt 49 050 nummer.

Inom varje stratum har ett slumpvis, obundet urval gjorts. Urvalsdragningen har genomförts av Bisnode från databasen PAR Konsument. Abonnemang med nix-markering har inkluderats. Skyddade telefonnummer och vissa kontantkort ingår inte i databasen.

TIDPLAN

Projektstart	10 mars
Uppstartsfas	20 februari –12 mars
Testning, systemkontroll	13–14 mars
Testintervjuer	17–19 mars
Insamlingsperiod inleddes	20 mars
Insamlingsperiod avslutades	15 maj
Leverans av data till SSRS	20 maj

FRÅGEFORMULÄR

Frågeformuläret är utvecklat av The Commonwealth Fund och SSRS, som också ombesörjt den svenska översättningen. För att det ska vara möjligt att göra internationella jämförelser har endast vissa anpassningar till svenska förhållanden gjorts. Därutöver har Vårdanalys lagt till ett antal Sverigespecifika frågor.

DATAINSAMLING

Datainsamlingen har genomförts med hjälp av telefonintervjuer. Intervjuerna har genomförts måndag–torsdag mellan klockan 10–21, fredag mellan klockan 10–18 samt under två helger lördag–söndag klockan 10–19.

För personer som ingick i det fasta urvalet har en inledande screening genomförts för att säkerställa slumpmässighet i hushållet. Screeningen innebar att den person som svarade fick besvara frågor om hur många i hushållet som var 55 år eller äldre, varpå en slumpgenerator valde ut en intervjuperson.

Åtta återuppringsförsök har gjorts innan ett nummer klassats som bortfall. Ingen ersättning har utgått till deltagare. Inga återuppringsförsök har gjorts till personer som inledningsvis har tackat nej till att delta i studien.

Antalet genomförda intervjuer har följt en exponentiell kurva. Då slutliga kvalitetskontroller gjordes efter att intervjuerna avslutats samlades fler intervjuer in för att säkerställa att det slutliga antalet intervjuer skulle vara tillräckligt. Totalt genomfördes 7 206 intervjuer. Den genomsnittliga intervjutiden var 19,4 minuter.

Tabell 9. Översikt över intervjuerna under datainsamlingsperioden.

Vecka	Antal personer i intervjueteam (medel)	Viktad data (totalt)
1-2	5	240
3	4	376
4	9	803
5	12	1 228
6	21	2 006
7	23	3 183
8	23	5 734
9*	26	7 206

* Ingen hel undersökningsvecka

Under hela intervjuperioden levererade Indikator veckovisa rapporter med antalet genomförda intervjuer uppdelat på kön, ålder och landsting samt en bortfallsrapport per strata. Totalt levererades rådata vid tre tillfällen innan den fullständiga leveransen.

BEARBETNING

För att uppnå representativitet för målpopulationen i det insamlade materialet har SSRS skapat en viktmodell baserad på kön, ålder, utbildning och landsting. Materialet har även viktats efter förekomsten av mobilt respektive fast telefonabonnemang.

JÄMFÖRELSE ÖVER TID

IHP-studien har genomförts i Sverige sedan 2009 med varierande fokusområden. I materialet har jämförelser gjorts med svar från respondenter som är 55 år och äldre i undersökningarna från 2010 och 2013. Initialt fanns även data från 2011 års undersökning med i materialet. På grund av den stora skillnaden i målpopulationen har denna jämförelse exkluderats för att inte gesken av förändringar som i stor utsträckning beror på respondentegenskaper. De fokusområden som har undersökts vid de olika undersökningarna framgår av tabell 9.

Tabell 10. Målgrupperna i IHP-undersökningarna olika år.

År	Målgrupp	Antal deltagare	Antal deltagare 55 år eller äldre
2014	Personer 55 år eller äldre	7 206	7 206
2013	Personer 18 år eller äldre	6 950	2 844
2012	Allmänläkare i primärvården		
2011	Personer över 18 år med dålig hälsa och stort behov av vård		
2010	Personer 18 år eller äldre	2 100	903
2009	Allmänläkare i primärvården		

JÄMFÖRELSE MED ANDRA LÄNDER

Totalt deltog cirka 25 500 personer i IHP 2014. Antalet deltagare varierar mellan länderna. Det beror på att vissa länder, däribland Sverige, har valt att tillfråga ett större urval för möjlighet till regionala jämförelser inom landet. Andra länder har valt en nivå på urvalet som ska spegla erfarenheter på riksnivå.

Tabell 11. Antal deltagare i IHP 2014 i de olika länderna.

Land	Antal
Australien	3 310
Kanada	5 269
Frankrike	1 500
Tyskland	928
Nederländerna	1 000
Nya Zeeland	750
Norge	1 000
Sverige	7 206
Schweiz	1 812
Storbritannien	1 000
USA	1 755
Totalt	25 530

Bilaga 3 – Enkätfrågor IHP 2014

Bas: Alla respondenter från fasttelefonurval (q650=1)

SC2. För att avgöra vem vi bör tala med, skulle du kunna tala om för mig hur många vuxna 55 år eller äldre som för närvarande bor i samma hushåll som du. Räkna också med dig själv.

_____ (1–5)

- N Ingen
- 6 6 eller fler vuxna 55 år eller äldre
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter med en person 55+ i hushållet (SC2=1)

SC2a. Kan jag få tala med den person som är 55 år eller äldre och som bor i samma hushåll som du?

- 1 Redan i telefonen
- 2 Kommer till telefonen
- 3 Inte hemma nu
- 7 (V) 55+ respondenten är oförmögen att svara, kan inte genomföra intervju
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter med två personer 55+ i hushållet (SC2 = 2)

SC3a. Kan jag få tala med den (yngsta/äldsta) av de två personerna som är 55 år eller äldre?

- 1 Redan i telefonen
- 2 Kommer till telefonen

- 3 Inte hemma nu
- 7 (V) 55+ respondenten är oförmögen att svara, kan inte genomföra intervju
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter med tre eller fler personer 55+ i hushållet (SC2 = 3+, dd, rr)

SC3b. Kan jag få tala med den person som är 55 år eller äldre och som (firade sin fördelsdag senast/kommer att fira sin födelsedag härnäst)?

- 1 Redan i telefonen
- 2 Kommer till telefonen
- 3 Inte hemma nu
- 4 Ingen vuxen 55 år+ boende i hushållet
- 7 (V) 55+ respondenten är oförmögen att svara, kan inte genomföra intervju
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter från mobiltelefonurval (q.650=2)

CP-1. För att avgöra vem jag bör tala med, skulle du kunna tala om för mig om du är yngre än 55 år eller 55 år och äldre?

- 1 Yngre än 55 år
- 2 55 år eller äldre
- 7 (V) 55+ respondenten är oförmögen att svara, kan inte genomföra intervju
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter från mobiltelefonurval som är 55+ (cp-1=2)

CP_2. Innan vi fortsätter, kör du?

- 1 Kör inte
- 2 Kör
- 3 (V) Detta är INTE en mobiltelefon
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

SC4a. Är du intresserad av att delta?

- 1 Samtycker till intervju
- 9 (V) Vill inte delta i intervju

Bas: Alla respondenter

Q710. Till att börja med, vilket år är du född?

SKRIV IN FÖDELSEÅR _____ (INTERVALL 1906-1959)

9997 (V) Födelseår är större än 1959

9998 (V) Vet ej/ Kommer inte ihåg födelseåret

9999 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som inte vet eller inte kan minnas födelseår (q710 = 9998)

Q710a. Hur gammal är du?

_____ (INTERVALL 55-108)

997 (V) Yngre än 55 år

999 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q725. (RESPONDENTENS KÖN)

1 Man

2 Kvinna

Bas: Alla respondenter

Q810. Under de senaste 12 månaderna, hände det då att du ... ?

1 Ja

2 Nej

3 (V) Inte relevant

8 (V) Vet ej

9 (V) Vägrar svara

A1 Avstod från att hämta ut receptbelagd medicin eller hoppade över doser av din medicin på grund av kostnaden

A2 Hade ett medicinskt problem men inte besökte en läkare på grund av kostnaden

A3 Avstod från att göra ett medicinskt test, behandling, eller uppföljning som rekommenderades av en läkare på grund av kostnaden

Bas: Alla respondenter

Q815. Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning? Är det...?

- 1 Mycket lätt
- 2 Ganska lätt
- 3 Ganska svårt
- 4 Mycket svårt
- 6 (V) Har aldrig varit i behov av vård på kvällar, helger eller helgdagar
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q820. Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska? Vänligen inkludera ej besök på sjukhusets akutmottagning. Fick du tid...?

- 1 Samma dag
- 2 Nästa dag
- 3 Inom 2 till 5 dagar
- 4 Inom 6 till 7 dagar
- 5 Inom 8 till 14 dagar
- 6 Efter mer än två veckor
- 7 Eller lyckades du aldrig få en tid
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q905. Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? Till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?

- 1 Ja, har en läkare som jag vanligen går till
- 2 (V) Ja, men har fler än en ordinarie läkare
- 3 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som saknar fast läkare eller inte visste/vägrade svara om det finns en läkare som de vanligen går till för medicinsk vård (Q905=3,8,9)

Q910. Finns den någon särskild läkarmottagning, vårdcentral eller klinik som du vanligen går till för att få den mesta av din vård?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har en fast läkarmottagning/vårdcentral/klinik eller läkare dit de vanligen går för medicinsk vård (Q915=1,2)

Q935. När du ringer din ordinarie läkarmottagning med en medicinsk fråga under ordinarie mottagningstid, hur ofta får du svar samma dag?

- 1 Alltid
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan eller aldrig
- 5 (V) Har aldrig försökt kontakta per telefon
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har en fast mottagning eller läkare dit de vanligen går för medicinsk vård (Q915=1,2)

Q940. “När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar din ordinarie läkare eller den medicinska personalen du träffar”; “När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar den medicinska personalen du träffar på den läkarmottagning/vårdcentral/ klinik som du vanligtvis går till”...?

Skulle du säga att det är...?

- 1 Alltid
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan eller aldrig
- 5 (V) Inte relevant
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

- A1. Känna till viktig information om din medicinska historia
- A2. Tillbringa tillräckligt med tid tillsammans med dig
- A3. Uppmuntra dig att ställa frågor
- A4. Förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå

Bas: Alla respondenter som har en fast mottagning eller läkare dit de vanligen går för medicinsk vård (Q915=1,2)

QSWED1. Har du någon gång upplevt att den vårdcentral eller sjukhusklinik som du vanligtvis besöker har satt sin egen ekonomi framför dina behov?

- 1 Alltid
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan eller aldrig
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har en fast mottagning eller läkare dit de vanligen går för medicinsk vård (Q915=1,2)

QSWED2. Har du varit tvingad att besöka din vårdcentral flera gånger för ett besvär som skulle ha kunnat ha tagits om hand vid ett och samma besök?

- 1 Ofta
- 2 Ibland
- 3 Aldrig
- 8 (V) Vej ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1005. Om du tänker på de senaste gångerna du fick vård för medicinska problem under de senaste två åren, hände det då NÅGONSIN att

- 1 Ja, det har hänt
- 2 Nej
- 3 (V) Inte relevant
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

- A1. Testresultat eller journalanteckningar inte har funnits tillgängliga vid tidpunkten för ditt bokade besök
- A2. Du fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal
- A3. Läkare beställde ett medicinskt test som du ansåg vara onödigt eftersom testet redan gjorts

Bas: Alla respondenter

Q1020. Har du träffat eller behövt träffa några specialisläkare, förutom din ordinarie läkare de senaste 2 åren? Med "specialist" menar vi läkare som specialiserar sig på ett medicinskt område, som kirurgi, hjärta, allergi eller psykisk hälsa.

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som träffat eller behövt träffa en specialist de senaste två åren (Q1020=1)

Q1030. Efter det att du fått rådet att eller bestämde dig för att träffa en specialist, hur många dagar, veckor eller månader behövde du vänta för att få en tid?

- 1 Dagar [INTERVALL 0–20, 98 Vet ej, 99 Vägrar svara]
- 2 Veckor [INTERVALL 0–10, 98 Vet ej, 99 Vägrar svara]
- 3 Månader..... [INTERVALL 0–11, 98 Vet ej, 99 Vägrar svara]
- 4 År [INTERVALL: 0–8, 98 Vet ej, 99 Vägrar svara]
- 5 (V) Försökte aldrig få en tid
- 97 (V) Ingen väntetid
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som inte vet eller vägrar svara på väntetid till att träffa en specialist (Q1030=98,99)

Q1045. Var det ...?

- 1 Mindre än fyra veckor
- 2 Fyra till åtta veckor
- 3 Mer än åtta veckor
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som träffat eller behövt träffa en specialist de senaste två åren och har en fast läkare/mottagning (Q1020=1 & Q915=1,2)

Q1050. Under de senaste två åren, har det hänt...?

- 1 Ja
 - 2 Nej
 - 3 (V) Aldrig träffat en specialist
 - 4 (V) Träffade inte den ordinarie läkaren efter besöket hos specialistläkaren
 - 8 (V) Vet ej
 - 9 (V) Vägrar svara
- A1. Att specialistläkaren inte hade grundläggande medicinsk information eller testresultat från din ordinarie läkare/den läkarmottagning du vanligen går till för medicinsk vård om anledningen till ditt besök.
- A2. Efter att du träffat specialisten, att "din ordinarie läkare "den mottagning/vårdcentral/klinik som du vanligen går till för medicinsk vård" inte verkade vara informerad och uppdaterad om den vård du fick av specialistläkaren.

Bas: Alla respondenter som har en fast mottagning eller läkare dit de vanligen går för medicinsk vård (Q915=1,2)

Q1060. Hur ofta hjälper din ordinarie läkare eller någon på din läkares praktik till att koordinera eller planera den vård du får från andra läkare och ställen?

- 1 Alltid
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan eller aldrig
- 5 (V) Träffar aldrig andra läkare/ställe, har aldrig behövt koordinering
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som träffat eller behövt träffa en specialist de senaste två åren (Q1020=1)

Q1065. När du har behövt vård eller behandling av specialistläkare, hur ofta brukar de...?

Skulle du säga att det är alltid, ofta, ibland, sällan eller aldrig?

- 1 Alltid
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan eller aldrig
- 5 (V) Ej relevant
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

- A1. Berätta för dig om olika behandlingsmöjligheter
- A2. Involvera dig så mycket du önskar gällande beslut om din vård och behandling
- A4. Låta din familj och närstående vara delaktiga i din vård i den mån du önskat?

Bas: Alla respondenter

Q1070. Utöver de tillfällen då du har varit inlagd på sjukhus, hur många olika läkare har du träffat under de senaste 12 månaderna?

..... [INTERVALL 0–96]

- 97 (V) Mer än en läkare, men vet inte exakt antal
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1105. Hur många olika receptbelagda mediciner tar du regelbundet eller på fortlöpande basis?

.....[INTERVALL 0–96]

- 97 (V) Mer än en receptbelagd medicin, men vet inte exakt antal
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som tar åtminstone två receptbelagda mediciner på regelbunden basis (Q1105=2-97)

Q1110. Under de senaste 12 månaderna, har någon läkare eller farmaceut...?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

- A1. Gått igenom alla mediciner som du tar tillsammans med dig
- A2. Förklarat tänkbara biverkningar av någon av medicinerna som var utskrivna
- A3. Gett dig en skriftlig lista på alla dina receptbelagda mediciner

Bas: Alla respondenter

Q1115. Under de senaste 2 åren, har det någon gång hänt att du undrat om ett medicinskt misstag har begåtts i din behandling eller vård? Det skulle kunna innebära att du fått fel läkemedel, fel dosering eller fått fel resultat från ett medicinskt test.

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1300. Har du varit inlagd på sjukhus över natten de senaste 2 åren?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som varit inlagda på sjukhus över natten de senaste två åren (Q1300=1)

Q1310A1. När du lämnade sjukhuset, fick du skriftlig information om vad du skulle göra när du kom hem och vilka symptom du skulle hålla uppsikt över?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som varit inlagda på sjukhus över natten de senaste två åren (Q1300=1)

Q1310A2. När du lämnade sjukhuset, ordnade eller såg sjukhuset till att du fick ett återbesök hos en läkare eller annan vårdpersonal?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 (V) Ej tillämpligt – behövde inget återbesök
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som varit inlagda på sjukhus över natten de senaste två åren (Q1300=1)

Q1310A3. När du lämnade sjukhuset, diskuterade någon varför du skulle ta de olika medicinerna du fått med dig?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 (V) Tar inga mediciner
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som varit inlagda på sjukhus över natten de senaste två åren (Q1300=1)

Q1310A4. När du lämnade sjukhuset, visste du vem du skulle kontakta om du hade frågor om din hälsa eller behandling?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som varit inlagda på sjukhus över natten de senaste två åren och har en fast läkare/mottagning (Q915=1,2 & Q1300=1)

Q1325. Efter att du lämnade sjukhuset, verkade läkarna eller personalen på den mottagning/praktik/klinik du vanligen går till för medicinsk vård informerade och uppdaterade om den vård du fick på sjukhuset?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 (V) Träffade inte en/min läkare efter att ha lämnat sjukhuset.
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1330. Hur många gånger har du utnyttjat ett sjukhus akutmottagning för din egen medicinska vård under de senaste 2 åren?

.....[INTERVALL 0–96]

- 97 (V) Mer än en gång, men vet inte exakt antal
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har använt akuten de senaste två åren (Q1330=1–97)

Q1335. Senaste gången du besökte sjukhusets akutmottagning, var det för ett tillstånd du tror att du skulle ha kunnat bli behandlad för av läkarna eller personalen på den mottagning/praktik/klinik du vanligen går till för din medicinska vård - om de hade varit tillgängliga?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1401. På det hela taget, hur skulle du beskriva din hälsa?

- 1 Utmärkt
- 2 Mycket bra
- 3 Bra
- 4 Rimlig
- 5 Dålig
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter 65+ (Q715=65–108)

Q1402. I vilken utsträckning är du begränsad att göra sådana aktiviteter som man vanligtvis gör under dagen, såsom att äta, att stiga i eller ur sängen, att sätta dig ner eller resa dig från en stol, klä på och av dig eller bada/duscha? Upplever du att du har stora begränsningar, vissa begränsningar eller inga begränsningar att göra någon av dessa aktiviteter...

- 1 Stora begränsningar
- 2 Vissa begränsningar, eller
- 3 Inga begränsningar
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter 65+ som har stora eller vissa begränsningar i vardagliga aktiviteter (Q1402=1,2)

Q1405. Brukar någon hjälpa dig med någon av de aktiviteter som du själv inte klarar av?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som får hjälp (Q1405=1)

Q1407. Får du hjälp av anhöriga eller vänner, eller betalar du någon för att hjälpa dig, såsom kommunen eller ett privat företag?

- 1 Obetald hjälp från anhöriga eller vänner
- 2 Betalar någon för att få hjälp
- 3 (V) Både obetald och betald hjälp
- 4 (V) Ingen hjälp
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som får hjälp från anhöriga och vänner (Q1407=1)

QSWED5. Anser du att du förutom den hjälp du får av anhöriga, behöver stöd/hjälp av kommunen?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter från Sverige som behöver stöd/hjälp från kommunen (QSWED5=1)

QSWED6. Har du varit i kontakt med kommunen för att få hjälp?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som får hjälp (Q1405=1)

Q1410. Har det någon gång under det senaste året hänt att du INTE fick den hjälp du behövde på grund av kostnaden?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1415. Nu kommer vi att ställa några frågor om några särskilda sjukdomstillstånd som du kanske har.

Har en läkare någon gång sagt till dig att du har ...?

- 1 Ja
 - 2 Nej
 - 8 (V) Vet ej
 - 9 (V) Vägrar svara
- A1. Hypertoni eller högt blodtryck
 - A2. Hjärtsjukdom, inklusive hjärtattack
 - A3. Diabetes
 - A4. Astma eller kroniskt lungproblem såsom kronisk bronkit, emfysem eller KOL
 - A5. Depression, ångest eller andra mentala hälsoproblem
 - A6. Cancer
 - A8. Ledvärk eller artrit (ledinflammation, ledgångsreumatism)

Bas: Alla respondenter som har åtminstone ett tillstånd (Q1415A1-A8=1)

Q1420. När du under det senaste året fått vård, har någon vårdpersonal som du träffar för

- “din diabetes”;
- “ditt höga blodtryck”;
- “din hjärtsjukdom, inklusive kärlsjukdom och hjärtinfarkt”;
- “din astma, KOL, eller annan kronisk lungsjukdom”;
- “din depression, ångest eller andra mentala hälsoproblem”;
- “din cancer”;
- “din ledvärk eller artrit (ledinflammation, ledgångsreumatism)”
-?

- 1 Ja
 - 2 Nej
 - 8 (V) Vet ej
 - 9 (V) Vägrar svara
- A1. Diskuterat med dig vilka huvudsakliga målsättningar eller prioriteringar som finns i vården av ditt/dina tillstånd
- A3. Givit dig tydliga instruktioner om symptom att hålla kontroll på och när du borde söka fortsatt vård eller behandling
- A4. Gett dig en skriftlig plan som hjälper dig att själv ta hand om din sjukdom

Bas: Alla respondenter som har åtminstone ett tillstånd (Q1415A1-A8=1)

Q1422. Har du en behandlingsplan för [...] ?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har åtminstone ett tillstånd och har fått en behandlingsplan (Q1422=1)

Q1423. Har denna plan hjälpt dig att kontrollera eller hantera [...] ?

- 1 Inte alls
- 2 I liten utsträckning
- 3 I viss utsträckning
- 4 I mycket stor utsträckning
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har åtminstone ett tillstånd (Q1415A1-A8=1)

Q1425. Mellan läkarbesöken, finns det någon sjukvårdspersonal som...?

- 1 Ja
 - 2 Nej
 - 8 (V) Vet ej
 - 9 (V) Vägrar svara
- A1 Kontaktar dig för att se hur allting fungerar
- A2 Du enkelt kan kontakta och ställa frågor och få råd om ditt/dina sjukdomstillstånd.

Bas: Alla respondenter som har högt blodtryck, diabetes eller lungsjukdom (Q1415A1=1 or Q1415A3=1 or Q1415A4=1)

Q1428. Har du under det senaste året varit inlagd på sjukhus över natten eller uppsökt sjukhusets akutmottagning på grund av [...] ?

- 1 Ja, akutmottagning
- 2 Ja, sjukhus
- 3 Ja, båda
- 4 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har åtminstone ett tillstånd (Q1415A1-A8=1)

QSWED8. Hur ofta besöker du sjukhuset eller vårdcentralen för att få återkommande behandling för din kroniska sjukdom?

- 1 Varje vecka
- 2 Två gången per månad
- 3 En gång i månaden
- 4 Några gånger per år
- 5 Aldrig
- 7 Inte aktuellt
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har åtminstone ett tillstånd och får återkommande behandling på sjukhus eller vårdcentral (mer än en gång per år) (QSWED8=1-4)

QSWED9. Anser du att du med rätt stöd av vårdpersonal och utbildning skulle kunna behandla dig själv i hemmet?

- 1 Ja, större delen av behandlingen
- 2 Ja, en del av behandlingen
- 3 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1480. Har någon vårdpersonal, under de senaste 2 åren, talat med dig om ...

- 1 Ja
- 2 Nej
- 7 (V) Har inte träffat en läkare under de senaste 2 åren
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

- A1. En hälsosam diet och hälsosamt ätande
- A2. Träning eller fysisk aktivitet
- A3. Saker i livet som oroar dig eller orsakar stress

Bas: Alla respondenter

Q1483. Röker du ?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som röker (Q1483=1)

Q1485. Har någon vårdpersonal under de senaste 2 åren, talat med dig om rökningens hälsorisker och metoder för att sluta röka?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 7 (V) Har inte träffat en läkare under de senaste 2 åren
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har haft professionellt samtal om hälsosam diet, träning eller stress under de senaste två åren (Q1480 A1-A3=1)

QSWED10. Har samtalet/samtalen lett till att du på något sätt ändrat dina levnadsvanor beträffande kost, träning eller stress?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som har haft professionellt samtal om hälsosam diet, träning eller stress under de senaste två åren (Q1480 A1-A3=1)

QSWED11. Har du aktivt deltagit i någon aktivitet, enskilt eller i grupp, som läkare eller annan vårdpersonal föreslagit dig för att ändra dina levnadsvanor beträffande kost, motion eller stress?

- 2 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1490. Hjälper du åtminstone en gång veckan, en eller flera personer som har åldersrelaterade problem, kronisk sjukdom eller någon form av funktionsnedsättning?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som ger vård eller assistans (Q1490=1)

Q1492. Är denna person, eller dessa personer, anhöriga till dig eller är det någon utanför familjen?

- 1 Anhörig
- 2 Någon annan (inte anhörig)
- 3 (V) Båda
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som ger vård eller assistans (Q1490=1)

Q1494. Hur många timmar per vecka ger du hjälp eller stöd?

- 1 färre än 10 timmar per vecka
- 2 minst 10 timmar per vecka men färre än 20 timmar per vecka
- 3 20 timmar vecka eller fler
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som ger vård eller assistans (Q1490=1)

QSWED12. Har du behov av stöd eller avlastning från kommunen i din roll som anhörigvårdare?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter från Sverige som ger vård eller assistans och som behöver stöd från kommunen för att klara av rollen som anhörigvårdare (QSWED12=1)

QSWED13. Har du varit i kontakt med kommunen för att få stöd?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1495. I händelse av att du blir mycket svårt sjuk och inte kan ta egna beslut, har du talat med din familj, en nära vän eller med någon vårdpersonal om vilken behandling som du skulle VILJA FÅ, eller INTE VILJA FÅ?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1496. Har du en nedskriven plan eller ett dokument som beskriver de behandlingar som du skulle vilja få respektive inte vilja få i livets slutskede?

- 1 Ja, jag har en nedskriven plan
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1497. Har du ett skriftligt dokument som anger vem som tar beslut om din behandling om du inte själv kan ta beslutet?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1560. Har du en privat sjukvårdsförsäkring antingen betalad av dig själv/ ditt hushåll/av arbetsgivare/av facket?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1565. Har du under de senaste 12 månaderna haft problem att betala för vård eller behandling?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1605. Under de senaste 12 månaderna, ungefär hur mycket har du och din familj betalat för receptbelagda läkemedel, behandlingar, vård och tandvård eller vård som inte omfattades av högkostnadsskyddet eller privat försäkring?

.....(INTERVALL 0–999997)

- 999998 (V) Vet ej
- 999999 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som inte vet eller vägrar svara på hur mycket de spenderat på sjukvårdskostnader (Q1605=999998, 999999)

Q1620. Om du inte vet exakt hur mycket du och din familj spenderat på medicinska behandlingar service eller tandvård, vill vi be om din bästa uppskattning. Var det...?

- 21 Mindre än 650 kr
- 22 650 kr till mindre än 3 250 kr
- 23 3 250 kr till mindre än 6 500 kr
- 24 6 500 kr till mindre än 13 000 kr
- 25 13 000 kr eller mer
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q1621. Vilket av följande påståenden beskriver bäst din uppfattning av sjukvårdssystemet i Sverige?

- 1 På det hela taget fungerar hälso- och sjukvårdssystemet bra och endast mindre förändringar krävs för att det ska fungera bättre
- 2 Delar av hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra, men det krävs större förändringar för att det ska fungera bättre
- 3 Hälso- och sjukvårdssystemet har så stora brister att det behöver förändras fullständigt
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter från mobiltelefonurval (Q650=2)]

Q2005. Inklusive dig själv, hur många vuxna, 55 år eller äldre, bor i ditt hushåll?

.....[INTERVALL: 01–20]

- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q2060. Vilken är din högsta, avslutade utbildningsnivå till dags dato?

- 01 Har ingen formell utbildning
- 02 Grundskola (9 år)
- 03 Gymnasienivå
- 04 Högskole-/Universitetsstudier utan examen
- 05 Högskole-/Universitetsexamen
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q2070. Den genomsnittliga hushållsinkomsten i familjer i Sverige är omkring per år.

I jämförelse, är din hushållsinkomst...?

- 1 Mycket högre än genomsnittet
- 2 Något högre än genomsnittet
- 3 Genomsnittlig
- 4 Något under genomsnittet
- 5 Mycket under genomsnittet
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som gett en jämförelse av sin inkomst i förhållande till den genomsnittliga inkomsten (Q2070=1–5)

Q2075. Nu, be mig att stanna när jag kommer till rätt kategori. Var din hushållsinkomst...?

- 53 Mindre än 180 000 SEK
- 54 180 000 SEK till mindre än 325 000 SEK
- 55 325 000 SEK till mindre än 400 000 SEK
- 56 400 000 SEK till mindre än 540 000 SEK
- 57 540 000 SEK till mindre än 720 000 SEK
- 58 720 000 SEK eller mer
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q2080. Föddes du i Sverige eller någon annanstans?

- 1 Ja, föddes i detta land
- 2 Nej, föddes inte i detta land
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q2150. Vad av följande beskriver var du bor?

- 1 Stad
- 2 Förort till stad
- 3 Småstad
- 4 By eller landsbygd
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

Q2170. Är du för tillfället anställd heltid eller deltid, pensionerad eller arbetslös?

- 1 Anställd heltid
- 2 Anställd deltid
- 3 Pensionerad
- 4 Arbetslös
- 5 (V) Egen företagare
- 6 (V) Funktionshindrad
- 7 (V) Student
- 8 (V) Annat
- 9 (V) vet inte/vägrar svara

Bas: Alla respondenter från fastnummerurval (Q650=1)

LL1. Om du nu tänker på din telefonanvändning ... Har någon i ditt hushåll, inklusive dig själv, en fungerande mobiltelefon?

- 1 Ja, respondenten eller någon i hushållet har mobiltelefon
- 2 Nej
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter från mobiltelefonurval (Q650=2)

CP1. Om du nu tänker på din telefonanvändning finns det minst en hemtelefon i din bostad som för närvarande fungerar och inte är en mobiltelefon?

- 1 Ja, har en hemtelefon
- 2 Nej, ingen hemtelefon
- 8 (V) Vet ej
- 9 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter

QDZ-SWED. I vilket län bor du?

- 58 Stockholms län
- 59 Uppsala län
- 60 Södermanlands län
- 61 Östergötlands län
- 62 Jönköpings län
- 63 Kronobergs län

- 64 Kalmar län
- 65 Gotlands län
- 66 Blekinge län
- 67 Skåne län
- 68 Hallands län
- 69 Västra Götalands län
- 70 Värmlands län
- 71 Örebro län
- 72 Västmanlands län
- 73 Dalarnas län
- 74 Gävleborgs län
- 75 Västernorrlands län
- 76 Jämtlands län
- 77 Västerbottens län
- 78 Norrbottens län
- 997 (V) Annan
- 999 (V) Vägrar svara

Bas: Alla respondenter som får professionell hjälp (Q1407=2,3)

QSWED7. Nu kommer jag att ställa några frågor om vad du tycker är viktigt med den hjälp du får av hemtjänsten.

Hur viktigt är det för dig...

- 1 Inte alls viktigt
- 2 Lite viktigt
- 3 Måttligt viktigt
- 4 Viktigt
- 5 Mycket viktigt
- 97 (V) Inte aktuellt
- 98 (V) Vet ej
- 99 (V) Vägrar svara

- A1. att kunna välja vilken utförare som hjälper dig, dvs vilken enhet i kommunen eller vilket företag som hjälper dig?
- A2. att kunna välja vilken personal som hjälper dig?
- A3. att kunna välja när du får din hjälp under dagen?
- A4. att kunna välja hur hjälpen ges?
- A5. att kunna välja vad jag vill att personalen ska göra?

Vården ur patienternas perspektiv

– jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder

Den amerikanska stiftelsen Commonwealth Fund genomför årligen en internationell undersökning med fokus på befolkningens upplevelser av hälso- och sjukvården. Resultaten från den så kallade International Health Policy Survey (IHP-studien) ger goda möjligheter att beskriva patientcentreringen i svensk sjukvård genom att jämföra med andra länder. Vårdanalys redovisar, på regeringens uppdrag, de svenska och internationella resultaten från 2014 års undersökning. Vår förhoppning är att rapporten kan fungera som underlag för kommande fördjupade analyser med syftet att hitta förklaringar bakom de svenska resultaten och identifiera framgångsfaktorer i andra länder.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

The logo for Vårdanalys consists of the word "vårdanalys" in a bold, lowercase, sans-serif font. To the left of the text is a solid black right-pointing triangle, and to the right is a solid black left-pointing triangle, both pointing towards the text.

► vårdanalys ◀

