

Jämlikhet och hälsofrämjande

RESULTAT FRÅN NATIONELL PATIENTENKÄT OCH VÅRDBAROMETERN





Jämlikhet och hälsofrämjande

RESULTAT FRÅN NATIONELL PATIENTENKÄT OCH VÅRDBAROMETERN



Upplysningar om innehållet:

Tyra Warfvinge, tyra.warfvinge@skl.se

Therese Löfqvist, therese.lofqvist@skl.se

Hanna Wallin, hanna.wallin@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014

ISBN: 978-91-7585-119-8

Text: Johanna Alfredsson och Ola Westin

Foto: Pia Nordlander

Illustration: Ida Brogren

Produktion: EO

Innehåll

- 5 Kapitel 1. Inledning
- 7 Kapitel 2. Patientupplevd kvalitet
- 11 Kapitel 3. Förtroende för vården
- 13 Kapitel 4. Tillgång till vård
- 15 Kapitel 5. Inställning till att diskutera levnadsvanor i vården
- 17 Kapitel 6. Levnadsvanor i vården
- 22 Kapitel 7. Vård på lika villkor
- 24 Kapitel 8. Slutsatser och diskussion
- 26 Referenser

Inledning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har under de senaste åren prioriterat att arbeta med jämlikhetsperspektivet inom hälsa och vård. Bakgrunden är att ett flertal undersökningar och rapporter har pekat på hur vården inte fungerar optimalt och inte är jämlik mellan olika grupper, exempelvis "Rätten till sjukvård på lika villkor", från Diskrimineringsombudsmannen, "Ojämna villkor för hälsa och vård" från Socialstyrelsen och "Vård på (o)lika villkor" från Sveriges Kommuner och Landsting.

Två av SKLs kongressmål 2012-2016 är att stödja medlemmarna i deras hälsofrämjande och förebyggande arbete för att utjämna hälsoskillnader och långsiktigt säkerställa en effektiv resursanvändning i den offentligt finansierade verksamheten. SKL ska även verka för att kommuner och landsting får det stöd de behöver för att aktivt främja lika rättigheter och möjligheter och att motverka diskriminering i skolan, hälso- och sjukvården, i arbetslivet och i samhällslivet i övrigt.

Hälsofrämjande arbete har en central roll inom hälso- och sjukvården. Genom att rikta resurser till de grupper med störst behov kan ett hälsofrämjande förhållningssätt även bidra till en mer jämlik hälsa och vård (Sveriges Kommuner och Landsting 2013a). Som ett stöd i hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande arbete har Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2011a). Ett viktigt arbetsätt som lyfts fram i riktlinjerna är att samtala om

levnadsvanor i samband med vårdbesöket. Ett av avsnitten i denna rapport berör detta område.

Rapporten baseras på patienters och befolkningens egna upplevelser och åsikter om hälso- och sjukvården. Svaren presenteras utifrån olika jämlikhetsdimensioner såsom kön, ålder, utbildning och modersmål för att se om det finns systematiska skillnader mellan olika grupper. Förhoppningen är att resultaten kan användas som underlag till diskussion och till fortsatt arbete för en mer jämlik hälso- och sjukvård.

Metod och analys

Hur uppfattar olika grupper vården de får och hur ser olika grupper i befolkningen på vården som ges idag? Hur ser förtroendet för hälso- och sjukvård ut i olika grupper i befolkningen? Finns det systematiska skillnader när det gäller exempelvis ålder, kön och utbildningsnivå i bemötande och andra aspekter på patientupplevd kvalitet i vården? Hur skiljer det sig mellan olika grupper när det gäller huruvida levnadsvanor diskuteras i samband med besöket?

Det övergripande syftet med denna rapport är att analysera och beskriva jämlikhet och hälsofrämjande ur ett patient- och medborgarperspektiv. Genom att analysera svar från patienter och från befolkningen försöker denna rapport beskriva hur olika grupper som tillfrågats uppfattar vården. Uppgifter från patienterna hämtas från Nationell patientenkät

2011 och 2012. Uppgifter från befolkningen hämtas från Vårdbarometern 2012.

Resultaten som presenteras i denna kortversion bygger på en metod- och underlagsrapport (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013b), i vilken beräkningsmodellen som används för att räkna på skillnader mellan olika grupper i materialet beskrivs. Analysen är inriktad på att undersöka om det finns några mönster och någon systematik inom följande grupper: kön, ålder, utbildningsnivå, modersmål, födelseland, självskattad hälsa, antal vårdkontakter, besöksform och långvarig sjukdom. Dessa grupper kallas genomgående för jämlikhetsdimensioner i rapporten.

Analysen utgår ifrån sex frågeområden som vardera består av 1-7 frågeställningar. De sex frågeområdena är följande; patientupplevd kvalitet (sju frågor), förtroende för vården (tre frågor), tillgång till vård (två frågor), inställning till att diskutera levnadsvanor i vården (en fråga), levnadsvanor i vården (fem frågor), samt vård på lika villkor (en fråga). Ett syfte med analysmetoden är att försöka få en överblick i ett stort datamaterial och tydligare lyfta fram och analysera jämlikhetsaspekter. De undersökta jämlikhetsdimensionerna i de båda undersökningarna sammanfattas i tabell 1 nedan.

När det gäller resultaten bör nämnas att denna analys enbart visar på skillnader inom en jämlikhetsdimension i taget. Materialet är åldersstandardiserat, dvs. är kontrollerat för ålder. Resultaten har analyserats för fem separata vårdformer (primärvård, specialiserad somatisk öppen- och slutenvård samt specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård). För varje avsnitt finns beskrivet vilken vårdform som avses.

Denna rapport sammanfattar och lyfter fram centrala resultat från metod- och underlagsrapporten (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013b). Rapporten är indelad i sex avsnitt som motsvarar de undersökta frågeområdena. Avsnitten inleds med övergripande resultat för varje frågeområde, där resultat inom varje jämlikhetsdimension presenteras.

Därefter redovisas i tabellform några exempel på hur resultatet kan se ut från någon eller några delfrågor. Rapporten avslutas med en kort sammanfattande diskussion.

Vad är Nationell patientenkät och Vårdbarometern?

Nationell patientenkät är en rad rikstäckande och återkommande undersökningar om patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården. Undersökningarna omfattar såväl primärvård som stora delar av den specialiserade vården. Resultaten används för att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv. Det är även ett underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för information till medborgare och patienter. Undersökningen genomförs av Institutet för Kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Sveriges landsting och regioner. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Läs mer på <http://npe.skl.se/>

I rapporten används resultat från mätningen i primärvården 2011 samt specialiserad vård 2012. Svarefrekvensen varierar mellan 31 procent (psykiatrisk slutenvård) till 62 procent (somatisk slutenvård) och underlaget baserar sig på sammanlagt över 303 000 svar fördelat på fem vårdformer.

Vårdbarometern är en telefonundersökning kring den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Syftet med undersökningen är att ge politiker och tjänstemän kunskap om hur medborgarna upplever tillgänglighet och hur man bör prioritera inom hälso- och sjukvården. Undersökningen genomförs av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Sveriges landsting och regioner. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Läs mer på <http://www.vardbarometern.nu/>

I rapporten används resultat från Vårdbarometern 2012. Svarefrekvensen är 66 procent och underlaget baserar sig på 41 000 svar.

TABELL 1. Undersökta jämlikhetsdimensioner från Nationella patientenkäten respektive Vårdbarometern

Nationell patientenkät	Vårdbarometern
Kön (Man, Kvinna)	Kön (Man, Kvinna)
Ålder (0-44, 45-64, 65-74, 75 år eller äldre)	Ålder (18-39, 40-59, 60-69, 70 år eller äldre)
Utbildning (Universitet/Högskola, Gymnasium, Grundskola)	Utbildning (Universitet/Högskola, Gymnasium, Grundskola)
Modersmål (Svenska, Annat)	Födelseland (Sverige, Norden, Europa, Övr. Europa)
Självskattad hälsa (Utmärkt/Mycket bra, Bra, Någorlunda/Dålig)	Långvarig sjukdom (Nej, Ja)
Vårdkontakt (0-1, 2-3, 4+ gånger)	Besökskategori (Inget besök, Anhörig, Patient, Anhörig och patient)

Patientupplevd kvalitet

Frågeområdet patientupplevd kvalitet består av sju övergripande frågor från den nationella patientenkäten. Frågorna gäller bemötande, delaktighet, information, förtroende, upplevd nytta, helhetsintryck och huruvida patienterna skulle rekommendera den aktuella vårdenheten till andra. I analysen ingår fem vårdformer (primärvård, specialiserad somatisk öppen- och slutenvård samt specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård). Analysen har genomförts genom att undersöka om det finns systematiska skillnader inom varje jämlikhetsdimension.

Sammantaget för alla sju frågorna visar resultatet att¹:

- › Män är mer nöjda med vården än vad kvinnor är.
- › 65-74-åringar är mer nöjda än patienter i de andra ålderskategorierna.
- › Patienter med svenska som modersmål är mer nöjda än patienter med annat modersmål än svenska.
- › Patienter som svarat att de har en utmärkt/mycket bra hälsa är mer nöjda med vården än de som svarat att de har en bra eller någorlunda/dålig hälsa.

- › Patienter med få vårdkontakter (0-1 gånger den senaste 6-månadersperioden) är mer nöjda med vården än de som haft fler än 1 vårdkontakt de senaste sex månaderna.

Det finns en del skillnader mellan vårdformerna. När det gäller kön avviker till exempel psykiatrisk öppenvård från andra vårdformer. Där är det istället kvinnor som är mest nöjda med vården vid besöket. När det gäller utbildningsnivå är universitetsutbildade mest nöjda inom primärvård och psykiatrisk öppenvård. Inom somatisk slutenvård är det kvinnor med grundskoleutbildning som är mest nöjda med besöket. För män går det inte att se några skillnader inom somatisk vård när det gäller utbildningsnivå. Patienter med annat modersmål än svenska är mer nöjda inom psykiatrisk slutenvård.

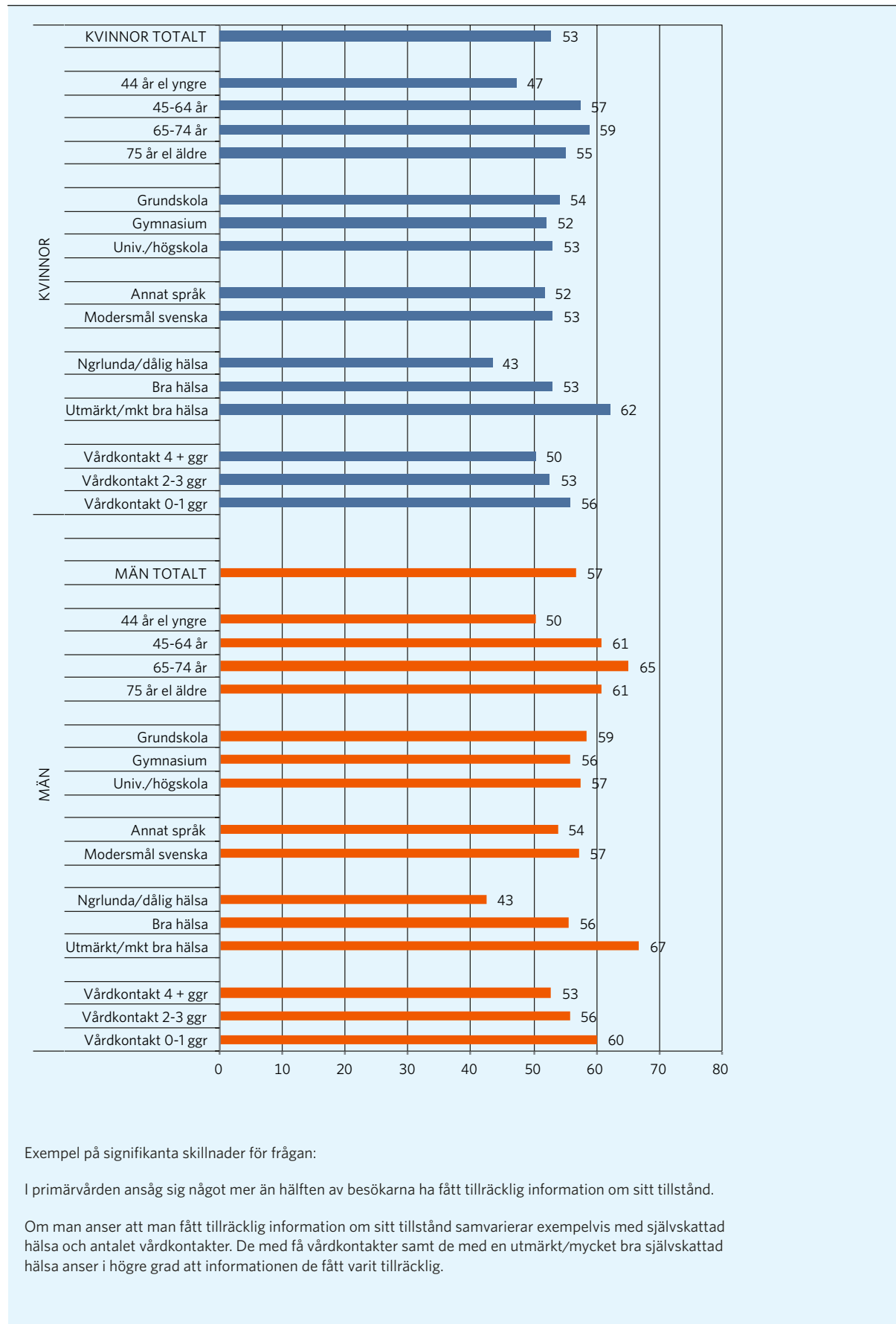
I figur 1, 2 och 3 visas exempel från delfrågorna om information i primärvården, bemötande i somatisk slutenvård samt delaktighet i psykiatrisk öppenvård.

Not 1

Observera att de sammantagna resultaten inte alltid överrensstämmer med exemplen i tabellerna eftersom det kan vara andra frågor som också räknats med i de sammantagna resultaten.

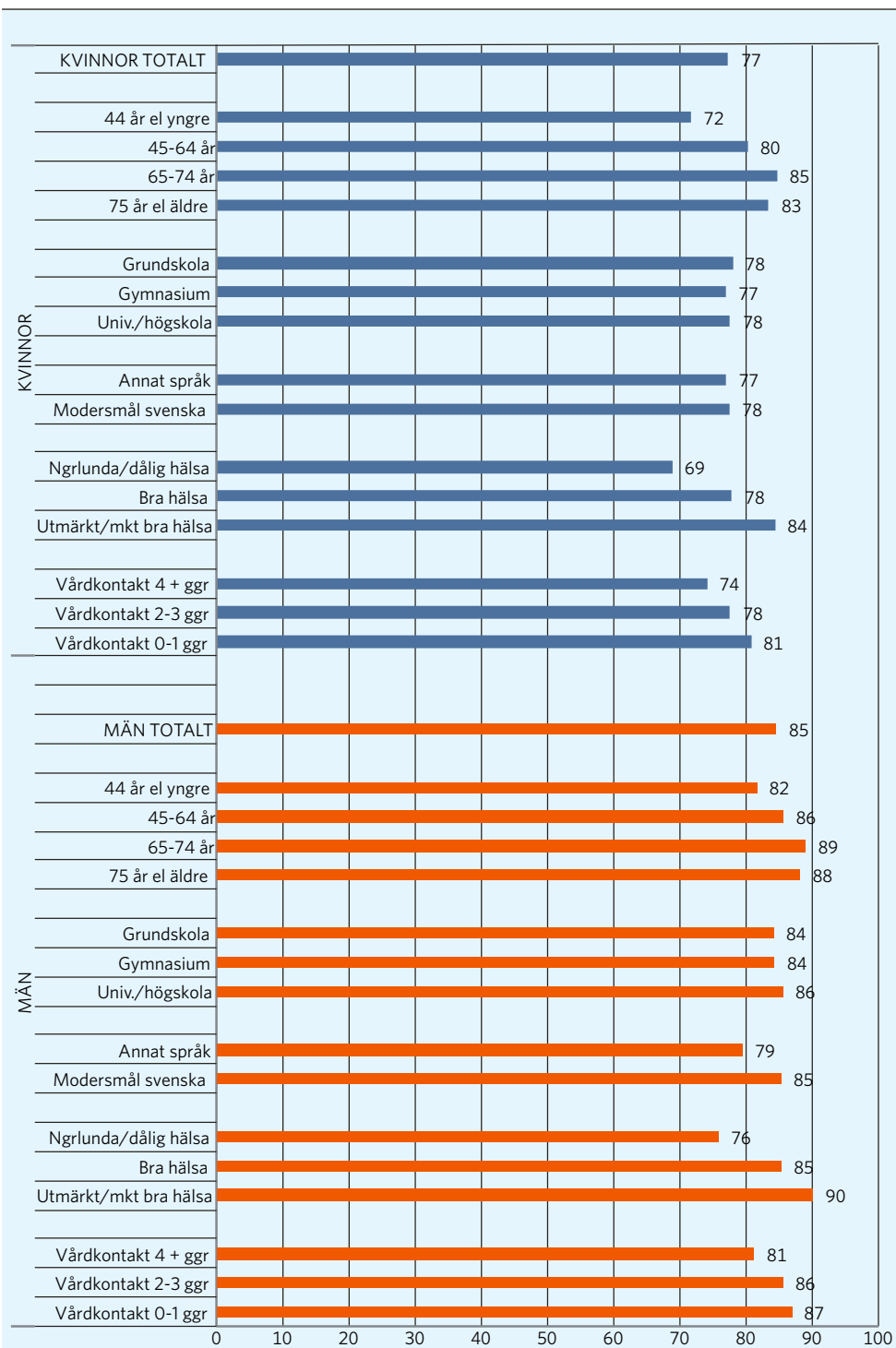
FIGUR 1. Nationell patientenkät primärvård 2011

Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd? Procent som svarar "ja, helt och hållet" per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



FIGUR 2. Nationell patientenkät specialiserad somatisk slutenvård 2012

Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? Procent som svarar "ja, helt och hållet" per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



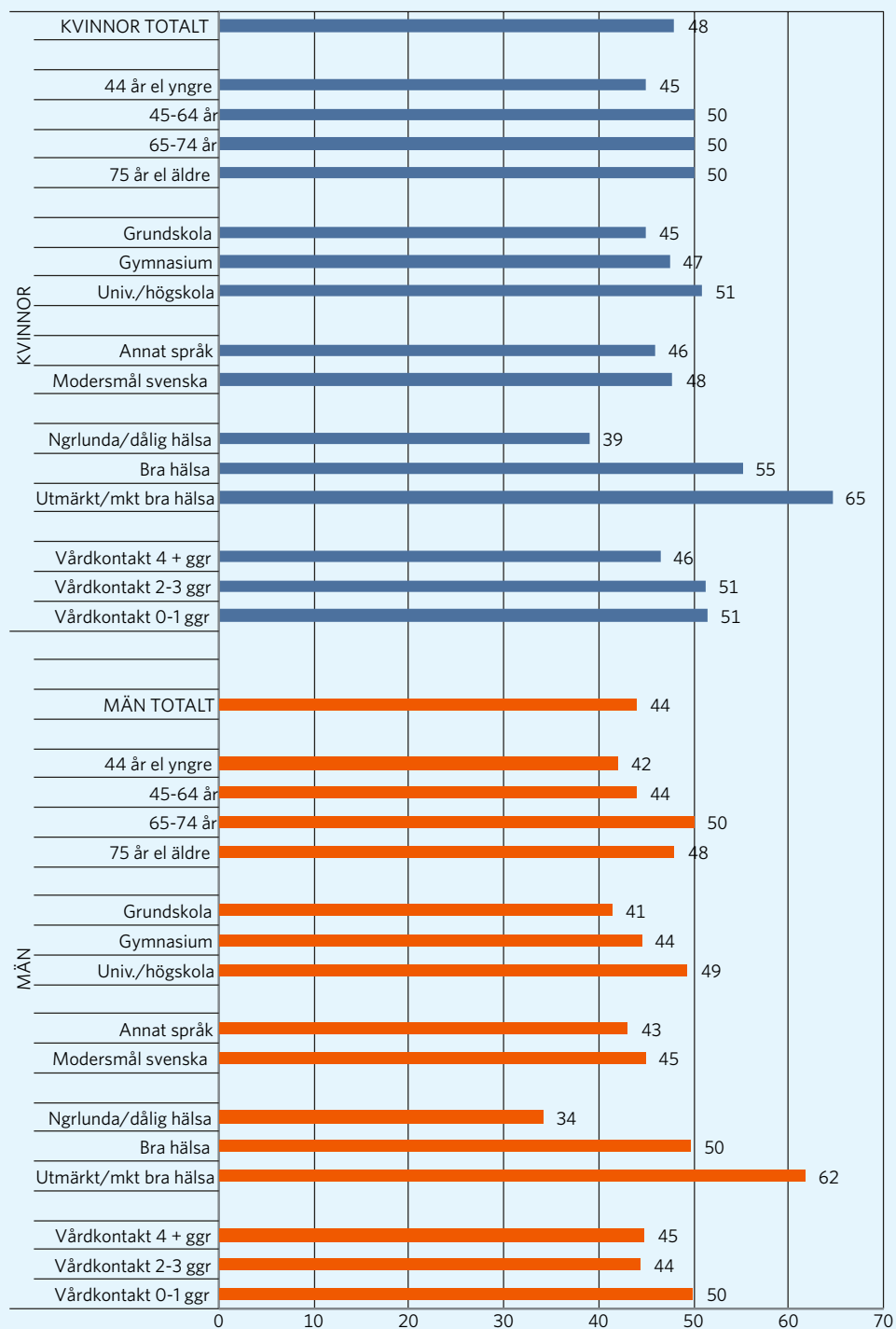
Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

Män är mer nöjda med bemötandet än kvinnor i somatisk slutenvård.

De med utmärkt/mycket bra självskattad hälsa är mer nöjda med bemötandet än patienter med någorlunda/dålig självskattad hälsa.

FIGUR 3. Nationell patientenkät specialiserad psykiatrisk öppenvård 2012

Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade? Procent som svarar "ja, helt och hållet" per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

48 procent av kvinnorna och 44 procent av männen uppger att de känner sig tillräckligt delaktiga i beslut om vård och behandling i psykiatrisk öppenvård.

Universitets-/högskoleutbildade känner sig i högre grad än grundskole- eller gymnasieutbildade delaktiga i sin vård.

Stora skillnader finns när det gäller självskattad hälsa: en högre andel upplever delaktighet bland personer med utmärkt/mycket bra hälsa jämfört med personer med någorlunda/dålig självskattad hälsa.

Förtroende för vården

Frågeområdet förtroende består av tre frågor i Vårdbarometern. Befolkningen tillfrågas om förtroendet för sjukhusen, förtroendet för vårdcentraler eller motsvarande och förtroendet för hälso- och sjukvården som helhet, i sitt landsting/region. Resultatet analyseras för frågeområdet genom att undersöka om det finns skillnader inom de olika jämlikhetsdimensionerna kön, ålder, utbildningsnivå, födelse-land och förekomst av långvarig sjukdom.

Sammantaget för alla tre frågorna visar resultatet att²:

- › Män har större förtroende för vården än kvinnor.
- › Äldre personer (över 70 år) har större förtroende för vården än de i de yngre ålderskategorierna.
- › Universitetsutbildade har större förtroende för vården än grundskoleutbildade och gymnasieutbildade.
- › Personer födda i Sverige har större förtroende för vården än personer födda utanför Norden.
- › Personer utan långvarig sjukdom har större förtroende för vården än de med långvarig sjukdom.

I figur 4 visas exempel för frågan om förtroendet för sjukhusen i landstinget/regionen.

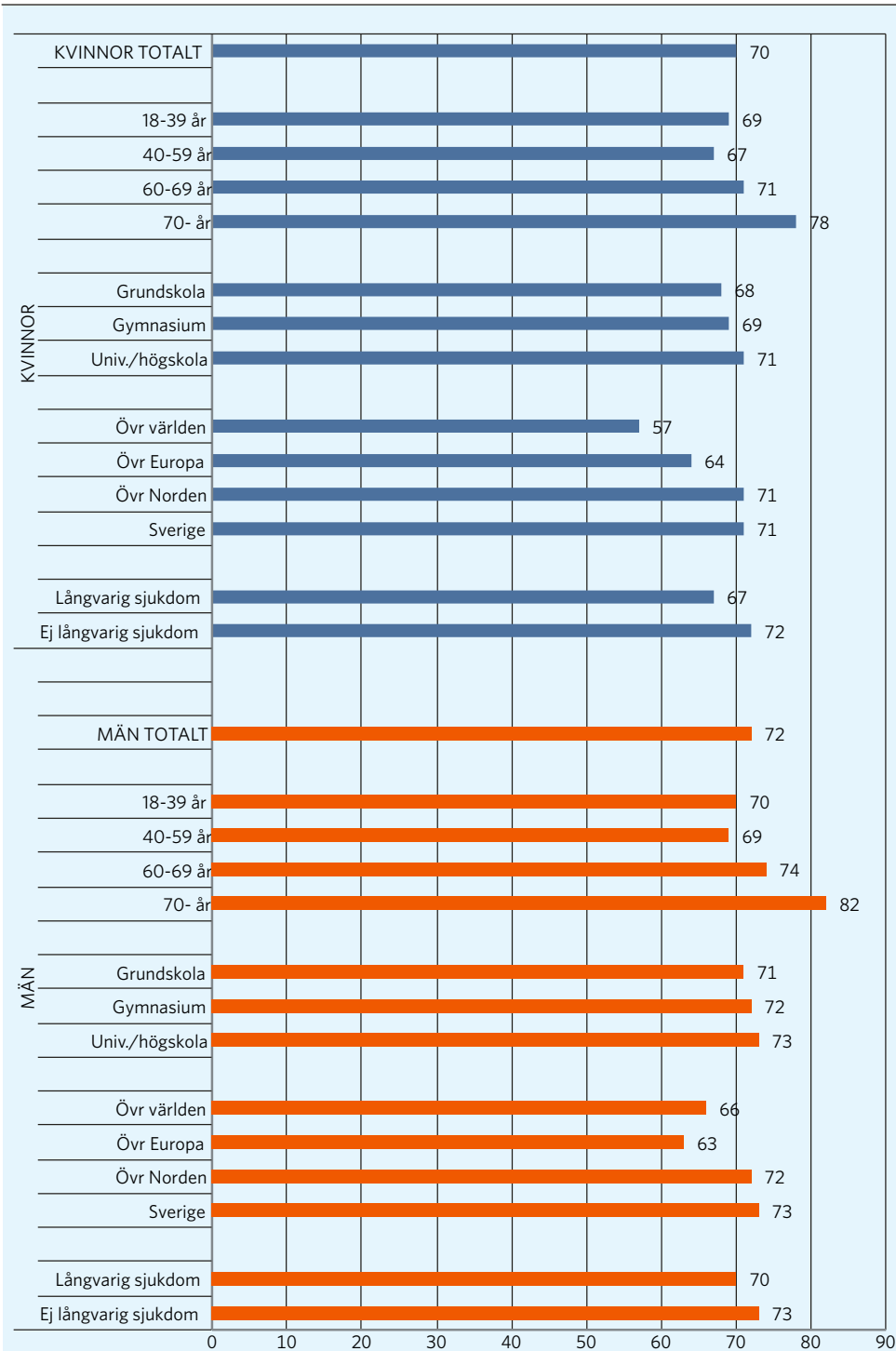


Not 2

Observera att de sammantagna resultaten inte alltid överrensstämmer med exemplen i tabellerna eftersom det kan vara andra frågor som också räknats med i de sammantagna resultaten.

FIGUR 4. Vårdbarometern 2012

Hur stort eller litet förtroende för sjukhusen i ditt landsting/din region har du? Procent som svarar "mycket stort" eller "ganska stort" förtroende per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

I befolkningen anger cirka 70 procent att de känner förtroende för sjukhusen.

Äldre över 70 år uttrycker ett högre förtroende än yngre.

Personer födda i Sverige har ett högre förtroende för sjukhusen än personer födda utanför Norden.

Tillgång till vård

Två frågor i Vårdbarometern handlar om befolkningens upplevda tillgång till vård: om man någon gång under de senaste sex månaderna ansett sig vara i behov av vård men avstått att söka vård samt om man upplever att man har tillgång till den vård man behöver.

Resultatet har analyserats för de båda frågorna tillsammans och genom att undersöka om det finns skillnader inom de olika jämlikhetsdimensionerna; kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland, förekomst av långvarig sjukdom samt besökskategori (inget besök, anhörig, patient respektive anhörig och patient).

Sammantaget för de två frågorna visar resultatet att³:

- › Män upplever en högre tillgång till vården än kvinnor.
- › Äldre (70 år och äldre) upplever en högre tillgång till vården än de som är under 70 år.
- › Personer födda i Sverige upplever en högre tillgång till vården än de som är födda utanför Sverige.
- › Personer utan långvarig sjukdom upplever en högre tillgång till vården än de som har en långvarig sjukdom.



- › Personer som inte besökt vården upplever en högre tillgång till vården än de som besökt vården både som patient och anhörig.

När det gäller utbildningsnivå är det en högre andel universitetsutbildade bland männen som upplever en högre tillgång till vård. Bland kvinnorna finns inte motsvarande systematik för båda frågorna sammantaget.

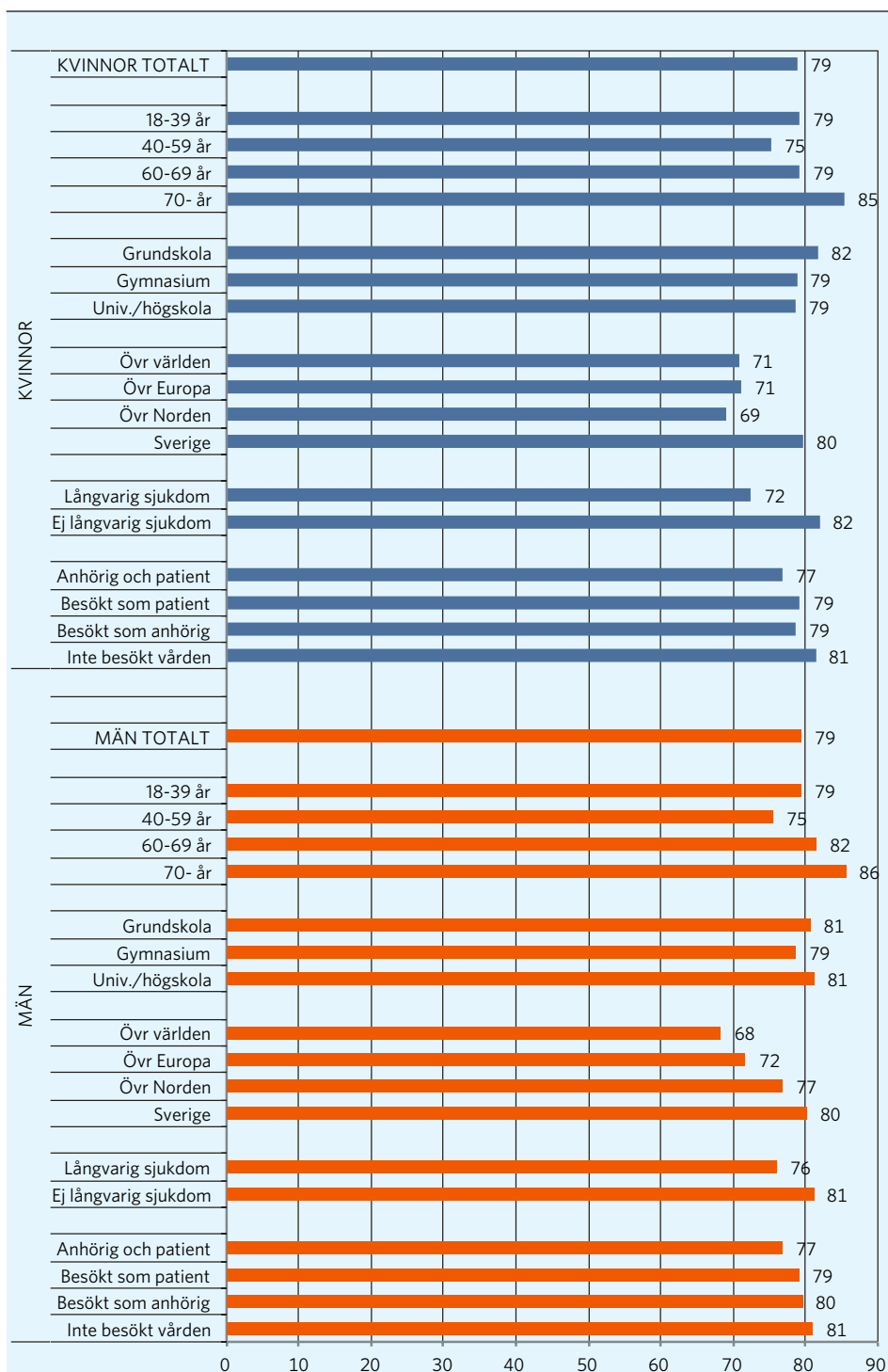
I figur 5 visas resultatet från en av de två frågorna som utgör frågeområdet tillgång till vård.

Not 3

Observera att de sammantagna resultaten inte alltid överensstämmer med exemplen i tabellerna eftersom det kan vara andra frågor som också räknats med i de sammantagna resultaten.

FIGUR 5. Vårdbarometern 2012

Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver. Procent som instämmer helt eller delvis i påståendet per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

I befolkningen anger cirka 8 av 10 att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

En högre andel äldre jämfört med yngre, och en högre andel svenskfödda jämfört med födda i övriga Europa eller i övriga världen, anser att de har tillgång till den vård de behöver.

Personer utan långvarig sjukdom anser sig ha tillgång till den vård de behöver i större utsträckning än personer med en långvarig sjukdom.

Inställning till att diskutera levnadsvanor i vården

En fråga i Vårdbarometern som riktar sig till befolkningen handlar om inställningen till ett hälsofrämjande inslag i vården. Frågan är formulerad som ett påstående: ”Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig till exempel kost, motion, tobak och alkohol”. Den andel som instämmer redovisas.

Resultatet av denna fråga visar att:

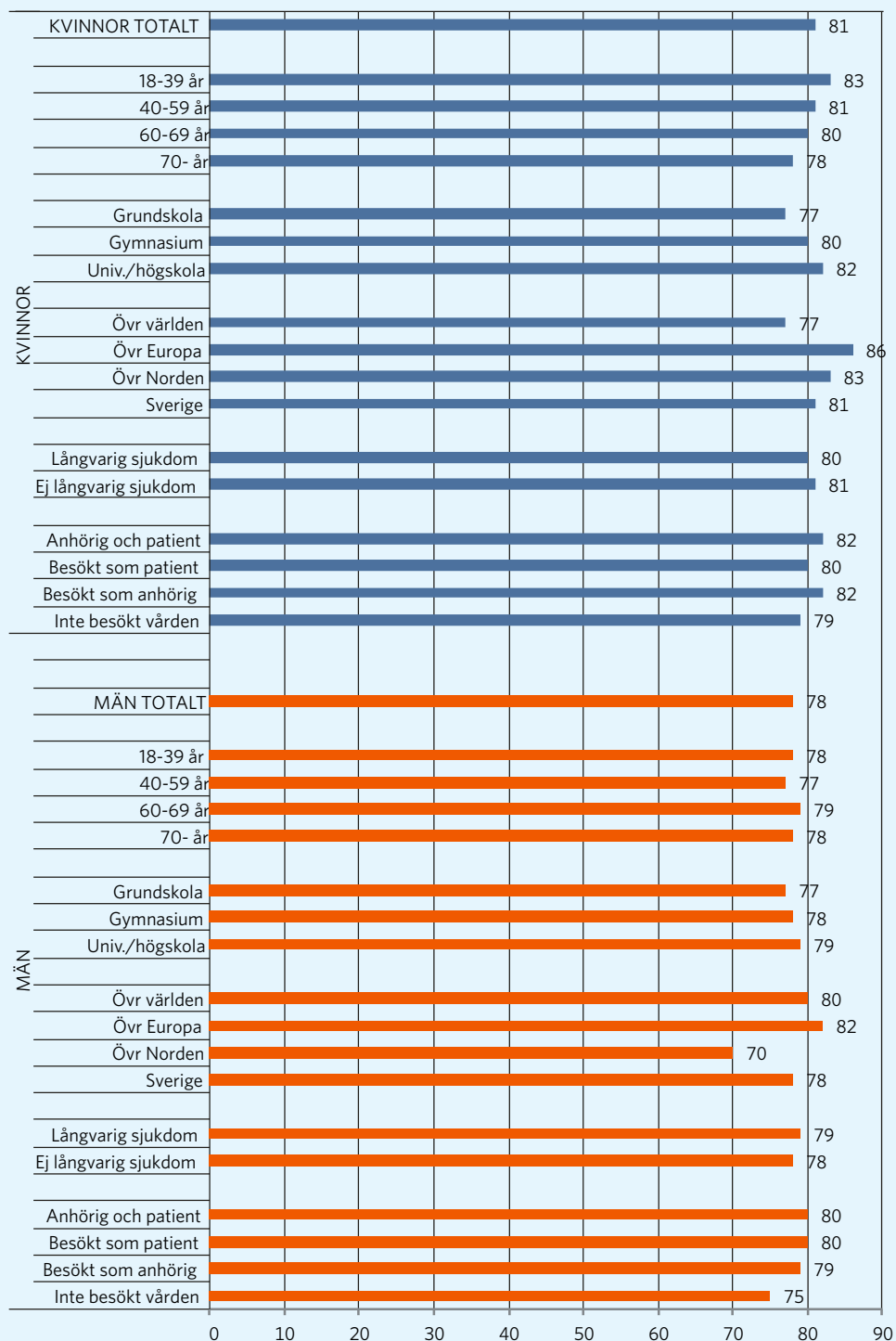
- › En mer positiv inställning finns hos kvinnor jämfört med män.
- › Detsamma gäller personer som har besökt vården som anhörig och/eller patient jämfört med de som inte har besökt vården.

Fördelningen redovisas i figur 6.



FIGUR 6. Vårdbarometern 2012

Inställning till diskussion om levnadsvanor i vården. Procent som instämmer helt eller delvis i påståendet att "det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig, till exempel kost, motion, tobak och alkohol". Per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

En majoritet av befolkningen, ca 80 procent, är positivt inställda till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor i samband med besöket.

Levnadsvanor i vården

Frågeområdet består av fem frågor om levnadsvanor. Frågorna i Nationell patientenkät handlar om huruvida matvanor, motionsvanor, tobaksvanor, alkoholvanor eller en till flera levnadsvanor diskuterades i samband med det aktuella besöket i vården. Resultaten analyseras för fem separata vårdformer (primärvård, specialiserad somatisk öppen- och slutenvård samt specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård). Frågeområdet har analyserats för att undersöka om det finns systematiska skillnader inom de olika jämlikhetsdimensionerna.

Sammantaget för alla fem frågorna visar resultatet att⁴:

- Män uppger i högre utsträckning än kvinnor att levnadsvanor diskuterades i samband med besöket i vården.
- Grundskoleutbildade uppger i högre utsträckning än gymnasieutbildade och högskoleutbildade att levnadsvanor diskuterades i samband med besöket i vården.
- Personer med annat modersmål än svenska uppger i högre utsträckning än personer med svenska som modersmål att levnadsvanor diskuterades i samband med besöket i vården.
- Personer med dålig självskattad hälsa uppger i högre utsträckning än personer med god självskattad hälsa att levnadsvanor diskuterades i samband med besöket i vården.
- Personer med flera vårdkontakter det senaste halvåret uppger i högre utsträckning än personer med få vårdkontakter att levnadsvanor diskuterades i samband med besöket i vården.

När det gäller ålder så är det i primärvården en högre andel bland 45-64-åringarna som uppgav att levnadsvanor diskuterats medan det i övriga vårdformer är en högre andel bland yngre personer (upp till 44 år) som uppgav att levnadsvanor diskuterades.

I figur 7-10 visas exempel från delfrågorna om

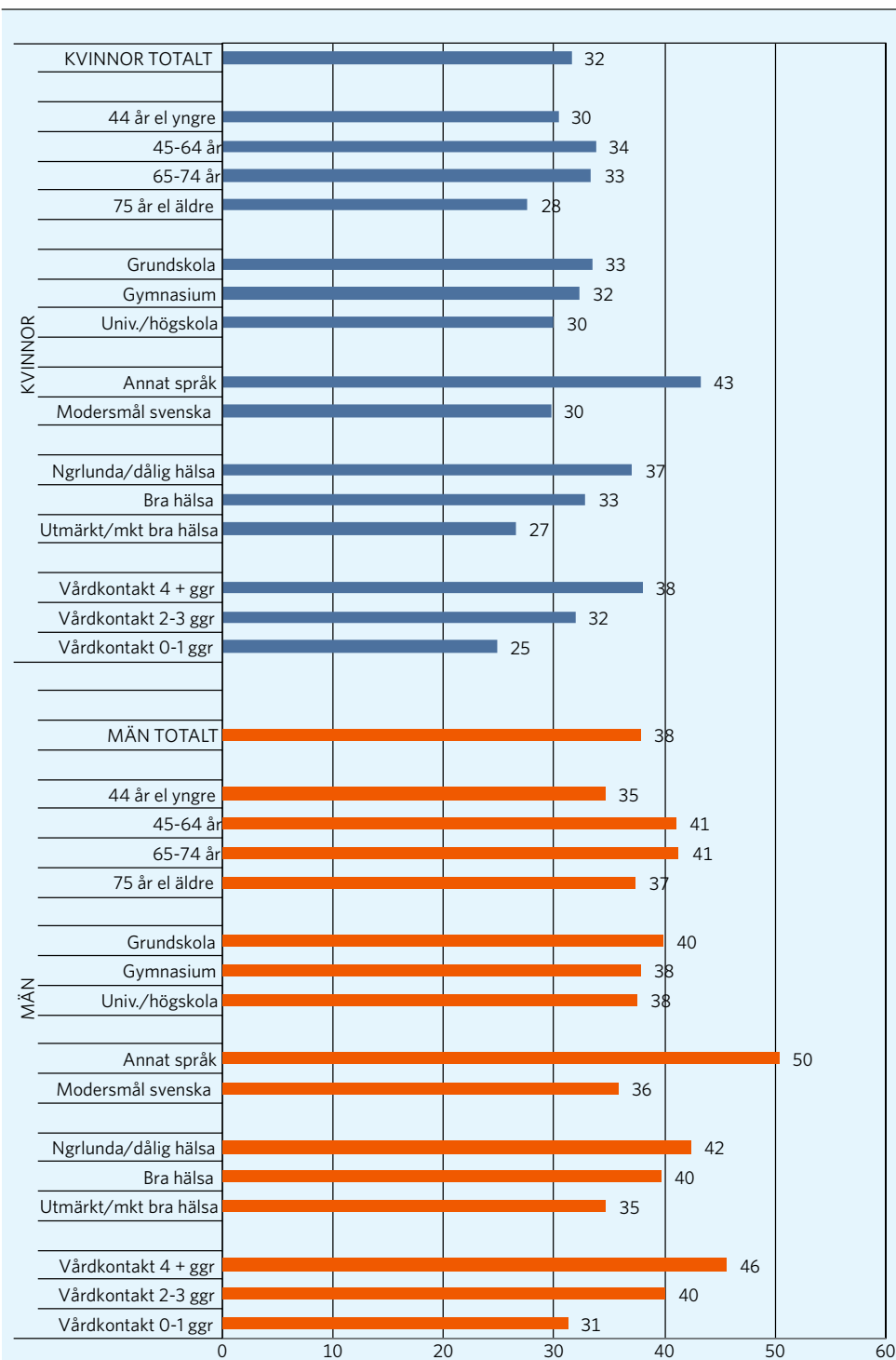
- Motionsvanor i primärvården.
- En till flera levnadsvanor i primärvård.
- En till flera levnadsvanor i psykiatrisk öppenvård.
- Tobaksvanor i somatisk öppenvård.

Not 4

Observera att de sammantagna resultaten inte alltid överrensstämmer med exemplen i tabellerna eftersom det kan vara andra frågor som också räknats med i de sammantagna resultaten.

FIGUR 7. Nationell patientenkät primärvården 2011

Motionsvanor diskuterades i samband med besöket. Procent som svarar "ja, vid detta besök" eller "ja, under det senaste halvåret" per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



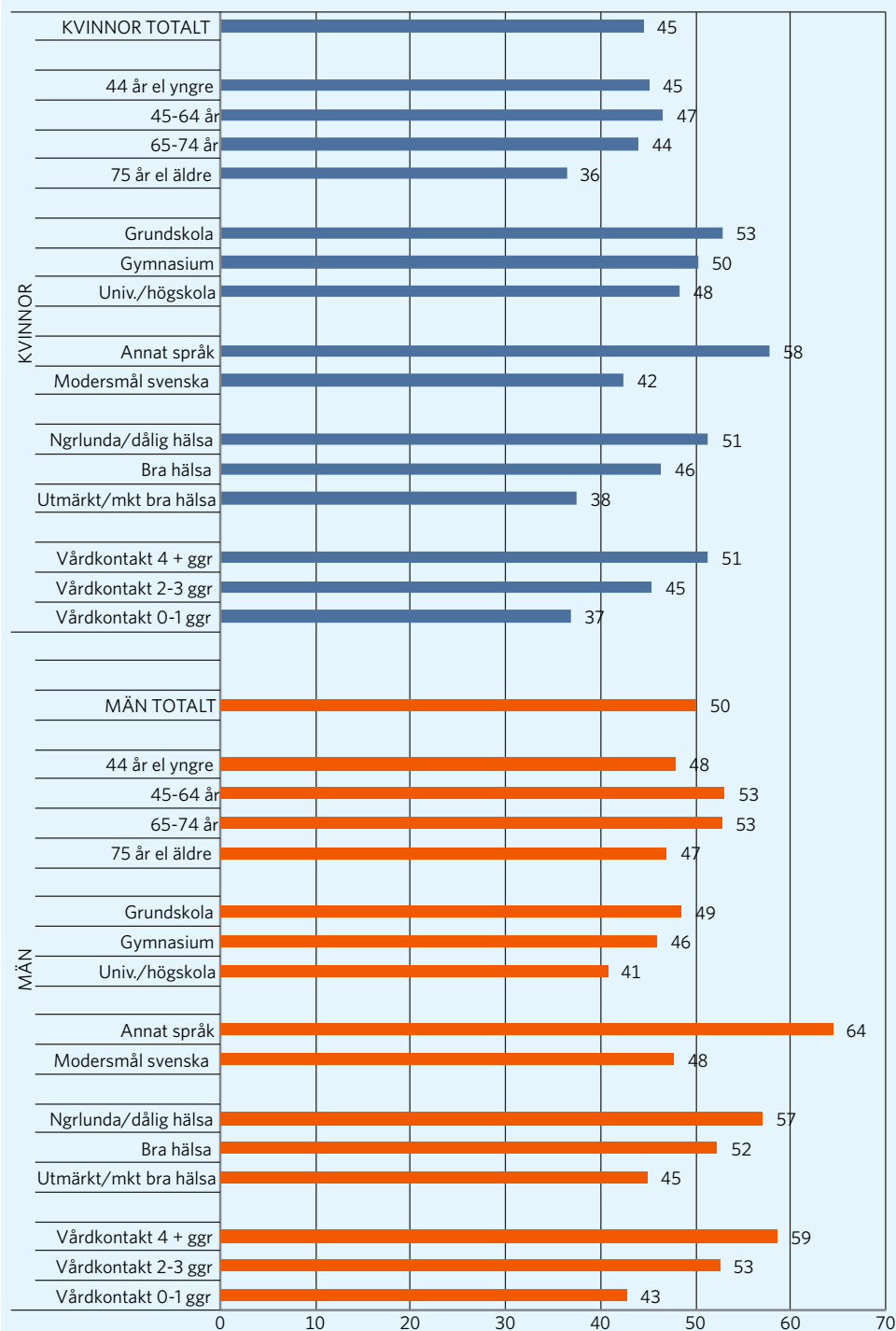
Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

Motionsvanor diskuterades hos 38 procent av männen och 32 procent av kvinnorna inom primärvården.

Diskussion om motionsvanor samvarierar med exempelvis modersmål, självskattad hälsa och vårdkontakt, där personer med svenska som modersmål, utmärkt/bra hälsa, samt de med färre vårdkontakter diskuterade motionsvanor i mindre utsträckning jämfört med andra i respektive dimension.

FIGUR 8. Nationell patientenkät primärvården 2011

En till flera levnadsvanor diskuterades i samband med besöket. Procent som svarar "ja, vid detta besök" eller "ja, under det senaste halvåret" per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



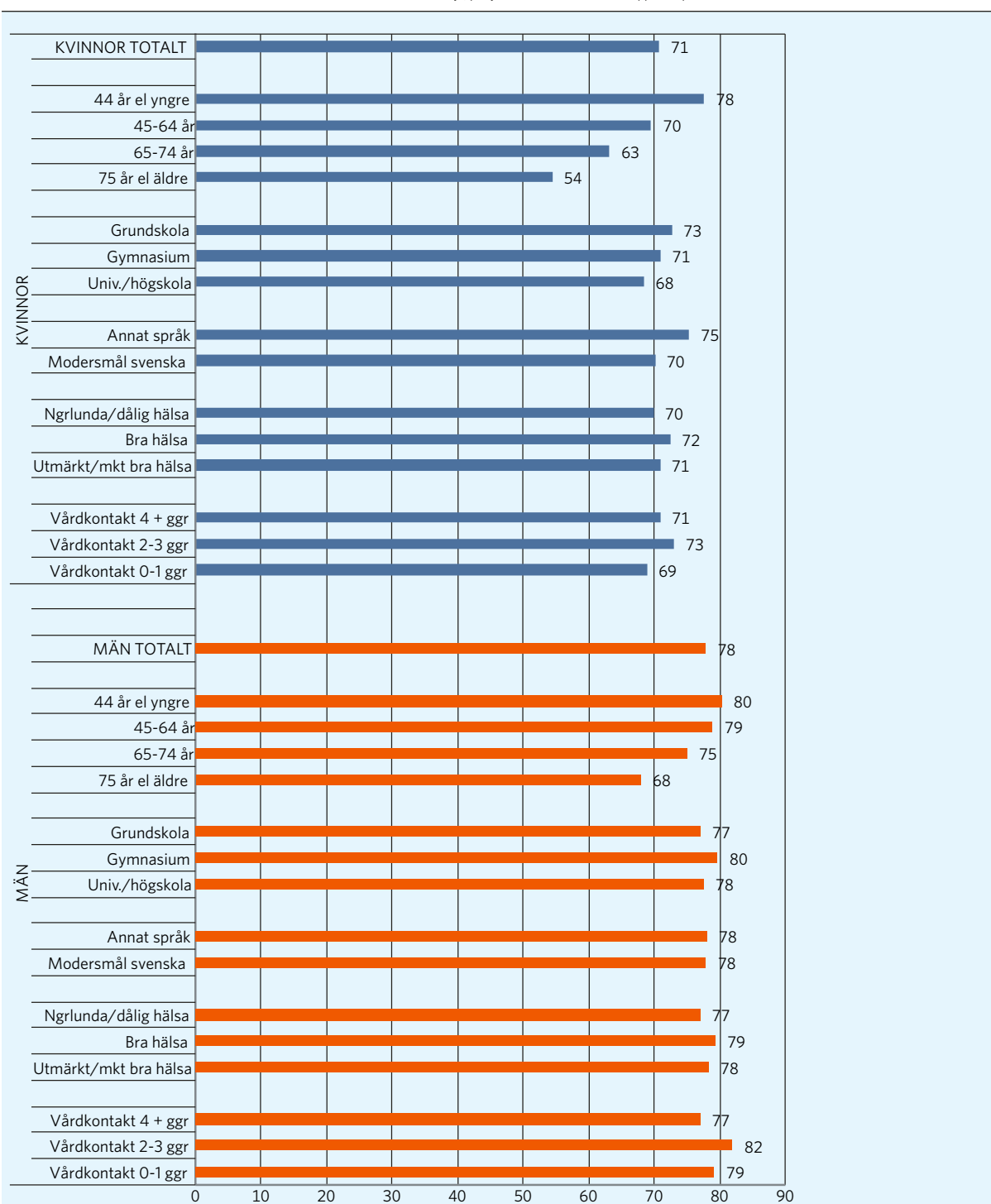
Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

Knappt hälften av de svarande uppger att en till flera levnadsvanor har diskuterats vid besök i primärvården.

Särskilt tydliga skillnader märks vad gäller modersmål, självskattad hälsa och vårdkontakt, där levnadsvanor oftare diskuterades med personer med annat modersmål än svenska, personer med sämre hälsa och personer med fler vårdkontakter.

FIGUR 9. Nationell patientenkät specialiserad psykiatrisk öppenvård 2012

En till flera levnadsvanor diskuteras i samband med besöket. Procent som svarar ja, per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



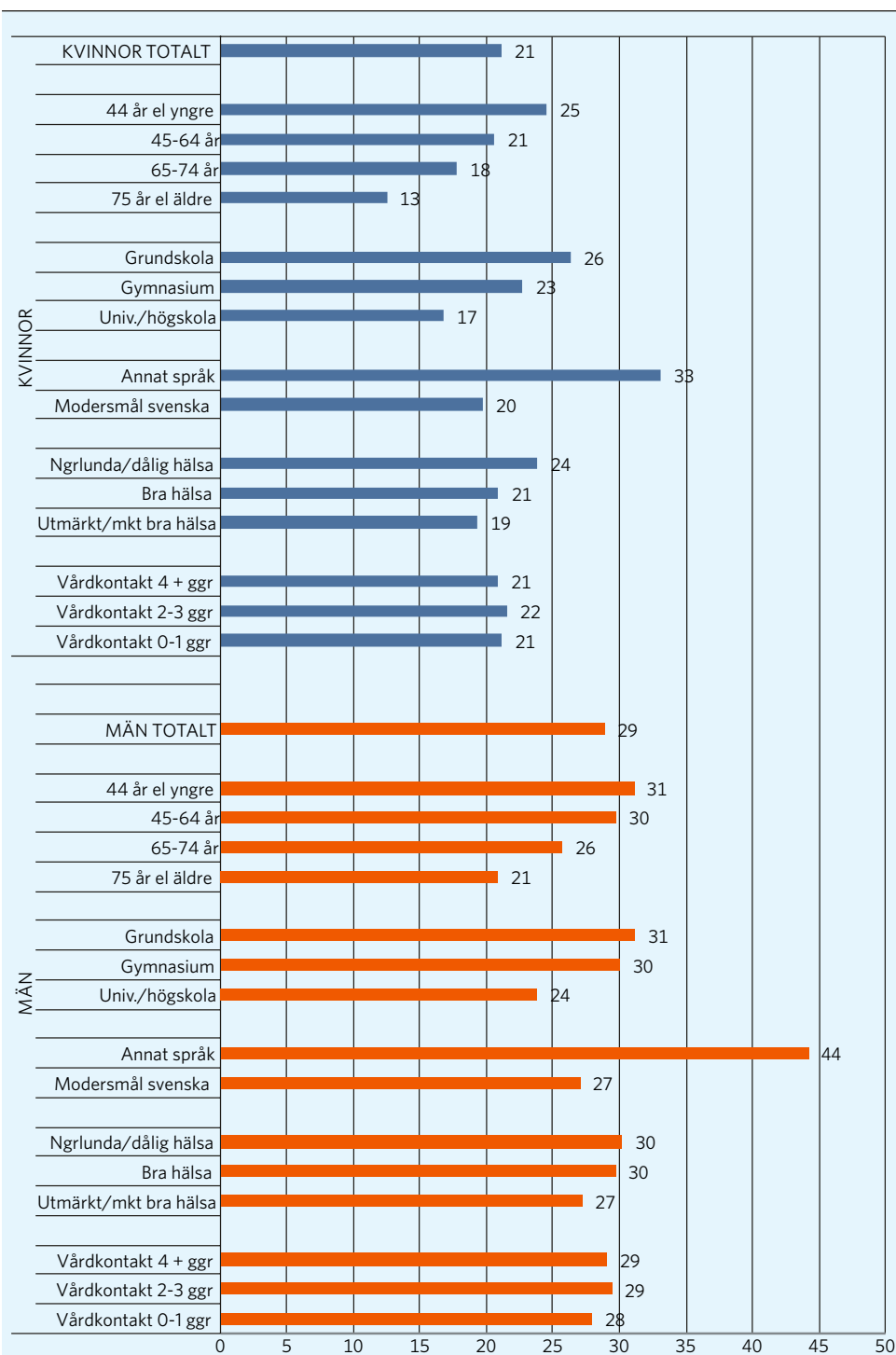
Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

En högre andel yngre jämfört med äldre anger att levnadsvanor diskuteras i samband med besök inom psykiatrisk öppenvård.

Kvinnor med annat modersmål än svenska uppgav i högre grad än kvinnor med svenska som modersmål att en till flera levnadsvanor diskuteras.

FIGUR 10. Nationell patientenkät specialiserad somatisk öppenvård 2012

Tobaksvanor diskuterades i samband med besöket. Procent som svarar ja, per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

Tobaksvanor diskuterades i samband med besöket hos 29 procent av männen och 21 procent av kvinnorna inom somatisk öppenvård.

Tobaksvanorna diskuterades mer bland yngre, grundskoleutbildade, liksom bland personer som har annat modersmål än svenska jämfört med andra i respektive dimension.

Vård på lika villkor

En fråga i Vårdbarometern belyser om den tillfrågade uppfattar att vården ges på lika villkor, dvs. att behovet av vård styr och inget annat. Resultatet har undersökts för att analysera om det finns skillnader inom de olika jämlikhetsdimensionerna.

Resultatet av denna fråga visar att:

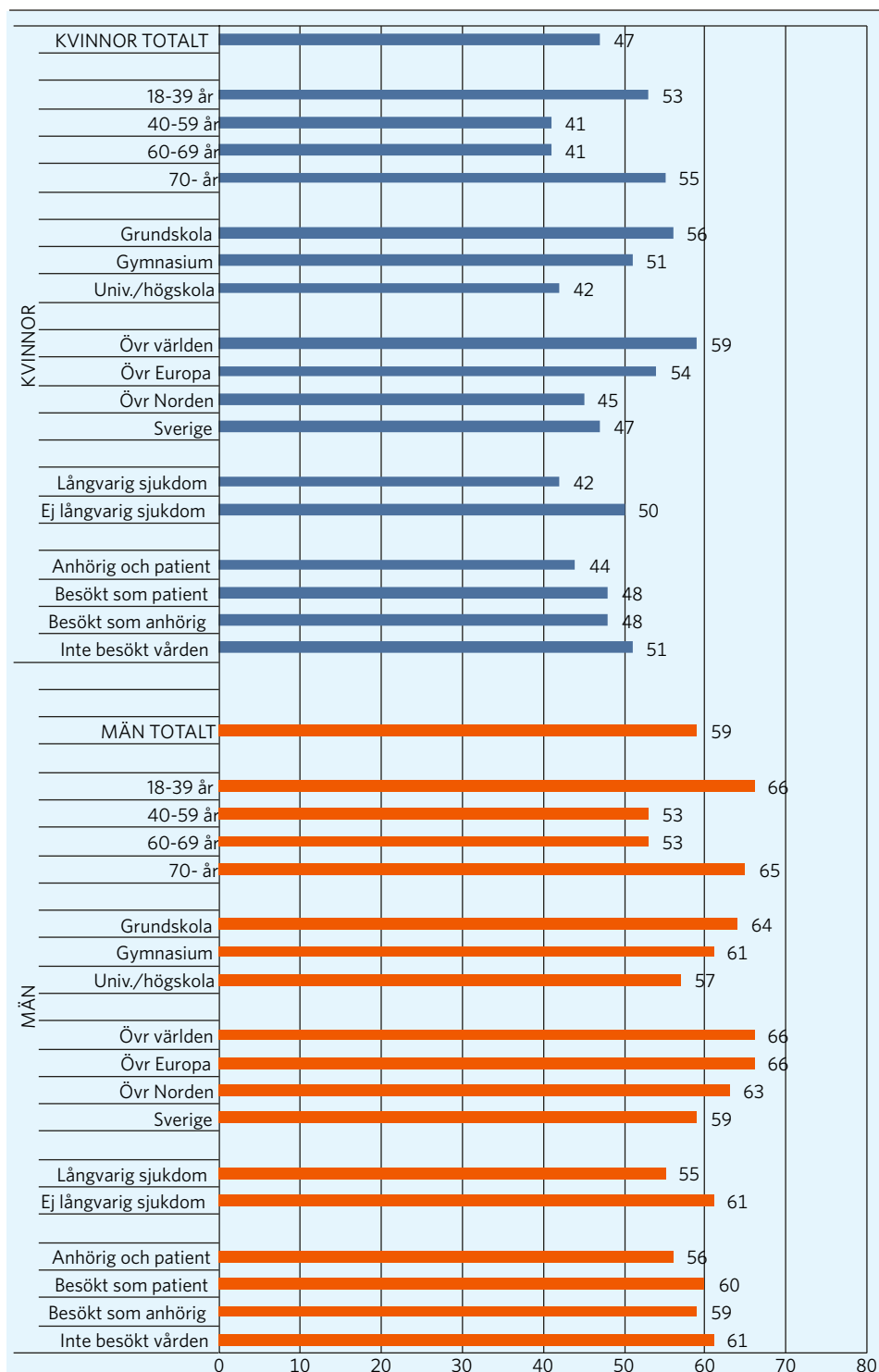
- › Män uppfattar i högre utsträckning än kvinnor att vården ges på lika villkor.
- › Äldre personer (över 70 år) och yngre personer (18-39 år) uppfattar i högre utsträckning än de i åldern 40-69 år att vården ges på lika villkor.
- › Grundskoleutbildade uppfattar i högre utsträckning än gymnasieutbildade och högskole-/universitetsutbildade att vården ges på lika villkor.
- › Personer födda utanför Norden uppfattar i högre utsträckning än de födda inom Norden att vården ges på lika villkor.
- › Personer utan långvarig sjukdom uppfattar i högre utsträckning att vården ges på lika villkor än de med långvarig sjukdom.
- › Personer som inte besökt vården uppfattar i större utsträckning att vården ges på lika villkor än de som besökt vården både som patient och anhörig.

Figur 11 visar fördelningen på frågan i sin helhet.



Figur 11. Vårdbarometern 2012

Uppfattar du att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör, inte något annat? Procent som svarar "ja" per jämlikhetsdimension och uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



Exempel på signifikanta skillnader för frågan:

47 procent av kvinnorna och 59 procent av männen anser att vården ges på lika villkor.

Grundskoleutbildade har en mer positiv uppfattning än universitetsutbildade.

Om man uppfattar att vården ges på lika villkor samvarierar med långvarig sjukdom och födelseland: personer födda utanför Norden har en mer positiv uppfattning jämfört med svenskfödda, och personer utan långvarig sjukdom har en mer positiv uppfattning än personer med en långvarig sjukdom.

Slutsats och diskussion

Vi började den här rapporten med att ställa ett antal frågor om jämlikhet. Jämlikheten har vi studerat genom svar från patienter i Nationell patientenkät och med svar från befolkningen i Vårdbarometern. Det handlar om konkreta upplevelser och erfarenheter i samband med vårdbesöket men också om mer generella uppfattningar och exempelvis förtroendet för hälso- och sjukvården i befolkningen.

I analysen har vi varit intresserade av centrala jämlikhetsaspekter såsom kön, ålder, födelseland etc. för att titta på skillnader vad gäller hur nöjd man är med sitt besök i vården, vilket förtroende eller inställning man har till vården eller i vilken grad man nås av hälsofrämjande insatser.

Med den beräkningsmodell som har använts som grund för denna rapport har ett flertal systematiska skillnader framkommit.

Generellt kan sägas att:

- Män är mer nöjda med vården och har en mer positiv inställning till hur vården fungerar än kvinnor. Män anger också i högre grad än kvinnor att levnadsvanor diskuteras.
- När det gäller hälsa syns tydliga skillnader där personer som har en god självskattad hälsa eller saknar långvarig sjukdom är mer nöjda och mer positivt inställda till vården än de som har en sämre självskattad hälsa eller har en långvarig sjukdom.

- Hur mycket man har varit i kontakt med vården spelar roll. Personer som har haft få eller inga vårdkontakter är mer nöjda eller mer positivt inställda till hur vården fungerar jämfört med de som har haft fler vårdkontakter det senaste halvåret.
- När det gäller ålder och utbildning är mönstret inte lika tydligt. Äldre är i de flesta fall mer nöjda med vården och mer positivt inställda till vården och hur den fungerar jämfört med yngre. Yngre anger i högre grad att levnadsvanor diskuteras. För utbildning fanns skillnader, men det såg olika ut beroende på fråga och vårdform vilken utbildningsgrupp som var mest nöjd med vården.
- När det gäller modersmål och födelseland är det personer som har svenska som modersmål eller Sverige som födelseland som är mer nöjda och mer positivt inställda till vården jämfört med de som har annat modersmål än svenska eller annat födelseland än Sverige.

De sju frågeområdena som undersökts är av olika karaktär. Frågan om vården ges på lika villkor innebär att den svarande ska försöka sätta vården i ett större sammanhang och det krävs ett slags jämförande mellan olika grupper. I övriga frågor behöver den svarande inte ta hänsyn till hur man tror att andra upplever eller behandlas i vården, utan dessa är mer inriktade på den personliga upplevelsen/attityden. Detta spelar troligtvis roll för hur man uppfat-



tar och besvarar frågan. Exempelvis anser personer födda utanför Sverige i högre utsträckning att vården ges på lika villkor, medan denna grupp i övriga frågor oftare har en mindre positiv bild av vården. Även grundskoleutbildade svarar i större utsträckning ja på denna fråga. Båda dessa grupper har i andra studier visat sig missgynnas vad gäller tillgång till olika vårdinsatser (Socialstyrelsen 2011b). Att som enskild person känna till huruvida olika grupper missgynnas i vården kan vara svårt. Man bör därför vara försiktig med att dra slutsatser om huruvida vården ges på lika villkor utifrån denna fråga.

Styrkor och begränsningar

För att få en överblick i det stora datamaterial som detta var har en statistisk metod använts för att räkna på skillnader inom olika jämlikhetsdimensioner och inom frågeområden som mäter likartade företeelser. Fördelen med den använda analysmodellen är att man får en mer överskådlig bild av hur skillnaderna ser ut. Genom att slå ihop flera frågor kan man lättare se generella tendenser med hur olika grupper svarar. Det går därmed att få ut mer information om systematiska skillnader jämfört med att redovisa alla frågor samt vårdformer var för sig.

Begränsningen med detta sätt att beräkna systematik gör att de fall där statistiskt säkerställda skillnader inte har kunnat påvisas inte heller har tagits med. Avsaknad av skillnader kan i sig vara intres-

santa resultat, och kan vara värt att lyfta fram och diskutera. Analysmodellen har heller inte beaktat hur stora skillnaderna är, utan enbart om de finns eller inte.

Det sätt på vilket data samlas in (postenkät respektive telefonintervju) kan innebära att vissa grupper har exkluderats, t.ex. personer som inte har en postadress, personer som har en kognitiv funktionsnedsättning, eller det faktum att undersökningarna erbjuds på ett begränsat antal språk.

När det gäller resultaten bör nämnas att denna analys enbart har tittat på skillnader inom en jämlikhetsdimension i taget. Den enda faktorn som är kontrollerad för är ålder. Sannolikt beror de skillnader mellan grupper som framkommit på flera olika faktorer som samvarierar, vilket inte tas hänsyn till i analysmodellen.

Avslutande ord

Denna rapport lyfter fram några exempel på att vården inte verkar fungera lika bra för alla grupper i samhället. Att uppmärksamma och synliggöra skillnader i vården är även fortsättningsvis en viktig uppgift, liksom att fundera på hur dessa resultat ska tolkas. Särskilt angeläget är att ta reda på bakomliggande orsaker, så att alla aktörer som arbetar med hälso- och sjukvård därefter vidtar nödvändiga åtgärder för att åstadkomma en mer jämlik vård.

Referenser

Diskrimineringsombudsmannen (2012),
Rätten till sjukvård på lika villkor – Rapport. Ödes-
hög: Diskrimineringsombudsmannen.

Socialstyrelsen (2011a),
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande
metoder 2011.
Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk
aktivitet och ohälsosamma matvanor.
Stöd för styrning och ledning. Västerås: Socialsty-
relsen.

Socialstyrelsen (2011b),
Ojämna villkor för hälsa och vård.
Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården.
www.socialstyrelsen.se.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013a),
Hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
Positionspapper. Stockholm: Sveriges Kommuner
och Landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013b),
Metod och underlagsrapport - Vad tycker patienter
och medborgare om hälso- och sjukvården?
Nationell patientenkät och Vårdbarometern ur ett
jämlikhets- och hälsofrämjande perspektiv. Stock-
holm: Sveriges Kommuner och Landsting. Finns
att ladda ner på <http://webbutik.skl.se>.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009),
Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om
sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård.
Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.



Jämlikhet och hälsofrämjande

Resultat från nationell patientenkät och vårdbarometern

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har under de senaste åren prioriterat att arbeta med jämlikhetsperspektivet inom hälso- och sjukvård. Bakgrunden är att ett flertal undersökningar och rapporter har pekat på hur vården inte fungerar optimalt och inte är jämlik mellan olika grupper.

Denna rapport baseras på patienters och befolkningens egna upplevelser och åsikter om hälso- och sjukvården. Svaren presenteras utifrån olika jämlikhetsdimensioner såsom kön, ålder, utbildning och modersmål för att se om det finns systematiska skillnader mellan olika grupper.

Denna rapport visar att vården inte verkar fungera lika bra för alla grupper i samhället. Att uppmärksamma och synliggöra skillnader i vården är även fortsättningsvis en viktig uppgift. Rapporten kan förhoppningsvis användas som underlag till diskussion och till fortsatt arbete för en mer jämlik hälso- och sjukvård.

