

Förtroende och jämlighet i vården

Fokusgrupper 2020



Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING.....	3
2. INLEDNING.....	4
2.1 Projektets bakgrund och syfte	4
2.2 Om Indikator	4
2.3 Om rapporten.....	4
3. METOD.....	5
3.1 Undersökningsdesign	5
3.1.1 Intervjuguide	5
3.1.2 Påverkan av Covid-19	5
3.2 Urval och rekryteringsmetod.....	6
3.3 Kvalitetssäkring av kvalitativa data.....	6
4. RESULTAT	7
4.1 Tema: Söka/kontakta vården	7
4.1.1 Ta kontakt	7
4.1.2 Kunskap om sökvägar.....	7
4.1.3 Väntetider	8
4.1.4 Bemötande	8
4.2 Tema: I receptionen och i väntrummet	9
4.2.1 Bemötande	9
4.2.2 Miljön i väntrummet.....	9
4.3 Tema: Undersökning och behandling.....	10
4.4 Tema: Hemma igen.....	11
4.5 Tema: Avslutande helhetsbild	12
4.5.1 Bemötande	12
4.5.2 Vård på lika villkor.....	13
4.6 Nationella jämförelser.....	14
4.6.1 Vårdanalys: Förnuft och känsla.....	14
4.6.2 LORE: Förtroende för sjukvården.....	15
4.6.3 SKR: Nationell patientenkät primärvård 2019.....	15
4.6.4 SKR: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019.....	15
5. DISKUSSION.....	16
5.1 Metoddiskussion.....	16
5.1.1 Rekrytering	16
5.1.2 Urval.....	16
5.1.3 Urvalsstorlek.....	16
5.1.4 Urvalsstorleken påverkan på resultat och analys	17
5.2 Resultatdiskussion.....	17
6. SAMMANFATTANDE IAKTTAGELSER.....	19
7. BILAGOR.....	20
7.1 Intervjuguide.....	20
7.2 Rekryteringsformulär.....	20

1. Sammanfattning

Den här kartläggningen av medborgarnas inställning till vården avseende jämlikhet och förtroende genomfördes i södra sjukvårdsregionen (Blekinge, Halland, Kronoberg och Skåne). Kartläggningen inkluderade sex medborgargrupper med skiftande erfarenhet av hälso- och sjukvården. Gruppen spänner från unga vuxna som huvudsakligen besökt sjukvården tillsammans med sina föräldrar/vårdnadshavare till funktionshindrade och/eller psykiskt sjuka med lång erfarenhet från olika nivåer i hälso- och sjukvården. Undersökningen präglades av att den genomfördes i samband med att coronapandemin slog till i stora delar av världen. Det resulterade i att flertalet intervjuer genomfördes digitalt och med respondenternas färskaste erfarenheter av hur pandemin påverkade deras relation till sjukvården. Undersökningen visar att deltagarna huvudsakligen redovisar positiva erfarenheter från hälso- och sjukvården. Framför allt sjukvårdspersonalen lyfts fram och får genomgående högt betyg ifråga om ett jämlikt och värdigt bemötande. Att man som patient blir sedd, lyssnad på och tagen på allvar lyfts fram som de viktigaste komponenterna vad gäller att känna förtroende när man kontaktar vården, och respondenternas upplevelser styrker att detta sker i stor utsträckning. Samtliga grupper är dock eniga om att det är viktigt att man står på sig och vågar ställa krav för att få den vård man faktiskt behöver. Annars upplevs risken att bli bortprioriterad som förhållandevis stor.

Den kritik som framfördes handlade främst om sjukvårdens resurser och styrning. Konsekvensen av dessa brister resulterade bland annat i bristande kontinuitet, begränsad tillgänglighet och sparbeting med negativa effekter för flera respondentkategorier. En iakttagelse som särskilt lyftes fram mot bakgrund av att undersökningen genomfördes i så kallade coronatider var att särskilt en kategori respondenter upplevde sig undanträngda och i viss utsträckning bortprioriterade på grund av pandemins effekter. Dock är underlaget i den här undersökningen för begränsat för att dra allt för långtgående slutsatser. Generellt konstaterar vi att trots ett stort pådrag inom hälso- och sjukvården i samtliga deltagande regioner synes uppfattningen bland respondenterna vara att sjukvården hanterade sitt uppdrag väl ifråga om jämlikhet och förtroende.

2. Inledning

2.1 Projektets bakgrund och syfte

Södra sjukvårdsregionen är ett samarbete mellan regionerna Blekinge, Kronoberg, Skåne och Halland. Samarbetet syftar till att skapa bättre, tillgängligare och mer jämlik vård för invånarna i södra Sverige. Dessa tre komponenter är centrala för att invånarna ska känna förtroende för hälso- och sjukvården i södra Sverige.

Arbetsgruppen för medborgardialog fick i uppdrag av Södra sjukvårdsregionen att genomföra fokusgrupper med syfte att kartlägga och få nya insikter kring hur olika medborgargrupper ser på förtroende för och jämlikhet inom vården. Dessa medborgargrupper bedömdes möjligen ha erfarenheter av hälso- och sjukvården som skulle kunna skilja sig något från den genomsnittliga invånaren. Därmed utgör deras insikter och erfarenheter ett viktigt perspektiv för Södra Sjukvårdsregionens fortsatta arbete med att skapa bättre, tillgängligare och mer jämlik vård.

För genomförande av kartläggningen anlätades undersökningsföretaget Institutet för kvalitetsindikatorer AB (omnämns härnäst som Indikator).

2.2 Om Indikator

Indikator är specialiserat på att genomföra kvantitativa och kvalitativa undersökningar, främst inom offentlig verksamhet. Med hjälp av vetenskapligt beprövade metoder ger bolaget uppdragsgivare konkreta resultat att arbeta med för att förbättra och utveckla sin verksamhet. Indikator har genomfört olika former av undersökningar både på lokal och på nationell nivå sedan 2005, och har mångårig erfarenhet av uppdrag inom hälso- och sjukvård. Bolaget har erfarenhet av att vara delaktiga i hela undersökningsprocessen, från hjälp med metodval, urvalsstrategi och genomförande av datainsamling, till analys och stöd för att implementera resultat.

2.3 Om rapporten

Denna rapport inleds med en genomgång av vald metod för kartläggningen, urval och rekryteringsmetod samt en kort diskussion gällande metodval och urval.

I efterföljande resultatavsnitt redovisas vad som framkommit under kartläggningens insamlingsfas, redovisat per temaområde enligt intervjuguidens struktur (se: Bilaga 1).

Rapportens avslutande delar är subjektiva sammanfattningar av vad vi, Indikator, kunnat dra för slutsatser från det insamlade materialet.

3. Metod

3.1 Undersökningsdesign

Eftersom syftet med kartläggningen är att få nya insikter och perspektiv kring hur olika medborgargrupper ser på jämlikhet och förtroende inom vården beslutades det att fokusgrupper var den bäst lämpade metoden. Södra sjukvårdsregionens arbetsgrupp för medborgardialog har sedan tidigare goda erfarenheter av gruppsamtal kring en vårdsituation som de flesta, oavsett sjukdomserfarenhet eller hälsotillstånd, kan relatera till. Ett exempel på en sådan vårdsituation är besök på vårdcentral eller mottagning på sjukhus, vilket således var utgångspunkten för denna kartläggning.

Södra sjukvårdsregionen arbetsgrupp för medborgardialog beslutade sig för att sex olika medborgargrupper (se: 2.2 Urval och rekryteringsmetod) skulle ingå i kartläggningen. För dessa skulle sex separata fokusgrupper hållas för att ge möjlighet att kartlägga huruvida de olika gruppernas erfarenheter och insikter sammanfaller respektive skiljer sig åt inbördes samt gentemot tidigare kända faktorer.

3.1.1 Intervjuguide

I samråd mellan Indikator och Södra sjukvårdsregionen utvecklades den intervjuguide som var utgångspunkt för fokusgrupperna (se: Bilaga 1). Intervjuguiden bestod av fem temaområden som på olika vis berör förtroende, tillgänglighet och jämlikhet.

Temaområde
Söka/kontakta vården
I receptionen och i väntrummet
Undersökning och behandling
Hemma igen
Avslutande helhetsbild

Intervjuguiden testades av Indikator inför genomförandet av den första fokusgruppen, för att säkerställa att tema och frågor fungerade väl och var utformade för att skapa diskussion i gruppen. Därutöver säkerställdes att uppskattad tidsåtgång var rimlig.

3.1.2 Påverkan av Covid-19

Den tidplan som fastställts inför genomförandet av kartläggningen utgick från att de sex fokusgrupperna skulle genomföras mellan 11 mars 2020 och 2 april 2020. Under samma period fick Covid-19 spridning i Sverige, vilket fick omfattande effekter på det fortsatta arbetet. Den första fokusgruppen kunde hållas den 11 mars, medan Indikator och Södra sjukvårdsregionen enades om att efterföljande grupper skulle ställas in tills vidare. Detta med anledning av den smittorisk som både respondenter och samtalsledare skulle utsättas för. De

respondenter som redan var anmälda till de inställda fokusgrupperna fick information om att de skulle bli kontaktade framöver med nytt datum.

Då smittspridningen inte avtog fattades beslut i början av maj att resterande fokusgrupper skulle genomföras digitalt, via webbmötesprogrammet Microsoft Teams. På så sätt kunde kartläggningen fullföljas utan att vare sig samtalsledare eller respondenter utsattes för någon smittorisk. Inga övriga korrigeringar i kartläggningens genomförande gjordes.

3.2 Urval och rekryteringsmetod

Tabellen nedan redovisar medborgargrupp, regiontillhörighet och antal respondenter i urval. Initialt hade fler anmält sitt intresse för att delta i fokusgrupperna, men senareläggningen och bytet av metod medförde att en del intresserade försvann på vägen fram till genomförandet.

Medborgargrupp	Region	Antal i urval
Kroniskt sjuka/multisjuka	Halland	8 st
Funktionshindrade	Skåne	3 st
HBTQ-personer	Skåne	3 st
Psykisk ohälsa	Blekinge	3 st
Unga vuxna	Kronoberg	5 st
Invandrare	Skåne	3 st

Rekryteringsstrategin gick ut på att nyttja de verksamheter som verkar för respektive medborgargrupp inom regionerna. Kontaktpersoner hos relevanta sådana tilldelades en inbjudan med hänvisning till webbformulär för anmälan som sedan distribuerades till potentiella respondenter. Av formuläret framgick syfte för fokusgrupperna, datum och tid för genomförande samt vilken ersättning som skulle utgå.

3.3 Kvalitetssäkring av kvalitativa data

För kvalitativt insamlade data finns alltid en risk för tolkningsbias - att den som kodar och analyserar också tolkar utsagor utifrån omedveten förförståelse. För att kvalitetssäkra insamlat material har ett sammanfattande samtal i Indikators projektgrupp följt på varje fokusgrupp. Vid analysarbetet har Indikators konsulter validerat innehåll och betydelse av insamlat material genom parallell genomläsning med efterföljande diskussion.

4. Resultat

I det här avsnittet presenteras resultaten från fokusgrupperna. Det är intervjupersonernas formuleringar och uttalanden som presenteras som utgångspunkt och exempel.

4.1 Tema: Söka/kontakta vården

4.1.1 Ta kontakt

Det klart vanligaste viset att kontakta vården på är genom att ringa sin vårdcentral för att boka tid. Majoriteten av respondenterna upplever detta som enkelt och välfungerade. Vissa respondenter menar att denna kontaktmetod blivit allt vanligare i samband med Covid-19, då vårdcentralerna är strikta med sina rutiner för att minska smittspridningen. Tidigare kunde man, i vissa fall, gå till vårdcentralen och boka tid på plats, vilket nu inte längre är möjligt. Ett fåtal respondenter, de som är mindre nöjda med sina kontakter med vårdcentral via telefon, menar att telefonlinjerna emellanåt är tungt belastade och att det ibland kan vara svårt att få kontakt. Vissa menar att de ringt in, lämnat röstmeddelande och blivit lovade kontakt, utan att den sen sker.

1177.se lyfts tidigt upp av flertalet respondenter som en välfungerande källa till information. Sidan används dock inte i större utsträckning för att söka kontakt, vilket endast ett fåtal respondenter menar att de gjort. Upplevelserna kring hur tidsbokning via 1177.se fungerar skiljer sig åt. Vissa menar att det är mycket smidigt och enkelt, medan andra menar att de vid försök till tidsbokning därigenom fått meddelande om att de måste ringa upp istället. Precis som hur upplevelserna av tidsbokning via 1177.se skiljer sig åt, råder det även delade meningar kring kvaliteten på kontakterna. Majoriteten av respondenterna är klart positivt inställda, medan de med en mer komplicerad sjukdomshistoria inte är lika nöjda. De visar dock full förståelse för detta - att de just på grund av sin sjukdomshistoria är mer komplicerade att hantera - och resonerar kring att 1177.se antagligen lämpar sig bäst för enklare ärenden och patienter.

”1177 funkar säkert jättebra för ’standardfolk’. Men när man har en komplicerad sjukdomshistoria som jag blir det svårt att förklara hela sin livshistoria för 1177. Jag ligger utanför standarddramarna, och det klarar de inte av att hantera där, vilket jag har förståelse för.”

4.1.2 Kunskap om sökvägar

Vetskapen kring var man som patient ska vända sig är god. De respondenter som har en mer omfattande sjukdomsbild, och därav står i löpande kontakt med specialistvården, har ofta ett direktnummer eller en kontaktperson som de vänder sig till vid behov. De som inte har tillgång till sådana vet ändå var de ska vända sig, men behöver gå via sin vårdcentral, akuten

eller 1177.se för att få kontakt. Ingen respondent i någon utav de sex fokusgrupperna ger uttryck för någon ovisshet kring var de ska vända sig.

4.1.3 Väntetider

Vad gäller väntetider för att få kontakt är den generella bilden att dessa är rimliga vid akuta ärenden. Den som måste ha vård snabbt får det. Vid mindre akuta ärenden är bilden dock den motsatta. När ämnet diskuteras menar vissa att kontakt efter tre veckor, vid mindre akuta ärenden, är en kort väntetid. Det kan många gånger dröja mycket längre än så. Den samlade upplevelsen är att väntetiderna blir allt längre. De som är mest missnöjda med väntetiderna är de med erfarenhet av vård av transpersoner. Enligt ett exempel som lyfts fick en respondent vänta i tre år på hormonbehandling, vilket haft en negativ inverkan på dennes psykiska hälsa.

”Det går fort att få akuta tider, men ärenden som inte är akuta tar jättelång tid. Jag fick till exempel vänta en månad på att få ett intyg för min handikapparkering. Jag fick det efter att ha ringt in och tjatat. Hade jag inte gjort det finns risk att jag hade blivit av med min plats.”

4.1.4 Bemötande

Vad gäller bemötandet vid kontakt är bilden samstämmig - som patient blir man bra bemött. Trots att visst missnöje luftas vad gäller t ex väntetider för vård, så är detta inget som riktas mot vårdpersonalen. Upplevelsen är att de gör sitt bästa och bemöter alla på ett jämlikt och värdigt vis. Något som efterfrågas, men inte efterlevs idag, är större kontinuitet av vårdpersonal. Att som patient söka vård vid upprepade tillfällen, och varje gång behöva redogöra för sin sjukdomshistorik bedöms som en aning frustrerande. Trots att bemötandet vid vårdkontakt i sig är bra, menar flertalet av respondenterna i samtliga grupper att upplevelsen varit än bättre om de fick tala med t ex samma sjuksköterska mer än en gång.

Den faktor som lyfts fram som viktigast vad gäller känslan av förtroende när man som patient kontaktar vården är att bli lyssnad på. Att man får säga vad man vill, hur man känner och att man blir tagen på allvar. Den generella upplevelsen är att det i de allra flesta fall är så idag, även om vissa delar med sig av andra upplevelser. Detta är, även i dessa fall, inget som sjuksköterskorna lastas för - de gör bra ifrån sig utifrån de resurser de har. Det är snarare systemet i sig som lyfts upp. En respondent beskriver känslan av att sjukvården, sedan privatiseringar påbörjades, har gått allt mer mot att bedrivas som ett företag. Att effektivitet står högst på agendan, och att välvilliga sjuksköterskor och annan vårdpersonal tvingas rätta sig i ledet. Samtliga deltagare delar bilden av att sköterskorna som först möter upp/svarar vid kontakt med vården gör bra ifrån sig. Vissa menar dock att upplevelsen är att de ofta jobbar under tidspress och stress vilket påverkar deras möjligheter att verkligen ägna den tid som krävs för att man som patient verkligen ska känna sig sedd i alla lägen. Det är just det, att känna att man blir sedd, lyssnad på och tagen på allvar, som lyfts fram som de allra viktigaste komponenterna för att känna förtroende när man kontaktar vården.

4.2 Tema: I receptionen och i väntrummet

Huruvida man som patient känner sig välkommen när man kommer till vårdcentralen/mottagningen kan, utav fokusgrupperna att döma, delas upp i två delar; bemötandet av personalen, och miljön i väntrummet.

4.2.1 Bemötande

Upplevelsen av bemötandet av personalen är genomgående positiv - de upplevs som hjälpsamma, omhändertagande och vänliga. Den övergripande upplevelsen, i samtliga fokusgrupper, är entydig att vårdpersonalen gör sitt yttersta, och lyckas skapa en välkomnande miljö.

”Personalen är alltid oerhört omhändertagande. En gång när jag sökte vård lät de mig sitta i ett separat rum när jag väntade på min tur, eftersom jag tyckte det var jobbigt och stressigt att behöva sitta i ett fullt väntrum.”

”Jag minns en gång när vi var nya i Sverige. Vi kunde inte så mycket svenska, så då kontaktade de en kille som kunde arabiska så vi kunde förstå varandra.”

När faktorer som är viktiga för att man ska känna sig trygg när man pratar med personalen i receptionen diskuteras, återkommer samma faktorer som när man söker kontakt i första skedet. Som patient vill man uppleva att man blir sedd, lyssnad på och tagen på allvar. Bara en sådan sak som att receptionisten tittar en i ögonen istället för på datorn när man pratar upplevs göra en stor skillnad. Vissa lyfter avskildhet som en viktig faktor - att man kan prata fritt om sina bekymmer och sin oro utan att någon obehörig hör. Det är en grupp vars diskussion skiljer sig helt från övriga fem - unga vuxna. De diskuterar inte avskildhet eller bemötandet i sig, utan endast hur viktigt det är med närvaron av en vårdnadshavare. Som ung har man ofta ingen större erfarenhet av att söka vård, vilket gör det lätt att tänka att ”de vet nog bäst”. Det upplevs som svårt att göra sin röst hörd som ung - flera av de intervjuade upplever att de inte blir tagna på allvar när de söker vård själva. Det blir de dock när en vårdnadshavare närvarar, vilket således blir den allra viktigaste trygghetsfaktorn för dem.

”Nu när jag blivit äldre är jag modigare. Jag har läst på om mina rättigheter och möjligheter.”

4.2.2 Miljön i väntrummet

Själva miljön i väntrummet lyfts dock fram som mindre välkomnande. Medan vissa har svårt att sätta fingret på vad som ligger till grund för deras upplevelse, har andra väldigt tydliga bilder av saker som stört dem. Det kan vara alltifrån en rörig och högljudd miljö, till tavlor eller affischer som upplevs som anstötande. Gemensamt för båda dessa upplevelser är att det är svårt att föreställa sig hur ett optimalt väntrum hade kunnat se ut. Inga konkreta förslag framkommer av någon fokusgrupp, utan den genomgående inställningen är snarare ”det är vad det är, inte mycket att göra åt”.

”I väntrummet på min vårdcentral hänger en tavla med en jättestor bild på en vit hetero, cis-familj. Tanken är väl att den ska ge någon form av trygghet eller förtroende, men för någon som mig som står utanför normen känns det mer som att ’jaha, så kommer mitt liv aldrig att se ut’.

Jag blir provocerad varje gång jag ser den bilden.”

”Det är ett väntrum. Jag känner ingen ’excitement’ över att sitta där, men jag förväntar mig heller inte så mycket. Väntrummet är inte dåligt, men jag vet inte hur det skulle kunna göras bättre.”

4.3 Tema: Undersökning och behandling

Även om det tar sig lite olika uttryck, så är en frekvent återkommande kommentar i fem av sex fokusgrupper den upplevda tidspress som läkare är under. Det kan till exempel handla om att de inte hunnit titta på ens journal innan de kommer, eller att man som patient upplever att man inte får tid att utförligt förklara sin problematik.

”Det känns som ’snabbsjukvård’, eller ’vård på löpande band’. Läkaren börjar skruva på sig efter 15 minuter och visar tydligt att ’nu är det dags för nästa person på det löpande bandet’. Har man bara 15 minuter hinner man inte berätta om sin problematik på ett bra sätt, och problemet blir allt större på grund av att man alltid möter olika läkare och måste börja om från början.”

Ett fåtal respondenter lyfter svårigheten i att samtala med läkare om en åkomma man själv tycker att man har bra koll på. Praxis är ju att läkaren är den som sitter på svaren, och att patienten ska lyssna. Men i fall där man som patient har lång erfarenhet av t ex könsdysfori kan det vara så att man som patient vet saker eller har erfarenheter som även den bästa av läkare saknar. Detta upplevs som svårt att kommunicera, eftersom läkaren *ska* vara den som vet bäst. Som patient förväntar man sig inte att alla ordval och formuleringar är perfekta, utan bara en upplevelse av att man blir bemött med respekt.

”Vissa bemöter mig med respekt, medan vissa lämnar transfobiska kommentarer i mina journaler. Jag känner ett behov av att läsa mina journaler. Jag vill inte, eftersom jag inte vill läsa elaka kommentarer om mig. Hade det funnits ett enklare och smidigare sätt att framföra klagomål kring hur man blir bemött hade jag gjort det. Som det är nu är hela processen inte värd det.”

Det bör tilläggas att citatet ovan, med tillhörande resonemang, inte är representativt för samtliga fokusgruppers deltagare. Detta gäller de med erfarenhet av könsdysfori, medan övriga fokusgrupper ger uttryck för överlag positiva bemötanden, om än under tidspress, vilket är den mest frekvent återkommande kommentaren gällande brister i bemötandet.

Precis som i föregående frågeområden, när det optimala bemötandet diskuteras, är den klart vanligaste kommentaren att det är viktigt att man som patient upplever att man blir lyssnad på, att man blir sedd och att man upplever att man blir tagen på allvar. Ögonkontakt är mycket viktigt, och att fullt fokus riktas mot patienten. Ett antal av respondenterna lyfter erfarenheter då läkaren inte lämnat datorn medan de redogjort för sina bekymmer som exempel på dåliga bemötanden. Mötet i sig kan ha varit givande och läkaren trevlig - men att fokus inte odelat riktats mot patienten sänker helhetsupplevelsen.

”När man söker vård som ung är man rädd och orolig. Något är ju fel, och man är inte van. Då är det viktigt att läkarna visar förståelse för detta, att man blir sedd, och att de tar sig tid att förklara för en. Det är det bästa sättet att stilla oron.”

En annan faktor som lyfts av ett fåtal respondenter är hur viktigt det är att läkare kan prata och förstår svenska. Även om de är extremt kunniga i sin roll, så påverkas förtroendet negativt om man upplever att det är svårt att kommunicera med sin läkare. Detta ligger i linje med hur viktigt respondenterna upplever att det är att man blir lyssnad på och tagen på allvar. Om det finns tvivel kring huruvida det man försöker säga uppfattas på rätt sätt, så skapar det en oro hos patienten.

Vad gäller vård och behandling över nätet är respondenterna generellt sett negativt inställda. Det fysiska mötet värdesätts högt. Det upplevs som märkligt att redogöra för sina bekymmer via telefon eller dator, och att utvecklingen går åt det hållet är något som få av respondenterna uppskattar. Diagnos och behandling menar respondenterna görs bäst via fysiska möten. För många är det en stor och ofta lite obehaglig sak att söka vård för en åkomma. För att känna sig så bekväm som möjligt i en redan obekväm situation är det fysiska mötet viktigt. De är dock öppna för möjligheten att uppföljning efter behandling eller enklare ärenden (förnya intyg och liknande) kan göras digitalt.

”Med tanke på hur utvecklingen går är jag orolig över att på ålderns höst få vård av en robot på äldreboendet, samtidigt som jag sitter och klappar en robotkatt.”

4.4 Tema: Hemma igen

Upplevelsen av huruvida vårdpersonalen gett information om hur man ska göra om det uppstår frågor efter besöket varierar beroende på vilken typ av vård man får. Uplevelsen är som sämst i primärvården, där tidigare nämnda känsla av att man befinner sig på ett ”löpande band” gör sig påtaglig. I dessa fall får man ringa växeln eller kontakta 1177 för att ställa frågor, medan det optimala hade varit att kunna komma i kontakt med behandlande läkare/sjuksköterska. Uplevelsen är annorlunda för de som har sjukdomar som kräver löpande behandling och de som av andra anledningar får specialistvård. I dessa fall är det

vanligt förekommande att man får kontaktuppgifter direkt till avdelningen och har därigenom möjlighet att på ett enkelt vis komma i kontakt med insatta läkare/sjuksköterskor.

Utöver primärvården riktas även viss kritik mot vården av transpersoner, vilken upplevs vara svår att få kontakt med. De med köndysfori som har erfarenhet av denna tror att det helt enkelt beror på att dessa avdelningar är kraftigt underbemannade. Svårigheterna med att komma i kontakt med läkare/sjuksköterska på avdelningen är frustrerande för de berörda, som känner sig bortprioriterade.

Oavsett vårdform upplever respondenterna att det framkommer tydligt om, och i så fall hur, ens besök kommer följas upp. Den generella upplevelsen är också att uppföljningen i sig fungerar bra. Dock efterfrågas utskrivningsmeddelanden i större utsträckning, främst av unga vuxna. Att göra utskrivningsmeddelanden till praxis efter vårdbesök (idag främst inom slutenvården) hade gjort det hela ännu tydligare, och tagit bort eventuella osäkerheter.

”Uppföljningen fungerar jättebra. De tar hand om mig och frågar om hur det varit.”

Den viktigaste faktorn för att man som patient ska känna sig trygg när man kommer hem igen är att man ska få utlovad återkoppling av läkare, eller åtminstone ha möjlighet att själv ta kontakt om frågor skulle uppkomma. De med lite mer komplicerad sjukdomshistoria, och därigenom större vårderfarenhet, redogör i flera fall för deras vana att alltid kontrollera sin journal efter vårdbesök som en viktig trygghetsfaktor. Det behöver inte handla om att de tror att något fel begåtts eller någon misstro - de vill bara säkerställa att allt uppfattats och dokumenterats på rätt sätt. I de fall där journalanteckningarna inte ligger i linje med patientens upplevelse leder det ofta till irritation och ny vårdkontakt, men vanligast är att journalanteckningarna stämmer och att denna bekräftelse bidrar till en trygghetskänsla hos patienten.

Eftersom uppföljning och möjligheten att ställa frågor lyfts som en viktig trygghetsfaktor av flera respondenter, är de positivt inställda till möjligheten att ha kontakt med sin vårdgivare över nätet när de kommit hem. Förhoppningen är att detta skulle kunna leda till att uppföljningar görs mer frekvent, efter så många vårdbesök som möjligt.

”Jag är öppen för att ha kontakt med min läkare via nätet efter ett vårdbesök. Men det får aldrig ersätta de fysiska mötena, som är grunden till en bra vård.”

4.5 Tema: Avslutande helhetsbild

4.5.1 Bemötande

Den generella upplevelsen av bemötandet i vården är positiv. Överlag är upplevelsen att bemötandet på sjukhus är mer positiv än upplevelsen av vårdcentraler, vilka upplevs verka under hård tidspress. Utav de tillfrågade medborgargrupperna är kroniskt sjuka/multisjuka,

funktionshindrade, invandrare och unga vuxna positivt inställda till sina kontakter med vården i större utsträckning än grupperna HBTQ och psykisk ohälsa.

De fyra förstnämnda grupperna upplever att de får den hjälp de behöver. Om man har ett akut medicinskt behov tillgodoses det direkt, medan man vid mindre akuta ärenden dock får räkna med allt längre väntetider. Just väntetiderna och den tidspress som läkare och sjuksköterskor upplevs arbeta under (främst inom primärvården) är de två huvudfaktorer som påverkar vårdupplevelsen i negativ bemärkelse.

Vad gäller grupperna HBTQ och psykisk ohälsa är deras missnöje av mer specifik karaktär, riktad mot upplevelser av vården av transpersoner respektive psykiatrin. De med könsdysfori pekar på en oförståelse och okunskap för transfrågor som huvudorsaken till deras missnöje. Även om deras vittnesmål klargör att sjuksköterskor och läkare i många fall är trevliga och gör sitt yttersta, så upplever de att de bemöts av okunskap kring deras situation. För gruppen psykisk ohälsa handlar missnöjet inte om okunskap, utan snarare känslan av att de fastnat i ett evighetshjul som aldrig slutar snurra. Trots upprepade vårdbesök, terapi och liknande så kommer de inte framåt - de upplever inte att vården hjälper dem att må bättre. De pekar på känslan av att vara till besvär - att de upplevs som tjatiga som söker vård oftare än en genomsnittlig invånare. De ger uttryck för en stark önskan om att bli bättre, men upplever att de inte blir tagna på allvar inom psykiatrin.

”Jag är nöjd med människorna jag träffar, men det är mer komplicerat på en strukturell nivå. I transvården träffar jag trevliga människor, men möts av en väldigt ensidig bild av vad trans är.”

”Ibland känner jag att jag inte tas på allvar eftersom jag söker vårdcentral och psykiatri ofta. De är inte otrevliga, men får känslan av att de tänker ’kommer du igen. Vad gäller det idag då?’.”

4.5.2 Vård på lika villkor

Två av de sex fokusgrupperna är eniga om att vården ges på lika villkor; unga vuxna och invandrare. De är eniga om att behovet av vård styr, och att man får vård när man verkligen behöver den, oavsett vem man är.

*”De hjälper alla, oavsett var man kommer från eller vilket språk man pratar.
Det fungerar mycket bra.”*

Övriga fyra grupper ställer sig dock tveksamma kring huruvida det enbart är behovet av vård som avgör. En rad olika exempel lyfts fram, men något som återkommer i fler än en fokusgrupp är Covid-19:s påverkan på bilden kring huruvida det endast är behovet av vård som avgör vilken vård man får. Det är främst de med långvarig sjukdomshistoria som ger uttryck för en oro av att de själva skulle bortprioriteras helt i vården om de skulle bli smittade av viruset, eller om de haft en sedan tidigare planerad operation som ställs in. Därutöver så

framkommer bilden av att välbärgade människor får både bättre och snabbare vård än den genomsnittliga individen, och särskilt de med en omfattande sjukdomsbild. Samtliga grupper är eniga om att det krävs att man står på sig och ställer krav för att säkerställa att man faktiskt får den vård man behöver. Annars är den upplevda risken att bli bortprioriterad längs vägen förhållandevis stor.

”Jag har alltid tyckt att vården var jämlik, men nu har jag blivit fundersam. Mycket på grund av coronaviruset. Jag har en funktionsnedsättning och lång sjukdomshistoria, och är rädd att jag hade bortprioriterats om jag blev smittad. Dessutom ställs ju andra planerade operationer in just nu, trots att det gäller patienter med stort vårdbehov.”

”Jag tror att funktionsvariation, svart eller vit, och andra faktorer avgör vilken typ av vård man får.”

”Jag är övertygad om att folk får gå före mig i kön. Känns som att invandrare får snabbare hjälp än vad jag får.”

4.6 Nationella jämförelser

4.6.1 Vårdanalys: Förnuft och känsla¹

Vårdanalys kartläggning, vilken gjordes nationellt, visar i enlighet med denna kartläggning på förtroendedistinktionen mellan strukturella och personella faktorer i sjukvården. Generellt sett är förtroendet för vården i allmänhet och personalen högre än för systemet i sig och dess beslutsfattare. En generell observation i båda kartläggningarna är således att vårdpersonalen anses vara kompetent och bedöms göra sitt bästa, men att de upplevda problemen ofta beror på brister i styrning och resurser.

Därutöver ligger Vårdanalys observationer vad gäller förtroende för primärvård kontra sjukhus i linje med vad som framkommit av de fokusgrupper som genomförts inom ramen för denna kartläggning. Detsamma gäller upplevda brister vad gäller tillgänglighet, kontinuitet och att få tillräckligt med tid i mötet med vården. De tre sistnämnda faktorerna lyfts ofta som generella svagheter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, men är alltså enligt såväl Vårdanalys samt innevarande kartläggning även faktorer som bör ses som svaga länkar i förtroendet för vården.

¹ <https://www.vardanalys.se/rapporter/fornuft-och-kansla/>

4.6.2 LORE: Förtroende för sjukvården²

I sin nationella kartläggning av orsaker till graden av förtroende för hälso- och sjukvården identifierar LORE sju ämnesmässiga kluster enligt nedan.

1. Bemötande
2. Kompetens/styrning
3. Resurser/kapacitet
4. Tillgänglighet
5. Väntetid/köer
6. Kontakt/avslag
7. Specifika erfarenheter

De sju ämnesmässiga klustren är rangordnade utifrån hur stor inverkan de har på förtroendet enligt LORE:s analys. Detta styrker bilden av vilka faktorer som är drivande kring huruvida man har högt eller lågt förtroende för sjukvården. Utav de fokusgrupper som genomförts inom ramen för innevarande kartläggning framgår till exempel att ett gott bemötande har positiv inverkan på det övergripande förtroendet för vården (förtroendet för personalen), medan till exempel bristfälliga resurser/kapacitet och långa väntetider (förtroendet för styrningen/strukturen) har en negativ inverkan på det övergripande förtroendet.

4.6.3 SKR: Nationell patientenkät primärvård 2019³

En av de faktorer som enligt den aktuella kartläggning har negativ inverkan på förtroendet för vården är bristen på kontinuitet, då främst vad gäller behandlande läkare/sjuksköterska/fysioterapeut. Bilden styrks utav resultatet i SKRs Nationell patientenkät från 2019, där det bland annat framgår att en minoritet av de tillfrågade uppger att de fått träffa samma läkare vid sina besök på hälso-/vårdcentralen. Bristen på kontinuitet vad gäller behandlande läkare är således ett fenomen som förekommer även på nationell nivå.

4.6.4 SKR: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019⁴

I SKRs Hälso- och sjukvårdsbarometer ställs en fråga gällande huruvida vården ges på lika villkor, dvs att behovet av vård avgör vilken behandling man får, och inget annat. Resultatet 2019 på nationell nivå visar att 52% av svenskarna uppfattar att vården ges på lika villkor. Inom ramen för undersökningen ställer Region Skåne en regionspecifik följdfråga till de som inte uppfattar att vården ges på lika villkor, där dessa respondenter får ange vad som är orsaken till deras ställningstagande. De tre vanligast förekommande orsakerna i Region Skåne är ålder (40%), social ställning (35%) och bostadsort (29%). Resultatet i innevarande kartläggning visar att deltagarna i de fyra medborgargrupper som kännetecknas av längre

² https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/08/LORE-projektrapport-2018_1-Förtroende-för-sjukvården.pdf

³ <https://patientenkät.se/sv/resultat/Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/2019>

⁴ <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html>

erfarenhet av vården, ställer sig tveksamma till om det enbart är behovet av vård som avgör. Några av de faktorer som anses påverka, utöver behov av vård, är tidigare sjukdomshistoria (speciellt i samband med covid-19) och socioekonomisk status.

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

5.1.1 Rekrytering

Inledningsvis var ambitionen att rekrytering till medborgargrupp 'Unga vuxna' skulle göras genom en webbpanel vid namn 'Kronobergspanelen', vilken Indikator har tillgång till. Trots upprepade försök att rekrytera respondenter därigenom, inkom inga anmälningar. Därav fattades beslut om att ändra rekryteringsmetod och göra som för övriga medborgargrupper (se: 2.2 Urval och kontaktmetod), vilket gav relativt god utdelning.

5.1.2 Urval

Vid en kvalitativ undersökning görs ett strategiskt urval, i syfte att involvera personer som har erfarenhet i den aktuella frågan. Denna urvalsstrategi ger goda förutsättningar för att uppnå datamätnad, i den mening att alla viktiga perspektiv i frågan fångas upp.

I rapportens resultatdel presenteras det undersökningens intervjupersoner reflekterat över under våra intervjuer och här är det våra intervjupersoners formuleringar som används. Det är endast till dessa individer våra slutsatser kan dras. Till skillnad från kvantitativt insamlad data är resultat från fokusgrupper inte generaliserbart till populationen i stort. Istället samlas deltagarnas olika perspektiv på undersökningens tema in för att få en djupare förståelse för vilka faktorer som ligger till grund för förtroende och jämlikhet inom vården.

5.1.3 Urvalsstorlek

Urvalet i kartläggningen blev mindre än förväntat (undantaget medborgargrupp 'Kroniskt sjuka/multisjuka'). Trots intensivt arbete från regionerna visade det sig mycket svårt att rekrytera till de digitala fokusgrupperna. Huruvida detta har att göra med att fokusgrupperna genomfördes digitalt, erbjuden ersättning eller annan orsak går ej att fastställa. De två fokusgrupper med högst deltagande ('Kroniskt sjuka/multisjuka' och 'Unga vuxna') erbjöd liknande incitament för deltagande. För övriga fyra fokusgrupper inkom inga nya anmälningar efter ändring till digitalt genomförande, utan endast respondenter som anmält sig från första början deltog.

När det svalt intresset för deltagande i fokusgrupperna identifierades, fördes diskussioner mellan Indikator och Södra sjukvårdsregionen avseende det bristfälliga deltagandet. Beslut fattades om att fullfölja samtliga fokusgrupper, trots lågt deltagande. De 25 respondenter som deltagit i fokusgrupperna bedöms utgöra tillräckligt underlag för att generera ett värdefullt

resultat, men om de på förhand satta målen vad gäller deltagande uppnått hade resultatet möjligtvis kunnat ge ytterligare perspektiv.

5.1.4 Urvalsstorlekens påverkan på resultat och analys

Då det fastställdes att urvalet blev mindre än förväntat enades Indikator och Södra sjukvårdsregionen om att ändra premissen för analys av resultatet. Ursprungligen var ambitionen att identifiera huruvida, och i så fall på vilka vis, de olika medborgargruppernas perspektiv skiljde sig från varandras och den genomsnittliga invånarens. Istället för detta beslutades att analysera de sex medborgargrupperna som en helhet, istället för att särskilja dem. Endast i de fall där väsentliga skillnader mellan de sex grupperna föreligger i materialet redovisas och analyseras detta.

5.2 Resultatdiskussion

Vid diskussion kring resultatet HBTQ-gruppens fokusgrupp framkom en tydlig diskrepans inom gruppen. De respondenter som har erfarenhet av vård av transpersoner uttrycker missnöje gentemot denna, medan de utan erfarenhet naturligtvis inte kan ta ställning. De utan dessa erfarenheter i gruppen delar förvisso med sig av ett fåtal erfarenheter där hen fått höra heteronormativa kommentarer på ett sätt hen inte uppskattat, men dessa kan inte ses som systematiska brister i vårdbemötandet, utan är snarare klumpiga, onödiga kommentarer som landat fel. Däremot ger transpersonerna uttryck för mer konkreta, systematiska brister vad gäller bemötande och jämlikhet som de stött på över åren. För att få fördjupad kunskap om denna grupp, hade fortsatt kartläggning av transpersoner isolerat varit att rekommendera. Detta eftersom de har erfarenheter vilka bör kartläggas enskilt framgent. Utav denna fokusgrupp framkom en bild av vården av transpersoner som okunnig, oförstående och otillgänglig, men det krävs fler än två respondenter som ger uttryck för liknande upplevelser innan det är rimligt att dra några slutsatser.

Gruppen unga vuxna är även den svåranalyserad av skälet att dessa respondenter klargjorde att de har få erfarenheter av vården. Det rörde sig mest om enklare, korta vårdbesök, och de hade svårt att själva lägga ut texten om sina erfarenheter och upplevelser. Överlag är de nöjda, men de känner sig osäkra när de söker vård. Det beror främst på att de är unga, och saknar erfarenhet av den typen av situation. Samtliga respondenter delade bilden av att vårdbesöken blir enklare och mer högkvalitativa när en vårdnadshavare följer med. När de står på egna ben har de svårt att föra sin talan på ett bra sätt, vilket de menar krävs för att bli tagen på allvar. I övrigt är de i stora drag positivt inställda till bemötandet de får, och de upplever att vården ges på lika villkor - så länge man vågar föra sin talan ordentligt.

Hoppet från gruppen unga vuxna till grupperna psykisk ohälsa, kroniskt sjuka/multisjuka och funktionshindrade är stort. Medan de unga ger uttryck för en begränsad insyn i hur vården fungerar, redogör övriga två nämnda grupperna både länge och gärna för upplevelser i såväl

primär-, öppen- och slutenvården. De är i stora drag nöjda med bemötandet de får - främst sjuksköterskorna lyfts fram med hänvisning till relativt god kontinuitet - men ger uttryck för vad de menar är systematiska brister. De har insyn i sjukvården och bär på olika typer av erfarenheter och god kunskap om hur vården fungerar. Det verkar föreligga ett samband vad gäller mängden erfarenhet av vård och tilltro till vården. De med mer omfattande erfarenhet är generellt mer skeptiska till hur vårdapparaten i stort fungerar. Det beror till stora delar på att de sett och upplevt mer, men även att de ”lever med sin sjukdom” i större utsträckning. Många av dem har för vana att läsa sina journaler efter vårdbesök för att säkerställa att allt blivit rätt. De är noggranna, och ställer högre krav på vården än vad gruppen unga vuxna gör. Värt att notera är att inga representanter i någon utav de tre mer erfarna grupperna ger uttryck för direkt misstro mot vården. Vårdpersonalens bemötande anses överlag vara bra och förtroendeingivande. Den skepsis som förekommer är snarare på systemnivå, och rör bland annat bristen på resurser och tidspress för de anställda.

Gruppen invandrare särskiljer sig från övriga fem i den mån att de är odelat positiva. Även om väntetider för mindre akuta ärenden lyfts upp som ett exempel på något som fungerar mindre bra, så ger de uttryck för stor tacksamhet gentemot den svenska vården. De har tidigare upplevelser från andra länder som är långt ifrån lika goda. I Sverige upplevs det att vården ges på lika villkor, och bemötandet är bra även mot de som inte talar det svenska språket.

Utifrån det insamlade underlaget framkommer ett mönster där mer erfarna vårdtagare generellt har något lägre förtroende för vården än mindre erfarna vårdtagare. Förtroendet är inte lågt, men de redogör för olika typer av upplevelser (ofta på systemnivå) som inte varit till belåtenhet. Detta har, så vitt vi kan bedöma, främst att göra med vilka förväntningar och krav man har på vården. De reflekterar över vad de har, vad de tidigare har haft och vad de förväntas få i framtiden. Det faktum att många av dem läser sina journaler efter vårdbesök ser vi inte som ett uttryck för misstro, utan snarare ett sätt att själv försöka ta kontroll över sin vård.

Sammanfattningsvis framträder en bild där förtroendet för vårdpersonalen är stor - bemötandet är i de allra flesta fall enligt förväntan. Vissa brister på systemnivå påverkar dock helhetsbilden, men detta är inte i så pass stor utsträckning att det kan ses som misstro. Vad gäller jämlikhet inom vården är bilden mer delad, där fyra av sex grupper är eniga om att vården inte ges på lika villkor. Av samtalen att döma har den bilden stärkts på grund av den (vid tillfället för fokusgrupperna) rådande pandemin. Att fokusgrupperna genomfördes i en kontext av daglig nyhetsrapportering om dödsfall i Covid-19 och historier om äldre/multisjuka som bortprioriteras för intensivvård har sannolikt påverkat hur respondenterna ser på frågan. Flera av dem ger uttryck för rädsla kring vad som skulle hända om de blev smittade - ”jag hade kanske prioriterats bort”. Värt att nämna är att diskussion kring att vården kan tänkas vara ojämlik på grund av systematisk diskriminering på grund av

könsidentitet, ålder eller etnicitet inte är huvudskälet till skepsisen. Det är främst andra grundorsaker som lyfts upp, som till exempel socioekonomisk status och sjukdomshistorik.

6. Sammanfattande iakttagelser

Även om kartläggning omfattar ett begränsat antal individer, framkommer ett antal intressanta punkter att arbeta vidare med. Vi ser ett behov av ytterligare kartläggning av vården av transpersoner, där de intervjuade med erfarenheter ger uttryck för missnöje. Vidare verkar förtroendet för vården och synen på jämlikhet inom vården variera beroende på tidigare vårderfarenhet, krav och förväntningar på vården, snarare än utifrån de sex separata medborgargrupper som är föremål för den här kartläggningen. Intervjupersoner med större erfarenhet från hälso- och sjukvården reflekterar mer kring brister/förbättringsområden än grupperna invandrare och unga vuxna, vilka har mindre erfarenhet och är generellt sett mer positivt inställda. Sist men inte minst så ger ett flertal av respondenterna uttryck för att upplevda brister i vården ligger på systemnivå snarare än på individnivå, vilket bör diskuteras vidare i samband med framtida utvecklingsarbete.

7. Bilagor

7.1 Intervjuguide

7.2 Rekryteringsformulär