

Magisteruppsats  
Nationalekonomiska Institutionen  
Ekonomihögskolan  
Lunds Universitet  
2005-05-27

# **Förtroende för hälso- och sjukvård i Region Skåne**

En ekonometrisk analys av Vårdbarometern

Författare: Åsa Annerdal och Åsa Stensson  
Handledare: Carl Hampus Lyttkens

## **Abstract:**

Förtroende är en förutsättning i olika former av samspel mellan aktörer. Inom hälso- och sjukvården kan ett förändrat förtroende påverka hur individen söker vård och därmed leda till effekter på individens hälsotillstånd. Uppsatsens syfte är att undersöka förtroendet för hälso- och sjukvården i Region Skåne. Det görs genom en ekonometrisk analys av data från Vårdbarometern, en omfattande undersökning över befolkningens uppfattning av hälso- och sjukvården. Förtroendet för tre olika vårdproducenter; husläkare/distriktsläkare, akutmottagning och privat specialistläkare/läkarhus undersöks utifrån socioekonomiska och demografiska bakgrundsfaktorer. Skattningarna av den ekonometriska analysen visar på en variation i förtroende utifrån valda variabler men utan enhetliga mönster. Ytterligare finns heteroskedacitet i materialet vilket begränsar tillförlitligheten i regressionsanalysen.

**Nyckelord:** Förtroende, Vårdsökande, Region Skåne, Vårdbarometern, Hälsotillstånd

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>SVENSK SJUKVÅRD/REGION SKÅNE</b> .....	<b>8</b>
2.1	Region Skånes hälso- och sjukvård.....	9
2.1.1	Region Skåne i vårdsiffror .....	10
2.2	Finansiering av svensk sjukvård .....	11
2.3	Styrmedel för hälso- och sjukvården.....	12
<b>3</b>	<b>FÖRTROENDE</b> .....	<b>15</b>
3.1	Vikten av förtroende för ekonomiska aktiviteter .....	17
3.2	Förtroende inom hälso- och sjukvården .....	20
3.2.1	Sanktionsmöjligheter.....	23
3.3	Vårdsökande och förtroendets inverkan.....	23
3.3.1	Förtroende och produktion av hälsa .....	24
3.3.2	Variation i förtroende utifrån bakgrundssituation .....	26
3.4	Betydelsen av förtroende: en sammanfattning .....	28
<b>4</b>	<b>METOD OCH EMPIRISKT MATERIAL</b> .....	<b>30</b>
4.1	Frågeformuläret Vårdbarometern.....	30
4.2	Deskriptiv statistik och inkluderade variabler.....	32
<b>5</b>	<b>EKONOMETRISK MODELL</b> .....	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>RESULTAT OCH DISKUSSION</b> .....	<b>40</b>
6.1	Diskussion kring resultat av bakgrundsvariabler .....	41
6.2	Slutdiskussion.....	50
<b>7</b>	<b>REFERENSER</b> .....	<b>56</b>
7.1	Nätreferenser .....	58
<b>8</b>	<b>APPENDIX</b> .....	<b>59</b>

## **Tabeller och figurer**

Tabell 1: Årets resultat 1999-2004

Tabell 2: Vårdtillfällen per 1000 invånare och antal läkarbesök mellan 1999 och 2003

Tabell 3: Deskriptiv data över bakgrundsvariabler

Tabell 4: Bakgrundsvariabler och förväntade marginaleffekter

Tabell 5: Förtroende för husläkare/distriktsläkare

Tabell 6: Förtroende för privata specialistläkare/läkarhus

Tabell 7: Förtroende för sjukhusens akutmottagningar

Figur 1: Förtroende för Distriktsläkare/Husläkare

Figur 2: Förtroende för Akutmottagning

Figur 3: Förtroende för Privata specialistläkare/läkarhus

# 1 Inledning

Hälso- och sjukvården i Sverige genomgår ständigt förändringar. Bland annat sker förändringar till följd av att antalet äldre med omfattande vårdbehov ökar samtidigt som tillgången till ny avancerad medicinsk teknologi fortsätter att växa. Trots de ökade kostnaderna utvecklingen fört med sig har resursfördelningen till hälso- och sjukvården varit i stort sett oförändrad.<sup>1</sup> Huvudmålet för landsting och regioner blir att med givna resurser utnyttja skattebetalarnas medel på ett så effektivt sätt som möjligt. Kraven på att begränsa utgifterna och samtidigt anpassa hälso- och sjukvården till den snabba utvecklingstakten driver fram nya reformer. I det arbetet utgörs riktlinjerna av patientens behov och rätt till vård. Omstruktureringar sker på gott och ont och det finns alltid individer vars behov inte kan tillgodoses fullt ut. Under en längre tid har det funnits tendenser som visar på att förtroendet för hälso- och sjukvårdens producenter successivt har sjunkit. I media utmålas ofta en negativ bild av missförhållanden inom olika områden av vården. Den allmänna uppfattningen uttrycks genom klagan på orimliga köer på akuten, långa väntetider för operation och dålig tillgänglighet. Därtill påtalas ofta att sjukvårdspersonalen är underbemannad och arbetar i en stressig miljö.

I ljuset av rådande situation är det intressant att undersöka hur förtroendet för sjukvården ser ut bland svenskarna idag. Förtroende har betydelse i alla typer av samspel mellan individer och bygger bland annat på en känsla av samhörighet. Förtroende kan ha olika innebörd och ta sig olika uttryck beroende på situation. Utöver dess betydelse i privata relationer är det viktigt i interaktioner mellan individer och företag eller organisationer. Sett ur ett ekonomiskt perspektiv kan ett högt förtroende minska transaktionskostnaderna. Inom hälso- och sjukvården påverkas individernas vårdsökande av förtroendet för vårdproducenter. En effektiv sjukvård bygger på en väl fungerande patient- läkarrelation, där parterna har ett ömsesidigt förtroende och delger varandra all väsentlig information. Målet är att uppnå största möjliga hälsa för individen. När förtroendet för sjukvården minskar förändras sök beteendet hos

---

<sup>1</sup> Mätt i procent av BNP har sjukvården pendlat mellan 8,2-8,4 % under 1990-talet. År 2002 var andelen något högre, 9,2 %. ([www.oecd.org](http://www.oecd.org), 2005-04-26)

patienterna. Möjliga scenarion är ett minskat incitament att uppsöka vård eller att benägenheten att följa ordination minskar. Ett lågt förtroende har därmed en inverkan på individens hälsotillstånd. Om det finns skillnader i förtroende mellan individer med olika socioekonomisk och demografisk bakgrund leder det till en variation i hälsotillstånd och innebär ett bakslag för styrinstrumenten inom hälso- och sjukvården.

Uppsatsen syfte är att analysera det allmänna förtroendet för hälso- och sjukvården hos vårdkonsumenterna i Skåne och det görs med hjälp av data från Vårdbarometern<sup>2</sup>. Data som används omfattar Region Skåne specifikt och undersöker bland annat förtroendet hos olika vårdproducenter. Skillnader i förtroende studeras utifrån socioekonomiska och demografiska bakgrundsvariabler.

För att besvara syftet bearbetas data från en empirisk undersökning, Vårdbarometern som är en bred, generell undersökning som studerar befolkningens uppfattning om vården i olika aspekter; däribland förtroende, tillgång och kvalitet på vården. Tanken är att Vårdbarometern ska fortgå under en längre tid och syftet är att fånga in variationer i allmänhetens opinion. Det material som ska analyseras gäller för Region Skåne specifikt och omfattar mätningar från första kvartalet år 2002 till och med andra kvartalet 2004. Bearbetad data består därför av totalt 15698 observationer.

En studie av förtroende kan göras på flera sätt och innehålla olika variabler. Utformningen av studien beror av syftet med studien, omfattning och de möjligheter data medger. I det här fallet är datamaterialet mycket omfattande och det är nödvändigt att avgränsa sig geografiskt och områdesmässigt. Förtroende analyseras därför med data för Region Skåne specifikt. Ur frågeformuläret har analysen av förtroende specificerats till frågan ”Hur stort förtroende har du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar hos...” De tre vårdproducenter som valts ut är husläkare/distriktsläkare, akutmottagning och privat specialistvård/läkarhus.

För att skapa en bakgrund över hälso- och sjukvården i Region Skåne har främst elektroniska källor använts från regionens egen hemsida samt även årsredovisningar.

---

<sup>2</sup> Vårdbarometern finns i sin helhet på [www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu) Observera att frågorna kan ha ändrats efter tidpunkten för den här studien.

Forskningen kring förtroende är ett brett ämnesområde och innefattar såväl beteendevetenskaplig som samhällsvetenskaplig teori. Förtroende har även haft ett inflytande på nationalekonomin där främst studier av tillväxt och spelteori har utförts. I den här uppsatsen görs däremot en ansats att analysera förtroendets betydelse ur ett hälsoekonomiskt perspektiv med fokus på vårdsökande.

Uppsatsens första kapitel utgör en inledning som beskriver innehåll och utformning av uppsatsen. Kapitel 2 är en deskriptiv överblick av Region Skåne, hälso- och sjukvården i regionen och utvecklingsarbete. Därefter beskrivs de styrmedel som finns för hälso- och sjukvård i Sverige och regionen. Kapitel 3 inleds med en litteraturgenomgång som redogör för begreppet förtroende och dess betydelse för ekonomiska aktiviteter och inom hälso- och sjukvården. Under rubriken ”Empiriskt material”, kapitel 4, presenteras enkäten Vårdbarometern samt deskriptiv data för förtroende och bakgrundsvariabler. I det femte kapitlet beskrivs den ekonometriska modellen som används för att studera förtroende och förväntade resultat av analysen. Kapitel 6 innehåller en presentation av resultaten från den ekonometriska analysen samt diskussion. Referenser och Appendix över väsentliga frågor i Vårdbarometern avslutar uppsatsen.

## 2 Svensk sjukvård/Region Skåne

Region Skåne är en förhållandevis ny enhet som skapades 1999, då Malmöhus läns landsting och Kristianstad läns landsting gick samman. Region Skånes bedriver regionalt utvecklingsarbete genom regionalt självstyre och det är en försöksverksamhet som pågått sedan 1999 och ska fortgå till minst år 2010. I jämförelse med landet i övrigt är regionen tätbefolkad och här bor ca 1160 000 invånare. Befolkningmässigt har regionen växt och ökningen beror både på fler födlsar och på invandring. ([www.skane.se](http://www.skane.se), 2005-02-14) I Skåne var 13,8 % av befolkningen utrikes födda år 2002 och det är en siffra som sakta ökar. 1999 var 12,8 % utrikes födda. ([www.skane.se](http://www.skane.se), 2005-04-25) Regionens största stad Malmö är en mångkulturell stad där invånarna kommer från 164 olika länder och andelen invandrade är 25 %. ([www.malmo.se](http://www.malmo.se), 2005-05-11) Den största regionala invandringen kommer från Danmark och förutom inflyttning finns en stor rörlighet mellan länderna som beror på arbetspendling. I samband med att Skåne och Själland knöts samman genom Öresundsbron 2001 har integrationspolitiken i Öresundsregionen ökat och syftet är att skapa en tillväxtregion. (Region Skåne, 2003) I Skåne är andelen förvärvsarbetande ca 3-4 % lägre än i övriga landet. Andelen sysselsätta var år 2002 knappt 72 % i Skåne mot knappt 76 % för landet som helhet. Det beror på en hög arbetslöshet i de större städerna, främst bland utrikes födda, samt att det finns ett stort antal studerande i regionen. ([www.skane.se](http://www.skane.se), 2005-04-27)

Sedan flera år tillbaka dras Region Skåne med stora underskott i finanserna, årsresultaten har varit negativa länge och regionen kämpar med att få ekonomin i balans.

**Tabell 1: Årets resultat 1999-2004**

År	Årets resultat (milj kr)
2004	-425 (preliminärt)
2003	-197
2002	-1748
2001	-1050
2000	-440
1999	-628

(Region Skåne, 2004, 2003, 2002, 2001, 2000, 1999)



Till följd av den djupa ekonomiska kris Region Skåne befann sig i infördes ett anställningsstopp i april 2003. Läget var så allvarligt att det i media diskuterades om lönerna kunde betalas ut under sommaren eller inte. Vidare infördes investeringsstopp och höjda taxor inom vård- och omsorg liksom kollektivtrafik föreslogs. Det alltigenom övergripande arbetet har därefter varit att försöka få ekonomin i balans. (www.skane.se, 2005-04-25) Bokslutet 2004 visar på ännu ett negativt resultat vilket beror på ett mindre skatteunderlag än beräknat och reducerade statsbidrag. (Region Skåne, 2004)

## **2.1 Region Skånes hälso- och sjukvård**

Totalt består Region Skåne av 33 kommuner fördelade på 5 sjukvårdsdistrikt. Dessa är; Nordvästra Skåne, Nordöstra Skåne, Mellersta Skåne, Sydvästra Skåne och Ystad-Österlens sjukvårdsdistrikt. Totalt driver Region Skåne nio sjukhus och varje distrikt har minst ett sjukhus, vilket gör Skåne till en mycket sjukvårdstät region. Flertalet sjukhus är av naturliga skäl lokaliserade i västra Skåne i och med att det är mest befolkat. När det gäller driftsform utgör sjukhuset i Simrishamn ett undantag från övriga sjukhus då det drivs på entreprenad. Totalt finns det ca 110 primärvårdscentraler i Region Skåne. Av regionens budget går ungefär 90 % åt till hälso- och sjukvård. (Region Skåne, 2003)

Flertalet utvecklingsarbeten pågår inom hälso- och sjukvården i regionen och de väsentligaste som genomförts sedan inledningen av 2000 talet är Familjeläkarmodellen, Sjukvårdsupplysning, Flödesmodellen och Skånsk Livskraft<sup>3</sup>. Den förstnämnda innebär att invånarna i Region Skåne sedan den 1 januari 2002 har möjlighet att lista sig hos en familjeläkare. Syftet med reformen är att öka närheten till vården och ge trygghet för de patienter som listar sig hos en familjeläkare. (Region Skåne, 2002) I slutet av 2003 hade 56 % listat sig och en ökning sker kontinuerligt där de listade främst är individer med stort vårdbehov. (Region Skåne, 2003)

---

<sup>3</sup> Skånsk Livskraft- vård och hälsa är ett övergripande arbete där regionen i samarbete med kommunerna satsar på ett helhetsgrepp av hälso- och sjukvården. Genomförandet av Skånsk Livskraft var inte startat under den undersökta perioden men nämns ändå eftersom det är det största utvecklingsarbetet inom vård och hälsa som sker inför framtiden.

En gemensam sjukvårdsupplysning för regionen infördes den 1 december 2001. Invånarna i Skåne ska genom sjukvårdsupplysningen få en ökad tillgänglighet, ökad information om hälso- och sjukvårdssystemet, styras till rätt vårdinstans och ges råd om egenvård. (Region Skåne, 2002) Dock har sjukvårdsupplysningen sedan den infördes haft stora problem att uppfylla sina åtaganden. Det har framförts massiv kritik mot långa väntetider och brist på tillgänglighet. Dessutom har tjänsten inte utnyttjats till fullo av invånarna vilket förklaras av bristande information och marknadsföring. Därmed har inte syftet med sjukvårdsupplysningen uppfyllts och inga tendenser visar att det sker färre besök på jourcentraler och akutmottagningar. (Region Skåne, 2003)

Ett av huvudmålen med utvecklingsarbetet inom Region Skåne är att stärka patientens ställning och ett led i arbetet är införandet av Flödesmodellen. Modellen undersöker väntetider i vården för att studera tillgängligheten för invånarna. Flödesmodellen är under införande i regionen och antalet användare ökar. (Region Skåne, 2003)

Det sker även förändringar på det nationella planet för att förbättra tillgängligheten. Från och med år 2003 infördes en reform om patientens fria vårdval, där patientens ges rätt att söka vård med remiss i vilket landsting eller region hon/han vill. ([www.skl.se](http://www.skl.se), 2005-04-27) Vidare införs en nationell vårdgaranti den 1 november år 2005 som innebär att patienten har rätt till att få vård inom 90 dagar från den dag det beslutades om behandling. ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se), 2005-04-27)

### **2.1.1 Region Skåne i vårdssiffror**

Vårdkonsumtion är den vård som Region Skåne finansierar genom skatter, statsbidrag och övriga intäkter och som produceras av regionens egna vårdgivare, hos privata vårdgivare eller annat landsting. I begreppet vårdproduktion ligger den vård Region Skåne producerar till egna invånare och invånare i andra landsting. Vårdkonsumtionen är uppdelad mellan konsumtion av somatisk, psykiatrisk och primärvård. Dessutom är den uppdelad i öppen vård och sluten vård liksom i privat, offentlig och vård given i andra landsting. (Region Skåne, 2003) Sammantaget är svårt att få en överblick av vårdkonsumtionen. Statistik från år till år använder inte samma mått och enheter vilket ytterligare försvårar arbetet med att studera vårdkonsumtion i regionen. Mätt i antal

vårdtillfällen per 1000 invånare från 1999 och framåt visas inledningsvis en sjunkande siffra som senare stabiliseras. Antal läkarbesök i regionen har sjunkit något under perioden.

**Tabell 2: Vårdtillfällen per 1000 invånare och antal läkarbesök mellan 1999 och 2003**

År	Vårdtillfällen per 1000 inv	Läkarbesök per år
2003	159	3,2
2002	159	3,3
2001	158	3,3
2000	160	3,3
1999	163	3,4

(Region Skåne, 2004, 2003, 2002, 2001, 2000, 1999)

Variationer finns dock mellan de olika distrikten liksom mellan olika typer av vård.<sup>4</sup> I största utsträckning tillgodoses invånarnas behov av hälso- och sjukvård av det egna sjukvårdsdistriktet med undantag av Ystad- Österlen där 25 % av vården år 2001 producerades i andra sjukvårdsdistrikt. (Region Skåne, 2001) Generellt kan konstateras att vårdbehovet förskjuts mot tyngre vård som är mer resurskrävande. Vidare förskjuts vården från slutenvård mot öppenvård då antal dagkirurgiingrepp ökar. (Region Skåne, 2002) Det finns ett problem med vårdköer i regionen och skillnader i väntetider mellan olika vårdproducenter. Dock är det svårt att bedöma omfattningen av problemet då instrumenten för att mäta väntetider är dåliga. (Region Skåne, 2003)

## 2.2 Finansiering av svensk sjukvård

Den svenska sjukvården är traditionellt sett offentligt driven, vilket innebär att såväl regi som finansiering är offentlig. Men för att klara av att uppfylla en ökad vårdefterfrågan och kravet på mångfald, finns det även inslag av privata vårdproducenter. De verkar framförallt inom den öppna vården och finansieras med offentliga medel. Finansieringsansvaret ligger huvudsakligen på regionerna/landstingen och i mindre utsträckning på kommunerna, vad gäller både offentlig och privat

---

<sup>4</sup> Specifik information för de olika distrikten och anledningar till variationer finns att studera i Årsredovisningar 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 för Region Skåne.

vårdistribution. (SOU, 1999:149) Eftersom region/landsting och kommun ansvarar för ombesörjandet av sjukvård, bedömer de när det är lämpligt att överlåta verksamhet åt privata entreprenörer. Överlåtet sker enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och bör därför genomföras affärsmässigt och utnyttja befintliga konkurrensmöjligheter. De privata vårdgivarna ingår ett vårdavtal med en sjukvårdshuvudman. *”Ett vårdavtal bör enligt regeringen (prop. 1996/97:123 sid. 23) bland annat omfatta verksamhetsinriktning, åtagande, former för rapportering samt ersättning till vårdgivaren.”* (SOU, 1999:149, s 69) Vårdavtal ges både till enskilda vårdgivare och till sjukhus och sjukhem som drivs i privat regi. Slutligen står det att läsa i HSL (1982:763, § 26) om patientens kostnad: *”Av patienter får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, ..., skall därvid behandlas lika.”*

## 2.3 Styrmedel för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården styrs av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) tillsammans med landstingens och kommunernas ansvarsområde. I HSL (1982:763, § 2) beskrivs de värdegrunder som utgör målen för hälso- och sjukvården i Sverige: *”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”* Lag (1997:142)

Därefter definieras de krav som ställs på en god vård i Sverige (§ 2 a). Vården ska:

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Följt av § 2 b: *”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.”*

De grundläggande värderingarna inom hälso- och sjukvård utgör följaktligen grunden till ett gott förtroende hos vårdtagarna. Bland de faktorer som bör ha en positiv påverkan på förtroende finns ovan nämnda: tillgänglighet, god kvalitet, integritet och trygghet. Trygghet beror ofta på igenkännande och kontinuitet och för de individer som frekvent uppsöker vård kan kontakt med samma läkare vara betydelsefullt. I HSL (1982:763, § 5) under landstingets ansvar fastställs att: *"Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare ska ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget."* Lag (1998:1654)

Vanligtvis sker patienternas kontakt med hälso- och sjukvården med läkare och annan vårdpersonal och det interpersonella mötet blir avgörande för förtroendet. Dock innefattar även patientens förtroende sjukvården som organisation. Däribland ingår administrationen av sjukvården, vilken omfattas av HSL (1982:763, § 28): *"Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet."* Lag (1996:787)

För att skydda patienten och bevaka patientens intressen i mötet med hälso- och sjukvården, finns det genom olika tillsynsinstrument möjlighet att bevaka patientens rättigheter. Patienter, eller anhöriga till patienter, som upplever att de blivit felaktigt behandlade kan anmäla hälso- och sjukvårdspersonal till Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd, HSAN. Även Socialstyrelsen, JK och JO har rätt att anmäla. HSAN har till uppgift att utreda felaktigheter och bedöma om disciplinåtgärder eller behörighetsåtgärder. En disciplinåtgärd är en preventiv åtgärd i form av en erinran eller varning. Behörighetsåtgärder är skyddsåtgärder som används för att upprätthålla patientsäkerheten. Det kan vara prövotid eller återkallelse av legitimation. ([www.hsan.se](http://www.hsan.se), 2005-04-07)

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och har det yttersta ansvaret för utövning av hälso- och sjukvård. HSAN och Socialstyrelsen samarbetar i flera led av processen kring anmälan, påföljd och överklagan till HSAN. I rollen av tillsynsmyndighet är det även Socialstyrelsen som tar emot så kallade Lex Maria

anmälningar. Om en patient har blivit utsatt för en allvarlig skada eller risk för skada har vårdgivare och/eller annan hälso- och sjukvårdspersonal anmälningsplikt genom (Lag 1998:531) om Lex Maria. Syftet är att förebygga händelser i framtiden och att patienten ska få klarhet i vad som orsakade den eventuella skadan. ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), 2005-04-26)

I Region Skåne finns en förtroendenämnd som är till för invånarna i regionen. Förtroendenämndens uppgift är att ge råd och stöd till patienter genom att förmedla information om hur patienten ska tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården. Nämnden främjar kontakter mellan patienter och styr patienter till rätt myndighet. Slutligen har nämnden skyldighet att rapportera avvikelser och iakttagelser till vårdgivare och vårdenheter. De politiker och tjänstemän som arbetar i förtroendenämnden har dock inga disciplinära befogenheter utan förtroendenämnden är endast ett rådgivande organ. ([www.skane.se](http://www.skane.se), 2005-04-26)

### 3 Förtroende

Förtroende har betydelse i alla sammanhang där individer interagerar och är en viktig del av det sociala samspelet. Förtroende byggs upp i olika relationer såväl på ett personligt plan mellan individer på arbetet och på fritiden som i transaktioner mellan företag och organisationer av olika slag. Förtroende kan anta olika former och uttryck i olika sammanhang. Det är ett ämnesområde som är relevant inom flera discipliner och litteraturen är omfattande. Det finns otaliga tolkningar av begreppet förtroende och flertalet har gemensamma beståndsdelar. Nedan följer två definitioner med något skilda utformning:

*”Trust is the expectation that arises within a community of regular, honest, and cooperative behaviour, based on commonly shared norms, on the part of other members of that community.”* (Fukuyama, 1995, s 26)

*“the willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party”* (Mayer et al, 1995, s 712)

Det första citatet har att göra med i vilket sammanhang förtroende skapas och vad som är grundstenarna för dess uppbyggnad. Fukuyama (1995) menar att individer i ett samhälle är sammanbundna av värderingar, normer och regler. De gemensamma värdegrunderna bildar en känsla av samhörighet och i sådan miljö skapas förtroende. Det andra citatet visar att förtroende har att göra med osäkerhet och utsatthet. Förtroende handlar om en förväntning om någon annans beteende. Individuella handlingar är oförutsägbara och den som har valt att lita på en annan part utsätter sig för en risk då det inte finns möjlighet att kontrollera den andre partens handlingar. All relevant information om den andra parten är inte tillgänglig och därmed finns det en möjlighet att förtroendet missbrukas. (Nooteboom, 2002)

Det är en stor bredd på de olika uttrycken för förtroende som förekommer i litteraturen och Braithwaite (1998) har delat in det multidimensionella begreppet förtroende i tre

teman. Det första är ett harmoni perspektiv som handlar om öppenhet, omtanke, avsaknad av vilja att utnyttja andra, respekt och gemensamma värderingar. I harmoniperspektivet ses förtroende som en biprodukt av delade uppfattningar, gemensamma mål och socialt ansvar. Det andra temat kännetecknas av säkerhet och sammanbinder förtroende med potentiell risk, osäkerhet och möjlighet att kontrollera en viss risk för att uppnå en förväntad vinst. Det tredje temat ser förtroende som en handling, och omfattas av uttryck som kompetens, trovärdighet och uppfyllande av åtaganden. Det sista temat innehåller komponenter av både harmoni- och säkerhets perspektiv.

En analys av förtroende fokuserar på konflikten mellan individuella och kollektiva intressen. Det individuella intresset handlar om egenintresse, behov, attityd och motiv medan det kollektiva intresset handlar om samarbete, normer, lagar och institutioner. (Braithwaite, 1998)

Två viktiga begrepp att skilja på i sammanhanget är "trust" och "trustworthiness", som kan översättas med förtroende och tillförlitlighet. Initialt kan en part välja att ha förtroende för en annan om hon upplever att den andre parten är tillförlitlig. För att förtroende ska bestå krävs bevis på att den andre parten är tillförlitlig annars försvinner förtroendet. (Levi, 1998) Förtroende är något som endast en enskild individ kan känna medan tillförlitlighet kan appliceras på både individer och institutioner.

Det krävs minst två parter för att förtroende ska kunna förekomma och det förutsätter någon form av interaktion mellan parterna. Subjekt i interaktionen är agenter som kan vara individer eller fler agenter såsom i ett företag eller en organisation. Objekt kan vara människor, organisationer, institutioner eller socioekonomiska system. En intressant fråga är vilket samband som finns mellan förtroende för ett system och förtroende för en individ i systemet. Nooteboom (2002) anser att det krävs förtroende i ett system för att kunna känna förtroende för en agent i systemet. Samtidigt verkar ett förtroende för en enskild agent som förtroendeskapande för hela systemet. Enligt Levi (1998) är det förtroende en individ har för en institution, en uppskattning av att representanter för institutionen i genomsnitt kommer att agera trovärdigt. Åsikterna går isär om huruvida förtroende är något som kan överföras. En av de forskare som anser att förtroende kan



överförs är Putnam (1993). Han menar att förtroende är en form av socialt kapital<sup>5</sup> som ytterligare utgörs av normer och nätverk, gemensamt kan underlätta kollektivt handlande. Förmågan att samarbeta inom små grupper, i fotbollslaget eller villaföreningen, resulterar i kunskap om att samarbete lönar sig och det finns en vinst i att ha förtroende i olika sammanhang, även då det råder brist på information. Andra, såsom Hardin (1998) som undersöker förtroende för staten och dess institutioner, menar att förtroende i personliga relationer där ett upprepat samspel pågår skiljer sig från förtroende för en representant för ett system. Hardin anser att det måste finnas ett incitament att vara tillförlitlig, det vill säga en vinst såsom det finns en vinst i ett upprepat spel mellan två parter. Incitamentet för en representant i ett system att agera tillförlitligt är av annan karaktär än incitament i en personlig relation mellan vänner exempelvis. Dock medger han att upprepade kontakter med företrädare för en organisation kan skapa förtroende för den organisationen.

Uppenbarligen finns det flera sammanhang där förtroende brukas, beroende på vilken betydelse som begreppet innebär, kan funktionen vara olika. Nedan preciseras dess betydelse för ekonomiska aktiviteter.

### **3.1 Vikten av förtroende för ekonomiska aktiviteter**

Förtroende underlättar aktiviteter mellan individer, företag och organisationer genom att minska transaktionskostnaderna. *"Virtually every commercial transaction has within itself an element of trust, certainly any transaction conducted over a period of time. It can be plausibly argued that much of economic backwardness in the world can be explained by a lack of mutual confidence."* (Arrow, 1972, s 357) Förtroende är en grundläggande förutsättning för all ekonomisk aktivitet. Ett högt förtroende minskar utgifterna för att kontrollera huruvida avtal och kontrakt efterföljs. Ostrom och Ahn (2003) menar att förtroende kan stärkas när individer är tillförlitliga, agerar inom ett nätverk och när det finns institutioner som är starka och kan bestraffa de som bryter ett avtal. Det finns ett incitament att agera tillförlitligt i privata förbindelser liksom i

---

<sup>5</sup> Socialt kapital handlar om en investering i sociala relationer, vilket har ett tydligt samband med ekonomisk och politisk framgång. Företrädare i teorier kring socialt kapital är främst Putnam, R. och Coleman, J.

affärsförbindelser, om det kommer att ske upprepade transaktioner mellan två parter. Man kan uttrycka det som att det finns en självisk tanke med att vara tillförlitlig, vilket innebär att individen/företaget kan dra nytta av en framtida transaktion. Även vid enstaka transaktioner kan det vara nyttomaximerande att agera tillförlitligt då information om individens/företagets handlande kan spridas inom ett nätverk till ytterligare parter för framtida transaktioner. Där effektiva formella och informella institutioner finns, som bestraffar de som bryter ett förtroende, är det troligt att avtal, kontrakt, lagar och regler följs. (Ostrom & Ahn, 2003) Ett högt förtroende innebär därmed att transaktionskostnaderna kan minskas då förtroende fungerar som ett komplement till juridiska institutioner. De mest effektiva samhällen och organisationer grundar sig på gemensamma etiska värderingar, där sociala grupper bildas genom frivilliga kontrakt mellan individer vilka beräknar att ett samarbete ligger i deras långsiktiga intresse. Lagar och förordningar spelar en mindre roll och man förlitar sig på ett gemensamt förtroende. (Fukuyama, 1995) En negativ aspekt av förtroende är dock att utveckling och innovation kan hämmas av en för statisk relation som förhindrar nytänkande och konkurrens. (Nooteboom, 2002)

Förtroende vid en transaktion påverkas av olikheter i socialt sammanhang mellan parter som interagerar. *"Skillnaden i socialt sammanhang kan mätas i flera olika dimensioner såsom blodsband, etiska band, språkskillnader, kultur, inkomst, utbildning, välmående, sysselsättning, social status, geografiskt avstånd och politiska och ekonomiska rättigheter."* (Zak & Knack, 2001, s 312) Känslan av samhörighet beror därmed på om man delar normer och värderingar. Ju mer lika parterna är socialt sett, desto högre är förtroendet dem emellan och därmed ökar sannolikheten för att fler transaktioner ska äga rum.

Vanligtvis finns det en samhörighet mellan individer i ett samhälle, en region eller ett land och det påverkar förtroendet inom det givna området. Förtroendet skiljer sig åt i olika länder, vilket i sin tur påverkar den ekonomiska aktiviteten. Knack och Keefer (1997) menar att förtroendet i ett samhälle, en region eller ett land hänger samman med antalet plånböcker med pengar i som tappas på gatan och därefter lämnas tillbaka till ägaren med pengarna kvar. Zak och Knack (2001, s 306) liksom Knack och Keefer (1997, s 1256) har använt sig av ett mått på förtroende som mäter den procentuella andelen av individer i ett land som stödjer de olika påståendena *"man kan lita på de*

*flesta människor*” alternativt *”man kan inte vara nog försiktig när man har med andra människor att göra*”. Det visade sig att de nordiska länderna med undantag av Island har högst förtroende med Norge i topp på 61,2 % och Sverige på 57,1 %. Invånarna i Brasilien har tvärtemot lägst förtroende med 6,7 %, Turkiet 10 % och Mexico 17,7 %. (Knack & Keefer, 1997) Dock beror svaren på vilka som omfattas av begreppet ”människor”. Ett alternativ är att ”människor” betyder folk i allmänhet. Ett annat alternativ är att betydelsen är en snävare grupp och består av de man i huvudsak har kontakt med. I länder där förtroendet generellt är lågt sker olika transaktioner mest med vänner och släktingar medan i länder med ett högt förtroende sker transaktioner med en betydligt bredare grupp, det vill säga folk i allmänhet. Därmed förekommer det en bias i uppskattningen av förtroende i ett land.

Graden av förtroende orsakar differentierade kostnader för ekonomiska aktiviteter i länder med högt förtroende och länder med lågt förtroende. Individer i länder med högt förtroende spenderar mindre kostnader i pengar och tid för att skydda sig från att bli utnyttjade vid ekonomiska transaktioner. I mindre utsträckning behövs skrivna kontrakt och färre rättsprocesser äger rum. I länder där förtroendet är lågt får individerna avsätta mer resurser för att skydda sig själva, innovation begränsas då det kostar mycket att kontrollera partners, anställda eller potentiella handelspartners. (Knack & Keefer, 1997) Bristen på förtroende kan vara en orsak till att många transaktioner inte sker överhuvudtaget. Resultaten från Knack och Keefers (1997) studie visar att förtroende har betydelse för ekonomisk tillväxt. I fattiga länder är sambandet mellan förtroende och tillväxt störst vilket beror på att de rättsliga institutionerna är mindre utvecklade vilket gör det svårare att upprätthålla kontrakt. Interpersonellt förtroende är mer viktigt för att underlätta ekonomiska aktiviteter när det råder brist på formella substitut.

Statliga verksamheter och beslut har högre tillförlitlighet i länder med ett högt förtroende. Det ökar investeringsviljan hos företagen och viljan till ekonomiska aktiviteter. Det resulterar i att viljan att investera i humankapital ökar och avkastningen på utbildning blir högre. I länder med lågt förtroende förlitar man sig på tillförlitlighet hos de man samspekar med mätt i personlig kännedom och blodsband. Det minskar incitamenten att investera i utbildning. (Knack & Keefer, 1997)

## 3.2 Förtroende inom hälso- och sjukvården

I det sociala samspelet mellan individer är förtroende något som byggs upp med erfarenheter över tid. Ofta finns det ett stort förtroende inom en familj och mellan nära vänner. I olika sammanhang tvingas dock individer att ha förtroende för andra individer utan närmre relation. Det är en utsatt situation eftersom förtroende kan missbrukas och ge negativa konsekvenser. Relationen mellan vårdgivare och patient speglar ett sådant sammanhang. (Mechanic & Meyer, 2000)

En anledning till att det är av intresse att studera förtroende inom hälso- och sjukvårdsmarknaden har att göra med förekomsten av asymmetrisk information. I mötet mellan en vårdgivare och en patient uppstår en situation som karaktäriseras av asymmetrisk information. Begreppet innebär att en part är mer informerad än en annan och kan utnyttja denna situation till sin fördel. (Hurley, 2000) Då patienten uppsöker vård kommer vårdgivaren, i form av en läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal<sup>6</sup> i stort sett alltid att vara mest informerad. Det är information om sin sjukdom och behandling som patienten efterfrågar vid kontakten med hälso- och sjukvården. Vårdgivaren har kompetensen att ställa diagnos och föreslå behandling för den åkomma patienten lider av.

Patienten söker information för att kunna delta i besluten kring vilka åtgärder som skall göras. Dock kan det konstateras att båda parter har nytta av att utbyta information. För att vårdgivaren ska ha möjlighet att göra en korrekt bedömning krävs att patienten tillgodoser vårdgivarens behov av information kring sitt hälsotillstånd, tidigare sjukdomshistoria och dylikt.

I mötet mellan en vårdgivare och en patient är förekomsten av förtroende betydande för möjligheten att kunna förbättra patientens hälsa. Förtroende fordras för att patienten ska vara villig att delge vårdgivaren alla aspekter av sitt sjukdomstillstånd, så att rätt diagnos kan ställas. Vidare fordras förtroende för att patienten i ett senare skede ska

---

<sup>6</sup> I kapitel 3.2 kommer för enkelhetens skull benämningen vårdgivare att användas och i de flesta fall åsyftar det på läkaren, då det i litteraturen är den vårdgivare som det främst teoretiseras kring.

följa vårdgivarens rekommendationer. Förtroende minskar därmed informationsasymmetrin vilket ger positiva effekter på hälsan.

Patienten har mest kunskap om hur ett förbättrat hälsotillstånd påverkar hennes nytta och vårdgivaren vet mer om orsaken till sjukdom och effektiviteten av olika behandlingar samt hur de påverkar hälsotillståndet för patienten. (Hurley, 2000) Till följd av osäkerhet kring sjukdomens yttringar och behandlingens effekter kan marknadsmisslyckande uppstå med ekonomiska kostnader som följd. Asymmetrisk information leder till att patienten konsumerar vård hon inte skulle ha konsumerat om hon hade haft mer information. (Hurley, 2000) I en situation som kännetecknas av asymmetrisk information kan en principal påverka en agents handlande och detta kallas agentproblematik.

Agentproblematiken rör relationen mellan en agent/vårdgivare och en principal/patient. Principal - agent relationen bygger på att patienten helt eller delvis överlämnar beslutsfattandet till vårdgivaren då det medför en för hög kostnad för patienten att själv införskaffa samma information som vårdgivaren har. Grundkärnan i relationen är att vårdgivaren ska agera utifrån patientens preferenser. (Hurley, 2000) Vårdgivarens uppgift är att maximera patientens nytta, men vårdgivaren har oftast inte exakt kännedom om patientens preferenser. Mooney och Ryan (1993) har uttryckt sambandet mellan parterna som att agentens och principalens nyttofunktioner är beroende av varandra. Vid en optimal situation skulle vårdgivaren ge patienten all information om vilka förväntade effekter en behandling får och därefter kan patienten göra ett rationellt val över vilken åtgärd som ska göras. Det är dock troligt att vårdgivarens nyttofunktion skiljer sig från patientens  $U(X_1, X_2, \dots, X_n)_{agent} \neq U(X_1, X_2, \dots, X_n)_{principal}$  och det leder till en imperfekt agentrelation.

Inom teorin kring SID<sup>7</sup> har relationen mellan vårdgivare och patient och kring vårdgivarens incitament att påverka pris, kvantitet och kvalitet på vård berörts. Det är ett omdiskuterat område och oenighet råder kring i vilken utsträckning det faktiskt förekommer. Vårdgivaren har i relationen med patienten rollen som rådgivare och rekommenderar patienten en viss behandling. Således är det vårdgivaren som har stort

---

<sup>7</sup> SID är en förkortning av Supplier Induced Demand

inflytande över kvantiteten konsumerad vård. Det är möjligt att vårdgivaren har en bakomliggande åtanke med rekommendationen och väljer en behandling som gynnar egna intressen. Till följd av att patienten har mindre information och kunskap om sitt sjukdomstillstånd har vårdgivaren möjlighet att påverka exempelvis individens efterfråga på vård efter eget tycke. (McGuire, 2000) Majoriteten av undersökningar om vårdgivarens påverkan på efterfrågad vård behandlar en ökning av efterfråga men det kan även handla om att vårdgivaren reducerar efterfrågan på vård. Giuffrida & Gravelle, (2001) använder sig av en teoretisk modell som tar hänsyn till att inverkan på efterfrågan kan vara åt båda håll. De finner att allmänläkare i Storbritannien ökar antal egna utförda besök till patienter men minskar antalet när de delegerar besöken till andra vårdgivare vid en differentierad kostnad mellan läkare och andra vårdgivare. Grytten et al (1995) finner å andra sidan inget stöd för att läkare med olika ersättningssystem inom offentlig primärvård i Norge påverkar efterfrågan åt något håll. Resultatet är en indikation på att de agerar som perfekta agenter för sina patienter.

Ersättningssystemen för offentligt och privat anställda vårdgivare i Sverige är i många fall differentierade vilket kan påverka hur de agerar gentemot sina patienter. En offentliganställd arbetar i större utsträckning med fast ersättning medan privatanställda kan ha en större del av lönen som baseras på utförda åtgärder eller antal patientbesök. Det innebär att en privat anställd vårdgivare till skillnad från offentligt anställda vårdgivare har incitament att påverka sin inkomst genom att öka antalet vårdbesök. Det kan även förekomma att offentliga vårdgivare erhåller förmåner av distributörer av medicinsk utrustning samt läkemedelsföretag vilket i en förlängning kan ha en indirekt påverkan på vårdtagare.

Både vårdgivare och patient är medvetna om att det är en tredje part som finansierar vården till största del, vilket vägs in i deras agerande. Patienten betalar inte det fulla priset för vården utan endast en patientavgift för läkarbesök och en för läkemedelsuttag. Förekomsten av en tredje parts finansiär bör ha en positiv inverkan på förtroende för vårdgivaren. Utifrån de förutsättningar som råder finns det ytterligare möjligheter som en vårdgivare kan utnyttja till sin fördel. Det kan exempelvis vara att föreslå patienten en åtgärd som inte belastar den budget under vilken vårdgivaren själv arbetar. Läkemedelsbehandling istället för ett ingrepp kan vara en sådan åtgärd. En annan möjlighet är att föreslå åtgärder som tar minst möjliga tid i anspråk från vårdgivarens

sida. För patienten är det svårt att bedöma om och i sådana fall hur vårdgivaren åsidosätter patientens intressen till förmån för sina egna intressen. Trots att patienten är medveten om att vårdgivaren arbetar under finansiella och administrativa restriktioner vill patienten gärna tro att vårdgivarens enda intresse är att agera för patientens bästa. Det kan vara svårt för patienten att inse att hennes behov vägs mot någon annans. (Mechanic & Meyer, 2000)

### **3.2.1 Sanktionsmöjligheter**

Patienten förutsätter att vårdgivaren följer läkarkårens etiska regler. I läkarkåren liksom bland andra yrkesgrupper finns det dock personer som avviker från uppsatta lagar och samhällsnormer. För vårdgivare som brister i sin yrkesutövning finns sanktionsmöjligheter av olika grad. Patienten och annan vårdpersonal kan anmäla till ansvarsnämnden eller enligt lex Maria och påföljderna bedöms utifrån hur allvarlig incident som inträffat. De olika tillsynsmyndigheterna utgör tillsammans med vårdgivarens legitimation den formella bedömningen av kompetens och rätt till yrkesutövning. Patientens möjlighet att kontrollera att vårdgivaren utför sitt arbete på ett korrekt sätt är dock begränsad då hon inte kan bedöma den medicinska kompetensen. Bedömningen av vårdgivaren baseras därför främst på interpersonell kompetens. Den interpersonella kompetensen speglas i förmåga att lyssna, förstå patientens situation, omhändertagande, ärlighet, respekt och kommunikationsförmåga och informationsdelgivning. En del av dessa egenskaper kan vårdgivaren lära sig medan andra är svårare att införskaffa om man inte redan besitter dem, såsom empati och omtanke. (Mechanic & Meyer, 2000) Patienten utvärderar vårdgivarens medicinska kompetens genom erfarenheter och en bedömning av hur väl behandlingen fungerar. Om patienten upplever att behandlingen inte hjälper, om medicinen ger svåra biverkningar och inte fungerar och om diagnosen blir fel sjunker förtroendet. (Mechanic & Meyer, 2000) Förtroende kan därmed användas som ett sätt att kontrollera vårdgivaren.

## **3.3 Vårdsökande och förtroendets inverkan**

Bakom individens beslut att uppsöka vård ligger en beräkning av de sammanlagda vinster och kostnader som associeras med att få vård. Avgörande för om individen söker

vård är den direkta nyttan och onyttan av att konsumera vård. Syftet med att uppsöka vård är att förbättra hälsotillståndet alternativt att förhindra att hälsotillståndet försämras. Hälso- och sjukvård konsumeras därmed för att det skänker individen nytta. Olika individer har olika nyttofunktioner som rangordnar olika kombinationer av varor och tjänster. Den individuella nyttan maximeras utifrån individens budgetrestriktion. (Hurley, 2000)

$$U = U(X, HC, HS(HC, Z)).$$

Individens nytta  $U$  är en funktion av  $X$ , varor och tjänster,  $HC$ , sjukvård,  $HS$ , hälsostatus som i sig är beroende av  $HC$ , sjukvård och andra bestämningsfaktorer för hälsa,  $Z$ . Den marginella nyttan av att konsumera sjukvård är negativ ( $\partial U/\partial HC < 0$ ) då behandling bland annat kan innebära smärta och oro. Individen har en subjektiv uppfattning om marginalnyttan av hälsotillståndet som kan antas vara positiv ( $\partial U/\partial HS > 0$ ) eftersom individen kan prestera mer om hon är frisk. Individen konsumerar främst sjukvård för att förbättra hälsotillståndet och därmed är den marginella påverkan av sjukvård på hälsotillstånd positiv ( $\partial HS/\partial HC > 0$ ). (Hurley, 2000)

Om patienten har ett högt förtroende för hälso- och sjukvården generellt och/eller en viss vårdgivare specifikt innebär det att den marginella förväntade nyttan av hälso- och sjukvård genom effekten på hälsotillstånd är positiv. Om den konsumerade vården inte får de positiva effekter på hälsotillståndet som förväntas kan det leda till att den marginella förväntade nyttan i framtiden sjunker. Det kan ske om patienten upplever ett lågt förtroende till följd av en felaktig behandling exempelvis. Den marginella förväntade nyttan av hälso- och sjukvård på hälsotillstånd omformas ständigt av egna och andras erfarenheter och den bild som förmedlas i media.

### 3.3.1 Förtroende och produktion av hälsa

Individen eftersträvar en god hälsa och i humankapitalmodellen beskriver Grossman individens efterfråga på hälsokapital. Han menar att efterfrågan på insatsvaror till hälsoproduktion är härledd från efterfrågan på hälsa. Hälsa efterfrågas och produceras av individen själv. Hälsa efterfrågas eftersom sjukdom är en onyttia och individen strävar efter att vara frisk och hälsa kan på detta sätt ses som en konsumtionsvara. Hälsa



kan även ses som en investeringsvara som bestämmer hur mycket tid individen har att producera på och utanför marknaden. En investering i hälsokapital ger dig fler friska dagar att fördela mellan arbete och fritid. (Grossman, 2000)

Investeringar i hälsa kan tydliggöras i hushållets produktionsfunktion där hälsa produceras med insatsvaror som exempelvis sjukvård, motion, kost, rökning och alkohol.

$$I_t = I_t(M_t, TH_t; E).$$

Investering i hälsokapital,  $I_t$  är en funktion av  $M_t$ , marknadsvaror i produktionen av hälsa,  $TH_t$  tid som används för att förbättra hälsan, och  $E$  humankapital.

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t; E).$$

$Z_t$  är andra varor som produceras med insats av marknadsvaror,  $X_t$ ,  $T_t$  tid och  $E$ , humankapital. (Grossman, 2000)

Förtroende kan påverka patientens hälsoproduktion på flera sätt. Produktionsfunktionens utformning beror delvis på vad vårdgivaren säger om den effekt olika hälsoinvesteringar förväntas ge i form av nytta för individen. Förtroende för sjukvårdens producenter påverkar vilken mängd hälsokapital individen är villig att investera i. Vidare påverkar förtroende för olika vårdproducenter vilken typ av vårdproduktion individen väljer. Vid sjukdom kan det finnas alternativa behandlingsformer, patienten uppsöker eventuellt olika producenter som förespråkar olika behandlingar. I valet mellan exempelvis sjukgymnastik eller operation kan förtroendet för vårdproducenten vara avgörande för utformningen av individens produktionsfunktion. Ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården ökar investeringen i andra insatsvaror än sjukvård i hälsoproduktionen såsom motion, kost och även alternativa vårdformer.

Frågan är vad effekten på hälsan blir vid ett minskat förtroende? Det låga förtroendet påverkar individens beteende på två sätt. Först och främst kan individens benägenhet att söka vård ändras så att individen söker mindre vård. Individen kan då antingen ägna sig åt preventiva åtgärder istället vilket sannolikt har en positiv men möjligtvis svag effekt på hälsan. Om individen inte gör någonting alls för att åtgärda sitt hälsoproblem blir effekten på hälsan sannolikt starkt negativ. Det andra sättet som beteende kan ändras på

är att individens benägenhet att följa ordination minskar, det innebär att individen inte följer de råd som vårdgivaren ger och fullföljer inte medicinsk behandling exempelvis. Det är troligt att även den senare förändringen i beteende har en negativ effekt på hälsan.

### **3.3.2 Variation i förtroende utifrån bakgrundssituation**

Grossman (2000) ser hälsa som en kapitalstock som producerar friska dagar. Individen påverkar själv hur mycket hon investerar i hälsokapital. Med ålder deprecieras hälsokapitalet med ökande hastighet. Därmed ökar generellt behovet av hälso- och sjukvård. Äldre individer är i större utsträckning än yngre, ”tvingade” att ha ett högt förtroende för hälso- och sjukvårdens producenter. Förtroende för den vårdpersonal som hjälper dig vid sjukdom är ett sätt att hantera den oro som riskerna med att genomgå exempelvis en operation medför. (Viklund, 2003) Bland äldre är konsumtionen av vård högre och behovet av förtroende större.

Utbildning är en faktor som påverkar effektiviteten i produktionen av varor. Där ingår även produktionen av hälsa. Med en given mängd insatsvaror genereras olika mängder hälsa, beroende på utbildningsnivå och övrigt humankapital. (Grossman, 2000) Det finns flera möjliga förklaringar till att högre utbildning har en positiv effekt på hälsan.<sup>8</sup> Av intresse här är att se hur utbildningsnivå kan tänkas påverka förtroende. I mötet med hälso- och sjukvården inverkar utbildningsnivån på informationsutbytet mellan läkare och patient. En högutbildad har ett bättre informationsutbyte med sin läkare vilket resulterar i ett bättre utfall av vården. Det medför att erfarenheterna av vården ökar förtroendet för vården och därmed det framtida vårdsökandet. Motsatt innebär en låg utbildningsnivå att informationsutbytet fungerar mindre bra och därmed blir utfallet av vården sämre. Det leder till att förtroendet sjunker. Därmed kan det förväntade sambandet mellan förtroende och utbildning vara positivt. En annan aspekt är att högutbildade har bättre kännedom om, och utnyttjar alternativa informationskällor utöver den information som ges av läkaren. Därmed kan högutbildade patienter vara mer kritiska och ifrågasätta läkarens bedömning. Ett kritiskt förhållningssätt leder

---

<sup>8</sup> Se exempelvis Grossman (2000) och Kenkel (2000) för en fördjupning i sambandet mellan utbildning och hälsoproduktion.

exempelvis till att brister i den givna vården lättare upptäcks och det kan inverka negativt på förtroende.

Utbildning kan vara relaterat till sysselsättning som i sin tur påverkar inkomsten. Hög utbildning förväntas ha en positiv effekt på inkomst. Inkomsten begränsar möjligheterna att konsumera allt du efterfrågar. I en värld med knappa resurser maximerar individen en nyttofunktion utifrån en budgetrestriktion. Konsumtionen av olika varor och tjänster för hälsoproduktion styrs av individuella preferenser och inkomst. Konsumtion av vård som inte omfattas av högkostnadsskyddet är ett exempel på att vårdkonsumtion differentieras utifrån inkomst. Högkostnadsskydd innebär att patienter som under det senaste året uppnått patientavgifter som överstiger 900 kronor får ett frikort som ger fri vård under kvarvarande tid av en tolv månadersperiod. ([www.skane.se](http://www.skane.se), 2005-05-21) All vård omfattas inte av högkostnadsskyddet och de med låg inkomst har inte samma möjligheter att välja mellan olika vårdalternativ.

Tid har betydelse för hälsoproduktionen då tid har en alternativkostnad som påverkar hur mycket tid som fördelas mellan arbete och fritid. Fördelningen av tid påverkar inkomsten och därmed hälsoproduktionen. Det kostar olika mycket för individer att uppsöka vård och kostnaden består av tid och pengar. Låg- och höginkomsttagare konsumerar olika då värdet av tid är olika. (Folland et al, 2001) En höginkomsttagare har en hög tidskostnad, det kostar mycket i utebliven lön att köa på vårdcentralens jourmottagning. En arbetslös har gott om tid och lite pengar och investerar gärna i tidskrävande insatsvaror. En egen företagare har inte tid att vara sjukskriven och är beredd att investera i en privat sjukförsäkring för att därigenom försäkra sig mot vårdköer.

Utifrån ekonomiska förutsättningar och sysselsättning värderar individer hälso- och sjukvården olika och bygger sitt förtroende på skilda aspekter av vården. Individer har olika uppfattning om vad som är bra och dåligt med hälso- och sjukvården i Sverige idag. Låginkomsttagare samt de med låg tidskostnad uppskattar en låg patientavgift mot att de får vänta på vården. Höginkomsttagare med hög tidskostnad kan vara beredda att betala mer mot att erhålla hjälp fortare. Vårdköer borde därför ha en negativ effekt på förtroendet hos höginkomsttagare. I det offentliga sjukvårdssystemet är möjligheterna att köpa sig vård begränsade, eventuellt kan man i vända sig till privata

vårdproducenter. Sannolikt är dock höginkomsttagare genom korrelationen med utbildning bättre rustade för att finna en väg in i vården. De kan ha lättare att undvika långa väntetider och kösystem då de har en större förmåga att argumentera för sin sak. De har större kännedom om sina rättigheter till vård och utnyttjar dem i större utsträckning.

### **3.4 Betydelsen av förtroende: en sammanfattning**

Varför är det intressant att undersöka variationen i förtroende för hälso- och sjukvården? Flera svar finns att tillgå men främsta anledningen är att förtroende har en inverkan på vårdsökande, benägenhet att följa ordination och därmed en inverkan på hälsotillstånd. Ett svagt hälsotillstånd leder till en bristande förmåga att delta i såväl arbetsliv som livet i övrigt.

I kontakten med hälso- och sjukvården är förtroende en viktig aspekt som påverkar individens vårdsökande. Att befolkningen har ett stort förtroende för vården innebär att de förväntar sig att få vård och behandling vid behov. Förtroende hos vårddagarna innebär en tilltro till att vårdproducenter ska agera för att tillgodose individens behov av hjälp. För att vårddagarens förtroende ska uppfyllas, krävs det att hon blir väl bemött vid mötet med vården, att någon lyssnar, att någon ger diagnos och information samt föreslår vidare åtgärder. Vidare är det viktigt för förtroendet att tillgängligheten är god, det innebär att väntetider såväl vid telefonkontakt som vid väntan på behandling är rimliga. Förtroende påverkas också av vilket utfall vården får, det vill säga om vården har en positiv effekt på hälsotillståndet. Sammanfattningsvis påverkas graden av förtroende av tidigare erfarenheter från kontakten med hälso- och sjukvården, den bild som förmedlas via nära och kära och även via media samt av en förhoppning om att få hjälp för sina besvär.

Upplever patienten ett bristande förtroende kan det ge negativa konsekvenser för hälsotillståndet. Brist på förtroende ändrar individens beteende dels genom ett minskat incitament att uppsöka vård, dels genom en mindre benägenhet att följa ordination. Det kan få olika tänkbara effekter på hälsotillståndet beroende på vilken alternativ vårdproduktion individen väljer. En negativ vision är att patienten uppsöker vård i ett

senare skede till en högre kostnad för individen och samhället. Kostnaden för individen består i ett sämre hälsotillstånd och en ökad investering i hälsokapital för att uppnå initial hälsostatus. Vidare innebär sjukdom förutom utebliven lön nedsatt förmåga att fungera i vardagen. För samhället innebär det en kostnad i utebliven produktion och ersättning för sjukdom och de medföljande kostnader som ökade insatser inom hälso- och sjukvården resulterar i. Däribland utgifter för läkemedel och exempelvis slutenvård. En möjlig positiv vision är att individen investerar i preventiva insatser för att behålla en god hälsostatus. Om befolkningen är skeptisk till hur hälso- och sjukvården fungerar kan det vara en anledning att förbli frisk.

Om förtroendet för hälso- och sjukvården påverkas av vilken bakgrund individen har kan det ses som en indikation på att värdegrunderna som anges i HSL inte uppfylls. Om det finns en samvariation mellan exempelvis utbildning och inkomst som har ett negativt samband med förtroende strider det mot den svenska hälso- och sjukvårdens intentioner. Individens rättigheter och de tillsynsmyndigheter som övervakar är betydande för förtroendet och därför är det viktigt att belysa den aspekten i en studie av förtroende.

## 4 Metod och empiriskt material

Hur kan man mäta förtroendet och vilka variabler bör inkluderas i en modell? Det finns inga givna modeller som används för att mäta förtroende. Den allmänna uppfattningen som ges av tidigare studier är att begreppet förtroende omfattar flera aspekter och kan innefatta många dimensioner. Förtroendet blir en sammanvägning av flertalet uppfattningar inom områden som bemötande och kvalitet exempelvis. Det vanligaste tillvägagångssättet är att fråga om individer har förtroende för sjukvårdens företrädare eller systemet, vilket också är den frågeställning som används i Vårdbarometern. En av bristerna med en sådan utformning är att en den ställda frågan är vagt formulerad och därför finns få möjligheter att närmare studera vilka aspekter av förtroende som har störst betydelse och vad som behöver förbättras för att öka förtroendet. I mer omfattande studier finns andra möjligheter att vidga begreppet förtroende.

Straten et al (2002) är en av de forskare som i sin studie har en bredare definition av förtroende och har identifierat sex dimensioner av begreppet. Förtroende för sjukvårdsproducenternas fokus i patienten, förtroende för att beslut på makronivå inte påverkar patienten, förtroende för kompetens och kunskap av sjukvårdens producenter, förtroende för kvaliteten på vården, förtroende för information och kommunikation om behandlingar och slutligen förtroende för att olika vårdgivare samarbetar. Genomgående verkar olika studier av förtroende vara breda och generella och innehålla liknande definitioner. Hall et al (2002) har sammanfattat de många förklarande uttrycken för förtroende i fem begrepp; trohet, kompetens, ärlighet, tillit och slutligen ”global trust”, vilken Hall på ett otydligt sätt förklarar som en kombination av alla dimensioner.

### 4.1 Frågeformuläret Vårdbarometern

Vårdbarometern är en kvartalsvis rullande undersökning som utförs i ett flertal landsting och har pågått sedan september 2001. Via telefonintervjuer har man som mål att tillfråga ca 0,5 % av befolkningen årligen och ta reda på vilken erfarenhet av, uppfattning och kunskaper om vården som befolkningen har. Det totala materialet som

insamlats fram till andra kvartalet 2004 omfattar ungefär 130 000 observationer. Region Skåne deltog inte från början av insamlingen utan anslöt sig något senare. Totalt består det undersökta materialet till vår studie av 15 698 observationer som insamlats från första kvartalet år 2002 (omgång 1: 2002) till och med andra kvartalet 2004 (omgång 2: 2004).

Vårdbarometern är en undersökning om allmänhetens erfarenheter och attityder till sjukvården. Undersökningen är omfattande och innehåller totalt 67 frågor.<sup>9</sup> Frågorna är av olika karaktär och berör bland annat tillgänglighet, kvalitet på bemötande och förtroende. I början av intervjun får respondenten svara på om hon som patient eller anhörig uppsökt vård inom de senaste 12 månaderna. Därefter anger de som sökt vård vilken typ av vårdenhet som besökts och alternativerna som anges är; akutmottagning på sjukhus, vårdcentral/husläkarmottagning, mottagning/klinik på sjukhus samt privat specialistläkare. Respondenten besvarar sedan följdfrågor kring den uppsökta enheten och de berör hur kontakten med vården togs, hur tillgängligheten var och om väntetiden var rimlig. Vidare svarar respondenten på ett antal påståenden om bemötande av sjukvårdspersonal. Den avslutande delen av Vårdbarometern besvaras av samtliga individer, även de som inte uppsökt vård den senaste tolv månadersperioden. Det innehåller frågor som bland annat rör rådgivning per telefon, informationssökning om vård på Internet samt ett antal frågor som handlar om kunskaper om vården. De frågor som är centrala för uppsatsens syfte är frågor som samtliga individer besvarat och det är en uppskattning av förtroende för olika vårdproducenter samt socioekonomiska och demografiska frågor. För en närmre inblick i de centrala frågorna presenteras de i exakt utformning i Appendix och nedan följer dessutom en diskussion kring några av frågorna och de variabler som har valts ut att delta i studien av förtroende.

De förtroendespecifika påståendena inleds alla med: ”Hur stort förtroende har du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar...” Respondenten svarar på en femgradig skala där 1 betyder att man har ett mycket litet förtroende och 5 således ett mycket stort förtroende. De svarande får värdera fem olika vårdproducenter;

---

<sup>9</sup> Somliga landsting har valt att inkludera tilläggsfrågor, dock inte i Region Skåne.

husläkare/distriktsläkare, distriktssköterska, akutmottagning, andra sjukhusmottagningar och hos privata specialistläkare/läkarhus.<sup>10</sup>

## 4.2 Deskriptiv statistik och inkluderade variabler

Av frågorna kring förtroende för olika enheter är endast husläkare/distriktsläkare, sjukhusen akutmottagningar och hos privata specialistläkare/läkarhus inkluderade i uppsatsens studie. Anledningen är delvis att begränsa omfattningen. Distriktssköterska och husläkare/distriktsläkare verkar dessutom främst inom samma typ av vårdenhet, nämligen vårdcentralen och därför ansågs det tillräckligt att undersöka en av enheterna. När det gäller andra sjukhusmottagningar på sjukhus är det en bred enhet som omfattar mycket skilda områden inom hälso- och sjukvården. Behandling på andra sjukhusmottagningar kan vara av varierande skillnad i grad av komplikation och åkommorna olika allvarliga. Motiveringen att inkludera vårdcentral är att det sker flest vårdbesök i primärvården, där görs den initiala bedömningen som avgör om patienten ska remitteras vidare eller inte. I de flesta fall antas individen uppsöka vårdcentral vid enklare åkommor medan akutmottagningen uppsöks vid allvarliga problem med hälsan som kräver omedelbara insatser. Privat specialistläkare/läkarhus fungerar som ett komplement till den offentliga primärvården

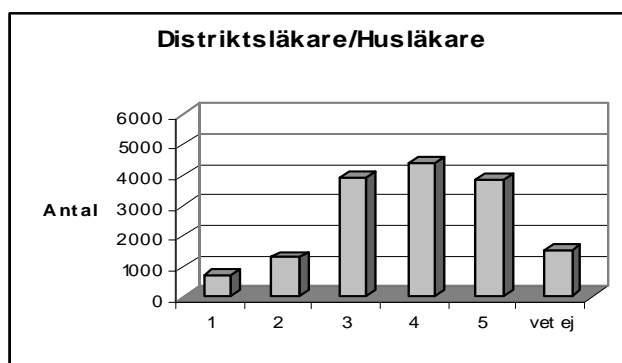
I nedanstående figurer 1-3 visas förtroendet för de olika vårdproducenterna och i tabell 3 beskrivs hur respondenterna varierar utifrån de bakgrundsvariabler som är inkluderade i undersökningen.

---

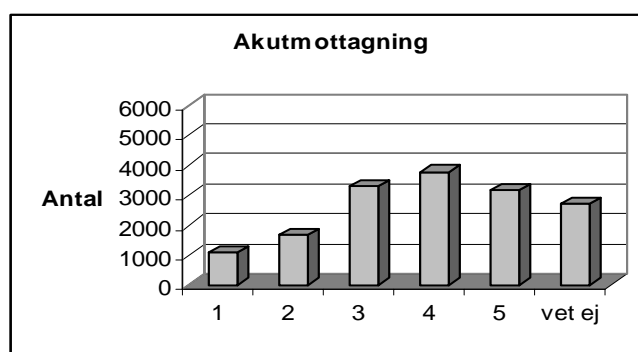
<sup>10</sup> Enkäten har ändrats från 2005 och de olika vårdproducenter som förtroende anges för är numera: vårdcentraler/husläkarmottagningar/hälsocentraler, sjukhusen och hos privata specialistläkare/företagsvård. ([www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu) 2005-05-24)



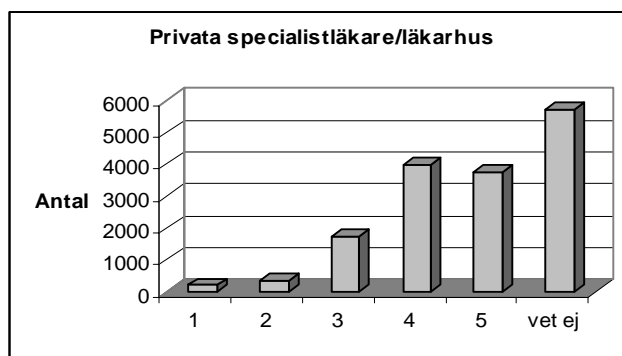
**Figur 1: Förtroende för Distriktsläkare/Husläkare**



**Figur 2: Förtroende för Akutmottagning**



**Figur 3: Förtroende för Privata specialläkare/läkarhus**



(Vårdbarometern, Region Skåne (omgång 1:2002 till omgång 2:2004))

En majoritet av de svarande har ett ganska stort eller ett mycket stort förtroende för samtliga vårdproducenter. Störst förtroende genererar den privata vården och lägst förtroende har akutvården. Statistiskt sett erhåller den privata vården relativt få besökare, under 10 % av Vårdbarometerns respondenter har besökt privat vård. Troligtvis är det en anledning till att det finns ett stort antal vet ej svar. Samma mönster

kan observeras för övriga vårdproducenter, det vill säga att producenter med färre besökande har en större andel vet ej svar. 14 % har besökt akutmottagningen vilken har en större andel vet ej svar än vårdcentralen som har en hög besöksfrekvens (54 % av de svarande). Således har respondenterna haft lättare att bedöma förtroende för vårdcentralen och det är få vet ej svar i bedömningen av förtroende för distriktsläkare/husläkare.

Tabellen nedan sammanfattar samtliga variabler som inkluderats i regressionsanalysen. Urvalet består av en betydande majoritet kvinnor, 57,4 % och samtliga respondenter har en medianålder som är 51 år. Vid en gruppering i åldersklasser har klasserna 30-39 år och 50-59 år flest antal svaranden. Sammanlagt har 8,7 % av respondenterna sitt ursprung i annat land än Sverige. Vårdbarometerens undersökning visar att en klar majoritet anser sig ha ett ganska bra eller ett mycket bra hälsotillstånd. När det gäller utbildningsnivå har flest antal svarande gymnasiekompetens, fördelningen är dock relativt jämn över grupperna. Majoriteten av deltagarna i urvalet arbetar, 58 % medan den näst största sysselsättningsgruppen är pensionärer, 29 %. Sammanlagt uppgår de som tjänar under 25 000 kr i månaden till närmare 80 % av respondenterna. I urvalet har 22 % frikort för vård och av respondenterna har 73 % uppsökt vård det senaste året.

**Tabell 3: Deskriptiv data för bakgrundsvariabler**

<b>Variabler</b>	<b>Andel</b>
<b>Kön</b>	
Man	0,426
Kvinna	0,574
<b>Ålder</b>	
<20	0,022
20 - 29	0,122
30 - 39	0,179
40 - 49	0,159
50 - 59	0,184
60 - 69	0,161
70 - 79	0,117
> 80	0,057
Median	51
<b>Hälsostatus</b>	
Mycket Dålig	0,021
Ganska Dålig	0,066
Hyfsad	0,131
Ganska Bra	0,37
Mycket Bra	0,408
Övriga	0,005

**Forts. Tabell 3: Deskriptiv data över bakgrundsvariabler**

<b>Variabler</b>	<b>Andel</b>
<b>Utbildning</b>	
Grundskola	0,24
Gymnasiet	0,446
Högskola	0,302
Övriga	0,012
<b>Inkomst</b>	
<15 000	0,403
15-25 000	0,395
>25 000	0,121
Övriga	0,08
<b>Sysselsättning</b>	
Arbetande	0,583
Pensionär	0,293
Student	0,072
Arbetslös	0,047
Ej svar	0,005
<b>Ursprung</b>	
Sverige	0,913
Norden	0,028
Öv Europa	0,04
Öv Världen	0,018
<b>Frikort</b>	
Frikort	0,225
Ej frikort	0,771
Övriga	0,005
<b>Uppsökt vård</b>	
Ja	0,73
Nej	0,266
Övriga	0,004

Tre av de demografiska frågorna har inte inkluderats i undersökningen av förtroende. Det beror på att de inte anses relevanta för uppsatsen syfte eller till viss del täcks in av andra variabler. Frågorna berör familjesituation, antal år de med utländsk härkomst har befunnit sig i Sverige och slutligen postnummer.

## 5 Ekonometrisk modell

Den beroende variabeln förtroende har studerats i tre separata modeller utifrån de tre utvalda vårdproducenterna: husläkare/distriktsläkare, privat specialistläkare/läkarhus och akutmottagning. Ursprungligen innehöll den beroende variabeln en gradering med fem olika svarsalternativ, som sträckte sig från 1 – 5 där 1 innebär mycket litet förtroende och 5 mycket stort förtroende. Beroende på materialets kvalitativa karaktär och varierande svarsfrekvens har det varit mer fördelaktigt att omvandla förtroendevariabeln till en binär variabel och inte en ”iordningställd” (ordered) variabel. En iordningställd beroende variabel med låg svarsfrekvens för vissa värden hade gett en falsk noggrannhet. Innebörden av de enskilda värdena i förtroendevariabeln kan även variera individer emellan och således gör en sammanslagning till en dummyvariabel ett fullgott alternativ. Uppdelningen för dummyvariabeln ser ut som följer:

$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{om } y_i \text{ är 4 eller 5} \\ 0 & \text{om } y_i \text{ är 1, 2 eller 3} \end{cases}$$

Dummyvariabeln består av en indelning där de som svarat 1, 2 eller 3 kommer att tillhöra gruppen med lågt förtroende och de som svarat 4 eller 5 räknas till gruppen som har högt förtroende. I det här fallet har det varit aktuellt att använda sig av antingen en binär probit- eller logitmodell för att utföra regressionerna. Då resultaten från de två modellerna stämde väl överens valdes den första där standardfelen är normalfördelade. För att höja precisionen i resultaten krävs det att den binära fördelningen är någorlunda jämn mellan sannolikheten för 0 eller 1. Dessa krav uppfylls vilket figurerna 1, 2 och 3 över förtroende visar. Ekvationen för förtroende beräknas för person  $i$  på följande sätt:

$$\text{Förtroende}_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + K + \beta_n X_{ni} + \varepsilon_i$$

Ytterligare har ett flertal av de oberoende bakgrundsvariablerna gjorts om och grupperats till dummyvariabler. Följande tabell visar vilka bakgrundsvariabler som har inkluderats och dess förväntade margineffekter.

**Tabell 4: Förväntade effekter på förtroende**

Bakgrundsvariabler	Förväntade marginaleffekter
<b>Kön</b>	Oenhetligt resultat
<b>Ålder<sup>1</sup></b>	Positiv effekt av ökande ålder
<b>Utbildning<sup>2</sup></b>	Positiv > negativ effekt vid högre utbildningsnivå
<b>Inkomst per månad<sup>3</sup></b>	Oenhetligt/positivt resultat
<b>Sysselsättning<sup>4</sup></b>	Oenhetligt/positivt resultat beroende på skillnader i tidskostnad för icke arbetande samt ålder för pensionärer
<b>Ursprung<sup>5</sup></b>	Oenhetligt/negativt resultat beroende på heterogenitet
<b>Hälsostatus<sup>6</sup></b>	Positivt > negativt resultat vid bättre hälsotillstånd
<b>Frikort<sup>7</sup></b>	Positivt resultat beroende på effekter för hälsa och ålder
<b>Uppsökt vård<sup>8</sup></b>	Positivt resultat beroende på interpersonellt möte
<b>Bemötande<sup>9</sup></b>	Positivt resultat beroende på bra bemötande

<sup>1</sup> Ålder är en justerad variabel som antar värden mellan 0 och 1 och är omräknad för att stämma bättre överens med de övriga bakgrundsvariablerna.  $(\text{Ålder} - \text{Minålder (18)}) / (\text{Maxålder (97)} - \text{Minålder (18)})$

<sup>2</sup> Utbildning är en dummyvariabel där skattningarna för gymnasie- respektive högskoleutbildning jämförs med individer som har enbart grundskoleutbildning.

<sup>3</sup> Inkomst är en dummyvariabel där skattningarna för individer med månadsinkomst 15 000 – 25 000 kr respektive >25 000 kr jämförs med individer som har en månadsinkomst <15 000 kr.

<sup>4</sup> Sysselsättning är en dummyvariabel där heltidsarbetande, deltidsarbetande och föräldralediga grupperas och benämns gemensamt som arbetande och har värdet 0. Vidare jämförs gruppen arbetande med ej arbetande (arbetslösa), pensionärer (ålderspensionär + förtidspensionär + sjukpensionär), sjukskriven (långtidssjukskriven) och studerande (studerande + värnpliktiga), vilka har värdet 1.

<sup>5</sup> Ursprung är en dummyvariabel där skattningarna för individer födda i övriga Norden, övriga Europa och övriga världen jämförs med individer som är födda i Sverige. Slutligen jämförs samtliga födda utanför Sverige med de födda i Sverige.

<sup>6</sup> Hälsostatus är en dummyvariabel där omdömena ”mycket dåligt” och ”ganska dåligt” har givits värdet 0 och benämns som dåligt. Det jämförs med resultatet Ok, vilket är en gruppering av omdömena ”varken bra eller dåligt” och ”ganska bra” och därefter resultatet Bra vilket motsvarar omdömet ”mycket bra”. Resultaten Ok och Bra antar värdet 1.

<sup>7</sup> Frikort är en dummyvariabel där skattningen för individer med frikort jämförs med individer som inte har besökt någon vårdgivare under de senaste 12 månaderna tillsammans med de individer som besökt men inte innehar frikort.

<sup>8</sup> Uppsökt vård är en dummyvariabel där skattning för den grupp som uppsökt gällande vårdproducent inom de senaste 12 månaderna jämförs med den grupp som inte har varit i kontakt med den vårdformen.

Alla variabler som visas i resultattabellerna i kapitel 6 har ursprungligen varit med i de inledande regressionerna; kön, ålder, utbildningsgrad, inkomst, sysselsättning, ursprung, hälsostatus, frikort, uppsökt vård och bemötande. Enligt förväntningarna har några variabler visat sig vara icke-signifikanta vilket innebär att de med en sannolikhet > 5 % att teststatistiken hamnar utanför de kritiska värdena. Utgångspunkten har varit att godta de variabler som har en signifikansnivå på 5 % eller mindre. Genom en stegvis analys har de icke-signifikanta variablerna plockats bort en efter en. Det har då gått att skönja obetydliga skillnader i värdena för McFadden R-squared, vilka är motsvarigheten till  $R^2$  i linjära modeller. Värdena, vilka är ett index över proportionerna för sannolikhet, befinner sig mellan 0 till 1 och visar vanligtvis på hur väl de valda variablerna förklarar den beroende variabeln. Trots att många variabler har tagits bort så ligger McFadden R-squared stadigt mellan 0,05 och 0,10. (Eviews 4.0 Help, Estimating Binary Variabels in Eviews) De låga värdena är inte oväntade med tanke på att det finns så stora individuella skillnader i vald data och att alla inte förklaras med gällande variabler. Ytterligare har Eviews använts här som programvara, vilket inte är det mest avancerade och anpassade programmet för att undersöka den här sortens material.

Till skillnad från en linjär regressionsmodell där koefficienternas värde är samma som marginaleffekterna måste de beräknas i en binär modell. Marginaleffekten av  $x_j$  på den beroende sannolikheten ges av:

$$\frac{\partial E(y_i|x_i, \beta)}{\partial x_{ij}} = f(-x_i' \beta) \beta_j$$

Vid en förändring i  $x_j$  bestämmer tecknet på  $\beta_j$  koefficienten effektens riktning. Positiva värden för  $\beta_j$  innebär att om  $x_j$  ökar så kommer även sannolikheten för positiva svar att öka och tvärtom för negativa svar. (Eviews 4.0 Help, Estimating Binary Variabels in Eviews) I tabellerna 5-7 finns både koefficienternas värde och marginaleffekterna angivna där effekternas riktning överensstämmer. I diskussionen kring bakgrundvariabler i följande kapitel omtalas små respektive stora variationer i

---

<sup>9</sup> Bemötande är en dummyvariabel där en uppdelning har gjorts för omdömen på en skala mellan 1 och 5. Skattningen för individer med positivt bemötande (4 + 5) jämförs med individer med sämre intryck av vården (1 + 2 + 3) tillsammans med de individer som inte har varit i kontakt med gällande vårdform.

sannolikheten för förtroende istället för att ange exakta marginaleffekter. När man avläser marginaleffekterna innebär resultaten att positiva effekter tyder på ett högre förtroende och negativa effekter på ett sämre förtroende.

Slutligen utförs ett diagnostiskt test för heteroskedacitet, vilket testar för om variansen för residualerna varierar mellan observationerna. Med hjälp av ett LM-test, som utgår från Davidsons och McKinnons artificiella regressionsmetod, testas en nollhypotes för homoskedacitet mot alternativet för heteroskedacitet. (Eviews 4.0 Help, Procedures for Binary Equations) Teststatistiken är  $\chi^2$ -fördelad och har mellan 10 och 14 frihetsgrader för de olika regressionerna. Nästintill samtliga  $\chi^2$ -värden i teststatistiken överstiger det gränsvärde som anges för sannolikhet på 5 % nivån för att inte förkasta nollhypotesen. Det vill säga att för alla tre vårdproducenter förkastas nollhypotesen för homoskedacitet. Det resultat som avviker från de två övriga är privata vårdproducenter som inte kan förkastas på 0,1 % nivån. Bristen på tillförlitlighet till materialet visar på att data som har använts i den här undersökningen inte är anpassad för den här typen av ekonometrisk analys. Vid en tolkning av marginaleffekterna är det inte möjligt att separera variablernas skattningar helt och hållet. Istället avgör effekternas riktning hur en inverkan på sannolikheten ska tolkas. Resultaten kunde ha förbättrats om det funnits möjlighet att empiriskt undersöka heteroskedacitetsstrukturen i det material som använts.

## 6 Resultat och diskussion

Förtroende för hälso- och sjukvården i Region Skåne påverkas av socioekonomiska och demografiska faktorer och effekterna är av varierade storlek och signifikans när det gäller närsjukvård, akutvård och privat vård. Vilken typ av vårdkonsumtion individen väljer beror av individuella preferenser där nyttan av olika varor och tjänster som producerar hälsa vägs samman i en nyttofunktion. I avvägandet av att uppsöka vård gör individen en beräkning av de vinster och kostnader en hälsoinvestering innebär. Förtroende för vården beror på erfarenheter och förväntningar och det finns ett intresse i att undersöka om det varierar individer emellan utifrån till exempel ålder, inkomst och hälsostatus. Det kan ge effekter på individens vårdsökande och hälsotillstånd på såväl ett individuellt som samhällsekonomiskt plan.

Oavsett vilken metod och vilket material som används för att undersöka en frågeställning av någon form så finns anledning att kritiskt ifrågasätta vilka eventuella brister och fördelar en vald metod och valt material ger. När det gäller datamaterialet som används här, Vårdbarometern, är det ett material som inte är specifikt utformat för att undersöka enbart variabeln förtroende. En undersökning som fokuserar på förtroende hade sannolikt varit annorlunda utformad och medgett ytterligare analys. Sålunda finns svagheter, dels i avsaknad av relevanta variabler och dels i formulering av frågorna. Givetvis finns möjligheten att inkludera ytterligare variabler som är betydelsefulla för förtroendet än de som användes här. I Vårdbarometern finns ytterligare frågor som berör bland annat tillgång till vård utifrån väntetider samt bemötande av personal vid vårdbesöket. De här variablerna kan också antas ha en inverkan på förtroendet. Den avgränsning som gjordes utgick från att använda de variabler som förväntats ge en effekt och som var möjliga att använda sig av i en ekonometrisk regressionsanalys med gällande programvara. På grund av den tydliga förekomsten av heteroskedacitet i residualernas varianser, bör nedanstående resultat tolkas med viss försiktighet.



## 6.1 Diskussion kring resultat av bakgrundsvariabler

I nedanstående tre tabeller visas förtroende för husläkare/distriktsläkare, akutmottagningen och privat specialistvård.

**Tabell 5: Förtroende för husläkare/distriktsläkare<sup>11</sup>**

Bakgrundsvariabler	Koefficienter	Marginaleffekter	Signifikans 5%
<b>Kön</b>			
Man/Kvinna	-0,080	-0,027	0,0010
<b>Ålder</b>	0,875	0,293	0,0000
<b>Utbildning</b>			
Gymnasium	-0,097	-0,032	0,0027
Högskola	-0,092	-0,031	0,0089
<b>Inkomst per månad</b>			
15 000-25 000 kr	-	-	-
>25 000 kr	-0,111	-0,037	0,0025
<b>Sysselsättning</b>			
Ej arbetande	0,189	0,063	0,0092
Pensionär	0,220	0,074	0,0000
Sjukskriven	0,185	0,062	0,0299
Studerande	0,252	0,084	0,0000
<b>Ursprung</b>			
Norden	-	-	-
Europa	-	-	-
Övriga världen	-	-	-
Samtliga invandrade	-	-	-
<b>Hälsostatus</b>			
Ok	0,288	0,096	0,0000
Bra	0,471	0,158	0,0000
<b>Frikort</b>	-	-	-
<b>Uppsökt vård</b>	1,065	0,356	0,0000
<b>Bemötande</b>	-0,529	-0,179	0,0000

<sup>11</sup> Se tabell 4 i kapitel 5 för förklaringar till bakgrundsvariablerna

**Tabell 6: Förtroende för privata specialistläkare/läkarhus<sup>12</sup>**

<b>Bakgrundsvariabler</b>	Koefficienter	Marginaleffekter	Signifikans 5%
<b>Kön</b>			
Man/Kvinna	0,202	0,060	0,0000
<b>Ålder</b>	0,300	0,089	0,0049
<b>Utbildning</b>			
Gymnasium	-	-	-
Högskola	0,050	0,015	0,1365
<b>Inkomst per månad</b>			
15 000-25 000 kr	0,128	0,038	0,0010
>25 000 kr	0,168	0,049	0,0021
<b>Sysselsättning</b>			
Ej arbetande	-	-	-
Pensionär	0,158	0,047	0,0047
Sjukskriven	-	-	-
Studerande	0,130	0,038	0,0391
<b>Ursprung</b>			
Norden	-	-	-
Europa	-	-	-
Övriga världen	-	-	-
Samtliga invandrade	-0,149	-0,044	0,0037
<b>Hälsostatus</b>			
Ok	0,250	0,074	0,0000
Bra	0,398	0,118	0,0000
<b>Frikort</b>	-0,080	-0,024	0,0001
<b>Uppsökt vård</b>	-0,912	-0,269	0,0000
<b>Bemötande</b>	1,435	0,424	0,0000

---

<sup>12</sup> Se tabell 4 i kapitel 5 för förklaringar till bakgrundsvariablerna

**Tabell 7: Förtroende för sjukhusens akutmottagningar<sup>13</sup>**

Bakgrundsvariabler	Koefficienter	Marginaleffekter	Signifikans 5%
<b>Kön</b>			
Man/Kvinna	-	-	-
<b>Ålder</b>	0,228	0,079	0,0028
<b>Utbildning</b>			
Gymnasium	-0,114	-0,039	0,0003
Högskola	-0,098	-0,034	0,0032
<b>Inkomst per månad</b>			
15 000-25 000 kr	-	-	-
>25 000 kr	-	-	-
<b>Sysselsättning</b>			
Ej arbetande	-0,151	-0,052	0,0243
Pensionär	0,201	0,069	0,0000
Sjukskriven	-	-	-
Studerande	-	-	-
<b>Ursprung</b>			
Norden	-	-	-
Europa	-	-	-
Övriga världen	-	-	-
Samtliga invandrade	-0,091	-0,031	0,0238
<b>Hälsostatus</b>			
Ok	0,195	0,067	0,0000
Bra	0,382	0,131	0,0000
<b>Frikort</b>	-	-	-
<b>Uppsökt vård</b>	-0,383	-0,132	0,0000
<b>Bemötande</b>	1,109	0,0382	0,0000

---

<sup>13</sup> Se tabell 4 i kapitel 5 för förklaringar till bakgrundsvariablerna

### *Kön/Ålder*

Utifrån ovanstående tabeller kan det inledningsvis konstateras att variabeln kön uppvisar två signifikanta marginaleffekter som dock är av motsatta tecken samt ett icke signifikant resultat för de tre olika vårdproducenterna. Kön antas därför inte ha betydelse för förtroende.

Variabeln ålder har en positiv och signifikant påverkan på förtroendet för hälso- och sjukvården. Med ökande ålder växer förtroendet för samtliga vårdproducenter och effekten är störst för husläkare/distriktsläkare. I den ekonometriska analysen är ålder en variabel som undersöks linjärt. Alternativt kan ålder studeras exponentiellt vilket eventuellt kan visa hur förtroende varierar under livsrytmen. En exponentiell funktion av ålder kan till exempel visa att yngre och äldre har högt förtroende medan medelålders har lågt förtroende. Yngre individer har generellt ett bättre hälsotillstånd och lättare att återfå "förlorad" hälsa. Även om den marginella nyttan av att konsumera sjukvård kan vara negativ ( $\partial U/\partial HC < 0$ ), är ingreppen ofta mindre och utfallen av vård och behandling leder snabbare till förbättrad hälsa utan alltför stor smärta och oro för yngre i jämförelse med äldre. Med den linjära funktionen av ålder som används här kan det dock endast konstateras att förtroende ökar med ålder.

Resultatet är i enighet med förväntad positiv marginaleffekt då äldre individer har ett sämre hälsotillstånd generellt och därmed ett större behov av att känna förtroende för vården. Äldre har enligt Grossman ett lägre hälsokapital och kräver större investeringar för att producera samma mängd hälsa som yngre individer. Dessutom kan det tänkas att äldre är en grupp individer som från tidigare har stor respekt för läkaryrket vilket traditionellt sett hade en upphöjd status i samhället. Läkare respekterades och förtroendet var högt jämfört med i dagens samhälle där folk generellt är mer kritiska i sitt förhållningssätt.

### *Utbildning*

De olika marginaleffekterna av utbildningsnivå visar ett mindre samstämmigt resultat. Vid högre utbildning minskar förtroendet för akutmottagning och husläkare/distriktsläkare vilket är motsatt det positiva resultat som förväntades. För privat specialistvård ges ett positivt resultat som dock inte är signifikant. Det finns ett åldersmoment i utbildningsnivån eftersom äldre individer mestadels har avslutat sin

skolgång efter grund- eller folkskola och senare generationer har ökat graden av utbildning i takt med utvecklingen av det moderna samhället. Däri kan en del av förklaringen till att förtroende ser ut att minska med högre utbildning ligga. Äldre har som ovan konstaterats ett högre förtroende och det korrelerar med graden av utbildning.

De negativa marginaleffekterna kan indikera att högutbildade är mer kritiska i sitt förhållningssätt till vårdgivare, föreslagen diagnos och behandling genom tillgång till fler informationskällor. De är mer pålästa om sina rättigheter och kan vara mer kritiska till köer och brister i vården. Den teoretiska förklaringen att hög utbildning har positiv korrelation med ett bra informationsutbyte förkastas som en mindre väsentlig faktor. En väl fungerande kommunikation och liknande bakgrund för vårdgivare och patient förväntades generera positiva hälsoeffekter och leda till positiv inverkan på förtroende.

### *Inkomst*

Utbildning har sannolikt en inverkan på individens sysselsättning och på så sätt en inverkan på inkomstnivån. Liksom för utbildning förväntades därför inkomst ha positiv inverkan på förtroende. Resultaten av den ekonometriska analysen är inte entydiga för de olika vårdproducenterna. Förtroende för privat specialistläkare/läkarhus är den enda producent som har ett signifikant resultat för båda inkomstgrupper och marginaleffekterna är positiva och ökande vid högre inkomst. Att höginkomsttagare har en mer positiv inställning till privata vårdformer är väntat då de har bättre möjligheter att differentiera sin vårdkonsumtion. Ekonomiska begränsningar medför att låginkomsttagare inte vänder sig till privata vårdproducenter och i högre utsträckning utesluter den vårdformen. Förtroendet påverkas snarare negativt eller är indifferent på grund av en uteslutningseffekt.

Förtroendet för husläkare/distriktsläkare är signifikant negativt bland gruppen höginkomsttagare, men visar inget resultat för gruppen medelinkomsttagare. Högre löner innebär ökade tidskostnader och en bristfällig tillgänglighet till vårdcentraler kan därför inverka negativt på vårdsökande och förtroende. I Sverige har få individer som arbetar heltid en bruttoinkomst <15 000 kr i månaden och därför dras slutsatsen att gruppen med inkomst <15 000 kr till största del utgörs av icke förvärvsarbetande. Den senare gruppen är mindre beroende av tid och följaktligen får inte tidsåtgången en negativ effekt på förtroende. Akuten som är känd för att vara en tidskrävande vårdenheter

visar inga signifikanta resultat när det gäller inkomst och förtroende i någon av inkomstgrupperna. Möjligen kan det akuta sjukdomstillståndet medföra att patienter inte kan ersätta konsumtionen av akut sjukvård med annan vårdproduktion. I och med det förlorar tid och inkomst betydelse och förtroendet baseras på andra saker.

### *Sysselsättning*

Av variabeln sysselsättning förväntades positiva tecken på margineffekterna med eventuellt någon avvikelse. Skattningarna av förtroendet för husläkare/distriktsläkare är entydigt högre för samtliga grupper som jämförs med förvärvsarbetande. Som tidigare nämnts har de som arbetar en högre tidskostnad än övriga grupper som befinner sig utanför yrkeslivet. Gruppen av pensionärer, som i huvudsak består av ålderspensionärer, visar ett signifikant, positivt och relativt högt förtroende för samtliga vårdproducenter i jämförelse med övriga sysselsättningsgrupper. Anledningarna kan vara de ovan nämnda följderna av att hälsokapitalet deprecieras med åldern. Studentgruppen, som för övrigt även omfattar värnpliktiga, uppvisar positiva margineffekter med undantag för förtroende för akutmottagning vilket inte är signifikant. Studenter och värnpliktiga är som grupp betraktat relativt unga och friska och till följd av låg inkomst och lindrigare hälsoproblem kan de antas uppsöka vård i mindre utsträckning än andra grupper. Flertalet studieorter erbjuder primärvård för studenter till en reducerad patientkostnad och försvaret erbjuder fri vård. Incitament att uppsöka vårdgivare ökar därmed. På samma sätt påverkas incitamenten att söka vård för pensionärer med frikort, vilket diskuteras i ett kommande stycke. Sjukskrivna och arbetslösa visar otydliga margineffekter på förtroende och icke-signifikanta resultat.

### *Ursprung*

I Vårdbarometern har individernas ursprungsländer utom Sverige grupperats i Norden, Europa och övriga världen. Ingen av ursprungsgrupperna ger separata utfall i skattningen av förtroende men vid en sammanvägning för samtliga invandrade grupper som jämförs med Sverige som referensgrupp visas en liten negativ margineffekt av ursprung med hänsyn till förtroende för akutmottagningen och privat specialistvård. Gruppen samtliga invandrade är en mycket heterogen grupp och det blir komplext att göra en analys utifrån det svaga resultat som uppmättes. En förväntad negativ effekt skulle eventuellt kunna förklaras i missuppfattningar på grund av språkskillnader samt en förväntning på vården i Sverige som skiljer sig från förväntningen på vården i

ursprungslandet. Språkskillnader kan vara ett ömsesidigt problem mellan vårdgivare och patienter. Resultaten här visar inte på några tydliga effekter men det finns en risk att förtroendet minskar om inte kommunikationen fungerar vilket kan vara av vikt i invandrartäta regioner/landsting såsom Region Skåne.

### *Hälsostatus*

Hälsotillståndet har i alla de givna vårdformerna visat sig ha en betydande och signifikant effekt på förtroende. De individer som anser sig ha sämst hälsotillstånd har sämre förtroende än de som upplever att deras hälsa är ok eller bra. Störst är skillnaden mellan dålig och bra hälsa. Att bedöma sitt eget hälsotillstånd inbegriper ett antal faktorer som kan inverka på individens perception. Frågan i formuläret är väldigt öppet ställd och kan omfatta både somatiska och psykiska tillstånd. Alla sjukdomstillstånd är individuella och enbart den drabbade personen kan bedöma utifrån tidigare erfarenheter hur hon/han mår. Det vill säga att två personer med till synes samma åkomma kan ha helt olika uppfattning om sitt hälsotillstånd. Svarande med sämre hälsotillstånd kan antas uppsöka vård mer frekvent för att få behandling och påverka sitt hälsokapital. Dock motsäger det antagandet att individer som är beroende av vård även är de med högt förtroende. Troligtvis har individer som upplever att de har ett dåligt hälsotillstånd inte erhållit den vård som förväntades och därför har förtroendet sjunkit. Omvänt kan individer med generellt sämre förtroende för vårdproducenter tveka inför att uppsöka vård och därför depreciera sitt hälsokapital snabbare än nödvändigt. Oberoende av individernas hälsotillstånd har antagligen de som varit i mindre kontakt med vårdproducenter få intryck av vården. I en sådan situation utgår individen från den bild som anhöriga förmedlar och en allmän uppfattning utifrån media, vilka båda kan vara positiva eller negativa. Friska individer har en tilltro till att de ska få vård och behandling vid behov. I ett offentligt finansierat sjukvårdssystem har individerna relativt god kännedom om sina rättigheter till vård och baserar ett högt förtroende på ett antagande om att alla tillgängliga resurser kommer att sättas in vid behov. Det offentligt finansierade sjukvårdssystemet har till följd att vårdkonsumtionen styrs genom vårdköer där individen i teorin inte kan påverka sitt sökbeteende. När tidigare friska individer erfar de första kontakterna med vården och långa väntetider kan de bli besvikna om förväntningarna inte uppfylls.

### *Frikort*

Frikort är en bakgrundsvariabel som inte enskilt utgör en viktig variabel utan troligen korrelerar med ålder, hälsotillstånd och sysselsättning. De som regelbundet uppsöker vård har i regel en etablerad kontakt med en eller flera vårdgivare, vilket antas ge ett ökat förtroende. Resultaten för frikort är inte enhetliga här och endast privat specialistläkare/läkarhus visar ett svagt negativt resultat.

### *Uppsökt vård*

Skattningen av uppsökt vård har delats upp mellan svarande som har varit i kontakt med gällande vårdproducent under de senaste 12 månaderna och de svarande som inte besökt samma vårdform. Den senare gruppen består av individer som inte alls varit i kontakt med en vårdproducent under de senaste 12 månaderna tillsammans med de vars senaste vårdbesök inte var till gällande vårdproducent. De tre olika resultaten är signifikanta och visar stora margineffekter i olika riktning. Det väntade resultatet var positiva margineffekter där patienter som har besökt vården har ett högre förtroende. Förtroendet för husläkare/distriktsläkare är bekräftat med en hög positiv effekt för dem som har undersökts. Däremot visar både privat specialistläkare/läkarhus och akutmottagningar på negativa effekter. Störst andel individer i den här undersökningen har konsulterat en husläkare/distriktsläkare och det motsvarar även fördelningen i samhället i övrigt. Det vill säga att flertalet svenskar har varit i kontakt med den allmänna primärvården någon gång och har egna erfarenheter. De som nyligen varit i kontakt med husläkare/distriktsläkare upplever ett signifikant större förtroende än de som inte besökt på senaste tiden eller kanske aldrig besökt. En orsak till den tydliga skillnaden beror på att individer uppfattar sjukvården på två olika sätt; delvis genom det interpersonella mötet med vårdgivare och delvis genom en allmän uppfattning av vårdssystemet. De som träffat en läkare och erhållit förväntad hjälp refererar troligtvis till sitt senaste vårdbesök när de svarar på frågan angående förtroende. Däremot väger den som inte nyligen varit i kontakt med en husläkare/distriktsläkare in andra faktorer i sin förtroendebild. Saker såsom hörsägen och den mediala bilden tenderar ofta fokusera på negativa händelser och påverkar förväntningar inför kommande besök. Att den privata vården får ett starkt negativt svar bland besökande antas inte bero på att det interpersonella mötet är negativt i sig utan att de icke besökande har en positiv bild och en stark tilltro till privata vårdproducenter. Slutligen har även akutmottagningar fått ett negativt resultat bland besökare. Figur 2 (kap 4) visar att fördelningen för förtroendet



hos akutmottagningar är förskjuten nedåt och tyder på ett generellt lägre förtroende för akutvård än för de övriga vårdproducenterna. Akutmottagningar har funktionen att ge direkt vård vid akuta behov. Dock nyttjas akutmottagningar även av vårdsökande som inte är i akut behov av vård och väntetiderna är därför ofta långa. Det kan vara svårt för en lekman att sätta sig in i de prioriteringar mellan patienter som vårdgivarna måste utföra och resultatet kan bli ett bristande förtroende. Icke-besökare utan den nyvunna erfarenheten i minnet förlitar sig på att den livsnödvändiga vårdformen ska finnas till hands då behov finns och bygger sitt förtroende på det.

### *Bemötande*

Den variabel som här kallas bemötande har utgått från en jämförelse mellan de som besökt gällande vårdform och angett ett lågt betyg vid besök och de som angett ett högt betyg vid besök. För att skapa en dummyvariabel grupperas de individer som inte besökt gällande vårdform ihop med dem som angett ett lågt betyg. Inte heller här blir resultaten entydiga, utan något oväntat visar resultaten på ett lägre förtroende bland dem som gett ett högt betyg åt husläkare/distriktsläkare. De två övriga vårdproducenterna stämmer bättre överens med förväntningar och anger positiva marginaeffekter. Den positiva effekten för privata specialistläkare/läkarhus är markant och den oväntade negativa effekten för variabeln uppsökt vård visar sig istället här. Akutmottagningar har en liten positiv effekt på förtroende bland patienter med högt betyg. Antagandet att ett bra bemötande hos vårdproducenterna skulle generera högt förtroende stämmer här i två fall av tre.

### *Jämförelse av studerade vårdproducenter*

En jämförelse av förtroende för de tre vårdformerna, figur 1-3 (kap 4) visar att vårdsökande har störst förtroende för privat specialistläkare/läkarhus och lägst förtroende för akutmottagningar. Då individer väger in sin tidskostnad när de söker vård, blir tidsåtgång en viktig faktor vid val av vårdproducent. Indirekt kan förtroendet påverkas av vad individen anser vara skäligen och förväntad tidsinsats för investering i hälsa. Privata vårdproducenter har ekonomiska incitament att ta emot fler patienter och minskar på så vis väntetider. Vårdcentraler och framförallt akutmottagningar har längre väntetider, men de har samtidigt få incitament att hålla nere kötiden. Tvärtom kan långa väntetider fungera som en "grindvakt" och minska antalet vårdsökande och därmed arbetsbörda. På samma sätt kan incitamenten att måna om ett bra bemötande förväntas

vara större för en privat vårdproducent, vilken i större utsträckning är beroende av ett bra rykte. Akutmottagningar, vilka mer sällan får återkommande patienter och har en stressigare arbetsmiljö, kan förväntas prioritera bemötande i mindre utsträckning. Vårdsökande till akutmottagningar är ofta medvetna om omständigheterna med långa väntetider och patientprioriteringar och formar sina förväntningar utifrån det. Samtidigt befinner patienterna sig i ett mer akut hälsotillstånd där de är beroende av direkt vård och där långa väntetider kan innebära oro och lidande. Sammanfattningsvis är det svårt att avgöra vilka övervägande effekter som påverkar förtroendet för akutmottagningar, förutom att det verkar råda en mer kritisk inställning till den här formen av vårdmottagning.

## 6.2 Slutdiskussion

### *Vårdsökande och förtroende*

Befolkningen blir äldre och mer vårdkrävande och det finns en mängd medicinska innovationer som leder till ett ökat behov av hälso- och sjukvård. Kraven på vårdproducenter ökar men även kraven på de individer som söker vård. Sjukvården i dag är stundtals mycket komplex och för att vara mer oberoende av en enskild vårdgivare ställer det större krav på individen att själv sätta sig in i sitt hälsotillstånd och tillgängliga behandlingsalternativ. Vårdgivarnas roll har också förändrats under de senaste decennierna och gått från att i huvudsak diagnostisera och behandla och utökats till att undersöka och informera vårdtagaren om olika behandlingsalternativ. Informationsutbytet är grundläggande för alla former av vårdproduktion och om båda parter visar tillförlitlighet till den andres information kan det innebära ett skift utåt i bådadas nyttofunktioner.

Vårdproducenter och vårdkonsumenter har till viss del åtskiljande intressen och därmed olika nyttofunktioner. I Sverige har inte vårdproducenter ett direkt egenintresse om man bortser från arbetsbelastning, men de har ett ansvar att fördela resurser mellan vårdtagare efter behov och på ett samhällsekonomiskt försvarbart sätt. Vårdgivare såsom läkare och sjuksköterskor kan påverka sin nytta genom karriärsmöjligheter, vilket underlättas av ett omfattande förtroende bland kollegor och patienter.

Den aggregerade efterfrågan på vård skiljer sig ansevärt åt mellan olika individer. Individen efterfrågar och producerar själv hälsa med olika insatsvaror. Sjukvård är en av flera insatsvaror och den individuella produktionsfunktionen utformas utifrån vilken förväntad nytta en investering i hälsa ger. Individens hälsotillstånd är en avgörande faktor för efterfrågan på vård och förtroende påverkar valet av vårdproduktion. Då individen uppsöker vård är det med tilltron att förbättra sitt hälsotillstånd. Den marginella påverkan av sjukvård på hälsotillstånd ( $\partial HS/\partial HC$ ) bestämmer när och var olika individer kommer att söka vård. Vissa vårdsökande har en hög riskaversion och konsulterar tidigt en vårdgivare medan andra mindre riskaversa drar ut på besöket in i det längsta. Den som uppsöker vård befinner sig i en utsatt position där hon/han måste förlita sig på vårdgivarens kunskap och information. För att den vårdsökande (principalen) ska känna tillit till vårdpersonalen (agenter) behövs det en god kommunikation mellan principalen och agenten men även agenterna sinsemellan. Det är av stor betydelse att patienten upplever att vårdgivaren tar sig tid till den enskilde och ger ett individuellt bemötande. När principalen utsätter sig för mycket riskfyllda ingrepp krävs det ett extra stort förtroende för agenten, eftersom hon/han inte kan kontrollera agentens handlingar. Förtroendet vägs in i principalens bedömning kring ”vinster” för hälsotillståndet. Om agenten på ett övertygande och förtroendeingivande sätt kan förmedla information till principalen kan det minska onödiga transaktionskostnader. Ifall det misslyckas kan den vårdsökande kontakta fler vårdproducenter angående ytterligare utlåtande eller undvika behandling helt och hållet. I båda fallen kan det innebära ökade samhällsekonomiska utgifter och mer lidande än nödvändigt. Benägenheten att följa given ordination är ett tecken på att vårdproducenternas diagnoser och behandlingsförslag stämmer väl överens med agenternas egna förväntningar och bekräftar förtroende.

Den enskildes vårdkonsumtionen skulle vara näst intill obegränsad om det inte fanns ekonomiska och tidsmässiga restriktioner. Patientavgifterna är begränsade genom den offentliga finansieringen av svensk sjukvård och de som är frekventa vårdsökare erhåller relativt snabbt ett frikort. Det aggregerade utbudet av hälso- och sjukvård har tidsbegränsningar som styrs av de medel som är budgeterade till hälso- och sjukvården i varje kommun och region/landsting. Följande skapar vårdköer och även om det är en oönskad negativ effekt på grund av begränsade resurser kommer det att begränsa vårdsökandet. Det blir märkbart i primärvården men framförallt vid planerad vård där

patienterna är hänvisade till specialister. God tillgänglighet är en faktor som antas påverka förtroende positivt och långa väntetider i vården har därför en negativ inverkan på förtroende. För flertalet patienter med en kostnad för tid innebär långa väntetider förlorad inkomst. Men huvudsakligen är det både fysiskt och psykiskt smärtsamt att behöva invänta diagnos och behandling och i värsta fall kan det medföra följsjukdomar eller att ingreppet kommer för sent. Vårdköer påverkar i störst utsträckning förtroendet för systemet, men minskat förtroende kan överföras på den enskilde vårdgivaren oberoende av den personens yrkesutövning. Fritt vårdval och vårdgaranti är två reformer som skulle kunna få framtida positiv inverkan på förtroendet ifall det är utförbart i praktiken. Det får en utjämnande påverkan på väntetider i vården och en mer jämställd situation för våldsökande runt om i landet. Privat finansierad sjukvård är ytterligare ett alternativ då vårdköer växer, men innebär en väsentlig ökning i utgifter för behandling och sjukhusvistelse.

#### *Utvecklingsarbete inom Region Skåne*

Under den undersökta perioden mellan 2002 och 2004 bedrevs ett antal olika projekt för att utveckla hälso- och sjukvården i regionen. Region Skåne var som enhet relativt nybildad, endast 3 år gammal, vilket kan tänkas influera de omstruktureringar som startades upp. Från politiskt håll är det möjligt att det strävades efter att förankra det nya regionala arbetet hos invånarna genom tydlig profilering och nytt tänkande. Samtidigt har regionen dragits med ekonomiska problem som bland annat visas i form av starkt negativa årsresultat. Då utgifterna för hälso- och sjukvården uppgår till 90 % av regionens budget innebär det att kraftåtgärder behövs för att kontrollera utgifterna. Från politiskt håll strävar förstås den styrande majoriteten i regionen att sitta kvar vid makten och för strama åtgärdspaket kan allvarligt skada förtroendet för de politiskt valda. Tillgång till hälso- och sjukvård vid behov upplevs som en av de viktigaste rättigheterna invånarna har i det offentligt finansierade samhället.

En av de reformer som genomfördes var sjukvårdsupplysning per telefon. Syftet är att styra vården till rätt instans och ge råd om egenvård när det är tillräckligt för att därmed minska trycket på vårdcentraler och motsvarande enheter. Sjukvårdsupplysning via telefon är ett komplement till primärvården där närhet till vårdgivare uteblir. Det interpersonella mötet är betydande för tillförlitlighet, vilket resulterar i ett positivt utfall av vården. Å andra sidan kan man konsultera sjukvårdsupplysningen vid lindrigare

åkommor som ej kräver kontakt med vårdgivare. Förutsatt att sjukvårdsupplysningen är väl fungerande, vilket har varit ett problem under implementeringsperioden, kan det tänkas ha en positiv effekt vid mindre allvarliga åkommor och för individer med ont om tid. Trycket på vårdcentralerna har dock inte minskat till följd av implementeringen av sjukvårdsupplysningen. En möjlig tolkning är att patienten föredrar en personlig kontakt och värdesätter det direkta mötet med vårdgivaren. Satsningen på sjukvårdsupplysningen har hitintills inte uppfyllt förväntningarna och kan i en förlängning leda till minskat förtroende för dylika projekt i Region Skåne.

Familjeläkarmodellen syftar till att öka närheten till vården. Inte helt oväntat har främst individer med stort vårdbehov listat sig hos familjeläkare. Friska individer som vid enstaka tillfällen har kontakt med vården har inte samma behov av att ha en familjeläkare. Vid upprepade kontakter kan transaktionskostnaderna minskas eftersom hälsotillstånd och sjukdomsbild redan är kända. Generellt är det inte nödvändigt att vara listad hos en familjeläkare för individer med bra hälsotillstånd. Ovan nämnda resultat av den ekonometriska analysen visar att hälsostatus har en positiv inverkan på förtroende. De med låg hälsostatus, vilka kan antas ha en familjeläkare, har lägre förtroende än de som är friskare och är utan familjeläkare. Det är inget bra betyg för närsjukvården i Region Skåne, men samtidigt kan det poängteras att Familjeläkarmodellen precis infördes vid den undersökta periodens början.

Ytterligare är Skånsk Livskraft- vård och hälsa benämningen på det utvecklingsarbete som i nuläget har inletts inom området hälso- och sjukvård. Målbilden för arbetet med Skånsk Livskraft kan sammanfattas i fyra värdeord; tillgänglighet, kontinuitet, helhet och trygghet, vilka förhoppningsvis får ett inflytande på förtroende i framtiden.

### *Tillsynsmyndigheter*

Sverige är ett land där invånarna generellt sett har ett stort förtroende för andra individer och samhällsfunktioner av olika slag. Förtroende bygger delvis på gemensamma värderingar och normer i ett samhälle. Att förtroendet är högt kan bero på att invånarna i Sverige har förhållandevis lika förutsättningar. Skillnader vad gäller utbildning, ekonomi, politiska rättigheter, kultur, sysselsättning etc. är inte så betydande som i många andra länder. Rättssamhället är i relation till andra länder väl utvecklat, och invånarna förlitar sig på effektiva formella och informella institutioner vilka skapar ett

högt förtroende. Det finns ett väl uppbyggt system som ska skydda individens rättigheter och se till att lagar och regler följs. Förekomsten av olika tillsynsfunktioner såsom Lex Maria och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN är kontrollfunktioner för att hälso- och sjukvårdssystemet som invånarna själva finansierar är fungerande och att det går att kräva ansvar vid felaktigheter.

Förtroendenämnden i Region Skåne är en tillsynsenhet som både patienten och regionen kan dra nytta av. Patienten kan rådfråga om sina rättigheter och få hjälp att vända sig till rätt instans. För regionen kan ärenden i Förtroendenämnden indikera var det finns brister och genom nämndens skyldighet att rapportera avvikelser arbeta för att åtgärda bristerna. På det nationella planet är HSAN den enhet som under Socialstyrelsens överseende utdömer påföljder för vårdgivare eller vårdproducenter som brustit i sin yrkesutövning. Att det inte går att vända sig till det allmänna rättsväsendet minskar transaktionskostnaderna. Förtroende för en specifik vårdproducent eller hälso- och sjukvården som helhet är ett mått på att representanter för systemet i genomsnitt kommer att agera trovärdigt. För att invånarna ska känna förtroende för hälso- och sjukvården krävs att sanktioner genomförs så att tillförlitligheten kan återställas.

Utan kännedom om i vilken utsträckning invånarna känner till och vänder sig till Förtroendenämnden samt hur många procent av klagomålen i HSAN och lex Maria anmälningarna som leder till åtgärder är det svårt att bedöma vilken faktisk funktion för att påverka förtroende de olika tillsynsmyndigheterna har. Fungerande institutioner och regelverk är emellertid något som stärker förtroende och tillsynsmyndigheternas blotta existens är positivt för förtroendet.

I Hälso- och sjukvårdslagen, HSL uppges målet med hälso- och sjukvården vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Om resultaten uppvisar att grupper med lägre utbildning och med lägre inkomst har ett sämre förtroende strider det mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Det skulle innebära att vården inte uppfyller strävan att ge vård på lika villkor. Dock uppvisar resultaten skilda effekter vad avser förtroende utifrån bakgrund och utan tydliga mönster. Det går inte att specifikt utpeka en grupp individer som har ett lägre förtroende där HSL inte uppfyller sin roll. Som förväntat visas variationer i förtroende beroende på bakgrund, men då få tydliga mönster uppvisas kan uppsatsen inte peka på en specifik grupp av individer som har ett

lägre förtroende. Det blir därmed svårt att styra inriktningen på eventuella föreslagna policyinsatser för att förstärka förtroendet i framtiden.

### *Avslutning*

Vårdbarometern sammanställer befolkningens kunskaper, erfarenheter och attityder till hälso- och sjukvården. Syftet är att ge en generell bild av uppfattningen av vården. Förtroendevariablerna för studerade vårdproducenter och en mängd oberoende variabler har valts ur ett större sammanhang och använts för ekonometriska skattningar. Då det inte funnits möjlighet att påverka materialets utformning har den uppställda ekvationen för förtroende anpassats utifrån givna variabler. Omfattande heteroskedacitet i materialet och förtroendeeckvationens karaktär har bidragit till att det utförda diagnostiska testet ger utfall. Det begränsar tillförlitligheten i utförda regressioner men en tolkning av marginaleffekternas riktning har ändå ansetts vara av värde. Med utförligare analys av heteroskedacitetsstrukturer i materialet hade det varit möjligt att designa studien på ett bättre sätt och omforma de förklarande variablerna. Det omfattande antalet observationer ökar säkerheten i resultaten och det hade varit svårt att själv utföra en empirisk undersökning med samma ansenliga mängd data. Alternativt skulle det vara av intresse att studera ett färre antal individer i en studie med likvärdigt hälsotillstånd och jämföra dem mot en referensgrupp.

De uppvisade resultaten motsvarar i flera fall tidigare förväntningar, men regressionsanalysen innehåller även icke-signifikanta parametervärden och koefficienter med motsatt förväntad riktning. Resultaten är inte heller entydiga då samma variabel jämförs vårdproducenter emellan. De mest entydiga resultaten med stora marginaleffekter gav ålder och hälsostatus. Privat vård har flest antal signifikanta oberoende variabler och mest tillförlitlighet i materialet. Dock kan slutsatsen dras att det finns skillnader i förtroende beroende på en mängd kända och okända faktorer och den här uppsatsen har varit ett försök att definiera några av dem.

## 7 Referenser

Arrow, K., (1972) "Gifts and Exchanges" *Philosophy & Public Affairs* 1, 343-362.

Braithwaite, V. (1998) "Communal and Exchange Trust Norms: Their Value Base and Relevance to Institutional Trust" In Braithwaite, V. & Levi, M. (eds), *Trust and Governance*, Volume 1 in the Russell Sage Foundation Series on Trust. New York: Russell Sage Foundation. Chapter 3, 46-74.

Eviews 4.0 Help, Estimating Binary Variabels in Eviews

Eviews 4.0 Help, Procedures for Binary Equations

Folland, S., Goodman, A., Stano, M., (2001) *The economics of health and health care*, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Fukuyama, F. (1995) *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. Free Press Paperbacks, New York

Giuffrida, A., Gravelle, H. (2001) "Inducing or restraining demand: the market for night visits in primary care", *Journal of Health Economics* 20, 755-779.

Grytten, J., Carlsen, F., Sorensen, R. (1995) "Supplier inducement in a public health care system", *Journal of Health Economics* 14, 207-229.

Grossman, M. (2000) "The human capital model" In Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Vol. 1A, chapter 7, p347-408.

Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., Balkrishnan, R. (2002) "Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues", *Health Services Research* 37, 1419-1439.

Hardin, R. (1998) "Trust in Government" In Braithwaite, V. & Levi, M. (eds), *Trust and Governance*, Volume 1 in the Russell Sage Foundation Series on Trust. New York: Russell Sage Foundation. Chapter 1, 9-27.

Hurley, J. (2000) "An overview of the normative economics of the health sector" In Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Vol. 1A, chapter 2, p55-118.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL 1982:763 §2, Nordstedts Juridik, Stockholm 2000

Knack, S., Keefer, P., (1997)"Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation", *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 112 , No 4, 1251-1288.



Levi, M. (1998) "A State of Trust" In Braithwaite, V. & Levi, M. (eds), *Trust and Governance*, Volume 1 in the Russell Sage Foundation Series on Trust. New York: Russell Sage Foundation. Chapter 4, 77-101.

Mayer, R. C., Davis, J. H., Schoorman, F. D., (1995) "An Integrative Model of Organizational Trust", *Academy of Management Review*, 20:3, 709-734.

McGuire, T. M. (2000) "Physician agency" In Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Vol. 1A, chapter 9, p 462- 536.

Mechanic, D. & Meyer, S. (2000) "Concepts of trust among patients with serious illness", *Social Science and Medicine* 51, p 657-668.

Mooney, G., Ryan, M., (1993) "Agency in health care: getting beyond first principles", *Journal of health economics* 12, p 125-135.

Nooteboom, B., (2002), *Trust: Forms foundations, functions, failures and figures*. Cheltenham and Northampton, MA: Edward Elgar.

Ostrom, E. & Ahn, T. K., (2003) *Foundations of Social Capital*, Cheltenham and Northampton, MA: Edward Elgar, Introduction av Ostrom, E. & Ahn, T. K

Region Skåne, Årsredovisning 1999

Region Skåne, Årsredovisning 2000

Region Skåne, Årsredovisning, 2001

Region Skåne, Årsredovisning 2002

Region Skåne, Årsredovisning 2003

Straten, G. F. M., Friele, R. D., Groenewegen, P. P. (2002) "Public trust in Dutch health care", *Social Science & Medicine* 55, 227-234.

SOU 1999:149, *Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster*

Viklund, M. J. (2003) "Trust and Risk Perception in Western Europe: A Cross National Study", *Risk Analysis*, Vol 23, No 4, p 727-738.

Vårdbarometern Frågeformulär, 2003, Ipsos Eureka

Vårdbarometern, Region Skåne (omgång 1:2002 till omgång 2:2004)

Zak, P. J. & Knack, S. (2001) "Trust and growth", *The Economic Journal*, 111, p 295-321.

## 7.1 Nätreferenser

Budgetpropositionen 2005, Faktablad

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/98/75/d6d11218.pdf>, 2005-04-27

Hälso- och sjukvårdens Ansvarsnämnd

[www.hsan.se](http://www.hsan.se), 2005-04-25

Malmö i korta drag

[www.malmo.se](http://www.malmo.se), 2005-05-11

OECD Health Data, Total expenditure on health, % of GDP

<http://www.oecd.org/dataoecd/13/13/31963469.xls>, 2005-04-26

Region Skåne, Andel i arbete, Statistik

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=68969>, 2005-04-27

Region Skåne, Avgifter

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=35116#Högkostnadsskydd%20för%20sjukvård>, 2005-05-21

Region Skåne, Förtroendenämnden

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=56810>, 2005-04-26

Region Skåne, Regional utveckling, Ökade flyttströmmar

<http://www.skane.se/templates/page.aspx?id=68564>, 2005-02-14

Region Skåne, Åtgärder för ekonomisk balans

<http://www.skane.se/templates/page.aspx?id=41554>, 2005-04-25

Socialstyrelsen, lex Maria bestämmelserna

<http://www.sos.se/FULLTEXT/117/2002-117-8/Sammanfattning.htm>, 2005-04-26

Sveriges kommuner och landsting, Vårdgaranti och fritt vårdval

<http://www.skl.se/artikel.asp?A=242&C=451&ArticleVersion=7>, 2005-04-27

Svensk hälso- och sjukvård 1994 - 2004

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/80/07/bd88c6a0.pdf>, 2005-01-27

Vårdbarometern

[www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu)

# 8 Appendix

Nedan presenteras ett urval av frågorna i Vårdbarometern. Totalt innehåller frågeformuläret 67 frågor och här presenteras endast de frågor som på något sätt är inkluderade eller har betydelse för studien av förtroende. Kursiverad text är intervjuarens kommentarer.

## Vårdbarometern Frågeformulär

**Bearbetad version, gäller från januari 2003. (Ändrad inför datainsamling kvartal 1:2003)**

*Jag heter.....och jag ringer på uppdrag av Landstinget/Regionen och vill ställa ett antal frågor om sjukvård. Vi genomför en undersökning om allmänhetens erfarenheter och attityder till sjukvården.*

*Kan jag få tala med den person i hushållet som senast fyllt år och som är över 18 år.*

*Jag undrar om jag får ställa några frågor till dig?*

2. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna besökt läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral/hälsocentral ett sjukhus eller annan mottagning inom sjukvården som patient eller medföljande anhörig.

Ja

Nej

Vet ej, kan ej svara, minns ej

4. Besökte du vid dit senaste besök (läs upp svarsalternativen)

*Om fler enheter besöktes gäller den enhet där patienten fick vård. Om patienten först besökte en vårdcentral och genast blev skickad till akutmottagningen för behandling är det besöket på akuten vi är intresserade av.*

Akutmottagning på sjukhus

Vårdcentral/hälsocentral/husläkarmottagning

Husläkarakut/jourcentral

Mottagning/avdelning/klinik på ett sjukhus

Annat, tex privata specialistläkare, företagsläkare

Annat (läses ej upp) vad? \_\_\_\_\_

### **Bas: Besökt akutmottagning**

*Nu vill jag fråga om du instämmer eller tar avstånd från några påståenden om bemötandet och behandlingen vid ditt senaste vårdbesök. Jag ber dig svara på en skala mellan 1 och 5 där siffran 1 betyder att du helt tar avstånd, 2 att du delvis tar avstånd, 3 att du varken tar avstånd eller instämmer, 4 att du delvis instämmer och siffran 5 att du helt instämmer i de påståenden jag läser upp.*

*Nu kommer det första påståendet:*

8. A. Läkaren/sjuksköterskan visade respekt för mig som patient/anhörig.

1       2       3       4       5       Vet ej/kan ej svara

B. Läkaren/sjuksköterskan gav sig tid att lyssna.

1       2       3       4       5       Vet ej/kan ej svara

9. Jag är nöjd med den information jag fick om min sjukdom och mina problem

1       2       3       4       5       Vet ej/kan ej svara

10. Jag fick den hjälp som jag hade förväntat mig vid besöket.

1       2       3       4       5       Vet ej/kan ej svara

11. Vilket sammanfattande betyg vill du ge på ditt besök i vården? Du svarar med en skala mellan 1 och 5 där 1 betyder lägsta betyg och 5 högsta betyg.

1       2       3       4       5       Vet ej/kan ej svara

*Nu följer några frågor som handlar om hur stort eller litet förtroende du har för sjukvårdens olika delar. Du kan svara på en femgradig skala där 1 betyder att du har mycket litet förtroende, 2 ganska litet förtroende, 3 varken stort eller litet, 4 ganska stort förtroende och 5 betyder att du har ett mycket stort förtroende.*

Hur stor eller litet förtroende har du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar...

48. Hos husläkare/distriktsläkare

- 1. Mycket litet
- 2. Ganska litet
- 3. Varken eller
- 4. Ganska stort
- 5. Mycket stort
- (-) Vet ej

49. Hos distriktssköterska

- 1. Mycket litet
- 2. Ganska litet
- 3. Varken eller
- 4. Ganska stort
- 5. Mycket stort
- (-) Vet ej

50. På sjukhusens akutmottagningar

- 1. Mycket litet
- 2. Ganska litet
- 3. Varken eller
- 4. Ganska stort
- 5. Mycket stort
- (-) Vet ej

51. På andra sjukhusmottagningar

- 1. Mycket litet
- 2. Ganska litet
- 3. Varken eller

- 4. Ganska stort
- 5. Mycket stort
- (-) Vet ej

52. Hos Privata specialistläkare/läkarhus

- 1. Mycket litet
- 2. Ganska litet
- 3. Varken eller
- 4. Ganska stort
- 5. Mycket stort
- (-) Vet ej

53. Hur bedömer du ditt hälsotillstånd? Jag tänker på hur du generellt mått den sista tiden, inte om du just i dag är tillfälligt förkyld eller liknande. Mår du...?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

55. Har du besökt vården så ofta att du har ett så kallat frikort, det vill säga fått del av högkostnadsskyddet?

- Ja
- Nej
- Vet ej, kan/vill ej svara

59. Vilken utbildning har du d v s vilken är din högsta genomförda utbildning/examen?

- Folk- eller grundskola
- Gymnasium, folkhögskola, realskola
- Högskola, universitet
- Vill ej svara

60. Vilken är din nuvarande sysselsättning?

- Heltidsarbetande
- Deltidsarbetande
- Studerande/Värnpliktig
- Föräldraledig
- Sjukpensionär
- Ålderspensionär
- Förtidspensionär
- Långtidssjukskriven
- Arbetslös
- Vill ej svara

62. Hur stor är din inkomst per månad före skatt?

- < 15 000
- >15 000 <25 000
- > 25 000

- Vet ej,
- Vill ej svara

63. Hur gammal är du?  
..... antal år

64. Var är du född? Är du född i...

- I Sverige
- Övriga Norden
- Övriga Europa (*Ryssland och Turkiet räknas till Europa*)
- Övriga Världen

67. Notera om IP är ...

- Man
- Kvinna

### **Kommentar**

Fråga 8-11 är frågor som återkommer för de olika enheterna som besökts. Intervjupersonen besvarar alltså likadana frågor kring bemötande oavsett vilken enhet som söktes.