

Vård och hälsa i utsatta områden



Kunskapspartner till Järvaveckan Research: Pfizer



Innehåll

01	Vilka står bakom?	04
	Om Stiftelsen Järvaveckan	04
	Om Järvaveckan Research	05
	Om vår kunskapspartner: Pfizer Sverige	05
02	Om rapporten	06
	Inledning	06
	Läsanvisningar	07
03	Sammanfattning	08
04	Förord	10
	Stiftelsen Järvaveckans vd och ordförande	10
	Pfizer Sveriges vd och medicinske chef	11

05	Resultat	12
	1. Om respondenterna	12
	2. Hälsotillstånd och vårdkontakter	13
	3. Vaccination och vaccinationsattityder	19
	4. Bemötande i vården och erfarenhet av vårdbesök	26
	5. Inställning till sjukvård och vårdsökande	29
	6. Attityder och inställning till hälsa	40
06	Metodbeskrivning	44
07	Kontakt- uppgifter	46

01

Vilka står bakom

01.1

Om Stiftelsen Järvaveckan

Stiftelsen Järvaveckan är det övergripande namnet för tre verksamheter: Järvaveckan Evenemang, Järvaveckan Research och Järvaveckan Dialog. Stiftelsen Järvaveckan är en ideell, politiskt och religiöst obunden stiftelse.

SYFTE

Stiftelsen Järvaveckans syfte är att bidra till ett samhälle där mångfald är en allmänt erkänd styrka. Ett samhälle där alla oavsett bakgrund får möjlighet att bidra med och utvecklas i sin fulla potential till gagn för samhällsutvecklingen, för näringsliv och ekonomi och för den enskilda individen.

VISION

Vår vision är ett samhälle där alla kan vara med och påverka samhällsutvecklingen och känna delaktighet på lika villkor. Ett samhälle där var och en har möjlighet att skapa sin framtid.

Vår mission är att bidra till att mångfalden skapar möjligheter. Vägen dit går via öppna samtal som bygger på ömsesidig respekt och gemensam kunskap. Där är Stiftelsen Järvaveckan en expert som bidrar med nya insikter och en kraft för brobyggande möten.

Våra tre verksamhetsområden är :

- Järvaveckan Evenemang: vi organiserar större evenemang så som det årliga evenemanget Järvaveckan på Spånga IP.
- Järvaveckan Research: vi tar fram och sprider ny kunskap och vetenskapligt grundade rapporter som ger nödvändiga insikter om det svenska samhället för upplysta samtal och offentlig debatt.
- Järvaveckan Dialog: samtalsserie för öppna, inkluderande diskussioner om samhällets mest angelägna utmaningar – i form av rundabordssamtal, seminarier, paneler och workshops.

01.2

Om Järvaveckan Research

Järvaveckan Research fördjupar insikter och debatt genom att ta fram och publicera faktarapporter och ge utrymme åt de röster och perspektiv som traditionellt förbises. Vi tar fram ny kunskap och vetenskapligt grundande rapporter där vi tar stöd av etablerade undersökningsföretag och statistik från myndigheter.

Samarbete är nyckeln till vår framgång och vi samarbetar med en rad olika kunskapspartners, inklusive företag, stiftelser och myndigheter. Detta säkerställer att våra rapporter är välgrundade, relevanta och aktuella. Det ger oss också möjlighet att sprida våra resultat brett och påverka samhällsdebatten.

Genom att utveckla och distribuera faktarapporter och nya perspektiv ger vi en

inblick i livsvillkoren för boende i olika områden och befolkningsgrupper över hela Sverige. Vår research är tänkt att bryta ytterligare ett slags utanförskap, nämligen det som uppstår när många har bestämda uppfattningar om områden och befolkningsgrupper utan att egentligen skaffa sig en bredare bild av verkliga förhållanden. Vår övergripande ambition är att bidra till en mer nyanserad och konstruktiv samhällsdebatt och inspirera till positiv förändring.

01.3

Om vår kunskapspartner: Pfizer Sverige

Pfizer arbetar för att hjälpa människor till ett friskare och längre liv, bland annat genom att forska fram och tillverka läkemedel och vacciner.

Företaget grundades i USA 1849, etablerades i Sverige 1954 och är idag en av de största leverantörerna av medicinska

behandlingar i Sverige. Pfizers produkter både förebygger sjukdom genom vaccination, och behandlar allt från orsprång till hjärt-kärlsjukdom och cancer. Den svenska vården är en viktig samarbetspartner i Pfizers forskning. Svenska kliniker medverkar i studier inom alla Pfizers terapiområden.

02

Om rapporten

02.1

Inledning

Denna rapport syftar till att undersöka hur boende i Sveriges utsatta områden tar del av vård och hur de ser på olika aspekter av sjukvård och hälsa. Fokus ligger på både faktiska erfarenheter och attityder kopplade till hälsotillstånd, vårdkontakter och hälsoinformation.

Rapporten belyser de boendes självskattade hälsa, deras kontakter med vården samt vilka kanaler de använder för att söka information om sjukvård och hälsa. En särskild del handlar om vaccinationer och attityder till vaccination och hur dessa påverkas av det allmänna förtroendet för sjukvården. Vidare undersöks vad som påverkar benägenheten att utebli från vårdbesök, liksom vilka erfarenheter invånarna har av bemötande vid vårdbesök.

Avslutningsvis diskuteras invånarnas attityder till hälsa i stort – hur viktig hälsan upplevs vara och vilka faktorer som anses påverka den.

Undersökningen baseras på en omfattande datainsamling riktad till invånare i de 59 områden som polisen definierar som utsatta. Genom att analysera deras erfarenheter av vård och bemötande ger rapporten en fördjupad förståelse av hur vården uppfattas i dessa områden och vilka faktorer som påverkar hälsa och vårdsökande. Resultaten kan fungera som underlag för forskning, policyutveckling och praktiskt arbete för att främja jämlik vård och bättre hälsa i socialt utsatta miljöer.

Parallellt med denna undersökning har samma enkät även riktats till boende i övriga Sverige, vilket möjliggör intressanta jämförelser av hur synen på och upplevelser av vård och hälsa skiljer sig mellan boende i utsatta områden och i landet som helhet.

02.2

Läsanvisningar

Rapporten inleds med en sammanfattning som presenterar undersökningens huvudsakliga resultat. Därefter följer en detaljerad redovisning av vilka erfarenheter boende i Sveriges utsatta områden har från vårdkontakter och vårdinformation samt attityder till vård och hälsa. Frågorna har också ställts till ett riksrepresentativt urval av Sveriges befolkning, exklusive boende i utsatta områden, och dessa resultat redovisas parallellt vilket möjliggör jämförelser grupperna emellan. Redovisningen är strukturerad utifrån ett antal centrala teman för undersökningen:

- A) Hälsotillstånd och vårdkontakter
- B) Vaccination och vaccinationsattityder
- C) Bemötande i vården och erfarenhet av vårdbesök
- D) Inställning till sjukvård och vård-sökande
- E) Attityder och inställning till hälsa

Resultaten presenteras genomgående som andelar för respektive svarsalternativ.

Utöver dessa andelar presenteras i de fall det är tillämpligt andelen som uppgett något av de positivt formulerade svarsalternativen. Övriga sammanslagningar presenteras i samband med resultaten.

I tabeller och figurer markeras signifikanta resultat på 95% nivå. För jämförelser mellan utsatta områden och övriga Sverige gäller signifikansen mellan urvalen. I resultaten som presenteras nedbrutet på bakgrundsfaktorer gäller att basen är boende i utsatta områden och de signifikanta resultaten avser signifikansen jämfört med den totala gruppen boende i utsatta områden. En signifikant högre siffra markeras med blå text och en signifikant lägre siffra markeras med röd text.

Att ett resultat är signifikant skild mot jämförelsegruppen innebär att skillnaden är så pass stor att den med 95 procents sannolikhet inte beror på slumpen. Bedömningen baseras både på hur stor skillnaden är och hur många som har svarat.

03

Sammanfattning

03.1

Sammanfattning av resultaten

Undersökningen visar att upplevd hälsa, erfarenheter av vården och tillgång till hälsoinformation skiljer sig tydligt mellan boende i utsatta områden och befolkningen i övriga Sverige. Skillnaderna är genomgående inom flera teman och bekräftas av statistiskt signifikanta resultat.

Bilden av det allmänna hälsotillståndet varierar med både bostadsområde och ålder. Självskattad hälsa är generellt god i båda urvalen, men signifikant lägre bland boende i utsatta områden. Där ses också tydliga åldersskillnader – yngre uppger i högre grad god hälsa, medan äldre rapporterar sämre. Däremot syns ingen skillnad i hälsa mellan personer med svensk och utländsk bakgrund inom utsatta områden.

När det gäller tilliten till vården finns mer påtagliga skillnader. Förtroendet är generellt högt i befolkningen, men klart lägre i utsatta områden. Bland personer med utländsk bakgrund är tilliten särskilt låg – endast drygt hälften uttrycker stort förtroende. Samtidigt uppger äldre personer i utsatta områden en betydligt högre tillit än yngre, vilket visar att både bakgrund och ålder spelar roll för hur vården uppfattas.

Erfarenheter av vårdkontakt är vanligt förekommande i samtliga grupper, men äldre i utsatta områden har haft mer kontakt med vården än yngre. Användningen av hälsoinformation via digitala källor, särskilt 1177.se, är också vanlig men lägre i utsatta områden än i övriga Sverige. Äldre i utsatta områden använder tjänsten i mycket lägre grad än yngre, vilket tyder på en digital klyfta både mellan generationer och bostadsområden.

Inställningen till vaccinationer är ett av de områden där skillnaderna är som tydligast. Betydligt fler i övriga Sverige har en positiv syn på vaccination jämfört med boende

i utsatta områden. Allra störst är skillnaden mellan personer med svensk och utländsk bakgrund – där skillnader i både egen inställning och uppfattning om omgivningens attityder framträder. Tveksamhet till vaccin är mer utbredd bland yngre och bland dem med utländsk bakgrund, och rädslan för biverkningar är särskilt vanligt förekommande i dessa grupper. Personer med svensk bakgrund nämner i högre grad vårdens rekommendationer och samhällsnytta som viktiga skäl till sin inställning. Även ålder spelar en tydlig roll – personer som är 65 år eller äldre uttrycker genomgående en mer positiv inställning till vaccination och mindre oro, vilket är särskilt relevant eftersom flera vacciner rekommenderas till denna grupp.

Resultaten visar också att boende i utsatta områden i lägre grad än andra upplever att de tas på allvar eller får ställa frågor vid vårdbesök. En av fem uppger att de själva eller någon i deras närhet blivit sämre behandlade inom vården – oftast på grund av etnisk bakgrund eller språkkunskaper. Denna typ av erfarenheter är särskilt vanlig bland personer med utländsk bakgrund och yngre boende i utsatta områden.

När vi ser till vårdsökande framträder flera hinder. En betydande andel, särskilt bland yngre och personer med utländsk bakgrund, har avstått från att söka vård trots behov. Det vanligaste skälet är tidigare negativa erfarenheter, vilket gäller oavsett bakgrund. Andra hinder är praktiska eller ekonomiska, exempelvis att man inte hade råd, kunde ta ledigt eller hade svårt att förstå vårdsystemet. En mindre men tydlig andel har också avstått från att gå på kallade besök, som screening, ofta med hänvisning till tidsbrist, osäkerhet eller upplevd irrelevans.

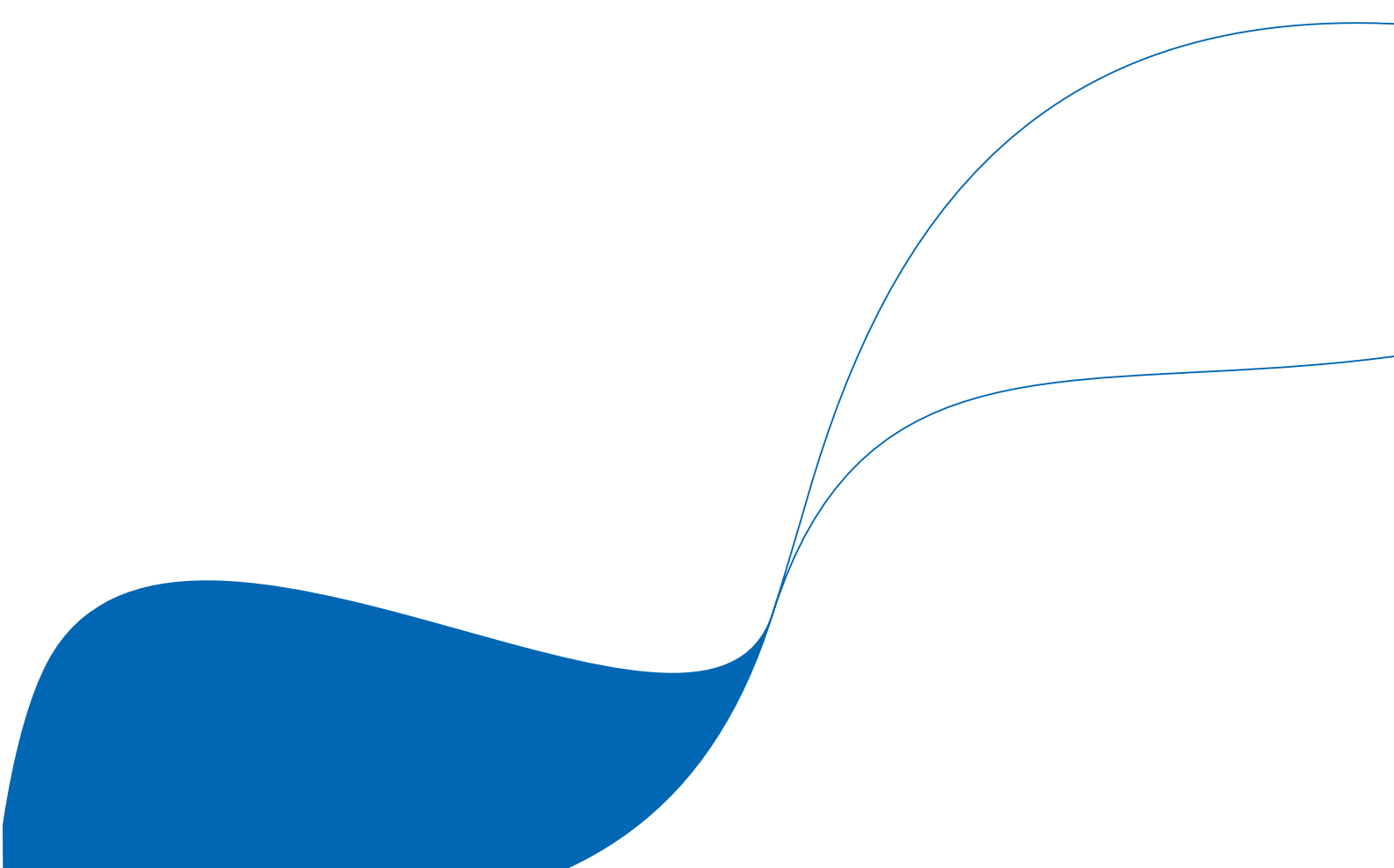
Den planerade höjningen av högkostnads-skyddet för läkemedel riskerar att påverka

olika grupper olika mycket. Personer med låg inkomst, utländsk bakgrund eller boende i utsatta områden uppger i högre grad att de inte vet hur de ska ha råd med sin medicin efter höjningen. I kontrast anger en majoritet i övriga Sverige och bland personer med svensk bakgrund att de inte väntar sig någon påverkan alls.

I synen på hälsa återfinns också viktiga skillnader. Personer i övriga Sverige och med svensk bakgrund definierar i högre grad ett hälsosamt liv i breda termer – där psykiskt välbefinnande, balans i livet och goda relationer spelar en central roll. I utsatta områden nämns dessa aspekter mer sällan, och skillnaden är särskilt tydlig när det gäller mental hälsa och känslan av livstillfredsställelse. Yngre personer betonar ofta fysisk aktivitet och psykiskt välbefinnande.

Hinder för att leva hälsosamt varierar mellan grupper. I utsatta områden och bland personer med utländsk bakgrund upplever fler att det är dyrt att leva hälsosamt, eller att det saknas kunskap och motivation. Äldre upplever i lägre grad hinder överhuvudtaget, medan yngre ofta uppger brist på tid och ork som avgörande faktorer.

Skillnaderna i resultat följer tydliga mönster mellan bostadsområden, bakgrundsgrupper och åldersgrupper. Det handlar både om tillgång, erfarenheter och upplevelser – som tillsammans formar människors syn på vård, hälsa och möjligheter att ta del av det som samhället erbjuder.



Stiftelsen Järvaveckans vd och ordförande



När Järvaveckan grundades drevs vi av en enkel men kraftfull vision: att minska avstånden – ekonomiska, sociala och geografiska – mellan människor, platser, makt, beslutfattare och medborgare. Genom att skapa mötesplatser ville vi föra människor närmare varandra och närmare de beslut som formar deras vardag.

Samma ambition genomsyrar Järvaveckan Research. För att verkligen kunna överbrygga samhällets klyftor, måste vi först förstå dem. Hur ser faktaläget ut? Hur upplever egentligen människor sin vardag och sitt möte med samhället?

Denna rapport från Järvaveckan Research är ett viktigt steg i det arbetet. När vi hämtar insikter direkt från de boende i landets 59 utsatta områden och jämför deras svar med ett riksrepresentativt urval, målas en tydlig och nyanserad bild upp av vad som står i vägen för en jämlik hälso- och sjukvård.

Rapportens fynd är både uppmuntrande och utmanande.

En majoritet av de boende i utsatta områden upplever sin egen hälsa som god, vilket är positivt. Men förtroendet för vården är lägre, särskilt bland personer med utländsk bakgrund. Vi ser också, kopplat till förtroendefrågan, att oro för biverkningar påverkar vaccinationsviljan, och att förändringar i högkostnadsskyddet för läkemedel riskerar att förstärka ojämlika ekonomiska villkor och därmed ojämlikhet i hälsa. Samtidigt visar resultaten att goda erfarenheter av vården leder till högre tillit och bättre förutsättningar för jämlik hälsa.

Vi hoppas att denna rapport inte bara blir ett underlag för dialog, utan viktigast av allt, en katalysator för konkret handling. Att stärka tilliten, förbättra bemötandet och minska hindren till hälso- och sjukvård kräver samverkan mellan beslutsfattare, vårdgivare, civilsamhälle och människor. Järvaveckan Research bidrar med insikt. Vi hoppas att insikter skapar förbättring och handling för ett friskare och jämlikare Sverige.

Ahmed Abdirahman, Vd & grundare, Stiftelsen Järvaveckan

Caroline Berg, Styrelseordförande & medgrundare, Stiftelsen Järvaveckan

04.2

Pfizers vd och medicinske chef



På Pfizer är vi stolta över att få bidra som kunskapspartner till denna rapport om vård och hälsa i Sveriges utsatta områden. Vårt långsiktiga engagemang i jämlik hälsa och svensk hälso- och sjukvård kommer ur vår strävan att hjälpa människor att leva ett längre och friskare liv. Rapporten syftar till ökad kunskap om de faktorer som påverkar vårdutnyttjande och vaccination samt att belysa förbättringsområden.

Vaccinationer är en av de mest effektiva folkhälsoinsatserna vi har. De skyddar individer från svåra sjukdomar, avlastar vården och stärker samhällets motståndskraft. Resultaten i rapporten visar dock på åtskilliga utmaningar i mötet med vården. I linje med tidigare studier varierar inställningen till vaccination kraftigt mellan olika grupper. Tveksamhet är vanligare bland yngre vuxna och personer med utländsk bakgrund. Utmaningen sätts i en bredare samhällskontext genom kopplingen mellan inställningen till vaccination och tillit till vården i stort.

Rapporten kopplar också ihop oro och osäkerhet kring vacciners biverkningar

och effektivitet, med vilka källor till information om hälso- och sjukvård man främst använder. De som huvudsakligen nyttjar officiella och professionella källor rapporterar större trygghet kring vaccin. Dessutom uppges upplevelsen av att bli lyssnad på och möjligheten att få ställa frågor vid vårdbesök som lägre i utsatta områden.

Det återstår frågor att besvara om sambanden mellan socioekonomiska faktorer och hälsa. Rapporten understryker dock behovet av transparent, tillgänglig och lättfattlig information, samt respektfullt bemötande från hälso- och sjukvården för att bygga förtroende. Ett högt förtroende krävs i sin tur för att öka deltagandet i förebyggande insatser som vaccination och screeningprogram.

Vi hoppas att denna rapport kan bidra till ökad förståelse, fortsatt dialog och inspiration till konkreta åtgärder som lägger grunden för en mer jämlik vård. Vi ser fram emot vidare samverkan med det civila samhället, hälso- och sjukvården och andra aktörer för att fortsätta arbetet mot en bättre hälsa i hela befolkningen.

Malin Parkler, vd Pfizer Sverige

Jonas Ålebring, Medicinsk chef Pfizer Sverige

05
Resultat

1. Om respondenterna

Undersökningen riktades till två målgrupper. En målgrupp var boende i utsatta områden i Sverige och den andra målgruppen var ett riksrepresentativt urval av boende i Sverige, exklusive boende i

utsatta områden. Tabell 1.1 redogör för hur svarspersonerna fördelar sig på ett antal olika parametrar totalt för hela svarsgruppen och uppdelat på de två urvalen.

TABELL 1.1

Bakgrundsinformation om svarspersonerna (%)

	Andel i urval övriga Sverige	Andel i urval utsatta områden
Kön		
Kvinna	50	49
Man	50	51
Ålder		
18–29 år	18	19
30–44 år	34	28
45–64 år	24	33
65+ år	24	20
Bakgrund		
Svensk bakgrund	88	45
Utländsk bakgrund	12	56
Urval		
Utsatta områden		100
Övriga Sverige	100	
Antal svarande	1 128	1 624

Kommentar: Frågorna som ställdes var: "Hur gammal är du?", "Vilket är ditt kön?", "Var är du, din mamma och din pappa födda?", Variabeln "bakgrund" baseras på frågorna om var en själv, ens mamma och ens pappa är födda. De respondenter som själva är födda i Sverige eller vars båda föräldrar är det kategoriseras som svensk bakgrund.

Som synes i tabell 1.1 är representativiteten gällande ålder och kön mycket god bland de svarande i utsatta områden medan kvinnor och medelålders är något överrepresenterade i övriga Sverige. Variabeln bakgrund baseras på vart respondenten själv, samt dennes föräldrar, är födda. Personer med utländsk bakgrund definieras som personer som är utrikes födda,

eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar. Personer med svensk bakgrund definieras som personer som är födda i Sverige med två inrikes födda föräldrar eller en inrikes född och en utrikes född förälder i enlighet med SCB:s definition¹. Nästan 6 av 10 av de svarande i utsatta områden har utländsk bakgrund.

¹Statistikdatabasen, SCB

2. Hälsotillstånd och vårdkontakter

Tillgång till och förtroende för hälso- och sjukvården är avgörande både för individens hälsa och för samhällets sammanhållning. I utsatta områden, där många invånare möter både sociala och ekonomiska utmaningar, får dessa frågor särskild betydelse. En god hälsa, positiva erfarenheter av vårdkontakter och tillit till vården kan bidra till ökad trygghet, bättre hälsoutfall och en starkare känsla av delaktighet i samhället. Omvänt kan upplevelser av bristande tillgänglighet, negativt bemötande eller ojämlikhet i vården minska benägenheten att söka vård och i förlängningen bidra till ökade hälsoklyftor.

Under senare år har frågor om ojämlik hälsa, vaccination, bemötande i vården och förtroende för vårdsystemet blivit allt-

mer framträdande i både forskning och samhällsdebatt. Regeringen, regionerna och andra aktörer har vidtagit insatser för att förbättra tillgängligheten till vård, minska skillnader i hälsa och öka vaccinationstäckningen. Samtidigt visar tidigare studier att människors upplevelser av bemötande, rättvisa och kvalitet i vården är centrala för deras förtroende för vårdsystemet – och därmed också för deras vilja att följa vårdrekommendationer och delta i förebyggande insatser, såsom vaccination.

Mot denna bakgrund belyser rapporten skillnader och likheter mellan boende i utsatta områden och befolkningen i övriga Sverige vad gäller hälsotillstånd, vårdkontakter och förtroende för vården.

Självskattad hälsa

En majoritet av respondenterna uppger att de har ganska eller mycket bra hälsa. I utsatta områden gäller detta 70 procent, vilket är en signifikant lägre andel än i övriga Sverige, där 77 procent uppger samma sak.

Bland boende i utsatta områden ser vi att självskattad hälsa följer en tydlig åldersgradient – andelen som uppger att de har bra hälsa minskar med stigande ålder. Bland unga vuxna i åldern 18–29 år uppger 77 procent att de har ganska eller mycket bra hälsa. I gruppen 65 år och äldre är motsvarande andel 65 procent. Skillnaderna mellan yngre och äldre är statistiskt säkerställda.

Vid en sammanslagning av de som anger mycket respektive ganska bra hälsa så

syns inga signifikanta skillnader i självskattad hälsa mellan personer med svensk respektive utländsk bakgrund. Däremot uppger en signifikant högre andel med utländsk bakgrund att de har mycket bra hälsa medan andelen med svensk bakgrund i högre grad uppger att de har ganska bra hälsa. Bland boende i utsatta områden uppger 69 procent av dem med svensk bakgrund och 70 procent av dem med utländsk bakgrund att de har bra hälsa.

Andelen som uppger att deras hälsa är ganska eller mycket dålig är överlag låg, men något högre bland äldre. Bland boende i utsatta områden ligger denna andel på omkring 13–14 procent för personer över 50 år, jämfört med cirka 9 procent bland personer under 50 år.

TABELL 2.1.1

Hur tycker du din hälsa är? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–49 år	50–64 år	65+ år
Mycket bra	20	22	17	27	34	27	17	13
Ganska bra	56	47	51	44	42	48	47	52
Varken bra eller dålig	14	19	19	19	14	16	23	21
Ganska dålig	8	9	12	7	8	7	11	12
Mycket dålig	1	2	2	2	2	1	2	2
Vet ej	0	1	1	1	0	1	1	0
<i>Antal svar</i>	<i>1 126</i>	<i>1 617</i>	<i>695</i>	<i>879</i>	<i>306</i>	<i>457</i>	<i>538</i>	<i>316</i>
<i>Mycket bra + Ganska bra</i>	<i>77</i>	<i>70</i>	<i>69</i>	<i>70</i>	<i>77</i>	<i>75</i>	<i>64</i>	<i>65</i>

Trots att en majoritet i alla grupper uppger god hälsa, framträder tydliga skillnader mellan områden och åldrar. Andelen som uppger god hälsa är signifikant lägre i utsatta områden än i övriga Sverige. Bland boende i utsatta områden syns en tydlig

skillnad mellan yngre och äldre, medan det inte finns några statistiskt säkerställda skillnader mellan personer med svensk eller utländsk bakgrund vid sammanslagning av mycket eller ganska bra hälsa.

Förtroende för sjukvården

En majoritet av respondenterna uppger att de har stort förtroende för svensk sjukvård. I övriga Sverige är det 69 procent som uppger mycket eller ganska stort förtroende, medan motsvarande andel bland boende i utsatta områden är 62 procent. Skillnaden är statistiskt signifikant.

Bland boende i utsatta områden ser vi att förtroendet varierar mellan olika grupper. Åldersgruppen 65 år och äldre har högst förtroende – 76 procent uppger att de har ganska eller mycket stort förtroende för sjukvården. Det är en signifikant högre andel än bland yngre grupper. I åldersgruppen 18–29 år är motsvarande andel 55 procent.

En tydlig skillnad syns även mellan personer med svensk respektive utländsk bakgrund. Bland boende i utsatta områden uppger 71 procent av dem med svensk bakgrund att de har stort förtroende för sjukvården, jämfört med 56 procent bland dem med utländsk bakgrund. Denna skillnad är statistiskt säkerställd och den största som observerats i detta avsnitt.

Andelen som uppger att de har ganska eller mycket litet förtroende är signifikant högre bland boende i utsatta områden (15%) jämfört med 12 procent i övriga Sverige.

TABELL 2.2.1

Hur stort förtroende har du för svensk sjukvård? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–49 år	50–64 år	65+ år
Mycket stort	20	23	23	24	22	21	22	31
Ganska stort	49	39	48	32	33	36	42	45
Varken stort eller litet	19	21	17	24	22	22	23	15
Ganska litet	9	11	8	14	15	14	10	7
Mycket litet	3	4	3	6	7	7	3	1
Vet ej	1	1	1	1	2	1	1	2
<i>Antal svar</i>	<i>1 123</i>	<i>1 619</i>	<i>696</i>	<i>880</i>	<i>306</i>	<i>458</i>	<i>538</i>	<i>317</i>
<i>Mycket stort + Ganska stort</i>	<i>69</i>	<i>62</i>	<i>71</i>	<i>56</i>	<i>55</i>	<i>57</i>	<i>64</i>	<i>76</i>

Förtroendet för vården är genomgående högt, men boende i utsatta områden uttrycker det i signifikant lägre grad. Bland dessa boende ser vi också skillnader kopplade till både ålder och bakgrund –

där äldre och personer med svensk bakgrund i högre utsträckning uttrycker förtroende än yngre och personer med utländsk bakgrund.

Kontakt med hälso- och sjukvården

En stor andel av befolkningen uppger att de haft kontakt med hälso- och sjukvården under det senaste året, antingen som patient, som anhörig eller i båda rollerna. I övriga Sverige uppger 82 procent att de haft vårdkontakt, jämfört med 79 procent bland boende i utsatta områden.

Bland boende i utsatta områden är andelen som besökt hälso- och sjukvården högre bland dem med svensk bakgrund – 82 procent av personer med svensk bakgrund och 77 procent av dem med

utländsk bakgrund uppger att de haft kontakt med vården antingen som patient, anhörig/närstående eller i båda rollerna, under det senaste året.

Inom gruppen boende i utsatta områden varierar vårdkontakten tydligt mellan olika åldersgrupper. Bland personer som är 65 år eller äldre uppger 89 procent att de haft kontakt med vården det senaste året, vilket är en signifikant högre andel än i gruppen 18–29 år, där motsvarande andel är 70 procent.

TABELL 2.3.1

Har du under det senaste året besökt hälso- och sjukvården? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–49 år	50–64 år	65+ år
Nej	17	20	17	22	28	25	17	11
Ja som patient	57	59	63	56	46	48	64	78
Ja som anhörig/närstående	8	6	5	7	8	10	5	1
Ja som både patient och anhörig/närstående	17	14	14	14	16	16	14	9
Vet ej	1	1	1	1	2	1	1	0
Antal svar	1 107	1 606	687	876	305	452	533	316
Ja som patient + Ja som anhörig/närstående + Ja som både patient och anhörig/närstående	82	79	82	77	70	74	82	89

Totalt sett har en majoritet haft kontakt med vården det senaste året. Det är väntat att äldre personer har mer frekvent kontakt med hälso- och sjukvården, eftersom risken för sjukdomar och vårdbehov generellt ökar med stigande ålder. Den tydliga ålderskillnaden i vårdkontakt som syns i utsatta områden följer därmed ett möns-

ter som inte är specifikt för dessa områden, utan är i linje med hur vårdkontakter ser ut i befolkningen i stort. Att andelen med vårdkontakt är högre i gruppen 65 år eller äldre bör därför främst förstås utifrån dessa naturliga omständigheter, snarare än som ett utslag av specifika förhållanden i utsatta områden.

Informationsinhämtning

Tabell 2.4.1 visar vilka källor människor använder för att söka information om hälsa och sjukvård. Det mest använda alternativet i samtliga grupper är 1177.se. Bland

boende i utsatta områden uppger 68 procent att de använder 1177.se, vilket är signifikant lägre än i övriga Sverige där andelen är 76 procent.

TABELL 2.4.1

Vem eller vart vänder du dig till för information om hälsa och sjukvård?
Fler svar möjliga (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–49 år	50–64 år	65+ år
1177.se	76	68	75	63	80	75	66	51
Läkare eller annan vårdpersonal	62	56	60	54	54	55	56	61
Går till apotek	9	11	10	11	15	13	9	5
Familj eller vänner	20	15	18	12	27	15	12	7
Ledare inom religion (imam, präst, pastor, rabbin)	0	1	0	1	2	1	0	0
Media (TV, Radio, tidningar)	2	2	3	2	5	1	2	2
Inlägg på sociala medier	2	3	1	4	7	2	3	0
WhatsApp grupper, Facebook grupper	1	0	0	1	0	1	0	0
Internet/ Google eller andra sökmotorer	32	26	32	23	40	29	23	16
Annat	3	2	2	1	2	2	2	2
Vet ej	1	0	1	0	0	1	1	0
Antal svar	1 119	1 611	695	874	306	454	533	318

Officiella och professionella källor dominerar som informationskanal. Användningen är särskilt hög bland yngre – 80 procent av 18–29-åringarna uppger att de använder 1177.se – men sjunker tydligt med stigande ålder. Bland de äldsta (65 år och äldre) är det bara 51 procent som använder tjänsten.

Läkare eller annan vårdpersonal är en jämnt använd källa över åldrarna, medan apotek är något vanligare bland yngre. Sammantaget är dessa traditionella, fysiska kontakter mer jämnt fördelade mellan åldersgrupper.

Yngre personer i utsatta områden använder i högre utsträckning sitt personliga nätverk. I åldersgruppen 18–29 år vänder sig 27 procent till familj eller vänner, vilket är nästan fyra gånger så mycket som i gruppen 65 år och äldre (7 %). Denna kanal är alltså tydligt åldersberoende. Religiösa ledare anges som informationskälla av en mycket liten andel i samtliga grupper.

Användningen av digitala plattformar utanför de officiella systemen är också mest utbredd bland yngre. 40 procent av 18–29-åringarna använder sökmotorer som Google, jämfört med 16 procent bland de äldsta. Sociala medier (som inlägg på Facebook eller Instagram) och chattgrupper används av få, men också här är det främst de yngsta som nämner dessa källor.

Traditionella medier – som tv, radio och tidningar – används i mycket låg utsträckning totalt sett. Men även här ser vi en viss åldersskillnad: 5 procent bland de yngsta nämner medier, jämfört med 2 procent bland äldre.

Den övergripande bilden visar att digitala källor är vanligast, men att tillgång och användning varierar både mellan bostadsområden och mellan åldersgrupper. Bland boende i utsatta områden är användningen av 1177.se och sökmotorer lägre än i övriga Sverige, samtidigt som yngre sticker ut med ett betydligt mer digitalt och nätverksbaserat informationssökande.

3. Vaccination och vaccinationsattityder

Vaccination är en av samhällets viktigaste förebyggande folkhälsoåtgärder. Men dess effektivitet beror i hög grad på människors vilja att vaccinera sig och sina barn. I detta avsnitt kartläggs både faktisk vaccinations-

benägenhet och attityder till vaccination. Fokus ligger på eventuella tveksamheter, tillgång till information och hur dessa faktorer skiljer sig mellan boende i utsatta områden och befolkningen i stort.

Inställning till vaccin

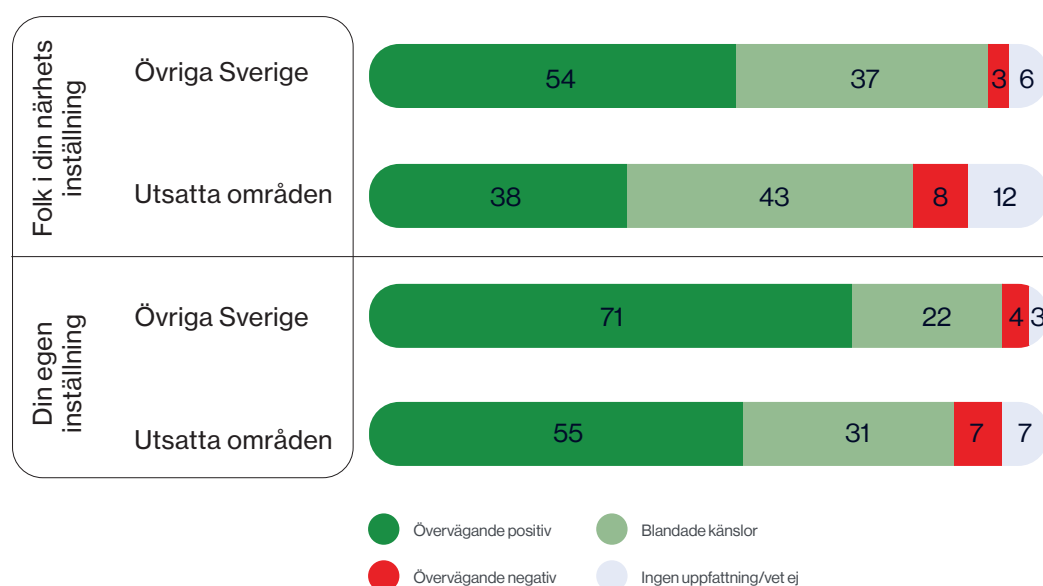
Figur 3.1.1 och tabell 3.1.1 belyser inställningen till vaccin och vaccinationer, både när det gäller respondentens egen inställning och hur de uppfattar att personer i deras närhet ställer sig.

Bland boende i utsatta områden uppger 55 procent att de har en övervägande positiv inställning till vaccinationer. Det är signifikant lägre än i övriga Sverige, där motsvarande andel är 71 procent. Skillnaden är också tydlig mellan personer med svensk respektive utländsk bakgrund. Medan 72 procent av personer med

svensk bakgrund uppger en positiv inställning, gäller detta endast 41 procent av dem med utländsk bakgrund – en skillnad som är både stor och statistiskt säkerställd. Även ålder spelar en tydlig roll i inställningen till vaccin. Bland personer som är 65 år eller äldre uppger 73 procent en övervägande positiv inställning, vilket är den högsta andelen bland alla grupper. En möjlig förklaring till detta är att personer över 65 ofta har mer vårdkontakt, högre förtroende för sjukvården och också omfattas av fler vaccinationsrekommendationer än yngre grupper.

FIGUR 3.1.1

När det kommer till vaccin och vaccinationer, vad är då din egen inställning / folk i din närhets inställning? (%)



Samtidigt ser vi att blandade känslor är betydligt vanligare i vissa grupper. I utsatta områden uppger 31 procent att de har blandade känslor inför vaccin, vilket är signifikant högre än i övriga Sverige (22 %). Bland personer med utländsk bakgrund är andelen ännu högre – 39 procent jämfört med 20 procent bland dem med svensk bakgrund. Även andelen med övervägande negativ inställning är högre bland personer med utländsk bakgrund (10 %) än bland dem med svensk bakgrund (4 %).

Mönstret återkommer även i uppfattningen om hur personer i omgivningen ser på vaccinationer. Bland boende i utsatta områden upplever endast 38 procent att folk

i deras närhet är övervägande positivt inställda till vaccinationer, vilket är signifikant lägre än i övriga Sverige (54 %). Skillnaden mellan svensk och utländsk bakgrund är också markant: 49 procent av personer med svensk bakgrund upplever positiva attityder i sin omgivning, jämfört med endast 28 procent bland dem med utländsk bakgrund.

Blandade känslor i omgivningen är något vanligare bland personer med utländsk bakgrund (47 %) jämfört med personer med svensk bakgrund (37 %), medan den upplevda negativa inställningen också är högre bland personer med utländsk bakgrund (11 % mot 4 %).

TABELL 3.1.1

När det kommer till vaccin och vaccinationer, vad är då din egen/folk i din närhets inställning (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Din egen inställning								
Övervägande positiv	71	55	72	41	47	53	49	73
Blandade känslor	22	31	20	39	33	32	35	19
Övervägande negativ	4	7	4	10	9	7	8	5
Ingen uppfattning/ Vet ej	3	7	4	10	10	8	8	3
<i>Antal svar</i>	1 124	1 600	695	866	305	449	529	317
Folk i din närhets inställning								
Övervägande positiv	54	38	49	28	38	38	33	44
Blandade känslor	37	43	37	47	41	44	44	39
Övervägande negativ	3	8	4	11	10	8	9	4
Ingen uppfattning/ Vet ej	6	12	9	14	11	10	13	12
<i>Antal svar</i>	1 088	1 486	673	782	293	432	491	270

Vaccinationsattityderna präglas av tydliga skillnader, både i den egna synen och i hur man uppfattar andras inställning. Personer med svensk bakgrund och boende i övriga Sverige uttrycker i högre grad positiva attityder, medan tveksamhet och negativitet är vanligare bland personer med utländsk bakgrund och i utsatta områden.

De som är övervägande positiva till vaccin och vaccinationer har också stort förtroende för sjukvården. Tabell 3.1.2 visar att personer med stort förtroende för sjukvården i högre grad har en övervägande posi-

tiv inställning till vaccin och vaccinationer. Bland dem som uppger mycket eller ganska stort förtroende är tre av fyra (75 %) övervägande positiva till vaccin. Motsvarande andel bland dem med mycket eller ganska litet förtroende är betydligt lägre, 10 procent. I denna grupp är det istället vanligare att vara övervägande negativ (40 %) eller ha blandade känslor (19 %). Bland personer med neutralt förtroende (varken stort eller litet) är andelen med övervägande positiv inställning 15 procent. Skillnaderna mellan grupperna är statistiskt signifikanta.

TABELL 3.1.2

När det kommer till vaccin och vaccinationer, vad är då din egen inställning fördelat på förtroende för sjukvården (utsatta områden, %)

Din egen inställning	Övervägande positiv	Blandade känslor	Övervägande negativ	Ingen uppfattning/ Vet ej
Mycket/ganska stort förtroende	75	48	35	51
Varken stort eller litet	15	31	24	22
Mycket/ganska litet förtroende	10	19	40	21
Vet ej	0	1	0	6
Antal svar	873	489	119	117

Viktiga faktorer bakom inställningen till vaccination

Utöver det allmänna förtroendet för svensk sjukvård, vad påverkar människors inställning till vaccination? Tabell 3.2.1 visar vilka faktorer som människor uppger som viktigast. Flera av de mest angivna faktorerna rör rekommendation från vårdpersonal,

känslor av oro, tidigare erfarenheter eller tillit till myndigheter och sjukvård. Skillnaderna mellan grupper är ofta tydliga och ger en bild av hur attityder formas av både personliga och sociala faktorer.

TABELL 3.2.1

Nedan är en lista på olika saker som kan påverka inställningen till vaccin och vaccinationer. Vilka av dessa faktorer är viktigast för hur du själv tänker kring vaccination? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Rädsla för biverkningar	42	47	41	51	53	52	50	27
Tror inte vaccin funkar	4	9	4	12	10	9	11	2
Min religion eller tro	1	1	0	2	2	1	1	0
Vad familj och vänner tycker	4	5	5	5	11	4	3	3
Tidigare negativa erfarenheter av vaccination (själv eller närstående)	11	12	10	13	16	11	12	7
Svårt att veta vad som är rätt eller fel om vaccin	19	23	16	28	32	20	25	15
Information jag har tagit del av (media, nätet, sociala medier)	16	13	15	12	16	12	12	16
Tidigare positiva erfarenheter av vaccination	36	26	38	15	18	22	22	44
Rekommendation från vårdpersonal	45	32	45	22	30	31	30	38
Nyttan för samhället	42	26	41	14	24	29	26	25
Hur mycket jag litar på myndigheter och sjukvård	31	23	28	20	29	28	18	20
Annat, nämligen:	3	3	3	2	3	2	3	2
Vet ej	2	5	3	6	6	7	5	3
<i>Antal svar</i>	<i>1 113</i>	<i>1 605</i>	<i>695</i>	<i>869</i>	<i>306</i>	<i>449</i>	<i>533</i>	<i>317</i>

Personliga erfarenheter och känslor

Rädsla för biverkningar är den mest angivna orsaken bland boende i utsatta områden (47 %) och bland personer med utländsk bakgrund (51 %). Båda dessa nivåer är signifikant högre än bland boende i övriga Sverige (42 %) och personer med svensk bakgrund (41 %). Rädsla är också vanligare bland yngre – i åldersgruppen 18–29 år nämner 53 procent detta, vilket är en signifikant högre andel än i gruppen 65 år och äldre (27 %).

Individuell övertygelse och osäkerhet

Misstro mot vaccinets effektivitet är inte särskilt vanligt totalt sett, men signifikant vanligare bland personer med utländsk bakgrund (12 %) än bland personer med svensk bakgrund (4 %). Även andelen som uppger att det är svårt att veta vad som är rätt eller fel är signifikant högre bland

Tidigare positiva erfarenheter av vaccination lyfts betydligt oftare i övriga Sverige (36 %) än i utsatta områden (26 %), och betydligt oftare av personer med svensk bakgrund (38 %) än av dem med utländsk bakgrund (15 %). Skillnaderna är signifikanta och visar att positiva erfarenheter av vaccination rapporteras i olika grad mellan grupperna.

personer med utländsk bakgrund (28 %) än bland personer med svensk bakgrund (16 %). Även ålder spelar in – dubbelt så många i den yngsta åldersgruppen (32 %) uppger att de har svårt att avgöra vad som är rätt eller fel gällande vaccin, jämfört med den äldsta åldersgruppen (15 %).

Påverkan från omgivningen

Få nämner vad familj och vänner tycker som den viktigaste faktorn, men bland de yngsta (18–29 år) är andelen något högre (11 %), vilket dock inte är en signifikant

skillnad jämfört med andra åldersgrupper. Påverkan från religiös tro är mycket ovanlig, och inga signifikanta skillnader finns mellan grupper.

Professionell och samhällelig påverkan

Den mest angivna orsaken i övriga Sverige är rekommendation från vårdpersonal – 45 procent anger detta som viktigt, vilket är signifikant högre än i utsatta områden där motsvarande andel är 32 procent. Även här ser vi en tydlig skillnad mellan personer med svensk bakgrund (45 %) och personer med utländsk bakgrund (22 %). Resultaten tyder på att tilltron till vårdens rekommendationer varierar mellan grupper.

Samhällsnytta som argument för vaccination nämns av 42 procent i övriga Sverige och 41 procent av personer med svensk bakgrund, men endast av 26 procent i utsatta områden och 14 procent av personer med utländsk bakgrund. Båda skillnaderna är signifikanta.

Sammantaget visar resultaten att olika typer av influenser spelar olika stor roll

beroende på bakgrund och bostadsområde. I utsatta områden och bland personer med utländsk bakgrund är rädsla, osäkerhet och misstro mer framträdande, medan vårdens rekommendationer, samhällsnytta och positiva erfarenheter väger tyngre i övriga Sverige och bland personer med svensk bakgrund. Även ålder spelar en tydlig roll – personer som är 65 år eller äldre uppvisar generellt en mer positiv inställning till vaccinationer och uttrycker betydligt mindre oro än yngre åldersgrupper. Det gäller särskilt när det handlar om rädsla för biverkningar och osäkerhet kring vacciners effektivitet. Attitydskillnaden är relevant att notera eftersom 65-årsgränsen sammanfaller med att flera vaccinationer särskilt rekommenderas till just denna grupp på grund av ökad risk att bli allvarligt sjuk.

Informationskällor och förklaringar till inställningen till vaccin och vaccinationer

I tidigare avsnitt redogjorde vi för till vem eller vart man vänder sig för information om hälsa och sjukvård. I tabell 3.3.1 redogör vi för vilka informationskällor som främst används av de som uppger olika faktorer som påverkar deras inställning till vaccin.

Bland dem som anger rädsla för biverkningar uppger över hälften att de påverkas av alla tre typer av källor – officiella och professionella (47 %), familj och vänner (57 %) samt medier och digitala plattformar (55 %). Det är även tydligt att osäkerhet – till exempel att det är svårt att veta vad som är rätt eller fel om vaccin – i högre grad är kopplad till familj och vänner (35 %) och digitala medier (27 %) än till officiella källor (22 %).

För flera av de mer negativa eller skeptiska attityderna, såsom tidigare negativa erfarenheter eller upplevelsen att vaccin inte fungerar, är andelen som påverkas av officiella och professionella källor lägre än andelen som påverkas av andra källor. Ett liknande mönster syns för påståendet ”vad familj och vänner tycker”, där påverkan från just familj och vänner dominerar (13 %) jämfört med officiella källor (5 %).

Sammantaget visar tabellen att vilken källa som främst påverkar tycks hänga samman med vilken typ av anledning som anges – där negativa upplevelser och osäkerhet i högre grad förknippas med informell påverkan från närstående och medier, medan positiva erfarenheter och vårdrekommendationer i högre grad hänger samman med påverkan från officiella källor.

TABELL 3.3.1

Olika informationskanaler som används för hälso- och sjukvårdsinformation fördelat på källor till påverkan för inställning till vaccin och vaccinationer, utsatta områden (%)

	Officiella och professionella källor	Familj/vänner	Medier och digitala plattformar
Rädsla för biverkningar	47	57	55
Tror inte vaccin funkar	9	15	9
Min religion eller tro	0	2	1
Vad familj och vänner tycker	5	13	8
Tidigare negativa erfarenheter av vaccination (själv eller närstående)	11	21	19
Svårt att veta vad som är rätt eller fel om vaccin	22	35	27
Information jag har tagit del av (media, nätet, sociala medier)	13	21	24
Tidigare positiva erfarenheter av vaccination	26	31	29
Rekommendation från vårdpersonal	33	40	39
Nyttan för samhället	27	36	37
Hur mycket jag litar på myndigheter och sjukvård	24	35	35
Annat, nämligen:	3	3	2
Vet ej	5	3	3
<i>Antal svar</i>	1 486	234	455

4. Bemötande i vården och erfarenhet av vårdbesök

Hur patienter blir bemötta i vården påverkar både upplevelsen av kvalitet och viljan att söka vård igen. I detta avsnitt undersöks invånarnas egna erfarenheter av vårdbesök – både om de har känt sig tagna på allvar och fått möjlighet att ställa frågor, och om de har upplevt att de eller någon i deras närhet blivit sämre behandlade på grund av

exempelvis etnisk bakgrund, språk eller religion. Vi tittar också närmare på uppfattningar om tillgång till tolk, och om man tror att upprepade besök krävs för att få hjälp. Analysen fokuserar på skillnader mellan boende i utsatta områden och i övriga Sverige, samt på hur upplevelserna varierar med ålder och bakgrund.

Erfarenhet i vårdkontakter

Tabell 4.1.1 visar att det finns tydliga skillnader i upplevd diskriminering inom vården, särskilt kopplade till etnisk bakgrund och språkkunskaper. Bland boende i utsatta områden uppger 8 procent att de själva, eller någon i deras närhet, behandlats sämre på grund av etnisk bakgrund. Det är signifikant högre än i övriga Sverige (8 % jämfört med 2 %). Skillnaden är också signifikant inom gruppen, där 12 procent av personer med utländsk bakgrund uppger detta, jämfört med 4 procent bland dem med svensk bakgrund.

Liknande mönster återfinns för språkkunskaper. 7 procent av de boende i utsatta

områden och 10 procent av personer med utländsk bakgrund anger att detta har påverkat bemötandet negativt. Det är signifikant högre än bland personer i övriga Sverige och bland dem med svensk bakgrund, där 3 procent uppger detta.

När det gäller religion eller tro uppger 3 procent av de boende i utsatta områden att de upplevt sämre behandling på denna grund, vilket är signifikant högre än i övriga Sverige (1 %). Bland personer med utländsk bakgrund är motsvarande andel 4 procent, också signifikant högre än bland dem med svensk bakgrund (1 %).

TABELL 4.1.1

Har du, eller någon i din närhet under de senaste fem åren blivit sämre behandlad än andra patienter inom vården på grund av någon av följande faktorer? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Kön	7	5	5	4	7	6	4	2
Etnisk bakgrund	2	8	4	12	13	11	7	3
Språkkunskaper	3	7	3	10	10	10	6	2
Religion eller tro	1	3	1	4	5	4	2	1
Sexuell läggning	1	1	2	1	3	2	1	0
Utbildningsnivå	2	3	1	3	4	3	2	1
Ekonomiska situation	2	3	3	3	4	5	2	0
Funktionsnedsättning	4	4	6	3	3	4	6	2
Nej	66	61	66	58	47	57	64	77
Vet ej	20	18	18	17	27	16	16	15
Antal svar	1 122	1 608	692	876	301	455	536	316

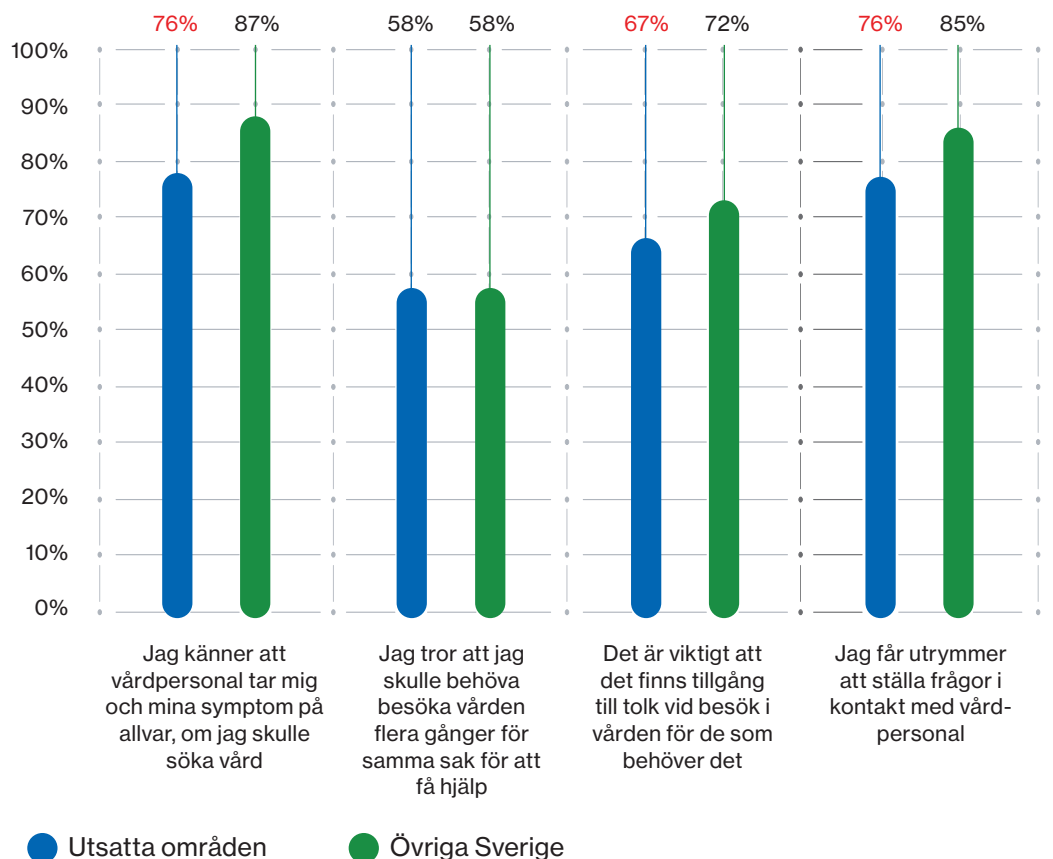
Andelen som svarar att de inte upplevt något sämre bemötande är signifikant lägre i utsatta områden (61 %) än i övriga Sverige (66 %). Detsamma gäller jämförelsen mellan personer med utländsk bakgrund (58 %) och svensk bakgrund (66 %). Det visar att negativa erfarenheter av bemötande inom vården upplevs oftare i dessa grupper.

Skillnader syns även mellan åldersgrupper. Unga personer rapporterar i högre grad upplevelser av att ha blivit sämre behandlade inom vården – i fråga om kön, etnicitet, språk och religion. Bland 18–29-åringar är det exempelvis 13 pro-

cent som uppger att etnisk bakgrund lett till sämre bemötande, vilket är signifikant högre än i äldre åldersgrupper. Samma mönster gäller för språk (10 %) och religion (5 %). I gruppen 65 år och äldre är motsvarande nivåer 3, 2 och 1 procent.

Figur 4.2.1 visar i vilken utsträckning boende i utsatta områden upplever att de blir tagna på allvar, om de tror de behöver upprepa besök i vården för att få hjälp för en åkomma, om de tycker det är viktigt med tillgång till tolk vid besök i vården och slutligen om de får utrymme att ställa frågor i samband med kontakten med vårdpersonalen.

FIGUR 4.2.1

Hur väl instämmer du med följande påståenden?
Andel instämmer (%)

En signifikant lägre andel i utsatta områden (76 %) uppger att vårdpersonalen tar dem och deras symtom på allvar, jämfört med 87 procent i övriga Sverige. Denna skillnad är den största som framkommer i denna jämförelse. Även när det gäller möjligheten att ställa frågor instämmer en signifikant lägre andel i utsatta områden (76 %), jämfört med övriga Sverige (85 %).

Skillnaden är också signifikant i frågan om vikten av att det finns tolk tillgängligt för dem som behöver det – 67 procent av de boende i utsatta områden anser detta viktigt, jämfört med 72 procent i övriga Sverige. Det kan framstå som något överraskande

att andelen är högre i referensgruppen – en möjlig förklaring är att fler i övriga Sverige har svenska som modersmål och därmed reflekterar över andras behov snarare än sina egna.

I frågan om risken att behöva uppsöka vården flera gånger för att få hjälp ses ingen skillnad mellan grupperna – 58 procent instämmer i båda.

Resultaten visar sammantaget att boende i utsatta områden i lägre grad än övriga Sverige upplever att de får ett gott bemötande vid kontakt med vården.

5. Inställning till sjukvård och vårdsökande

En persons inställning till sjukvården påverkar i hög grad om, när och hur hen söker vård. Det handlar inte enbart om tillgång till vård, utan även om förtroende, tidigare erfarenheter, ekonomiska förutsättningar och praktiska hinder vilket vi berört tidigare i rapporten. I detta avsnitt undersöker vi i vilken utsträckning invånare i utsatta områden avstått från att söka vård trots att behov funnits, och vad som ligger bakom dessa beslut. Har det handlat om tidsbrist, misstro, dåliga erfarenheter, kostnader eller svårigheter att navigera i vårdsystemet?

Vi analyserar också hur vanligt det är att man avstår från vårdbesök trots att man blivit kallad, till exempel till uppföljningar eller screening. Dessutom berörs frågor om

högkostnadsskyddet med anledning av den planerade höjningen ett centralt verktyg för att minska ekonomiska trösklar till vård.

Slutligen tittar vi på i vilken mån personer kan tänka sig att söka vård utomlands, och vad som drivit dessa val. Det kan röra sig om tillgång, kvalitet, språk eller tillit – faktorer som i sig belyser hur människor upplever det svenska vårdssystemet.

Genom att lyfta dessa aspekter får vi en bredare förståelse för hur strukturella, ekonomiska och personliga faktorer påverkar vårdsökandemönster – och därmed även vilka hinder som behöver övervinnas för att uppnå en mer jämlik tillgång till vård.

Vem låter bli att söka vård – och varför?

Tabell 5.1.1 visar att 56 procent av personer med utländsk bakgrund uppger att de själva, eller någon i deras närhet, har avstått från att söka vård trots att det

funnits behov. Det är signifikant högre än bland personer med svensk bakgrund, där motsvarande andel är 38 procent.

TABELL 5.1.1

Har du, eller någon i din närhet, under de senaste fem åren låtit bli att söka vård trots att du/ni varit såpass sjuk att ni varit i behov av vård? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Ja, jag själv	20	25	21	27	32	28	24	15
Ja, någon i min närhet	20	18	16	29	28	19	17	9
Nej, varken jag själv eller någon i min närhet	55	51	58	45	39	45	51	68
Vet ej	11	12	9	14	15	14	12	9
Antal svar	1 121	1 609	696	874	305	452	536	316
Andel Ja i någon form ¹	34	37	32	41	47	41	37	22

Kommentar: Andel 'ja i någon form' avser andelen personer som angett att de själva, någon i deras närhet eller både de själva och någon i deras närhet har låtit bli att söka vård trots behov. Eftersom vissa personer kan ha svarat ja på båda alternativen är denna andel lägre än summan av andelarna för 'ja, jag själv' och 'ja, någon i min närhet'

Bland boende i utsatta områden är andelen som uppger att de själva eller någon i deras närhet avstått från att söka vård 37 procent, vilket är signifikant högre än i övriga Sverige (34 %).

ner uppger till att de själva, eller någon i deras närhet, har avstått från att söka vård trots att det funnits behov. Orsakerna kan delas in i ekonomiska skäl, praktiska hinder samt attityder eller tidigare erfarenheter av vården.

Tabell 5.1.2 visar vilka skäl som perso-

TABELL 5.1.2

Varför lät du eller personen i din närhet bli att söka vård? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Hade inte tid	16	14	14	13	19	14	13	7
Det kändes för dyrt	9	14	13	16	23	14	13	3
Det var svårt att ta ledigt från jobbet	11	15	17	14	13	18	17	3
Förlorad inkomst	12	12	17	8	10	14	14	6
Religiösa eller kulturella skäl	1	1	0	1	1	1	0	0
Begränsade kunskaper i svenska	1	3	2	4	4	4	3	3
Osäkerhet kring hur det skulle gå till	11	13	11	15	23	12	9	9
Ville inte belasta vården i onödan	34	19	31	12	21	22	11	31
Tidigare negativa erfarenheter av vården	43	42	48	38	41	49	40	32
Oro för att bli anmäld till andra myndigheter (t.ex. socialtjänsten, polis, Migrationsverket)	2	2	1	2	3	2	2	1
Annat, nämligen:	18	13	16	11	12	11	15	12
Vet ej	5	9	5	12	9	6	9	18
<i>Antal svar</i>	383	589	223	351	141	185	195	68

Tidigare negativa erfarenheter av vården är det vanligaste skälet till att man har låtit bli att söka vård. Det uppges av omkring 40 procent i de flesta grupper, och är den mest frekvent angivna orsaken bland samtliga svarsalternativ. Särskilt hög är andelen bland personer med svensk bakgrund (48 %) och i åldersgruppen 30–44 år (49 %). Den äldsta åldersgruppen (65+) uppger detta skäl i lägre grad (32 %), men det är fortfarande den vanligaste orsaken även där.

Ekonomiska skäl förekommer i olika former och slår olika i olika grupper. Att det kändes för dyrt är vanligare bland personer med utländsk bakgrund (16 %) än bland dem med svensk bakgrund (13 %), och allra vanligast bland unga vuxna i åldern 18–29 år (23 %). Oro för förlorad inkomst är däremot vanligare bland personer med svensk bakgrund (17 %) än bland dem med utländsk bakgrund (8 %), och högst bland personer i åldrarna 30–44 och 45–64 år (14 % vardera). Detta visar att olika ekonomiska faktorer påverkar olika grupper beroende på livssituation och försörjning.

Att det var svårt att ta ledigt från jobbet uppges av 15 procent totalt, och är vanligast bland personer med svensk bakgrund (17 %) samt i åldersgruppen 30–44 år (18 %). Det är ett skäl som nästan helt saknas i den äldsta åldersgruppen (3 %), vilket är väntat då färre i denna grupp förvärvsarbetar.

Att man inte hade tid anges av 14 procent totalt, men är särskilt vanligt i den yngsta åldersgruppen 18–29 år (19 %), medan endast 7 procent bland 65+ uppger detta. Det tyder på att vårdsökande i konkurrens med andra vardagskrav påverkar särskilt yngre vuxna.

Osäkerhet kring hur det skulle gå till som skäl är tydligt åldersrelaterat. Det uppges av 23 procent bland 18–29-åringar, jämfört med endast 9 procent bland personer i åldern 45–64 och 65+. Även personer med utländsk bakgrund uppger detta skäl i högre grad (15 %) än personer med svensk bakgrund (11 %).

Att man inte ville belasta vården i onödan är betydligt vanligare i övriga Sverige (34 %) än i utsatta områden (19 %). Det är också vanligare bland personer med svensk bakgrund (31 %) än bland dem med utländsk bakgrund (12 %), och förekommer i högre grad i den äldsta åldersgruppen (31 %), vilket kan spegla en återhållsamhet bland äldre och i befolkningsgrupper med större tillit till vårdens funktion.

Sammanfattningsvis är tidigare negativa erfarenheter den mest frekventa orsaken till att inte söka vård. Ekonomiska hinder och praktiska svårigheter – såsom att det var svårt att ta ledigt eller att det kändes för dyrt – förekommer oftare bland yngre och personer i arbetsför ålder, men påverkar olika grupper på olika sätt. Unga vuxna uppger i högre grad brist på tid och osäkerhet kring hur vården fungerar, medan äldre oftare nämner att de inte ville belasta vården. Mer ovanliga skäl, som språksvårigheter, religiösa hinder och myndighetsoro, förekommer endast på låga och stabila nivåer.

När man kallas men inte går – vårdbesök som uteblir

Ibland kallas man till planerade vårdbesök, till exempel för mammografi, cellprov eller prostatakontroll. Men alla går inte på dessa besök – trots att de fått en kallelse. Tabell 5.2.1 visar att 11 procent av de boende i utsatta områden uppger att de själva har avstått från ett sådant vårdbesök under de senaste fem åren. Det är signifikant högre än i övriga Sverige, där motsvarande andel är 8 procent.

Lika stor andel (11 %) bland personer med svensk och utländsk bakgrund uppgav att de själva avstått från ett vårdbesök. När man också tittar på de som uppger att någon i ens närhet avstår då är det en signifikant lägre andel med svensk bakgrund som uppger det som svar.

TABELL 5.2.1

Har du, eller någon i din närhet, under de senaste fem åren avstått från ett vårdbesök trots att ni fått en kallelse – till exempel för mammografi, cellprov eller prostatakontroll? (%)

	Svarande bland boende i utsatta områden									
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år	Kvinna	Man
Ja, jag själv	8	11	11	11	7	8	18	7	16	6
Ja, någon i min närhet	5	8	6	9	13	7	8	4	9	7
Nej, varken jag själv eller någon i min närhet	78	67	71	65	58	70	63	81	65	70
Vet ej	10	14	12	15	22	15	11	9	11	17
Antal svar	1 119	1 603	695	869	304	453	531	315	794	809

Det är också tydligt att ålder spelar roll. I åldersgruppen 45–64 år, där många får kallelser till exempel screening för bröstcancer eller prostatacancer, uppger 18 procent att de själva har avstått från att gå – vilket är den högsta andelen bland alla åldersgrupper. I åldersgrupperna under och över syns lägre nivåer, vilket troligen speglar att man i mindre grad fått denna typ av kallelser.

Skillnaden mellan kvinnor och män är också tydlig. Bland kvinnor uppger 16 procent att de själva har avstått från ett kallat vårdbesök, jämfört med 6 procent av männen. Det hänger troligen samman med att kvinnor oftare får kallelser till regelbundna undersökningar, såsom mammografi och gynekologiska cellprov. Skillnaden speglar att förutsättningarna att bli kallad till vård varierar mellan kvinnor och män.

När personer som avstått från ett kallat vårdbesök får ange varför, syns flera återkommande mönster. Orsakerna kan delas in i tre grupper: praktiska hinder, psykologiska orsaker eller osäkerhet, samt bristande tillit eller upplevd relevans.

Praktiska eller ekonomiska hinder är vanliga. Det kan handla om att man inte hade tid, att det var svårt att ta ledigt från jobbet eller att det innebar risk för inkomstbortfall. Dessa orsaker förekommer i ungefär samma utsträckning i utsatta områden och i övriga Sverige. Det är också något vanligare bland personer i yrkesverksam ålder – till exempel uppger 25 procent av 30–44-åringarna att de inte hade tid, och 24 procent av 45–64-åringarna att det var svårt att ta ledigt från jobbet.

TABELL 5.2.2

Om ja, varför? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Hade inte tid	20	18	12	22	19	25	17	6
Det var svårt att ta ledigt från jobbet	17	17	13	20	20	9	24	0
Hade ingen som kunde passa barnen	3	1	0	2	5	1	0	0
Förlorad inkomst	8	6	4	7	5	6	7	3
Oro för vad resultatet skulle bli	14	16	18	15	24	15	15	9
Religiösa eller kulturella skäl	2	0	0	1	2	0	0	0
Begränsade kunskaper i svenska	1	3	1	4	2	4	2	3
Osäkerhet kring hur det skulle gå till	14	11	13	11	24	7	8	9
Såg inget behov/nytta	17	22	30	17	32	22	16	25
Tidigare negativa erfarenheter av vården	17	11	11	11	17	15	7	9
Oro över att bli anmäld till andra myndigheter (t.ex. socialtjänsten, polis, Migrationsverket)	1	1	1	1	2	1	0	0
Annat, nämligen:	18	15	21	12	7	7	19	28
Vet ej	10	10	11	9	7	10	8	19
<i>Antal svar</i>	<i>140</i>	<i>289</i>	<i>112</i>	<i>169</i>	<i>59</i>	<i>67</i>	<i>131</i>	<i>32</i>

Psykologiska orsaker eller osäkerhet handlar ofta om oro för vad resultatet skulle bli, eller att man inte riktigt visste hur det skulle gå till. Dessa skäl är särskilt vanliga bland yngre personer – i åldersgruppen 18–29 år uppgår 24 procent oro för resultatet, och lika många anger osäkerhet kring hur det skulle gå till. Det är mer än dubbelt så många som i de äldre åldersgrupperna. Detta kan hänga sam-

man med att yngre personer generellt har mindre erfarenhet av vårdssystemet.

Bristande tillit eller upplevd relevans är en annan vanlig orsak till att man inte gick på ett kallat besök. Den vanligaste enskilda anledningen är att man inte såg något behov eller någon nytta med besöket. Det uppges av 22 procent i utsatta områden och 17 procent i övriga Sverige. Andelen är sär-

skilt hög bland personer med svensk bakgrund (30 %) och i den yngsta åldersgruppen 18–29 år (32 %). Detta antyder att vissa grupper i högre grad ifrågasätter vårdens värde, även när ett besök redan är inplanerat.

Praktiska hinder såsom svårigheten att ta ledigt från jobbet är också ett återkommande skäl. Det nämns av 17 procent totalt i utsatta områden, men är särskilt vanligt i åldersgruppen 45–64 år, där nästan var fjärde person (24 %) anger detta. Bland personer med utländsk bakgrund är andelen 20 procent, vilket också är högre än bland personer med svensk bakgrund (13 %). Detta visar att arbetslivets krav fortsatt utgör ett hinder, särskilt i den äldre arbetsföra befolkningen. Att man inte hade någon som kunde passa barnen förekommer mer sällan, men nämns något oftare av 18–29-åringar (5 %), vilket speglar livssituationen i denna åldersgrupp.

Ekonomiska skäl som oro för att förlora inkomst anges av en mindre andel – mellan 3 och 8 procent i de flesta grupper – och ligger på jämförelsevis låga nivåer. Däremot är andelen något högre bland personer i arbetsför ålder, särskilt i åldersgruppen 45–64 år (7 %).

Religiösa eller kulturella skäl, begränsade kunskaper i svenska och oro för att bli anmäld till myndigheter förekommer på

mycket låga nivåer, vanligen mellan 0 och 2 procent, utan tydliga variationer mellan grupper. Dessa orsaker tycks alltså spela en mycket begränsad roll i beslutet att utebli från vårdbesök.

Svarsalternativet "Annat" anges av mellan 7 och 28 procent, och är vanligast i den äldsta åldersgruppen (28 %). Det kan tyda på att specifika eller mer individuella orsaker, som inte fångas av de fasta alternativen, förekommer oftare bland äldre.

"Vet ej" anges av omkring 10 procent totalt, men är särskilt vanligt bland personer 65 år eller äldre (19 %), vilket kan indikera svårighet att minnas eller att specificera orsaken till att man uteblev från ett vårdbesök.

Sammanfattningsvis framträder tre huvudorsaker till att inte gå på ett kallat vårdbesök: upplevd irrelevans (att man inte såg behov eller nytta), psykologisk osäkerhet (oro för resultatet eller hur det skulle gå till), och praktiska hinder (t.ex. att det var svårt att ta ledigt). De yngre uppger i större utsträckning osäkerhet och ifrågasättande av nyttan, medan äldre oftare anger "annat" eller är osäkra på varför de uteblev. Skillnader mellan personer med svensk och utländsk bakgrund syns bland annat i upplevelsen av nytta och i arbetsrelaterade hinder.

Söka vård utomlands

Tabell 5.3.1 visar att 34 procent av personer med utländsk bakgrund kan tänka sig att söka vård utomlands istället för i Sverige. Det är en signifikant högre andel än bland personer med svensk bakgrund, där motsvarande siffra är 23 procent. Det tyder på att benägenheten att överväga

vård utanför Sverige varierar mellan grupper i befolkningen.

Det är också signifikant fler bland personer med svensk bakgrund (51 %) som svarar nej till att söka vård utomlands, jämfört med personer med utländsk bakgrund (42 %).

TABELL 5.3.1

Skulle du kunna tänka dig att söka vård utomlands istället för i Sverige? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Ja	29	27	23	34	42	34	27	14
Nej	46	46	51	42	32	42	46	65
Vet inte	25	28	26	24	26	24	27	21
Antal svar	1 612	1 126	694	879	303	455	538	316

I uppföljningsfrågan (tabell 5.3.2) syns att det finns flera olika skäl till att överväga vård i ett annat land. Dessa kan delas in i tre huvudgrupper: tillgänglighet, upplevd kvalitet och kostnad, samt kulturell eller personlig närhet.

Tillgänglighet är den vanligaste orsaken i båda grupperna: att slippa vårdköer anges av ungefär hälften av alla som kan tänka sig att söka vård utomlands. Det är den mest frekventa orsaken totalt sett, även om skillnaderna mellan grupper inte är signifikanta.

Upplevd kvalitet och kostnad visar däremot tydliga skillnader. 42 procent av personer med utländsk bakgrund uppger att det är billigare att få vård utomlands, vilket är signifikant fler än bland personer med svensk bakgrund (26 %). Det är också signifikant fler med utländsk bakgrund (44 %) som anser att vården utomlands är mer kompe-

tent, jämfört med 26 procent bland personer med svensk bakgrund.

Kulturell närhet och personliga nätverk spelar också roll för vissa. En signifikant större andel av personer med utländsk bakgrund (10 %) uppger att det är en fördel att vårdpersonalen utomlands har samma kulturella bakgrund. Att känna en läkare utomlands förekommer också som svar, men är mindre vanligt.

Sammantaget visar resultaten att det är vanligare bland personer med utländsk bakgrund att kunna tänka sig att söka vård i ett annat land. Det motiveras inte bara av praktiska skäl som köer, utan också av upplevda skillnader i kvalitet, kostnad och kulturell tillhörighet. Skillnaderna mellan grupperna är statistiskt säkerställda på flera punkter, vilket pekar på att erfarenheter och förväntningar på vården i Sverige varierar beroende på bakgrund.

TABELL 5.3.2

Varför skulle du kunna tänka dig att söka vård utomlands? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
För att undvika vårdköer	55	45	47	44	45	46	44	44
För att det är billigare	22	37	26	42	38	46	32	14
Vårdpersonal har samma kulturella bakgrund som jag	3	7	1	10	6	8	6	9
Jag känner en läkare utomlands	2	4	1	5	5	5	2	2
Det finns vård som saknas i Sverige	39	36	38	35	47	35	29	30
Vården är mer kompetent utomlands	26	37	26	44	47	38	32	23
Annat, nämligen:	10	8	11	6	6	8	11	7
Vet ej	6	4	5	3	2	1	4	16
Jag skulle inte kunna tänka mig att söka vård utomlands	1	1	1	1	2	1	0	0
<i>Antal svar</i>	299	463	157	294	125	153	142	43

Konsekvenser av höjt högkostnadsskydd för läkemedel

Den 1 juli 2025 höjs högkostnadsskyddet för läkemedel från 2 900 till 3 800 kronor per år. Resultaten visar att detta väntas påverka befolkningen olika beroende på bakgrund, bostadsområde och ekonomiska förutsättningar.

Bland boende i utsatta områden uppger

32 procent att höjningen inte kommer att påverka dem – en signifikant lägre andel än i övriga Sverige (54 %). Motsvarande mönster ses också mellan personer med utländsk bakgrund (21 %) och svensk bakgrund (46 %). Det innebär att mer än dubbelt så stor andel av personer med svensk bakgrund inte förväntar sig någon påverkan.

TABELL 5.4.1

Från och med 1 juli 2025 höjs högkostnadsskyddet för läkemedel. Det betyder att du som mest kan behöva betala 3 800 kronor per år för dina mediciner, istället för dagens 2 900 kronor. Hur tror du att denna höjning kommer att påverka dig? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Det påverkar mig inte alls	54	32	46	21	28	29	35	36
Jag behöver anpassa min ekonomi för att ha råd med medicin	20	30	26	34	26	32	29	35
Jag vet inte hur jag ska ha råd med min medicin	8	17	10	23	18	16	19	15
Jag kommer behöva minska min medicinanvändning	5	9	4	12	13	9	8	4
Mina anhöriga kommer behöva min hjälp att ha råd med medicin	10	13	12	14	25	15	10	4
Jag kommer eventuellt köpa läkemedel från andra länder	3	5	1	7	8	6	3	2
Annat, nämligen:	2	2	3	2	3	3	2	2
Vet ej	10	11	9	12	15	12	10	8
Antal svar	1 121	1 606	695	873	304	451	534	317

Samtidigt syns flera tecken på ekonomisk utsatthet i grupper med lägre förväntad ekonomisk marginal. Exempelvis uppger 23 procent av personer med utländsk bakgrund att de inte vet hur de ska ha råd med sina läkemedel efter höjningen. Det är en signifikant högre andel än bland personer med svensk bakgrund (10 %). Även andelen som uppger att de kommer att behöva minska sin medicinanvändning är signifikant högre bland personer med utländsk bakgrund (12 % jämfört med 4 %).

En mindre andel av personer med utländsk bakgrund uppger också att deras anhöriga kommer att behöva hjälp att ha råd med läkemedel (14 %, jämfört med 12 %), men denna skillnad är inte signifikant.

Skillnaderna förstärks ytterligare när man

ser till månadsinkomst (tabell 5.4.2). Bland personer med en inkomst under 20 000 kronor i månaden är det endast 21 procent som uppger att höjningen inte påverkar dem, medan 37 procent i denna grupp säger att de behöver anpassa sin ekonomi och 26 procent inte vet hur de ska ha råd med sin medicin. Motsvarande andelar bland dem med en månadsinkomst över 50 000 kronor är 65 procent som inte påverkas, och endast 5 procent som uppger att de inte vet hur de ska ha råd.

Det är tydligt att den förväntade påverkan är starkt kopplad till den ekonomiska situationen. Ju högre inkomst, desto mindre upplevd påverkan. Ju lägre inkomst, desto större oro – och en högre andel som redan i förväg uppger att de kan komma att behöva minska sin medicinanvändning.

TABELL 5.4.2

Från och med 1 juli 2025 höjs högkostnadsskyddet för läkemedel. Det betyder att du som mest kan behöva betala 3 800 kronor per år för dina mediciner, istället för dagens 2 900 kronor. Hur tror du att denna höjning kommer att påverka dig? (Efter egen månadsinkomst, bland boende i utsatta områden, %)

	Mindre än 20 000 kronor	20 000 – 29 999 kronor	30 000 – 39 999 kronor	40 000– 49 999 kronor	Mer än 50 000 kronor
Det påverkar mig inte alls	21	30	37	58	65
Jag behöver anpassa min ekonomi för att ha råd med medicin	37	36	30	13	15
Jag vet inte hur jag ska ha råd med min medicin	26	17	13	5	5
Jag kommer behöva minska min medicinanvändning	12	8	8	3	4
Mina anhöriga kommer behöva min hjälp att ha råd med medicin	12	12	15	15	14
Jag kommer eventuellt köpa läkemedel från andra länder	5	5	5	3	1
Annat, nämligen:	3	2	2	3	3
Vet ej	8	10	9	11	5
<i>Antal svar</i>	435	430	369	149	74

Sammanfattningsvis visar resultaten att höjningen av högkostnadsskyddet för läkemedel väntas få störst konsekvenser för ekonomiskt utsatta grupper. Det gäller särskilt personer med utländsk bakgrund, boende i utsatta områden och personer med låga månadsinkomster. Många i dessa grupper förutser att de kommer att behöva anpassa sin ekonomi, minska sin

medicinanvändning eller helt enkelt inte vet hur de ska klara kostnaderna. Samtidigt uppger en majoritet av personer med högre inkomster och svensk bakgrund att de inte kommer påverkas alls av höjningen. Det pekar på en växande skillnad i tillgång till läkemedel beroende på ekonomiska förutsättningar.

6. Attityder och inställning till hälsa

Attityder till hälsa påverkar hur människor prioriterar, agerar och söker vård. I detta avsnitt undersöks dels hur människor definierar vad ett hälsosamt liv innebär, dels vilka hinder de upplever för att leva hälso-

samt. De svar som givits har kategoriserats utifrån om de rör fysiska, psykiska, sociala eller strukturella aspekter, vilket möjliggör en fördjupad förståelse av skillnader mellan grupper.

Hur definieras ett hälsosamt liv?

Tabell 6.1.1 visar vad människor lägger in i begreppet att leva ett hälsosamt liv. Bland de faktorer som nämns återfinns fysiska aspekter såsom att slippa smärta och krämpor, att vara fysiskt aktiv och att äta nyttig mat, men även psykiska dimensioner som att må bra mentalt och känna sig nöjd med livet. Andra svar handlar om sociala faktorer, exempelvis att ha goda relationer och känna gemenskap, liksom om livsstilsrelaterade perspektiv som att uppnå balans mellan arbete och fritid eller att vistas i naturen. Resultaten visar att psykiskt välbefinnande är det mest frekvent nämnda inslaget i ett hälsosamt liv. Totalt 79 procent av de svarande i övriga Sverige instämmer i detta, jämfört med 66 procent i utsatta områden. Även fysisk aktivitet lyfts ofta fram, särskilt i övriga Sverige där 72 procent nämner detta, jämfört med 60 procent i utsatta områden. Liknande mönster återkommer för flera andra faktorer.

Det finns tydliga och signifikanta skillnader mellan grupper. Personer med svensk bakgrund är i högre grad än personer med utländsk bakgrund benägna att definiera hälsa i breda termer, särskilt när det gäller psykiska och sociala aspekter. Till exem-

pel anser 74 procent av personer med svensk bakgrund att god mental hälsa är en del av ett hälsosamt liv, jämfört med 60 procent bland dem med utländsk bakgrund. Även att känna sig nöjd med livet samt att ha bra relationer och gemenskap nämns betydligt oftare av personer med svensk bakgrund än av dem med utländsk bakgrund. Samma tendens finns mellan boende i övriga Sverige och utsatta områden. I övriga Sverige anger exempelvis 66 procent att smärtfrihet är en viktig del av hälsa, jämfört med 56 procent i utsatta områden, och 64 procent instämmer i att tillfredsställelse med livet är en relevant aspekt, jämfört med 51 procent i utsatta områden.

Ålderskillnaderna är också påtagliga. Yngre personer tenderar att i högre grad betona faktorer som fysisk aktivitet och mental hälsa. I åldersgruppen 18–29 år anger 75 procent att det är viktigt att må bra mentalt, medan motsvarande andel bland personer 65 år eller äldre är 53 procent. Äldre personer lyfter i lägre utsträckning fram de psykosociala dimensionerna av hälsa, men placerar sig ändå inte konsekvent högre i de mer traditionellt fysiska aspekterna heller.

TABELL 6.1.1

Vad betyder det för dig att leva ett hälsosamt liv? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Att slippa smärtor och krämpor	66	56	69	46	57	58	55	55
Att vara fysiskt aktiv regelbundet	72	60	63	59	70	62	59	50
Att äta nyttig mat	60	56	61	52	60	58	55	49
Att må bra mentalt	79	66	74	60	75	75	62	53
Att få tillräcklig sömn och vila	70	60	69	53	68	63	59	49
Att undvika negativa vanor	39	37	40	35	45	39	36	27
Att ha bra relationer och gemenskap	63	44	56	35	48	51	39	39
Att känna tillfredsställelse och vara nöjd med mitt liv	64	51	59	44	51	55	47	50
Att ha balans mellan arbete och fritid	54	45	49	43	57	57	50	9
Att vara i naturen	50	33	41	27	30	34	34	35
Annat, nämligen:	1	1	2	1	1	1	1	3
Vet ej	1	3	2	3	4	3	2	2
Antal svar	1 124	1 606	695	873	305	451	534	316

Vilka hinder upplever människor?

I tabell 6.2.1 framgår vilka hinder människor upplever för att leva hälsosamt. Här rör sig svaren om strukturella hinder som brist på tid, ekonomi och kunskap, men också om psykologiska svårigheter som brist på motivation och om sociala faktorer som avsaknad av stöd från omgivningen. Det vanligaste hindret är brist på tid, som anges av 37 procent i utsatta områden och 42 procent i övriga Sverige. Näst vanligast är svårigheten att hitta motivation, något som 27 procent i utsatta områden och 33 procent i övriga Sverige lyfter. Bland personer med utländsk bakgrund är det signifikant vanligare att man upplever ekonomiska hinder – 31 procent anser att det är för dyrt att leva hälsosamt, jämfört med 25 procent bland personer med svensk bakgrund. Det är också vanligare i denna grupp att uppleva osäkerhet kring hur man ska leva hälsosamt, 11 procent jämfört med 7 procent bland personer med svensk bakgrund. Samtidigt är det betydligt färre

bland dem med utländsk bakgrund som uppger att de inte har några hinder alls – endast 19 procent jämfört med 28 procent bland dem med svensk bakgrund. Skillnaderna mellan utsatta områden och övriga Sverige är liknande: ekonomiska hinder är vanligare i utsatta områden (28 %) än i övriga Sverige (18 %), och färre i utsatta områden uppger att de inte möter några hinder.

Även åldersgrupperna skiljer sig åt vad gäller upplevda hinder. Yngre personer rapporterar oftare att brist på tid och motivation är ett problem. I åldersgruppen 18–29 år anger 46 procent att de har för lite tid och 42 procent att de saknar motivation. Bland äldre, särskilt personer 65 år och äldre, är det däremot vanligt att uppge att man inte upplever några utmaningar alls – mer än hälften i denna grupp, 53 procent, instämmer i detta, vilket är en signifikant högre andel än i övriga åldersgrupper.

TABELL 6.2.1

Vilka av utmaningar upplever du kring att leva ett hälsosamt liv? (%)

			Svarande bland boende i utsatta områden					
	Övriga Sverige	Utsatta områden	Svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65+ år
Brist på tid	42	37	37	37	46	52	39	4
Jag vet inte hur jag ska göra	6	9	7	11	14	10	8	4
Det är för dyrt	18	28	25	31	36	35	27	15
Svårt att hitta motivation	33	27	34	22	42	30	24	15
Jag saknar stöd från andra att leva hälsosamt	5	6	6	6	6	7	7	5
Andra utmaningar, nämligen:	8	6	8	5	6	7	7	6
Jag upplever inga utmaningar med att leva ett hälsosamt liv	27	23	28	19	13	14	19	53
Vet ej	4	8	6	10	8	6	9	10
<i>Antal svar</i>	<i>1 115</i>	<i>1 591</i>	<i>688</i>	<i>865</i>	<i>304</i>	<i>450</i>	<i>530</i>	<i>307</i>

Sammantaget visar resultaten att det finns tydliga skillnader i både hur hälsa förstås och vilka hinder som upplevs. Personer med utländsk bakgrund och boende i utsatta områden definierar i något lägre grad hälsa utifrån psykosociala och breda perspektiv, och rapporterar samtidigt fler praktiska och ekonomiska svårigheter i sin strävan att leva hälsosamt. Analysen visar att strukturella hinder är mer framträdande i dessa grup-

per, vilket kan påverka möjligheten att ta till sig hälsobudskap och göra hälsosamma val i vardagen. Samtidigt framkommer det att yngre personer ofta delar en bred syn på hälsa men i praktiken hindras av livssituationer som stress, brist på tid och låg motivation. Äldre personer däremot tenderar att rapportera färre hinder men också att i lägre grad lyfta fram de psykologiska och sociala dimensionerna av hälsa.

06

Metod- beskrivning

Undersökningens målpopulation är boende i Sveriges samtliga av Polismyndigheten definierade risk-, utsatta och särskilt utsatta områden. Ett slumpmässigt urval om 6 658 personer folkbokförda i Sveriges utsatta områden drogs (inklusive riskområden, utsatta områden och särskilt utsatta områden). Personerna kontaktades via en postal inbjudan till folkbokföringsadressen, med påminnelser via SMS

och digital post (Kivra). Totalt samlades 1 624 svar in, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 24 %. Fältperioden pågick mellan 2 april och 6 maj 2025.

För referensundersökningen som riktade sig till boende i övriga Sverige, exklusive utsatta områden drogs ett urval om 2 936 personer varav 1 128 personer svarade, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 38 %.

Fakta: 59 utsatta områden

De utsatta områdena definieras av Polismyndigheten och är indelade i olika grader av utsatthet: utsatta områden, riskområden, och särskilt utsatta områden.¹ Ett utsatt område är enligt Polismyndigheten ett geografiskt avgränsat område där kriminella har en påverkan på lokalsamhället i olika grader. Områdena har

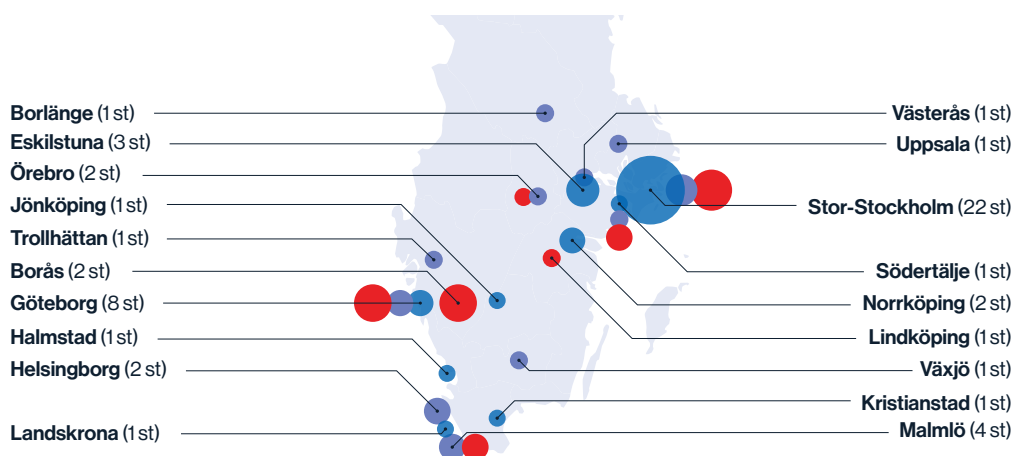
även en låg socioekonomisk status och är hem till ca 570 000 svenskar, många med utländsk bakgrund. Två av tre invånare har ännu inte fyllt 45 år.² Den 1 december 2023 uppdaterades listan och fyra nya områden har tillkommit, medan sex områden inte längre bedöms som utsatta jämfört med 2021.

Utsatta områden

Polisens 59 utsatta områden 2023

- Utsatta områden (27 st)
- Riskområden (15 st)
- Särskilt utsatta områden (17 st)

Källa: Polisen



27 utsatta områden:

Gamlegården, Kristianstad. Grantorps/Visättra, Huddinge. Råslätt, Jönköping. Skiftinge, Eskilstuna. Vårby, Huddinge. Årby, Eskilstuna. Andersberg, Halmstad. Brandbergen, Haninge. Bredäng, Stockholm. Bäckby, Västerås. Finnsta, Järfälla. Fisksätra, Nacka. Fröslunda, Eskilstuna. Gårdsten, Göteborg. Hagsätra/Rågsved, Stockholm. Hisings Backa, Göteborg. Hässelby/Vällingby, Stockholm. Karlslund, Landskrona. Navestad, Norrköping. Saltskog, Södertälje. Sångvägen, Järfälla. Hagalund, Solna. Hageby, Norrköping. Jordbro, Haninge. Skogås, Huddinge. Storvreten, Botkyrka. Vårberg, Stockholm.

15 riskområden:

Biskopsgården, Göteborg. Dalhem/Drottninghög/Fredriksdal, Helsingborg. Gottsunda, Uppsala. Kronogården/Lextorp/Sylte, Trollhättan. Oxhagen/Varberga, Örebro. Södra Sofielund (Seved), Malmö. Söder, Helsingborg. Tjärna Ängar, Borlänge. Araby, Växjö. Fornhöjden, Södertälje. Holma/Kroksbäck/Bellevuegården, Malmö. Rissne/Hallonbergen, Solna. Valsta, Sigtuna. Tynnered/Grevgården/Opaltorget, Göteborg. Tureberg, Sollentuna.

17 särskilt utsatta områden:

Rinkeby/Tensta, Stockholm. Hjällbo, Göteborg. Husby, Stockholm. Alby, Botkyrka. Bergsjön, Göteborg. Halunda/Norsborg, Botkyrka. Hammar-kullen, Göteborg. Hovsjö, Södertälje. Lövgärdet, Göteborg. Norrby, Borås. Nydala/Hermosdal/Lindängen, Malmö. Ronna/Geneta/Lina, Södertälje. Skäggetorp, Linköping. Vivalla, Örebro. Fittja, Botkyrka. Hässleholmen/Hulta, Borås. Rosengård, Malmö.

¹ Källa: Polismyndigheten. Grafik: Anders Humlebo / TT.

² Källa: Järvaveckan Research: en rapport om Sveriges 61 utsatta områden

07

Kontakt- uppgifter

Ahmed Abdirahman

VD och grundare,
Stiftelsen Järvaveckan

ahmed.abdirahman@jarvaveckan.se
+46 (0)73 907 75 09



Jonas Fuks

Samarbetsansvariga infektionssjukdomar,
Pfizer Sverige

jonas.fuks@pfizer.com,
+46 (0)76 889 29 08



JÄRVAVECKAN

research

2025©Järvaveckan

TALESPERSON Ahmed Abdirahman
VD och grundare,
Stiftelsen Järvaveckan

WEBBPLATS jarvaveckan.se

MAIL info@jarvaveckan.se