

Skåningar med funktionsnedsättning och e-hälsa

En undersökning som genomförs av
HSO Skåne och Begripsam
på uppdrag av Region Skåne



Ett samarbete mellan...

HSO Skåne



Förord

Denna rapport handlar om skåningar med funktionsnedsättning och e-hälsa.

Syftet med rapporten är att undersöka personer med funktionsnedsättnings attityder och inställningar till e-hälsa.

HSO Skåne fick möjligheten att göra denna undersökning på uppdrag av e-hälsoberedningen i Region Skåne under perioden augusti – december 2018.

Under hösten har HSO Skånes medlemsorganisationer visat stort engagemang genom att sprida enkäten inom sina medlemsgrupper. Detta har tillsammans med spridning utanför medlemsgrupperna resulterat i över niohundra enkätsvar. Ett gensvar som visar att frågorna är intressanta bland våra medlemmar.

I den stora datamängd som vi nu har genom alla enkätsvar, har vi ett stort underlag för att framöver analysera och komma med förslag till hur den digitala utvecklingen kan anpassas för personer med funktionsnedsättningar. Vår förhoppning är att detta ska beaktas i Region Skånes planering och utveckling av digitaliseringsarbetet.

Vi vill tacka Region Skåne för den möjlighet vi fick att genomföra enkätundersökningen och ett stort tack till alla som på olika sätt har bidragit i dess genomförande.

Vi överlämnar härmed denna rapport till Region Skåne.

Malmö december 2018

HSO Skåne

Thomas P Larsson
Verksamhets- och kanslichef

Om rapporten och undersökningen

Detta är huvudrapporten för undersökningen Skåningar med funktionsnedsättning och e-hälsa”. Undersökningen har genomförts av HSO Skåne och Begripsam på uppdrag av Region Skåne och med stort ideellt engagemang från en rad olika organisationer och personer inom den skånska funktionsrättsrörelsen.

Undersökningen kompletterar den undersökning Region Skåne gjort via den så kallade Skånepanelen, där ett representativt urval av den skånska befolkningen svarat på frågor om e-hälsa. De personer som svarat på den undersökning vi nu presenterar har olika diagnoser, funktionsnedsättningar och svårigheter.

Huvudförfattare: Stefan Johansson, teknologie licentiat, Begripsam och Rebecka Hansen, handläggare, HSO Skåne

Huvudansvarig för studiedesign: Stefan Johansson

Expert – enkätmetodik och kvantitativa analyser: Catharina Gustavsson, Med Dr Docent, Centrum för Klinisk Forskning, Dalarna.

Arbetsgrupp: Rebecka Hansen, Roger Johnsson, SRF Skåne, Carolina Nordbeck, DHR Skåne, Pontus Eriksson och Michelle Nilsson, NSPH Skåne.

Mer information om undersökningen hittar du på www.hsoskane.se. Hos Begripsam hittar du också andra rapporter om hur personer med olika funktionsnedsättningar använder internet: www.begripsam.se/internet.

Publiceringsdatum: 2018-12-20

Sammanfattning av undersökningens resultat

Totalt deltog 908 personer i undersökningen. De representerar över 44 olika diagnoser och ett stort antal funktionsnedsättningar och svårigheter. Personerna i vår undersökning har mycket låga inkomster. Det gäller även många med högre utbildning. Detta behöver beaktas vid konstruktion av regionens avgiftssystem, högkostnadsskydd etc. Det som av många kanske betraktas som en liten utgift kan få stora konsekvenser, särskilt om utgiften förekommer ofta.

Få är negativa till digitala vårdtjänster men tjänsterna är för dåligt utformade

Runt hälften av deltagarna använder e-tjänster dagligen eller ofta. Många är också positivt inställda eller neutrala till vårdtjänster på nätet. Endast 10% av kvinnorna och 18% av männen svarar att de är direkt negativa till e-tjänster i vården. Det är fler som är positiva till vårdtjänster på nätet än som använder dem, det kan bland annat förklaras av att tjänsterna inte upplevs som tillräckligt bra för att ersätta andra vårdalternativ, att de är för svåra eller ibland omöjliga att använda även om man vill. I de fallen bryter tjänsterna mot den lag som reglerar att digitala gränssnitt ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning.

Det finns också stora grupper som inte använder digitala vårdtjänster och orsakerna till det tycks vara flera. Bland annat finns en oro för att tjänsterna inte är säkra eller tillförlitliga. Denna oro är betydligt större bland deltagarna i vår undersökning jämfört med Skånepanelen.

Unga kvinnor med dålig hälsa tycks använda digital vård minst

Den yngsta åldersgruppen, personer under 29 år, samt den äldsta, personer över 75 år, är de grupper som tycks använda digitala vårdtjänster minst och som även är mest avvaktande till digitala vårdtjänster. Allra minst tycks kvinnor under 29 år med mycket dålig hälsa använda digitala vårdtjänster. Att den yngsta åldersgruppen i så liten utsträckning använder digitala vårdtjänster beror inte på att de skulle sakna grundläggande digital kompetens. Det tycks vara något i själva mötet med de digitala vårdtjänsterna som gör att de inte utnyttjar de digitala möjligheterna.

Kunskap om den egna diagnosen tas inte tillvara

Deltagarna i denna undersökning har ofta mycket goda kunskaper om sina diagnoser, funktionsnedsättningar och svårigheter. Dessa kunskaper drar Region Skåne i dagsläget inte fullt ut nytta av. Våra deltagare rapporterar att många inte är delaktiga eller bara delvis delaktiga i den egna vården och ofta även att de inte fullt ut får den vård de behöver. Det är betydligt fler i vår undersökning som anser att de inte får den vård de behöver, jämfört med Skånepanelen.

Omfattande kontakter med vården

Deltagarna har täta och omfattande kontakter med vården. I vissa fall, som till exempel vid kontakt med akutmottagningar, är det ingen skillnad med befolkningen i övrigt. I andra fall så sker betydligt fler interaktioner mellan patienten och vården. Detta gäller främst besök i

primärvården och hos specialistsjukvården men det verkar även som att denna grupp har en större interaktion med 1177 Vårdguiden, på nätet och via telefon. I Skånepanelen har 87% mindre än 4 årliga kontakter. I vår undersökning har 37% av kvinnorna och 25% av männen mer än 8 årliga kontakter och nästan 3% har fler än 52 årliga kontakter. I jämförelse med Skånepanelen har deltagarna i vår undersökning en sämre upplevd hälsa.

Förhållandevis många deltagare uppger att de är rädda att de digitala vårdtjänsterna ska minska, eller ersätta, möjligheter att få komma på fysiska besök och få personlig kontakt i hälso- och sjukvården. De är positiva till digitala vårdtjänster om det tydligt framgår att dessa är komplement till annan vård.

E-post och SMS mest efterfrågad kommunikationskanal

Deltagarna vill helst använda dator eller mobiltelefon och den mest efterfrågade kommunikationskanalen är e-post, därefter SMS. E-post och SMS anses viktigare än webbsidor, appar och videosamtal.

Jämfört med Skånepanelen är det betydligt fler i vår undersökning som känner till 1177 Vårdguiden. Även om många känner till de olika tjänsterna så är det därför inte säkert att de använder dem. Det anges flera anledningar till det. Förutom att man inte har behov av tjänster upplevs de som för svåra och krångliga eller att det finns andra alternativ som är enklare.

Stora skillnader mellan grupperna

I denna rapport redovisar vi vad samtliga deltagare har svarat. Vi presenterar även våra resultat per kön, ålder, utbildning, sysselsättning och inkomst. Det ger många viktiga och tänkvärda resultat. Samtidigt ger denna rapport en antydning om att det finns ännu mer intressanta frågor att ställa och data att analysera. Material finns för ytterligare resultatrapporter. Till exempel visar våra resultat att det finns stora skillnader mellan hur undersökningens olika grupper har svarat på frågor om bemötande, vilket förtroende de har för vården i regionen samt vilket förtroende de har för 1177 Vårdguiden. Skillnaderna mellan grupperna är mycket stora, vilket indikerar att också separata dataanalyser bör göras för att undersöka skillnader mellan de olika grupper som ingår i undersökningen. Det har dock inte varit möjligt att inom ramen för denna rapport göra de jämförande dataanalyser som skulle kunna påvisa sådana skillnader. Vi hoppas kunna återkomma med fler rapporter som kan undersöka sådana skillnader. Vi har också fått in ett mycket stort textmaterial där deltagarna med egna ord har beskrivit hur de ser på e-hälsa och digitala vårdtjänster. Även där hoppas vi kunna återkomma med fördjupande analyser.

HSO Skånes förslag till åtgärder

Det går att ställa många krav utifrån det mycket omfattande material rapporten presenterar. På en övergripande nivå anser vi att Region Skåne behöver arbeta med att:

1. Dåligt utformade tjänster behöver bli bättre

Deltagarna är i grunden positiva till e-hälsa, men tjänsterna är för dåligt utformade, krångliga och skapar osäkerhet och otrygghet. Tjänsterna måste bli bättre designade och utformade utifrån användarnas behov och förutsättningar. Dagens digitala vårdtjänster tar inte tillvara den potential som finns.

2. Den digitala kompetensen behöver öka

Det räcker inte att utveckla digitala vårdtjänster. Regionen måste aktivt arbeta för att utsatta grupper har den digitala kompetens som behövs för att använda tjänsterna. Dåligt utformade tjänster leder till större behov av kompetensutveckling. Bra utformade tjänster minskar detta behov, men det finns alltid ett behov av att söka upp dessa grupper och öka deras digitala förmåga. Vi anser att det behövs omfattande åtgärder för att personer med funktionsnedsättningar ska kunna öka sin förmåga att använda de digitala tjänsterna.

3. Det behövs mer av delaktighet och inflytande – särskilt för dem med goda kunskaper

Undersökningen visar att det finns många kunniga patienter med omfattande vårdkontakter. Ändå känner många sig inte delaktiga och många tycker inte de får den vård de behöver. Digitaliseringen av vården behöver bli bättre på att fånga upp denna potential. Här finns stora möjligheter för regionen att erbjuda effektiva digitala lösningar till grupper som har mycket omfattande vårdkontakter.

4. Regionen behöver bli bättre på att nå unga kvinnor med dålig hälsa

Ungdomar och särskilt unga kvinnor med dålig hälsa nås inte av regionens digitala satsningar. Det behövs en fördjupad förståelse för varför många unga med funktionsnedsättning inte använder digitala vårdtjänster.

5. Acceptans och nyfikenhet inför ny teknik kräver förebyggande insatser

Personer med funktionsnedsättningar är i grunden positiva till tekniklösningar som de känner igen och förstår hur de fungerar. Genom förebyggande insatser kan en acceptans för kommande tekniksiften byggas upp. Här behöver regionen skapa möjligheter för aktiv medverkan så att personer med funktionsnedsättning och de olika organisationerna kan bygga upp sina kunskaper om exempelvis AI, robotar, sensorer och liknande. Kommande tekniker behöver göras kända och diskuterade långt innan de ska införas i den ordinarie vårdprocessen.

6. HSO Skåne är bättre än regionen på att få fram data och rapportera hur verkligheten ser ut för personer med funktionsnedsättning

Regionen behöver ett långsiktigt och etablerat samarbete med en part som har metoder och kanaler att snabbt ta reda på hur verkligheten ser ut för personer med funktionsnedsättning. HSO Skåne har stor trovärdighet bland dessa personer och har metoder och kanaler för att snabbt nå ut till dessa personer. Ett samspel, där regionen undersöker befolkningen i sin

helhet och där HSO Skåne kompletterar med ett funktionshinderperspektiv ger regionen bra underlag för att bedöma läget och följa utvecklingen.

7. Skillnader mellan olika diagnosgrupper behöver undersökas ytterligare

Tabell 3 indikerar att de inbördes skillnaderna mellan olika diagnosgrupper är mycket stora. Detta behöver undersökas vidare. Undersökningen har också resulterat i ett mycket stort antal fritextsvar. Även detta material behöver analyseras vidare.

Innehåll

Förord.....	2
Om rapporten och undersökningen	3
Sammanfattning av undersökningens resultat.....	4
Få är negativa till digitala vårdtjänster men tjänsterna är för dåligt utformade	4
Unga kvinnor med dålig hälsa tycks använda digital vårs minst.....	4
Kunskap om den egna diagnosen tas inte tillvara	4
Omfattande kontakter med vården	4
E-post och SMS mest efterfrågad kommunikationskanal	5
Stora skillnader mellan grupperna	5
HSO Skånes förslag till åtgärder	6
Varför är den här undersökningen viktig?	10
Skånepanelen och e-hälsa	10
Om HSO Skåne och Begripsam	11
Skuggundersökning av Skånepanelens undersökning	11
Konstruktion av tillgängliga frågor och svarsalternativ	12
Metoder för datainsamling i ett tillgänglighetsperspektiv	12
Urval och representativitet	13
Rekryteringsmetoder.....	14
Socioekonomiska bakgrundsfaktorer	14
Resultat.....	16
Deltagarnas diagnoser	16
Deltagarnas funktionsnedsättningar och svårigheter	18
Kontakt med vården	20
Upplevd hälsa	22
Tillgång till vård	24
Delaktighet i den egna vården och kunskaper om den egna diagnosen	26
Bemötande och förtroende.....	27
Generell användning av e-tjänster	29
E-tjänster i vården	30
1177 Vårdguiden på nätet.....	37
Avancerade e-tjänster i hemmet.....	41
Deltagarnas bakgrund	44
Könstillhörighet	44
Åldersfördelning	44

Utbildning	45
Sysselsättning	46
Inkomst.....	46
Var i Skåne bor deltagarna?	48

Varför är den här undersökningen viktig?

Digitaliseringen sker i allt snabbare takt och påverkar flera delar av våra liv. Digitala tjänster och verktyg kan öka möjligheten till delaktighet i samhället, men kan också skapa hinder och leda till utanförskap för den som inte är uppkopplad. Internetstiftelsen uppskattar att 1,1 miljon svenskar befinner sig i ett digitalt utanförskap. Personer med funktionsnedsättning är en av de grupper som är, och riskerar att bli, digitalt exkluderade. Digitaliseringen är förenad med utmaningar som handlar om både kunskap, funktionsförmåga, socioekonomiska förutsättningar och möjligheter till stöd och lärande.

Region Skåne ska år 2025 vara Sveriges ledande region när det gäller att utveckla, erbjuda och använda digitala tjänster inom hälso- och sjukvården (Region Skåne, 2017). Som ett led i denna utveckling startar regionen nu upp Sveriges största digitaliseringsprojekt - Skånes Digitala Vårdsystem. En del av projektet inriktar sig på dialog med patienter. Dialogen är viktig och kommer att bli en kritisk faktor för framgång i projektet – hur väl man lyckas tillvarata och införliva användarnas behov och synpunkter i de digitala utvecklingsprocesserna.

Personer med funktionsnedsättningar är en grupp som konsumerar mycket hälso- och sjukvård. De utgör därför en stor grupp potentiella användare av de digitala vårdtjänsterna.

Den här undersökningen ger en samlad bild av inställningen till e-hälsa bland personer med funktionsnedsättningar i Skåne. Vår förhoppning är att undersökningens resultat kommer att användas som en viktig utgångspunkt när de digitala tjänsterna utformas och utvecklas. Det är viktigt att skapa tillgängliga och användarvänliga tjänster från början, för att slippa onödiga och kostsamma sår lösningar i efterhand. Om tillgänglighets- och användarvänlighetsperspektiven finns med från början kan de digitala tjänsterna användas av fler och skapa stort värde för både patienter och hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Skånepanelen och e-hälsa

Region Skåne genomförde hösten 2017 en enkätundersökning för att undersöka kännedom, attityder och inställningar till digitala tjänster inom hälso- och sjukvården, det som kallas e-hälsa. Målgruppen var den skånska befolkningen från 16 år och uppåt. Urvalsramen var deltagare i Region Skånes webbpanel, Skånepanelen. På grund av Skånepanelens urvalsmetoder syns inte personer med funktionsnedsättningar i panelens undersökningar. Stora, generella befolkningsundersökningar som Skånepanelen klarar inte av att nå tillräckligt många personer med funktionsnedsättningar. Vi vet också att många personer med funktionsnedsättningar har svårt att delta i enkätundersökningar, av flera olika skäl.

Begripsam presenterade våren 2018 sin undersökning "Svenskarna med funktionsnedsättning och internet" som är en skuggundersökning av Internetstiftelsens årliga undersökning "Svenskarna och internet" och SCB:s "Privatpersoners användning av datorer och internet". Båda dessa undersökningar kartlägger svenskarnas internetvanor och

Begripsams skuggundersökning gör detsamma, men med fokus på personer med funktionsnedsättningar och olika svårigheter. Begripsams undersökning slår fast att 50% av deltagarna i undersökningen tycker att internet är svårt. Upplevda svårigheter handlar bland annat om att logga in, använda mobilt bank-id, navigera och ta del av information.

Mot den här bakgrunden finns det ett stort behov av att undersöka inställningen till e-hälsa bland personer med funktionsnedsättningar i Skåne. Syftet med den här undersökningen har varit att få en djupare kunskap om hur digitala vårdtjänster fungerar för personer med funktionsnedsättningar, upplevda svårigheter, hinder, fördelar och utvecklingsmöjligheter. Resultaten ska kunna användas som underlag för Region Skånes fortsatta arbete med utveckling och implementering av e-hälsa.

Om HSO Skåne och Begripsam

HSO Skåne är en samarbetsorganisation för funktionshinderrörelsen i Skåne, med 36 medlemsorganisationer som verkar på länsnivå. Dessa 36 medlemsorganisationer organiserar i sin tur cirka 150 lokalföreningar i Skånes kommuner och tusentals enskilda medlemmar. HSO Skåne arbetar med att öka delaktigheten för människor med funktionsnedsättningar i Skåne. Delaktighet handlar om människors möjligheter att delta inom samhällets alla områden. Det gäller på arbetsmarknaden, i hälso- och sjukvården, i det demokratiska och politiska livet och i offentliga miljöer.

Begripsam är ett företag och en förening som arbetar med att göra samhället mer tillgängligt. Begripsam deltar i olika projekt och uppdrag som experter eller projektledare, genomför användartester, leder workshops och håller föreläsningar och seminarier. Begripsams verksamhetsledare Stefan Johansson, som medverkat i arbetet med den här undersökningen, är också verksam som forskare vid Kungliga Tekniska Högskolan, KTH.

Digitalisering, internetanvändande och tillgänglighet är prioriterade områden i HSO Skånes och Begripsams respektive verksamheter. Därför känns det särskilt roligt och viktigt att vi fick möjligheten att genomföra den här undersökningen på uppdrag av Region Skåne. HSO Skåne har kunskap om, och kontaktvägar till, personer med funktionsnedsättningar i Skåne. Begripsam har metoder för konstruktion av tillgängliga enkäter och är experter på forskningsmetodik och dataanalys.

Skuggundersökning av Skånepanelens undersökning

Den här undersökningen, som vi valt att namnge ”Skåningar med funktionsnedsättning och e-hälsa”, är en skuggundersökning av Skånepanelens undersökning om e-hälsa 2017:2.

Begripsam har utvecklat en metodik som handlar om att ”skugga” de breda befolkningsundersökningarna. Idén är att med andra urvalsmetoder nå de grupper som inte är representerade i de breda undersökningarna och ställa motsvarande frågor till dessa grupper för att se om det verkar finnas gap mellan dessa grupper och hela befolkningen men

också för att kunna undersöka om det finns skillnader mellan olika grupper och inom varje grupp. Vid skuggundersökningar målgruppsanpassar man den ursprungliga enkäten så att den blir mer tillgänglig och relevant för den specifika gruppen. Det har vi gjort i den här undersökningen, med Skånepanelens ursprungliga frågeformulär som utgångspunkt.

Konstruktion av tillgängliga frågor och svarsalternativ

Innan vi konstruerade vår egen undersökning så analyserade och testade vi de frågor och svarsalternativ som finns i Skånepanelens frågeformulär. Flera av de frågor och svarsalternativ som användes upplevdes för svåra. I ett antal omgångar har vi därför bearbetat frågor och svarsalternativ för att få fram frågor och svarsalternativ som kan hanteras av så många som möjligt. Vi har lärt oss att detta är mycket viktigt för att särskilt personer med psykiska och kognitiva funktionsnedsättningar ska klara av att delta i enkätundersökningar. Även om vi är relativt nöjda med utformningen av vår enkät har vi sett att den skulle gå att förbättra. Vi har varit generösa med möjligheten att lämna helt egna svar genom att ha med uppmaningar om att beskriva saker med egna ord. För vissa personer är det enklare att uttrycka sig mer fritt eller att komplettera svar via fasta svarsalternativ med fritextsvar. Vi har lärt oss att det är bra om det finns flera sätt att kunna delge sina åsikter.

Några exempel på vad som kan vara svårt:

- Skalar med många steg: Att på en 5-, 7-, eller 10-gradig skala placera in sin egen åsikt upplever många som svårt.
- Frågor som är ologiska: Att till exempel ha två frågor i en eller ha något som är underförstått eller inte hänger ihop skapar stora svårigheter.
- Frågor eller svarsalternativ som innehåller svåra ord: Till exempel har vi upptäckt att vissa har svårt med begreppet e-hälsa. Då är exempel och förklaringar viktiga. Eller i de fall där det är möjligt så byter vi svåra ord mot sådana som är enklare att förstå.
- Frågor eller svarsalternativ med negationer eller dubbla negationer: Det lilla ordet "inte" ändrar helt betydelsen men många har svårt att uppfatta när detta händer.

Vi har också lagt till ett antal frågor som vi tycker är relevanta att ställa till personer med funktionsnedsättningar i sammanhanget, gällande hälso- och sjukvårdskonsumtion, egen kunskap och möjligheten till delaktighet, bland annat.

Se bilaga för mer ingående information om vilka ändringar vi gjort i Skånepanelens frågeformulär.

Metoder för datainsamling i ett tillgänglighetsperspektiv

Erfarenheter från Begripsams tidigare projekt och kvantitativa undersökningar visar att fler personer med funktionsnedsättningar kan delta i undersökningar om man erbjuder olika insamlingsmetoder. Så fort den som vill göra en undersökning endast väljer en

insamlingsmetod så faller ett stort antal personer med funktionsnedsättningar ifrån. I den nu genomförda undersökningen har deltagarna kunnat svara via:

- Enkät online
- Pappersenkät
- Telefonintervju
- Besök av datainsamlare

Vissa grupper har vi sökt upp till exempel på dagliga verksamheter och på föreningsträffar och då har vi kunnat ge personlig assistans till dem som behöver hjälp med att fylla i enkäten. Denna uppsökande verksamhet är resurskrävande och ger en långsam datainsamling men är nödvändig för att vissa grupper ska vara representerade i materialet.

Urval och representativitet

Region Skånes undersökning sker via en panel av personer, där 2495 personer inbjöds att svara och där 1 751 personer svarade. I denna panel går det inte att spåra om någon har en diagnos eller funktionsnedsättning men det går relativt bra att uttala sig om sådant som rör stora grupper i den skånska befolkningen, fördelat på exempelvis kön, ålder och utbildning. Men panelen är sämre när det gäller att säga något om personer med funktionsnedsättningar.

Det finns i regel inga motsvarande paneler där vi kan hitta personer med olika funktionsnedsättningar. För vissa diagnoser kan sådana register finnas inom sjukvården men då uppgifter om personers eventuella diagnoser och eller funktionsnedsättningar anses som särskilt skyddsvärda känsliga uppgifter om hälsa, är de omgärdade med starka integritetsskydd och restriktioner för vem som får använda dem. För många grupper finns inga register alls. Vill man med säkerhet nå just personer med vissa diagnoser eller funktionsnedsättningar får man antingen gå upp i mycket stora urval av hela befolkningen eller hitta andra rekryteringsmetoder.

Rekrytering av deltagare till undersökningen har skett via sociala medier och via kommunikation med HSO Skånes medlemsorganisationer.

HSO Skånes medlemsorganisationer är följande:

Afasiföreningen i Skåne län	Förbundet Blödarsjuka i Sverige – Södra Regionföreningen/ FBIS Södra RF
Astma- och Allergiföreningen i Skåne län	Förbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna, Skåne/ FUB Skåne
Autism- och Aspergerföreningen Skåne län	Föreningen Sveriges dövblinda i Skåne
Bröstcancerföreningarnas länsförbund i Skåne	Föräldraföreningen för Dyslektiska Barn, Skåne
Celiakiföreningen i Skåne län	Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft Skåne
Diabetesförbundet i Skåne län	Hjärtebarnsfonden Syd
Dyslexiförbundet i Skåne	Hörselskadades Riksförbund Distrikt Skåne/ HRF Distrikt Skåne
Döva hörselskadade och språkstörda barn i södra Sverige	Huvudvärksföreningen Skåne
Elöverkänsligas Förbund i Skåne län	
Epilepsiföreningen i Skåne	

ILCO Tarm-, uro- och stomiförbundet
 Skåneregionens länsförening/ ILCO Skåneregionen
 Länsföreningen HjärtLung Skåne
 Mag- och tarmföreningen i Skåne
 Mun- & Halscancerföreningen i Södra Sverige
 Neuroförbundet Skåne
 Njurförbundet Sydsverige
 Parkinson Skåne
 Personskadeförbundet RTP Skånes Distrikt/ RTP Skåne
 Psoriasisförbundet Skåne län/ PSO Skåne län

Regionföreningen Cystisk fibros region Syd
 Reumatikerdistriktet Skåne
 Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Skåne läns distrikt
 Schizofreniföreningen i Skåne
 Skånes Dövas Distriktsförbund
 STROKE-föreningen i Skåne län
 Skånes Stamningsförening
 Tandvårdsskadeförbundet Skåne
 Vuxendöva i Sverige, VIS Skåne

Urvalet av deltagare från HSO Skånes medlemsorganisationer är förhållandevis representativt för populationen "personer med funktionsnedsättningar i Skåne". Dock finns det risk att gruppen "medlemmar i HSO Skånes medlemsorganisationer" är ganska homogen när det gäller ålder och kön. Vi vet att många av medlemmarna i föreningarna är kvinnor och att många är äldre. Därför har vi försökt nå ut även utanför föreningarna i undersökningen, för att få ett mer representativt urval. Vi har informerat om undersökningen bland Skånes kommuner, bland folkhögskolor och andra typer av verksamheter där vi vet att personer med funktionsnedsättningar är aktiva.

I undersökningen har vi också samverkat med Synskadades Riksförbund Skåne, DHR Skåne och NSPH Skåne.

Rekryteringsmetoder

För att nå personer med så många olika diagnoser, funktionsnedsättningar och svårigheter som möjligt krävs ett brett rekryteringsarbete. HSO Skåne har ett stort kontaktnät och goda kommunikationskanaler till de 36 medlemsorganisationerna. Vi har nått ut med information om att undersökningen pågått via mejlutskick, fysisk post, hemsida, nyhetsbrev och Facebooksida. Vi har också informerat vid ett flertal medlemsträffar. Många har hjälpt till att vidareförmedla informationen om undersökningen och på så sätt har vi nått ut till de personer som valt att delta i undersökningen. Personer som deltagit i undersökningen har också tipsat andra personer. Med sådana rekryteringsmetoder får vi inte med säkerhet representativa urval. En tänkbar brist är att vi har haft lättare att nå internetanvändare jämfört med icke-användare.

908 personer har deltagit i undersökningen. Av dessa har 107 deltagit genom att svara på en pappersenkät, resterande har svarat online.

Socioekonomiska bakgrundsfaktorer

Vi har valt att använda samma kategorisering av bakgrundsfaktorer som Skånepanelen för att få en jämförbarhet mellan Skånepanelens resultat och resultatet av den här undersökningen. En fråga om eventuellt medlemskap i funktionshinderföreningar har lagts

till. Flera av svarsalternativen har också modifierats för att bättre passa personer med funktionsnedsättningar. Till exempel valde vi att lägga till fler svarsalternativ i frågan om inkomst, då vi vet att många personer med funktionsnedsättningar lever med små ekonomiska marginaler. Frågorna kring utbildning och inkomst är intressanta ur ett socioekonomiskt perspektiv och kan ha en betydande roll vad gäller inställning till e-hälsa. Skånepanelens resultat visar att främst ålder tycks vara en avgörande bakgrundsfaktor när det gäller inställning till e-hälsa.

Resultat

Deltagarnas diagnoser

Deltagarna har kunnat ange mer än en diagnos. 44 fasta diagnoser kunde väljas. Det var också möjligt att ange andra diagnoser, vilket 167 personer har gjort.

Tabell 1: Antal deltagare som redovisar olika diagnoser, fördelade på kvinnor och män. 529 svarande angav att de var kvinnor, 243 män, 1 person angav annan könsidentitet 8 angav att de inte ville svara på frågan. 128 personer angav diagnos men hoppade över att svara på frågan om kön.

	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	% av total	Antal	% av total	Antal	% av total
ADHD, ADD	19	2.4	15	1.9	49	5.4
Afasi	12	1.5	12	1.5	30	3.3
Astma eller allergi	105	13.5	15	1.9	138	15.3
Autismspektrum, Asperger	21	2.7	22	2.8	49	5.4
Bipolär	8	1	0	0	12	1.3
Blind	7	0.9	3	0.4	12	1.3
Blödarsjuka	1	0.1	0	0	1	0.1
Cancer	20	2.6	10	1.3	36	4.0
Celiaki	10	1.3	2	0.3	17	1.9
CP	5	0.6	8	1	21	2.3
Cystisk fibros	1	0.1	0	0	1	0.1
Demens, Alzheimer	0	0	2	0.3	3	0.3
Depression	69	8.9	14	1.8	95	10.5
Diabetes	40	5.1	32	4.1	80	8.8
Dyslexi	18	2.3	12	1.5	38	4.2
Dyskalkyli	8	1.5	3	0.4	13	1.4
Döv, vuxendöv	3	0.4	1	0.1	4	0.4
Elöverkänslighet	2	0.3	0	0	4	0.4
Epilepsi	20	2.6	16	2.1	46	5.1
Gravt hörselskadad	5	0.6	5	0.6	13	1.4
Gravt synskadad	8	1	10	1.3	28	3.1
Hjärnskada, förvärvad	13	1.7	18	2.3	34	3.8
Hjärtsjukdom	39	5	52	6.7	104	11.5
Huvudvärk, migrän	121	15.6	11	1.4	149	16.5
Hörselskada	27	3.5	27	3.5	65	7.2
Kroniskt trötthetssyndrom	25	3.2	5	0.6	38	4.2
Lungsjukdom	39	5	10	1.3	59	6.5
Mag- och tarmsjukdom	52	6.7	12	1.5	72	8.0

MS	4	0.5	4	0.5	8	0.9
Njursjukdom	3	0.4	1	0.1	6	0.7
Parkinson	15	1.9	10	1.3	30	3.3
Problem med urinvägarna	16	2.1	17	2.2	39	4.3
Psoriasis	36	4.6	7	0.9	46	5.1
Reumatism	188	24.2	25	3.2	245	27.1
Självskadebeteende	8	1	1	0.1	11	1.2
Stroke	31	4	27	3.5	68	7.5
Språkstörning	4	0.5	8	1	17	1.9
Stamning	1	0.1	2	0.3	4	0.4
Smärtproblematik	102	13.1	17	2.2	135	14.9
Synsvag	21	2.7	10	1.3	42	4.6
Tandskada	6	0.8	4	0.5	11	1.2
Utvecklingsstörning eller intellektuell funktionsnedsättning	12	1.5	5	0.6	25	2.8
Ängest	46	5.9	10	1.3	63	7.0
Åtstörningar	9	1.2	1	0.1	11	1.2
Annan - Ange vad	118	15.2	49	6.3	195	21.6

Antalet svarande per grupp följer ofta relativt väl hur stora de olika grupperna är i förhållande till varandra. Det finns dock undantag. Exempelvis är grupperna demens, afasi, stroke, hjärtsjukdom underrepresenterade. Begripligt tidigare undersökningar har visat att personer med vissa diagnoser har större svårigheter att delta i undersökningar. Det gäller till exempel personer med utvecklingsstörning och personer med afasi. Det gör att trots att vi tillämpat insamlingsmetoder som ska göra det möjligt för så många som möjligt att delta så kan det finnas individer som ändå inte kunnat delta. Det kan också tänkas att vissa grupper har haft svårare att nås av information om att undersökningen genomfördes.

I gruppen Annan angav 167 personer att de hade någon diagnos som inte fanns i listan. Några sådana exempel är sömnapné, artros, fibromyalgi, förlamning samt problem med ämnesomsättningen och sköldkörteln.

Deltagarnas funktionsnedsättningar och svårigheter

Deltagarna har kunnat ange mer än en funktionsnedsättning/svårighet. 16 fasta funktionsnedsättningar/svårigheter kunde väljas. Det var också möjligt att ange andra funktionsnedsättningar/svårigheter, vilket 114 personer har gjort.

Tabell 2: Antal deltagare som redovisar olika funktionsnedsättningar, fördelade på kvinnor och män. 458 svarande angav att de var kvinnor, 208 män, 1 person angav annan könsidentitet 7 angav att de inte ville svara på frågan. 234 personer angav någon funktionsnedsättning men hoppade över att svara på frågan om kön.

	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	% av total	Antal	% av total	Antal	% av total
Kommunikationssvårigheter	50	7.4	48	7.1	126	16.3
Koncentrationssvårigheter	155	23	50	7.4	244	31.6
Känslig för starka intryck (flimmer, ljus, ljud)	173	25.7	40	5.9	245	31.7
Lässvårigheter	53	7.9	39	5.8	127	16.4
Räknesvårigheter	35	5.2	22	3.3	74	9.6
Rörelsehinder, finmotorik	167	24.8	69	10.2	269	34.8
Rörelsehinder, förflytningsproblem	159	23.6	66	9.8	267	34.5
Minnessvårigheter	122	18.1	60	8.9	211	27.3
Självförtroende, bristande	104	15.4	27	4	147	19.0
Skrivsvårigheter	44	6.5	52	7.7	120	15.5
Social rädsla och/eller fobi	36	5.3	15	2.2	64	8.3
Svårt att förstå	30	4.5	19	2.8	63	8.2
Svårt att lära mig nya saker	37	5.5	25	3.7	80	10.3
Svårt att komma igång eller avsluta saker	87	12.9	40	5.9	161	20.8
Talsvårigheter	20	3	23	3.4	57	7.4
Uthållighet	87	12.9	36	5.3	141	18.2
Annat - Ange vad	75	11.1	39	5.8	125	16.2

I gruppen Annan angav 114 personer att de hade någon funktionsnedsättning/svårighet som inte fanns i listan. Några sådana exempel är trötthet, begränsad energi, smärta och svaghet i rörelseorganen.

Stora interna skillnader mellan grupperna

I denna rapport redovisar vi ett resultat för gruppen ”skåningar med funktionsnedsättning”. Det har inte funnits resurser för att bryta ner resultatet på de olika medverkande grupperna och vissa grupper är för små till antalet för att göra en sådan uppdelning. Tabell 3 visar att en sådan uppdelning kan antyda att det finns mycket stora skillnader mellan de olika grupperna. Exempelvis verkar vissa grupper ha stort förtroende för vården medan andra har ett bristande förtroende. Detta är något som behöver analyseras vidare.

Tabell 3: Vad deltagarna (andelar i procent) med ett urval av undersökningens diagnoser anser om bemötande från regionens sjukvård, förtroende för den vård regionen ger samt förtroendet för 1177 Vårdguiden på nätet.

Diagnos	Mycket bra bemötande från vården i regionen	Mycket dåligt bemötande från vården i regionen	Stort förtroende för vården i regionen	Inte alls förtroende för vården i regionen	Fullt förtroende för 1177	Inget förtroende för 1177
ADHD, ADD	2	12	9	23	25	3
Afasi	22	0	41	7	19	19
Astma, allergi	18	3	21	5	31	3
Autismspektrum	2	9	13	11	22	2
Bipolär	11	0	11	22	71	0
Blind	20	0	11	11	20	10
Cancer	23	0	26	3	27	7
Depression	15	7	16	15	35	6
Diabetes	24	3	28	5	36	5
Dyslexi	11	3	23	3	33	0
Epilepsi	17	0	33	3	30	10
Gravt hörselskadad	42	8	50	8	33	0
Gravt synskadad	10	5	24	10	22	6
Förvärvad hjärnskada	19	3	26	3	25	14
Hjärtsjukdom	29	3	38	3	34	5
Huvudvärk, migrän	11	5	11	10	35	3
Hörselskada	23	3	25	8	31	12
Kroniskt trötthetssyndrom	20	0	20	11	30	9
Lungsjukdom	25	4	20	4	20	2
Mag- och tarmsjukdom	9	1	13	6	28	3
Reumatism	29	1	29	3	41	2
Självskadebeteende	0	18	0	18	33	0
Stroke	23	2	34	5	29	12
Smärtproblematik	14	2	13	8	28	2
Synsvag	39	6	31	6	45	7

Kontakt med vården

De flesta deltagarna har haft kontakt med vården de senaste sex månaderna. Det gäller särskilt kvinnor, där 94 % har haft kontakt. I Skånepanelen hade 81 % haft kontakt de senaste sex månaderna. Observera att Skånepanelens fråga även inkluderar kontakt i egenskap av anhörig. Skånepanelens fråga "Jag har besökt eller haft kontakt med hälso- och sjukvården som **patient och/eller anhörig** de senaste sex månaderna" är flera frågor i en. Vi valde därför en fråga som fokuserar på patientperspektivet. Det gör att siffrorna mellan undersökningarna inte kan jämföras rakt av. Eftersom Skånepanelens siffra gäller både patient och anhörig är siffra troligen betydligt lägre om frågan enbart gällt kontakter i egenskap av patient.

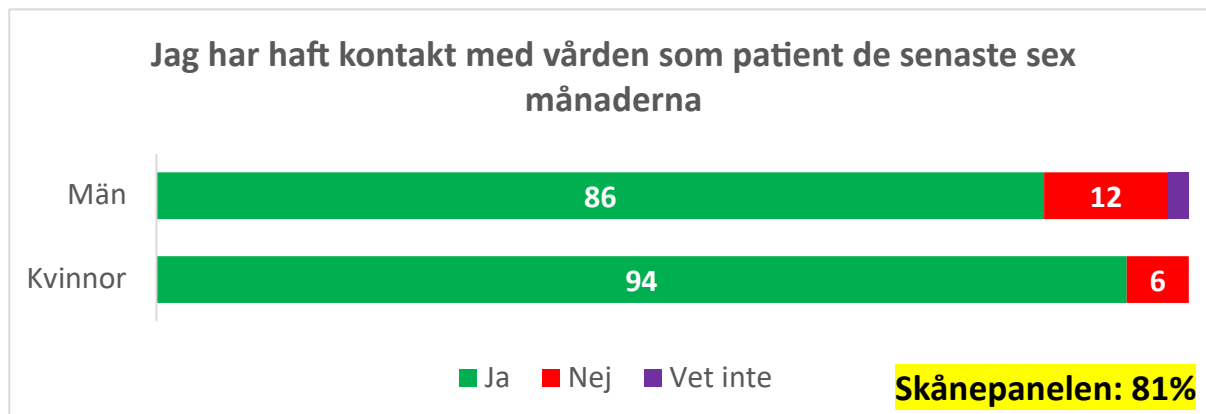


Diagram 1: Andel (%) av deltagande kvinnor och män som haft respektive inte haft kontakt med vården de senaste sex månaderna.

Fördelat på åldersgrupper, är det i den yngsta gruppen: 29 år eller yngre, som den största andelen som inte haft kontakt de senaste sex månaderna återfinns.

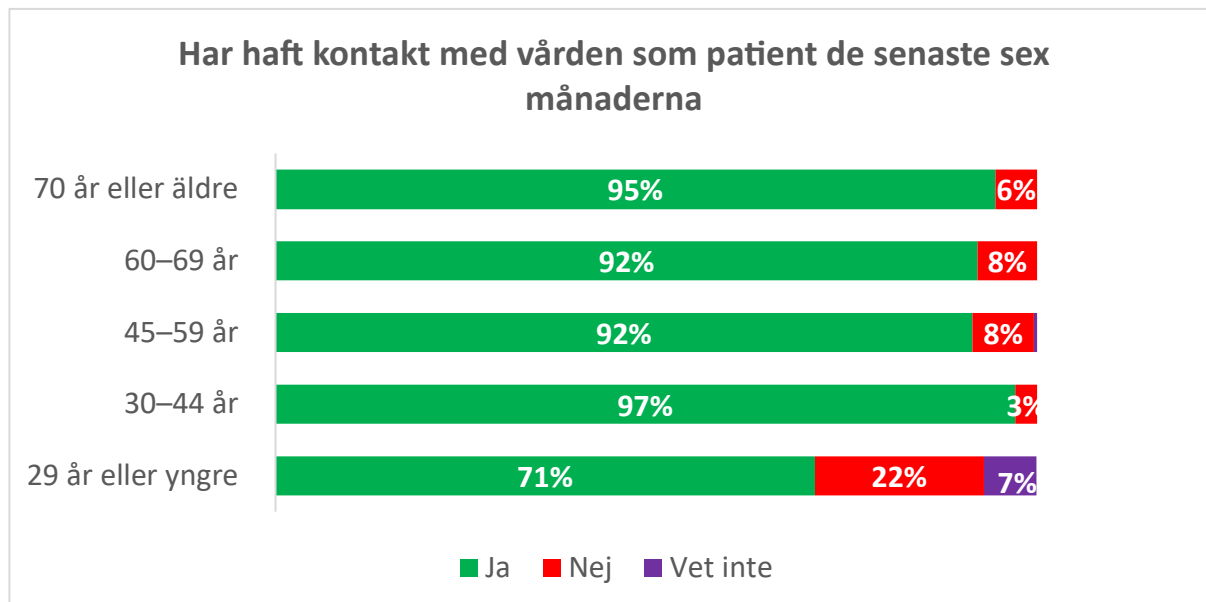


Diagram 2: Andel (%) av deltagarna fördelade per ålderskategori som haft respektive inte haft kontakt med vården de senaste sex månaderna.

Deltagarna i vår undersökning har betydligt fler årliga kontakter jämfört med den genomsnittliga skåningen i Skånepanelen. Redan när vi utformade vår enkät ansåg vi att det behövdes fler svarsalternativ än Skånepanelen, som har "8 eller fler" som sitt största svarsalternativ. I vår undersökning är "53 eller fler" det största alternativet och där återfinns

2% av männen och 3% av kvinnorna. Totalt är det 37% av kvinnorna och 25 % av männen som har mer än 8 årliga kontakter. Deltagarna i vår undersökning har alltså betydligt fler vårdkontakter per år. Deltagarna har ofta livslånga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och komplexa hälsotillstånd. Vi ser också i fritextsvaren att dessa personer besöker olika typer av hälso- och sjukvårdsverksamheter på olika nivåer, i olika ärenden.

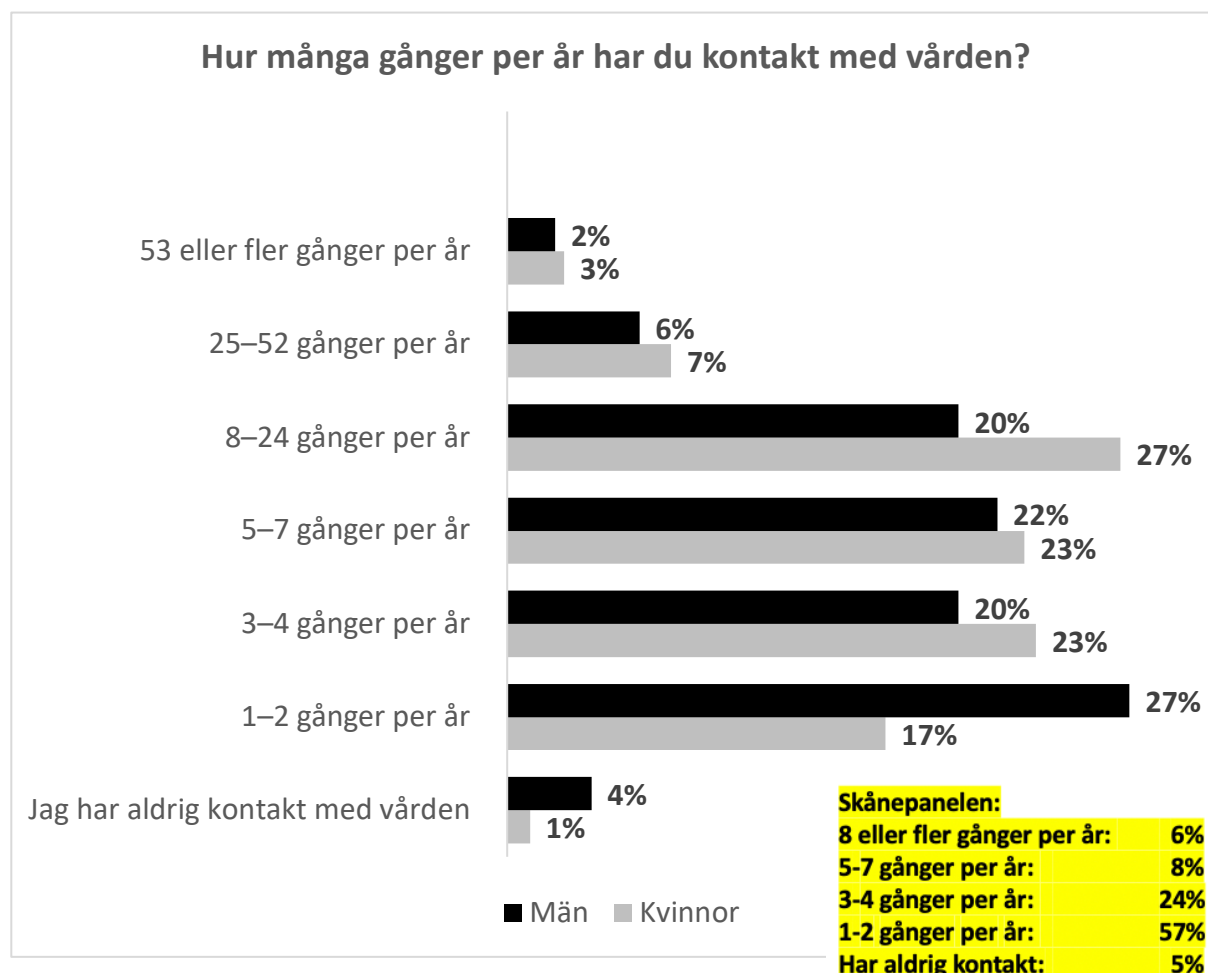


Diagram 3: Antal gånger om året deltagarna har kontakt med vården fördelat i andelar (%) av kvinnor och män, liksom jämförande siffror från Skånepanelen 2017.

När vi sedan frågar deltagarna vilka delar av vården de har haft kontakt med de senaste sex månaderna ser vi att deltagarna i vår undersökning på flera sätt liknar deltagarna i Skånepanelen. Det gäller i hur hög utsträckning de använder privata vårdtjänster på nätet, hur ofta de kontakter vårdcentral och sjukhus på telefon och hur ofta de besöker en akut- eller jourmottagning. Det är besöken på sjukhus och besök inom primärvården där de stora skillnaderna finns. Där har våra deltagare betydligt fler kontakter. Skånepanelen skiljer inte mellan hur personer har kontaktat 1177. Där har 25% antingen kontaktat 1177 via nätet eller telefon. Vi har separerat detta i två frågor och får då fram att betydligt fler använder 1177 via nätet än telefon. Vi har också tagit med hemsjukvård och ser att 3% av männen och 5% av kvinnorna haft hemsjukvård.

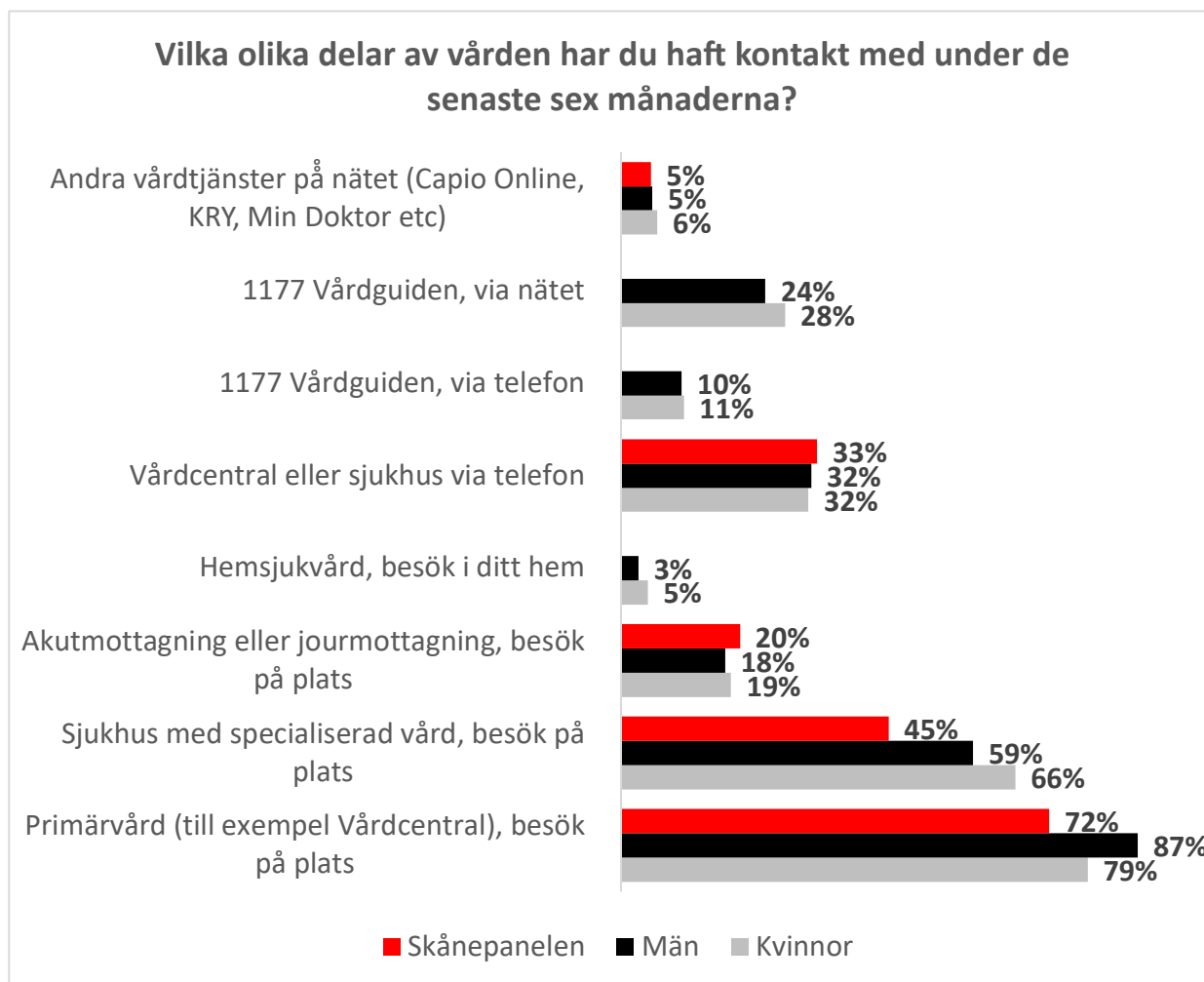


Diagram 4: Vilka olika delar av vården deltagarna haft kontakt med de senaste sex månaderna, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män, liksom jämförande uppgifter från Skånepanelen 2017.

Upplevd hälsa

I Skånepanelens undersökning angav 72% att deras hälsa var bra, 5% att den var dålig och 23% att hälsan var varken bra eller dålig. Vi ansåg det viktigt att nyansera detta och gjorde det därför möjligt för deltagarna att ange bra/mycket bra respektive dåligt/mycket dåligt. Här kan vi se mycket stora skillnader mellan Skånepanelens deltagare och våra deltagare. I vår undersökning anger 32% av kvinnorna och 11% av männen att deras hälsa är bra/mycket bra. Nästan 40% av män och kvinnor i vår undersökning anger att deras hälsa är dålig/mycket dålig. Det är högre än vad SCB hittat i sina undersökningar¹ men dessa undersökningar omfattar främst personer med syn-, hörsel- och rörelsehinder.

En intressant fråga är hur deltagarna ser på sin framtida hälsa. Vi införde en sådan fråga i vår undersökning men här finns ingen motsvarande fråga i Skånepanelen. Här kan vi se att många tror att deras hälsa kommer att vara oförändrad men att ungefär var fjärde person tror att deras hälsa kommer att bli sämre.

¹ https://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Samre-halsa-med-funktionsnedsattning/

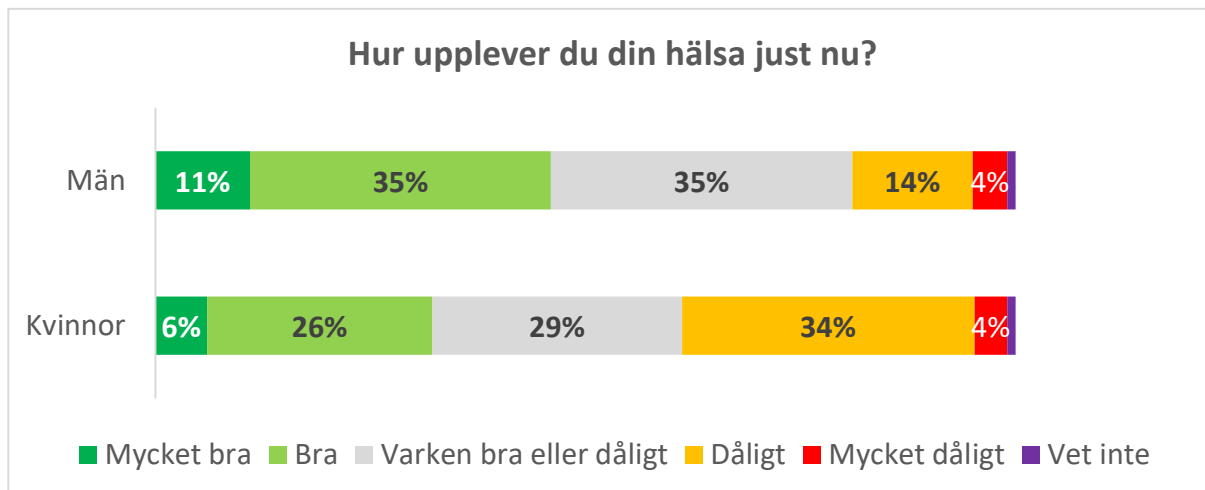


Diagram 5: Deltagarnas upplevda hälsa fördelat på kvinnor och män.

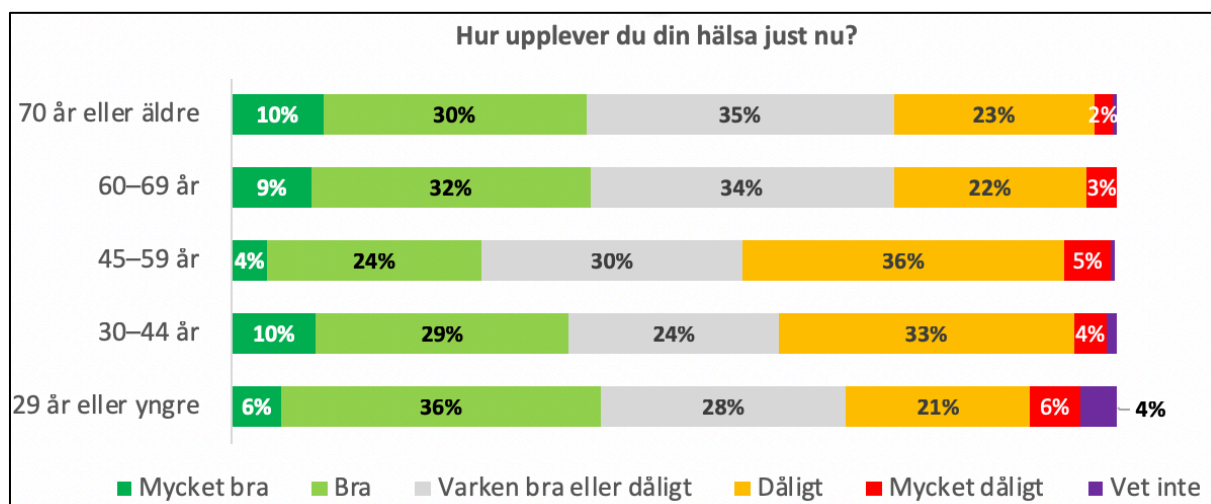


Diagram 6: Deltagarnas upplevda hälsa fördelat per ålderskategorier.

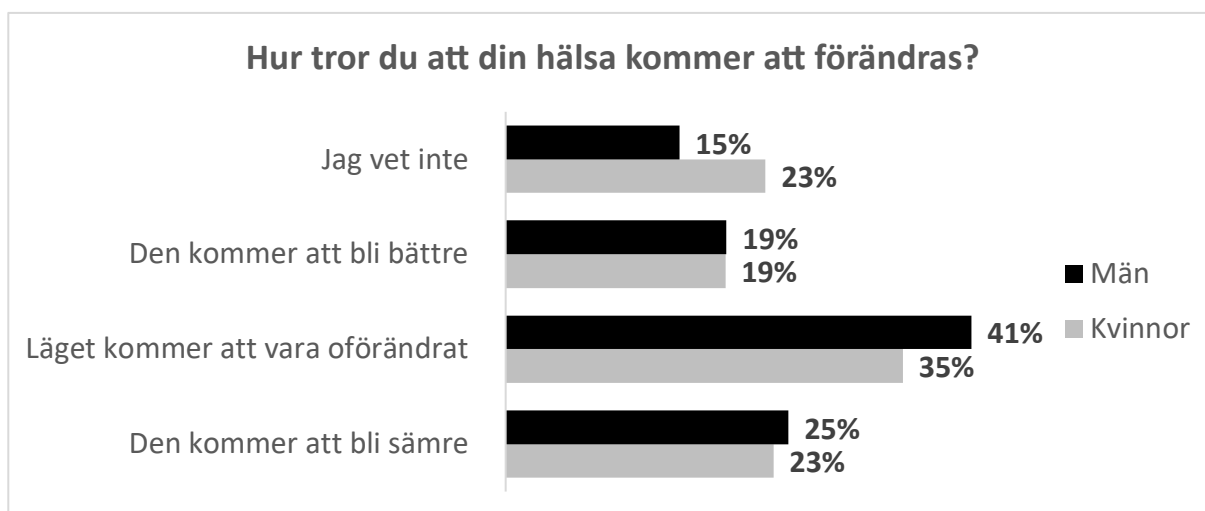


Diagram 7: Hur deltagarna tror att deras hälsa kommer att förändras fördelat på kvinnor och män.

I Skånepanelen känner sig 17% oroliga för sitt eget hälsotillstånd. I vår undersökning känner 27% av kvinnorna och 11% av männen oro eller mycket stor oro för sin egen hälsa. Dessutom känner ungefär 60% av deltagarna viss oro. I Skånepanelen känner 61% ingen oro medan motsvarande siffror i vår undersökning är att 12% av kvinnorna och 26% av männen inte känner någon oro för den egna hälsan. (Diagram 8). Minst oro för den egna hälsan känner personer i åldern 45–59 år (10%).

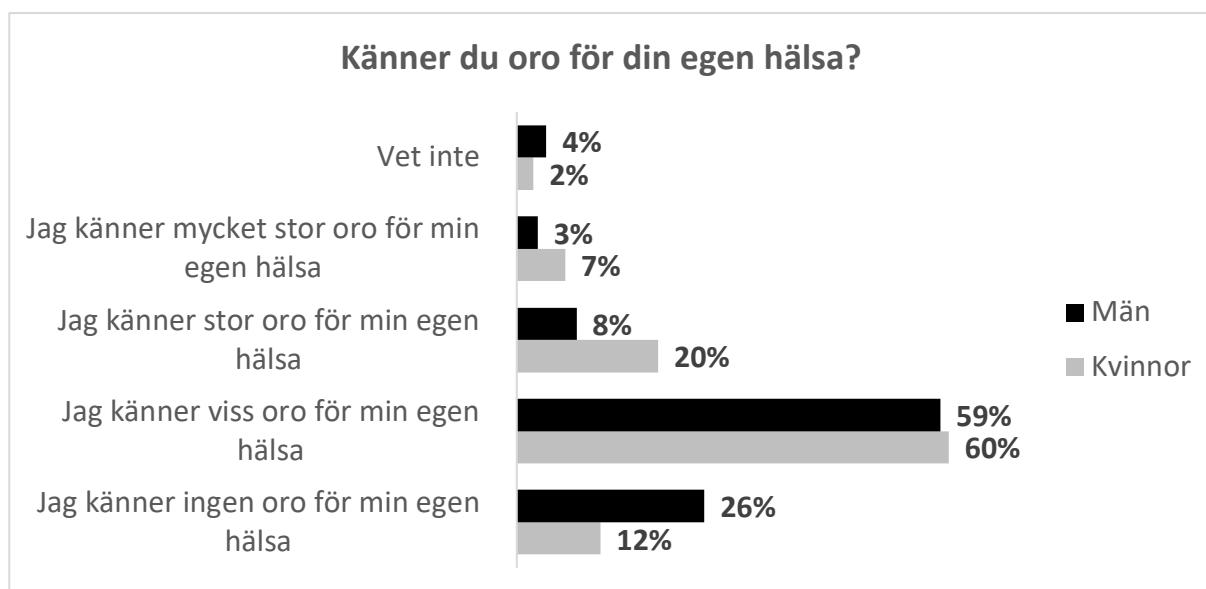


Diagram 8: Deltagarnas upplevda oro för sin hälsa fördelat per kvinnor och män.

Tillgång till vård

Vi har ovan redovisat att deltagarna i denna undersökning har omfattande kontakter med vården och att dessa kontakter är spridda över ett stort antal vårdenheter. En viktig fråga är då om deltagarna anser att de har tillgång till den vård de behöver. Det anser 47% av kvinnorna och 59% av männen. Resterande tycks se vissa eller stora brister i tillgång till rätt vård. Här tycks det finnas stora interna skillnader mellan de medverkande grupperna. Till exempel anser endast 29% av personerna med smärtproblematik att de har tillgång till den vård de behöver.

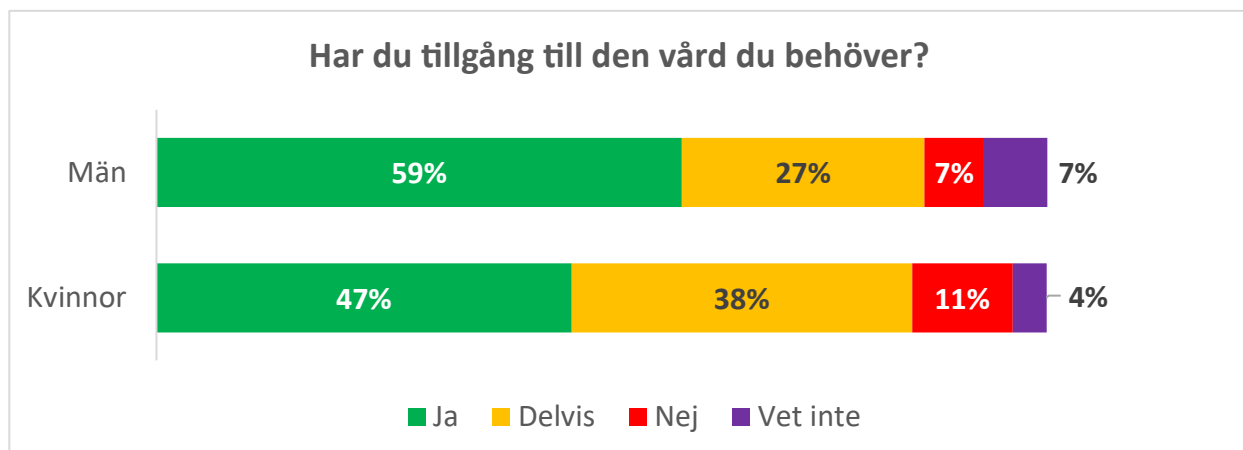


Diagram 9: Deltagarnas upplevelse av om de har tillgång till den vård de behöver fördelat på kvinnor och män.

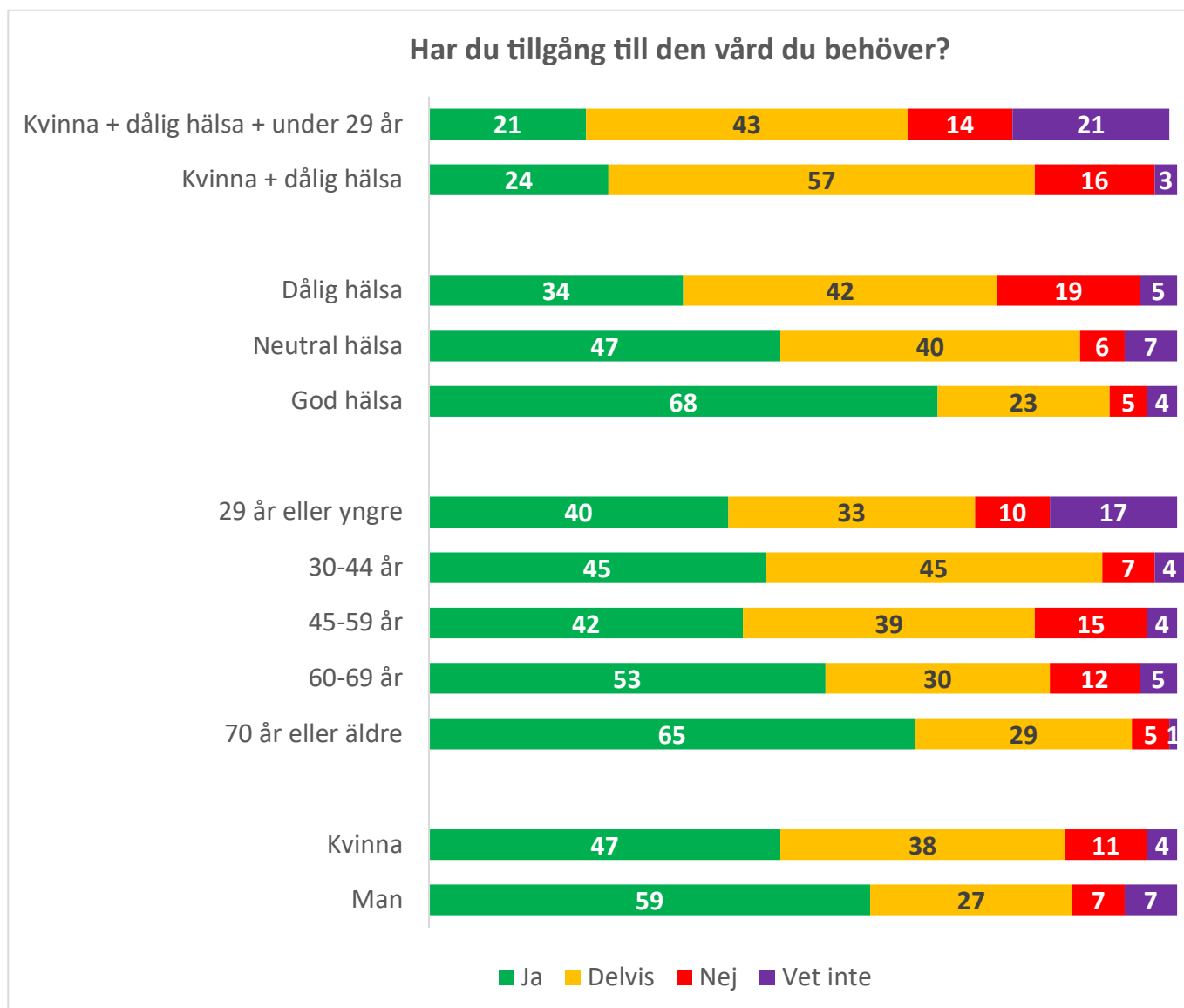


Diagram 10: Andel av deltagarna som anser att de har tillgång till den vård de behöver uppdelade per kön, ålder, upplevt hälsotillstånd och kombinationen kvinna + dålig hälsa respektive kvinna + dålig hälsa + under 29 år.

Skånepanelen har ställt samma fråga och redovisar svar utifrån hälsotillstånd, ålder och kön. Av resultatet framgår att en majoritet anser sig ha tillgång till den vård de behöver. I Skånepanelen anser 64% av kvinnorna och 72% av männen att de har tillgång till den vård de behöver. I vårt material motsvaras det av 47% för kvinnor och 59% av männen. I Skånepanelen anser äldre i högre utsträckning än yngre att de har tillgång till den vård de behöver. Vi kan se samma mönster men betydligt lägre andelar som anser att de får den vård de behöver. På samma sätt som i Skånepanelen så ser vi att personer som rapporterar dålig hälsa i högre utsträckning svarar att de inte har tillgång till den vård de behöver. Även här rapporterar deltagarna i vår utsträckning lägre nivåer.

Vi har gjort två ytterligare analyser jämfört med Skånepanelen. Vi har tagit fram kombinationen kvinna + dålig hälsa och därefter kvinna + dålig hälsa + under 29 år. I gruppen kvinnor med dålig hälsa rapporterar 24% att de har tillgång till den vård de behöver och

nivån sjunker ytterligare bland yngre kvinnor där endast 21% anser att de har tillgång till den vård de behöver.

Delaktighet i den egna vården och kunskaper om den egna diagnosen

Det är 37% av kvinnor och 43% av männen som känner sig delaktiga i den egna vården. Delvis delaktiga är 49% av kvinnorna och 41% av männen. Här finns inga jämförande siffror i Skånepanelen. Vi lade till denna fråga efter att personer med funktionsnedsättningar som deltog i workshops arrangerade av HSO Skåne lyft fram att de ofta hade en upplevelse av att inte vara fullt delaktiga i den egna vården.

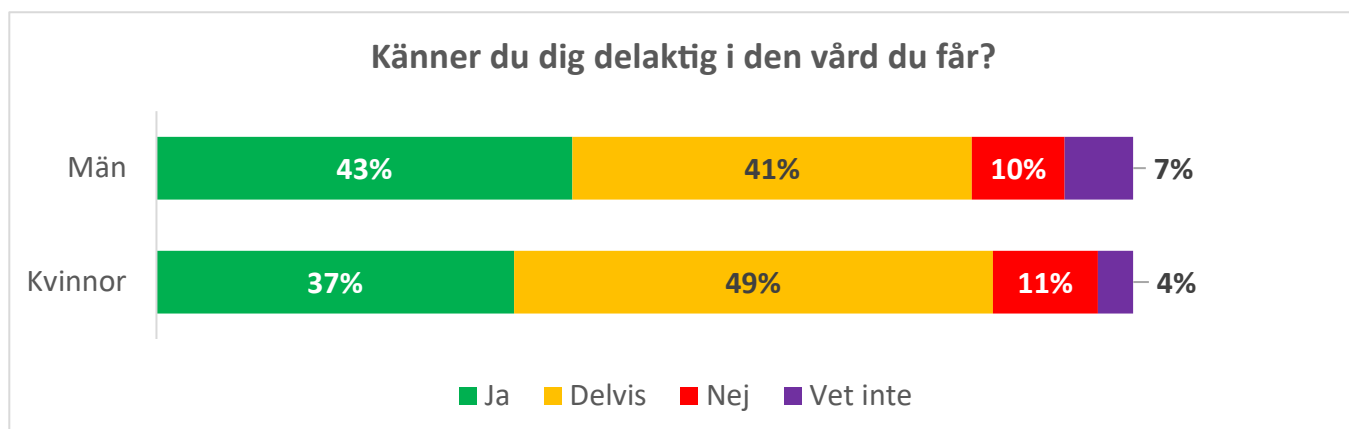


Diagram 11: Deltagarnas upplevelse av delaktighet i den vård de får fördelat på kvinnor och män.

Vi kan se att känslan av delaktighet ökar ju äldre deltagarna är. I den yngsta gruppen är det en fjärdedel som känner sig fullt delaktiga och många vet inte vad de ska svara på frågan.

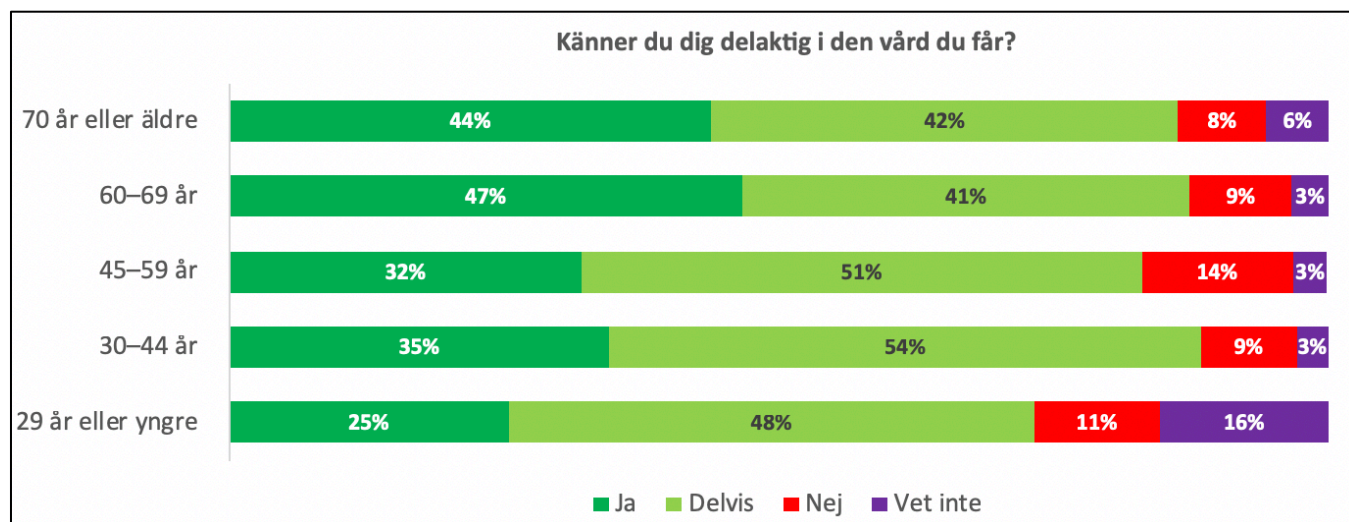


Diagram 12: Deltagarna upplevelse av delaktiga i den vård de får fördelade i ålderskategorier.

En annan viktig fråga som vi också hämtat från workshops i HSO Skåne är individernas egna kunskaper om sina diagnoser och svårigheter. Flera deltagare lyfte då fram att de ville vara mer delaktiga och att de hade goda kunskaper, men att vården ofta behandlade dem som om de vore okunniga och därmed missar att ta tillvara på denna potential. Här ser vi att det är ytterst få som anser sig ha bristande kunskaper och att de flesta har goda eller i alla fall vissa kunskaper.

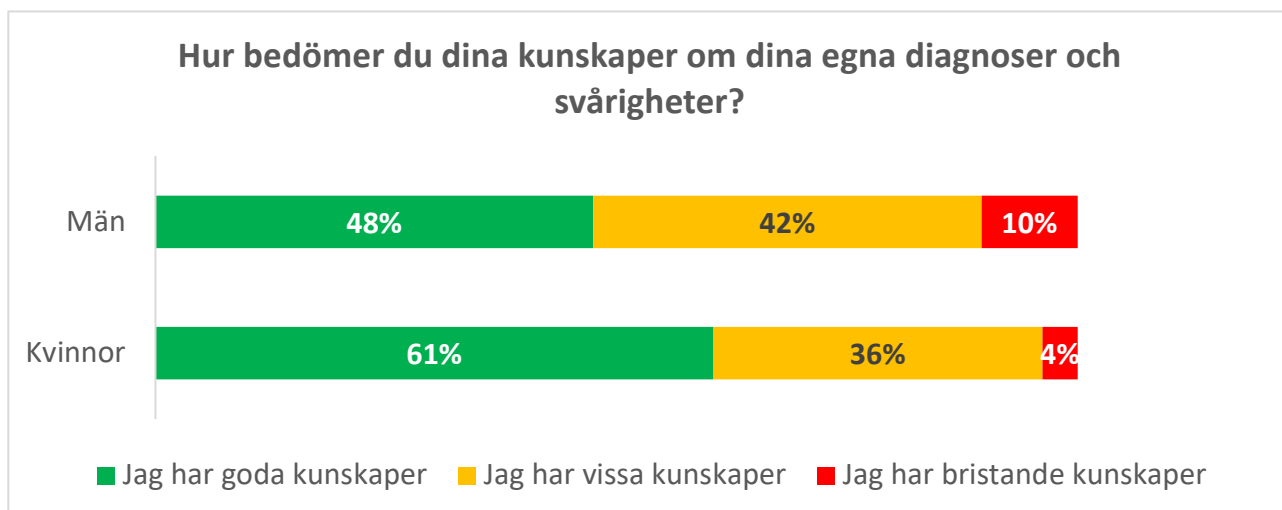


Diagram 13: Hur deltagarna bedömer sina kunskaper om den egna diagnosen eller svårigheten fördelat på kvinnor och män.

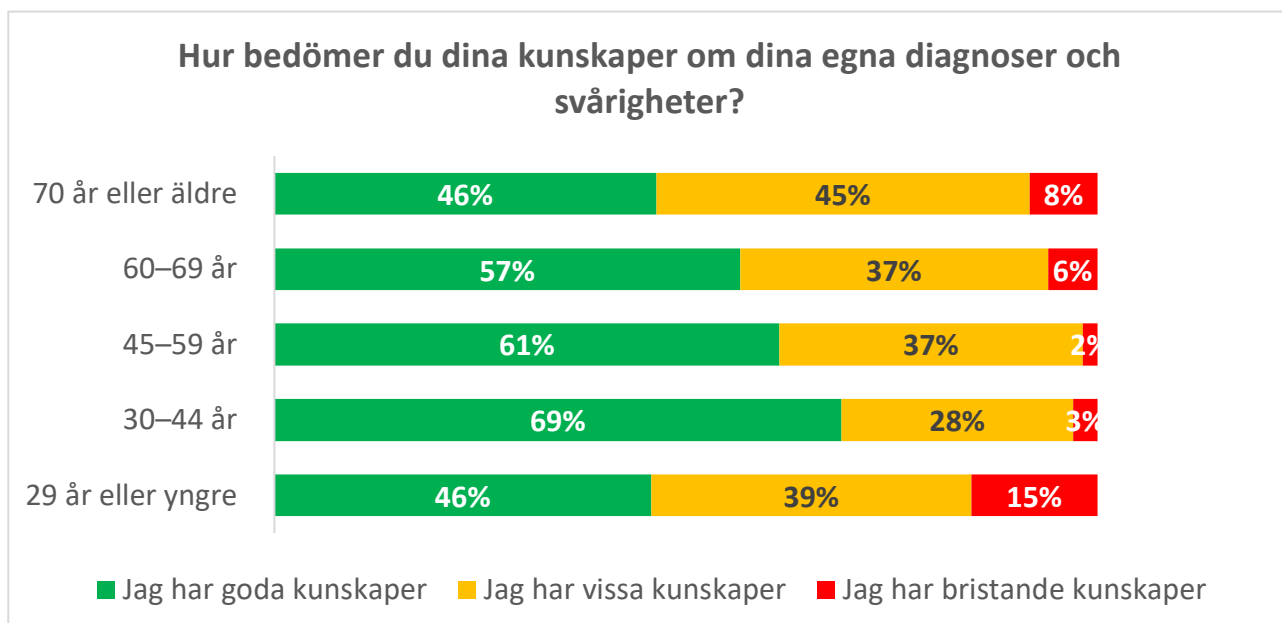


Diagram 14: Hur deltagarna bedömer sina kunskaper om den egna diagnosen eller svårigheten fördelade per ålderskategorier.

Bemötande och förtroende

Det flesta deltagarna i undersökningen anser att de får ett bra eller mycket bra bemötande. Men här finns också grupper som är neutrala eller som anser att bemötandet är dåligt. När vi delat in materialet i åldersgrupper kan vi se att det är i åldersgruppen 30–44 år som det finns flest individer, 19%, som anser att de får ett dåligt eller mycket dåligt bemötande. Det finns ingen motsvarande fråga i Skånepanelen, så vi vet inte om synen på bemötande skiljer sig mellan hela den skånska befolkningen och personer med funktionsnedsättning.

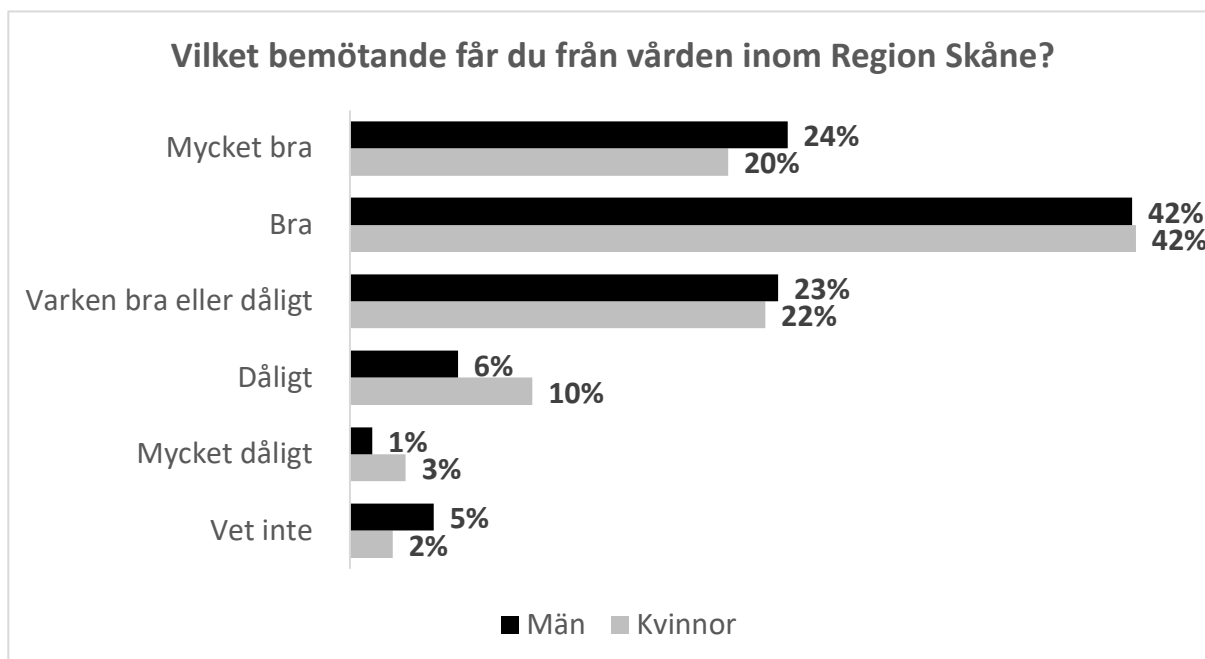


Diagram 15: Hur deltagarna ser på det bemötande de får från Region Skåne fördelat på kvinnor och män.

Det upplevda goda bemötandet går jämsides med ett stort förtroende för den vård som Region Skåne ger men här anger 19% av kvinnor och 14% av män lågt eller inget förtroende. Förtroendet är lägst i den yngsta åldersgruppen och ökar med stigande ålder. I gruppen under 29 år är det 29% som har bristande förtroende medan i gruppen över 70 år är motsvarande siffra 7%.

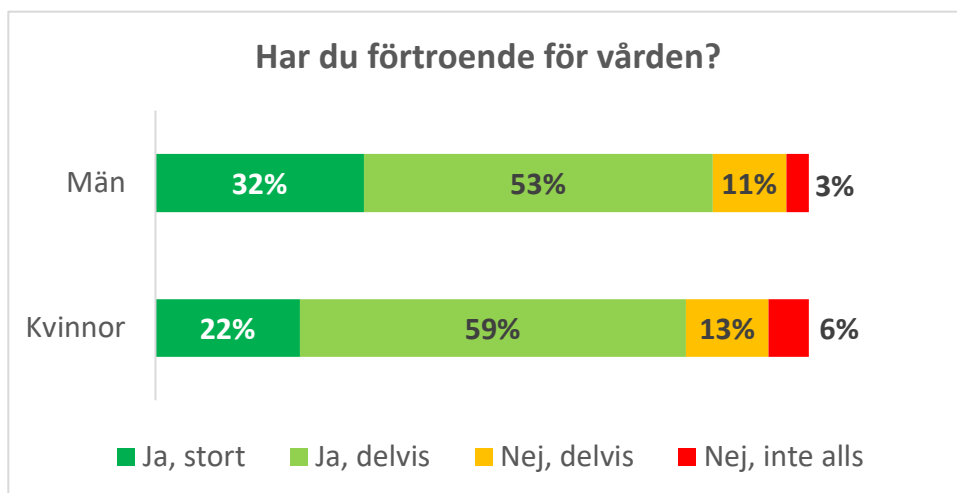


Diagram 16: Deltagarnas förtroende för vården i Region Skåne fördelat på kvinnor och män.

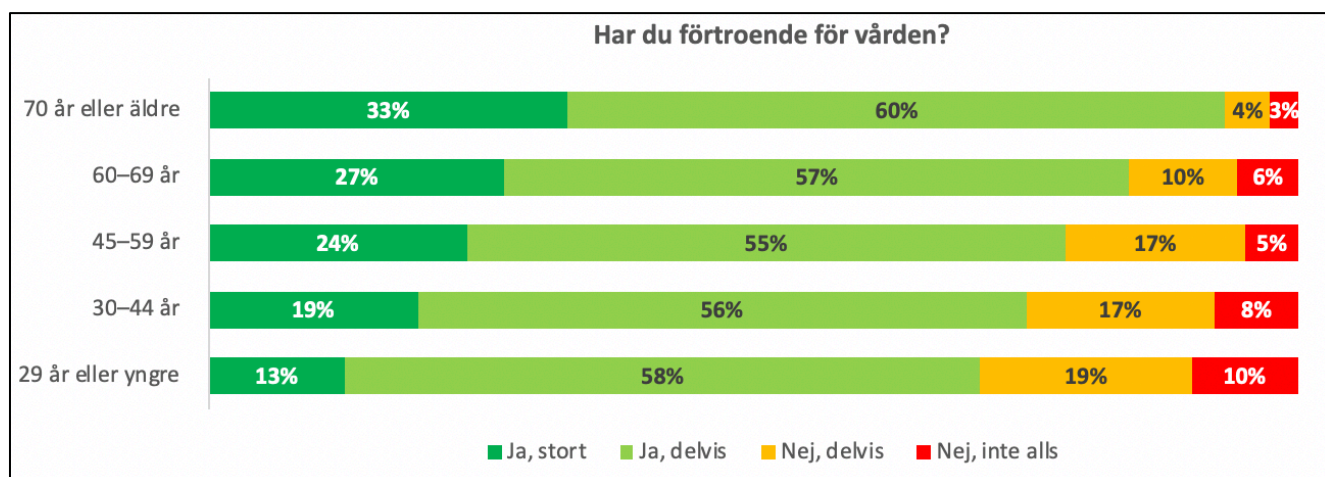


Diagram 17: Deltagarnas förtroende för vården i Region Skåne fördelade i ålderskategorier.

Generell användning av e-tjänster

Den generella användningen av e-tjänster är något lägre i vår undersökning jämfört med Skånepanelen. Runt hälften av deltagarna i vår undersökning använder e-tjänster varje dag. Den stora skillnaden ligger i att medan Skånepanelen har 3% som aldrig använder e-tjänster så är det 14 procent av kvinnorna och 19% av männen som aldrig använder e-tjänster.

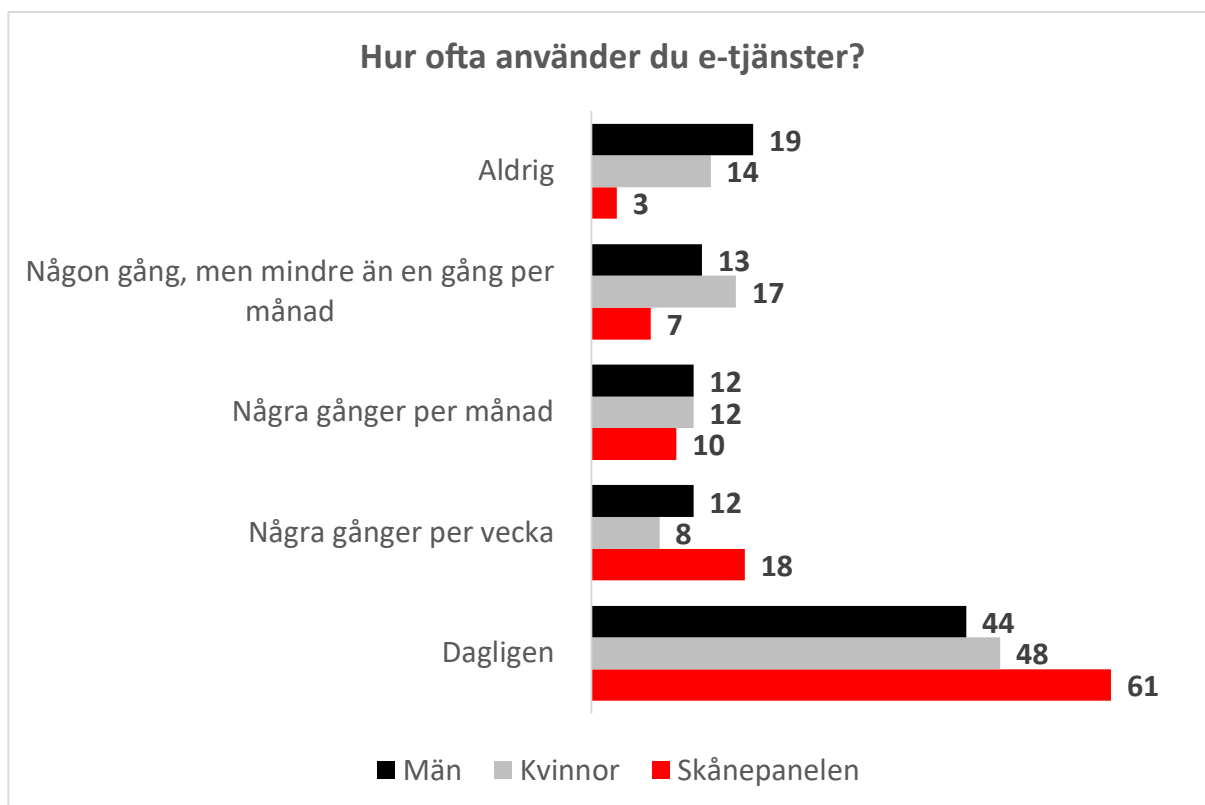


Diagram 18: Hur ofta deltagarna använder e-tjänster, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män, liksom jämförelse med Skånepanelen 2017.

Uppdelat på ålderskategorier ser vi att det är de allra äldsta och allra yngsta som har störst andel som aldrig använder e-tjänster. Högst användning finns i gruppen 30–44 år.

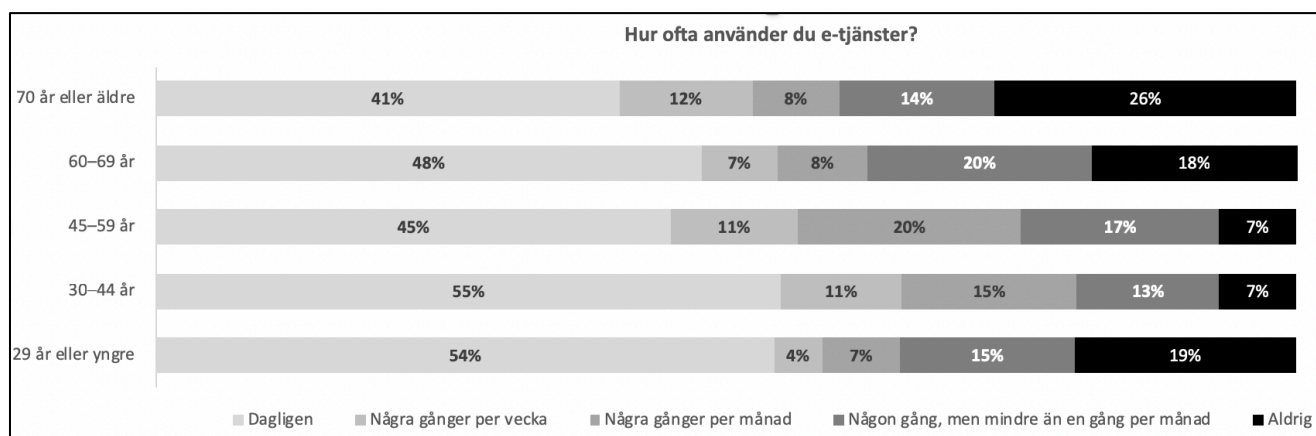


Diagram 19: Hur ofta deltagarna använder e-tjänster fördelade efter ålderskategorier.

E-tjänster i vården

I det här avsnittet redovisar vi generella attityder till e-hälsa, i nästa avsnitt fokuserar vi specifikt på 1177 Vårdguiden. 21% av kvinnorna och 36% av männen använder inga vårdtjänster på nätet. En majoritet i vår undersökning redovisar en positiv grundinställning till e-tjänster i vården.

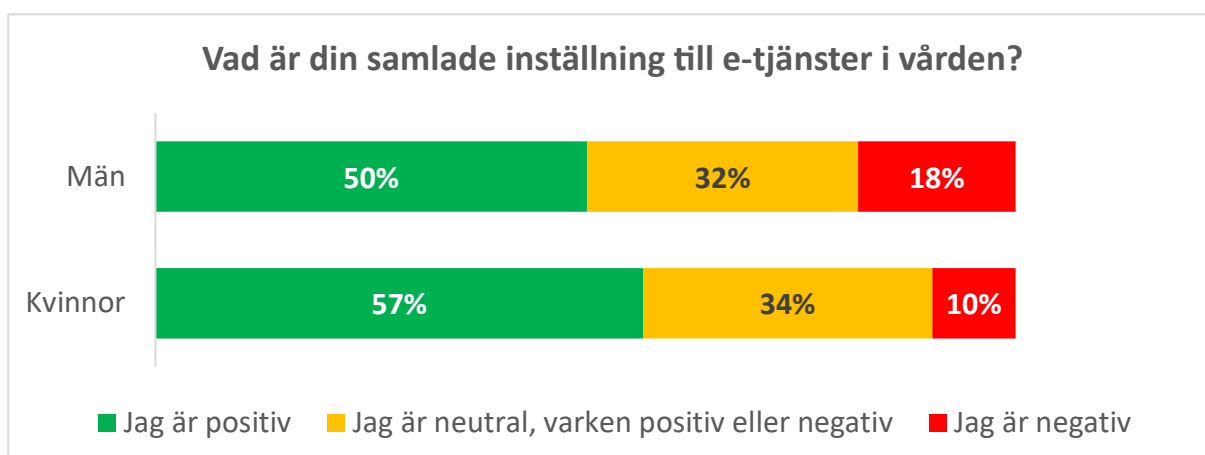


Diagram 20: Deltagarnas samlade inställning till e-tjänster i vården fördelat på kvinnor och män.

Negativa attityder till vårdtjänster på nätet

Fler män än kvinnor redovisar negativa attityder till vårdtjänster på nätet. Vi har frågat om detta på tre olika sätt och får ungefär samma andelar negativa svar, 17% för män och runt 10% för kvinnor. Det tycks inte finnas något stort principiellt motstånd mot vårdtjänster på nätet. Å andra sidan är andelen riktigt positiva runt 30%. En något högre andel anser att vårdtjänster på nätet gör livet enklare, 45% för kvinnor och 37% av männen håller med om ett sådant påstående. Runt 10% säger att de behöver mer kunskap men att de i grunden är positiva.

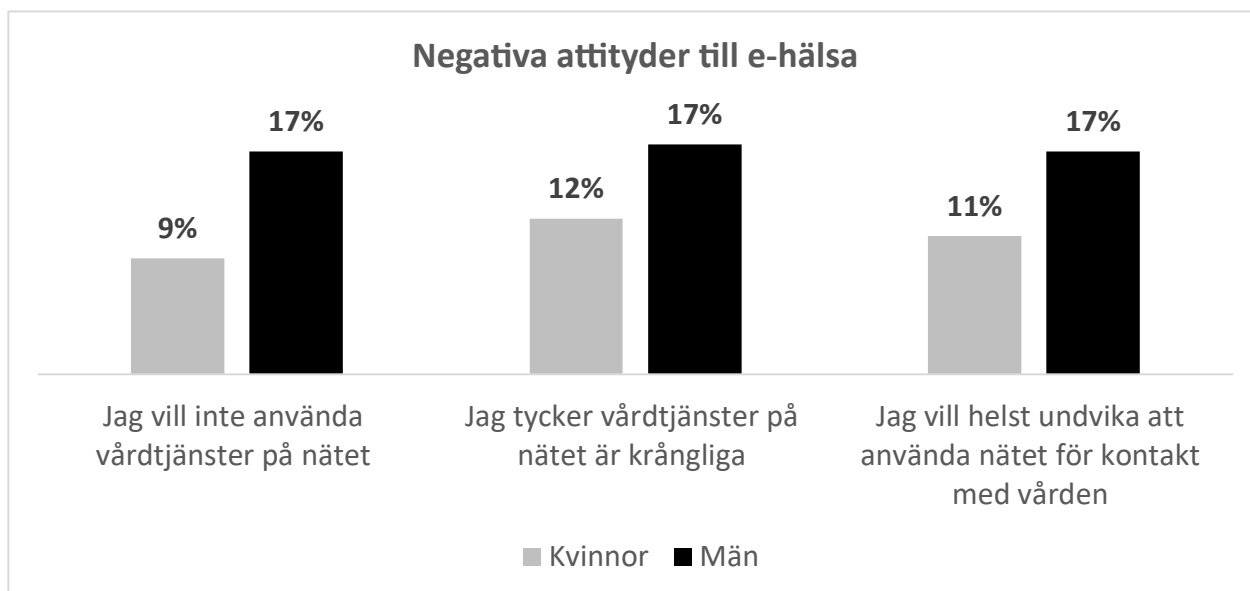


Diagram 21: Andel (%) deltagare som redovisat negativa attityder till e-hälsa fördelat per kvinnor och män.

Deltagare som svarat att de tycker att e-tjänster är krångliga har fått ta ställning till vad det är i tjänsterna de tycker är krångligt. Det vanligaste problemet är att navigera i tjänsterna, att förstå hur de fungerar, att ta del av information. En mindre grupp rapporterar problem att använda sina hjälpmedel. Även att logga in anses som krångligt.

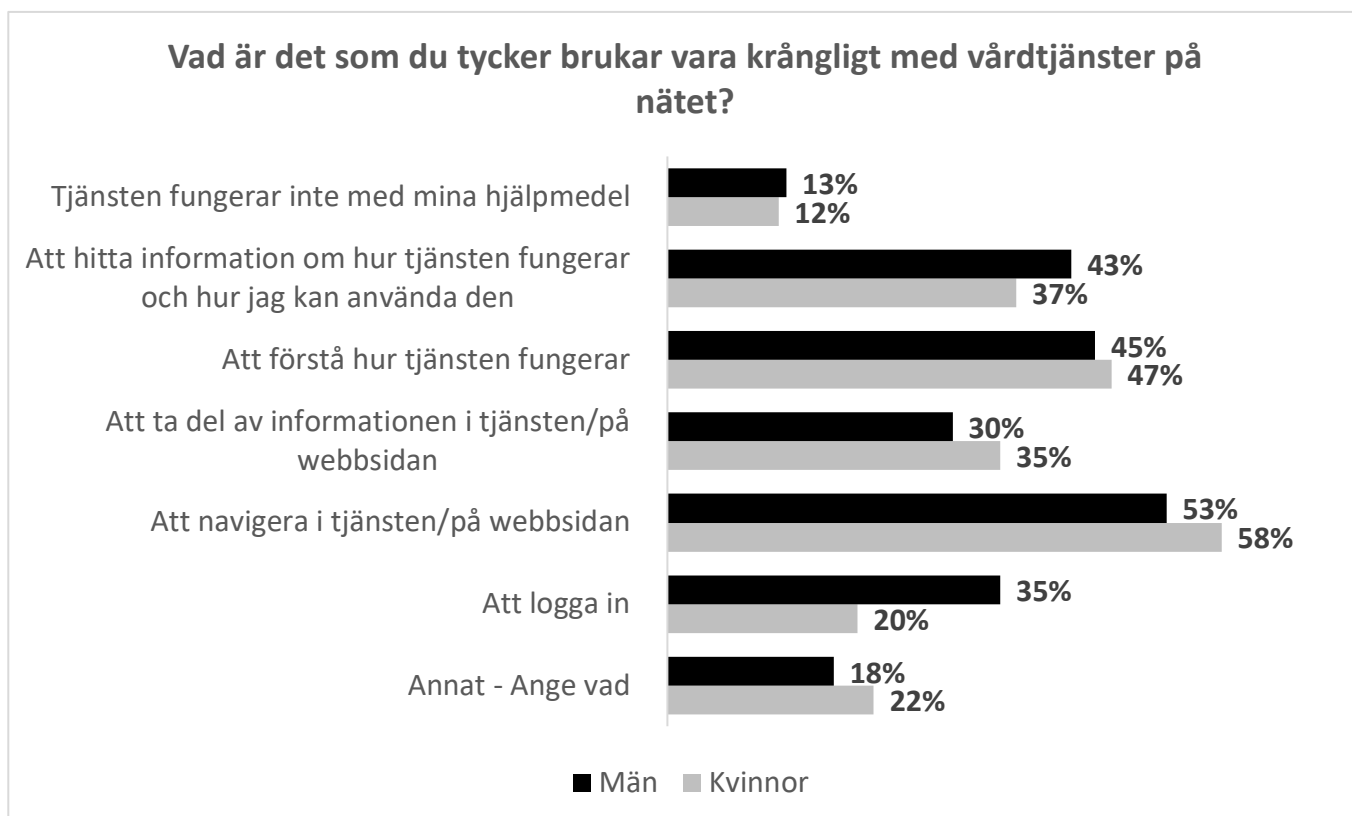


Diagram 22: Andel deltagare som svarat att de tycker att vårdtjänster på nätet är krångliga och som därefter fått svara på vad det är som brukar vara krångligt, fördelat på kvinnor och män.

I de fall där deltagarna känner till att det finns e-tjänster men ändå inte använder dem är det intressant att få en uppfattning om varför. En uppenbar anledning är att det inte är självklart

att det finns något behov av tjänsten. Utöver den förklaringen ser vi att frågan om trygghet är viktig och många anser att de inte känner sig trygga med e-tjänster. Andra förklaringar att det finns alternativ som känns enklare, eller att trots att e-tjänsten finns saknas den för deltagarens vårdinsats. Även bristande tillgänglighet och för stora svårigheter anges som skäl till att tjänsten inte används. Vi valde att nansera Skånepanelens ”i flera olika frågor. Det vi kan se är att det bland våra deltagare tycks finnas behov av tjänsterna men att det finns flera olika motverkande faktorer. Vi kan också se att det finns en större otrygghet kopplad till e-tjänster hos deltagarna i vår undersökning.



Diagram 23: Anledningar till varför deltagarna inte använder en e-tjänst även om de känner till den, fördelning på andelar (%) av kvinnor och män, liksom jämförelse med Skånepanelen 2017.

Positiva attityder till e-hälsa

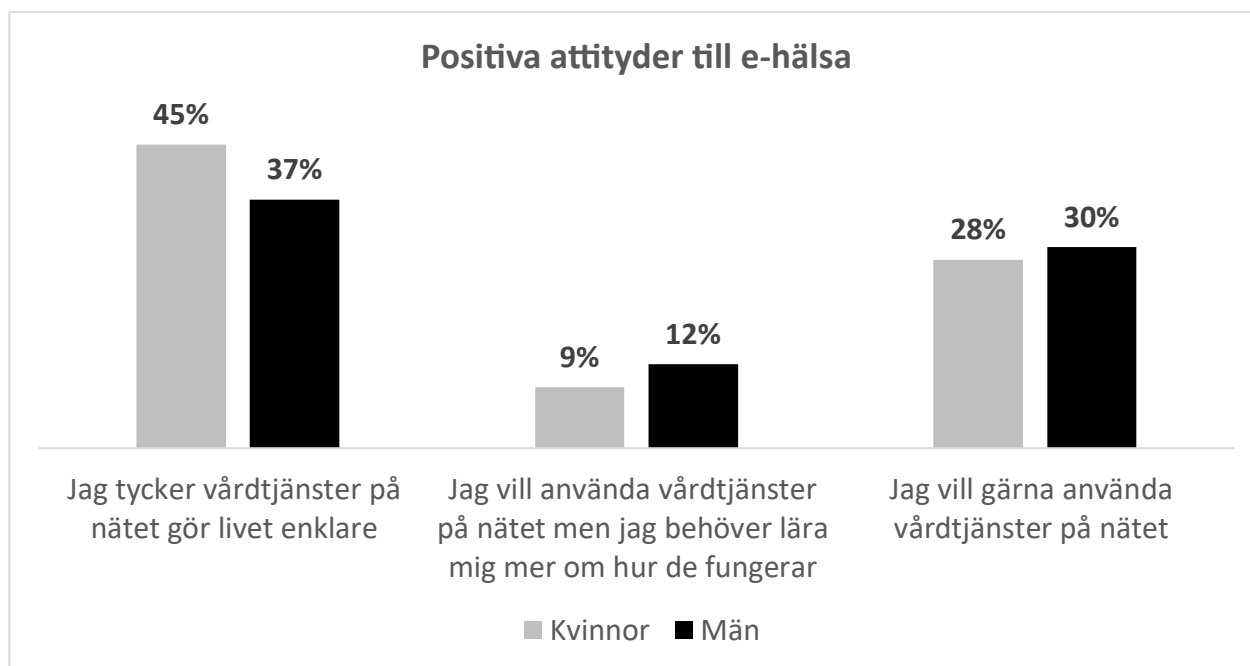


Diagram 24: Andel (%) deltagare fördelat på kvinnor och män som redovisat positiva attityder till e-hälsa.

Fördelar med e-tjänster i vården

Vi har bitt deltagarna ta ställning till ett antal påståenden som är relaterade till fördelar med e-tjänster i vården. Här kan vi se att flera av de fördelar man ser handlar om hur e-tjänsterna kan underlätta för den enskilde i fråga om flexibilitet, fler kontaktvägar och tillgänglig information. Många ser också att användning av e-tjänster kan frigöra resurser i andra delar av vården. Men deltagarna håller inte med om att e-tjänster leder till ökad trygghet, att de ökar möjligheterna att få kontakt med samma personer eller att välja vårdgivare.

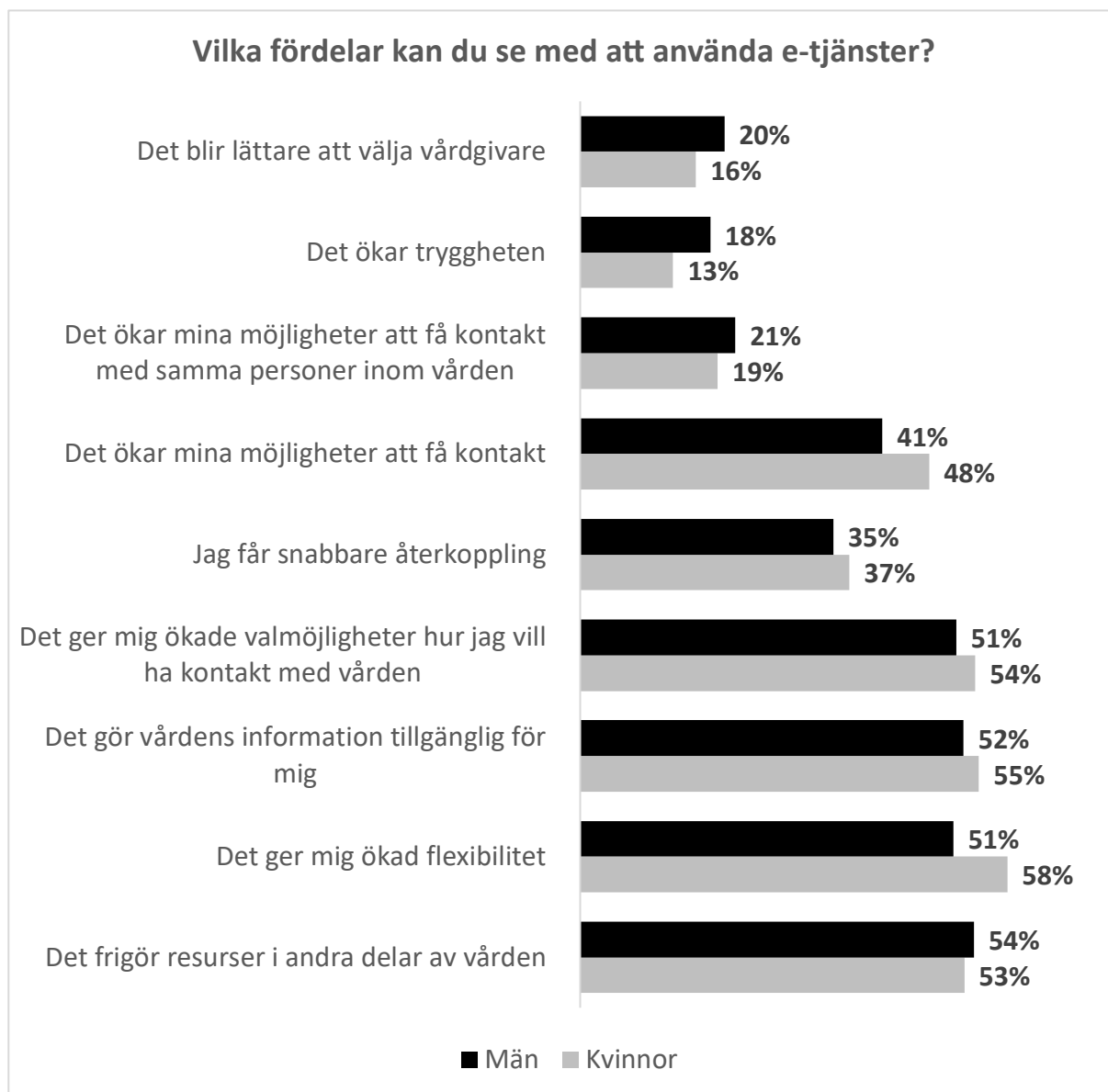


Diagram 25: Vilka fördelar deltagarna kan se med att använda e-tjänster i vården, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

I vilka situationer kan du tänka dig att använda e-tjänster?

I första hand är det relativt enkla tjänster där deltagarna kan tänka sig att använda e-tjänster. Det gäller söka information, boka tid, förnya recept och rådgivning. Att andra typer av tjänster hamnar lägre kan bero på att de inte är lika kända eller att de inte funnits lika länge. Det mönster vi får fram i vår undersökning förefaller snarlikt det som framkommer i Skånepanelen.

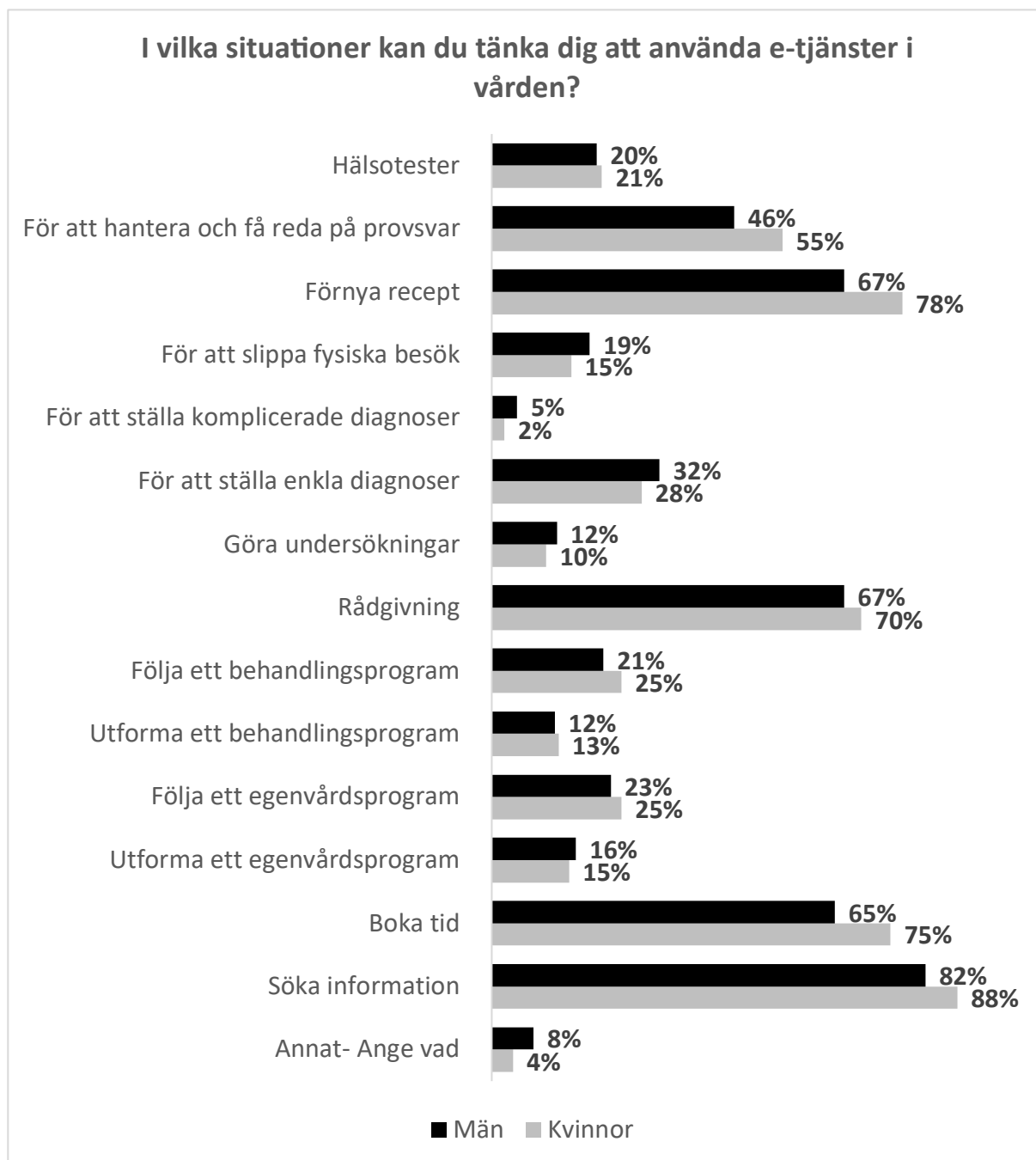


Diagram 26: I vilka situationer deltagarna kan tänka sig att använda e-tjänster i vården, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

En anledning till att inte använda e-tjänster kan handla om otrygghet. Vi kan se att det finns grupper som inte känner sig trygga med att använda e-tjänster. Det är högre andel i den allra äldsta ålderskategorin (Diagram 27) liksom bland de personer som upplever att de inte har bra hälsa (Diagram 28).

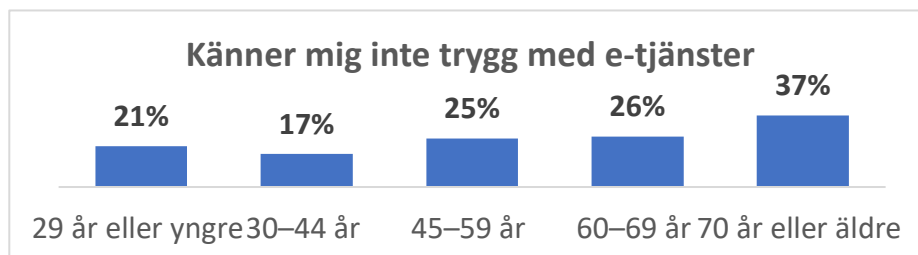


Diagram 27: Andel (%) av deltagarna fördelade i ålderskategorier som inte känner sig trygga med att använda e-tjänster.

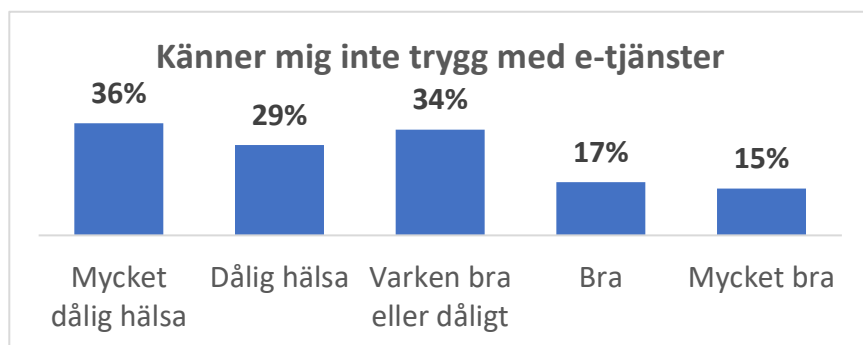


Diagram 28: Andel (%) av deltagarna fördelade efter upplevd hälsa som inte känner sig trygga med att använda e-tjänster.

Hur vill deltagarna helst använda e-tjänsterna?

Deltagarna vill helst använda dator eller mobiltelefon och den mest efterfrågade kommunikationskanalen är e-post. Även SMS efterfrågas. E-post och SMS anses viktigare än webbsidor, appar och videosamtal. Videosamtal och även appar är relativt nya, här kan det vara viktigt att följa utvecklingen över tid för att se eventuella ändringar i inställning.

I tidigare genomförda workshops med medlemmar från HSO Skånes medlemsorganisationer framkom mycket starka önskemål att kunna kommunicera direkt med vårdpersonal via e-post. Det gällde särskilt de personer som hade etablerade och regelbundna kontakter med samma personer inom vården. Där var e-post ett starkt önskemål, som ett sätt att slippa försöka få tag i personer via telefon.



Diagram 29: Hur deltagarna helst vill använda e-tjänster i vården, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

1177 Vårdguiden på nätet

Nästan alla kvinnor känner till 1177 Vårdguiden på nätet och det gör även en mycket stor del av männen. Detta är en mycket högre andel än i Skånepanelen, där mellan 22–33% av deltagarna (beroende på ålder) inte känner till e-tjänster på 1177 Vårdguiden. Frågorna är dock inte exakt lika ställda och det kan möjligen förklara en del av skillnaden.

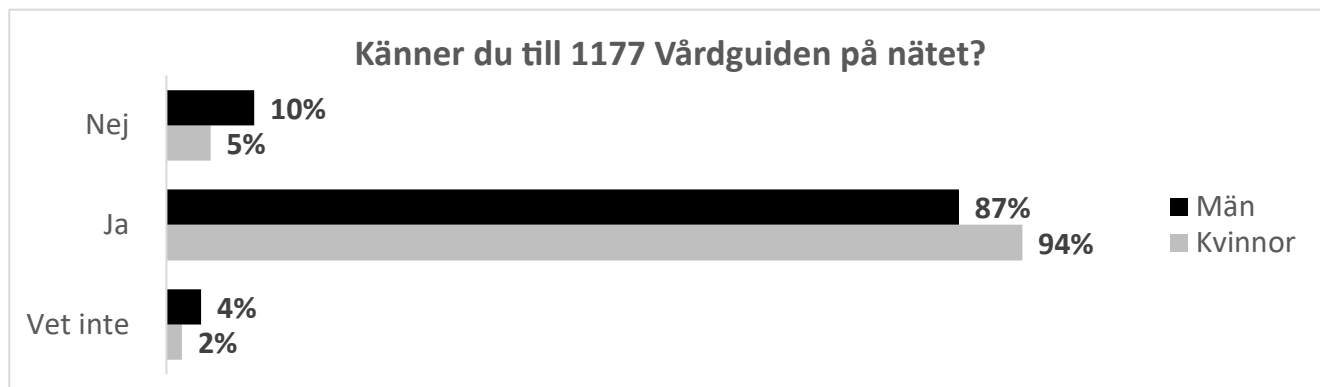


Diagram 30: Huruvida deltagarna känner till 1177 Vårdguiden på nätet, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

Tjänster på 1177 som deltagarna känner till

Den tjänst de flesta känner till är möjligheten att hitta information. I många fall känner kvinnorna bättre till de olika tjänsterna än män. Hög kännedom bland kvinnor har Förnya recept (73%), läsa journal (69%) och kontakta mottagning (59%)

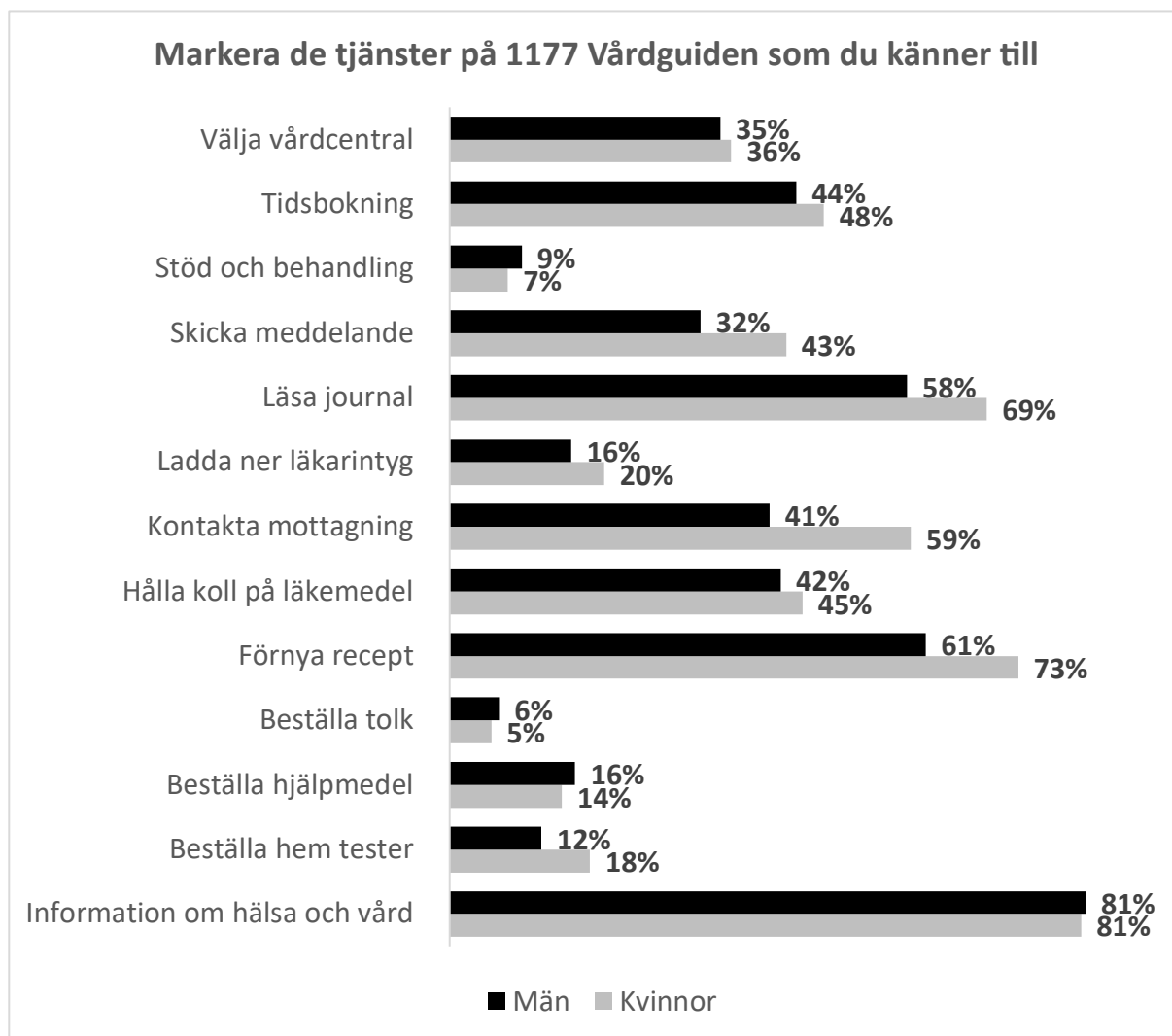


Diagram 31: Vilka tjänster på 1177 Vårdguiden som deltagarna känner till, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

Tjänster på 1177 som deltagarna använt

Användningen av tjänster på 1177 följer samma mönster som kännedomen om tjänsterna. De tjänster som används mest handlar om att hitta information, förnya recept och läsa journal. En relativt stor skillnad finns när det gäller tidsbokning. Nästan 50% känner till att det finns tidsbokning men bara 33% av kvinnor och 23% av män har använt tidsbokning via 1177. Med tanke på de mycket omfattande vårdkontakter som deltagarna i denna undersökning har redovisat betyder det att tidsbokning troligen sker på ett sätt som är mindre effektivt.

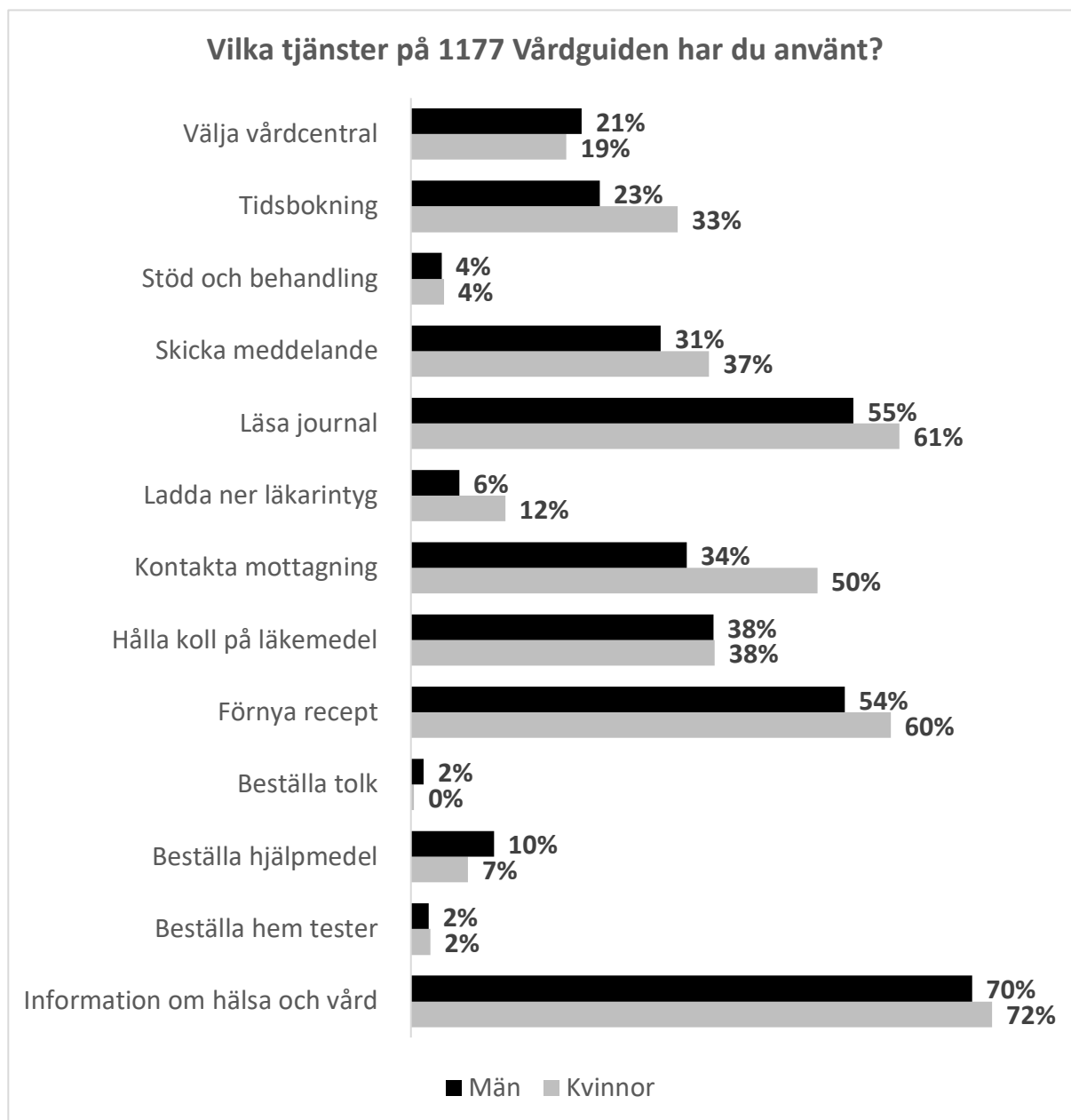


Diagram 32: Vilka tjänster på 1177 Vårdguiden som deltagarna använt, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

Förtroende för 1177

Förtroendet för den vård Region Skåne erbjuder (Diagram 16) och förtroendet för 1177 Vårdguiden (Diagram 33 och 34) följer samma mönster. En stor majoritet av deltagarna har fullt eller delvis förtroende.

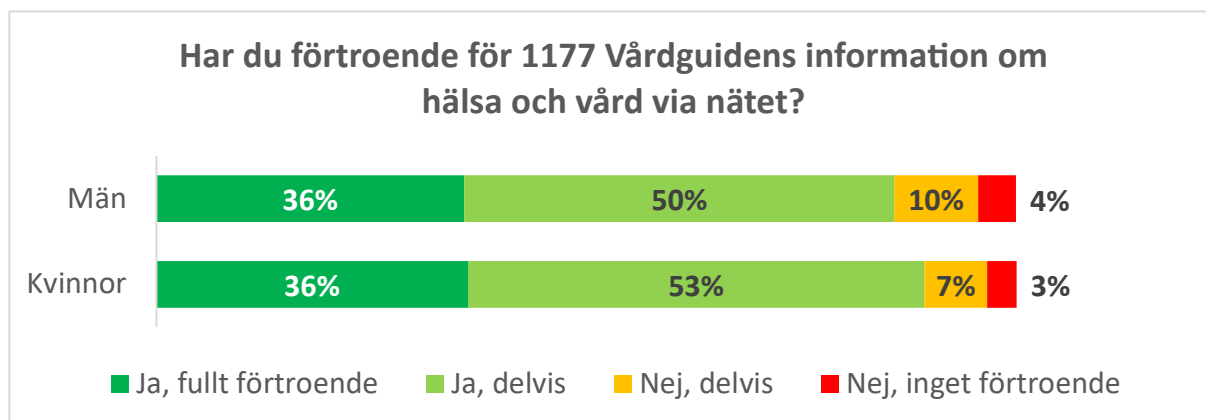


Diagram 33: Vilket förtroende deltagarna har för 1177 Vårdguiden via nätet, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

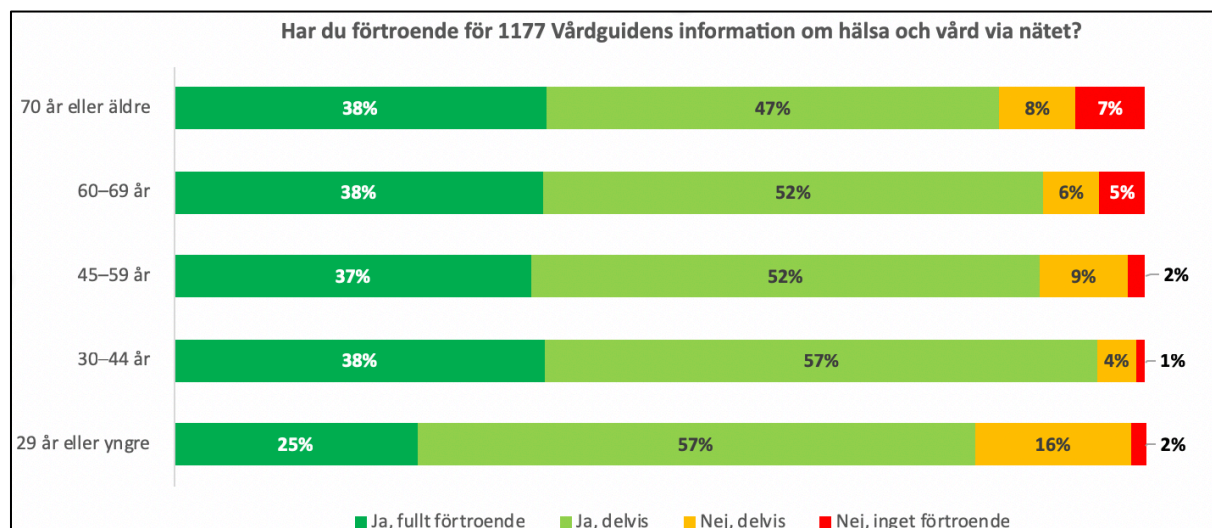


Diagram 34: Vilket förtroende deltagarna har för 1177 Vårdguiden via nätet, fördelat i andelar (%) per ålderskategorier.

Det är bland de yngsta och de äldsta deltagarna vi kan hitta det lägsta förtroendet. Förtroendet varierar något beroende på vilka tjänster deltagarna använt. Bland personer som svarat att de använt någon av de enklare tjänsterna (till exempel sökt information, bokat tid) på 1177 är det 40% som har fullt förtroende. Bland personer som använt de mer komplexa tjänsterna (till exempel beställa hem tester, hålla koll på läkemedel, stöd och behandling) är det 46% som har fullt förtroende. Men om vi enbart ser till dem som använt Stöd och behandling så sjunker andelen som känner fullt förtroende till 37%.

I gruppen som rapporterat att de har mycket dålig hälsa är andelen med fullt förtroende 26% och om vi enbart tittar på männen i denna grupp är det 22% som har fullt förtroende.

Avancerade e-tjänster i hemmet

Ett sätt att pejla av attityden inför framtida användning av e-tjänster är att ställa frågor relaterade till teknik som kan vara kontroversiell. Vi har valt att ställa några frågor om larm, robotar och om sensorer. Det är områden där synen på tekniken är polariserad och där frågorna då och diskuteras i den offentliga debatten. I vår undersökning framkommer inga större skillnader mellan män och kvinnor i synen på larm, robotar och sensorer. Män är ofta något mer positiva än kvinnor. Däremot finns skillnader mellan olika åldersgrupper. Den yngsta åldersgruppen, under 29 år är i flera fall den där vi hittar dem som är mest negativa till denna sorts teknik. Både när det gäller larm och sensorer är det de äldsta åldersgrupperna som är mest positiva.

Larm i hemmet är en teknik många kanske redan känner till eller rent av använder. Andelen som är direkt negativa till larm i hemmet är låg. Gruppen negativa ökar när vi frågar om robotar och särskilt för robotar som sköter personliga behov. Acceptansen för att bära sensorer på kroppen är högre, förutom för den yngsta åldersgruppen. Vi tolkar inte resultatet som ett utfall av stark teknikfientlighet. Snarare är det en avvaktande hållning och så snart en teknik blir känd, som larm, är det lättare att ta ställning och då ökar andelen som är positiv.

Larm i hemmet

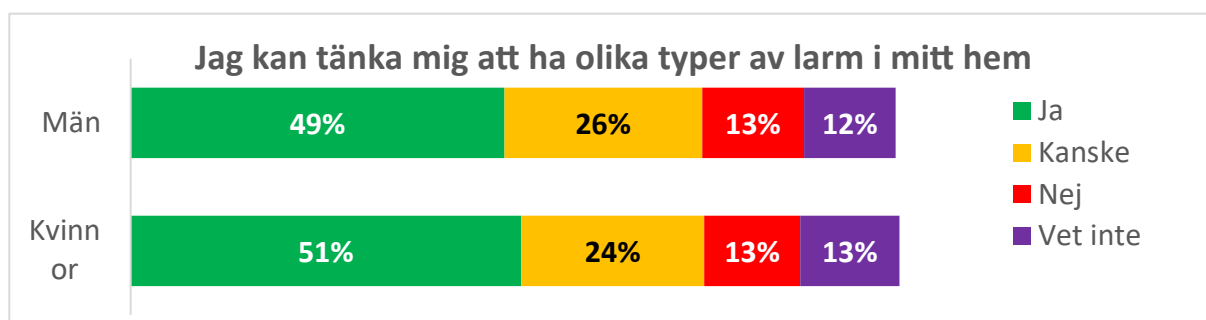


Diagram 35: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha olika typer av larm i hemmet, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

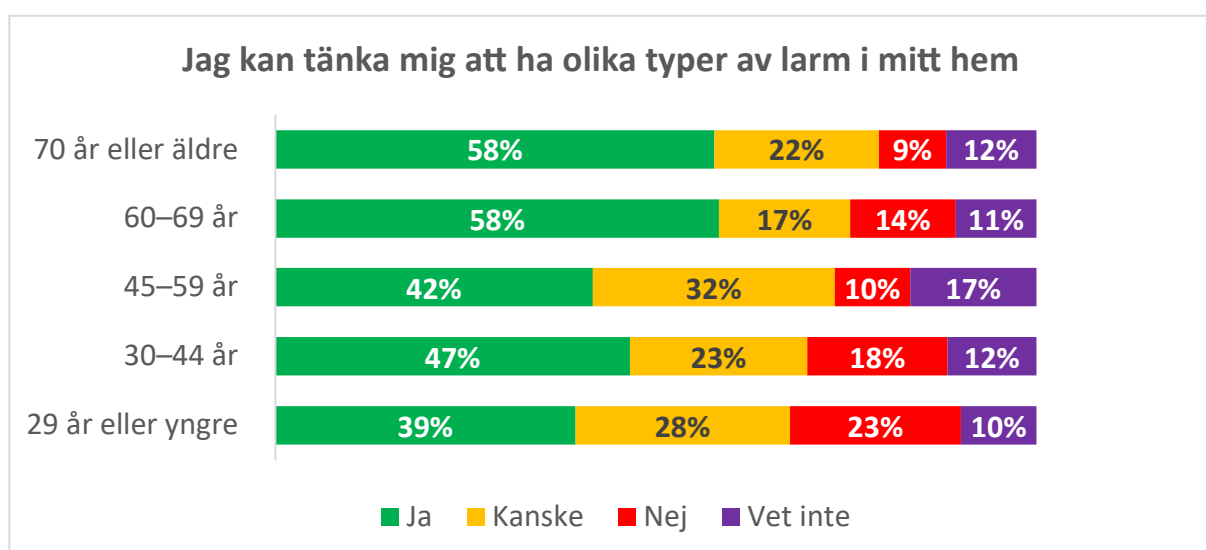


Diagram 36: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha olika typer av larm i hemmet, fördelat i andelar (%) per ålderskategorier.

Robot som sköter hushållssysslor

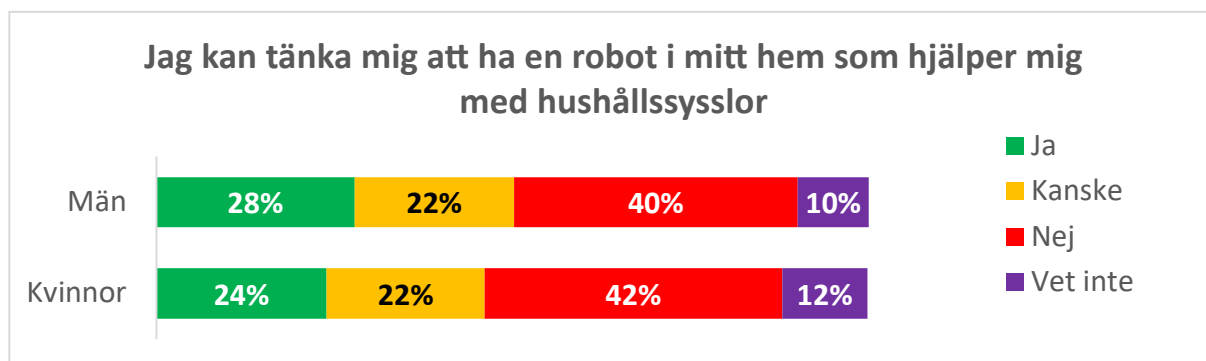


Diagram 37: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha en robot i hemmet som hjälper dem med hushållssysslor, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

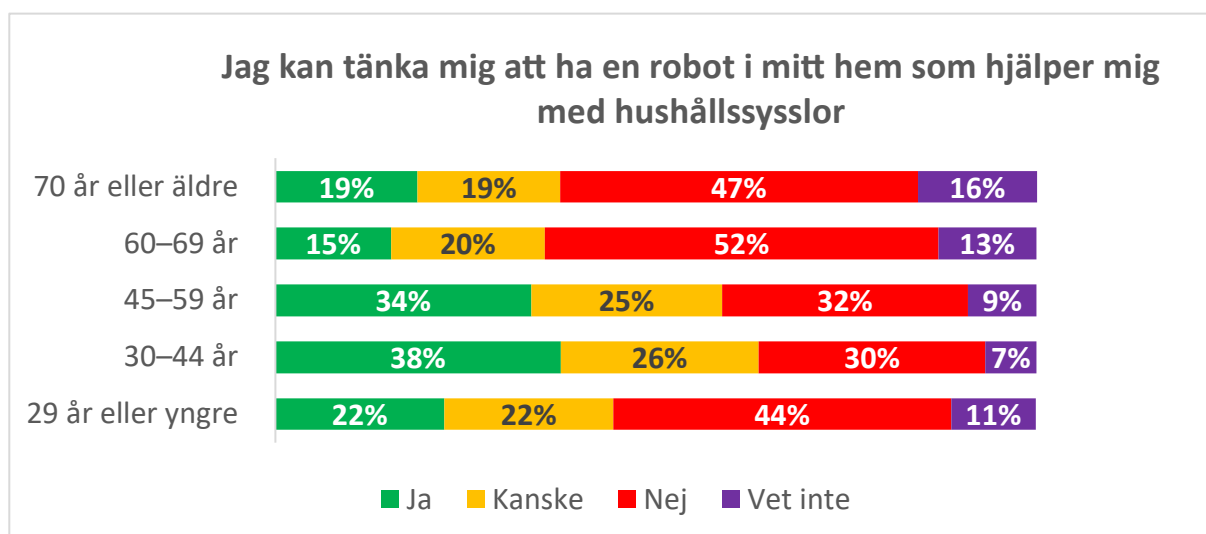


Diagram 38: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha en robot i hemmet som hjälper dem med hushållssysslor, fördelat i andelar (%) per ålderskategori.

Robot som sköter personliga behov

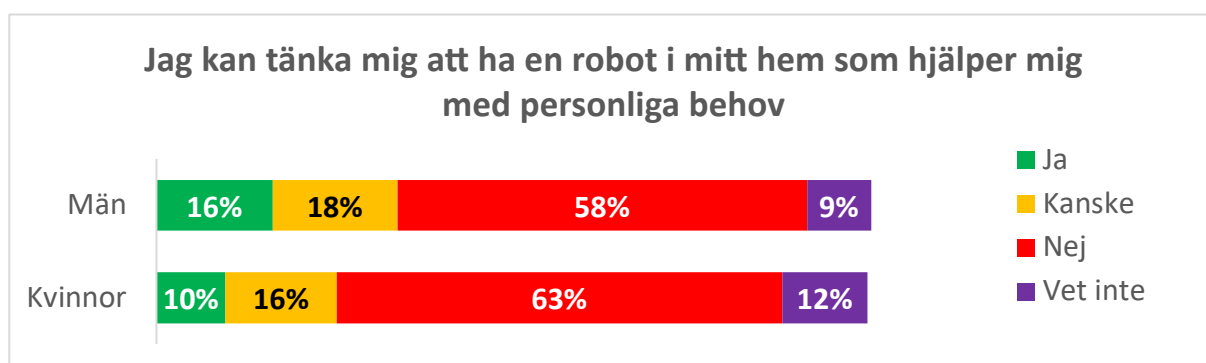


Diagram 39: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha en robot i hemmet som hjälper dem med personliga behov, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

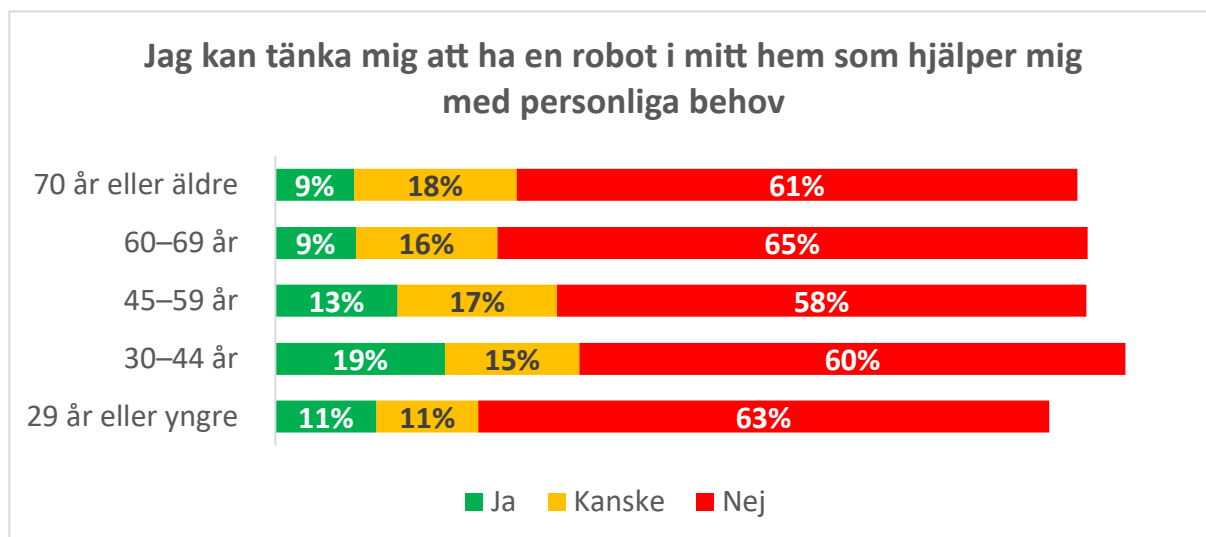


Diagram 40: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha en robot i hemmet som hjälper dem med personliga behov, fördelat i andelar (%) per ålderskategori.

Sensorer på kroppen

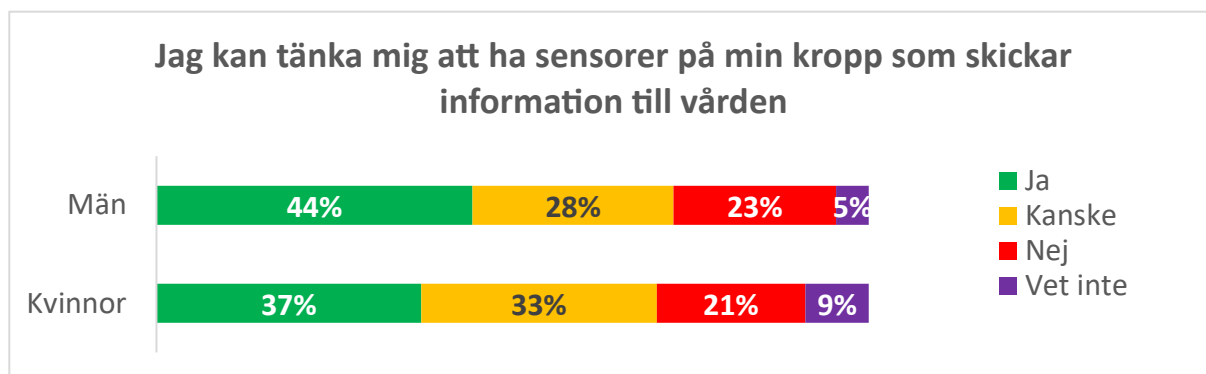


Diagram 41: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha sensorer på kroppen som skickar information till vården, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

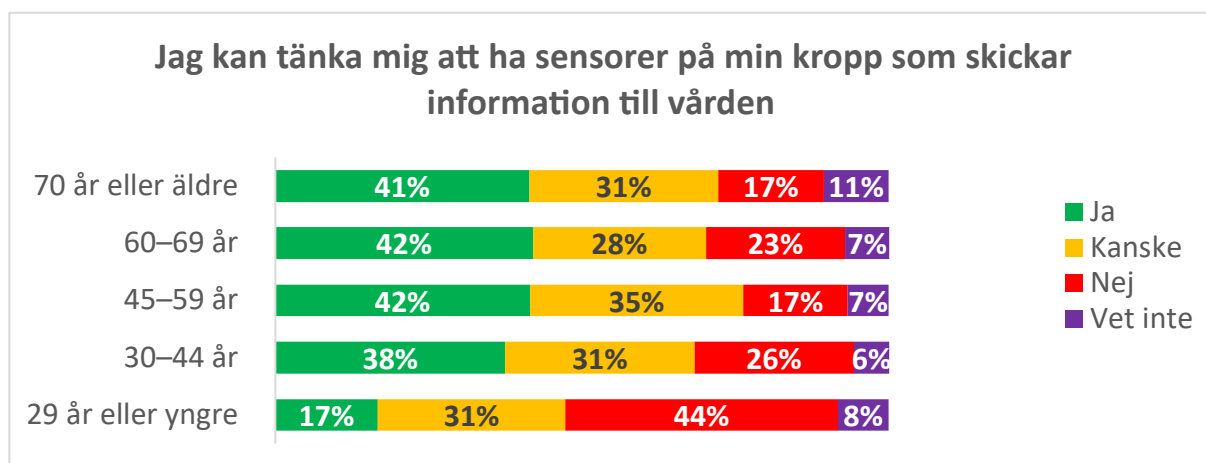


Diagram 42: Huruvida deltagarna kan tänka sig att ha sensorer på kroppen som skickar information till vården, fördelat i andelar (%) per ålderskategori.

Deltagarnas bakgrund

Könstillhörighet

I vår undersökning har betydligt fler kvinnor än män deltagit. Det är samma mönster som i undersökningen "Svenskarna med funktionsnedsättning och internet". Det kan finnas flera och samverkande förklaringar till detta. Kvinnor med funktionsnedsättning kan vara mer benägna än män med funktionsnedsättning att delta i undersökningar, kvinnorna kan vara mer aktiva i föreningslivet och det kan vara så att våra informationsaktiviteter har nått fler kvinnor än män.

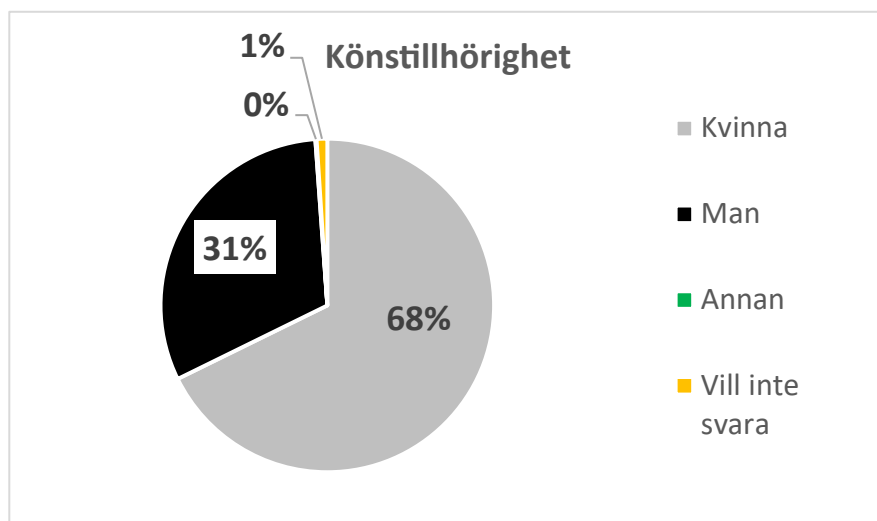


Diagram 43: Könsfördelningen i procent bland deltagarna i undersökningen. (Antal kvinnor 529, män 243, annan 1 och vill ej svara 8).

Åldersfördelning

Åldersfördelningen är enligt vad man kan förvänta. Förekomsten av funktionsnedsättning ökar med stigande ålder. Skånepanelen har endast 2% som är under 29 år. I vår undersökning är 7% av kvinnorna och 12% av männen under 29 år. I skånepanelen är 15% 30–44 år, 25% 45–59 år, 25% 60–69 år och 34% 70 år eller äldre. Varken vår undersökning eller Skånepanelen följer den skånska åldersstrukturen². Det finns dock ingen tidigare presenterad åldersstruktur för den delen av den skånska befolkningen som har funktionsnedsättning

² <http://www.regionfakta.com/skane-lan/befolkning-och-hushall/befolkning/befolkningsstruktur/>

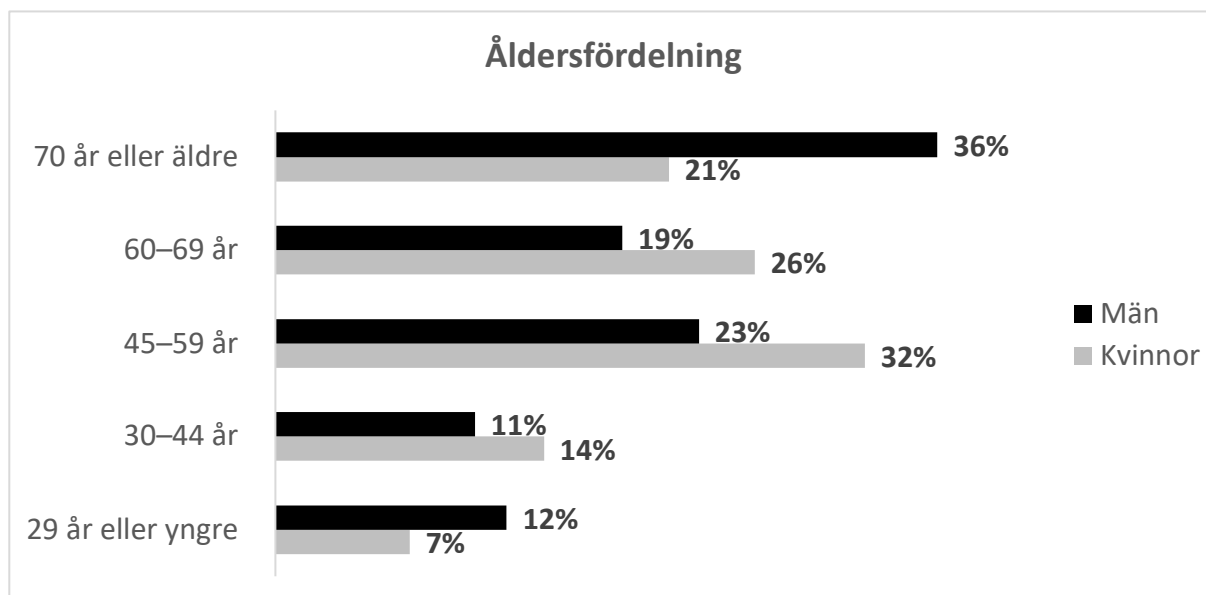
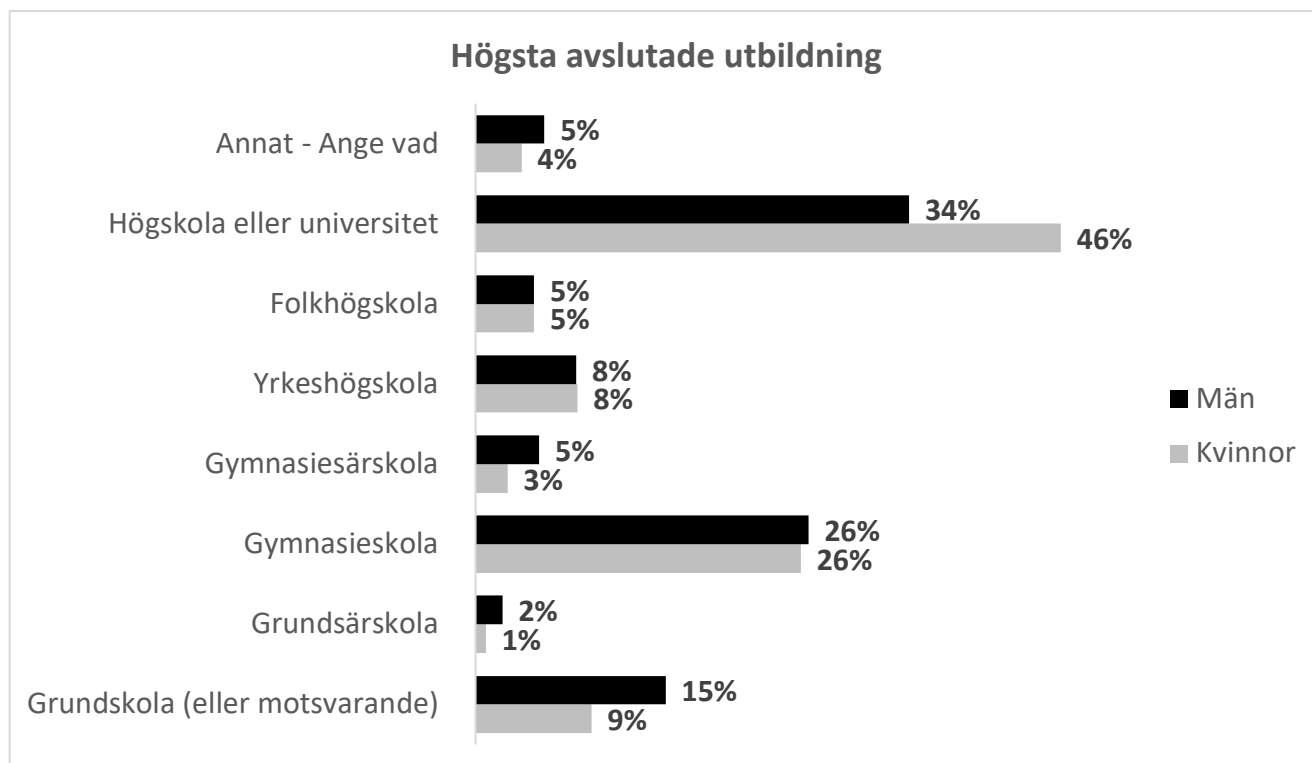


Diagram 44: Åldersfördelning i procent för kvinnor respektive män bland deltagarna i undersökningen.

Utbildning

Precis som i Skånepanelen så är det högst andel svar från personer som har universitets- eller högskoleutbildning. Där var det 62%, i vår undersökning har 46% av kvinnorna och 34% av männen högskoleutbildning. Det gör vår undersökning mer i linje med den officiella statistiken³. I vår undersökning har vi lagt till flera utbildningsformer som normalt inte efterfrågas; Folkhögskola, Grundsärskola och Gymnasiesärskola.



³ <https://utveckling.skane.se/digitala-rapporter/huga/utbildning/>

Diagram 45: Deltagarnas högsta avslutade utbildning, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män.

Sysselsättning

I vår undersökning har vi lagt till några former av sysselsättning som normalt inte efterfrågas; Sjukersättning/Förtidspension, Daglig verksamhet och aktivitetsersättning. I Skånepanelen var 48% yrkesverksamma och 46% pensionärer. I vår undersökning är spridningen mellan olika sysselsättningar större. Färre personer arbetar och fler studerar. I övrigt är det svårt att jämföra eftersom Skånepanelen har så få kategorier.

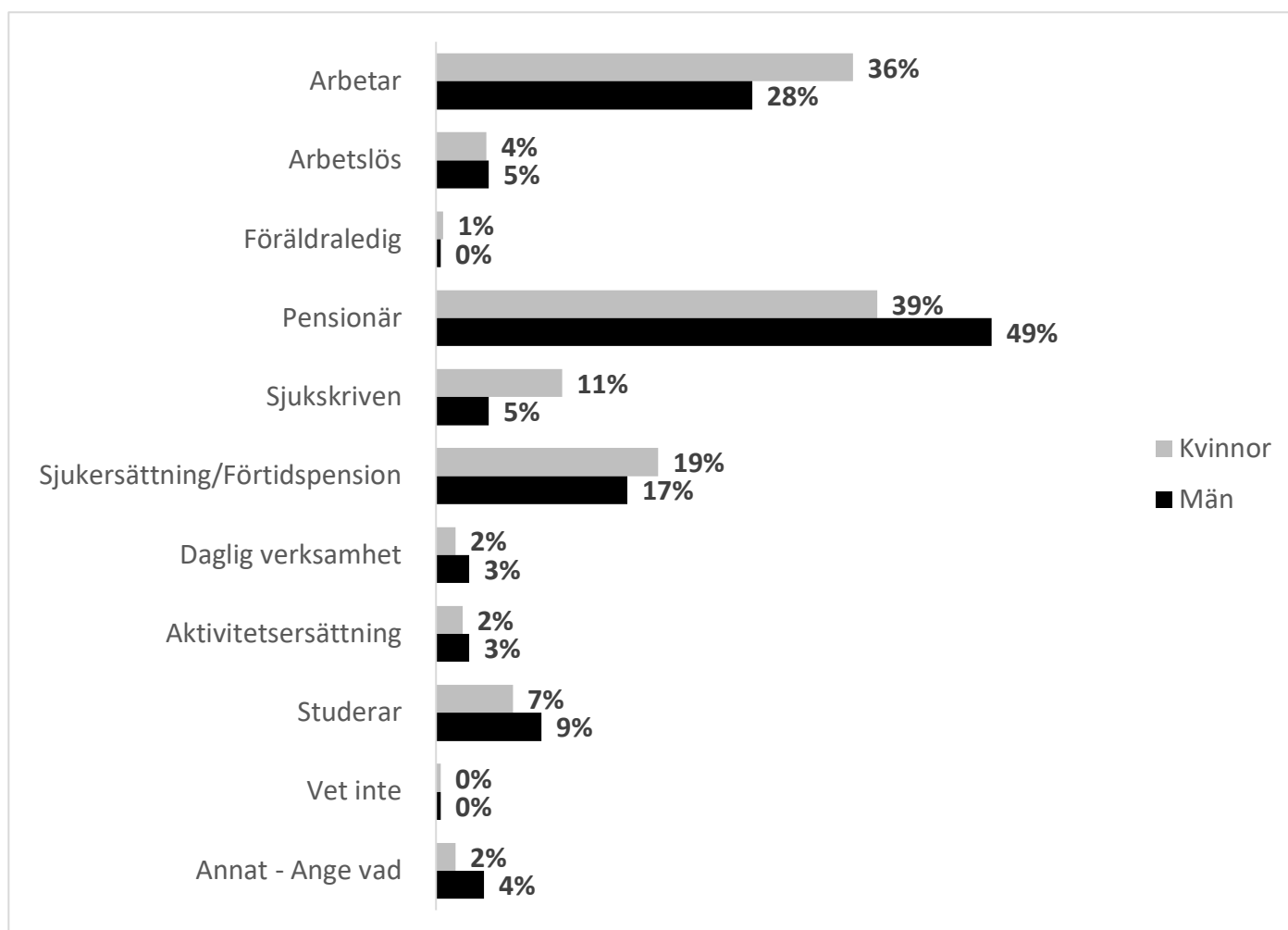


Diagram 46: Deltagarnas nuvarande sysselsättning, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män. (Flera svarsalternativ kunde markeras.)

Inkomst

Skånepanelen redovisar inga inkomster för sina deltagare. Vi valde att ta med en fråga om inkomst för att synliggöra att personer med funktionsnedsättningar till mycket stor del kan beskrivas som låginkomsttagare. Detta framgick tydligt av undersökningen "Svenskarna med funktionsnedsättning och internet" och är samma mönster i denna undersökning. Även i den grupp som har högskoleutbildning är inkomsterna låga; 37% har en inkomst under 18 000 kronor per månad.

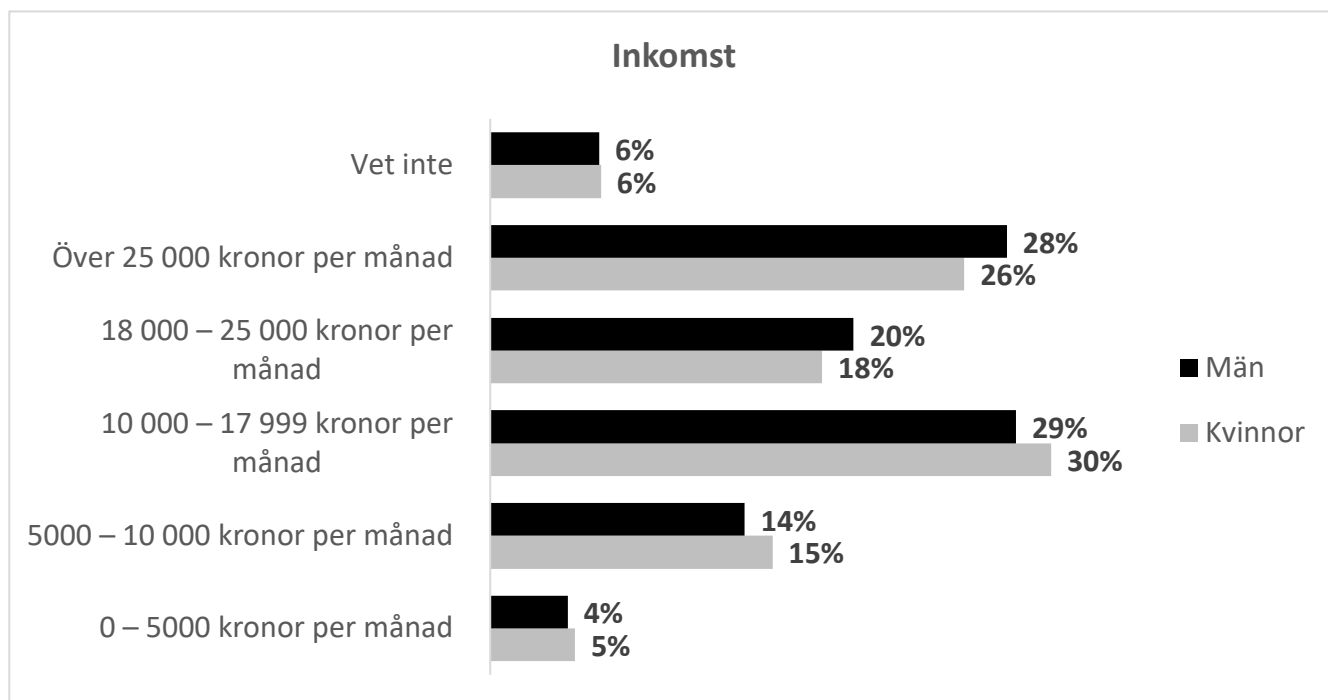


Diagram 47: Deltagarnas redovisade inkomst, fördelat i andelar (%) av kvinnor och män .

Som jämförelse presenteras nedan ett diagram från SCB⁴ som visar att högskoleutbildning i genomsnitt leder till löner på runt 40 000 kronor i månaden och gymnasieutbildning till cirka 30 000 kronor.

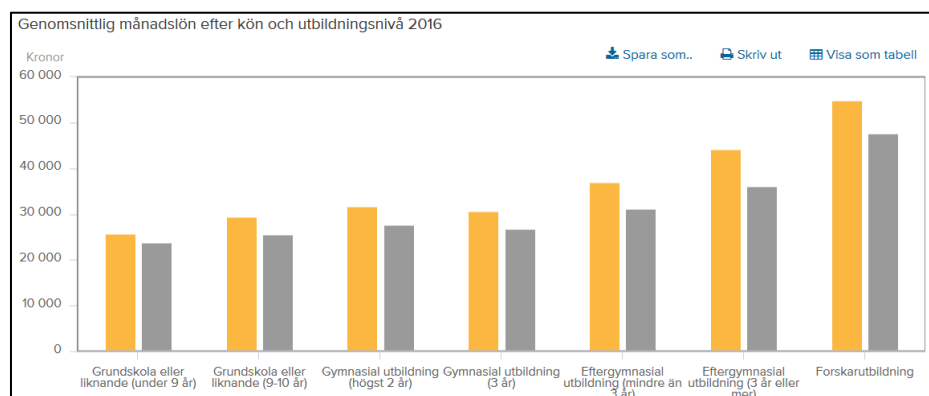


Diagram 48: Genomsnittlig månadslön efter kön och utbildningsnivå för personer folkbokförda i Sverige. Orange stapel (den vänstra) är män och den grå stapeln kvinnor.

⁴ <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/mest-och-minst-betalda-yrkena/>

Var i Skåne bor deltagarna?

De flesta som svarat, 44%, bor i Sydväst. Därefter kommer Nordväst med 28%, Nordost med 14% och Sydost med 12%. Skånepanelens deltagare kom från; Sydväst 35%, Nordväst 23%, Nordost 23% och Sydost 19%.

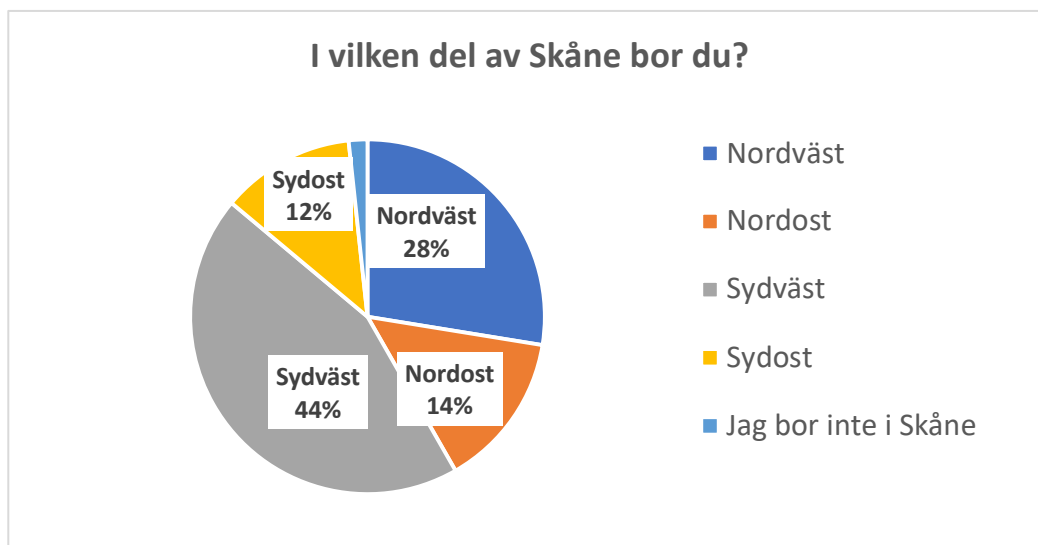


Diagram 49: Andel (%) av deltagare i undersökningen som bor i olika delar av Skåne.