

Rapport 2021:10

En lag som kräver omtag

Uppföljning av patientlagens genomslag,
med en fördjupning om valfrihet



► vård- och
omsorgsanalys

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-38-0



En lag som kräver omtag

Uppföljning av patientlagens genomslag,
med en fördjupning om valfrihet

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Ida Nyström har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv, analyschefen Caroline Olgart Höglund och chefsjuristen Catarina Eklund Ahlgren deltagit.

Stockholm den 15 september 2021
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Gustaf Arrhenius
Styrelseledamot

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Per Molander
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Ida Nyström
Föredragande

Förord

Patientlagen trädde i kraft 2015 och syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vi har tidigare sett brister i hur lagen efterlevs. I den här rapporten redovisar vi vårt svar på regeringsuppdraget att återigen följa upp lagens genomslag ur patientens perspektiv. Vår förhoppning är att rapporten ger insikter i hur vården kan utvecklas, för att ytterligare stärka patientens ställning.

Att stärka patientens ställning med utgångspunkt i principen om vård efter behov är en förutsättning för en god och jämlik hälsa i enlighet med den nationella folkhälsopolitiken och för måluppfyllelsen inom den sociala dimensionen av Agenda 2030.

Projektledare har varit utredaren Ida Nyström. I projektgruppen har också analytikerna Sara Korlén Schalling, Erik Antonsson och Alexander Hedlund Kancans samt projektdirektören Nils Janlöv och juristen Timothy Hallgren deltagit. Forskare vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet har bistått med en litteraturstudie om konsekvenser av individens valfrihet. Origo Group AB har administrerat enkätutskick. Uppdraget har en tydlig koppling till andra regeringsuppdrag vi har, såsom att utvärdera omställningen till en god och nära vård.

Ett varmt tack till alla som har besvarat våra enkäter, ställt upp på intervjuer eller på annat sätt medverkat till innehållet i rapporten. Vi vill också särskilt tacka Anders Anell, Hans-Inge Persson, Jameson Garland, Jessica Andersson, Mio Fredriksson, Olle Olsson och Åsa Himmelsköld för betydelsefulla synpunkter på arbetet.

Stockholm oktober 2021

Jean-Luc af Geijerstam, *generaldirektör*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har på regeringens uppdrag följt upp patientlagens genomslag. I uppdraget ingick även att analysera vad individens möjlighet att välja utförare (vårdgivare) av offentligt finansierad öppen vård har inneburit för hälso- och sjukvården samt ge förslag på hur patientens ställning kan stärkas ytterligare utifrån principen om vård efter behov.

Våra viktigaste resultat och slutsatser:

- ▶ Patienternas erfarenheter av vården visar att det finns flera brister i patientlagens genomslag och få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad över tid. Vi ser tydliga brister i vårdens tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och samordning.
 - Erfarenheterna skiljer sig åt mellan olika grupper. De med sämre hälsa och de med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter av vården än andra.
 - Vi ser vissa ljusglimtar. Det är till exempel fler än tidigare som fått en individuell plan till hjälp för att samordna insatser från vård och omsorg.
 - Pandemin har sannolikt haft en viss negativ påverkan. Samtidigt ser vi få förbättringar i undersökningar som genomfördes kort före pandemin.

- ▶ Patienter uppskattar att kunna välja vårdgivare men valfriheten riskerar att leda till en mer ojämlig vård, eftersom den ökade tillgängligheten främst tycks gynna socioekonomiskt starka grupper med relativt lättare hälsobesvär.

Vi rekommenderar en samlad styrstrategi som stödjer lagens intentioner

Våra resultat tydliggör att dagens lagstiftning i sig inte är tillräcklig för att stärka patientens ställning. Därför behövs en samlad styrstrategi och insatser som kompletterar och understödjer lagens intentioner. Vi anser att denna strategi bör bestå av tre kompletterande delar: förtydligande av ansvaret för lagens efterlevnad, en förstärkt uppföljning med fokus på lärande och tydligare incitament och ansvarsutkrävande.

Våra rekommendationer för att stärka patientens ställning

I rapporten ger vi även följande rekommendationer och utvecklar dem med tillhörande åtgärdsförslag. Med huvudmän avser vi regioner och kommuner.

- ▶ Regeringen bör ta initiativ till att förtydliga patientlagen avseende vem som bär ansvaret för lagens efterlevnad samt dess innehåll.
- ▶ Huvudmän och vårdgivare bör genom förbättrad och anpassad information öka kännedomen om patientlagens bestämmelser bland patienter och vårdpersonal.
- ▶ Huvudmän samt universitet och högskolor bör genom kunskapsstöd och utbildning stärka kunskapen om metoder som stödjer tillämpningen av patientlagen.
- ▶ Regeringen och huvudmän bör prioritera utvecklingen av digital infrastruktur och stödjande insatser för att främja informationsdelning mellan patienter och vårdgivare.
- ▶ Regeringen och huvudmän bör stärka utvecklingen av förbättrade dataunderlag och en ändamålsenlig uppföljning av patientlagen.
- ▶ Regeringen och IVO bör stärka tillsynen och ansvarsutkrävandet av patientlagens efterlevnad.
- ▶ Huvudmän bör ställa tydliga krav på och skapa incitament för vårdgivare att uppfylla skyldigheterna enligt patientlagen.

Vi rekommenderar ett antal principer att tillämpa i styrningen av valfrihet

Valfrihet är i sig en viktig komponent för att stärka patientens inflytande men vi ser också ett behov av att hantera målkonflikter och risken för en mer ojämlig vård. Därför rekommenderar vi ett antal principer att tillämpa i styrningen av valfrihet.

- ▶ Regionerna bör utveckla vägledning och stöd för att patienter ska kunna välja vårdgivare.
- ▶ Regeringen och regionerna bör stärka förutsättningarna för uppföljning av och kunskapsutveckling om valfrihetssystemens konsekvenser.
- ▶ Regionerna bör beakta risken för de målkonflikter som kan uppstå vid valfrihet när de organiserar och styr vården.



Sammanfattning

Vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp patientlagens genomslag. Patientlagen (2014:821) trädde i kraft den 1 januari 2015 och syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Många av de skyldigheter som framgår av patientlagen gäller sedan tidigare enligt andra författningar, några har justerats, och endast ett fåtal är nya.

Sveriges befolkning har i stort en god hälsa och tillgång till ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem, men vi har i tidigare uppföljningar sett att det finns brister i hur patientlagen efterlevs. Vår senaste rapport från 2017 baserades på en mätning året före och en året efter det att lagen trädde i kraft, och den huvudsakliga slutsatsen var att patientens ställning inte hade stärkts sedan patientlagen infördes.

I vårt nuvarande regeringsuppdrag ingår också att analysera vad individens möjlighet att, i enighet med patientlagen, välja utförare (vårdgivare) av offentligt finansierad öppen vård har inneburit för hälso- och sjukvården. Därutöver ska vi ge exempel på pågående initiativ som syftar till att stärka patientens ställning samt ge förslag på hur patientens ställning kan stärkas ytterligare, med utgångspunkt i principen om vård efter behov.

VI HAR FÖLJT UPP PATIENTLAGENS GENOMSLAG GENOM OLIKA METODER OCH INFORMATIONSKÄLLOR

För att besvara frågan om patientlagens efterlevnad och hur utvecklingen sett ut över tid har vi analyserat resultaten från flera enkätundersökningar. En central informationskälla är en webbenkätundersökning som vi genomförde i slutet av 2020. Enkäten vände sig till personer i en befolkningspanel och innehöll frågor om deras erfarenheter av vården, utifrån de skyldigheter

som vården har gentemot dem enligt patientlagen. Enkäten besvarades av cirka 9 500 patienter och har stora likheter med de enkätundersökningar om patientlagen som vi genomförde 2014 och 2016, vilket har möjliggjort analyser av utvecklingen över tid. Vi har också intervjuat företrädare för olika patientgrupper om deras syn på lagens efterlevnad.

Vi har använt flera olika metoder för att analysera patienternas inställning till möjligheten att välja vårdgivare samt vad valfriheten inneburit för hälso- och sjukvården. Vi har kartlagt befintlig forskning på området, analyserat patientflöden genom registerdata, intervjuat regions- och professionsföreträdare, och frågat patienter om deras inställning till valfrihet.

Vi har också undersökt hur patientens ställning kan stärkas ytterligare genom att inhämta förslag från patienter och andra aktörer samt genom att ta del av pågående initiativ som syftar till att stärka patientens ställning, vilka redovisas närmare i rapporten.

VI SER FÅ TECKEN PÅ FÖRBÄTTRINGAR I LAGENS EFTERLEVNADE

Jämfört med våra tidigare mätningar 2014 och 2016 ser vi få tecken på att patientlagens efterlevnad har förbättrats. Som framgår av tabellen nedan är vår sammantagna bedömning att efterlevnaden i många fall är oförändrad. På vissa områden ser vi förbättringar medan utvecklingen snarare har gått mot det sämre för andra områden. För vissa områden saknar vi data som är jämförbar över tid. Oaktat utvecklingen ser vi att det finns flera svagheter i lagens efterlevnad, till exempel bristande tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och samordning i vården.

Innehåll i patientlagen	Utveckling
Kännedom om vårdens skyldigheter	Förbättrad
Kap 2. Tillgänglighet	Försämrad
Kap 3. Information	Oförändrad
Kap 4. Samtycke (integritet)	Försämrad
Kap 5. Delaktighet	Oförändrad
Kap 6. Fast vårdkontakt och individuell planering	Oförändrad
Kap 7. Val av behandlingsalternativ	Oförändrad
Kap 8. Ny medicinsk bedömning	Ej jämförbar
Kap 9. Val av utförare	Ej jämförbar
Kap 10. Personuppgifter	Oförändrad
Kap 11. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet	Ej jämförbar

Resultaten från vår patientlagsenkät visar till exempel en generell försämring av måluppfyllelsen enligt den nationella vårdgarantin och de tidsgränser som anges där. Lägst måluppfyllelse ser vi i fråga om att ha blivit erbjuden beslutad behandling i den specialiserade vården inom 90 dagar.

När det gäller delaktighet kan vi inte se några genomgående positiva eller negativa förändringar över tid. Däremot är det färre patienter som upplevt att deras delaktighet i vården efterfrågas och välkomnas. De patientföreträdare vi intervjuat betonar också att vården i ännu högre utsträckning behöver utgå från patientens upplevelse och behov.

Resultaten visar även att många saknar en fast kontakt i vården, och omkring fyra av tio patienter anser inte att samordningen av deras kontakter med vården fungerar.

Våra analyser pekar på att pandemin sannolikt haft en viss negativ påverkan på patienternas erfarenheter av vården, men samtidigt finns få tecken på förbättringar i liknande enkätundersökningar som genomfördes strax innan pandemin bröt ut.

Tydliga skillnader i olika gruppers erfarenheter av vården

Vi ser tydliga skillnader mellan olika gruppers erfarenheter av vården i våra analyser av patientlagsenkäten. De jämförande analyserna har fokuserat på centrala områden i patientlagen, såsom erfarenheter av tillgänglighet, delaktighet, information och samordning i vården.

Resultaten visar att personer med sämre hälsa genomgående har sämre erfarenheter av vården än andra, och att de med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter jämfört med personer med svensk bakgrund. Vidare ser vi att äldre personer generellt sett har bättre erfarenheter än yngre. Dessa mönster har också framkommit i tidigare studier. Resultaten är däremot mindre entydiga när det gäller skillnader utifrån kön, utbildningsnivå eller boendeort (kommuntyp). Män upplever till exempel en högre delaktighet och fungerande samordning men är mindre nöjda med informationen från vården än vad kvinnor är. Men i fråga om vårdens tillgänglighet ser vi inga signifikanta skillnader mellan könen.

Alla patienter har inte förutsättningar för att själva efterfråga det som lagen anger. Enligt de patientföreträdare vi intervjuat är vissa patientgrupper särskilt utsatta, framförallt de patienter som har svårt att föra sin talan och hävda sina behov.



Vissa ljusglimtar i utvecklingen

Trots att vi ser behov av förbättringar ser vi samtidigt att utvecklingen inom vissa delområden går åt rätt håll. Möjligheterna till delaktighet och informationskontinuitet tycks till exempel ha blivit bättre för patienter med relativt stort vårdbehov. Av de som haft behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst är det en betydligt högre andel än tidigare som anger att de fått en individuell plan till hjälp för att samordna insatserna. Den positiva utvecklingen har sannolikt påverkats av införandet av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och det förändringstryck som den skapat.

Ytterligare en ljusglimt är att fler än tidigare uppger att de känner till vilka skyldigheter som vården enligt lag har gentemot dem, vilket skulle kunna bidra till att de i högre utsträckning också efterfrågar det lagen anger.

VALFRIHETEN ÄR UPPSKATTAD MEN RISKERAR ATT LEDA TILL EN MER OJÄMLIK VÅRD

Generellt är patienterna positivt inställda till möjligheten att välja vårdgivare. Närhet till vårdgivaren är i praktiken den faktor som har störst påverkan på patienternas val, särskilt inom primärvård. Vi ser också att valfriheten i praktiken nyttjas mer av yngre patienter och socioekonomiskt starka grupper.

De flesta av patienterna i vår undersökning som svarar att de inte valt mellan olika vårdgivare uppger att de inte har haft behov av att välja, särskilt när det gäller specialiserad vård i en annan region. Men många har avstått från att välja på grund av andra anledningar, till exempel för att det är svårt att avgöra vad som skiljer vårdgivare åt, för att det inte finns något att välja mellan eller för att de inte kände till att möjligheten finns.

Våra analyser av registerdata visar att möjligheten att välja vårdgivare inte märkbart har påverkat de fysiska patientflödena mellan regioner över tid. Den digitala utomlänsvården (så kallad nätläkarvård) har dock ökat markant och används särskilt av yngre, kvinnor, storstadsbor och socioekonomiskt starka grupper.

Valfriheten är ett sätt att stärka patientens inflytande, men vår analys av valfrihetens konsekvenser visar att bristfälligt reglerade valfrihetssystem också innebär en risk för en mer ojämlik vård. Vi ser att valfrihet, i kombination med ökad konkurrens mellan vårdgivare, kan ha positiva effekter på tillgänglighet och i vissa fall kvalitet, sett till patientnöjdhet och hälsoutfall. Samtidigt tycks den ökade tillgängligheten framförallt gynna

vissa grupper såsom yngre och socioekonomiskt starka grupper, samt patienter med relativt lättare hälsoproblem.

Vi kan också konstatera, både utifrån det aktuella forskningsläget men också utifrån våra intervjuer med regionföreträdare, att det behövs mer kunskap om valfrihetens konsekvenser.

FLERA MÖJLIGA FÖRKLARINGAR TILL DE RESULTAT VI SER

I vår tidigare uppföljningsrapport *Lag utan genomslag*, konstaterade vi liknande brister i lagens efterlevnad och lyfte ett antal förklaringar till det. En förklaring var att vårdens förutsättningar att tillämpa patientlagen brister och att frågan om att stärka patientens ställning inte varit tillräckligt prioriterad. En annan förklaring var att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag. Vi ser att dessa förklaringar är giltiga även idag.

Vi har tidigare rekommenderat en samlad strategi för att öka vårdens insatser för att stärka patientens ställning och därigenom skapa ett nödvändigt förändringstryck. En sådan samlad strategi ser vi fortfarande inte. Vi bedömer att omställningen till en god och nära vård är det som har tydligast koppling till patientlagens intentioner, men att den och andra pågående satsningar i sig inte är tillräckliga för att stärka patientens ställning och lagens genomslag.

I frågan om patientens rättsliga ställning ser vi bland annat att lagstiftningen fortfarande är otydlig – till exempel är det oklart vem som är ytterst ansvarig för att leva upp till vissa av lagens bestämmelser, och det saknas uppföljning och tillsyn av om lagen följs. En kraftfull tillsyn följt av ansvarsutkrävande är särskilt viktigt mot bakgrund av patientlagens avsaknad av legala rättigheter där patienten kan vända sig till domstol om skyldigheterna gentemot dem inte uppfylls.

VI REKOMMENDERAR EN SAMLAD STYRSTRATEGI SOM STÖDjer LAGENS INTENTIONER

Våra nuvarande och tidigare uppföljningar visar tydligt att dagens lagstiftning i sig inte är tillräcklig för att stärka patientens ställning. Vi anser därför att det fortfarande behövs en samlad styrstrategi för att införliva patientlagen än mer i vårdens övergripande utvecklings- och förbättringsarbete. Ledarskapet, på alla nivåer i hälso- och sjukvården, har en nyckelroll i att möjliggöra den utvecklingen och förändringsarbetet behöver drivas på samtliga nivåer i sjukvårdssystemet.



Vi rekommenderar en samlad styrstrategi, med flera komponenter i styrningen som tillsammans kompletterar och understödjer lagens intentioner:

- **Förtydligande av normering och prioriteringar:**

Inkluderar aktiviteter som klargör vad som förväntas av olika aktörer och vilka mål som ska nås (t.ex. reglering i lag, förordning eller föreskrifter eller genom riktlinjer), samt prioriteringar om hur resurser ska fördelas för att skapa förutsättningar för efterlevnad (t.ex. att säkerställa rätt kompetensförsörjning).

- **Förstärkt uppföljning med fokus på lärande:**

Inkluderar aktiviteter som skapar kunskap om måluppfyllelse, till exempel genom analys av data och erfarenheter från patienter och vårdpersonal.

- **Tydligare incitament och ansvarsutkrävande:**

Inkluderar aktiviteter som syftar till att avvikelser från det som är föreskrivet åtföljs av konsekvenser, exempelvis sanktioner och incitament.

VÅRA REKOMMENDATIONER FÖR ATT STÄRKA PATIENTENS STÄLLNING

I syfte att uppnå en högre grad av efterlevnad av patientlagen och en starkare ställning för patienterna lämnar vi följande rekommendationer med tillhörande åtgärdsförslag. Med huvudmän avser vi regioner och kommuner.

► *Regeringen bör ta initiativ till att förtydliga patientlagen avseende vem som bär ansvaret för lagens efterlevnad samt dess innehåll*

Patientlagen är otydlig på vissa punkter och det behöver klargöras vem som bär ansvaret för att lagen efterlevs. Till exempel är ingen särskild aktör utpekad för att fullgöra skyldigheten om samtycke till vård enligt 4 kap. 2 § patientlagen. En ökad tydlighet kan till exempel åstadkommas genom förändringar av lagen i sig men också genom kompletterande förordningar eller föreskrifter som konkretiserar hur vårdens aktörer förväntas agera. Sådana förtydliganden har också betydelse för möjligheten att kontrollera verksamheter och utkräva ansvar.

Det behöver även klargöras hur patientlagens bestämmelser förhåller sig till Sveriges åtaganden enligt internationella fördrag om mänskliga rättigheter. Vi har även uppmärksamrats på ytterligare behov av tydliggöranden, såsom:

- Frågan om personcentrering behöver tydliggöras, exempelvis i informationskapitlet där skyldigheten att inte bara ge information utan även ta emot information från patienten kan bli tydligare.
- Frågan om informerat samtycke behöver tydliggöras, både i relation till vad som gäller enligt internationella fördrag och vad som gäller när en person som inte kan ge ett aktivt samtycke har tydliga vårdbehov.

För att patientlagen ska omsättas i praktisk handling krävs även fortsatt att huvudmän och vårdgivare tydliggör lagens innehåll och preciserar hur bestämmelserna ska efterlevas, genom till exempel lokala regler och rutiner.

► *Huvudmän och vårdgivare bör genom förbättrad och anpassad information öka kännedomen om patientlagens bestämmelser bland patienter och vårdpersonal*

Både patienter och allmänhet uppger att de fått en ökad kännedom om vilka skyldigheter vården har gentemot dem enligt lag, men vi ser att det fortfarande finns kunskapsbrister. Det tycks också gälla vårdpersonal. Vi menar att kunskapen om vårdens skyldigheter gentemot patienten bör förstärkas genom att:

- Regioner, kommuner och vårdgivare ska ge vårdpersonal, patienter och närstående information om vårdens skyldigheter, inklusive om hur dessa kan tillgodoses. Informationen behöver i högre utsträckning än idag vara anpassad till olika patientgruppers behov och förutsättningar.

► *Huvudmän samt universitet och högskolor bör genom kunskapsstöd och utbildning stärka kunskapen om metoder som stödjer tillämpningen av patientlagen*

Vi ser ett behov av att nationella och regionala aktörer utvecklar och sprider kunskapsstöd som bidrar till att patientlagen efterlevs, och ser att följande insatser är en viktig del av det arbetet:

- Den nationella kunskapsstyrningen, där huvudmän och berörda myndigheter samverkar, har en viktig roll och bör fortsatt verka för att sprida kunskap om metoder med dokumenterat god effekt på patienters upplevelse av personcentrering och patientinflytande.



- Universitet och högskolor bör stärka professionsutbildningarna när det gäller att tillämpa patientlagen och använda metoder med dokumenterat god effekt på patienters upplevelse av personcentrerad vård.

► *Regeringen och huvudmän bör prioritera utvecklingen av digital infrastruktur och stödjande insatser för att främja informationsdelning mellan patienter och vårdgivare*

Möjligheten att dela kunskap och information mellan patienter och vårdgivare är positiv för patienternas upplevelser av sina kontakter med vården och kan bidra till ökad patientdelaktighet och inflytande. Vi ser ett behov av att fortsätta stärka utvecklingen av informationsdelning genom följande insatser:

- Huvudmän i regioner och kommuner bör fortsätta att utveckla 1177.se, med tillhörande tjänster, som en central ingång för patientinformation och kommunikation. Det behövs också en digital infrastruktur för patienter att själva dela sin kunskap och information med vårdens företrädare samt för att underlätta patienters egenvård.
- Regeringen samt regioner och kommuner bör fortsatt verka för att tillgängliggöra digitala tjänster för fler patientgrupper. En del personer lever till exempel i ett digitalt utanförskap, så utöver att utveckla den digitala infrastrukturen och internetbaserade tjänster bör aktörerna också erbjuda patienterna utbildning och stöd i grundläggande digitala färdigheter, till exempel hur man loggar in på 1177.se, läser i journalen eller delar sina egna hälsodata. Det är angeläget att utvecklingen av förbättrade tjänster och kommunikationsvägar i vården följs av insatser som stärker användandet av dessa eller alternativa tjänster, med särskilt fokus på patienter som behöver sådant stöd.
- Regeringen samt regioner och kommuner bör stärka förutsättningarna för informationsutbyte mellan vårdgivare, regioner, kommuner och patienter med syftet att öka informationskontinuiteten.

► *Regeringen och huvudmän bör stärka utvecklingen av förbättrade dataunderlag och en ändamålsenlig uppföljning av patientlagen*

För att patientlagen ska efterlevas i högre grad krävs tillförlitlig data om i vilken utsträckning lagens intentioner uppfylls. Bättre uppföljning är en förutsättning för att patientlagens skyldigheter ska bli en självklar del i

vårdens kontinuerliga förbättringsarbete. Regeringen samt regioner och kommuner bör särskilt stärka förutsättningarna för uppföljning.

I rapporten presenterar vi ett antal uppföljningsområden där förutsättningarna är särskilt angelägna att utveckla. Ett exempel är uppföljningen av hur patienternas vård- och omsorg fungerar som en sammanhängande helhet. Vidare är det viktigt att utveckla nationellt sammanhållen patientdata för primärvården. Regering och regioner bör även verka för förbättrad kvalitet och samordning av tillförlitlig information om väntetider och tillgänglighet.

► *Regeringen och IVO bör stärka tillsynen och ansvarsutkrävandet av patientlagens efterlevnad*

Tillsyn har en särskild betydelse mot bakgrund av patientlagens avsaknad av legala rättigheter där patienten kan vända sig till domstol om de inte uppfylls. Vi ser ett behov av en stärkt tillsyn av patientlagens efterlevnad, och menar att avvikelser behöver leda till tydligare ansvarsutkrävande och konsekvenser för huvudmän och vårdgivare:

- IVO bör i högre utsträckning genomföra systematisk tillsyn av patientlagen, med särskilt fokus på de områden i lagen som värderas högt av patienter och där vi samtidigt ser en bristande efterlevnad, exempelvis delaktighet, samordning och tillgång till fast vårdkontakt. IVO:s tillsyn kan också bidra till att uttolka lagen och därigenom tydliggöra dess innebörd.
- Regeringen bör utreda möjligheten för IVO att besluta om rättsligt bindande sanktioner mot huvudmän. IVO saknar den befogenheten idag samtidigt som huvudmännen har en avgörande roll i att skapa förutsättningar för vårdgivarna att erbjuda vård som uppfyller patientlagstiftningen och dess intentioner.
- Regeringen bör verka för ökad kunskap om konsekvenserna av det nuvarande klagomålssystemet och vidta åtgärder för att förbättra det. Där ingår bland annat att se över patientens möjlighet att få en individuell prövning vid klagomål som rör efterlevnaden av patientlagen.

► *Huvudmän bör ställa tydliga krav på och skapa incitament för vårdgivare att uppfylla skyldigheterna enligt patientlagen*

Huvudmän i regioner och kommuner bör säkerställa att patientlagen efterlevs genom att skapa förutsättningar för det, och ställa konkreta krav



på patientlagens efterlevnad i sina avtal med vårdgivare. Huvudmännen har också goda möjligheter att påverka efterlevnaden genom sin uppföljning. Vi rekommenderar följande:

- Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och ställa krav på att vårdgivarna organiserar och bemannar sin verksamhet i enlighet med principer om personcentrerad vård, till exempel så att fler patienter erbjuds en fast läkarkontakt och/eller vårdkontakt.
- Regioner och kommuner bör ställa krav på att vårdgivare arbetar med patientmedverkan samt följa upp hur de tar tillvara erfarenheter från patienter och anhöriga som en del av sitt förbättringsarbete.
- Regioner och kommuner bör i sitt uppföljningsarbete säkerställa att patientlagen efterlevs samt synliggöra och sprida kunskap om i vilken grad olika vårdgivare efterlever patientlagens bestämmelser.

VI REKOMMENDERAR ETT ANTAL PRINCIPER ATT TILLÄMPA I STYRNINGEN AV VALFRIHET

Valfrihet är en viktig komponent för att stärka patientens inflytande över sjukvårdssystemet, men vi har i vår analys också sett att det finns risk för målkonflikter. Vi ser att bristfälligt reglerade valfrihetssystem kan påverka tillgången till vård för vissa grupper så att vården blir ojämlig och inte ges enligt principen om vård efter behov. För att hantera dessa målkonflikter rekommenderar vi ett antal principer som bör tillämpas i styrningen av valfrihet, vilket inkluderar både primärvård och öppen specialiserad vård.

► *Regionerna bör utveckla vägledning och stöd för att patienter ska kunna välja vårdgivare*

Kännedomen om möjligheterna att välja vårdgivare, samt information om tillgängligt utbud och väntetider, behöver öka för att patienter ska ha bra förutsättningar för att nyttja sin valfrihet. Men mer information räcker sannolikt inte för de grupper som inte förmår nyttja valfrihetssystemen och för att hantera de risker för ojämlighet som det kan medföra. Regioner och vårdgivare behöver därför ge patienter tydligare vägledning och stöd i valet av vårdgivare, vilket inte bara omfattar vårdgarantiärenden utan samtliga fall som berör patienters val av vårdgivare.

- Regioner och vårdgivare bör ge tydligare information till patienter om de valmöjligheter som finns, samt stödja och vägleda patienter i att göra sina val.

- Regionerna bör stärka sin samordning inom den öppna specialiserade vården i syfte att förbättra tillgängligheten samt för att vårdens kompetens och kapacitet ska användas mer effektivt och jämlikt.

► *Regeringen och regionerna bör stärka förutsättningarna för uppföljning av och kunskapsutveckling om valfrihetssystemens konsekvenser*

Kunskapen om hur möjligheten att välja vårdgivare har påverkat vården i stort är i många avseenden otillräcklig. Regeringen och regioner bör därför verka för mer kunskap om valfrihetssystemens effekter på exempelvis jämlikhet, kostnadseffektivitet och kvalitetsutfall. Det förutsätter en fortsatt utveckling av tillförlitlig och jämförbar data, till exempel genom följande insatser:

- Regeringen och regioner bör stödja utvecklingen av nationellt sammanhållen data som beskriver insatser och kvalitetsutfall i primärvården, som omfattar både privata och offentliga vårdgivare på ett likvärdigt sätt.
- Regioner bör sträva efter en mer enhetlig registrering av data som belyser primärvårdsbesökens innehåll och karaktär.

► *Regionerna bör beakta risken för de målkonflikter som kan uppstå vid valfrihet när de organiserar och styr vården*

Vi anser att det är viktigt att regioner beaktar kunskapen om att geografisk närhet är en viktig faktor när patienter väljer vårdgivare och att etableringsfrihet därmed gör att vårdgivare kan etablera sig utifrån önskad patientmix. Regionerna bör därför sträva efter en jämlik etablering av vårdgivare inom både primärvård och öppen specialiserad vård, exempelvis genom att:

- Vid alltför stor utbudskoncentration bör regionerna använda möjligheterna att styra utbudet mot ökad geografisk jämlikhet. De kan exempelvis komplettera utbudet genom att etablera vårdgivare i egen regi eller genom att teckna avtal med privata vårdgivare enligt LOU, alternativt dela upp regionen i flera geografiska vårdvalssystem.

Ersättningsmodeller behöver också utformas i syfte att motverka risken för ökad ojämlikhet. Det kan finnas stor variation i vårdbehoven hos de patientpopulationer som söker vård hos olika vårdgivare, både utifrån



geografiska områden men också utifrån vårdformer (såsom primärvård genom digitala vårdtjänster eller fysiska besök), vilket bör avspeglas i den ekonomiska ersättning vårdgivarna får.

- Regionerna bör fortsätta att utveckla och utvärdera ersättningsmodeller utifrån principen att de ska reflektera det faktiska vårdbehov som vårdgivare tillgodoser. Arbetet bör också samordnas mellan regioner för att den ekonomiska styrningen ska bli mer enhetlig och transparent.



Innehåll

1	Inledning.....	27
1.1	Vårt regeringsuppdrag att följa upp patientlagens genomslag.....	28
2	Patientlagens efterlevnad ur patienternas perspektiv	35
2.1	Så här studerar vi patientlagens efterlevnad	36
2.2	Kännedom om vårdens skyldigheter.....	38
2.3	Tillgänglighet	43
2.4	Information.....	49
2.5	Samtycke.....	51
2.6	Delaktighet	51
2.7	Fast vårdkontakt och individuell planering	55
2.8	Val av behandlingsalternativ.....	61
2.9	Ny medicinsk bedömning.....	61
2.10	Val av utförare	63
2.11	Personuppgifter	63
2.12	Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet	64
2.13	Erfarenheterna av vården varierar mellan olika grupper	69
2.14	Intervjustudier med patientföreträdare	74
3	Fördjupning om individens möjlighet att välja vårdgivare	87
3.1	Så här studerar vi möjligheten att välja vårdgivare.....	88
3.2	I praktiken finns flera olika valfrihetssystem	89
3.3	Patienters inställning till och erfarenheter av att välja.....	96
3.4	Utomlänsvårdens utveckling.....	104
3.5	Valfrihetens konsekvenser för hälso- och sjukvården.....	113



4	Pågående initiativ och förslag för att stärka patientens ställning	129
4.1	Så har vi kartlagt förslag och identifierat exempel på insatser	129
4.2	Ett antal områden är särskilt framträdande	130
5	Slutsatser och rekommendationer.....	145
5.1	Vi ser få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad.....	146
5.2	Flera möjliga förklaringar till de resultat vi ser	148
5.3	Vi rekommenderar en samlad styrstrategi som stödjer lagens intentioner	156
5.4	Våra rekommendationer för att stärka patientens ställning	157
5.5	Att beakta i styrningen för att stärka patientens ställning	165
6	Referenser	171
7	Metodbilagor	181
7.1	Patientlagsenkät	181
7.2	Intervjustudier med patientföreträdare	189
7.3	Intervjuer och avstämningar.....	190
7.4	Analys av utomlänsvård	192
7.5	Litteraturstudie	193
7.6	Patientlagen	198



Inledning

Patientlagen (2014:821) trädde i kraft den 1 januari 2015 och syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen beskriver de mest grundläggande skyldigheterna som vården har gentemot patienten och innehåller elva kapitel:

- Inledande bestämmelser (1 kap.)
- Tillgänglighet (2 kap.)
- Information (3 kap.)
- Samtycke (4 kap.)
- Delaktighet (5 kap.)
- Fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.)
- Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.)
- Ny medicinsk bedömning (8 kap.)
- Val av utförare (9 kap.)
- Personuppgifter och intyg (10 kap.)
- Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.)

För merparten av bestämmelserna i patientlagen har det sedan tidigare funnits bestämmelser med samma sakinhåll i andra författningar. En bärande tanke var att samla alla bestämmelser som rör patienter på ett ställe för att göra det tydligt för vårdens aktörer, patienterna och de närstående vad som gäller på området. Patientlagens tillkomst innebar därmed aldrig särskilt mycket nytt i form av stärkta skyldigheter gentemot patienten, utom i vissa delar när det till exempel gäller information och val av utförare.



Vi har fått i uppdrag av regeringen att följa upp patientlagens genomslag, vilket också inkluderar en fördjupning av möjligheten att välja utförare (vårdgivare). För att analysera patientlagens efterlevnad och utvecklingen över tid har vi använt en bredd av källor – enkätundersökningar, intervjustudier, registerdata och litteraturstudier. Vi har i vår analys fokuserat på hur patienter upplever att vården lever upp till sina skyldigheter enligt patientlagen, till exempel tillgängligheten och deras delaktighet och inflytande.

1.1 VÅRT REGERINGSUPPDRAG ATT FÖLJA UPP PATIENTLAGENS GENOMSLAG

Vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp patientlagens genomslag (S2020/02828/FS). Vi har inom ramen för tidigare regeringsuppdrag gjort uppföljningar där vi sett brister i hur lagen efterlevs. Vår senaste rapport baserades på en mätning året innan och en mätning efter det att patientlagen trädde i kraft, och huvudslutsatsen var att patientens ställning inte hade stärkts sedan patientlagen infördes (Vård- och omsorgsanalys 2017b). Sveriges befolkning har i stort en god hälsa och tillgång till ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem, men på flera områden kan vi konstatera att Sverige uppvisar svaga resultat i internationella jämförelser, till exempel när det gäller kontinuitet, samordning och tillgänglighet (Vård- och omsorgsanalys 2021e).

Av det nuvarande regeringsuppdraget framgår att vi återigen ska analysera patientlagens efterlevnad. I uppdraget ingår också att analysera patienters inställning till de valmöjligheter som följer av lagen, samt vad möjligheten att välja utförare inneburit för hälso- och sjukvården. Vidare ska vi uppmärksamma eventuella skillnader mellan olika grupper i befolkningen i våra analyser. Det ingår också att vi ska ge exempel på pågående insatser som syftar till att stärka patientens ställning samt ge förslag på vad som kan göras för att ytterligare stärka patientens ställning med utgångspunkt i principen om vård efter behov.

1.1.1 Metod och avgränsningar

Vi har använt en kombination av olika metoder för att brett följa upp patientlagens efterlevnad. I figur 1 sammanfattar vi våra övergripande frågeställningar och de huvudsakliga källor och metoder som vi använt för att besvara dem. På samtliga områden har vi också inkluderat kunskap från

relevant litteratur som vi har identifierat. Fördjupade beskrivningar av de metoder som vi använt finns även i kapitel 2-5 samt i bilaga 7.

När det gäller analysen av de valmöjligheter som följer av lagen har vi valt att avgränsa frågeställningen till val som gäller utförare av offentligt finansierad vård enligt patientlagens nionde kapitel. Begreppet utförare definieras inte specifikt i patientlagen, men vår förståelse av begreppet utgår ifrån att det i angränsande lagstiftning (t.ex. kommunallagen (2010:659)) definierats som en juridisk person eller enskild individ som har i uppdrag att utföra välfärdstjänster. Begreppet utförare ligger därmed nära det något bredare begreppet vårdgivare, som vanligen avser (t.ex. enligt patientsäkerhetslagen) en statlig myndighet, region, kommun eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Vi kommer fortsättningsvis att använda begreppet vårdgivare och utförare likvärdigt, och begreppen syftar huvudsakligen på en offentlig eller privat aktör (enligt ovan) som bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

När vi använder begreppet huvudmän i rapporten syftar vi på regioner och kommuner.

Vi har använt flera enkätundersökningar

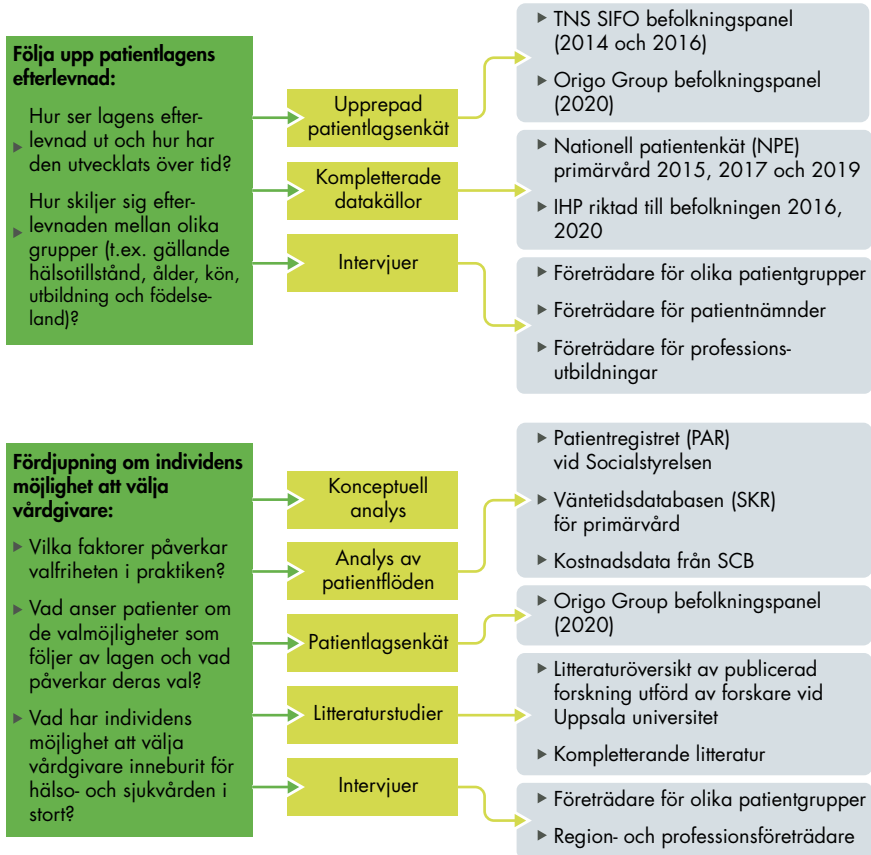
En central del har varit att upprepa stora delar av den enkätundersökning som låg till grund för våra tidigare rapporter vilket möjliggjort analyser av hur utvecklingen sett ut över tid. Vi har också utvecklat enkäten till att innehålla fler frågor om patienters syn på valfrihet.

Den här rapporten belyser efterlevnaden av patientlagen i bred bemärkelse men vi följer inte upp efterlevnaden av patientlagens samtliga kapitel och bestämmelser. Ett skäl till det är att vi varit tvungna att avgränsa vår enkät. Vi har också kompletterat vår egen undersökning med data från andra enkätundersökningar såsom Nationell patientenkät (NPE) och International Health Policy survey (IHP) för att dels undersöka aspekter av patientlagen som vi inte fångar med vår egen enkät, dels validera våra övergripande resultat och slutsatser. Till skillnad från vår patientlagsenkät genomfördes NPE och IHP innan pandemin bröt ut.

Vi har i enkätundersökningen uppmärksammat skillnader i olika gruppers erfarenheter av vården, bland annat utifrån kön, ålder, socioekonomisk status och hälsa. Men vissa grupper är svåra att nå med en webbplats och enkät, och därför har vi även genomfört intervjustudier (se bilaga 7.1 och 7.2).



Figur 1. Våra övergripande frågeställningar, primära datakällor och metoder.



Vi har vänt oss till företrädare för patientorganisationer

Vi har intervjuat representanter för ett urval av olika patientföreningar om deras syn på patientlagens efterlevnad. För en del patientgrupper kan det dessutom finnas specifika utmaningar att ta hänsyn till, och genom intervjustudierna belyser vi vad patientlagens efterlevnad kan innebära i praktiken för dessa grupper.

Vi har intervjuat företrädare för patientnämnder och professionsutbildningar

Vi har också haft kontakt med samtliga patientnämnder i Sverige för att få deras bild av hur klagomålshandlingen fungerar och hur de uppfattar vårdpersonalens kännedom om skyldigheterna som de har enligt patient-

lagen. Vi har också intervjuat forskare och företrädare för professionsutbildningarna för att få en bild av hur kunskap om patientlagen och dess tillämpning förmedlas i utbildningen.

Vi har analyserat data för att beskriva patientflöden

Vi har undersökt patientflöden mellan regioner i både specialiserad vård och primärvård samt utomlänsvårdens kostnader, som ett led i vår fördjupning om valmöjligheter i hälso- och sjukvården. För att undersöka patientflöden inom den specialiserade vården har vi använt data från Patientregistret (PAR) som tillhandahölls av Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tillhandahöll data från väntetidsdatabasen vilket möjliggjorde analyser för primärvården. Data från Statistiska centralbyrån (SCB) användes för att analysera utomlänsvårdens kostnadsutveckling.

Vi har tagit del av kunskap från aktuell forskning och utvärderingar

I vårt uppdrag ingick även att analysera vad individens möjlighet att välja vårdgivare har inneburit för hälso- och sjukvården i stort. Vi gav därför i uppdrag till en grupp forskare på Uppsala universitet att kartlägga befintlig forskning på området. Vi har även tagit del av kompletterande litteratur och intervjuat regions- och professionsföreträdare för att undersöka vilka konsekvenser de ser av patienters möjlighet att välja vårdgivare.

Vi har tagit hjälp av olika aktörer för att identifiera förbättringsförslag

Vi har använt flera källor för att identifiera förbättringsförslag och exempel på insatser som syftar till att stärka patientens ställning, till exempel genom de intervjuer som vi genomfört i projektet. Vårt arbete med att ta fram rekommendationer för att stärka patientens ställning har också utgått från flera kunskapsunderlag och vi har konsulterat olika aktörer i syfte att ta del av deras förbättringsförslag.

1.1.2 För att analysera lagens efterlevnad har vi utgått från patienters erfarenheter

I vår uppföljning har vi valt att fokusera på patientens ställning, med utgångspunkt i patienters egna upplevelser och erfarenheter. Vi har dock avgränsat oss från att upprepa vår tidigare fördjupade analys av patientens rättsliga ställning (Vård- och omsorgsanlys 2017b). När vi i rapporten använder begreppet lagens efterlevnad syftar vi alltså framförallt på i vilken



utsträckning patienter upplever att vården lever upp till sina skyldigheter enligt patientlagen.

I vår tidigare rapport (Vård- och omsorgsanalys 2017b) utgick vi från två perspektiv på patientens ställning – den faktiska och den rättsliga ställningen. Begreppet faktisk ställning syftar på det som patienten anser att hen faktiskt får av vården i form av till exempel delaktighet, inflytande och information och begreppet utgår således från patienters perspektiv. Begreppet rättslig ställning syftar på vad patienten utifrån lagen har rätt att förvänta sig av vården och hur detta kan tillförsäkras hen. Patientens rättsliga ställning påverkar den faktiska ställningen, tillsammans med andra faktorer såsom prioriteringar och styrning av vården. (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

När det gäller patientens rättsliga ställning har vi utgått från den fördjupade analys som vi genomförde i vår senaste uppföljning (Vård- och omsorgsanalys 2017b). I den utvärderade vi bestämmelserna i patientlagen (och de bestämmelser som patientlagen hänvisar till) med utgångspunkt i ett antal kriterier, bland annat vilken typ av styrning bestämmelsen utgör (till exempel direkt innehållsstyrning eller mer indirekt styrning genom övergripande mål), om ansvaret för att fullgöra skyldigheterna är tydligt och vilka möjligheter patienten har att klaga och utkräva ansvar.

Det har, med några få undantag, inte skett några större förändringar av patientlagen sedan vår tidigare analys (se tabell 14, bilaga 7.6). Vår kompletterande genomgång av dessa förändringar visar att resultaten från vår tidigare analys av patientens rättsliga ställning fortsatt är giltiga (se fördjupad diskussion om patientens rättsliga ställning i avsnitt 5.2.3).

Målet med vår uppföljning är att ge regeringen ett underlag som belyser efterlevnaden av patientlagens olika delar och utvecklingen över tid. Samtidigt vill vi poängtera att våra resultat speglar utkomsten av alla initiativ och förändringar som äger rum i och omkring hälso- och sjukvården, utan att vi kan vara säkra på i vilken utsträckning patientlagen i sig har påverkat dem.



Patientlagens efterlevnad ur patienternas perspektiv

I det här kapitlet beskriver vi hur patientlagens efterlevnad ser ut och har utvecklats ur patienternas perspektiv. Detta är våra viktigaste resultat:

- Vi ser få tecken på att efterlevnaden har förbättrats sedan våra tidigare mätningar 2014 och 2016. Pandemin har sannolikt haft en negativ påverkan men vi ser få tecken på förbättringar även i andra undersökningar som genomfördes före pandemin.
- Vissa av patientlagens områden tycks vara särskilt utmanande för vården att leva upp till: samordning, tillgänglighet och delaktighet (personcentrering).
- Patienterna uttrycker stort behov av högre personkontinuitet. Vi ser även att personer med fasta kontakter genomgående har bättre erfarenheter av vården, jämfört med personer som inte har en fast kontakt.
- Vi ser vissa ljusglimtar i utvecklingen även om dessa områden behöver utvecklas vidare. Bland annat uppger en ökad andel personer att de känner till vilka skyldigheter vården enligt lag har gentemot dem, och för personer med relativt större vårdbehov tycks möjligheterna till delaktighet och informationskontinuitet ha förbättrats. En högre andel patienter anger till exempel att de fått en individuell plan till hjälp för att samordna insatser från vård och omsorg.
- Erfarenheterna av vården skiljer sig åt mellan olika grupper. Personer med utländsk bakgrund har till exempel sämre erfarenheter av vården jämfört med personer med svensk bakgrund, och de med dålig självskattad hälsa har sämre erfarenheter än de som skattar sin hälsa som god.



I avsnitt 2.1 beskriver vi de övergripande metoder och källor som ligger till grund för resultaten i detta kapitel.

I avsnitt 2.2 redovisar vi personers kännedom om vårdens skyldigheter enligt lag. I avsnitt 2.3–2.12 redovisar vi efterlevnaden för patientlagens olika områden (kapitel). Resultaten för val av utförare (kap. 9 patientlagen) presenterar vi i kapitel 3 som en del i vår fördjupning av individens möjlighet att välja utförare (vårdgivare). Avsnitt 2.13 sammanfattar hur patienters erfarenheter av patientlagens olika områden skiljer sig åt, utifrån deras demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga bakgrund. Slutligen presenterar vi i avsnitt 2.14 synen på patientlagens efterlevnad utifrån våra intervjuer med patientföreträdare.

2.1 SÅ HÄR STUDERAR VI PATIENTLAGENS EFTERLEVNAD

2.1.1 Enkäter till patienter utgör en grund för våra analyser

Våra analyser och slutsatser utgår från en enkätundersökning som vi genomförde 2020 där vi frågade patienter om deras erfarenheter av vården, utifrån de skyldigheter som vården har gentemot dem enligt patientlagen. Många av frågorna hade svarsalternativ där den svarande kunde ange om ett visst behov inte var aktuellt, exempelvis av information eller delaktighet. För att få en bild av hur patientlagens efterlevnad utvecklats över tid har vi jämfört resultaten med våra undersökningar som genomfördes 2014 och 2016.

Undersökningen 2020 genomfördes som en webbenkät i samarbete med Origo Group och riktades till ett urval av personer i deras befolkningspanel dit paneldeltagare blivit slumpmässigt utvalda till att delta. År 2014 och 2016 hade vi motsvarande tillvägagångssätt i samarbete med TNS SIFO och deras slumpmässigt rekryterade befolkningspanel.

Enkäten 2020 besvarades av cirka 9 500 patienter och i våra tidigare undersökningar besvarades enkäterna av ungefär lika många patienter. För att få en så bra representativitet som möjligt utifrån riket stratifierade vi urvalet på personers boendeort (kommuntyp), ålder och kön. Det har inte varit möjligt att stratifiera för samtliga bakgrundsfaktorer som kan tänkas påverka svarsbenägenheten. Vi ser bland annat, i likhet med tidigare enkätundersökningar, en underrepresentation av personer med utländsk bakgrund och att personer med eftergymnasial utbildning är överrepresenterade.

Samtliga enkätresultat som presenteras i rapporten är viktade på olika sätt. I analyser som endast baserar sig på enkäten från 2020 är de viktade i enlighet med stratifieringen för den enkätundersökningen. I tidsjämförande

analyser har materialet viktats på motsvarande sätt som i våra tidigare undersökningar.

I och med att datainsamlingen skedde i slutet av 2020 har våra resultat sannolikt påverkats av covid-19-pandemin – många av frågorna i enkäten rör patienternas erfarenheter av vården upp till 12 månader bakåt i tiden. Vi har delvis kunnat kontrollera för pandemins påverkan i våra analyser och ser till exempel att erfarenheterna av vården i stort är sämre bland personer som uppgav att deras vård påverkats av pandemin (t.ex. att de avstått från att söka vård eller att deras vård blivit uppskjuten eller digital i stället) (se tabell 1, avsnitt 2.13.1).

Vi har även använt kompletterande datakällor och enkätresultat som tar hänsyn till patienters erfarenheter av vården före pandemin – undersökningar som genomfördes innan pandemin bröt ut: Nationell patientenkät (NPE) och International Health Policy survey (IHP). Dessa källor har även använts för att komplettera med kunskap på områden som relaterar till patientlagen men som vi inte undersökt i vår enkät. För ytterligare metodbeskrivning, se bilaga 7.1.

2.1.2 Vi har även genomfört intervjustudier

Utöver enkäter har vi intervjuat företrädare för olika patientorganisationer om deras syn på patientlagens efterlevnad. Många av dessa omfattar organisationer som företräder personer som är svåra att nå i enkätundersökningar. Utifrån intervjuerna med patientföreträdare beskriver vi i avsnitt 2.14 vad patientlagens efterlevnad kan innebära i praktiken och vad som ses som särskilt viktigt ur deras perspektiv.

2.1.3 Patientnämnderna har bidragit med kunskap

Vi har även haft kontakt med samtliga patientnämnder i Sverige för att få deras bild av hur vårdens klagomålshantering fungerar och hur de uppfattar vårdpersonalens kännedom om sina skyldigheter enligt patientlagen. Totalt 19 av 21 patientnämnder i Sverige svarade skriftligen på våra frågor, och vi resonerade om frågorna tillsammans under ett nationellt nätverksmöte för alla patientnämnder.

2.1.4 Intervjuer om professionsutbildningarnas roll

För att få en uppfattning om hur kunskap om patientlagen och dess intentioner förmedlas via professionsutbildningarna har vi intervjuat fyra program-



ansvariga och en lektor på tre läkarprogram och två sjuksköterskeprogram vid olika lärosäten (se tabell 8, bilaga 7.3). Frågorna rörde exempelvis vilken roll patientlagen har i utbildningsprogrammen och hur ämnes- och metodkunskaper om patientdelaktighet och personcentrerad vård berörs.

Vi har också haft kontakt med forskargruppen GPCC Lärande och utbildning vid Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) (se tabell 10, bilaga 7.3) som driver ett forskningsprojekt om införandet av personcentrerad vård på utbildningsprogrammen för hälso-professioner (Göteborgs universitet 2021). Forskarna har i samtal med oss delgivit sina preliminära forskningsresultat och även gett råd inför våra intervjuer med lärosätena.

2.2 KÄNNEDOM OM VÅRDENS SKYLDIGHETER

Sedan de tidigare mätningarna ser vi en ökning i andelen personer som uppger att de känner till vilka skyldigheter vården enligt lag har gentemot dem. Samtidigt uppger omkring fyra av tio patienter bristande kännedom.

För att få en bild av vårdpersonalens kännedom om sina skyldigheter enligt patientlagen har vi bitt samtliga patientnämnder att göra uppskattningar av det. Patientnämnderna anger att vårdpersonalens kännedom varierar mellan vårdgivare, men att det förekommer brister.

I frågan om vårdpersonalens kunskap visar våra intervjuer med forskare och företrädare för professionsutbildningar att utbildningarna lägger olika stor vikt vid patientlagen och personcentrering och att dessa moment skulle kunna utvecklas.

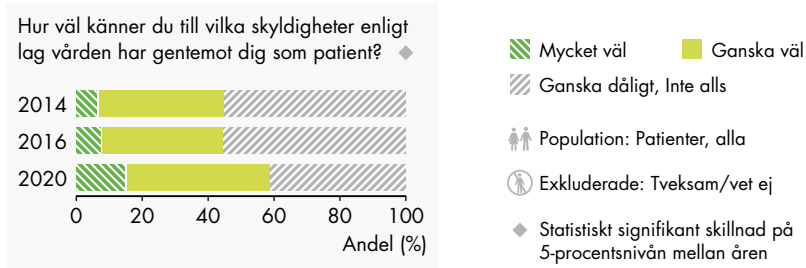
2.2.1 Resultat från vår enkät pekar på ökad kännedom bland patienter och allmänhet

Vår patientlagsenkät visar att en högre andel personer uppger att de känner till vilka skyldigheter vården enligt lag har gentemot dem, jämfört med våra tidigare mätningar. Patienternas kännedom är högre jämfört med allmänhetens, men kännedomen har ökat för båda (se figur 2). "Allmänheten" avser personer som *inte* varit i kontakt med vården under de senaste 12 månaderna vid svarstillfället (se bilaga 7.1).

Av patienterna svarade 59 procent år 2020 att de "mycket" eller "ganska väl" kände till vårdens skyldigheter (44 procent år 2016 och 45 procent år 2014). Av allmänheten svarade 54 procent att de "mycket eller ganska väl"

kände till vårdens skyldigheter (28 procent år 2016 och 31 procent år 2014). Möjligen kan ett ökat fokus på hälso- och sjukvården under pandemin ha bidragit till den ökade kännedomen under 2020. Samtidigt är det inte säkert att personer som uppger att de känner till vårdens skyldigheter faktiskt gör det.

Figur 2. Patienters kännedom om vårdens skyldigheter enligt lag.



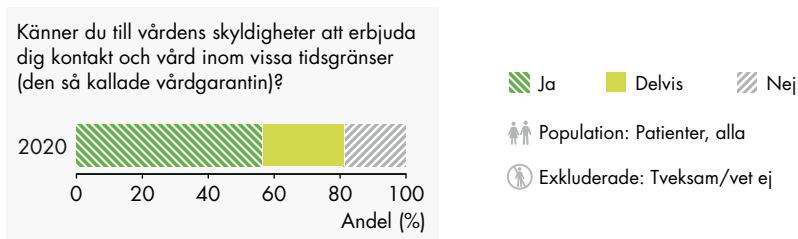
Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016, 2020.

Kännedom om vårdgarantin högre än generell kännedom om vårdens skyldigheter

I den senaste enkätundersökningen 2020 ställde vi även en fråga som handlar om kännedomen om vårdgarantin. Resultaten pekar på att fler patienter känner till vårdgarantin jämfört med patienters mer generella kännedom om vårdens skyldigheter enligt lag.

Åtta av tio patienter svarar att de helt eller delvis känner till vårdens skyldigheter att erbjuda vård inom vissa tidsgränser (se figur 3).

Figur 3. Patienters kännedom om vårdgarantin 2020.



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

2.2.2 Enligt patientnämnderna varierar vårdpersonalens kännedom och brister kan förekomma

Patientnämnderna i Sverige har fått ange hur de uppfattar vårdpersonalens kännedom om sina skyldigheter enligt patientlagen och svaren visar att det finns brister (se figur 4).

I sina kommentarer lyfter patientnämnderna att vårdpersonalens kännedom varierar – både mellan olika områden eller bestämmelser i patientlagen men även mellan vårdpersonal i olika verksamheter. Enligt flera patientnämnder känner alla i vårdpersonalen inte till sin skyldighet att informera patienter i samband med vårdskador, till exempel om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) via patientförsäkringen hos LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF). De nämner också bristande kunskap om vilka skyldigheter vårdpersonalen har att hantera klagomål.

Figur 4. Patientnämndernas syn på vårdpersonalens kännedom om skyldigheter enligt patientlagen.

Grovt uppskattat – hur uppfattar ni vårdpersonalens kännedom om de skyldigheter de har gentemot patienter enligt patientlagen?



Exempel på kommentarer från patientnämnderna:

”Kunskap saknas om att information ska lämnas skriftligt om det behövs utifrån patientens individuella förutsättningar.”

”Personalen har ganska dålig kunskap om patienternas rättigheter. Därför försöker vi på PN vara ute och informera om vår verksamhet, patientlagen, LÖF m.m. så mycket vi kan.”

”Vi pratar med många patienter och närstående som blivit hänvisade av vårdgivaren till patientnämnden för att få information som vårdgivaren själva ska kunna informera om. Det kan t.ex. handla om information gällande vårdgarantin eller LÖF.”

”Generellt uppfattar vi att man som vårdpersonal är ganska dåligt insatt i vad patientlagen innebär.”

”Vi får in många synpunkter på att vårdcentraler har krävt att patienten ska lista om sig för att få vård.”

Källa: Svar från 19 av 21 patientnämnder.

Not. Två lämnade kommentar men avstod att uppskatta. Tre valde två svarsalternativ. Frågan löd: Grovt uppskattat – hur uppfattar ni vårdpersonalens kännedom om de skyldigheter de har gentemot patienter enligt patientlagen? Utifrån era erfarenheter och kontakter med patienter/närstående/vårdgivare/vårdpersonal.

2.2.3 Professionsutbildningarna skulle kunna fokusera mer på patientlagen och personcentrering

I våra intervjuer med företrädare för läkar- och sjuksköterskeprogrammet framkommer att man löpande har utbildningsmoment som berör medicinsk juridik, men att det varierar hur detaljerat just patientlagen berörs.

Ämnet personcentrerad vård förekommer på båda programmen, men utifrån intervjuerna tycks det vara mer integrerat i sjuksköterskeprogrammet på så vis att de erbjuder mer av både vetenskapliga, etiska och metodorienterade inslag. Företrädare för båda programmen bekräftar bilden av att professionsutbildningarna har en viktig roll i att till att stärka patientlagens efterlevnad och patientens ställning i vården. Våra resultat ska dock tolkas med försiktighet på grund av det begränsade urvalet av företrädare vi har haft möjlighet att intervjua.

Moment om medicinsk juridik förekommer under utbildningen men hur patientlagens berörs varierar

Enligt företrädare för läkarprogrammen förekommer moment som berör medicinsk juridik under flera terminer, och man berör många av de lagar som styr hälso- och sjukvården. I vilken utsträckning utbildningarna berör patientlagen mer specifikt varierar mellan lärosätena, men kunskap om patientens rättigheter beskrivs som en förutsättning för att bli godkänd på programmet.

Också på sjuksköterskeprogrammet förekommer inslag om sjukvårdens juridik, i synnerhet det som kan kopplas till sjuksköterskans roll. Även här finns en variation i hur specifikt undervisningen berör just patientlagen.

På både läkar- och sjuksköterskeprogrammet beskrivs att undervisningen har fokus på den praktiska tillämpningen av lagen, exempelvis genom att studenterna tränas i att tillämpa lagen i konkreta patientfall. Företrädare för samtliga lärosäten beskriver vidare att kunskaperna (och kunskapsmålen) på området fördjupas i takt med att studenten tar sig genom utbildningen.

Personcentrering är en viktig del av läkarprogrammet men har en mer framträdande roll i utbildningen för sjuksköterskor

När det gäller ämnes- och metodkunskaper om personcentrering beskriver företrädare från läkarprogrammet att det ingår i flera utbildningsmoment. En av intervjupersonerna uttrycker dock att det finns ett visst utvecklingsbehov: Fokus tycks ligga mer på metoder för att uppnå personcentrerad vård och mindre på den vetenskapliga forskning som finns på området,



vilket skulle kunna stärka ämnet ytterligare. Metoder för samtals- och konsultationsmetodik tycks vara det tydligaste inslaget på läkarprogrammet, men även metoder för delat beslutsfattande och stöd till egenvård nämns som exempel.

Personcentrering beskrivs som en mycket framträdande del av sjuksköterskeprogrammet, både som ett etiskt förhållningssätt och som en metod som går att tillämpa i patientmötet. Studenterna får kunskap om teorier och forskning inom personcentreringsområdet och får lära sig konkreta metoder för att arbeta personcentrerat. Samtalsmetodik tycks ha en framträdande roll, men även metoder för delat beslutsfattande. Företrädare för ett av programmen beskriver att samskapande har fått en mer central roll i momenten om personcentrering, där studenterna tränas i att, tillsammans med patienter, identifiera patientens egna resurser för att hen ska bli mer aktiv i sin egen vård.

Professionsutbildningarna är viktiga för att stärka patientens ställning och anpassa vården till pågående förändringar

Omställningen till en alltmer digital vårdmiljö nämns också av företrädare för både läkar- och sjuksköterskeprogrammet. Flera lärosäten utvecklar nu undervisningsmoment där studenterna tränas i att göra bedömningar och göra patienten delaktig även i en virtuell vårdmiljö.

Intervjupersonerna betonar också genomgående att professionsutbildningarna har en väldigt viktig roll i arbetet med att stärka patientlagens efterlevnad och patientens ställning i hälso- och sjukvården.

” Grundutbildningen är avgörande för att lägga grunden. Det förhållningssätt som vi lär ut är det förhållningssätt som kommer att tillämpas ute i den praktiska verkligheten /.../ Vårt starkaste påverkansinstrument är att våra studenter blir goda exempel.”

En företrädare lyfter också att patientlagen är relativt ny, och att även om grundutbildningarna uppdateras så når man inte de stora grupper av medarbetare som examinerades innan lagen trädde i kraft. Därför betonas vikten av kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling även för de som är ute i arbetslivet.

2.2.4 Perspektiv från pågående forskningsprojekt om hur personcentrerad adresseras i professionsutbildningarna

Forskargruppen GPCC Lärande och utbildning har granskat de fyra största professionsutbildningarna inom hälso- och sjukvård (arbetsterapeut-, fysioterapeut-, läkar- och sjuksköterskeprogrammen) när det gäller innehåll som rör personcentrerad vård i de styrande dokumenten, så som nationella utbildningsplaner, lokala utbildningsplaner och kursplaner. Resultaten visar att de fyra nationella utbildningsprogrammen innehåller fragment av personcentrerad vård, men det fanns ingen systematisk fördelning av utbildningsmoment om personcentrerad vård mellan programmen och inom dem. Totalt identifierades 21 olika termer som är kopplade till personcentrerad vård, och begreppet personcentrerad vård var tydligast förekommande i sjuksköterskeprogrammet och mindre tydligt i läkarprogrammet.

För att fördjupa förståelsen och kunskapen om innehållet i de styrande dokumenten har forskargruppen också intervjuat ett 20-tal programansvariga vid de fyra utbildningsprogrammen och analysarbete pågår. Utifrån sina studier konstaterar forskarna att det inte finns något nationellt lärandemål som reglerar innehållet av personcentrerad vård. De konstaterar vidare att det bör finnas ett nationellt lärandemål som ställer krav på de nationella programmen, om det är önskvärt att med full kraft ställa om svensk hälso- och sjukvård till personcentrerad vård.

2.3 TILLGÄNGLIGHET

I patientlagens andra kapitel anges att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig (2 kap. 1 §). Patienten snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt (2 kap. 2 §). Patienten ska också få vård inom vårdgarantins gränser (2 kap. 3 §).

När vi undersöker patienters syn på olika aspekter av vårdens tillgänglighet ser vi vissa områden som tycks särskilt svaga – till exempel brister tillgången till vård på kvällar och helger, och väntetiderna till den specialiserade vården är långa.

Resultaten visar på en generell försämring av måluppfyllelsen enligt den nationella vårdgarantin och de tidsgränser som anges där. Lägst måluppfyllelse ser vi i fråga om att ha blivit erbjuden beslutad behandling i den specialiserade vården inom 90 dagar. Fler upplever också att det har varit svårt att ta sig till vårdinrättningar, vilket sannolikt är en effekt av pandemin.



Samtidigt ser vi inga större förändringar i befolkningens syn på att de har tillgång till den vård som de behöver.

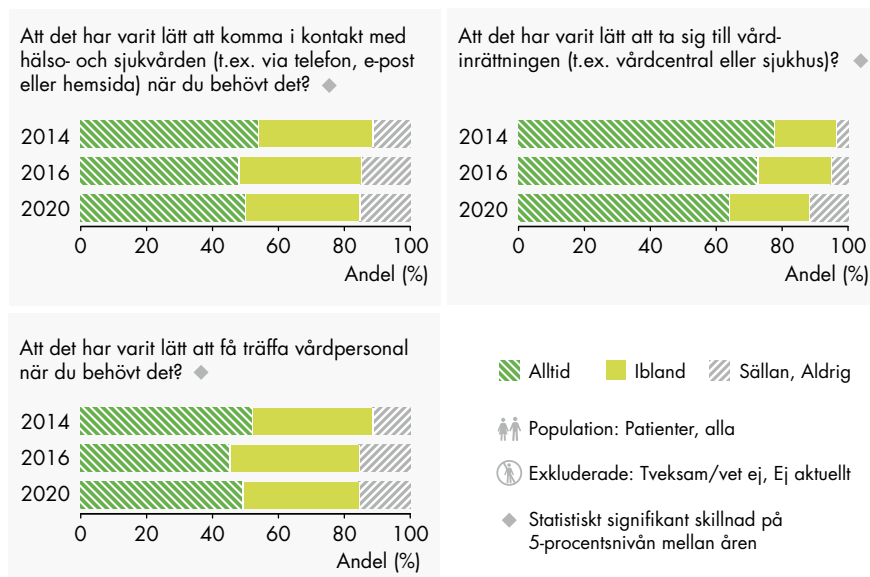
2.3.1 Inga större skillnader i möjligheten att få kontakt eller träffa vårdpersonal

Vår patientlagsenkät visar inga skillnader mellan 2016 och 2020 när det gäller upplevelsen av att det varit lätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, eller att få träffa vårdpersonal vid behov (cirka 85 procent svarade positivt "alltid eller ibland"). Men jämfört med 2014 pekar resultaten på en viss försämring.

År 2020 var det dock en mindre andel som tyckte att det var lätt att ta sig till vårdinrättningen, jämfört med 2016; 2020 svarade 88 procent alltid eller ibland, vilket innebär en minskning på cirka 7 procentenheter, se figur 5. Sannolikt har pandemin gjort det svårare att ta sig till vården, till exempel på grund av risk för smitta och sämre möjligheter att åka kommunalt.

Figur 5. Patienters erfarenhet av tillgänglighet.

I vilken utsträckning har du under de senaste 12 månaderna upplevt:



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020.

Resultaten från vår patientlagsenkät kan jämföras med svar på liknande frågor från NPE riktad till patienter i primärvården. För 2015, 2017 och 2019 ser vi marginella skillnader mellan åren. Omkring 75 procent av patienterna

var nöjda med sätten att kontakta hälso- eller vårdcentralen, och omkring 90 procent ansåg att det var enkelt att ta sig till verksamheten (se bilaga 7.1.4).

2.3.2 Minskad andel som fått vård inom vårdgarantins gränser

I vår patientlagsenkät har vi undersökt patienters erfarenheter av om vården ges inom vårdgarantins gränser. Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården och på att få den vård som man behöver.

Vårdgarantin

Den nationella vårdgarantin är lagstadgad sedan 2010. 1 januari 2019 ersattes besöksgarantin inom primärvården av en bedömningsgaranti.

Tidsgränser nationella vårdgarantin*:

Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde får:

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. (Gäller fram till 2019:) besök till läkare inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare (besöksgarantin)
- 2: (Gäller från 2019:) en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),
3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och
4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

*Regioner kan ha kortare tidsgränser än vad som gäller enligt den nationella vårdgarantin.

Källa: Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 6 kap. 1 §.

Resultaten från vår patientlagsenkät visar en generell försämring av måluppfyllelsen av vårdgarantin för samtliga mätpunkter (se figur 6). Sämst efterlevnad ser vi i frågan om att ha blivit erbjuden behandling (t.ex. operation) inom 90 dagar – 63 procent av patienterna anger ”ibland eller alltid”.

Andelen patienter som blivit erbjudna att besöka läkare i primärvården inom högst sju dagar var i princip på samma nivå 2020 som 2016 – omkring



tre av fyra patienter svarade ”ibland eller alltid”. Sedan 2019 har denna besöksgaranti ersatts av en bedömningsgaranti i primärvården.

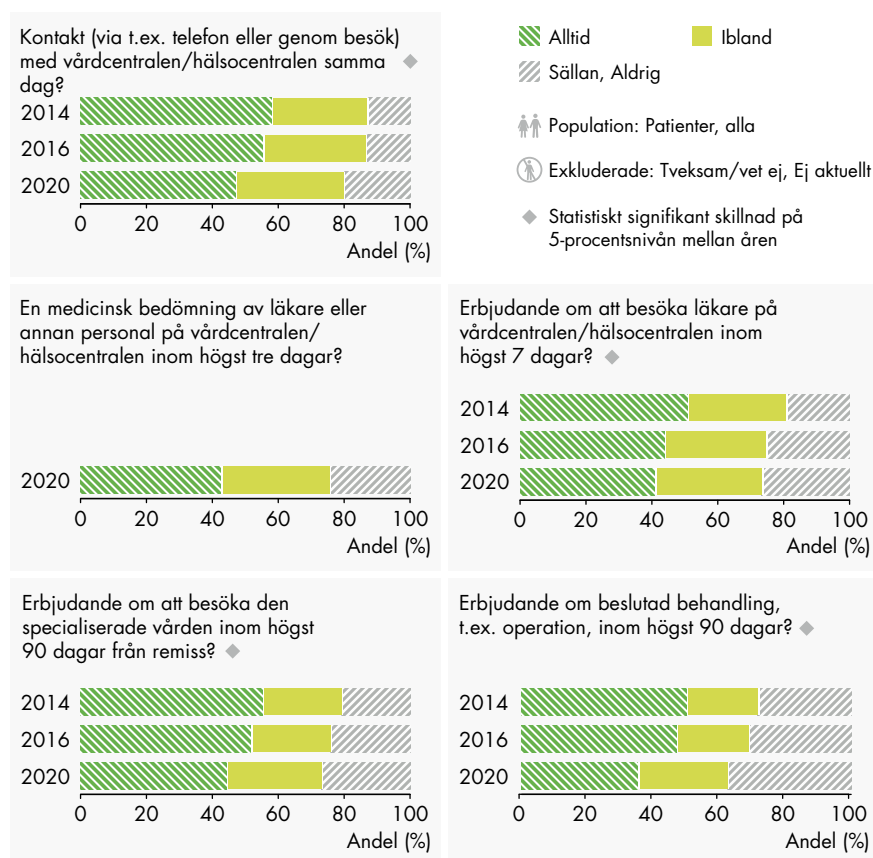
Det var också cirka tre av fyra som svarade att de ”ibland eller alltid” fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. Den frågan ställdes enbart i mätningen 2020 med anledning av att den nationella vårdgarantin justerats.

Dessa frågor kan relateras till resultat från NPE riktad till patienter i primärvården. Där ställs frågan ”Fick du besöka verksamheten inom rimlig tid?”.

År 2019 svarade 77 procent av patienterna positivt (se bilaga 7.1.4).

Figur 6. Patienters erfarenhet av att få vård inom den nationella vårdgarantin.

Tänk på all vård du fått de senaste 12 månaderna. I vilken mån fick du då:



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016, 2020.

I vår patientlagsenkät ställde vi även frågan om patienter blivit erbjudna vård i en annan region på grund av att deras hemregion inte kunnat uppfylla garantierna om vård inom en viss tid (d.v.s. vårdgarantin). År 2020 svarade 14 procent att de hade blivit erbjudna det och 8 procent att de hade tackat ja. Frågan och svarsalternativen justerades något mellan mätningarna så det är svårt att göra exakta jämförelser men det tycks vara en ökad andel patienter som anger att de har fått det erbjudandet jämfört med mätningarna 2014 och 2016.

Mätningar av vårdgarantin visar att måluppfyllelsen inom specialiserad vård har försämrats

I detta avsnitt redovisar vi övergripande uppgifter om måluppfyllelsen för den nationella vårdgarantin baserat på uppgifter från väntetidsdatabasen vid SKR. Det är den enda nationellt tillgängliga källa som finns på området.

Uppgifterna ska dock tolkas med försiktighet eftersom databasen har brister i både täckningsgrad (hur stor andel av den avsedda populationen som finns i registret) och generell tillförlitlighet. Dessutom saknas analyser av täckningsgrad och eventuellt bortfall (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Uppgifterna kan ses som ett komplement till svaren i vår patientlagsenkät.

Mätningarna visar att den bristande måluppfyllelsen inte är ett nytt fenomen. När det gäller telefontillgängligheten till primärvården har måluppfyllelsen legat stabilt på omkring 90 procent för de mätningar som genomfördes 2009–2020. För den medicinska bedömningen inom tre dagar har måluppfyllelsen också legat relativt stabilt runt 80 procent per månad från januari 2019 då mätningarna startade och fram till och med december 2020. Mätningarna inom specialistvården visar (i likhet med resultaten från vår patientlagsenkät) att måluppfyllelsen är lägst när det gäller att få en operation eller åtgärd inom 90 dagar (SKR 2021e).

För den specialiserade vården framkommer även en tydlig säsongsvariation där måluppfyllelsen minskar påtagligt under sommarmånaderna, när det gäller både första besök och operation eller åtgärd. Ändå är inte patienternas behov av vård säsongsberoende. Det är också tydligt att covid-19-pandemin inneburit en kraftigt försämrad måluppfyllelse av vårdgarantin inom den specialiserade vården 2020 jämfört med tidigare år (IVO 2021b).

2.3.3 Relativt oförändrad upplevelse av tillgång till vården

En mer allmän aspekt av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet är om befolkningen upplever att de har tillgång till den vård som de behöver.

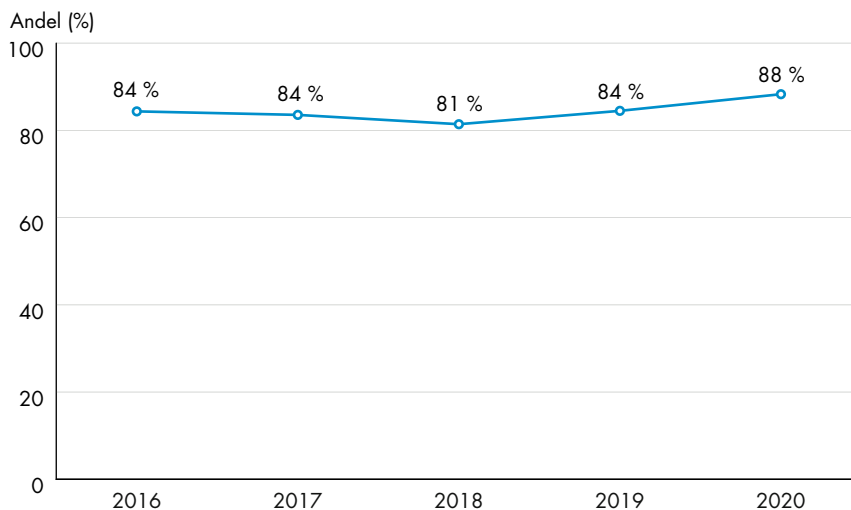


Resultat från befolkningsundersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern visar att en majoritet upplever att de i allmänhet har tillgång till den vård som de behöver, och nivån har varit relativt stabil sedan 2016 (se figur 7).

Under 2020 ökade dock andelen något, från 84 procent år 2019 till 88 procent år 2020. Resultatet kan tyckas oväntat eftersom vården på olika sätt har begränsats under pandemin, med bland annat inställda planerade operationer (Vård- och omsorgsanalys 2021b, SKR 2020a). Men troligtvis speglar det att pandemin också har påverkat befolkningens förväntningar, och att bedömningen av ”vård jag behöver” har anpassats till den rådande situationen.

Resultaten från Hälso- och sjukvårdsbarometern ligger relativt nära liknande uppgifter från SCB:s årliga telefonintervjuundersökningar av befolkningens levnadsförhållanden. I dem uppger ungefär en av tio att de har behövt men inte fått vård – ett resultat som låg på samma nivå 2017–2019 (Vård- och omsorgsanalys 2021d).

Figur 7. Andel som instämmer i påståendet att de har tillgång till den vård som de behöver.



Not: Andel som helt eller delvis instämmer i påståendet ”Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver”. Svarsalternativen var: instämmer helt, instämmer delvis, varken eller, tar delvis avstånd, tar helt avstånd. De som svarade vet inte är exkluderade från beräkningen.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, hämtat från Vården i siffror, SKR.

2.3.4 Låg tillgänglighet i en internationell jämförelse

Sett ur ett internationellt perspektiv är tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård relativt låg, främst när det gäller väntetider.

Jämfört med andra OECD-länder rapporterar den svenska befolkningen längst väntetid till vård som inte ges på akutmottagningar på sjukhus.

Sverige är också det land där lägst andel uppger att det är lätt att få vård på kvällar och helger. Enbart en av fyra svenskar svarar att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger, på annat sätt än på akutsjukhus. Jämfört med 2016 har andelen som uppger det minskat med tre procentenheter.

Däremot pekar andra resultat på att tillgången till vård är god. Det är fortfarande få svenskar som har avstått från vård på grund av kostnader – jämfört med de andra länderna i undersökningen ligger Sverige ungefär i mitten när det gäller att avstå vård på grund av kostnader. Till exempel svarar cirka 5 procent i Sverige att de avstått från att besöka läkare, avstått från behandling eller avstått från att hämta ut medicin på grund av kostnader. Sedan IHP-undersökningen 2016 har andelen dock ökat med en till två procentenheter för dessa frågor (Vård- och omsorgsanalys 2021e).

2.4 INFORMATION

Patientlagens tredje kapitel anger vilken information vårdgivaren är skyldig att lämna till patienterna (3 kap. 1 och 2 §§). Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Informationen ska såvitt möjligt ges till närstående i de fall informationen inte kan lämnas till patienten själv (3 kap. 4 §). Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras (3 kap. 6 §). Den som ger informationen har en skyldighet att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen, och informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det (3 kap. 7 §).

För frågorna i vår patientlagsenkät som fokuserar på dessa skyldigheter ser vi relativt små skillnader i resultat 2020 jämfört med 2014 och 2016. Vi ser vissa förbättringar i att få skriftlig information och att närstående informeras, samtidigt som andelen positiva svar i dessa frågor ligger kvar på relativt låga nivåer.

2.4.1 Erfarenheten av att få information är i stort oförändrad

Frågorna i vår patientlagsenkät som rör information gäller om patienter upplever att de har fått tillräckligt med information eller information vid rätt tillfälle, om informationen har varit lätt att förstå eller om de som gett informationen har varit noga med att man ska förstå informationen. Ytterligare två frågor handlar om att vid behov få tillgång till skriftlig



information och om närstående fått informationen ifall patienten själv inte kunnat ta emot den.

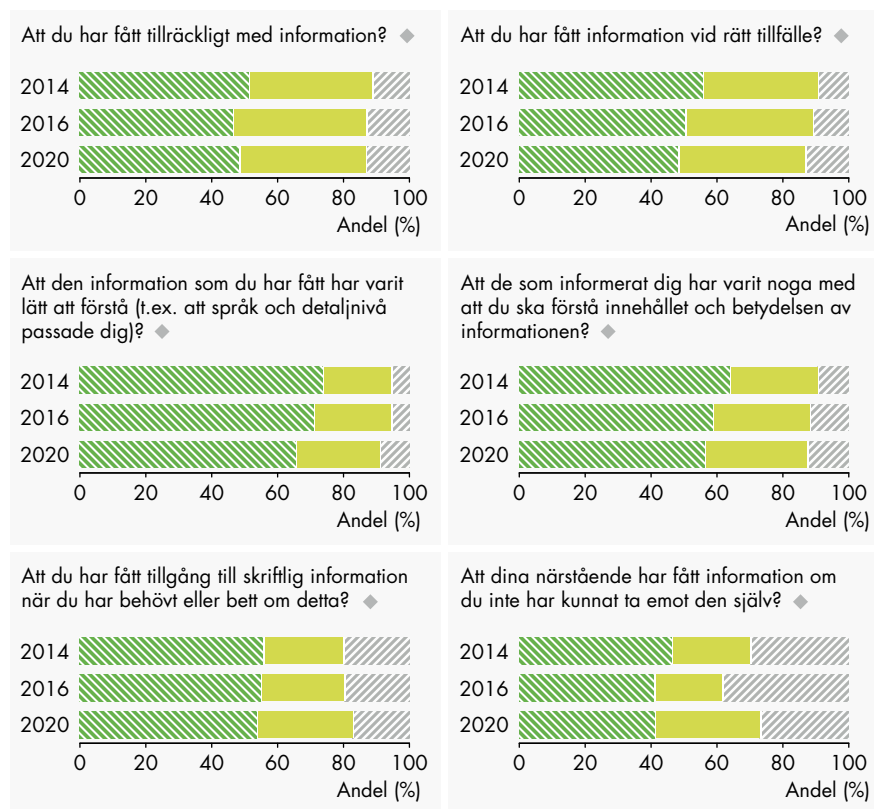
År 2020 svarade omkring 85–90 procent positivt på dessa frågor, med undantag för frågan om information till närstående där andelen var lägre (73 procent), se figur 8.

Vi ser relativt små skillnader jämfört med resultaten 2014 och 2016, i andelen positiva svarsalternativ. En något högre andel anger att de fått skriftlig information och en högre andel svarar att närstående fått information. En något lägre andel anser att informationen varit lätt att förstå.

I NPE riktad till patienter i primärvården ställs frågan ”Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?”. År 2019 gav 83 procent av patienterna ett positivt svar på den frågan, i linje med resultat på frågor som rör information i vår undersökning (se bilaga 7.1.4).

Figur 8. Patienters erfarenhet av information.

I din kontakt med vården under de senaste 12 månaderna, hur ofta anser du:



■ Alltid ■ Ibland ■ Sällan, Aldrig

👤 Population: Patienter, alla

🚫 Exkluderade: Tveksam/vet ej, Jag hade inget behov av sådan information

◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentnivån mellan åren

2.5 SAMTYCKE

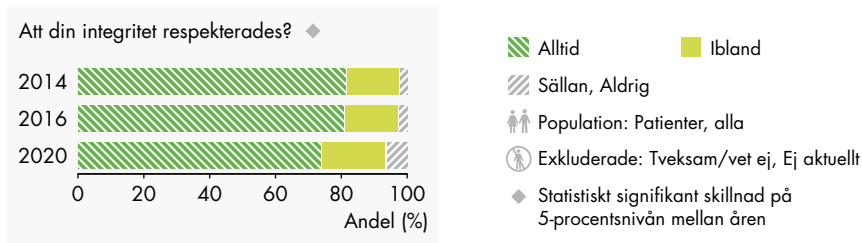
Patientlagens fjärde kapitel anger bland annat att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras (4 kap. 1 §) och att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte patientlagen eller någon annan lag säger något annat. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt bestämmelserna i 3 kap. (4 kap. 2 §).

I patientlagsenkäten 2020 ställde vi frågan om patienter upplever att deras integritet har respekterats, vilken speglar den första bestämmelsen i patientlagens fjärde kapitel.

Resultaten visar att cirka tre av fyra patienter anser att deras integritet alltid respekterats, vilket är en försämring jämfört med tidigare mätningar 2014 och 2016 (se figur 9).

Figur 9. Patienters erfarenheter av integritet.

I dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du:



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016, 2020.

2.6 DELAKTIGHET

Patientlagens femte kapitel anger att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 §). Vidare ska en patients medverkan utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar, genom att hen själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder (5 kap. 2 §). Patientens närstående ska också kunna medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om det inte finns bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta (5 kap. 3 §).

Vi kan inte se några genomgående positiva eller negativa förändringar när det gäller delaktighet. Däremot uppger en lägre andel patienter att deras delaktighet i vården efterfrågas och välkomnas – enbart något över hälften instämmer i det påståendet.

Resultaten tyder på att patienter har sämre erfarenheter i frågor om delaktighet som rör personcentrering – såsom att vården är anpassad till

patientens behov och önskemål eller att man får stöd till egenvård – jämfört med delaktighet i vårdmötet, såsom att få information och att vara delaktig i besluten om sin vård.

2.6.1 Delaktigheten i vården är relativt oförändrad över tid

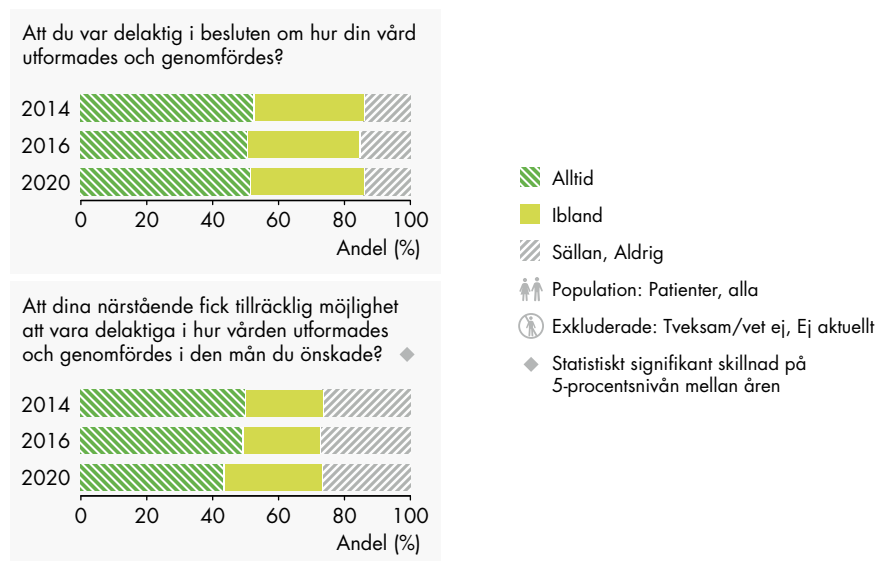
Resultaten från vår patientlagsenkät visar att andelen som upplever att de har varit delaktiga i besluten om hur deras vård utformats och genomförts var ungefär densamma 2020 som 2014 och 2016: omkring 86 procent. Det gäller även delaktighet för närstående; omkring 73 procent uppger att närstående alltid eller ibland får möjlighet att vara delaktiga.

Däremot ser vi en fortsatt försämring i patienters erfarenheter av att deras delaktighet i vården efterfrågas och välkomnas. Bara drygt hälften instämmer i det påståendet. Se figur 10.

Ett gott bemötande främjar delaktighet, och de flesta patienterna instämmer fortsatt i att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Samtidigt ser vi en viss försämring även i den frågan: 93 procent höll med om det påståendet 2020 jämfört med 96 procent i tidigare mätningar.

Figur 10. Patienters erfarenhet av delaktighet i vården.

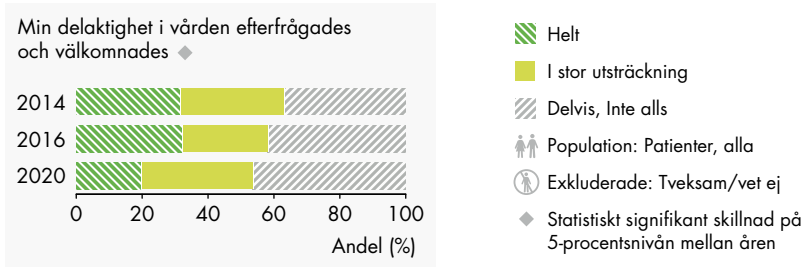
I dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du:



(forts.)

Figur 10. (forts.)

I dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, i vilken mån instämmer du i följande påståenden:



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016, 2020.

I NPE riktad till patienter i primärvården ställs frågan ”Gjorde behandlaren dig delaktig i besluten om din vård/ behandling?”. För undersökningarna 2015, 2017 och 2019 ser vi marginella skillnader mellan åren – omkring 80 procent av patienterna gav ett positivt svar. År 2019 var det 77 procent av patienterna som svarade positivt på frågan om de är så delaktiga i besluten om sin vård eller behandling som de vill vara (se bilaga 7.1.4).

2.6.2 Sämre erfarenheter i frågor om delaktighet som handlar om personcentrering

I patientlagsenkäten 2020 ställde vi även frågor om i vilken mån människor känner sig trygga med att få den hjälp som de behöver och om vården är anpassad till deras behov och önskemål, samt om stöd till egenvård. Andelen positiva svar är lägre jämfört med andra frågor om delaktighet – såsom att vara delaktig i besluten om hur vården utformas och genomförs.

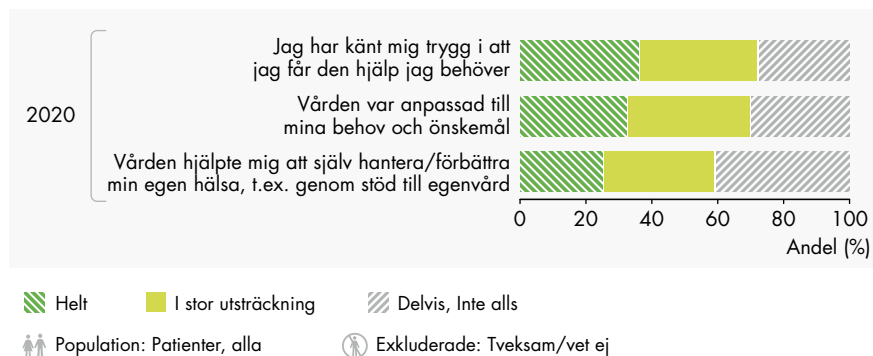
Omkring sju av tio personer (72 procent) instämde helt eller i stor utsträckning i att de känt sig trygga i att få den hjälp som de behöver. Relativt få (6 procent) instämde inte alls i det påståendet. I påståendet ”vården var anpassad till mina behov och önskemål” var det 69 procent som instämde helt eller i stor utsträckning. Svaren pekar också på att vården ännu i låg grad ger stöd till egenvård – enbart 59 procent instämde helt eller i stor utsträckning i det (se figur 11).

Dessa resultat kan jämföras med resultat från NPE riktad till patienter i primärvården. Där svarade cirka 70 procent av patienterna ja på frågan ”Diskuterade du och behandlaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?”, år 2015, 2017 och 2019. En annan fråga löd ”Tog behandlaren hänsyn

till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?”, och på den svarade 80 procent positivt 2015 jämfört med 76 procent 2017 och 2019 (se bilaga 7.1.4).

Figur 11. Patienters syn på trygghet, personcentrering och egenvård 2020.

I dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, i vilken mån instämmer du i följande påståenden:



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

2.6.3 Delaktigheten relativt låg i en internationell jämförelse men vi ser också ljusglimtar

I 2020 års internationella IHP-undersökning till befolkningen svarade åtta av tio svenskar (79 procent) att deras ordinarie läkare eller vårdpersonal alltid eller oftast involverar dem så mycket som de önskar i beslut om sin vård och behandling. Det är ett lågt resultat jämfört med de andra OECD-länderna som ingår i undersökningen, där andelen är 74–93 procent (Sverige hamnar näst sist).

Delaktigheten ser däremot bättre ut för personer som har varit inlagda på sjukhus. Totalt 92 procent av svenskarna svarade att de var så delaktiga som de önskade i besluten om deras vård och behandling den senaste gången de var inlagda på sjukhus, vilket är en ökning med sju procentenheter sedan 2016.

I IHP-undersökningen finns också frågor till personer som har åtminstone en kronisk sjukdom som de får behandling för, och även här ser vi en förbättring i delaktighet. I 2020 års undersökning svarade 57 procent att vårdpersonalen som de träffat för sin kroniska sjukdom någon gång under det senaste året har tagit upp huvudsakliga mål eller prioriteringar för behandlingen. Andelen har ökat med 19 procentenheter sedan 2016 och ligger nu i nivå med andra OECD-länder.

Resultatet är sämre för frågor om stöd till egenvård, precis som i resultaten från vår patientlagensenkät. I 2020 års undersökning svarade endast 20 procent av patienterna att de fått en skriftlig plan för att själva ta hand om sin ohälsa. Andelen har minskat med tre procentenheter sedan 2016 och Sverige har ett lägre resultat än genomsnittet för länderna som ingår i undersökningen (Vård- och omsorgsanalys 2021e).

2.7 FAST VÅRDKONTAKT OCH INDIVIDUELL PLANERING

Patientlagens sjätte kapitel anger att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses, samt att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 §). Det står även att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 §), samt att patienter ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (6 kap. 3 §). Vidare lyfts att om en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I HSL framkommer att denna plan ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det.

I korthet ser vi att det fortfarande är många som saknar en fast kontakt i vården. Vi ser generellt heller ingen förbättring i samordningen av patienternas kontakter med vården, vilket troligen delvis beror på avsaknaden av fasta kontakter.

Informationskontinuiteten mellan till exempel specialist- och primärvården brister fortfarande. Samtidigt ser vi tecken på bättre informationsflöden mellan verksamheterna. Tydligast förbättring ser vi i samband med utskrivning från sjukhus, för fler patienter uppger att personalen på deras ordinarie vårdcentral verkade vara informerade om vården som de fått på sjukhus.

Ytterligare en ljusglimt är att en betydligt högre andel personer med behov av samordning av sin vård och omsorg har fått en individuell plan som stöd för det. Den absoluta majoriteten uppger också att planen har varit till hjälp för dem.

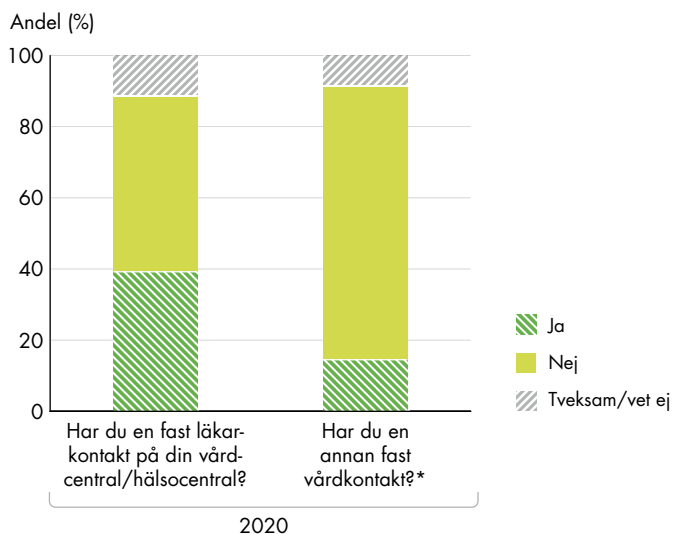
2.7.1 Många saknar en fast kontakt

I vår patientlagenkät 2020 svarade 39 procent av patienterna att de har en fast läkarkontakt på sin vård- eller hälsocentral och 9 procent att de har en annan fast vårdkontakt där, se figur 12.



Totalt 14 procent uppgav att de har en annan fast vårdkontakt någonstans i vården (vid sin vård- eller hälsocentral eller någon annanstans i vården). Sammantaget uppgav närmare hälften av patienterna att de har en fast läkar- eller annan fast vårdkontakt någonstans i vården, varav en del har flera fasta kontakter.

Figur 12. Andel patienter med fast kontakt.



Not: n = 9 508. * Frågan i sin helhet löd: Har du en annan fast vårdkontakt (d.v.s. en utpekad person som ska hjälpa dig i kontakterna med vården och hjälpa till med att samordna vårdens insatser)? Av de 14 procent som har en annan fast vårdkontakt svarade ungefär 60 procent att den kontakten finns vid vårdcentralen. Av patienterna i stort har alltså cirka 9 procent en annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral. Observera att frågorna redovisas separat men att de delvis överlappar. Omkring 10 procent av patienterna har både en fast läkarkontakt vid sin vårdcentral och en annan fast vårdkontakt.

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

Frågorna om fasta kontakter har ändrats, så det är svårt att göra direkta jämförelser med våra tidigare mätningar. Men andelen positiva svar i våra patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020 tycks generellt vara högre än i andra undersökningar som vi har genomfört (se t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2020b och 2021a).

Vi har tidigare sammanställt utvecklingen i andelen personer med fast läkarkontakt, med utgångspunkt i jämförbara undersökningar (där samma undersökning och fråga har upprepats minst två gånger), utan att se några tecken på förbättringar över tid (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

I NPE 2019 gav till exempel 45,9 procent av patienterna ett positivt svar på frågan om de får träffa samma läkare vid sina besök på hälso- eller

vårdcentralen. Resultatet har viktats för ålder och kön. Det var liknande resultat 2017 (45,2 procent). Men 2015 var andelen 48 procent, vilket tyder på en viss minskning (Vård- och omsorgsanlys 2021a). I vår patientlagsenkätundersökning 2020 svarade 43 procent positivt på en motsvarande fråga, vilket är relativt likt resultaten från NPE.

NPE riktas även till vårdnadshavare för personer 0–14 år. Här ligger andelen positiva svar på en lägre nivå än för patienter 15 år och äldre som själva svarar på enkäten. År 2019 svarade omkring 35 procent av vårdnadshavarna positivt på frågan ”Får barnet träffa samma läkare vid sina besök på hälso-/vårdcentralen?” (se bilaga 7.1.4). Den lägre kontinuiteten till läkare vid vårdcentraler för barn förklaras troligen delvis av att barn med kroniska sjukdomar snarare har en fast kontakt på sin barnklinik på sjukhus än på sin vårdcentral.

I den internationella IHP-undersökningen riktad till befolkningen 2020 svarade 35 procent i Sverige att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral som de vanligtvis går till för sin vård. Det är ett lågt resultat jämfört med övriga OECD-länder i undersökningen, där andelen är 80–98 procent. Betydligt fler, 80 procent, uppgav att de har en ordinarie mottagning som de vanligtvis går till. Det är i stället relativt högt jämfört med andra länder, men andelen svenskar som uppger att de har en ordinarie mottagning har minskat med 8 procentenheter sedan mätningen 2016 (Vård- och omsorgsanlys 2021e).

Vanligare att personer med större vårdbehov har en fast kontakt, men också geografiska skillnader

Andelen med fast kontakt skiljer sig åt både geografiskt, och mellan olika grupper. Enligt patientlagsenkäten 2020 är andelen patienter med en fast läkarkontakt vid sin vårdcentral störst i storstadskommuner (46 procent), medan den är minst i landsbygdskommuner och avlägset belägna tätorter (30–33 procent). Kommuntyperna utgår från Tillväxtanalys indelning i sex olika kommuntyper (Tillväxtanalys 2014). Att fast läkarkontakt är vanligare i storstadskommuner än i mindre kommuner stämmer också med resultat från tidigare undersökningar (se t.ex. Vård- och omsorgsanlys 2020b).

Både fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt är vanligare bland personer som uppger sig ha ett dåligt hälsotillstånd och bland dem som har en eller flera sjukdomar. Förekomsten av fast läkarkontakt är också högre bland personer med hög ålder. Tidigare undersökningar har visat samma mönster (se t.ex. SLF 2019 och Vård- och omsorgsanlys 2020b och 2021b).



Många som inte har en fast kontakt har behov av det

Av de som saknar en fast läkarkontakt, eller inte vet om de har en, svarade 38 procent i enkäten att de skulle behöva en sådan. 18 procent var tveksamma och 44 procent ansåg att det inte behövdes.

Motsvarande följdfråga ställdes till de som svarade att de inte har en annan fast vårdkontakt i vården, eller att de inte vet. Här svarade 29 procent att de har behov av en sådan kontakt, 18 procent att de är tveksamma och 54 procent att behovet inte fanns.

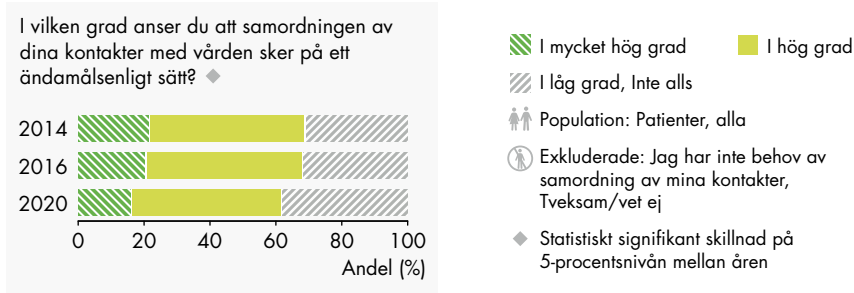
Flera andra undersökningar pekar också på att många personer saknar en fast kontakt vid sin vårdcentral även om de ser ett behov av det. Enligt en tidigare undersökning tycker till exempel drygt åtta av tio att det är viktigt att få träffa samma person vid varje vårdbesök när de besöker en vårdcentral, men bara hälften så många anser att de faktiskt får göra det (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

Majoriteten har inte fått information om möjligheten att få en fast kontakt

En majoritet av patienterna har inte heller fått information om möjligheten att få en fast kontakt i sina kontakter med vården. Totalt 40 procent svarade att de har fått information om möjligheten att få en fast läkarkontakt (43 procent har inte fått information och 17 procent är tveksamma). När det gäller fast vårdkontakt har 25 procent fått information (55 procent har inte fått information och cirka 20 procent är tveksamma).

2.7.2 Förbättringar i informationskontinuitet och individuella planer, men inte i samordningen generellt

När det gäller samordning innehöll enkäten följande fråga: ”I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?” Totalt 62 procent av patienterna svarade att samordningen är ändamålsenlig i hög eller i mycket hög grad, se figur 13. Det är en viss försämring jämfört med tidigare mätningar.

Figur 13. Patienternas syn på samordningen av sina kontakter.

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016, 2020.

I NPE riktad till patienter i primärvården ställs frågan ”Anser du att behandlaren på mottagningen samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?” År 2019 svarade 67 procent av patienterna positivt. En annan fråga lyder ”Var behandlaren insatt i dina tidigare kontakter med vården?”, och på den gav 66 procent ett positivt svar (se bilaga 7.1.4).

Den internationella IHP-undersökningen till befolkningen 2020 visar, i likhet med tidigare IHP-undersökningar, att patienter upplever en bristande informationskontinuitet mellan specialist- och primärvård. Samtidigt ser vi tecken på att informationsflödena mellan verksamheterna har förbättrats.

I Sverige har 19 procent varit med om att läkaren i specialistvården saknat tillgång till grundläggande medicinsk information eller provresultat från personens vårdcentral eller ordinarie läkare. Vidare har 30 procent varit med om att deras ordinarie läkare saknat information och inte varit uppdaterad om den vård som personen tidigare fått från läkare i specialistvården, vilket är högst andel av alla OECD-länder i jämförelsen. För båda dessa frågor ser vi samtidigt en viss förbättring jämfört med resultaten från 2016 (andelen som varit med om att information saknas har minskat med 2–3 procentenheter).

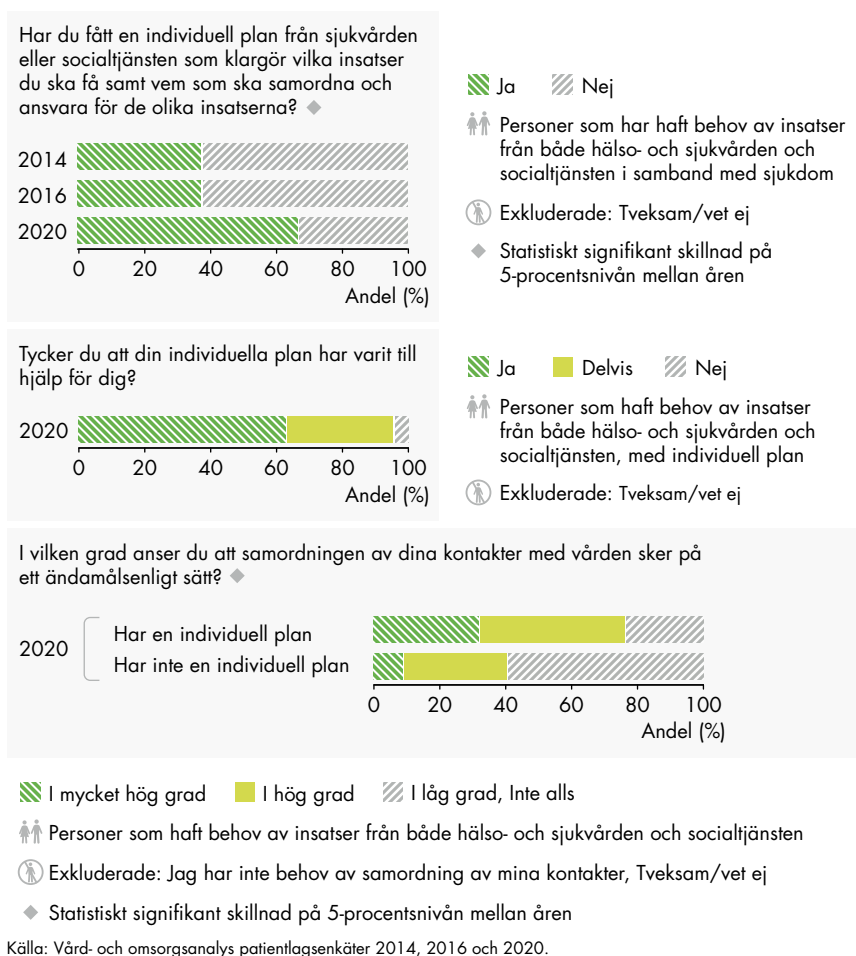
För informationsdelningen i samband med utskrivning från sjukhus ser vi en tydligare förbättring. Totalt 79 procent tyckte att läkaren eller personalen på den ordinarie vårdcentralen verkade vara informerad om vården som personen fått på sjukhus. Sveriges resultat har här förbättrats med 12 procentenheter sedan 2016. Det är troligt att ökningen går att koppla till den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, där en del handlar om att säkerställa informationsdelningen mellan vårdgivare (Vård- och omsorgsanalys 2021e).

Betydligt fler som fått en individuell plan till hjälp och för dem är samordningen mer ändamålsenlig

Av dem som behövt insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst har 67 procent en individuell plan, enligt vår patientlagsenkät. Det är en ökning med 30 procentenheter jämfört med tidigare år. Se figur 14.

I enkäten 2020 fick personerna med en individuell plan ange om de tycker att den har varit till hjälp för dem. En absolut majoritet (cirka 95 procent) ansåg att den helt eller delvis har varit till hjälp. Vi ser också att personer med en individuell plan i betydligt högre grad tycker att samordningen är ändamålsenlig, jämfört med de som inte har en individuell plan.

Figur 14. Individuella planer för personer med behov av insatser från flera aktörer.



2.8 VAL AV BEHANDLINGSMÖJLIGHETER

Patientlagens sjunde kapitel anger bland annat att patienten ska få möjlighet att välja det behandlingsalternativ som hen föredrar, när det finns flera behandlingsalternativ som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska få den valda behandlingen, om det är befogat med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen (7 kap. 1 §).

Att patienten är informerad är grundläggande för möjligheten att göra ett korrekt val av behandlingsalternativ. I patientlagen framkommer till exempel att patienten ska få information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling (3 kap. 1 § punkt 2).

I vår patientlagsenkät 2020 ställde vi ingen fråga som direkt relaterar till patientlagens sjunde kapitel. Däremot ingår det ämnet till viss del i IHP-undersökningen (Vård- och omsorgsanalys 2021e).

2.8.1 Ingen större förändring i frågan om att ha diskuterat behandlingsalternativ

I IHP-undersökningen ställs ett urval av frågor till personer som har åtminstone en kronisk sjukdom som de får behandling för. Bland annat får patienterna besvara frågan om vårdpersonal har diskuterat olika behandlingsalternativ och eventuella biverkningar med dem, vilket speglar erfarenheterna av patientlagens sjunde kapitel. I undersökningen 2020 svarade drygt 46 procent att personalen har diskuterat behandlingsalternativ med dem. Det är ett lägre resultat jämfört med övriga OECD-länder som deltar i undersökningen – men resultatet har ändå förbättrats med två procentenheter sedan 2016.

2.9 NY MEDICINSK BEDÖMNING

Enligt patientlagens åttonde kapitel ska en patient som har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada få möjlighet till en ny medicinsk bedömning inom eller utanför sin hemregion (8 kap. 1 §). I och med patientlagen utvidgades patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning. Tidigare var möjligheten begränsad till att endast gälla de fall där det medicinska ställningstagandet potentiellt kunde innebära påtagliga risker för patienten alternativt ha en tydlig påverkan på patientens framtida livskvalitet. Benämningen ändrades även från "förnyad medicinsk bedömning" till "ny medicinsk bedömning" för att tydliggöra att avsikten inte är att till exempel samma läkare ska förnya sin bedömning på egen hand eller i samråd med kollegor (prop. 2013/14:106).



Alla patienter kan inte förvänta sig en ny medicinsk bedömning, men det är alltid möjligt för vårdpersonal att erbjuda det. Men skyldigheten att erbjuda en ny bedömning finns dock bara om patienten bedöms ha en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom. Det finns ingen närmare definition av vad en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada innebär eller vem som ska bedöma om en patient har något av dessa tillstånd. Enligt 6 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att hen får en ny medicinsk bedömning.

Övergripande pekar resultaten på att andelen patienter som anger att de någon gång erbjudits en ny medicinsk bedömning har ökat jämfört med tidigare år. En av tio personer uppger att de inte har blivit erbjudna det trots att de har en allvarlig sjukdom och själva ville ha en sådan.

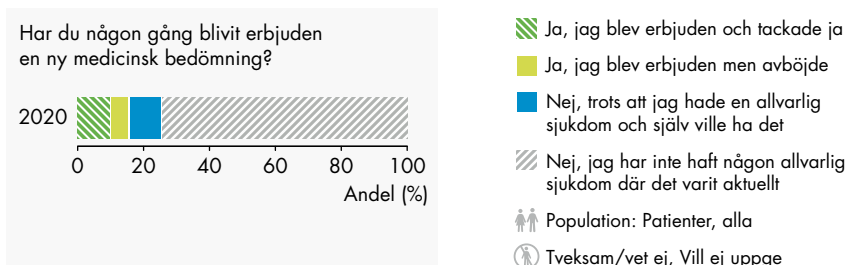
2.9.1 Fler tycks blivit erbjudna en ny medicinsk bedömning

Resultaten från vår patientlagsenkät visar att omkring 15 procent av patienterna svarar att de ”någon gång” har blivit erbjudna en ny medicinsk bedömning, varav cirka 6 procent av dessa tackat nej. En av tio personer svarar att de inte har blivit erbjudna det trots allvarlig sjukdom och att de själva ville ha en sådan (se figur 15).

Detta pekar på att skyldigheten att erbjuda en ny medicinsk bedömning är förknippad med gråzoner. Vi har inte fördjupat oss i frågan men tolkningsutrymmet i lagen öppnar upp för att olika sjukhus och kliniker kan ha olika syn på när och hur de ska erbjuda patienter en sådan.

Frågan har ändrats jämfört med våra tidigare undersökningar (Vård- och omsorgsanalys 2017b), så vi kan inte göra direkta jämförelser men övergripande verkar det vara en högre andel patienter som anger att de någon gång har erbjudits en ny medicinsk bedömning jämfört med tidigare år.

Figur 15. Patienters erfarenhet av en ny medicinsk bedömning år 2020.



Not: Frågan i sin helhet löd: Om man har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom/skada ska man få möjlighet till en ny medicinsk bedömning (s.k. second opinion). Det innebär att du får en ny medicinsk bedömning och förslag till behandling av en annan läkare. Har du någon gång blivit erbjuden en sådan ny medicinsk bedömning?

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

Med vår senaste enkätundersökning har vi inte undersökt om patienten har en livshotande eller allvarlig sjukdom eller skada, utan istället brutit ned analyserna på självskattad hälsa. Då ser vi att patienter som skattar sin hälsa som dålig i betydligt högre grad har blivit erbjudna en ny medicinsk bedömning jämfört med personer som skattar sin hälsa som bra.

2.10 VAL AV UTFÖRARE

Se kapitel 3.

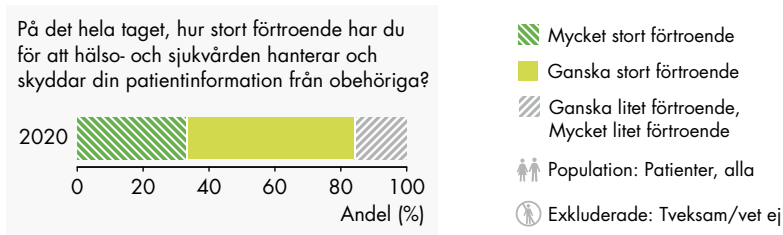
2.11 PERSONUPPGIFTER

Kapitel 10 i patientlagen berör behandling av personuppgifter och utfärdande av intyg. Vidare handlar kapitlet om rättigheten att få ta del av sina journalhandlingar, samt om sekretess och tystnadsplikt. Paragraferna påminner endast om vad som gäller enligt andra lagar och tillför därför inget nytt i sak.

Patientlagsenkäten innehåller enbart en fråga som rör patienters uppfattning om hur patientinformation hanteras. Svaren visar att de flesta har ganska stort förtroende för vårdens sätt att hantera deras patientinformation och skydda den från obehöriga. Totalt 84 procent av patienterna svarar att de har ganska eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i detta hänseende (se figur 16).

Resultatet ligger i nivå med en annan undersökning som vi genomförde i början av år 2017 där vi ställde samma fråga (Vård- och omsorgsanalys 2017a). I den undersökningen svarade 82 procent att de hade ganska eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering och skydd av patientinformation.

Figur 16. Patienters förtroende för hälso- och sjukvårdens sätt att hantera patientinformation och skydda den från obehöriga.



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

2.12 SYNPUNKTER, KLAGOMÅL OCH PATIENTSÄKERHET

Patientlagens kapitel 11 om synpunkter, klagomål och patientsäkerhet förändrades 2018 med anledning av att hälso- och sjukvården fick ett nytt klagomålshanteringssystem.

Den 1 januari 2018 ändrades lagstiftningen om hur patienter och närstående kan klaga på hälso- och sjukvården och dess personal. Det är nu vårdgivaren, alternativt patientnämnden, som patienter i första hand ska vända sig till för att lämna in sina klagomål. Om en patientnämnd blir första kontaktinstans ska den framförallt vägleda och bistå patienten i att framföra klagomålen till vårdgivaren. Lagändringen begränsar IVO:s skyldighet att utreda klagomål (11 kap. 3 §), och den träder in först efter att vårdgivaren har fått möjlighet att besvara klagomålet.

Vårdgivares skyldigheter att hantera klagomålen har förtydligats. Bland annat ska vårdgivaren snarast besvara klagomål och även ge den som klagat en förklaring till vad som har inträffat och en beskrivning av vilka åtgärder vårdgivaren kommer att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (11 kap. 2 a §). Det har också tydliggjorts att patientnämnderna ska hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål och att få svar av vårdgivaren (11 kap. 1 §). Bestämmelserna om skyldigheter att ge särskild information till patienter som har drabbats av en värdskada (11 kap. 2 §) har utvidgats. Bestämmelsen om att patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete (11 kap. 4 §) har inte förändrats.

I vår patientlagsenkät 2020 har vi bland annat undersökt om patienter som framfört klagomål är nöjda med den hjälp de fått, vilket på en mer övergripande nivå speglar deras syn på klagomålshanteringen. Patienters syn på klagomålshanteringen har också delvis berörts i de intervjuer vi har genomfört med patientorganisationer. Vi har också tagit del av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) iakttagelser om hur vårdgivarna hanterar klagomål samt erfarenheter från 19 av 21 patientnämnder i Sverige.

Enkätresultaten visar att omkring fyra av tio personer är nöjda med hjälpen de fått från den instans som de vänt sig till med sitt klagomål. Jämfört med tidigare mätningar tycks det vara en förbättring.

Den sammantagna bilden utifrån dessa informationskällor är dock att det fortfarande finns flera brister i klagomålshanteringen. Bland annat är den nuvarande hanteringen otydlig ur ett patient- och anhörigperspektiv och saknar förutsättningar för att bidra till ett kontinuerligt och systematiskt förbättringsarbete på organisations- och systemnivå.

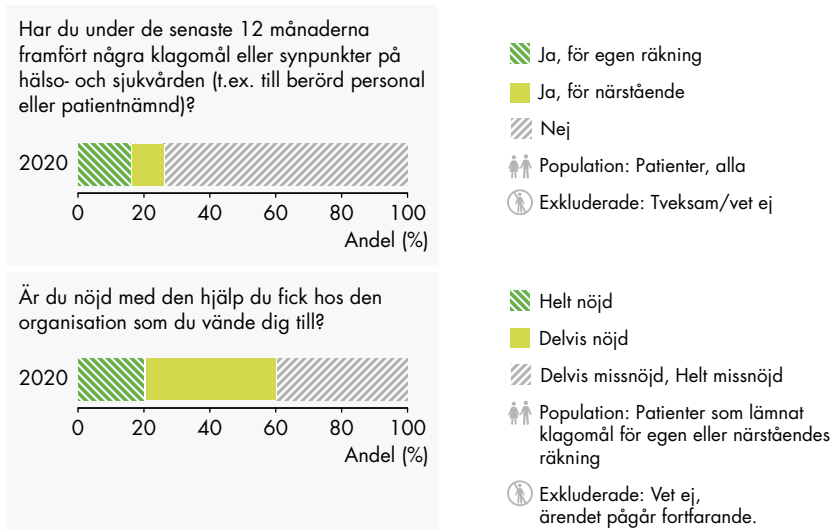
2.12.1 Enkät svar från patienter pekar på fortsatta brister men även tecken på förbättringar

År 2020 svarade 26 procent av patienterna att de framfört synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården, antingen för sin egen eller för någon

närståendes räkning (se figur 17). Frågan har ändrats sedan våra tidigare undersökningar så vi kan inte göra direkta jämförelser över tid. Men det tycks vara fler som valde att framföra klagomål 2020. 2014 och 2016 svarade 25 respektive 27 procent att de *velat* lämna synpunkter eller klagomål på vården, samtidigt som endast omkring 60 procent av dem som då fick följdfrågan svarade att de faktiskt hade framfört något till vården.

I patientlagsenkäten 2020 fick de som inte framfört klagomål en följdfråga om anledningen till att de inte gjort det. De allra flesta (73 procent) svarade att de inte hade några klagomål eller synpunkter att framföra. I övrigt var den vanligaste anledningen "Jag hade inte orken trots att jag egentligen ville framföra klagomål" (12 procent). En mindre andel av de som inte framfört klagomål svarade "Jag var orolig för att min vård skulle påverkas negativt om jag klagade" (6 procent), "Jag visste inte hur jag skulle göra för att framföra klagomål" (5 procent), eller "annat" (3 procent).

Figur 17. Patienter som har framfört klagomål eller synpunkter och deras syn på vårdens klagomålshantering 2020.



Not. Cirka 2 procent av patienterna uppgav att de framfört klagomål för både sin egen och närståendes räkning men de redovisas enbart i "för egen räkning" i övre figuren.

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

Omkring sex av tio känner sig nöjda med hjälpen de fått

Av de som framfört klagomål är ungefär sex av tio personer helt eller delvis nöjda med hjälpen de fått av organisationen som de vände sig till med sitt klagomål (se figur 17).

I de tidigare patientlagsenkäterna ställdes motsvarande följdfråga för vardera organisationen som patienterna hade vänt sig till. Tidsjämförelser ska därför tolkas med försiktighet, men 2016 och 2014 var cirka 50 procent delvis eller helt nöjda, jämfört med 60 procent 2020. Nöjdheten tycks alltså ha ökat.

2.12.2 Patientrepresentanter vi pratat med ser brister med klagomålshandlingen

I våra intervjuer (se avsnitt 2.14) beskriver patientföreträdare ett antal brister med det nuvarande klagomålshandlingssystemet, bland annat de begränsade möjligheterna att få klagomål prövade av en oberoende instans såsom IVO. För många patienter kan det vara svårt att framföra klagomål direkt till vårdgivaren, eftersom de upplever att de står i beroendeställning och befarar att klagomål kan påverka den egna vården negativt. En del pekar också på att det finns en generell brist på ansvarsutkrävande i vården, till exempel när skyldigheter enligt patientlagen inte efterlevs. I intervjuerna poängteras också att vården på ett mer systematiskt sätt behöver tillvarata erfarenheter från patienter och närstående för att förbättra vården, till exempel i det kontinuerliga förbättringsarbetet.

2.12.3 Lärdomar från IVO:s tillsyn av vårdgivares klagomålshandling

IVO har sedan det nya klagomålssystemet infördes granskat ett urval av klagomål som man fått in, vilka i sin tur lämnats vidare till vårdgivarna, som numera har första linjens ansvar för att svara på klagomål från patienter. Granskningen visar att det finns stora skillnader i hur patienter och vårdgivare upplever kommunikationen kring klagomål. Många patienter (45 procent) upplever att de inte blivit kontaktade av sin vårdgivare, trots att vårdgivarna i 80 procent av fallen uppger att de kontaktat patienten. Liknande skillnader finns också när det gäller ifall patienten fått en bra förklaring till händelsen, där långt fler vårdgivare än patienter tycker att de lämnat en förklaring.

De flesta vårdgivare anser att de har bra rutiner för klagomål men många ser ändå att det finns förbättringsområden, till exempel att de kan bli snabbare i sin handläggning. Vårdgivarna uppger också att de kan bli bättre och mer systematiska i att involvera patienter i sitt patientsäkerhetsarbete. IVO konstaterar även utifrån sin analys att få patienter känner till patientnämndernas arbete och möjligheten för patienter att få stöd i sina kontakter med vården (IVO 2019).

2.12.4 Patientnämndernas syn på klagomålshanteringssystemet

När vi frågar patientnämnderna i Sverige om deras erfarenheter av klagomålshanteringssystemet framkommer både styrkor och svagheter (se figur 18).

Många är positiva till att klagomålshanteringen har blivit mer strukturerad och att det nya systemet har stärkt patientnämndernas dialog och samverkan med personer som vill framföra klagomål och med vårdgivare. Flera ser även positivt på att de nu har i uppdrag att analysera klagomålen och på att slutsatserna av dessa analyser ska tas tillvara i vårdens utveckling (se 3 och 6 §§ lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården).

Samtidigt ser patientnämnderna fortfarande flera brister med klagomålshanteringssystemet, bland annat att patienter inte vet vart de kan vända sig med sina klagomål. Enligt patientnämnderna är en förklaring att det från början inte kommunicerades tydligt att även patientnämnderna (utöver vårdgivarna) kan fungera som en första kontaktinstans för patienter som vill framföra klagomål.

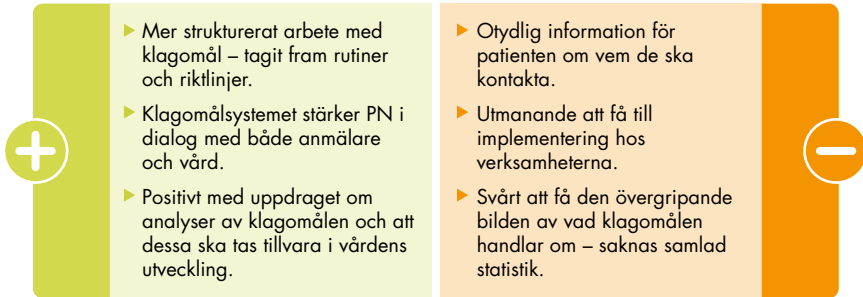
Patientnämnderna lyfter också vissa brister i hur verksamheterna uppfyller sina skyldigheter i enlighet med klagomålshanteringssystemet, till exempel att många vårdgivare dröjer för länge med att svara patienterna på deras klagomål, och att patientnämnderna, när de är involverade, ofta behöver skicka flera påminnelser. Senast en arbetsdag efter det att patienten framfört ett klagomål bör vårdgivaren meddela att klagomålet har tagits emot och ge besked om när man planerar att svara. Svaret bör lämnas inom fyra veckor (prop. 2016/17:122).

En annan brist är att det är svårt att få en sammantagen bild av vad klagomålen handlar om, eftersom det i dagsläget inte dokumenteras på ett enhetligt sätt av vårdgivare och eftersom det saknas regionala och nationella sammanställningar. Detta minskar möjligheten till lärande.

Liknande problem framkommer i en utredning om klagomålssystemet i Region Skåne. Där konstateras att systemet är fragmenterat och behöver utvecklas för att klagomålen ska kunna bidra till ett lärande och systematiskt förbättringsarbete på organisations- och systemnivå (Ramberg m.fl. 2020).



Figur 18. Exempel på styrkor och svagheter som lyfts av patientnämnder.



Källa: Baserat på svar från 19 av 21 patientnämnder i Sverige.

Exempel på kommentarer från patientnämnderna:

- ” Synen på klagomål behöver förändras inom vården, från något negativt till något positivt som kan leda till utveckling.”
- ” En kvarstående problematik är att vi långt ifrån alltid får svar på klagomål från vårdgivarna i rätt tid. Ibland kan jag därför sakna möjligheten att besluta om vite.”
- ” Vi ser också att vårdgivarna blir bättre på att svara eftersom vi alltid ger dem feedback på kvalitén i yttrandena.”
- ” Saknas också tydlig organisation kring att lyfta klagomål och göra analyser för att möjliggöra förbättringsarbete utifrån patienters och närståendes erfarenheter och klagomål, så som t.ex. den nya nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården 2020-2024 lyfter fram.”
- ” Positivt är att Patientnämnden och vården arbetar i samma avvikelssystem samt har samma kategorisering.”
- ” Det fanns goda intentioner med den nya klagomålslagen men tyvärr blev informationen till allmänheten och vårdgivarna bristfällig och tom felaktig.”
- ” Det saknas i dag samlad statistik på hur många klagomål som inkommer totalt sett; till patientnämnden, regionens vård, den kommunala vården och de privata utförarna. Inte heller finns det någon enhetlig kategorisering av klagomål som lämnas till vårdgivare, vilket gör det omöjligt att sammanställa rättvisande statistik eller att göra analyser på övergripande organisations- och systemnivå.”

2.13 ERFARENHETERNA AV VÅRDEN VARIERAR MELLAN OLIKA GRUPPER

Resultat från olika befolknings- och patientenkäter visar att erfarenheterna av vården ofta skiljer sig åt mellan olika grupper. I vårt uppdrag från regeringen framkommer att vi ska uppmärksamma eventuella skillnader mellan olika grupper i befolkningen i våra analyser.

I det här avsnittet sammanfattar vi personers erfarenheter av olika kvalitetsaspekter i vården relaterat till patientlagen, utifrån deras demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga bakgrund (se tabell 1).

De resultat vi redovisar bygger på analyser där varje bakgrundsfaktor är kontrollerad gentemot alla andra bakgrundsfaktorer som ingår i analyserna. Det innebär till exempel att en eventuell effekt av ålder inte ska fånga naturligt bakomliggande skillnader i hälsa som finns mellan åldersgrupper.

Kvalitetsaspekterna som ingått i de jämförande analyserna rör centrala områden i patientlagen såsom tillgänglighet, delaktighet, information och samordning.

2.13.1 Faktorer som påverkar om olika grupper har goda eller dåliga erfarenheter av vården

Utifrån resultaten i vår patientlagsenkät 2020 har vi undersökt samband och skillnader i erfarenheter mellan olika grupper. De områden vi studerat (beroende variabler) rör synen på tillgänglighet, delaktighet och personcentrering samt information. Här utgår vi från olika index som består av flera frågor per område. Ytterligare ett område är om patienterna uppfattar samordningen som ändamålsenlig.

Vi undersöker om patienternas erfarenheter skiljer sig åt utifrån deras ålder, kön, utbildningsförhållanden, boendeort (kommuntyp) och självskattade hälsa. Vi undersöker också om det finns skillnader utifrån utländsk eller svensk bakgrund, samt om en person har långvarig sjukdom eller inte.

Vi har inte närmare studerat orsaken till skillnaderna i erfarenheter som vi ser. Däremot tar vi reda på om det skiljer sig åt beroende på om personerna har en fast kontakt i vården, samt om de svarat att deras vård påverkats av pandemin eller inte. Det är viktigt att påpeka att våra analyser baseras på samband och inte orsakssamband. Det kan finnas andra inverkanse faktorer som vi inte känner till eller har möjlighet att kontrollera för. Ett exempel kan vara skillnader i förväntningar – att en grupp tenderar att vara mer nöjd överlag på grund av lägre förväntningar.



Personer med dålig hälsa har genomgående sämre erfarenheter

Personer med bra självskattad hälsa har genomgående bättre erfarenheter av vården, jämfört med personer som skattar sin hälsa som dålig. Det sambandet ser vi för alla studerade områden – tillgänglighet, delaktighet och personcentrering, information och samordning.

Personer med långvariga sjukdomar har sämre erfarenheter än de utan långvarig sjukdom, och det förhållandet blir ännu tydligare för personer med flera långvariga sjukdomar. Exempelvis är det färre personer med långvariga sjukdomar som anser att vården hjälpt dem med egenvård och att hantera sin egen hälsa jämfört med andra. Av dem med flera långvariga sjukdomar menar cirka 50 procent att det stämmer helt eller i stor utsträckning, jämfört med cirka 60 procent bland personer med en långvarig sjukdom och omkring 65 procent av dem utan någon långvarig sjukdom. När det gäller tillgänglighet har personer med flera långvariga sjukdomar sämre erfarenheter kopplat till väntetider i primärvården, men i övrigt ser vi inga signifikanta skillnader i upplevd tillgänglighet beroende på förekomsten av långvarig sjukdom.

Äldre personer har bättre erfarenheter än yngre

Äldre personer har bättre erfarenheter av vården jämfört med yngre i fråga om tillgänglighet, delaktighet och personcentrering samt information. Undantaget är att personer som är 30–49 år upplever en lägre delaktighet i vården jämfört med gruppen 16–29 år. Personer i den äldsta åldersgruppen (65 år och äldre) upplever även en bättre samordning av sina kontakter med vården jämfört med yngre personer.

Personer med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter

Personer med utländsk bakgrund har genomgående sämre erfarenheter än personer med svensk bakgrund när det gäller tillgänglighet, delaktighet och personcentrering samt information. För frågan om samordning ser vi ingen signifikant skillnad.

Vissa signifikanta samband för kön, utbildning och boendeort

Resultaten är inte lika entydiga för skillnader utifrån kön, utbildning och boendeort (kommuntyp).

Män upplever en högre delaktighet och personcentrering samt i högre grad att samordningen fungerar, men är mindre nöjda med informationen från vården jämfört med kvinnor. För tillgänglighet ser vi inga signifikanta skillnader mellan könen.

Personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning är mer nöjda med informationen än de med enbart grundskoleutbildning, vilket möjligen kan förklaras av att de har lättare för att ta till sig information. Men personer med eftergymnasial utbildning upplever en sämre samordning av vården än personer med enbart grundskoleutbildning. I övrigt är skillnaderna utifrån utbildningsnivå inte signifikanta.

Boendeort (olika kommuntyper) har ibland en signifikant påverkan. Det tydligaste resultatet ser vi för personer som bor i en storstadskommun. De har sämre erfarenheter av tillgängligheten och samordningen än de som bor i mindre kommuner.

Personer med fast kontakt har genomgående mer positiva erfarenheter av vården

Utöver skillnader som kan förklaras av individfaktorer ser vi att personer med en fast kontakt i vården har mer positiva erfarenheter än övriga. Det sambandet är tydligast för personer som har en fast läkarkontakt vid sin vård- eller hälsocentral. Vi vet också att andelen med fast kontakt skiljer sig åt både geografiskt och mellan olika grupper (se avsnitt 2.7.1).

Tidigare studier har visat att sambandet mellan att träffa samma personer i vården och att ha goda erfarenheter av vårdmötet var starkare för patienter med vissa kända vårdbehov (långvariga sjukdomar eller hälsotillstånd) jämfört med övriga patienter (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

I vår patientlagsenkät ser vi att andelen patienter som saknar en fast kontakt, men som anser sig ha behov av det, är betydligt högre bland de som har ett dåligt självskattat hälsotillstånd eller en långvarig sjukdom, jämfört med övriga patienter (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Vi har analyserat interaktioner och ser då att de med sämre självskattad hälsa tycks gynnas mer av att ha en fast läkarkontakt än de med en god hälsa vad gäller upplevelsen av att bli informerad av vården. För övriga inriktningsmål finner vi dock inga samband. En analys av interaktioner innebär att man undersöker samband mellan olika förklaringsvariabler, i vårt fall för att se om effekten av fast kontakt är starkare för personer med sämre hälsa.



Tabell 1. Sannolikhet att patienter har mer positiva eller negativa erfarenheter av vården.

		Tillgänglighet – kontakt/ besök	Tillgänglighet – primär vård	Delaktighet – vårdgaranti,	Information	Ändamålsenlig samordning av kontakter*
		1	2	3	4	5
Kön						
Referens: kvinna	Man			+	-	+
Utbildning						
Referens: grundskola	Gymnasium				+	
	Eftergymnasial				+	-
Ålder						
Referens: 30–49 år	16–29 år	-	-	+	-	
	50–64 år	+		+	+	
	65+ år	+		+	+	+
Bakgrund						
Referens: svensk bakgrund	Utländsk bakgrund	-	-	-	-	
Självskattad hälsa						
Referens: dålig	Bra	+	+	+	+	+
Långvarig sjukdom						
Referens: nej	Ja, en			-	-	-
	Ja, flera		-	-	-	-
Kommuntyp						
Referens: täta kommuner nära en större stad	Landsbygdskommuner mycket avlägset belägna					
	Landsbygdskommuner avlägset belägna					
	Landsbygdskommuner nära en större stad		+			
	Täta kommuner avlägset belägna					
	Storstadskommuner	-	-			-
Fast läkarkontakt i primärvård						
Referens: nej	Ja	+	+	+	+	+
Fast annan vårdkontakt						
Referens: nej	Ja		+	+	-	+
Vården påverkats av pandemin						
Referens: nej	Ja	-	-	-	-	-

➕ Signifikant positivt samband, $p < 0,05$. ➖ Signifikant negativt samband, $p < 0,05$.

Not. Tabellen redovisar resultatet från fyra linjära regressioner med samtliga bakgrundsvariabler där beroende variabel baseras på ett index av frågor om varje kvalitetsaspekt. Dessa index har identifierats med hjälp av faktoranalys. Frågan om samordning har analyserats genom en logistisk regression. I modellerna har vi även testat för interaktionseffekter av självskattad hälsa och fast läkarkontakt. Utländsk bakgrund är definierat som att båda ens föräldrar är födda i ett annat land än Sverige. Utbildningsnivå avser högst avslutade. Se bilaga 7.1.

Tabell 1. (forts.)

- 1 **Tillgänglighet – kontakt/besök (index av tre frågor)**
 - Att det har varit lätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården?
 - Att det har varit lätt att ta sig till vårdinrättningen?
 - Att det har varit lätt att få träffa vårdpersonal när du har behövt det?
- 2 **Tillgänglighet – vårdgaranti primärvård (index av tre frågor)**
 - Kontakt (via t.ex. telefon eller genom besök) med vårdcentralen/hälsocentralen samma dag?
 - En medicinsk bedömning av läkare eller annan personal på vårdcentralen/hälsocentralen inom högst tre dagar?
 - Erbjudande om att besöka läkare på vårdcentralen/hälsocentralen inom högst sju dagar?
- 3 **Delaktighet – personcentrering (index av fyra frågor)**
 - Min delaktighet i vården efterfrågades och välkomnades.
 - Jag har känt mig trygg i att jag får den hjälp jag behöver.
 - Vården var anpassad till mina behov och önskemål.
 - Vården hjälpte mig att själv hantera/förbättra min egen hälsa, t.ex. genom stöd till egenvård.
- 4 **Information (index av sex frågor)**
Att du har fått tillräckligt med information?
 - Att du har fått information vid rätt tillfälle?
 - Att den information som du har fått har varit lätt att förstå (t.ex. att språk och detaljnivå passade dig)?
 - Att de som informerat dig har varit noga med att du ska förstå innehållet och betydelsen av informationen?
 - Att du har fått tillgång till skriftlig information när du har behövt eller bett om detta?
 - Att dina närstående har fått information om du inte har kunnat ta emot den själv?
- 5 **Samordning (en fråga)**
 - Anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?

2.13.2 Sambanden bekräftas även av andra undersökningar

Flera av de skillnader som vi ser mellan olika grupper bekräftas i andra undersökningar. Ett exempel är skillnaderna i erfarenheter av tillgänglighet, delaktighet, samordning och information som framkommer i IHP-undersökningarna 2016 och 2020.

Vår senaste analys av 2020 års IHP-resultat visar att personer över 65 år generellt har mer positiva erfarenheter av vården jämfört med yngre personer. Erfarenheterna är i stället sämre bland personer med sämre hälsa, oavsett om det handlar om självs kattad hälsa, en kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa, jämfört med personer vars hälsa är bättre i dessa avseenden. En övergripande slutsats är även att personer med en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligtvis går till för sin vård genomgående uppvisar bättre erfarenheter av vården jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning.



Andra resultat som bekräftar det vi ser är till exempel att kvinnor samt personer med eftergymnasial utbildning i lägre grad upplever att de får hjälp med att samordna sin vård. När det gäller utbildningsnivå framkom däremot tydligare än i vår analys att personer med eftergymnasial utbildning på flera andra områden har bättre erfarenheter av vården, jämfört med övriga (Vård- och omsorgsanalys 2021e).

I våra analyser av IHP-undersökningen 2016 var de mest tydliga resultaten att äldre samt patienter med bättre självskattad hälsa uppfattar vårdens kvalitet som bättre än andra, och att patienter med en fast kontakt i vården har bättre erfarenheter. Andra resultat var bland annat att män upplever sig som mer delaktiga än kvinnor och att utrikes födda upplever vårdens kvalitet som något sämre jämfört med inrikes födda. Till skillnad från vår analys framkom att det var mindre vanligt att utrikesfödda personer svarat att de fått hjälp med att samordna sin vård. I vår nuvarande analys har vi dock undersökt skillnader utifrån ”utländsk bakgrund” definierat som att båda föräldrarna är födda i ett annat land än Sverige (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

Även andra undersökningar styrker resultaten i vår analys

Deskriptiva resultatjämförelser från hälso- och sjukvårdsbarometern visar bland annat att personer med dålig självskattad hälsa i betydligt lägre utsträckning anser att de har tillgång till den vård som de behöver. Det gäller också för personer födda utanför Europa jämfört med personer som är födda i Sverige. SCB:s undersökningar av befolkningens levnadsförhållanden pekar på liknande resultat: Bland personer med utländsk bakgrund och personer med långvariga sjukdomar uppger en högre andel att de ”har behövt men inte fått vård”, jämfört med personer med svensk bakgrund och personer utan långvarig sjukdom (Vård- och omsorgsanalys 2021d).

2.14 INTERVJUSTUDIER MED PATIENTFÖRETRÄDARE

Att leva upp till patientlagen är inte något som kan göras på ett och samma sätt för alla patienter. För en del patientgrupper kan det dessutom finnas specifika utmaningar att ta hänsyn till, eftersom de utifrån sin sjukdomsbild och individuella förutsättningar kan vara särskilt utsatta eller ha svårt att utöva inflytande över sin vård.

Vi vill beskriva vad patientlagens efterlevnad kan innebära i praktiken och vad som ses som särskilt viktigt ur patientens perspektiv, och därför har vi gjort tre intervjustudier med fokus på patientgrupper som kan betraktas som särskilt utsatta. Ett exempel är patienter med en psykisk

sjukdom eller kognitiva nedsättningar som kan ha begränsad förmåga att uttrycka sina behov och sin vilja. Ett annat är barn eftersom de står i stark beroendeställning till sina föräldrar. I de flesta fall är det inte problematiskt, men det kan innebära utmaningar för deras möjligheter att göra sig hörda. Patientlagen gäller patienter i alla åldrar, men anger särskilt att i de fall sjukvård ges till barn skall barnets bästa beaktas och att barnets inställning till vården ska klargöras (1 kap. 8 § och 4 kap. 3 §). Barns rättigheter har ytterligare förstärkts genom att Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter blev svensk lag 2020 (lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter).

Intervjustudierna motiveras också av att dessa grupper kan vara svåra att nå i de enkätundersökningar som utgör en stor del av vår uppföljning av patientlagens efterlevnad som helhet.

Vi har pratat med ett antal företrädare för en rad patientorganisationer för att belysa vad patientlagen innebär i praktiken för följande patientgrupper:

- **Äldre patienter med nedsatt funktion eller kognitiv förmåga:** Demensförbundet (1), Alzheimer Sverige (1) och Stroke Riksförbundet (1)
- **Patienter med psykisk sjukdom i behov av psykiatrisk vård:** Schizofreniförbundet (1), Riksförbundet Balans (2) och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) (1). Vi har även fått skriftliga medskick från Schizofreniförbundets Erfarenhetsråd.
- **Barn och unga med långvarig eller kronisk sjukdom:** Unga Allergiker (1), Unga Reumatiker (1), Diabetesförbundets Föräldraråd (1), Ung Cancer (1) och Barncancerfonden (2). Vi har även intervjuat två närstående till barn med cancersjukdom.

Sammantaget har vi genomfört 14 intervjuer med totalt 15 personer. I bilaga 7.2 beskriver vi närmare metod och urval för intervjustudierna.

I avsnitt 2.14.1 har vi utifrån samtliga intervjuer sammanfattat centrala förbättringsområden som utgår ifrån patientlagens efterlevnad och som förenar de olika patientgrupperna. Därefter sammanfattar vi i avsnitt 2.14.2–2.14.4 de olika patientgruppernas syn på viktiga aspekter av patientlagens efterlevnad enligt företrädarna.

2.14.1 Ett antal förbättringsområden återkommer i intervjuerna

Det finns en rad observationer och förslag till förbättringar som är gemensamma och förenar de olika patientgrupperna.



Vården måste utgå ännu mer från patienternas behov och vilja

Patientföreträdarna betonar genomgående att patientens inflytande över sin egen vård behöver öka och att vården i större utsträckning bör utformas utifrån patientens upplevelse och behov. Detta är det mest framträdande förbättringsområdet enligt intervjuundersökningen.

Att föra sin talan kan vara svårt – vissa patienter är mer utsatta än andra

Många patienter har svårt att föra sin talan, på grund av sin sjukdomsbild och sina individuella förutsättningar. Det ställer krav på att vården har konkreta arbetssätt som säkerställer patienters delaktighet och inflytande, även när patienten har svårare att hävda sina behov.

Närstående är en underutnyttjad tillgång i vården

Både patienter och närstående anser att närstående är en mycket underutnyttjad resurs i hälso- och sjukvården och att vårdens företrädare behöver involvera dem mer i sitt arbete.

Kravet på samtycke är okränkbart och kan samtidigt vara ett dilemma

För patienter med en förändrad verklighetsuppfattning kan kravet på samtycke ibland vara ett dilemma. Det händer att patienter som är svårt sjuka inte får tillgång till insatser för att de saknar sjukdomsinsikt och inte själva söker hjälp. Här påtalar flera intervjupersoner behovet av att se över av lagen.

Fasta kontakter är en grundläggande förutsättning för tillit

Att ha tillgång till fasta vård- och läkarkontakter beskrivs som en grundläggande förutsättning för en god vård och det är i dagsläget ett stort problem för många patienter att ständigt behöva möta nya personer i sina möten med vården.

Tillgången till specialistkompetens behöver förbättras

Bristande tillgång till specialistkompetens i både primärvård och annan specialiserad vård beskrivs återkommande som ett problem, vilket skapar ett onödigt lidande för patienter som får vänta på rätt utredning och behandling. Landsbygden beskrivs i flera fall som särskilt utsatt.

Brister i samverkan får stora konsekvenser för livet som helhet

Behovet av förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och omsorgens aktörer berörs i samtliga intervjuer. Patientföreträdarna ser även

brister i samverkan mellan vården och andra samhällsaktörer såsom skola och arbetsförmedling.

2.14.2 Äldre patienter med nedsatt funktion eller kognitiv förmåga

Angeläget att bli tagen på allvar och få en adekvat utredning

I intervjuerna som rör äldre patienter med komplexa vårdbehov beskrivs hur viktigt det är, för både patienter och närstående, att bli tagna på allvar när man söker vård och stöd. Exempelvis upplever många patienter som söker hjälp för demens- eller alzheimerliknande symptom att deras problem avfärdas som tecken på ett allmänt åldrande eller nedstämdhet, vilket förstärker den skam som många känner för att inte längre klara av sina liv.

Mycket stort behov av att involvera närstående mer

Behovet av att involvera närstående i högre grad är ett mycket framträdande tema i samtalen om delaktighet. Närstående känner sig många gånger utestängda från att delta och bidra i både planering och genomförande av vården, ofta med hänvisning till sekretess. För patienter i särskilda boenden beskrivs närståendes delaktighet som särskilt eftersatt, samtidigt som de närstående upplever att deras närvaro är ännu viktigare eftersom många av dessa patienter inte längre kan uttrycka sin egen vilja. Detta var ett tydligt problem även före pandemin, som ytterligare begränsat närståendes närvaro på särskilda boenden.

Närstående löper risk för ohälsa och har stort behov av eget stöd

Intervjupersonerna beskriver genomgående att det är viktigt att vården fångar upp närståendes behov av stöd, eftersom de ofta får ett stort ansvar för patienten och själva löper risk att få allvarliga stressymtom. Patientens behov av vård och omsorg behöver också i högre utsträckning bedömas enskilt, utan att man förlitar sig på närståendes resurser för att ta hand om patienten.

Risk att kravet på samtycke blir ett hinder för insatser

Kravet på samtycke beskrivs av intervjupersonerna som viktigt, men samtidigt komplicerat. I patientlagen anges att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen eller annan lag (4 kap. 2 § patientlagen). Många av dessa äldre patienter får dock en förändrad verklighetsuppfattning, vilket kan göra det svårt för patienten att uttrycka sina behov och ge sitt samtycke. Patientföreträdarna menar att det därmed finns en risk att kravet på samtycke används som ett argument för att inte tillgodose patienters behov om de själva inte uttryckligen bett om hjälp.



” Ibland upplever jag att patienterna och deras behov ses som en belastning och då blir samtycket något att gömma sig bakom”

Stort behov av bättre information och personlig kontakt

I samtliga intervjuer betonas att det finns ett stort behov av bättre information till patienter och närstående. Det handlar delvis om tidpunkten för information, där det finns stora behov av uppföljande samtal med vården efter att patienten exempelvis fått en demensdiagnos eller genomlevt en stroke. Dessutom behövs dialog, så att information följs av ett samtal där patienten får möjlighet att resonera kring sjukdomens konsekvenser och behandlingsalternativ. Patientorganisationerna märker också att många frågor rör behovet av omsorg, men vårdpersonal ser det inte alltid som sin roll att bemöta dem. Det delade huvudmannskapet mellan kommun och region upplevs överlag som svårt att förstå och överblicka, vilket skapar mycket frustration hos både patienter och närstående.

” Läkaren har 10 min på sig att ta hand om sin patient, de hinner inte prata om vilka möjligheter som finns till omsorgsstöd. Och de vet ju inte heller hur det fungerar, de har inte den kunskapen, det är ett annat system.”

När det gäller möjligheten att komma i kontakt med vården beskriver patientföreträdarna hur viktigt det är att enkelt få personlig kontakt när man behöver råd och stöd. Många av de digitala lösningar som införts, exempelvis automatiska telefonväxlar och inloggning via dator och Bank ID, är svåra att hantera för många patienter, särskilt för personer med nedsatt kognitiv förmåga. Patientföreträdarna lyfter särskilt fram vikten av att nå fram till personer som känner till patienten och hens situation.

Samordningen behöver bli bättre – för patienter och närståendes skull

Avslutningsvis lyfts behovet av bättre samordning av vård- och omsorgsinsatser. Samordningen mellan slutenvården och öppenvården upplevs många gånger som otillräcklig av patienter som genomlevt en stroke, vilket skapar osäkerhet för patienten om vem som tar över ansvaret efter utskrivning. Bristen på samverkan mellan kommun och region blir också tydlig för patienter med omsorgsbehov, eftersom det saknas en naturlig ingång till den kommunala omsorgen för patienter som inledningsvis bara

har kontakt med sjukvården. Det leder till att många väntar med att ta kontakt med kommunen tills läget är mycket allvarligt, vilket kan innebära stora problem om insatserna fördröjs.

2.14.3 Patienter med psykisk sjukdom i behov av psykiatrisk vård

Vården måste ge patienten mer inflytande över sin vård och behandling

Ett av de mest framträdande intrycken från våra intervjuer med patientföreträdare är att patienter med psykisk sjukdom måste få större inflytande över sin egen vård. Synen på denna patientgrupp har förbättrats med tiden, men intervjupersonerna beskriver att vårdens inställning fortfarande präglas av en uppfattning om att psykiatriska patienter inte själva kan fatta beslut om sin vård. Många patienter upplever att vårdpersonalen pratar över huvudet på dem och förklarar vad som skulle passa dem bäst, istället för att ställa frågor och ta in patientens egen berättelse. Många patienter vill exempelvis ha större inflytande över sin läkemedelsbehandling och själva kunna påverka tillgången till slutenvårdsinsatser, bland annat genom självvald inläggning. Att beakta individens egna önskemål beskrivs som särskilt viktigt i de fall där patienter vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, vilket många upplever som ett stort intrång i deras självbestämmande.

Att uttrycka egen vilja kan vara svårt – därför behövs tydliga metoder

Patientföreträdarna beskriver att det behövs mer kunskap och spridning av evidensbaserade metoder som bidrar till ökad delaktighet för patienten. Personer med psykisk sjukdom kan ha tillstånd som gör det svårt för dem att själv föra sin talan. Exempelvis kan patienter med ångest- och depressionstillstånd må så dåligt att de inte kan formulera vad de vill, vilket ställer krav på att personalen är lyhörd och har tid att lyssna. Då kan det underlätta att ha strukturerade arbetssätt för att involvera patienten.

” Men det räcker inte med att det finns en god vilja att göra patienterna delaktiga, man måste också ha ett sätt att jobba, metoder och verktyg, som gör att det verkligen blir en ökad delaktighet för patienten”



Närstående behöver involveras mycket mer än vad som görs idag

Patientföreträdarna beskriver att hälso- och sjukvården behöver bli mycket bättre på att involvera närstående. Ofta är det de närstående som först upptäcker tidiga tecken på obalans och som i bästa fall kan bidra till tidiga och förebyggande insatser. Många närstående har också god kännedom om den drabbades livssituation och långsiktiga önskingar. Enligt intervjuerna upplever dock många närstående att de utestängs från vården, ofta med hänvisning till sekretess, eller att de inte blir kontaktade alls, till och med i fall där patienten är så allvarligt sjuk att hen riskerar att ta sitt liv.

”” Anhöriga är vårdens bästa vän, inget annat”

Patienter kan sakna sjukdomsinsikt och erbjuds inte den vård som behövs

Kravet på samtycke beskrivs som ett dilemma för patienter med en allvarlig psykiatrisk sjukdomsbild, eftersom det kan ligga i sjukdomens natur att patienten inte tycker sig behöva någon vård. Närstående kan därför få svårt att mobilisera vård- och omsorgsinsatser, framförallt i de fall där tvångsåtgärder ännu inte är aktuellt, trots att behoven är tydliga och patienten med stor sannolikhet kommer att försämrats i sin sjukdom. För allvarligt sjuka patienter handlar det alltså inte bara om rätten att tacka nej till vård, utan även om att få tillgång till den bästa vården och att kravet på samtycke aldrig får användas som en ursäkt för att inte agera.

”” En mamma har träffande beskrivit det som att hennes son i alla avseenden ses som sjuk – förutom då han tackar nej till vård”.

Fast läkarkontakt är grundläggande för en bra behandling

I samtliga intervjuer betonas hur viktigt det är för patienter att träffa samma personer i sina kontakter med vården. En fast kontakt är en förutsättning för att läkaren ska lära känna patientens många gånger komplexa sjukdomshistoria och därmed hitta rätt i behandlingen. Långvariga relationer är också grundläggande för en förtroendefull relation, och en läkare som känner sin patient har förmågan att uppfatta subtila förändringar i patientens mående, vilket möjliggör tidiga åtgärder.

” God psykiatrisk vård är väldigt mycket en förtroendefråga. Många patienter har varit med om väldigt svåra saker. Man klarar inte att berätta sin historia om och om igen för olika personer.”

Stora behov av ökad tillgång till psykiatrisk specialistkompetens

Behovet av sjukvård kan variera mycket och snabbt för patienter med psykisk sjukdom, vilket ställer krav på att vården är följsam och kan förebygga ett allvarligt förlopp. Det är dock svårt att få träffa läkare med specialistkompetens inom öppenvården och tillgången till slutenvårdsplatser beskrivs som eftersatt.

2.14.4 Barn och unga med långvarig eller kronisk somatisk sjukdom

Barn bör ses som kompetenta individer och få stort inflytande

Patientföreträdare för barn och unga betonar att barn, oavsett ålder, bör ses som kompetenta individer och att man i vårdmötet bör utgå ännu mer från vad som är viktigt för barnet. Många barn är osäkra på vad vården förväntar sig av dem och anpassar sina berättelser till vad de tror att personalen tycker är viktigt, snarare än till sina egna behov. Enligt intervjupersonerna låter barn ibland bli att berätta saker, dels för att vissa ämnen är känsliga men också för att ”skydda” sina föräldrar från information om att de mår dåligt. Att möta samma personer i sina kontakter med vården beskrivs som en viktig faktor för att barnets förtroende ska växa fram över tid. Det framhålls också som viktigt att låta barnet påverka så mycket av behandlingen som det bara går, exempelvis att barnet får styra när och hur behandlingar ska genomföras eller att man väljer den insulinpump som barnet tycker känns bäst.

” Många barn blir väldigt illamående av sina mediciner, då kanske man kan lösa det så att man tar sprutan så att illamåendet kommer på en lördag så det inte behöver märkas i skolan?”

” Även om du är två år gammal så kanske du kan hjälpa till och hålla plåstret när du ska byta en infart, eller vara med och hålla i provröret när du ska ta blodprov.”



Föräldrarnas roll är grundläggande men stärk också barns självständighet

Att barnets föräldrar deltar är på många sätt en förutsättning för stora delar av barn- och ungdomssjukvården. Samtidigt som föräldrarnas närvaro skapar trygghet belyser flera intervjupersoner att det finns en risk att föräldrarna tar över både diskussioner och beslut, på bekostnad av barnets vilja. Vårdens företrädare behöver därför vara lyhörda för barnets behov av att ha sina föräldrar närvarande och anpassa kontakten därefter. Det påverkas naturligtvis också av sjukdomens karaktär och allvarlighetsgrad. Vårdpersonal bör så ofta som det är möjligt vända sig direkt till barnet med frågor och det kan också vara bra att låta barnet i förväg tänka igenom vilka frågor som hen vill ta upp under besöket. I samtalen som rör föräldrarnas roll betonas också att vården behöver fånga upp och tillgodose föräldrarnas eget behov av stöd, vilket ofta är stort.

” När vi kom till sjukhuset och upp på avdelningen första gången var det fullt fokus på min son, det var så att de knappt hälsade på oss (skrattar). De satte direkt igång att prata med honom, de frågade honom hur han mådde och visade honom runt. Det var otroligt att se”.

Kontinuitet och god samordning är viktigt – särskilt vid övergången från barn- till vuxensjukvård

Flera intervjupersoner betonar barns stora behov av kontinuitet och förutsägbarhet i kontakterna med vården, för att de ska kunna känna tillit och trygghet. När barnen har flera olika vårdkontakter är samordningen ofta en utmaning, och föräldrar kan få ta ett väldigt stort ansvar. Behovet av en bättre samordning beskrivs som särskilt angeläget inför och i samband med övergången från barn- till vuxensjukvård.

Viktigt med skriftlig information och dialog kring känsliga ämnen

Barn och unga beskrivs ha ett särskilt stort behov av skriftlig information på grund av deras begränsade förmåga att ta till sig allt som sägs under ett vårdbesök. Detta gäller särskilt överenskommelser och instruktioner, till exempel inför att en ny medicin ska sättas in. Det är också viktigt att informationen som ges är anpassad så att barn med till exempel läs- och skrivsvårigheter eller en annan språklig eller kulturell bakgrund har möjlighet att tillgodogöra sig den. Enligt patientföreträdarna behöver barnsjukvården också oftare ta hjälp av tolkar än vad som görs idag.

Möjligheten att läsa journalen på nätet och digitala dokumentationsverktyg såsom Min Vårdplan (på 1177.se) beskrivs kunna underlätta mycket, särskilt om personalen utformar anteckningarna så att de blir till hjälp för barnet. Många ungdomar saknar information och samtal om känsliga ämnen i sina kontakter med vården, enligt intervjupersonerna, till exempel hur deras sjukdom påverkar sexualiteten och hur de ska förhålla sig till alkohol.

I tonåren uppstår ett glapp då varken barn eller föräldrar har tillgång till den elektroniska journalen

Barnets behov av integritet har väglett vissa av de bestämmelser som rör journaltillgången. Föräldrarnas tillgång till barnets elektroniska journal (via 1177.se) begränsas kraftigt från det att barnet fyller 13 år, samtidigt som barnet själv får tillgång till den först vid 16 års ålder. Det innebär i praktiken att det uppstår ett glapp medan barnet är 13-15 år, då varken barn eller föräldrar har tillgång till den elektroniska journalen.

Patientföreträdare beskriver att detta minskar både barns och föräldrars möjligheter att få information och sköta kontakterna med vården. Många ungdomar med nedsatt funktion eller allvarliga sjukdomssymptom behöver hjälp av föräldrarna med att hantera medicinering, tidsbokning och annan administration, men de rådande bestämmelserna gör det svårt.

God tillgänglighet till vården viktigt för att inte hindra barnets friska vardag

För många barn och unga är det viktigt att passa in, och vårdsbesöken kan bli en jobbig påminnelse om att de är "annorlunda". Därför ser patientföreträdarna det som särskilt viktigt att hälso- och sjukvården har en god tillgänglighet, så att besök kan bokas (och bokas om) så att barnet inte missar skola eller andra viktiga aktiviteter. De betonar också hur viktigt det är med kontaktvägar som gör det enkelt för barn och unga att ta hjälp, exempelvis över telefon, om det uppstår problem. Den ökande användningen av digitala kommunikationsverktyg beskrivs som en positiv utveckling, samtidigt som man framhåller att det är viktigt att patienten får kontakt med personer som hen känner.





Fördjupning om individens möjlighet att välja vårdgivare

I det här kapitlet beskriver vi den fördjupning som vi gjort om patientens möjligheter att välja utförare (vårdgivare), vilka beskrivs i patientlagens kapitel 9. Detta är våra huvudsakliga slutsatser:

- I praktiken finns flera olika valfrihetssystem, och förutsättningarna för att välja skiljer sig åt mellan verksamhetsområden och regioner.
- Patienter är generellt positiva till möjligheten att välja vårdgivare.
- I praktiken nyttjas möjligheten att välja i högre utsträckning av yngre och socioekonomiskt starka grupper.
- Närhet till vård är den bakomliggande faktor som i högst utsträckning förklarar hur patienten väljer (särskilt inom primärvård).
- Möjligheten att välja vårdgivare har inte märkbart påverkat de fysiska patientflödena mellan regionerna. Förekomsten av digital utomlänsvård har dock ökat markant.
- Kunskapen om valfrihetens konsekvenser är bristfällig enligt forskning, men även våra intervjuer visar att regionerna behöver mer kunskap.
- Vi ser vissa positiva effekter av valfrihetssystem när det gäller tillgänglighet och i vissa fall kvalitet, i mätningar av patientnöjdhet och hälsoutfall.
- Det finns en risk att bristfälligt reglerade valfrihetssystem har en negativ inverkan på jämlikheten och principen vård efter behov, eftersom den ökade tillgängligheten främst tycks gynna vissa grupper såsom yngre och socioekonomiskt starka grupper med relativt lättare hälsoproblem.



3.1 SÅ HÄR STUDERAR VI MÖJLIGHETEN ATT VÄLJA VÅRDGIVARE

Vår fördjupning gäller individens möjlighet att välja vårdgivare och är avgränsad till offentligt finansierad vård i Sverige. Fördjupningen innehåller flera delar, vilka belyser olika aspekter av valfrihet med utgångspunkt i en rad olika empiriska underlag:

- En beskrivning av de praktiska förutsättningarna för patientens valfrihet (analys av befintlig litteratur).
- Perspektiv på patientens inställning till valfrihet och orsakerna bakom patienters val (patientlagsenkät, intervjuer och litteraturstudie).
- Analys av utomlänsvårdens utveckling (flödesanalyser av registerdata från Socialstyrelsen och SKR).
- Perspektiv på vilka konsekvenser individens möjlighet att välja vårdgivare inom offentligt finansierad vård har fått för hälso- och sjukvården i stort (litteraturstudie, intervjuer och analys av kompletterande litteratur).

3.1.1 Metod och genomförande

Patienter har olika möjligheter att välja och valfrihet kan gälla inom en region, mellan regioner och mellan olika länder.

Vår fördjupning är avgränsad till de val som gäller utförare av offentligt finansierad vård enligt patientlagens nionde kapitel. Vi har alltså inte studerat patienters möjligheter att välja vård utomlands eller den valfrihet som finns genom privat finansierad vård.

Indirekt skulle patientlagen kunna leda till att fler utnyttjar vård utomlands, eftersom informationsplikten på detta område också delvis har utökats (3 kap. patientlagen). Men vi har inte studerat det närmare.

Patienter kan också ha möjlighet till val genom privat finansiering och vi ser bland annat att allt fler personer har en privat sjukvårdsförsäkring i Sverige (Vård- och omsorgsanalys 2020c). Vi belyser dock inte den valfriheten eftersom patientlagens nionde kapitel inte omfattar privat finansierad vård.

Vi har utgått från en rad olika underlag

Fördjupningen av individens möjlighet att välja vårdgivare utgår ifrån en rad olika empiriska underlag vilka presenteras nedan.

I den datainsamling som utgörs av enkäter till patienter och intervjuer med patientföreträdare har vi undersökt val av vårdgivare i bred bemärkelse, det vill säga inom både primärvård och öppen specialiserad vård. Detta gäller även för vår analys av valfrihetens praktiska förutsättningar och den

litteraturstudie som vi låtit genomföra.

I vissa delar har vi valt att fokusera på valfrihet i den öppna specialiserade vården, framförallt när det gäller intervjuerna med regions- och professionsföreträdare. Anledningen är att utbudet och organiseringen av den varierar mer mellan regioner, och att konsekvenserna av valfrihet är mindre undersökt i specialiserad vård än i primärvården. Även i våra flödesanalyser gällande utomlänsvårdens utveckling har vi haft ett större fokus på den öppna specialiserade vården. Vi har dock genomfört vissa analyser av utomlänsvårdens utveckling i primärvården, där vi även belyser digital utomlänsvård (i primärvården). Vår analys begränsas dock av att det saknas nationellt heltäckande och tillgänglig data för primärvården.

I fördjupningen om valfrihet har vi använt följande datakällor (se hänvisningar för en mer utförlig metodbeskrivning):

- Befintlig litteratur på området
- Enkät till patienter (se avsnitt 2.1.1)
- Intervjuer med patientföreträdare (se avsnitt 2.1.2)
- Data från Socialstyrelsens patientregister (se avsnitt 3.4.1)
- Data från SKR om besök i primärvården (se avsnitt 3.4.3)
- Statistik från SKR om digital utomlänsvård (se avsnitt 3.4.4)
- En litteraturstudie av forskning på området (se avsnitt 3.5.2)
- Intervjuer med regions- och professionsföreträdare (se avsnitt 3.5.4)

3.2 I PRAKTIKEN FINNS FLERA OLIKA VALFRIHETSSYSTEM

Enligt kapitel 9 i patientlagen ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, både inom den egna regionen och i alla andra regioner.

I praktiken innebär patientlagens nionde kapitel att patienterna själv kan välja vilken vårdgivare de vill besöka för att få vård, vilket inkluderar både primärvård (t.ex. vård- och hälsocentraler) och öppenvårdsmottagningar för specialiserad vård och behandling (t.ex. allergi, ortopedi eller psykiatri).

Att öka patienters möjlighet att välja vårdgivare betraktas som en viktig åtgärd för att stärka medborgarnas inflytande över sjukvårdssystemet (Nolte m.fl. 2020). Möjligheten att välja vårdgivare är också en del av sjukvårdssystemets ansvarsutkrävande, genom att individer som inte är nöjda med sin vård kan välja en ny vårdgivare och den ekonomiska ersättningen till



vårdgivarna följer patientens val (Smith m.fl. 2012). Givet att vårdgivarna får en minskad ekonomisk ersättning om de blir bortvalda så innebär det i teorin att vårdgivarna anstränger sig mer för att förstå patienters behov och för att tillmötesgå deras preferenser (Winblad m.fl. 2012).

Att öka patienters inflytande genom valfrihet, och därmed konkurrensen mellan vårdgivare (om patienterna), kan dock innebära en risk om vårdgivare blir alltför angelägna om att göra patienter ”nöjda”, till exempel genom att tillgodose önskemål om läkemedelsförskrivning som inte är medicinskt motiverad, eller tillgodose önskemål om vårdpersonalens etnicitet trots att det strider mot svensk diskrimineringslagstiftning (Se t.ex. Läkartidningen 2021). För att motverka sådana risker är det viktigt med både tydliga riktlinjer och uppföljning.

Det kan låta enkelt att alla patienter har möjlighet att välja vårdgivare, men individens valfrihet kompliceras i praktiken av flera faktorer. Regioner har valt olika sätt att organisera och styra vården, vilket innebär att utbudet av vårdgivare skiljer sig åt. Därutöver kan väntetiderna hos olika vårdgivare variera, och remisskraven är inte desamma i alla regioner.

Regionerna har också genom patientlagen fått delvis andra förutsättningar för att organisera och planera vården, eftersom vårdgivare som är etablerade i en region på ett tydligare sätt kan erbjuda vård till patienter från hela landet.

3.2.1 Valmöjligheterna påverkas av hur regionerna väljer att organisera sitt utbud av privata och offentliga vårdgivare

Patientlagens skrivelser om möjligheten att välja vårdgivare är viktiga att särskilja från det regelverk som möjliggör för privata vårdgivare att bli leverantörer av offentligt finansierad vård, såsom genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Vård som organiseras enligt LOV kallas i dagligt tal för vårdval. Det innebär att alla vårdgivare som uppfyller regionens krav har rätt att skriva avtal och få ersättning från regionen när de utför vård enligt avtalet. Sedan 2010 är vårdval obligatoriskt för regionerna när det gäller primärvård, men valfritt när det gäller öppen specialiserad vård. Möjligheten att välja vårdgivare som anges av patientlagen är således densamma för alla patienter, men förekomsten av vårdval som ett sätt att organisera vården på kan variera mellan regionerna.

Etableringsfrihet för vårdgivare genom vårdval kan öka utbudet av vårdgivare, men det finns flera andra sätt för regionerna att organisera vårdutbudet så att patienterna har möjlighet att välja. För det första

driver regionerna verksamheter i egen regi. För det andra kan regionerna upphandla specifika vårdtjänster från privata vårdgivare i enlighet med lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Jämfört med LOV, ger LOU en större möjlighet för regionerna att styra etableringen av privata vårdgivare. Värt att notera är att regionerna vid tillämpning av både LOV och LOU också kan påverka förutsättningarna för vårdgivarnas etablering och vårdutbud genom de avtalade villkor som avgör den ekonomiska ersättningen. Ersättningsmodeller styr också ersättningen till vårdgivare som drivs av regionerna. För en genomgång av tillämpningar och effekter av ersättningsmodeller i svensk kontext se Lindgren (2014) och (2019).

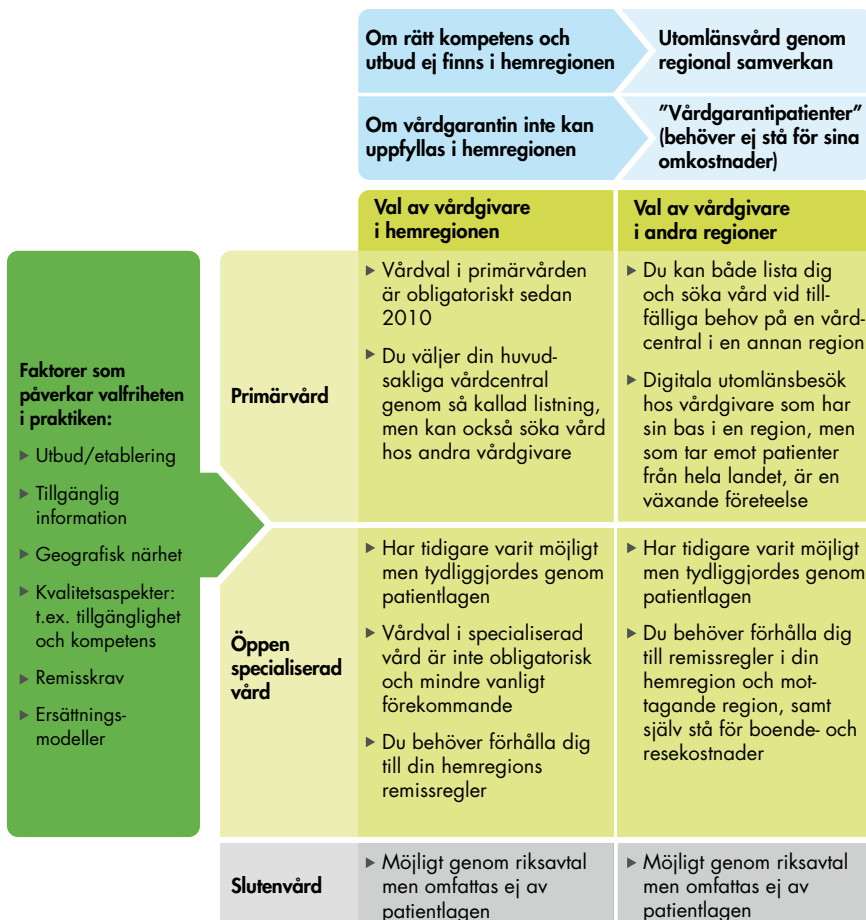
Utbudet av vårdgivare kompletteras också av att privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter kan vara anslutna till den så kallade nationella taxan och därigenom erbjuda sina tjänster i enlighet med lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. I praktiken finns det dock relativt få anslutna aktörer och möjligheten till nya anslutningar är stängd sedan 1995.

Sammanfattningsvis påverkas valfrihetssystemen av många olika faktorer och utbudet av både privata och offentliga vårdgivare som patienten har att välja mellan varierar mellan verksamhetsområden och regioner.

Följande avsnitt (3.2.2–3.2.4) ger en bild av hur valfriheten inom både primärvård och öppen specialiserad vård har utvecklats över tid, och beskriver de faktorer och regionala skillnader som i praktiken påverkar patienters valfrihet. Figur 19 ger en illustrativ bild över valfrihetssystemen i den offentligt finansierade vården i Sverige.



Figur 19. Illustration av patientens valfrihet i offentligt finansierad vård i Sverige.



3.2.2 Valfrihet i primärvården

Valfriheten i primärvården har växt fram under lång tid

I och med patientlagen 2015 tydliggjordes möjligheten att välja vårdgivare i primärvården, inte bara i den egna regionen utan också i hela landet. Utvecklingen mot en ökad valfrihet inom den egna regionen hade dock pågått sedan vårdval (enligt LOV) blev obligatoriskt i primärvården 2010. Möjligheten att få vård i andra regioner vid tillfälliga och omedelbara behov hade också sedan länge gällt enligt hälso- och sjukvårdslagen (8 kap 3 § HSL).

Stora skillnader i utbud och förekomst av privata vårdgivare när det gäller fysiska vårdcentraler

För att patienter ska ha valfrihet behöver det finnas vårdgivare att välja mellan inom ett rimligt avstånd. Våra tidigare utvärderingar har visat att tillgängligheten överlag ökade i och med vårdvalsreformen i primärvården, men att det finns stora regionala skillnader i tillgänglighet och utbud i primärvården (Vård- och omsorgsanalys 2014a). Våra tidigare utvärderingar har också visat att den förbättrade tillgängligheten fördelades ojämnt mellan olika befolkningsgrupper (Vård- och omsorgsanalys 2013b; 2014a; 2015b).

Sedan vårdvalet infördes (2010) har nya vårdgivare framförallt etablerats i storstäder och befolkningstäta regioner, medan antalet vårdcentraler är relativt oförändrat i många regioner i norra Sverige (Vård- och omsorgsanalys 2015b). Vidare har de flesta nyetableringar kommit i områden med redan god tillgänglighet och i områden med fördelaktig socioekonomisk profil (Vård- och omsorgsanalys 2017c).

Andel privata vårdgivare som är verksamma i primärvården skiljer sig åt mellan regioner, där till exempel Stockholm och Västmanland har en hög andel (68 respektive 61 procent) jämfört med till exempel Örebro och Norrbotten (14 respektive 15 procent) (SOU 2019:42).

Möjligheten att välja primärvård i andra regioner skapade gynnsamma förutsättningar för digitala vårdgivare

Patientlagens bestämmelser, med ett ökat fokus på valfrihet i andra regioner, bidrog till att vårdgivare med ett utbud av digitala vårdtjänster kunde erbjuda dessa till personer över hela Sverige. När lagen infördes hade ett antal digitala vårdgivare etablerat sig som underleverantörer till fysiska vårdcentraler i regioner där man börjat tillåta digitala vårdbesök som grund för ekonomisk ersättning i primärvården. Patientlagen skapade i sin tur möjligheter för patienter från samtliga regioner i Sverige att söka vård hos de digitala vårdgivarna. För de flesta patienter klassas vårdkontaktarna som utomlänbesök och debiteras patientens hemregion, eftersom de själva inte är folkbokförda i regionerna där de digitala vårdgivarnas avtal är tecknade.

Nyttjandet av digitala vårdtjänster har ökat kraftigt under de senaste åren, bland annat pådrivet av den aktuella pandemi-situationen (SKR 2021a; Vård- och omsorgsanalys 2021b). Vi ser även att fysiska vårdcentraler, i både privat och regional regi, i rask takt utvecklar egna digitala plattformar för att kunna bedriva digital vård, som ett komplement till fysiska besök (så kallad digifysisk vård). De tidigare renodlat digitala vårdgivarna har också börjat



etablerat fysiska vårdcentraler i flera regioner (Dahlgren m.fl. 2020). Detta komplicerar bilden av digitala vårdtjänster.

3.2.3 Valfrihet i den öppna specialiserade vården

Valfriheten i öppen specialiserad vård har historiskt varit mindre utvecklad

Med patientlagen blev det tydligare att patienter kan välja vårdgivare också i den öppna specialiserade vården, vilket tidigare hade varit mindre i fokus jämfört med valfrihet i primärvården.

En rad reformer gjorde det dock möjligt för patienter att välja vårdgivare i specialiserad vård långt innan patientlagen infördes. Redan 1991 utfäste Landstingsförbundet en frivillig rekommendation till landstingen om att utöka valfriheten, vilket i praktiken innebar att patienter kunde välja vårdgivare både inom sitt hemlandsting och över hela landet (Winblad 2010).

Att söka specialiserad vård i andra regioner innebär ett större åtagande för patienten

Även om patientlagen beskriver likvärdiga möjligheter för patienter att välja vårdgivare i den egna eller i andra regioner, så får patienter som själva söker vård i andra regioner stå för sina boende- och resekostnader. Detta gäller dock inte om patienten har hänvisats till andra regioner på grund av att hemregionen inte kunnat leva upp till vårdgarantin.

Patienter måste också förhålla sig till de remissregler som finns för den öppna specialiserade vården i den region där de söker vård. De måste följa dessa krav för att hemregionen ska bli betalningsskyldig för vården (SKR 2015). Vårdgarantin gäller inte heller för vård som patienten själv söker i andra regioner, utan enbart när hen först sökt vård i sin hemregion.

Kraven på remiss i öppen specialiserad vård varierar stort över landet

I de fall patienten måste ha en remiss för att få tillgång till öppen specialiserad vård, innebär det att primärvården (eller annan specialistmottagning) i ett första steg har bedömt patientens vårdbehov. Ibland finns också möjligheten att själv söka vård i den specialiserade vården genom en så kallad egenremiss. Men en remiss garanterar inte att en patient får en viss vård, utan det är den medicinska bedömningen som avgör om patienten ska få vård och i så fall på vilken nivå.

Regionerna har olika remissregler inom den öppna specialiserade vården och den som söker vård eller utfärdar en remiss behöver ta reda på vilka regler som gäller för olika mottagningar. Sju regioner har i dagsläget inga remisskrav alls i den öppna specialiserade vården, medan resten har remisskrav inom ett eller flera vårdområden. Det vanligaste kravet är remiss från läkare vid neuropsykiatrisk utredning och Region Stockholm är den region som har remisskrav inom flest vårdområden, varav många gäller den specialiserade vården som omfattas av vårdval (SKR 2021d).

Viss tillämpning av vårdval har skapat en utbudskoncentration med tyngdpunkt i befolkningsrika regioner

Under de senaste två decennierna har vissa regioner valt att stärka valfriheten i den specialiserade vården genom att organisera den i vårdval (enligt LOV), med fri etablering för vårdgivare. Detta har skett på regionernas eget initiativ, till skillnad från den obligatoriska tillämpningen av vårdval i primärvården.

Vårdvalen inom den specialiserade vården har utformats på olika sätt; vissa utgår från att fristående vårdgivare får erbjuda vård inom en viss specialitet (t.ex. för ögonsjukvård) och andra utgår mer från specifika behandlingar eller diagnosgrupper (t.ex. höft- och knäprotesoperationer) (Anell 2013). Utvecklingen mot att alltmer specialiserad vård erbjuds utanför sjukhusen är dock en generell trend i Sverige (oberoende av vårdvalen), i syfte att motverka att patienter som inte behöver sjukhusets omfattande resurser vårdas på sjukhus (Anell m.fl. 2012).

Utvecklingen av vårdval i specialiserad vård är koncentrerad till ett fåtal regioner, framförallt Stockholm, Uppsala och Skåne. Där inrättades tidigt vårdval inom bland annat ortopedi, ryggkirurgi och gynekologi. Dessa regioner har sedan 2009 huvudsakligen haft en borgerlig majoritet och det har funnits en uttalad politisk ambition att använda vårdval för att öka valfriheten och tillgängligheten till vård. Regionerna har också goda befolkningsmässiga förutsättningar för att vårdgivare ska vilja etablera verksamhet. Stockholm tillämpar i dag flest valfrihetssystem i den specialiserade vården, totalt 27 stycken, följt av Region Uppsala och Region Skåne som har 6 vårdval vardera inom den specialiserade vården. Regionerna Gotland, Blekinge, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten har i dagsläget inga sådana vårdval, vilket delvis kan förklaras av att de har en mindre befolkning och därmed sämre förutsättningarna för etablering. Alla dessa regioner har också (sedan 2009) haft ett huvudsakligt vänsterstyre eller blocköverskridande styre, där valfrihetsfrågan har varit mindre i fokus (SKR 2020b).



Utbudet av vårdgivare med olika avtal kan vara svårt att överblicka för patienter

Utbudet av vårdgivare påverkas också av att många regioner upphandlar specifika vårdtjänster genom att teckna avtal med enskilda (privata) vårdgivare, i enlighet med LOU. Skillnaden mot vårdvalsmodellens fria etablering är att regionerna då har större kontroll över hur många vårdgivare som kontrakteras och var, och mer direkt kan reglera vårdgivarens patientvolym genom avtal. Utbudet av vårdgivare kompliceras ytterligare av att vissa regioner etablerat samverkansavtal med närliggande regioner för att bättre utnyttja tillgänglig kapacitet och kompetens i ett större geografiskt område (se t.ex. samverkansavtal i Västra sjukvårdsregionen). Det finns också vårdgivare som har ett regionsövergripande ansvar för särskilda vårdinsatser (exempelvis inom cancervården).

För patienter innebär detta att utbudet av vårdgivare kan vara svårt att överblicka och förstå, eftersom sammansättningen av privata och offentliga vårdgivare med olika typer av uppdrag varierar mellan verksamhetsområden och regioner.

3.2.4 Valfrihet i slutenvården regleras inte i patientlagen men är möjligt genom riksavtalet

Patientlagens skrivelser om valfrihet omfattar enbart vårdgivare i öppen vård och gäller därmed inte slutenvård. I praktiken är det dock möjligt att välja slutenvård i andra regioner genom regionala överenskommelser. I riksavtalet för utomlänsvård rekommenderas att patienter ska erbjudas möjlighet att få välja sluten vård i andra regioner, men att vårdbehovet först ska fastställas och godkännas av hemregionen. Avtalet klargör dock att regioner inte får prioritera planerad sluten vård av utomlänspatienter på bekostnad av de egna invånarnas vårdbehov (SKR 2015).

3.3 PATIENTERS INSTÄLLNING TILL OCH ERFARENHETER AV ATT VÄLJA

Tidigare utvärderingar har visat att kännedomen om valfrihet i primärvården överlag är god, 95 procent av befolkningen uppgav 2013 att de kände till möjligheten att välja vårdgivare. Tidigare undersökningar har också visat att en övervägande majoritet (76 procent) anser att det är viktigt att få välja vårdcentral (Vård- och omsorgsanalys 2013a), vilket bekräftas av empiriska studier från både Sverige och Europa (Nolte m.fl. 2020; Winblad m.fl. 2012).

Patienter som gör aktiva val av vårdgivare har även varit mer nöjda med vården (Winblad m.fl. 2012).

Samtidigt är det en betydligt mindre andel av befolkningen som gör aktiva val, och informationsbrist har angivits som ett vanligt hinder för att byta vårdgivare (Vård- och omsorgsanalys 2013a). Studier av valfrihetssystem i flera europeiska länder visar också att vissa grupper, exempelvis personer med lägre utbildningsnivå, har svårare att ta till sig informationen om de valmöjligheter som finns och är därmed mindre benägna att välja vårdgivare (Nolte, 2020).

Experimentella studier bekräftar bilden av att information är en viktig faktor. Vid utskick av information som möjliggör jämförelser av olika vårdgivare inom primärvården ökade benägenheten att göra aktiva val (Anell m.fl. 2021).

Vår patientlagsenkät visar också att patienter generellt är positiva till möjligheten att välja vårdgivare, men i praktiken nyttjas möjligheten i högre utsträckning av vissa grupper, såsom yngre och socioekonomiskt starka personer. Närheten till vårdgivare är den faktor som har störst påverkan på patienternas val, särskilt i primärvården.

3.3.1 Patienter är generellt positiva till möjligheten att välja

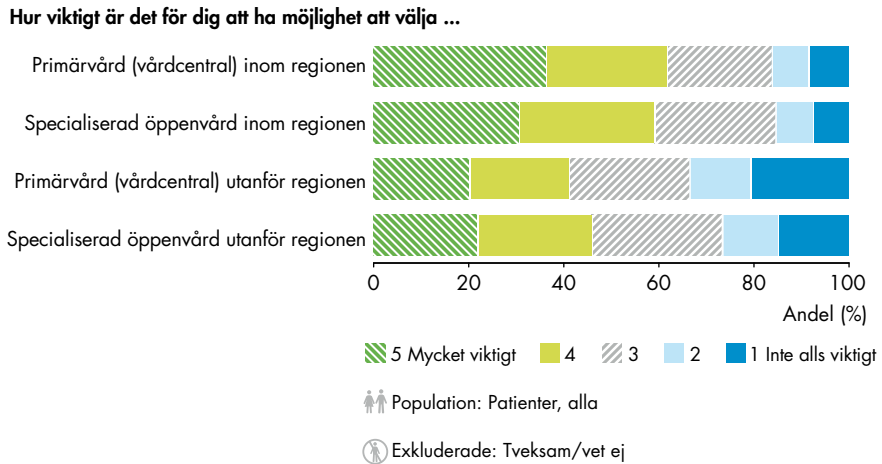
De flesta patienter tycker att det är viktigt att kunna välja mellan olika vårdgivare, inom eller utanför sin region. I patientlagsenkäten frågade vi om inställningen till valmöjligheten, och figur 20 visar att andelarna för de två mest positiva svarsalternativen är högre än de två mest negativa.

Vi ser tydligast positiva attityder till val av vårdgivare inom hemregionen. Cirka 62 procent av patienterna ser det som viktigt att kunna välja vårdgivare inom primärvården, medan något färre, cirka 59 procent, anser att valmöjligheten är viktig inom den specialiserade öppenvården.

För möjligheten att välja vårdgivare utanför sin hemregion ser vi också övervägande positiva attityder: 41 procent av patienterna anser att det är viktigt att kunna välja primärvård i en annan region, och 46 procent anser att möjligheten är viktig inom den specialiserade öppenvården i någon annan region.



Figur 20. Patienters inställning till möjligheten att välja mellan olika vårdgivare.



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientflagsenkät 2020.

3.3.2 Erfarenheter av att välja vårdgivare inom sin region

De flesta väljer mellan vårdcentraler i sin region

En majoritet av patienterna (76 procent) som svarade på vår enkät 2020 uppger att de har valt mellan olika vårdcentraler och hälsocentraler inom den region som de bor i. Det är inte lika vanligt att de har valt mellan olika vårdgivare i öppen specialiserad vård i sin egen region (34 procent).

Patienter har olika skäl till att välja vårdgivare i primärvård eller övrig specialiserad öppenvård inom regionen

Patienterna som svarade på enkäten fick följdfrågor om anledningarna till att de nyttjat sin valmöjlighet eller inte. Totalt 63 procent av patienterna ser ”geografisk närhet” som en av de viktigaste anledningarna till sitt val av vårdcentral. Därefter anges kvalitet (31 procent) och väntetider (18 procent) som de vanligaste bakomliggande orsakerna.

Bland patienter som valt vårdgivare inom den specialiserade öppenvården är vård av hög kvalitet den viktigaste anledningen, med 44 procent. Därefter kommer geografisk närhet med 37 procent, och korta väntetider med 29 procent.

Även vad gäller anledningarna till att patienterna inte väljer vårdgivare ser vi vissa likheter och skillnader mellan primärvården och den specialiserade öppenvården. Totalt 52 procent av de patienter som inte har valt vårdcentral

svarar att de inte haft något behov av det, och motsvarande andel för val av specialiserad öppenvård är 56 procent. Vad gäller primärvården är andra angivna skäl bland annat att det var svårt att avgöra vad som skiljer utförarna åt, att det inte fanns något att välja bland och att de inte visste hur de skulle gå till väga.

Bland de patienter som inte valt specialiserad öppenvård svarar 15 procent att de inte kände till att möjligheten finns, som anledning till att de inte valt. Vidare svarar 14 procent av patienterna att de inte fick möjlighet att välja, exempelvis genom att de fick en remiss utan att själv få välja vårdgivare.

3.3.3 Erfarenheter av att välja vårdgivare i en annan region

Mer ovanligt att patienter väljer vårdgivare utanför sin region

I patientlagsenkäten svarar 15 procent av patienterna att de valt en vårdcentral i en annan region än den de bor i, och 5 procent att de sökt vård hos en digital vårdgivare utöver sin vanliga vårdcentral. Resten har inte valt primärvård i en annan region: 66 procent uppgav att det var för att de inte haft behov av det och 14 procent för att de inte kände till att möjligheten finns.

Totalt 11 procent av patienterna har valt och fått vård inom den specialiserade öppenvården i en annan region. Nästan lika många (8 procent) svarar att de har sökt specialiserad öppenvård i en annan region men blivit nekade vård, till exempel för att kostnaderna för deras region ansågs för höga eller på grund av remissregler.

Patienter väljer vårdgivare i andra regioner av andra anledningar

Vi ser att patienter anger något annorlunda anledningar till att välja vårdgivare i en annan region än inom sin region. Bland de patienter som valt primärvård i en annan region anser 60 procent att vårdcentralen på det hela taget är bättre än vårdcentralerna i deras hemregion. Dessutom svarar 34 procent att det är närmare till vårdgivaren i en annan region, och 26 procent att de befann sig i en annan region när de behövde söka vård.

Av de patienter som valt vårdgivare inom den övriga specialiserade öppenvården uppgår 42 procent att kvaliteten på vården är en av de huvudsakliga anledningarna. Kortare väntetider är den näst vanligaste anledningen, med 33 procent, och 27 procent av patienterna uppgår att de vänt sig till en annan region på grund av bristande vårdutbud i sin region.

Anledningarna till att patienter inte valt vårdgivare i den specialiserade öppenvården liknar de som vi ser bland patienter som inte valt primärvård i en annan region. Men det är betydligt fler (82 procent) som uppgett att de



inte haft behov av att välja vårdgivare inom den specialiserade öppenvården i en annan region. 12 procent svarar att de inte kände till att möjligheten finns, medan 5 procent anger att det finns vårdgivare att välja mellan i hemregionen.

3.3.4 Vissa grupper väljer vård i större utsträckning än andra

Valmöjligheter inom vården nyttjas i olika utsträckning av olika personer. Med hjälp av regressionsanalyser har vi, utifrån svaren i vår patientlagsenkät, undersökt vad som kan påverka patienters inställning till valmöjligheterna och i vilken utsträckning olika grupper uppger att de väljer vård. Det gäller alltså om de valt mellan olika vårdcentraler och hälsocentraler i primärvården eller mellan olika vårdgivare inom den specialiserade öppenvården (se tabell 5, bilaga 7.1.2).

Resultaten visar att vissa grupper har högre sannolikhet för att välja vårdgivare inom primärvård och specialiserad öppenvård, både inom och utanför regionen. Inställningen till valmöjligheten varierar också, men patienternas attityd speglar inte alltid om och hur de i praktiken väljer vård.

Det är mer sannolikt att män väljer vårdgivare i en annan region än den de bor i. Samtidigt är det mindre sannolikt att män väljer mellan olika vårdcentraler inom sin hemregion, jämfört med kvinnor. Män tycker dock generellt att valmöjligheten är mindre viktig, medan kvinnor tenderar att vara mer positivt inställda till den.

Äldre personer (65 år och äldre) är genomgående mindre benägna att välja vårdgivare, oavsett om det rör sig om vård inom eller utanför sin region. Dessa patienter är även förhållandevis mindre positiva till valmöjligheten. Vad gäller specialiserad öppenvård inom regionen samt primärvård och specialiserad öppenvård utanför regionen är det mer sannolikt att den yngsta gruppen (16–29 år) väljer vårdgivare. Samtidigt är det mindre sannolikt att de väljer primärvård inom sin hemregion i jämförelse med övriga åldersgrupper.

Vad gäller utbildning hittar vi ett antal signifikanta samband. Patienter med eftergymnasial utbildning är mer benägna att välja vårdgivare, och patienter med gymnasial utbildning har högre sannolikhet för att välja primärvård i en annan region jämfört med patienter som enbart har grundskoleutbildning.

Patienter med utländsk bakgrund är mer benägna att välja specialiserad öppenvård inom sin hemregion, och primärvård samt specialiserad öppenvård i en annan region, än patienter med svensk bakgrund. De med utländsk bakgrund tenderar även att vara mer positivt inställda till

möjligheten att välja vårdgivare. De personer med utländsk bakgrund som svarat på vår patientlagsenkät är dock inte representativa för gruppen som helhet eftersom enkäten var på svenska, och resultaten skiljer sig från våra analyser av registerdata (se avsnitt 3.4.2).

De ovan nämna sambanden är kontrollerade för varandra och för en rad andra faktorer, bland annat självs kattad hälsa, långvarig sjukdom, fast läkar- eller vårdkontakt och kommundyp samt huruvida patientens vård hade blivit påtagligt påverkad av pandemin.

I analyserna framkommer även att patienter med fast läkar- eller vårdkontakt är mer benägna att välja vårdgivare. De med bra hälsa tycks vara mindre benägna att välja utomlänsvård samtidigt som det är mer sannolikt att patienter med långvariga sjukdomar väljer vårdgivare överlag. Troligen påverkas dessa samband av att vi inte tagit hänsyn till personers vårdkonsumtion i analyserna. Resultaten skiljer sig från de analyser som vi genomfört av skillnader mellan grupper i faktisk utomlänskonsumtion (se avsnitt 3.4.2).

Vi finner få signifikanta samband mellan kommundyp och att välja vårdgivare. Patienter som bor i täta kommuner nära en större stad eller i en storstadskommun är dock mer benägna att välja primärvård inom sin hemregion, medan patienter som bor i en avlägset belägen landsbygdskommun däremot är mer benägna att välja primärvård i en annan region (se tabell 5, bilaga 7.1.2).

3.3.5 Ur våra intervjustudier: vad tycker patienter om möjligheten att välja vårdgivare?

I våra intervjuer med patientföreträdare (vilka presenteras mer utförligt i avsnitt 2.14) berörs frågan om patienters möjligheter att välja vårdgivare.

Närhet och kontinuitet ofta viktigare än att få välja

Flera patientföreträdare beskriver att geografisk närhet är viktigare för många patienter än att ha stor valfrihet. Närhet är en förutsättning för att patienten kontinuerligt ska kunna besöka vården, men det kan också vara betydelsefullt att mottagningen ligger i ett område som är bekant för patienten.

” För patienterna är vård på nära håll det viktigaste, att det ligger geografiskt nära och att det sker i ett format som patienterna kan hantera, där de känner sig trygga. Det är viktigare än att välja mellan olika vårdgivare.”



Valfrihet kan också ha ett stort värde för enskilda patienter

Intervjupersonerna beskriver samtidigt att valfriheten kan ha ett stort värde för vissa patienter. Det kan vara en viktig faktor i ”jakten på rätt kompetens”, exempelvis för barn med behov av cancerrehabilitering som inte finns i den egna regionen eller för äldre patienter som söker sig till en vårdcentral just för att de är kunniga inom demensområdet. Arbetssätt och bemötande beskrivs också som viktiga faktorer som kan göra att patienter vill byta mottagning.

Vallet är alltför krävande för vissa patienter

Ett system som bygger på att patienten själv ska välja beskrivs som alltför krävande för många patienter, exempelvis personer med psykisk sjukdom eller kognitiva nedsättningar. Flera patientföreträdare sätter också frågan om valmöjligheter i ett större perspektiv och betonar vikten av att alla har tillgång till vård av god kvalitet och att det inte ska vara beroende av individens förmåga att göra rätt val.

Tillgången till val varierar stort – indikation att privat finansierad vård ökar

I många regioner finns i praktiken inte så mycket att välja mellan, på grund av begränsningar i vårdutbudet och tillgången till vård, framförallt med långa väntetider inom den specialiserade vården.

Företrädare för patienter med psykisk sjukdom ser tecken på att fler patienter söker helt privat finansierad vård, framför allt för psykologisk behandling, på grund av de orimligt långa väntetiderna i psykiatrin.

” I praktiken finns det inga val, för det är så otroligt ont om tillgången till de mottagningar som har specialistkompetens.”

Kunskapen är låg och informationen om valmöjligheter upplevs bristfällig

Företrädarna menar att patienterna vet för lite om sina valmöjligheter och om utbudet. Många patienter upplever också att regionen inte ger tillräcklig information om hur man gör för att välja.

3.3.6 Aktuell forskning om patienternas attityder till valfrihet och om vilka som väljer vårdgivare

I litteraturstudien av aktuell forskning som vi låtit genomföra (se avsnitt 3.5.1 för en mer utförlig beskrivning) återfanns studier om faktorer som påverkar

patienters faktiska val och skillnader mellan olika patientgruppers val (se tabell 13, bilaga 7.5 för referenser). Studierna bekräftar delvis resultaten från vår enkätundersökning, till exempel har empiriska studier visat att geografisk närhet är en mycket viktig faktor när patienter väljer vårdgivare. Litteraturgenomgången har dock inte syftat till att vara heltäckande på detta område.

Närhet har störst påverkan på patienters val av vårdgivare

De aktuella studierna i litteraturgenomgången kommer från länder utanför Sverige och har genomförts i den specialiserade vården. Resultaten visar tydligt att närhet till vårdgivare värderas högt av de flesta patienter (Aggarwal m.fl. 2017; Kim m.fl. 2017) och är den största förklaringsfaktorn när patienter väljer vårdgivare (Smith m.fl. 2018). Flera studier pekar också ut tillgänglighet (t.ex. i form av väntetider) som en viktig faktor (Kim m.fl. 2017; Sivey 2012), men dock med ett mindre förklaringsvärde för patientens val än geografisk närhet (Seghieri m.fl. 2018).

Studier pekar också på att kvalitet har betydelse, men det har varit svårt att fastställa i vilken utsträckning patienter faktiskt använder kvalitetsinformation vid val av vårdgivare (Aggarwal m.fl. 2017; Ruwaard & Douven 2018).

Resultaten liknar i stort slutsatserna från en liknande litteraturgenomgång som samma forskargrupp tidigare genomfört för vår räkning. Då var en central slutsats att valet av vårdgivare i hög utsträckning baserades på närhet, tillgänglighet och vårdgivarens rykte, samtidigt som information om medicinsk kvalitet sällan låg till grund för patientens val (Winblad m.fl. 2012).

Patienter med hög socioekonomisk status är mer benägna att välja

Litteraturstudien visar att individer med hög socioekonomisk status är mer benägna än andra när det gäller att välja vårdgivare, vilket har observerats i svenska studier av primärvård (Isaksson m.fl. 2018) och specialiserad vård (Hanning m.fl. 2012) men också i internationella studier (Bartholomew m.fl. 2015). I den tidigare litteraturgenomgången visade internationella studier att hög utbildningsnivå var en viktig förklaringsfaktor bakom ökad benägenhet att välja. Däremot saknades svenska studier på området (Winblad m.fl. 2012).



3.4 UTOMLÄNSVÅRDENS UTVECKLING

Våra analyser av utomlänsvårdens utveckling över tid tyder på att patientlagens bestämmelser om möjligheten att välja vårdgivare inte har påverkat de fysiska patientflödena över regiongränserna på något märkbart sätt.

Den digitala utomlänsvården bör dock betraktas som ett separat fenomen, för under de senaste åren ser vi markanta ökningar i konsumtionen av digital primärvård i andra regioner än hemregionen.

3.4.1 I den öppna specialiserade vården ser vi marginella förändringar

Patienter har möjlighet att välja vårdgivare i den region där de är folkbokförda eller i en annan region, samt vård utomlands. Vår analys av patientflöden fokuserar på förändringar i patientflöden mellan regioner inom öppenvård, eftersom skyldigheten att erbjuda vård över regions-gränser utvidgades i och med patientlagen. Vi har även valt att komplettera med data för den specialiserade slutenvården, trots att denna vård inte regleras av patientlagen när det gäller valmöjlighet.

Med hjälp av Socialstyrelsens patientregister (PAR) har vi analyserat patientflöden mellan regioner 2010–2019. Urvalet liknar det som vi använt i tidigare analyser på området (Vård- och omsorgsanalys 2017b). Vi har tittat på fysiska besök och valt att utesluta andra typer av vårdkontakter såsom telefonkontakter. Psykiatrin ingår, till skillnad från i den tidigare uppföljningen 2017. När vi undersöker den specialiserade öppenvården utgår vi från vårdbesök, och för slutenvården tittar vi på antal vård dagar.

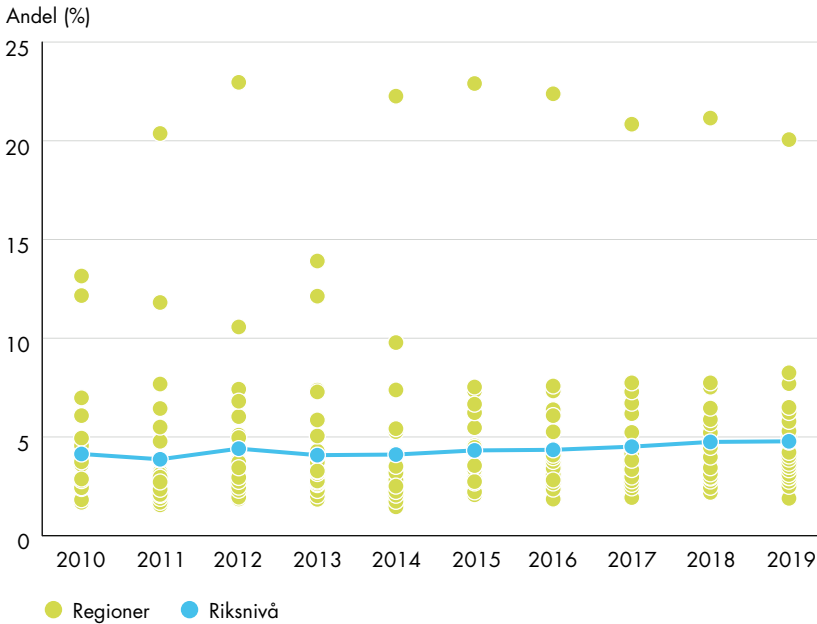
Utomlänsvård motsvarar vård som utförts i en annan region än patientens hemregion. Däremot har vi inte haft möjlighet att undersöka orsakerna till utomlänsvården. Utvecklingen som redovisas avser all utomlänsvård, oavsett om det gäller oplanerad vård för patienter som befinner sig i en annan region, remitterade patienter på grund av att insatsen inte erbjuds i hemregionen, remitterade patienter för att vårdgarantin inte kan uppfyllas av hemregionen eller patienter som aktivt valt att söka vård i en annan region.

Vi ser ingen betydande förändring i den totala andelen utomlänsvård, vilket pekar på att patienterna inte heller har förändrat sina aktiva val eller sökmönster med anledning av patientlagen. Om patienter i högre utsträckning valde vårdgivare i andra regioner skulle det troligen avspeglas i en tydligare ökning av den totala utomlänsvården.

Marginellt högre andel utomlänsvård i den specialiserade öppenvården

Andelen utomlänsvård inom den specialiserade öppenvården har ökat successivt men marginellt sedan 2013. Liksom i tidigare undersökningar (Vård- och omsorgsanalys 2017b) kan vi inte se någon skillnad i utvecklingen mellan åren före och åren efter det att patientlagen trädde i kraft 2015. År 2019 låg andelen utomlänsvård inom den specialiserade öppenvården på cirka 4,7 procent, vilket kan jämföras med 4,1 procent för 2010. I figur 21 har vi skiljt ut riksgenomsnittet (blåa linjen) från samtliga regioners andel utomlänsproduktion (prickar). Andelen utomlänsproduktion avser den vård som patienter från andra regioner får i regionen, i relation till all vård som produceras i regionen.

Figur 21. Andel utomlänsbesök i specialiserad öppenvård.



Not: Andel läkarbesök till specialiserad öppenvård (utomlänsbesök) som skett i en annan region än patientens hemregion, nedbrutet på region och år.

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret (PAR).

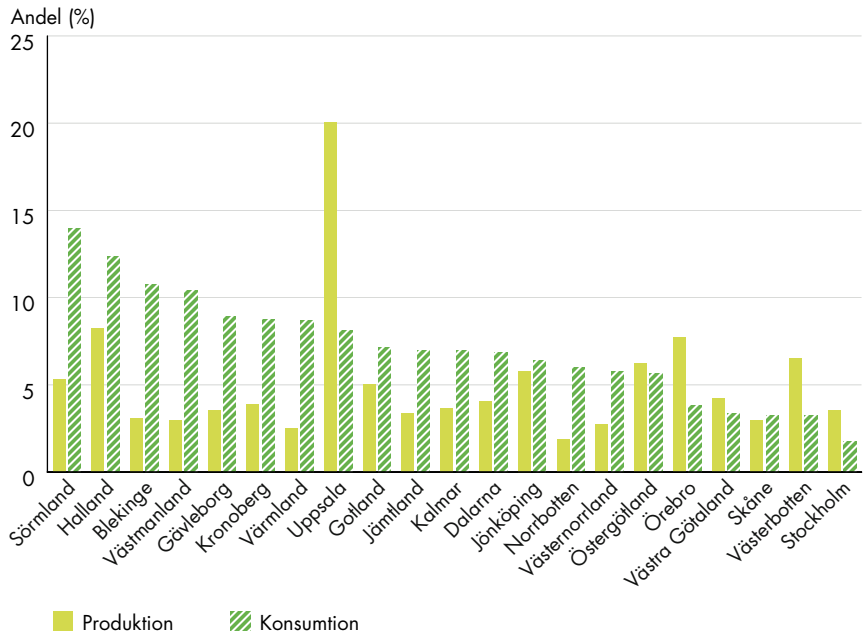


Utomlänsproduktion och utomlänskonsumtion varierar mellan regioner

Det är framför allt personer i regioner med högt invånarantal som tenderar att konsumera specialiserad öppenvård inom sin egen region. Detta har vi också konstaterat tidigare (Vård- och omsorgsanalys 2017b). Figur 22 visar regionernas utomlänsproduktion och utomlänskonsumtion av vård under 2019. Utomlänskonsumtion avser andelen vård som invånarna i en viss region får i andra regioner, i relation till den totala mängden vård som konsumeras i regionen.

Patienter som konsumerar vård i andra regioner tenderar ofta att komma från till ytan mindre regioner som ligger i närheten av större regioner. Invånarna i regionerna Halland, Södermanland och Blekinge får i högst utsträckning vård i en annan region. Invånarmässigt mindre regioner med universitetssjukhus tenderar att ha en högre andel utomlänsproduktion jämfört med andra regioner, exempelvis Örebro, Uppsala, Västerbotten och Östergötland. Region Uppsala producerar i särklass mest utomlänsvård, i relation till sin totala vårdproduktion.

Figur 22. Andel utomlänsproduktion samt utomlänskonsumtion för olika regioner, 2019.



Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret (PAR).

Ett fåtal medicinska verksamhetsområden står för en stor del av utomlänsvården

För att ta reda på vad utomlänsvården består av har vi valt bryta ned statistiken på så kallade medicinska verksamhetsområden (MVO) som anger vilken specialitet eller inriktning vården har. Vi kan då konstatera att ett fåtal MVO:er står för en hög andel av det totala antalet utomlänsvårdsbesök. Tio av de över hundra MVO grupper som ingått i vår analys står sammanlagt för cirka 70 procent av all utomlänsvård inom den specialiserade öppenvården.

Ortopedi och ögonsjukvård är de vårdområden som står för störst andel av utomlänsvården i Sverige; för den ortopediska vården var andelen ungefär 16 procent 2019, med en tydlig ökning sedan 2014. Ögonsjukvården stod för drygt 14 procent av all utomlänsvård samma år, med en viss minskning sedan 2014 då andelen var cirka 21 procent. Vi ser även att utomlänsvården har ökat kraftigt inom rehabiliteringsmedicinsk vård, från cirka 0,1 procent 2014 till 4,5 procent 2019. Övriga MVO:er är relativt stabila över tid.

Andelen utomlänsvård i den specialiserade slutenvården är något högre

Inom den specialiserade slutenvården är andelen utomlänsvård något högre än i den specialiserade öppenvården: cirka 5,9 procent respektive 4,7 procent 2019. Vi ser även en marginell ökning av andelen utomlänsvård inom den specialiserade slutenvården över tid. Den genomsnittliga vårdtyngden är högre inom den specialiserade slutenvården jämfört med i öppenvården. Vi ser också, i likhet med andra studier (Socialstyrelsen 2018b), att vårdtyngden inom den specialiserade slutenvården är högre för utomlänsvården jämfört med slutenvården som inte avser utomlänsvård.

3.4.2 Vissa grupper är mer benägna att använda utomlänsvård inom den specialiserade öppenvården

Vissa grupper av patienter nyttjar utomlänsvård inom den specialiserade öppenvården i högre grad än andra. Med hjälp av logistiska regressioner (se bilaga 7.4) kan vi konstatera att det är mer sannolikt att män nyttjar utomlänsvård jämfört med kvinnor. Det gäller också patienter 20–49 år jämför med de som är äldre och de som är yngre. Dessutom nyttjar svenskfödda patienter utomlänsvård i högre utsträckning än utlandsfödda, och personer med eftergymnasial utbildning i högre grad än personer med kortare utbildning.



Utomlänsvård i specialiserad öppenvård tenderar att vara mindre vårdtung

Den genomsnittliga vårdtyngden för specialiserad öppenvård är något lägre för de besök som utgör utomlänsvård jämfört med de besök som patienter gör inom sin egen region. Måttet för vårdtyngd baserar sig på så kallade DRG-vikter. I våra analyser av vårdtyngd har vi valt att utesluta psykiatriin på grund av bristande kvalitet för dessa MVO:er (se bilaga 7.4).

Resultaten från flödesanalyserna stämmer delvis överens med observationer i vår patientlagsenkät

Våra analyser av data från PAR för öppen specialiserad vård visar att män, yngre, högutbildade och personer med svensk bakgrund är mer benägna att nyttja utomlänsvård än andra. Vi ser delvis liknande tendenser i analyser av svaren från vår patientlagsenkät.

I patientlagsenkäten kom vi dock fram till att patienter med utländsk bakgrund är mer benägna att välja utomlänsvård än de med svensk bakgrund, samtidigt som vi snarare ser det motsatta i PAR. En möjlig förklaring är att patientlagsenkäten har fångat en viss grupp patienter med utländsk bakgrund, ett så kallat *urvalsfel* eftersom enkäten var på svenska.

Dessutom ser vi i PAR-data att utomlänsvården i den specialiserade öppenvården har en något lägre genomsnittlig vårdtyngd jämfört med den vård som invånare konsumerar inom sin egen region. I våra enkätdata framkom att sannolikheten för att ha valt vård var högre bland personer med sämre självskattad hälsa än bland de med bättre hälsa. En förklaring till det är troligen att vi inte har tagit hänsyn till vårdkonsumtion i analyserna av våra enkätdata.

3.4.3 I primärvården utgör den fysiska utomlänsvården omkring fyra procent

Vi använder uppgifter från väntetidsdatabasen vid SKR för att analysera utomlänsvårdens utveckling i primärvården. Resultaten bör tolkas med försiktighet, bland annat på grund av att täckningsgraden är låg för vissa regioner (se även Vård- och omsorgsanalys 2021b). Vi har även noterat en skillnad mellan genomsnittlig andel utomlänsproduktion och utomlänskonsumtion, vilket troligen speglar den bristande och varierande inrapporteringsgraden mellan regionerna.

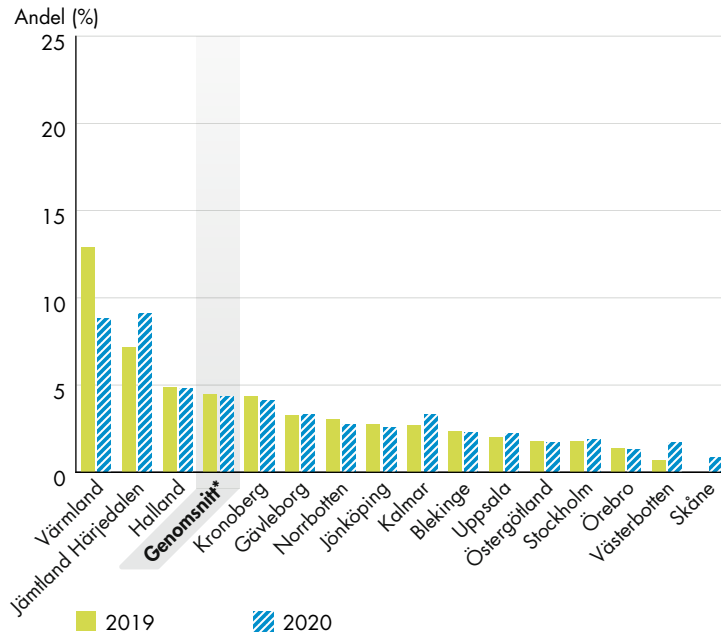
På grund av bristerna har vi valt att fokusera på andelen producerad utomlänsvård för de regioner som vi bedömt har en relativt god täcknings-

grad, med urvalet fysiska läkarbesök. Vi har även räknat ut den genomsnittliga andelen utomlänsvård (fysiska läkarbesök) utifrån dessa regioner. Se figur 23.

Resultaten visar att andelen utomlänsvård i primärvården är relativt låg, i genomsnitt omkring 4 procent både 2019 och 2020. För Region Värmland sjönk den mellan de båda åren, samtidigt som den ökade något för Region Jämtland Härjedalen. För de övriga regionerna i urvalet ser vi marginella förändringar mellan 2019 och 2020. Se figur 23.

Vi ser också relativt små skillnader jämfört med liknande uppgifter som vi tidigare publicerat för 2013–2016. Andelen utomlänsvård tycks ha ökat marginellt för de flesta regioner som då ingick i urvalet (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

Figur 23. Andel utomlänsvård i procent (fysiska läkarbesök) i primärvården, avser utomlänsvård.



Not: Utomlänsvård avser andel utomlänsvård av total vård som produceras i en region.

*Regioner som utgör genomsnittet för 2019: Dalarna, Gotland, Halland, Jönköpings län, Kronoberg, Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro och Östergötland. Regioner som utgör genomsnittet för 2020: Gotland, Halland, Jämtland Härjedalen, Jönköpings län, Kronoberg, Värmland, Västmanland, Örebro och Östergötland. Urvalet av region är baserade på täckningsgrad jämfört med inrapportering till SKR:s verksamhetsstatistik (>70 procent).

Källa: SKR, Väntetidsdatabasen.

Vi har tidigare lyft att den geografiska närheten är en stark förklaring till att patienter söker vård i en annan region. I vår senaste rapport framkom

till exempel att den utomlänsvård som utförs i Region Halland i hög grad ges till patienter från Västra Götalandsregionen. Ett annat exempel var att utomlänsvården som produceras i Region Jämtland Härjedalen i stor utsträckning ges till turister som vistas där tillfälligt (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

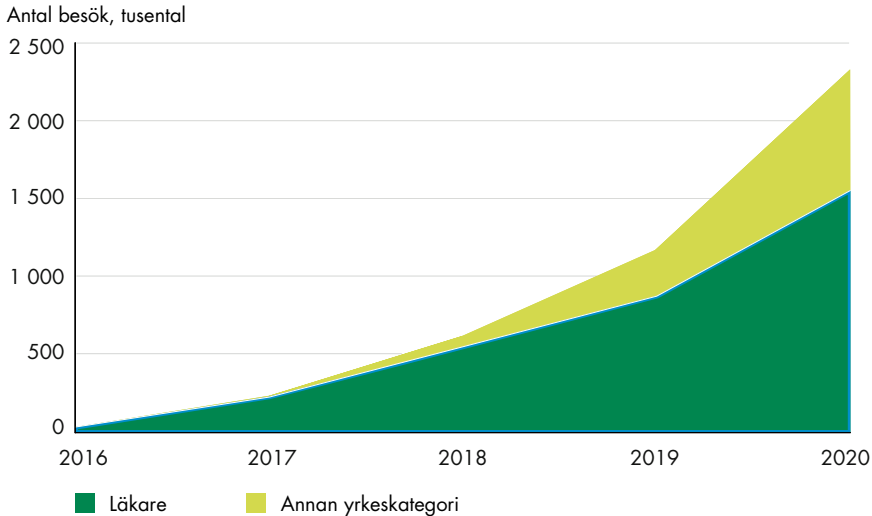
3.4.4 Den digitala utomlänsvården i primärvården har ökat kraftigt

Antalet digitala vårdbesök har ökat kraftigt över tid. Utifrån tillgänglig statistik över privata vårdgivare bedömer vi att ökningen varit 100 procent eller mer per år sedan 2017.

Idag finns ingen komplett samlad statistik över både offentlig och privat digital vård. Vi utgår från tillgänglig statistik över utomlänsvård som är utförd av privata vårdgivare från Region Jönköpings län och Region Sörmland, där en majoritet av de privata vårdgivarna registrerar sina digitala besök (SKR 2021a). De har sin bas i dessa två regioner men erbjuder vård till alla invånare i Sverige, och därför har vi valt att benämna det utomlänsvård. Men omkring 5 procent av dessa besök görs av invånare i Region Sörmland och Region Jönköpings län. Vår bedömning är att denna statistik täcker in en stor del av den digitala utomlänsvården eftersom den innefattar de flesta besöken hos privata vårdgivare. Samtidigt ändras vårdlandskapet snabbt, och andelen digital vård som regionerna själva utför ökar också. Därför vet vi inte exakt hur stor andel av de digitala vårdbesöken som fångas av den befintliga statistiken. En nyligen publicerad rapport lyfter till exempel att de publicerade data från SKR som vi utgår från inte inkluderar den största aktören på området för digitala psykologtjänster eftersom den är registrerad i Region Stockholm. Den rapporten visar även en kraftig ökning av digitala psykologbesök i primärvården. (Blixt & Dahlstrand 2021).

År 2020 gjordes ungefär 2,3 miljoner digitala utomlänsbesök hos de privata vårdgivare som omfattas av statistiken (se figur 24). Det är svårt att få en tillförlitlig bild av det totala antalet digitala besök som utförs av privata och offentliga vårdgivare i regionerna (Vård- och omsorgsanalys 2021d), men övergripande ser vi att andelen digital utomlänsvård av de digitala besöken är betydligt högre jämfört med andelen fysisk utomlänsvård i relation till fysiska besök i primärvården.

Figur 24. Antal digitala utomlänsbesök utförda av privata vårdgivare baserade i Region Jönköpings län och Region Sörmland.



Not: Avser utomlänsvårdens utveckling för privata vårdgivare. Vårdkontaktarna avser kvalificerad sjukvård, vilket bland annat innebär att de innehållsmässigt ska motsvara öppenvårdsbesök. För 2016–2017 ingår enbart Region Jönköpings län, och för 2018–2020 ingår både Region Jönköpings län och Region Sörmland. Fram till 2018 gjordes en majoritet av de digitala vårdbesöken i Region Jönköpings län eftersom att de flesta privata digitala vårdgivarna hade sin bas där. År 2019 flyttade flera av dessa vårdgivare sin bas till Region Sörmland (SOU 2019:42). Jämförelser över tid bör därför göras med försiktighet.

Källa: För 2016–2017, data från Region Jönköpings län. För 2018–2020, SKR:s statistik över distanskontakter i Region Jönköpings län och Region Sörmland.

3.4.5 Viss ökning i regionernas kostnadsandelar för utomlänsvård

Utomlänsvårdens omfattning i Sverige framgår delvis av det så kallade räkenskapsammandraget för regionerna, som årligen tas fram av SCB. Tabell 2 nedan redovisar regionernas köp av verksamhet från andra regioner i relation till deras nettokostnader, både för öppenvård och totalt sett. Primärvården utgörs i princip endast av öppenvård och därför är nivåerna i stort desamma. Denna kostnadsandel kan indikera förändringar i omfattningen, i och med att möjligheterna att välja vårdgivare förtydligades av patientlagen. Vi har tidigare konstaterat att kostnadsandelen låg relativt konstant under perioden 2012–2015 (Vård- och omsorgsanalys 2017b). Efter det ser vi dock en viss ökning i regionernas kostnadsandelar för utomlänsvård.



För primärvården stod kostnaderna för köp av primärvård från andra regioner för cirka 1,7 procent 2019, jämfört med 4,3 procent för den specialiserade öppenvårdspsykiatrin och 3,9 procent för den specialiserade somatiska öppenvården. Det är en ökning med omkring 1 procentenhet för primärvården sedan 2015, och omkring 2 procentenheter för den psykiatriska vården. Vi ser däremot inte någon större förändring för den specialiserade somatiska vården.

Tabell 2. Köp av verksamhet från regioner i relation till nettokostnader.

Köp av verksamhet från regioner i relation till nettokostnader.	2015	2017	2019
Öppen primärvård (ej sluten primärvård)	0,70 %	1,09 %	1,65 %
Primärvård totalt	0,69 %	1,08 %	1,64 %
Öppen specialiserad psykiatrisk vård (ej slutenvård)	2,03 %	2,80 %	4,30 %
Specialiserad psykiatrisk vård totalt	3,24 %	4,36 %	5,26 %
Öppen specialiserad somatisk vård (ej slutenvård)	3,39 %	3,48 %	3,93 %
Specialiserad somatisk vård totalt	5,74 %	5,63 %	5,95 %

Källa: SCB – Räkenskapsammandrag för kommuner och regioner. Beräkning baserat på uppgifter om nettokostnader inklusive läkemedel samt köp av verksamhet från regioner. Rikstotalen är exklusive Region Gotland.

Uppgifterna från räkenskapsammandraget som vi studerat och redovisat i tabell 2 inkluderar inte regionernas kostnader för digitala utomlänsbesök i primärvården som privata vårdgivare har utfört.

Kostnaderna för digitala utomlänsbesök i primärvården har ökat kraftigt

Enligt en rapport från SKR (2021a) har regionernas kostnader för digitala utomlänsbesök i primärvården ökat kraftigt. Kostnaderna var 906 miljoner kronor 2020, motsvarande cirka 2 procent av regionernas totala kostnader för primärvård, enligt uppgifter från Region Jönköpings län och Region Sörmland över utomlänsfaktureringar för digitala vårdkontakter (SKR 2021a). Kostnaderna för 2019 var 523 miljoner, och 2017 var summan 153 miljoner kronor (ibid. 2021). Uppgifterna inkluderar majoriteten av kostnaderna för den digitala utomlänsvården i Sverige.

SKR konstaterar att värdet av digital vård i andra regioner (utomlänsfakturering) från och med 2019 överstiger kostnaderna för primärvårdsbesök i andra regioner. I deras rapport framkommer också att utomlänsfaktureringen av digital vård var nästan dubbelt så stor som den för primärvårdsbesök 2020 (ibid. 2021).

3.5 VALFRIHETENS KONSEKVENSER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vi har inom ramen för vår fördjupning om valfrihet kartlagt tillgänglig kunskap om vad individens möjlighet att välja vårdgivare har inneburit för hälso- och sjukvården i stort. Detta är våra huvudsakliga resultat:

- Kunskapen om valfrihetens konsekvenser är bristfällig, enligt aktuell forskning, men även våra intervjuer pekar på att regionerna behöver mer kunskap.
- Vi ser vissa positiva effekter av valfrihetssystem när det gäller tillgänglighet och i vissa fall kvalitet, i mätningar av patientnöjdhet och hälsoutfall.
- Det finns en risk att bristfälligt reglerade valfrihetssystem har en negativ inverkan på jämlikheten och principen om vård efter behov, eftersom den ökade tillgängligheten främst tycks gynna vissa grupper såsom yngre och socioekonomiskt starka grupper med relativt lättare hälsoproblem.
- Ökad valfrihet och ökad etablering av vårdgivare kan vara positivt för enskilda patienter, men samtidigt kan möjligheten att samordna och planera vården försämrats.

Vi inleder med att presentera de huvudsakliga resultaten från den litteraturundersökning som vi låtit genomföra, med fokus på publicerade forskningsstudier om konsekvenser av valfrihet (avsnitt 3.5.1). Därefter följer ett avsnitt med kompletterande kunskap om konsekvenserna av digitala vårdtjänster (avsnitt 3.5.2). Vi redogör även för kompletterande (grå) litteratur som belyser konsekvenser i den öppna specialiserade vården (avsnitt 3.5.3). Avslutningsvis redogör vi för de huvudsakliga resultaten från intervjuerna med regions- och professionsföreträdare, då vi ställde frågor om valfrihetens konsekvenser för den öppna specialiserade vården (avsnitt 3.5.4).

3.5.1 Vad säger aktuell forskning om effekterna av valfrihet

Vi har gett forskare i uppdrag att undersöka det aktuella kunskapsläget

Forskare vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet har fått i uppdrag att genomföra en litteraturstudie, som en del i arbetet med att utreda konsekvenserna av individens möjlighet att välja vårdgivare. I bilaga 7.5 finns en mer utförlig metodbeskrivning och en förteckning över de vetenskapliga artiklar som har inkluderats i studien. De referenser som återges i kommande avsnitt återfinns i tabell 12 och 13 i bilaga 7.5.



Syftet med litteraturstudien är att belysa vilka konsekvenser individens möjlighet att välja vårdgivare av offentligt finansierad öppen vård (inklusive primärvård och specialiserad vård) får för hälso- och sjukvården. Litteraturgenomgången utgår från följande frågeställningar:

- Vilka konsekvenser eller effekter får individens möjligheter att själv välja utförare (vårdgivare) inom öppen offentligt finansierad vård för:
 - kvalitet
 - jämlikhet
 - tillgänglighet
 - kostnader och effektivitet
 - huvudmännens och utförarnas organisatoriska förutsättningar (t.ex. för planering och prioriteringar)?

Litteraturöversikten inkluderar svenska och internationella empiriska studier som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2012 och 2020. Enbart studier inom hälso- och sjukvårdssystem där invånarnas möjlighet att välja vårdgivare är jämförbara med det svenska har inkluderats.

Den ansvariga forskargruppen har tidigare genomfört en liknande litteraturgenomgång för vår räkning, vilken presenterats i sin helhet i rapporten *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget* (Winblad m.fl. 2012). Den tidigare litteraturgenomgången inkluderar forskning publicerad 2000–2011, så tillsammans ger dessa kunskapsunderlag en heltäckande bild av vad vi i nuläget vet om effekterna av valfrihet från både svensk och internationell forskning. I följande avsnitt presenterar vi de huvudsakliga resultaten och slutsatserna.

Kunskapen om effekterna av valfrihet är begränsad

Litteraturgenomgången visar att det finns relativt få publicerade vetenskapliga studier som undersöker effekterna av individens möjlighet att välja vårdgivare. Få studier har en tillfredsställande design för att man ska kunna dra säkra slutsatser om orsak och verkan, vilket också hänger samman med bristen på relevant och tillförlitlig data samt det faktum att valfrihetsreformer är ett komplext fenomen att studera. Därmed är resultat från studier i ett sjukvårdssystem svåra att direkt överföra till andra länder.

I praktiken finns alltså ett begränsat kunskapsunderlag om valfrihetens effekter, särskilt inom områden som rör kostnadsutveckling, effektivitet och hälso- och sjukvårdens organisatoriska förutsättningar. Trots detta finns resultat som återkommer i flera studier, framför allt att möjligheten att välja vårdgivare tycks ha en viss positiv effekt på kvalitet och tillgänglighet.

Samtidigt finns relativt tydligt stöd för att jämlikheten kan minska, i form av att den ökade tillgängligheten inte fördelas jämlikt utifrån principen vård efter behov eller utifrån socioekonomiska faktorer.

De flesta studierna undersöker möjligheten att välja vårdgivare tillsammans med förekomsten av konkurrens mellan vårdgivare, vilket bidrar till en viss osäkerhet om hur valfrihet respektive konkurrens har bidragit till de observerade effekterna. Många av de studier som belyser effekter i primärvården kommer från Sverige (Burström m.fl. 2017; Dietrichson m.fl. 2020; Svereus m.fl. 2018). Detta beror sannolikt på den omfattande vårdvalsreformen i primärvården från 2010, vilken utmärker sig internationellt som ett system med stora vårdcentraler och en hög grad av etableringsfrihet (och konkurrens). När det gäller studier av effekter inom den specialiserade vården är mönstret det omvända. Enbart en enskild svensk studie (Korlén m.fl. 2017) har identifierats och de flesta studier rör istället det engelska National Health Service, med fokus på val av sjukhus.

Det sammantagna resultatet från litteraturstudien liknar på många sätt resultaten från litteraturgenomgången från 2012. Redan då beskrevs det vetenskapliga underlaget som ofullständigt (Winblad m.fl. 2012) och behovet av mer kunskap om valfrihetssystemens konsekvenser och orsakssambanden ser alltså ut att kvarstå.

Vissa tecken på positiva effekter på kvalitet

Enligt litteraturgenomgången finns få studier som belyser hur möjligheten att välja vårdgivare påverkar vårdens kvalitet. En svensk studie inom primärvården (Dietrichson m.fl. 2020) pekar på svaga positiva effekter på framför allt patientnöjdhet, vilket bekräftas av liknande studier från engelsk primärvård (Mays et al. 2014). En svensk intervjustudie (Vengberg m.fl. 2019) har dock ifrågasatt huruvida valfrihet verkligen stimulerar förbättringar, eftersom utförarna saknar information om vad som ligger bakom patienternas val. Internationella studier från specialistvården visar delvis på oklara kvalitetseffekter (Moscelli m.fl. 2018; Stadhouders m.fl. 2019) men också på positiva effekter på kvalitetsmått såsom lägre dödlighet efter hjärtoperation (Diller m.fl. 2014; Gaynor m.fl. 2016) och bättre resultat efter behandling av prostatacancer (Aggarwal m.fl. 2019).

Resultaten som belyser kvalitetseffekter liknar i stort slutsatserna från den tidigare litteraturgenomgången. Även då identifierades få studier som undersökte effekter på kvalitet, men utifrån de studier som fanns kunde man se tecken på ökad patientnöjdhet i svensk primärvård, samt ökad nöjdhet och förbättrade hälsoutfall inom internationell specialistvård (Winblad m.fl. 2012).



Risk för minskad jämlikhet utifrån vårdbehov och socioekonomi

När det gäller hur möjligheten att välja vårdgivare har påverkat vårdens jämlikhet omfattar översikten ett antal studier från svensk primärvård. Studierna fokuserar på hur förändringen av vårdkonsumtion har fördelats över olika grupper sedan vårdvalet infördes 2010. Studierna visar överlag att den ökade tillgången till vård är ojämnt fördelad mellan olika patientgrupper. Till exempel verkar ökningen ha gagnat patienter med mindre omfattande vårdbehov (Burström m.fl. 2017), och dessutom varit mindre omfattande i socioekonomiskt utsatta områden och bland patienter med psykisk ohälsa och långvarig sjukdom (Agerholm m.fl. 2015).

När det gäller grupper med olika ekonomiska förutsättningar är resultaten delvis motstridiga: En studie visar att vårdbesöken främst har ökat bland familjer med relativt högre inkomst (Beckman & Anell 2013), samtidigt som senare studier visar att besöken ökat mer bland patienter med lägre inkomst (Svereus m.fl. 2018), och att nya vårdcentraler har etablerats på ett likvärdigt sätt i områden där de boende har olika inkomst- och utbildningsnivå (Isaksson m.fl. 2016). Det är dock oklart hur den ökade tillgången till vård förhåller sig till besökens längd eller innehåll och i flertalet studier framhålls vikten av ökad kunskap om jämlikhetseffekter.

Det finns inga svenska studier om effekter på jämlikheten i specialiserad vård. Internationella studier tyder på att valfrihet kan minska jämlikheten, framförallt på bekostnad av äldre patienter och de med lägre socioekonomisk status (Kirkwood & Pollock 2017) och utbildningsnivå (Tayyari m.fl. 2018). Det finns dock även studier som visar obefintliga effekter på jämlikhet (Moscelli m.fl. 2018).

Den aktuella genomgången bekräftar delvis slutsatserna i litteraturstudien från 2012 (Winblad m.fl. 2012), framför allt att det främst är högutbildade patientgrupper som utnyttjat valfriheten i specialiserad vård. I den tidigare litteraturgenomgången fanns dock få studier om jämlikhetseffekter i svensk primärvård, så den aktuella litteraturgenomgången bidrar med ny kunskap.

Tecken på ökad tillgänglighet, särskilt inom primärvården

Ett antal studier från svensk primärvård visar att ökad valfrihet (i kombination med ökad konkurrens mellan vårdgivare) har lett till bättre tillgänglighet, till exempel när det gäller hur stor andel av befolkningen som besöker primärvården (Beckman & Anell 2013) och hur många besök man gör (Agerholm m.fl. 2015; Beckman & Anell 2013; Svereus m.fl. 2018). Resultaten tyder dock på att ökningen kan ha fördelats ojämnt i befolkningen (se förra avsnittet Risk för minskad jämlikhet utifrån vårdbehov och socioekonomi).

Internationella studier inom specialiserad vård visar oklara effekter på tillgänglighet, eftersom möjligheten att välja sjukhus visat samband både med ökning (Simões m.fl. 2017) och minskningar av väntetider (Moscelli m.fl. 2018).

De aktuella studierna bekräftar på många sätt resultaten från litteraturgenomgången 2012. Redan då visade studier av svensk primärvård att tillgängligheten förbättrats sedan vårdvalsreformen, framför allt genom att det geografiska avståndet till vård hade minskat. Väntetiderna hade dock inte påverkats i någon större utsträckning. Inom internationell specialistvård identifierades positiva, men marginella, effekter på väntetider (Winblad m.fl. 2012).

Effekten på kostnader och effektivitet är oklar

Utifrån litteraturstudien finns lite forskning som fokuserar på hur möjligheten att välja vårdgivare har påverkat kostnader och effektivitet. Det finns en svensk studie som summerar erfarenheter från primärvården baserat på forskning och rapporter från 2010-2014, och den pekar på att kostnaderna varit under kontroll och att primärvårdens andel av regionernas totala kostnader i Sverige inte förändrats nämnvärt sedan vårdvalet infördes (Glenngård 2016). Det liknar i hög grad slutsatserna från den tidigare litteraturgenomgången (Winblad m.fl. 2012). Samtidigt konstaterades redan då att det är svårt att dra slutsatser om de övergripande effekterna på produktivitet och effektivitet på grund av bristfällig tillgång till data om primärvårdens utfall.

Även inom den specialiserade vården visar studier oklara effekter på effektiviteten (Longo m.fl. 2019). Samtidigt betonas utmaningarna med att studera effektivitet enbart på vårdgivarnivå, eftersom en ökad patientrörlighet (till följd av valfrihet) också kan påverka systemeffektiviteten, exempelvis genom att vissa vårdgivare står med outnyttjad kapacitet samtidigt som det uppstår köer hos andra. Även 2012 beskrevs kunskapsläget för effektivitet och kostnadsutveckling i specialistvården som oklart, eftersom man identifierade få relevanta studier och de befintliga studierna visade motstridiga resultat (Winblad m.fl. 2012).

Få studier som belyser effekter på organisatoriska förutsättningar

En svensk intervjustudie undersöker effekterna på organisatoriska förutsättningar, med utgångspunkt i specialiserad vård (Korlén m.fl. 2017). Studien belyser att valfrihetssystem med konkurrensinslag (genom vårdval) kan skapa hinder för samarbetet mellan vårdgivare, samt bidra till att funktioner på systemnivå, såsom utbildning och forskning, påverkas negativt.



Ytterligare två internationella studier fokuserar på konsekvenserna för beslutsfattare och beställare av vård (Noort m.fl. 2020; Sheaff et al. 2013), och de visar att ökad valfrihet för patienter kan begränsa beställarnas möjligheter att styra enskilda vårdgivare och därmed också systemet som helhet.

Effekter på organisatoriska förutsättningar fanns inte med som en frågeställning i litteraturgenomgången 2012 och det är därmed oklart vad tidigare studier på området har visat.

3.5.2 Kompletterande litteratur belyser konsekvenser av valfrihet i digital primärvård

För att belysa valfrihetens konsekvenser för möjligheten att nyttja digitala vårdtjänster har vi gjort en genomgång av aktuella rapporter och publicerade forskningsstudier. Med digitala vårdtjänster syftar vi huvudsakligen på vårdgivare som har sin bas i en region men erbjuder sina tjänster till patienter från hela Sverige. Vi har i denna fråga enbart undersökt erfarenheter från Sverige.

Sammanfattningsvis tyder underlagen på att patienterna uppskattar den ökade tillgänglighet som digitala vårdtjänster erbjuder, eftersom de kan söka vård på ett mer flexibelt sätt. Mycket talar dock för att digitala vårdtjänster i högre utsträckning används av patienter som har relativt lättare hälsoproblem, samt av yngre, kvinnor, storstadsbor och socioekonomiskt starka grupper.

Vidare är det oklart i vilken utsträckning dessa digitala vårdtjänster faktiskt ersätter den fysiska vården som ges på vårdcentral. Studier tyder på att graden av utbytbart (så kallad substitution) är begränsad.

Ökad tillgänglighet uppskattas av patienterna

Studier av patienters besöksmönster visar att det finns en tydlig efterfrågan på lätt tillgänglig vård över större delar av dygnet. Både digital och fysisk vård ges främst ges under dagtid, men digital vård efterfrågas och ges i högre utsträckning efter klockan 17. Det är rimligt med en lägre andel fysiska besök efter den tiden i och med vårdcentraler normalt har öppet 8-17 (Dahlgren m.fl. 2020).

Intervjustudier om digitala vårdmöten bekräftar att hög tillgänglighet och flexibilitet är viktiga orsaker till att patienter väljer digitala vårdtjänster. Tjänstens effektivitet uppskattas också, eftersom digitala läkarbesök upplevs som väl förberedda och tidseffektiva, utan att ta restid i anspråk, samtidigt som användarna anser att besöken möter vårdbehovet de söker för

(Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019 och 2021). Troligen har den ökade efterfrågan under det senaste året även förstärkts med anledning av pandemin.

Stora skillnader i vilka patientgrupper som nyttjar digitala vårdtjänster

Studier från ett fåtal regioner visar att omkring 3–7 procent av invånarna har använt digitala vårdtjänster (Dahlgren m.fl. 2020; Ellegård & Kjellson 2019; Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019). Användningen av har ökat kraftigt under de senaste åren (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Analysen över vilka personer som nyttjar digital "utomlänsvård" visar dock att patienter från storstadsregionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland är kraftigt överrepresenterade (Blix & Jeansson 2018). Det finns också stora regionala skillnader i digital vårdkonsumtion, enligt statistik över utomlänsvård utförd av privata vårdgivare som är etablerade i Region Jönköpings län och Region Sörmland, där en majoritet av de privata vårdgivarna registrerar sina digitala besök. Framförallt Region Stockholm sticker ut, där konsumtionen per invånare 2020 var mer än dubbelt så stor som snittet i resterande 20 regioner (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Personer som bor i storstäder eller i en kommun nära en större stad nyttjar digitala vårdtjänster i högre utsträckning än personer i mindre kommuner som ligger längre från stora städer (Vård- och omsorgsanalys 2021c).

Patienter som nyttjar digital vård är i högre grad yngre (Dahlgren m.fl. 2020; Ekman m.fl. 2019; Ellegård och Kjellsson 2019; SKR 2021a) och har högre socioekonomisk status (inkomst och/eller utbildningsnivå), jämfört med genomsnittet (Dahlgren m.fl. 2020; Ekman m.fl. 2019; Ellegård och Kjellsson 2019). För fysisk vård är förhållandet det motsatta (Dahlgren m.fl. 2020).

Kvinnor konsumerar både digital och fysisk primärvård i högre utsträckning än män (Dahlgren m.fl. 2020; SKR 2021a), men skillnaden mellan könen är större i fråga om digital vård (SKR 2021a).

Vidare framkommer att invånare födda i Sverige är betydligt mer benägna att nyttja digital vård jämfört med personer som är födda i andra länder (Dahlgren m.fl. 2020; Ellegård och Kjellsson 2019). För fysiska primärvårdsbesök framkommer inte denna skillnad (Dahlgren m.fl. 2020).

Analysen visar också att användare av digitala vårdtjänster i högre grad söker vård för relativt lätta hälsoproblem, såsom luftvägsinfektioner, virus och hudåkommor, jämfört med patienter som söker vård på en vårdcentral (Dahlgren m.fl. 2020; Ekman m.fl. 2019; Ellegård och Kjellsson 2019; Gabrielsson-Järhult m.fl. 2021; SKR 2021a).



Fördelningen över vilka personer som nyttjar digitala vårdtjänster och vilka problem de söker hjälp för kan troligen förändras över tid i och med utbudet av denna typ av tjänster ökar, även i regional regi.

Det är också troligt att en tjänst behöver finnas under en viss tid innan användningen blir mer spridd. Yngre personer i städer tenderar också att vara så kallade ”early adopters”, som är först ut med att använda nya tjänster (SOU 2019:42).

Mer kunskap behövs om de digitala vårdtjänsternas påverkan på sjukvårdssystemets effektivitet

Kostnaderna för digitala vårdtjänster har ökat kraftigt under de senaste åren. Utomlänsfakturerade digitala vårdtjänster stod för omkring 2 procent av regionernas totala kostnader för primärvård under 2020 (SKR 2021a).

En central fråga är i vilken utsträckning den digitala vården kan ersätta den fysiska vården eller om den goda tillgången till digitala vårdtjänster gör att patienter söker vård för lindriga åkommor som de annars inte skulle sökt läkarvård för, vilket kan leda till ökad vårdkonsumtion och högre totalkostnader för primärvården. Ur det perspektivet är det inte säkert att den ökade digitala vårdkonsumtionen leder till en mer kostnadseffektiv vård, även om ersättningen per vårdbesök generellt är lägre för digitala besök.

Vi kan även notera att andelen läkarbesök i relation till besök hos samtliga professionsgrupper (t.ex. sjuksköterskor) är högre för de digitala besöken jämfört med de fysiska (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Ur effektivitetssynpunkt väcker det frågor om hur primärvårdens olika kompetenser bidrar på bästa sätt och vilka yrkeskategorier som bör ansvara för olika arbetsuppgifter

Det finns ännu få studier som empiriskt undersökt i vilken grad digital vård ersätter fysisk vård eller utgörs av nya vårdbehov. De studier som publicerats indikerar att graden av substitution är begränsad. Exempelvis ser Ellegård och Kjellsson (2019) mycket få tecken på substitution i en studie av invånare i Region Skåne, men studiedesignen innebär att substitutionsgraden troligen kan ha underskattats. I Ellegård m.fl. (2021) används en metod som inte ger samma problem, men som begränsar analysen till 19–20-åringar (i regionerna Västra Götaland och Stockholm). Studien tyder på att uppemot hälften av de digitala vårdbesöken i dessa åldersgrupper ersätter fysiska läkarbesök. Osäkerheten kring skattningen är dock stor, även om forskarna med rimlig säkerhet kan utesluta både fullständig substitution och total brist på substitution.

3.5.3 Kompletterande litteratur belyser konsekvenser av valfrihet och vårdval i den öppna specialiserade vården

Ett fåtal regioner har valt att införa vårdval i den öppna specialiserade vården och det är framförallt i regioner såsom Uppsala, Skåne och Stockholm som konsekvenserna av valfrihet (inklusive etableringsfrihet) har utvärderats (Region Skåne 2017; Region Uppsala 2020; Wettermark & Hellström 2017). Det innebär att vi har mindre kunskap om vilka konsekvenser organiseringen av den öppna specialiserade vården har fått i de regioner som inte infört vårdval.

Vårdval i specialiserad vård har ökat utbudet och tillgängligheten men informationen till patienter har brister

Vårdvalens införande i specialistvården har i flera regioner lett till en ökad tillgänglighet i form av kortare väntetider och ett ökat utbud (Andersson & Johnson 2018; Region Skåne 2017; Region Uppsala 2020; Wettermark & Hellström 2017).

I flera fall har vårdvalen inneburit tydliga produktionsökningar inom exempelvis ortopedi (Region Stockholm) och ögonsjukvård (Region Uppsala). Vårdvalen har också inneburit stora kostnadsökningar inom vissa verksamhetsområden (Region Skåne 2017; Region Uppsala 2020; Wettermark & Hellström 2017). I Stockholm förklaras dock den inledande produktions- och kostnadsökningen inom ortopedi av att många patienter under lång tid stått i kö för operation (Wettermark & Hellström 2017).

Region Skånes utvärdering av vårdval inom öppen specialiserad vård visar att många invånare upplever brister i den information som regionen bistår med för att de lättare ska kunna göra sina val (Region Skåne 2017).

Något bättre resultat för privata vårdgivare kan bero på skillnader i patientpopulation

Vi har tidigare jämfört regioner med och utan vårdval i den öppna specialiserade vården, och då har privata vårdgivare visat något bättre resultat på en rad kvalitetsindikatorer jämfört med vårdgivare i offentlig regi. Det finns dock stora skillnader i patientgruppernas utbildnings- och inkomstnivå, så de privata vårdgivarnas positiva resultat kan bero på att patienterna de behandlar i genomsnitt har en bättre hälsa och därför till exempel drabbas av färre komplikationer (Vård- och omsorgsanalys 2014b).



Vårdvalen har inneburit utbudskoncentration i de större städerna och risk för ett ojämnt vårdutnyttjande

I många fall innebär införandet av vårdval inom specialiserad vård att vårdgivarna etablerar sig centralt i de större städerna, vilket kan göra att patienter som bor i kommuner långt därifrån missgynnas (Region Uppsala 2020).

Jämförelser har också visat att patienter med hög inkomst och utbildningsnivå i större utsträckning söker sig till privata vårdgivare, än till offentliga, för planerade operationer (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

Otydlighet i behandlingsriktlinjer kan leda till undanträngningseffekter

Risker för undanträngningseffekter har identifierats inom vårdvalen för hud- och ögonsjukvård, där otydliga riktlinjer gör det svårt för vårdgivarna att bedöma vilka patienter som ingår i vårdvalet och var man ska dra gränsen mellan medicinska och kosmetiska ingrepp. Sammantaget finns en risk för att otydliga riktlinjer gör att patienter med lättare besvär prioriteras (Region Skåne 2017).

Strukturell förändring av den specialiserade vården mot flera privata vårdgivare påverkar utbildningssystemet

Regionerna har i sina utvärderingar observerat att vårdvalen i den öppna specialiserade vården fått konsekvenser för den specialiserade vårdens organisering och funktion som helhet.

I Region Uppsala har vårdvalet (och ersättningsmodellen) inneburit svårigheter för sjukhusen att integrera vårdvalet för katarakt-operationer i övrig verksamhet, vilket gjort att sjukhusen lämnat vårdvalet (Region Uppsala 2020).

I Stockholm har medarbetare på de större sjukhusen bedömt att den strukturella förändringen i den specialiserade vården, genom vårdvalen, leder till att de förlorar medarbetare och stora patientgrupper till privata vårdgivare, och att det i förlängningen gör det svårare för de regionala verksamheterna att bedriva utbildning och forskning (Wettermark & Hellström 2017).

I Region Skåne har man gjort liknande observationer, där revisioner har belyst att det saknas ett övergripande system för hur ansvaret för utbildningsplatser (för t.ex. ST-läkare) ska fördelas i relation till vårdvalen och den ökande förekomsten av privata vårdgivare (Region Skåne 2017).

3.5.4 Regions- och professionsföreträdares syn på valfrihetens konsekvenser med fokus på öppen specialiserad vård

Vi har intervjuat regions- och professionsföreträdare för att få deras perspektiv på vad individers möjlighet att välja vårdgivare fått för konsekvenser. Vi har fokuserat på konsekvenser av valfrihet i den öppna specialiserade vården, men också uppmärksammat synpunkter som berör primärvården.

Vi har vänt oss till tjänstemän i fyra olika regioner (Dalarna, Halland, Stockholm och Uppsala), med olika förutsättningar gällande både patientflöden och organisering av den öppna specialiserade vården. Vi har även intervjuat tjänstemän på SKR och regionsföreträdare i SKR:s vårdvals nätverk, samt haft kontakt med tjänstemän i SKR:s kunskapsstyrningsorganisation.

För att fånga synpunkter från profession och verksamheter har vi fokuserat på verksamhetsområdena ortopedi och ögonsjukvård, vilka har högst andel utomlänsvård (se avsnitt 3.4.1). Det är också verksamhetsområden där regionala vårdvalssystem, med fri etableringsrätt för privata och offentliga vårdgivare, förekommer i vissa regioner. Vi har inhämtat synpunkter från de nationella programområdena för rörelseorganens sjukdomar och ögonsjukdomar, samt från specialistföreningarna Sveriges Ögonläkare och Svensk Ortopedisk Förening. För en förteckning över samtliga intervju-personer se tabell 9, bilaga 7.3.

Valfriheten i den öppna specialiserade vården har fått olika konsekvenser över landet och innebär både möjligheter och risker

Regionsföreträdarna menar att utomlänsvård i den öppna specialistvården inte upplevs som en kontroversiell eller problematisk fråga i dagsläget, delvis för att det inte skett några dramatiska förändringar av patientflöden över regiongränserna. Samtidigt uttrycker flera regionsföreträdare att fenomenet inte har undersökts närmare och att regionerna har en begränsad kunskap om hur (och varför) patienter väljer vårdgivare.

Professionsföreträdarna ser flera möjliga fördelar med valfrihetssystemen, framförallt större möjlighet till patientinflytande, men de betonar också risken för ökad ojämlikhet mellan patientgrupper och negativa konsekvenser för sjukvårdssystemet i stort, framförallt gällande utbildning, kompetensförsörjning och forskning.

I våra intervjuer blir det också tydligt att förutsättningarna för individens valfrihet kan variera mycket mellan exempelvis tätbefolkade regioner och befolkningsmässigt mindre regioner med stora avstånd. Dessa olika



förutsättningar påverkar valfrihetens konsekvenser, vilket innebär att de intryck vi redogör för i detta avsnitt kan variera utifrån regionens specifika förutsättningar.

Valfrihet i den specialiserade vården ger stärkt patientinflytande, men risk för ojämlikhet och fragmentering

Både regions- och professionsföreträdare framhåller att valfrihet stärker patienternas möjligheter att påverka samt kan leda till kortare väntetider och utjämning av köer. De flesta betonar dock att valfriheten riskerar att gagna de patientgrupper som är starka nog att navigera i sjukvårdssystemet, de som har ekonomiska möjligheter att själva betala för de kringkostnader för exempelvis resa och boende som tillkommer vid utomlänsvård (vilket krävs om vårdgarantin kan uppfyllas i den egna regionen), och de som har relativt god hälsa som och kan resa iväg för att få vård.

Regionföreträdare lyfter också att det finns en generell utmaning i att prioriteringar av patienternas vårdbehov framförallt sker på vårdgivarnivå, utifrån de vårdbehov som patienterna på den egna väntelistan har och inte utifrån patientpopulationen i stort.

Både på regions- och verksamhetsnivå ser man en risk för att omfattande valfrihet kan leda till att vårdkedjan som helhet blir fragmenterad, om patienter söker vård hos många olika vårdgivare. Det kan bli oklart för både patienter och vårdgivare vem som bär helhetsansvaret. Från verksamhetshåll lyfter man också att den begränsade insynen i andra vårdgivare och regioners journalsystem kan leda till en sämre förståelse för patientens tillstånd, sämre uppföljning och en sämre upplevelse av kontinuitet för patienten.

Alltför olika uppdrag för sjukhus och privata vårdgivare kan få negativa konsekvenser för utbildning och forskning

I de regioner som tillämpar vårdval (t.ex. inom ortopedi och ögonsjukvård) har förutsättningarna för specialistvården som helhet påverkats, enligt professionsföreträdare. Anledningen är att vårdvalsverksamheternas uppdrag oftast är avgränsat och inriktat mot patientgrupper med relativt lättare besvär, vilket innebär att en stor patientpopulation nu vårdas utanför sjukhusen. Patienterna som behandlas på sjukhus har mer allvarliga och komplexa tillstånd, vilket har lett till en mer krävande arbetsmiljö och svårigheter med att upprätthålla tillräcklig kompetens.

Från verksamhetshåll ser man också att den ökade tillgången till enklare specialiserad vård ökar risken för medicinskt omotiverade besök och kontroller, en risk som regionsföreträdare också är medvetna om.

Professionsföreträdare lyfter även att skillnaderna mellan privata och offentliga vårdgivares uppdrag (och därmed skillnader i arbetsvillkor) har gjort det svårt för offentliga verksamheter att konkurrera med den privata sektorns erbjudanden om exempelvis högre löner. Ett liknande dilemma framförs också av regionsföreträdare som beskriver att etableringen av ”gynnsamma” vårdval (eller avtal enligt LOU) inom ett specialismråde i en region kan leda till bemanningsproblem i närliggande regioners verksamheter.

Professionsföreträdare beskriver att förflyttningen av specialiserad vård till privata vårdgivare också innebär utmaningar för sjukhusen att klara sitt utbildnings- och forskningsuppdrag och de argumenterar därmed för att alla aktörer som etablerar sig i vårdval behöver bidra till utbildning, forskning och jourbemanning.

Stort behov av ökad regional samverkan om utomlänspatienter

Enligt regionsföreträdarna är det angeläget att utveckla mer omfattande och proaktiva samverkansformer mellan regioner, för att mer effektivt nyttja regionernas gemensamma kapacitet i den öppna specialiserade vården.

Regional samverkan om avtalsutformning beskrivs också som viktig, eftersom regioner genom patientens fria val har begränsad kontroll över hur regionens egna avtal också kan användas av patienter från andra regioner. De kan alltså få stora inflöden av utomlänspatienter utan att det varit avsikten.

Behov av bättre information om utbud och avtal

Intervjupersonerna ser ett stort behov av ett bättre administrativt stöd på regional nivå för att personal, både i regionerna och verksamheterna ska få tillgång till aktuell information om vårdgivares kapacitet och väntetider samt om regioners vårdgivaravtal.

Både regions- och professionsföreträdare betonar att patienterna också behöver bättre information om hur man gör för att välja vårdgivare och inte bara om att möjligheten finns. Bättre information om utbud och väntetider beskrivs också som angeläget ur ett patientperspektiv.

Remisskrav tar tid men kan vara ett viktigt verktyg för bättre prioriteringar

Enligt regionsföreträdare har vissa regioner tagit bort remisskrav för att öka tillgängligheten och minska belastningen på primärvården.

Andra regioner ser ett behov av att inom vissa områden reglera inflödet av patienter till den specialiserade vården (t.ex. för neuropsykiatriska utredningar) och använder remisskrav för att styra patienter till primärvården.



Vi ser inga indikationer på att remisskrav används för att reglera inflödet av utomlänspatienter. Verksamhetsföreträdare menar att remisskrav kan leda till mycket administration, men att de också bidrar till att den mottagande verksamheten kan göra korrekta prioriteringar.

Digital vård bör ges utifrån principen om vård efter behov

I våra kontakter med regions- och professionsföreträdare har vi fokuserat på den specialiserade vården, men i samtalen också berört primärvården.

Flera regionsföreträdare påpekar att vårdvalet i primärvården har lett till betydligt bättre tillgänglighet till vård. Samtidigt är de oroliga för att lättillgänglig digital vård framförallt gynnar grupper med lättare vårdbehov. Regionföreträdare nämner också att lärdomarna från utvecklingen av digital primärvård nu finns med i diskussioner om den specialiserade vårdens digitalisering och om hur tillgången till digital specialiserad vård ska styras utifrån behov.



Pågående initiativ och förslag för att stärka patientens ställning

En del av vårt regeringsuppdrag är att föreslå hur patientens ställning i vården kan stärkas ytterligare, och därför har vi ställt frågan till de personer som besvarade patientlagsenkäten, till de patientföreträdare och andra aktörer vi intervjuat, samt till ledamöterna i vårt patient- och brukarråd. Vi har också i våra kontakter efterfrågat exempel på pågående initiativ som syftar till att stärka patientens ställning.

Bland förslagen finns ett antal områden som tycks särskilt viktiga att utveckla: ökad personcentrering, stöd till självhjälp och egenvård, samskapande med patienter, förbättrad kontinuitet och samordning, ökad tillgänglighet i bred bemärkelse, utveckling av information och digital infrastruktur samt stärkt uppföljning av patientlagen.

I detta kapitel beskriver vi närmare de förslag som har kommit upp och ger även exempel på pågående insatser på olika nivåer som syftar till att stärka patientens ställning och som rör dessa områden.

4.1 SÅ HAR VI KARTLAGT FÖRSLAG OCH IDENTIFIERAT EXEMPEL PÅ INSATSER

I vårt regeringsuppdrag ingår att ta fram förslag på hur patientens ställning kan stärkas, och att lyfta exempel på pågående insatser hos exempelvis myndigheter, huvudmän och vårdgivare som syftar till det. Som en del i



arbetet med att identifiera förslag på hur patientens ställning kan stärkas har vi:

- samlat in förslag från patienter genom vår patientlagsenkät däromkring 3 000 personer svarade på frågan om vad de tycker behöver förbättras för att stärka deras ställning som patienter
- ställt frågan till företrädare för samtliga patientorganisationer som ingått i våra intervjustudier
- genomfört en workshop med vårt patient- och brukarråd för att inhämta deras förslag på hur patientens ställning kan stärkas
- inkluderat frågan i ett urval av de intervjuer och kontakter vi har haft med olika aktörer med kunskap inom området.

I våra kontakter med olika aktörer under projektet har vi också efterfrågat exempel på pågående initiativ och identifierat exempel på initiativ som lyfts i relevanta rapporter.

Vi har inte gjort en heltäckande kartläggning över alla pågående utvecklingsarbeten och insatser som ska stärka patienters ställning. Exempelen vi lyfter ska snarare ses som ett axplock som pekar på bredden av olika insatser.

Det har heller inte ingått i vårt uppdrag att utvärdera de nämnda insatserna. Alla har en ambition som på olika sätt handlar om att stärka patientens ställning, men det varierar i vilken utsträckning exempelinsatserna har utvärderats och påvisat en god effekt.

4.2 ETT ANTAL OMRÅDEN ÄR SÄRSKILT FRAMTRÄDANDE

I vår sammantagna analys av förslagen framträder ett antal områden som tycks särskilt angelägna när det gäller att stärka patientens ställning:

- ▶ Ökad personcentrering
- ▶ Stöd till självhjälp och egenvård
- ▶ Samskapande med patienter
- ▶ Förbättrad kontinuitet och samordning
- ▶ Ökad tillgänglighet i bred bemärkelse
- ▶ Utveckling av information och digital infrastruktur
- ▶ Stärkt uppföljning av patientlagen

Flera av förslagen anknyter till olika kapitel i patientlagen, samtidigt som förslaget om stärkt uppföljning är mer relaterat till styrning och förutsättningar för att lagens intentioner ska bli verklighet. I avsnitt 4.2.4–4.2.10 beskriver vi de olika förbättringsområdena närmare. I respektive avsnitt ger vi också exempel på relaterade initiativ, väl medvetna om att flera initiativ har koppling till flera olika områden.

4.2.1 Fast läkarkontakt och mer lättillgänglig information är återkommande förslag i vår patientlagsenkät

I vår patientlagsenkät fick deltagarna ange vad de tycker behöver förbättras i vården för att stärka deras ställning som patienter. De mest återkommande förslagen (se bilaga 7.1.3) handlar om ökad kontinuitet, tillgänglighet och information.

När det gäller kontinuitet är det framförallt att få en fast läkarkontakt som lyfts fram, men även bättre informationskontinuitet och återkoppling från vården. Många fritextsvar rör också enkla sätt att få tillgång till information från vården; tjänster såsom Journalen på 1177.se beskrivs återkommande som positiva, men en del påtalar också att informationen där behöver byggas ut.

Även delaktighet (att bli lyssnad på) och ett bättre bemötande är återkommande teman i svaren. Flera patienter poängterar också hur viktigt det är att vårdpersonal kan svenska och kan kommunicera på ett sätt som gör att patient och vårdpersonal kan få en gemensam förståelse för patientens problem. I fritextsvaren skriver patienter också om faktorer som mer indirekt skulle stärka deras ställning, exempelvis att bättre arbetsvillkor för vårdpersonalen skulle ge förutsättningar för patientmötet.

Nedan redovisar vi ett antal citat från vår patientlagsenkät för att illustrera de förslag som vi fått ta del av.



Röster om vad som kan stärka patientens ställning:

Det som verkligen skulle göra en stor skillnad anser jag vara en vidareutveckling av 1177:s onlinetjänster och då i huvudsak e-journalen.

Att man har en fast läkare som man får komma till vid behov och som känner mej som patient. Mina behov och min inställning till olika läkemedel.

Information om patientens rättigheter, antingen lättåtkomliga via internet eller broschyr.

Mer gränsöverskridande samarbete mellan VC och specialistvård. Att man inte själv ska behöva vara budbärare kring information som de borde ha delat med sig av på andra sätt.

Att ha ett foto och kort egen beskrivning om vem jag är som första sida i journalen – borde skapa förutsättningar för relation/att se personen bakom sjukdomen. Det skulle påverka maktbalansen!

Vården behöver ALLTID ta kvitto på att patienten alltid har förstått informationen den gavs – detta tycker jag ofta förbises.

Att vårdgarantin om den inte uppfylles ger patienten rätt till ekonomisk ersättning/skadestånd och inte bara ett vitesbelopp för den vårdgivare som inte producerar vården i tid.

Även att lyfta in patientens egna synpunkter borde man bli bättre på. Att bli behandlad som en mindre vetande när man beskriver sin sjukdomshistoria och sin sjukdomsbild känns inte rätt. Ingen känner patienten bättre än hen själv.



4.2.2 Patientföreträdare vill öka förekomsten av fasta kontakter och att patienter involveras mer

I våra intervjuer med patientföreträdare ser vi liknande förslag, och många speglar de förbättringsområden som berörts i intervjuerna (se avsnitt 2.14.1). Förslagen handlar bland annat om att tillämpa metoder som stärker delaktigheten och inflytandet för personer som har svårt att föra sin egen talan. Intervjupersonerna vill att man stärker tillgången till fasta läkar- och vårdkontakter, förbättrar kontinuiteten och samordningen inom och mellan vården- och omsorgen samt ökar tillgängligheten till olika specialistkompetenser i vården. De tycker också att patient- och brukarrörelsen bör stärkas och få en mer formaliserad roll i sjukvårdssystemet. Ett annat förslag är att förbättra uppföljningen av patientlagen som ett sätt att stärka patientens ställning och att införa någon typ av konsekvenser om lagen inte efterlevs.

4.2.3 Patient- och brukarrådet betonar vikten av relationell tillit och önskar implementering av metoder för personcentrering

Ledamöter i vårt patient- och brukarråd poängterar att det i grunden finns en maktobalans mellan vårdpersonalen och patienterna som behöver jämnas ut. De menar också att det behövs ökad kontinuitet och förekomst av fasta läkar- och vårdkontakter för att skapa den relationella tillit som är en förutsättning för ett jämbördigt möte.

Flera deltagare konstaterade att det redan finns en mängd metoder som ökar personcentrering och delaktighet men att de inte implementeras systematiskt i tillräcklig utsträckning. Ett förslag är att verka för "ordnat införande" av evidensbaserade metoder som ökar personcentrering, i likhet med de strukturer och arbetssätt som används för att implementera nya behandlingsmetoder eller läkemedel.

Vidare lyftes behovet av att öka samordningen, involvera närstående mer och öka tillgängligheten i bred bemärkelse så att vården är anpassad till patientens individuella funktionsnivå och förmågor.

Rådet vill också se bättre information och metoder som hjälper patienter att vara mer förberedda inför sina möten med vården, som ett sätt att stärka deras ställning. Ytterligare ett förslag handlar om att göra patienter mer medvetna om sina rättigheter och vårdens skyldigheter.



4.2.4 Ökad personcentrering

Många av förbättringsförslagen handlar om att vården behöver bli mer personcentrerad vård i bred bemärkelse. Personcentrerad vård är ett begrepp som saknar en entydig definition, men det inkluderar vanligen flera dimensioner såsom respekt för patienters individuella behov, involvering av närstående samt synen på patienten som en delaktig medskapare av sin vård. Hur patienten görs delaktig, och i vilken omfattning, utgår dock alltid från individens egen vilja och förmåga. Flera av de nedanstående förbättringsområdena (4.2.5–4.2.10) kan därmed ses som sådant som kan bidra till en mer personcentrerad vård.

Studier visar att ökad personcentrering och delaktighet för patienter, till exempel genom att använda metoder såsom delat beslutsfattande kan bidra till bättre medicinska resultat och mer nöjda patienter, och till att patienter får en högre tilltro till sin egen förmåga (se t.ex. Britten m.fl. 2020; SBU 2017). Det har även visat sig att personcentrerade arbetssätt ger större förbättringar för patienter utan eftergymnasial utbildning än för de med eftergymnasial utbildning (Fors m.fl. 2016), vilket pekar på att insatser för ökad personcentrering också kan ha en positiv påverkan på jämlikheten. En mer utförlig beskrivning av personcentrering finns i vår tidigare rapport ”*Från mottagare till medskapare*” (Vård- och omsorgsanalys 2018a).

Flera patientföreträdare och deltagare i vårt patient- och brukarråd nämner behovet av ökad personcentrering och beskriver det som en viktig kulturförändring där vården ännu mer behöver utgå ifrån och lyssna till patienten. Ett tydligt tema i förslagen är också att involvera de närstående i högre grad. Patientföreträdare beskriver att alltför många patienter inte känner sig tagna på allvar i sina kontakter med vården. Även många fritextsvar i patientlagsenkäten handlar om att vården behöver lyssna mer.

Exempel på initiativ

Standard för personcentrerad vård: Svenska institutet för standarder (SIS) har på GPCC:s initiativ (Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet) utvecklat en europeisk standard för personcentrering: *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård - Minimikrav för personcentrerad vård* (SS-EN 17398:2020). Standarden är ett vägledande dokument som bland annat tydliggör hur verksamheter bör organiseras, planeras och verka för att stödja patientdelaktighet och bedriva personcentrerad vård (www.sis.se).

Patientkontrakt: Regeringen och regionerna har kommit överens om att införa Patientkontrakt – en överenskommelse mellan patienten och vården som omfattar en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser. Tanken är

(forts.)

Exempel på initiativ (forts.)

också att det ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden där invånare ska kunna få överblick över alla sina insatser och kontakter med vården och omsorgen. Syftet med Patientkontrakt är att stärka patientens delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering (www.skr.se).

Personcentrerad psykosvård: Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett projekt för att öka personcentreringen för patienter med psykosjukdom som vårdas inom slutenvården. Projektet syftar till att patienterna ska bli mer delaktiga och ha större inflytande över sin egen vård. Projektet utvärderas också vetenskapligt med fokus på patienternas och de närståendes upplevelser av vården (Allerby m.fl. 2020).

4.2.5 Stöd till självhjälp och egenvård

Patientföreträdare och patient- och brukarrådet framhåller att många patienter inte vet vilka skyldigheter vården har när det gäller att tillgodose deras hälsoproblem. Vissa patientföreningar erbjuder rådgivning medan andra saknar resurser för att ge individuell vägledning trots att behovet är stort. Vårt patient- och brukarråd lyfter också att professionen behöver mer kunskap om vårdens skyldigheter gentemot patienten, förslagsvis genom att grund- och fortsättningsutbildningar fokuserar mer på dessa frågor.

Flera av förslagen vi möter gäller också behovet av insatser för egenvård som en del i behandlingen, exempelvis utbildningsinsatser för både patienter och närstående.

Exempel på initiativ

Samtalsgrupper och rådgivningstjänster: Flera patientorganisationer bedriver samtalsgrupper, till exempel för patienter med bipolär sjukdom och depression (Riksförbundet Balans, www.balansriks.se) och för anhöriga till patienter som drabbats av stroke (Stroke Riksförbundet, www.strokeforbundet.se). Syftet är att de ska få strategier för att leva med och påverka sjukdomen. Demensförbundet erbjuder också rådgivning per telefon för patienter och närstående (www.demensforbundet.se).

Återhämtningsguiden är ett projekt som sedan 2016 drivs av NSPH Skåne, med stöd av Allmänna Arvsfonden. Projektet har tagit fram ett material till stöd för återhämtning och egenvård för patienter med psykiska sjukdomar som exempelvis har vistats inom slutenvården och ska återgå till ett mer självständigt liv. Återhämtningsguiden utgår från metoder som är väl beforskade och man utvärderar projektet i samarbete med Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) vid Lunds Universitet (www.aterhamningsguiden.se).

(forts.)



Exempel på initiativ (forts.)

Initiativ för att öka kunskapen om vårdens skyldigheter:

Flera aktörer arbetar för att öka patienters och närståendes kunskap om vårdens skyldigheter gentemot dem, samt för att bidra till kunskapsutbyte mellan olika aktörer i syfte att stärka patientens ställning. Här är några exempel:

- Netdoktor erbjuder bland annat en webbutbildning om patientlagen (www.netdoktor.se/upplysningskampanjer/utbildning-om-patientlagen/).
- Patientriksdagen är ett forum för patientorganisationer där de tillsammans formulerar förslag som framförs till politiker och andra beslutsfattare. Under 2019 var temat patientlagen, och i en rapport från Patientriksdagen 2020 föreslår man bland annat satsningar på patientutbildningar med syftet att patienter ska få mer kunskap om patientlagen och ökad förmåga att hantera sin sjukdom (Patientriksdagen 2020).
- FOKUS Patient startade 2019 för att samla alla aktörer med intresse för vårdfrågor, där patientperspektivet har en framträdande roll (www.fokuspatient.se).

Befolkningsinriktat arbete i primärvården: Flera regioner strävar efter att stärka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i vården tillsammans med kommuner, civilsamhälle och andra aktörer i lokalsamhället, exempelvis genom hälsokommunikation med nyanlända. I regionerna Uppsala, Östergötland, Jönköpings län, Stockholm och Västra Götaland har man utformat uppdragen för primärvården utifrån ett geografiskt områdesperspektiv för att främja detta arbete (SKR 2021b). Insatser för att stärka människors hälsokompetens är viktiga av flera skäl och kan också påverka deras möjligheter att vara medskapande.

4.2.6 Samskapande med patienter

Flera förslag går ut på att vården i högre utsträckning ska tillvarata patienters erfarenheter. Det handlar framförallt om att de patienter som vill engagera sig för en bättre hälso- och sjukvård ska ha möjlighet till det.

Flera patientföreträdare betonar att detta kan vara en viktig del av patienters arbete med att förhålla sig till sin sjukdom och att minska skam och stigma som kan vara kopplat till sjukdomen. Rent praktiskt föreslår de att personer med egen patienterfarenhet ska involveras mer i verksamheter, exempelvis hålla i utbildningar för andra patienter eller delta i förbättringsarbete. Flera föreslår också att patienter ska involveras mer även på systemnivå, exempelvis i regionalt och nationellt utvärderings- och riktlinjearbete.

Exempel på initiativ

Personer med egen patienterfarenhet som stöd för andra patienter: Bland annat Norra Stockholms psykiatri har anställt så kallade egenerfarna som stödpersoner för andra patienter i vårdens verksamheter (<https://www.norrastockholmspsykiatri.se/trygg-och-saker-varld/delaktighet/>). NSPH i Västra Götaland har tagit fram informationsmaterial och en metodhandbok om hur verksamheter kan arbeta med stöd genom egenerfarna (internationellt benämnt som peer support) (<https://nsp.se/sa-har-paverkar-vi/projekt/peer-support/>). En del patientorganisationer har också fristående initiativ med forum för erfarenhetsutbyte som kan vara ett stöd för tillfrisknandet. Ett exempel är projektet Udda i Balans, med fokus på unga med psykisk ohälsa (<https://balansriks.se/udda-i-balans/>).

Implementering av patientdrivna innovationer: Forskningsprojektet Patienten i förarsätet följer implementeringen av ett antal patientdrivna innovationer som går ut på att göra patienter mer delaktiga samt stödja samskapande av vård, där beslut och aktiviteter genomförs i samverkan mellan patienter, närstående och vårdpersonal. Ett exempel är innovationen spetspatienter. Det innebär att en patient eller närstående med egen erfarenhet använder sina spetskompetenser för att förbättra vårdssituationen och hälso- och sjukvårdssystemet, så att nästa patient får bättre och säkrare vård (<https://ki.se/lime/patienten-i-forarsatet-implementering-av-patientdrivna-innovationer-for-samvard>).

Levande bibliotek: Flera regioner har startat "levande bibliotek", där patienter eller närstående utgör "böckerna". Personer som har egna erfarenheter som patient eller närstående kan anmäla sitt intresse för att delta och på så sätt medverka i olika utbildnings-, utvecklings- och förbättringsarbeten. För vidare information, sök på "levande bibliotek" på till exempel www.vgregion.se.

4.2.7 Förbättrad kontinuitet och samordning

Många förslag handlar om ökad kontinuitet och bättre samordning. Fasta kontakter i vården, i synnerhet läkarkontakter, verkar ses som mest angeläget.

Intervjupersonerna och vårt patient- och brukarråd beskriver flera fördelar med fasta kontakter. Det är en förutsättning för tillitsfulla relationer men ger också en mer effektiv vård, eftersom patienten inte ständigt behöver beskriva sin sjukdomshistoria och problembild på nytt. Även i fritextsvaren som inkommit i vår enkät beskrivs behovet av fasta läkarkontakter som ett viktigt förbättringsområde.

Andra förslag handlar om bättre samordning mellan hälso- och sjukvårdens och omsorgens aktörer, men också med aktörer inom skola och arbetsmarknad.



Exempel på initiativ

Ökat fokus på tillgång till fast kontakt: Frågan om att öka tillgången till fasta kontakter är högaktuell.

- Den senaste överenskommelsen mellan regeringen och SKR innehåller konkreta mål för utvecklingen fram till utgången av 2022, bland annat att minst 55 procent av befolkningen ska ha en fast läkarkontakt i primärvården och att kontinuitetsindex (enligt PrimärvårdsKvalitet) till läkare samt för patientens totala kontakter ska öka med 20 procent i varje regionen. Dessutom ska regionerna arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar (prop. 2019/20:164, Socialdepartementet & SKR 2021).
- Socialstyrelsen har tagit fram olika material som ska stödja arbetet med fast läkarkontakt och hjälpa vård- och hälsocentraler att "dimensionera funktionen fast läkarkontakt på ett sätt som är förenligt med verksamhetens uppdrag och arbetsmiljö". Materialet finns tillgängligt på deras webbsida: socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/god-och-nara-vard/fast-lakarkontakt/.
- År 2017 publicerade Socialstyrelsen den nationella vägledningen: *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan*. Där framkommer bland annat att fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är de enda lagreglerade samordnarfunktionerna, men att det finns andra namngivna kontaktpersoner i vården som fyller ungefär samma funktion som en fast vårdkontakt, till exempel distriktssköterskor, samordnare i den psykiatriska vården eller kontaktsjuksköterskor i cancervården. I vägledningen lyfter de även erfarenheter och vetenskapligt stöd kopplat till området (Socialstyrelsen 2017).
- I en nyligen publicerad utvärdering har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) sammanställt kunskapen om effekterna av relationskontinuitet för personer med astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och för personer med allvarlig psykisk sjukdom (SBU 2021).

Samverkande sjukvård: Samverkande sjukvård i Fyrbodalen är ett exempel på ökad samverkan mellan aktörer inom vården. Modellen bygger på ett organiserat samarbete mellan en mängd aktörer såsom sjukvårdsrådgivning, vårdcentral, kommunal hälso- och sjukvård, hemtjänst, ambulanssjukvård och medicinsk äldreomsorgsavdelning. Målet är att patienten ska få snabb och trygg vård, så nära hemmet som möjligt. (<https://www.samverkandesjukvard.se/om-samverkande-sjukvard/>).

Nationella läkemedelslistan: Den 1 maj 2021 trädde lagen om nationell läkemedelslista i kraft (SFS 2018:1212). Lagen innebär i korthet att information om patientens receptförskrivna och uthämtade läkemedel kommer att samlas i ett register gemensamt för vård och apotek, förutsatt att patienten samtycker till det. Initiativet kan bidra till att öka informationskontinuiteten i vården, och informationsdelningen mellan hälso- och sjukvården, apoteken och patienten förväntas bli mer effektiv och patientsäker (<https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/yrkesverksam/nationella-lakemedelslistan/>).

4.2.8 Ökad tillgänglighet i bred bemärkelse

Flera av förslagen går ut på att förbättra tillgängligheten till vården i bred bemärkelse, vilket inkluderar flera olika aspekter av tillgänglighet utöver väntetider.

Enligt våra intervjuer med patientföreträdare är bristande tillgång till specialistkompetens, inom primärvård och specialiserad vård, ett stort problem för många patientgrupper som får vänta alltför länge på utredning och behandling. De vill även se en stabil tillgång till läkemedel, exempelvis har patienter inom psykiatrin drabbats av längre perioder med läkemedelsbrist, bland annat av litium, vilket riskerar att få allvarliga konsekvenser för patienter som står under sådan behandling.

I fritextsvaren i vår enkät finns också många förslag som rör behovet av enklare kontaktvägar till vården och en förbättrad tillgänglighet.

Patient- och brukarrådet betonar vikten av att vården är tillgänglig för alla patienter och den anpassas mer till patientens individuella funktionsnivå och förmågor.

Exempel på initiativ

Tillgänglighetsdelegationen: Regeringen har tillsatt en delegation som ska arbeta för ökad tillgänglighet, med fokus på att korta väntetiderna. Delegationen ska bland annat stödja regionernas arbete med att ta fram handlingsplaner för att öka tillgängligheten, och stödja ett effektivt resursutnyttjande genom att informera om patienters valmöjligheter. I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021* mellan staten och SKR finns mer information om den här och andra tillgänglighetsåtgärder (Socialdepartementet & SKR 2020).

Digital specialistkonsult mellan primärvård och ortopedklinik: Ett initiativ som uppmärksammats på flera håll är en samarbetsmodell som tillämpas i Region Kalmar, mellan Borgholms vårdcentral och ortopedkliniken i Oskarshamn. Initiativet innebär att patienter med åkommor som kräver ortopedisk rådgivning kan träffa en ortoped digitalt, tillsammans med sin primärvårdsläkare. Modellen har kraftigt minskat antalet remisser till ortopedin och de flesta patienter får omedelbar handläggning med utredning eller behandling utan väntetid. Det finns även planer på att utöka initiativet till att involvera konsulter från fler specialiteter. Arbetet beskrivs bland annat närmare i Tillgänglighetsdelegationens delbetänkande (SOU 2021:59).

Utvecklingsprojekt som stödjer uppsökande och nära vård: Vi ser flera exempel på initiativ som ska öka tillgången till vård genom att arbeta uppsökande. Ett exempel är arbetsmodellen Assertive Community Treatment (ACT), som är utformad för patienter med psykiska funktionsnedsättningar vilka har svårt att själva söka vård. Metoden innebär att patienten har tillgång till ett team som kan erbjuda omfattande stödinsatser dygnet runt. ACT rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen 2018a) och tillämpas bland annat i Västra Götalandsregionen (www.sahlgrenska.se/forskning/kompetenscentrum-for-schizofreni/). Vi har också tagit del av exempel på mobil teambaserad vård, som utformats som en del av omställningen till en god och nära vård. De har visat på goda effekter på tillgänglighet och patientnöjdhet, samtidigt som kostnaderna har minskat (se Norén 2020 och SKR 2021b).



4.2.9 Utveckling av information och digital infrastruktur

Bland förslagen nämns också digital infrastruktur som möjliggör en bättre tillgång till och utbyte av information mellan patienter och vården. 1177.se och tillgången till journal på nätet beskrivs som en positiv utveckling, både i enkätsvaren och i våra dialoger med patientföreträdare.

Samtidigt påtalar flera patientföreträdare att de digitala plattformarna behöver anpassas till alla patientgrupper, även de med lägre digital kompetens eller med funktionshinder. Dessutom menar de att vårdens verksamheter behöver vägleda patienterna i hur de kan använda olika informationskanaler och tillsammans med patienter utveckla arbetssätt så att informationen, till exempel journalanteckningar, utformas så att den blir till hjälp för patienten.

Flera patientföreträdare beskriver också att den ökade möjligheten att ta del av information från vården behöver kompletteras med digital infrastruktur så att patienterna i sin tur kan lämna information till vården, till exempel hur ens sjukdom utvecklas mellan besöken.

Exempel på initiativ

Pågående initiativ hos 1177 Vårdguiden och Inera: Inera tillhandahåller en gemensam digital infrastruktur för regioner och kommuner, som är under kontinuerlig utbyggnad, med bland annat journal på nätet, första linjens digitala vård och patientens egen provhantering (PEP). PEP är en nationell e-tjänst som gör det möjligt för patienter som regelbundet behöver lämna prover att själva ta prov i hemmet när det passar dem. När en verksamhet har aktiverat PEP kan patienter själva bestämma över sin provtagning och även få tillgång till provsvaren via 1177.se. Patienten behöver alltså inte vänta på att vårdpersonal tar kontakt. Tjänsten riktar sig främst till personer med kroniska sjukdomar, som behöver ta prover regelbundet, och tillämpas även för provtagningar för bland annat klamydia och covid-19 (www.inera.se).

Post- och telestyrelsen gör insatser för att minska digitalt utanförskap:

Post- och Telestyrelsen (PTS) har haft regeringens uppdrag att genomföra insatser som minskar den sociala isoleringen och ökar äldres digitala delaktighet och förmåga att använda digitala tjänster. PTS har bland annat tagit fram webbplatsen Digitalhjälpn med vägledningar om videokommunikationstjänster och fjärrstyrningstjänster, samt information om hur man legitimerar sig och handlar mat och medicin på internet. Dessutom har PTS tagit fram ett särskilt stödmaterial till vård- och omsorgspersonal för att de lättare ska kunna guida andra i hur digitala tjänster används. Informationskampanjer har även riktats till äldre och deras anhöriga (PTS 2021).

Digitalt stöd för självmonitorering och informationsdelning:

Vi ser flera initiativ som ska öka patientens möjligheter att själva monitorera sin sjukdom och kontinuerligt dela information med vården genom olika tekniska lösningar. Exempelvis har Västra Götalandsregionen ett projekt som omfattar hjärtsvikt, diabetes och hypertoni (Dagens Medicin 2021). Insatser med fokus på äldre patientgrupper pågår i Region Jämtland Härjedalen och Sörmland (SKR 2021c). Dessutom finns aktuella forskningsprojekt om att använda digitala verktyg i vården av patienter med en kronisk sjukdom (Wannheden m.fl. 2020) eller flera kroniska sjukdomar (Freilich m.fl. 2020).

4.2.10 Stärkt uppföljning av patientlagen

Flera förbättringsförslag som vi tagit del av rör bättre uppföljning av patientlagens efterlevnad.

Förslagen handlar om att information om patientupplevelser behöver samlas in på ett mer kontinuerligt och enhetligt sätt, så att information om patienters upplevelser kommer till nytta och leder till förbättringar.

De som föreslår stärkt uppföljning vill också se tydligare konsekvenser om skyldigheterna enligt patientlagen inte efterlevs. Enligt flera patientföreträdare är det ofta otydligt vem som egentligen bär ansvar för att lagen följs och hur man kan sätta press på verksamheter som inte uppfyller sina skyldigheter. Vårt patient- och brukarråd lyfte dock att skarpare lagstiftning genom ökad möjlighet till rättslig prövning av patientlagen inte självklart skulle stärka patientens ställning, utan att det vore bättre med andra typer av insatser med det syftet.

Exempel på initiativ

Metoder för att mäta patientens upplevelse av personcentrering: Högskolan Dalarna, Göteborgs Universitet och Region Dalarna har ett gemensamt projekt för att följa och utvärdera implementeringen av personcentrerad vård i flera verksamheter i Region Dalarnas regi (www.du.se/forskning). Forskarna har utvecklat och kvalitetssäkrat ett enkätverktyg för att undersöka patienternas upplevelse av personcentrering i vården (Fridberg m.fl. 2020), som man tagit fram i samarbete med Nationell Patientenkät vid SKR.

Brucarrevision: NSPH i Västra Götaland har utvecklat ett metodstöd för att verksamheter ska kunna tillvara patienters och brukares perspektiv på hur vården fungerar och kan förbättras. Handboken består av tre delar som beskriver ett metodiskt arbetssätt, saker som hindrar och möjliggör brukarinflytandet samt aktiviteter för ökat brukarinflytande. Handboken lyfter även upp goda exempel från kommuner, regioner och myndigheter som arbetar med brukarrevisorer (<https://nspgig.se/projekt/vastkom/handbok-i-brukarinflytande/>).

Förslag på att utvidga det nationella patientregistret mot primärvården: Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utreda och utveckla den nationella uppföljningen av bland annat primärvården eftersom den utgör en viktig del av omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen föreslår att det nationella patientregistret utvidgas till att även innefatta primärvården. Inrapporteringen till registret ska enligt förslaget lyda under uppgiftsskyldigheten och omfatta all personal som utför självständigt hälso- och sjukvårds samt omsorgsarbete i primärvården. Socialstyrelsen föreslår också förändringar i förordningen om patientregistret som är nödvändiga för att kunna utvidga patientregistret till primärvården (Socialstyrelsen 2021). Idag saknas nationellt heltäckande data om den vård som ges i primärvården vilket försvårar forskning, uppföljning och lärande.





Slutsatser och rekommendationer

Vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen genomfört en uppföljning av patientlagens genomslag, med fokus på hur patienter upplever att de olika dimensionerna i patientlagen uppfylls i deras möten med vården. I uppföljningen har vi också fördjupat oss i patientlagens nionde kapitel, som beskriver individens möjligheter att välja utförare (vårdgivare), med fokus på individens inställning till valfrihet och vad det inneburit för hälso- och sjukvården i stort.

I följande avsnitt sammanfattar vi våra slutsatser av arbetet (avsnitt 5.1) och resonerar kring möjliga förklaringar till de resultat vi ser (avsnitt 5.2). Vi återknyter då till centrala slutsatser och resonemang från vår tidigare uppföljning av patientlagen (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

Därefter lämnar vi ett antal rekommendationer om åtgärder som vi bedömer är viktiga för att ytterligare stärka patientens ställning med utgångspunkt i principen om vård efter behov. Arbetet med att ta fram rekommendationerna har bedrivits i flera steg, där vi utöver vår empiriska analys tagit intryck av förslagen och initiativen i kapitel 4 (för en närmare beskrivning se avsnitt 5.4).

Vi inleder våra rekommendationer med att övergripande rekommendera en samlad styrstrategi som kompletterar och understödjer lagens intentioner (avsnitt 5.3). Därefter följer rekommendationer för att stärka patientens ställning och efterlevnaden av patientlagen i stort (avsnitt 5.4.1–5.4.3). Vi rekommenderar även principer att tillämpa i styrningen av valfrihet (avsnitt 5.4.4).

Avslutningsvis resonerar vi om för- och nackdelar med våra rekommendationer (avsnitt 5.5).



5.1 VI SER FÅ TECKEN PÅ FÖRBÄTTRINGAR I LAGENS EFTERLEVNAD

Vi ser få tecken på att patientlagens efterlevnad i stort har förbättrats sedan våra tidigare mätningar. Sammantaget bedömer vi att efterlevnaden i många fall är oförändrad. På vissa områden ser vi förbättringar medan läget snarare har blivit sämre för andra områden. För vissa områden saknar vi data som är jämförbar över tid ("Ej jämförbar" i tabell 3). Oberoende av utvecklingen över tid ser vi även flera exempel på svagheter i lagens efterlevnad (se tabell 3).

Pandemin har sannolikt haft en viss negativ påverkan, men undersökningar som gjordes före pandemin visar också få tecken på förbättringar. Dessutom kommer det uppdämda vårdbehovet som uppstått under pandemin innebära fortsatta utmaningar för vården när det gäller att leva upp till sina skyldigheter enligt patientlagen, exempelvis vårdgarantin (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Vi ser att patienter vill vara mer delaktiga i sin vård och vården behöver i högre utsträckning utgå ifrån patientens upplevelse och behov. Vi ser också att patienter vill ha högre personkontinuitet, och våra analyser visar att personer med fasta kontakter genomgående har bättre erfarenheter av vården, jämfört med patienter som saknar detta.

För vissa områden ser vi förbättringar. Bland annat är det fler som uppger att de känner till vilka skyldigheter som vården enligt lag har gentemot dem, och personer med relativt större vårdbehov tycks ha fått större möjligheter att vara delaktiga samt bättre informationskontinuitet.

Samtidigt ser vi tydliga skillnader i olika gruppers erfarenheter av vården. Äldre personer har till exempel bättre erfarenheter av vården jämfört med yngre. De med sämre hälsa har i stället genomgående sämre erfarenheter av vården än andra, liksom att personer med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter jämfört med personer med svensk bakgrund. Resultaten är däremot mindre entydiga när det gäller skillnader utifrån kön, utbildningsnivå eller boendeort (kommuntyp).

Vi har inte närmare studerat vad skillnaderna i erfarenheter beror på, men i sammanhanget är det viktigt att framhålla vikten av vårdens kompensatoriska roll. När en patient har dåliga förutsättningar för hälsa och medskapande behöver vården erbjuda kompenserande insatser och anpassat stöd, men våra analyser pekar på att vården inte fullt ut tar denna kompenserande roll.

Tabell 3. Sammantagen bedömning av patientlagens efterlevnad och utveckling över tid.

Innehåll i patientlagen	Utveckling	Kommentar
Kännedom om vårdens skyldigheter	Förbättrad	Andelen personer som uppger att de känner till vilka skyldigheter vården enligt lag har gentemot dem har ökat. Samtidigt uppger omkring fyra av tio patienter bristande kännedom, och brister förekommer även i vårdpersonalens kännedom.
Kap 2. Tillgänglighet	Försämrad	Patienters erfarenheter av vårdens tillgänglighet är i stort oförändrad, men en lägre andel får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Fler upplever också att det har varit svårt att ta sig till vårdinrättningar, vilket sannolikt är en effekt av pandemin.
Kap 3. Information	Oförändrad	Patienters erfarenheter av information från vården är sammantaget oförändrad. Vi ser vissa förbättringar i att få skriftlig information och att närstående informeras, samtidigt som andelen positiva svar i dessa frågor ligger kvar på relativt låga nivåer.
Kap 4. Samtycke (integritet)	Försämrad	En något lägre andel patienter upplever att deras integritet respekterats, men andelen patienter med positiva erfarenheter är fortsatt hög.
Kap 5. Delaktighet	Oförändrad	Inga genomgående positiva eller negativa förändringar i frågor som rör delaktighet. Patienters erfarenheter av att deras delaktighet efterfrågas och välkomnas har försämrats – enbart något över hälften av patienterna instämmer i det påståendet.
Kap 6. Fast vårdkontakt och individuell planering	Oförändrad	Det är fortfarande många som saknar en fast kontakt och patienters erfarenheter av samordning har försämrats. Samtidigt tycks informationskontinuiteten för personer med relativt större vårdbehov ha förbättrats. En betydligt högre andel anger att de fått en individuell plan som stöd för att samordna insatser från vård och omsorg.
Kap 7. Val av behandlingsalternativ	Oförändrad	Vi ser ingen större förändring i patienters erfarenhet av att ha diskuterat olika behandlingsalternativ. Knappt hälften av patienterna anser att personalen diskuterat behandlingsalternativ med dem.
Kap 8. Ny medicinsk bedömning	Ej jämförbar	Frågan har ändrats över tid men en större andel patienter tycks någon gång blivit erbjudna en ny medicinsk bedömning. En av tio patienter uppger att de inte har blivit erbjudna det trots allvarlig sjukdom och att de själva ville ha en sådan.
Kap 9. Val av utförare	Ej jämförbar	Patienter är generellt positiva till möjligheten att välja utförare. Möjligheten har inte märkbart påverkat de fysiska patientflödena mellan regioner. Digital vård har bidragit till ytterligare valmöjligheter och användandet av digitala utomlänsbesök i primärvården har ökat markant.
Kap 10. Personuppgifter	Oförändrad	Patienters förtroende för vårdens sätt att hantera deras patientinformation och skydda den från obehöriga är i stort oförändrad. 84 procent har ett ganska eller mycket stort förtroende.
Kap 11. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet	Ej jämförbar	Patienter tycks vara nöjdare med hjälpen de fått från den instans som de vänt sig till med sitt klagomål. Men det finns fortsatt flera brister i klagomålshanteringen.



5.1.1 Valfriheten är uppskattad men riskerar att leda till en mer ojämlig vård

Vi ser att patienter generellt har en positiv syn på möjligheten att välja vårdgivare och det kan ha stor betydelse för enskilda patienters möjlighet att söka efter och få tillgång till rätt kompetens och insatser utifrån sitt individuella behov. Geografisk närhet är den bakomliggande faktor som har störst påverkan på hur patienter väljer vårdgivare, särskilt i primärvården.

De flesta av patienterna i vår enkätundersökning som inte valt mellan olika vårdgivare uppger att de inte har haft behov av att välja, särskilt specialiserad vård i en annan region. Men många har avstått från att välja på grund av andra anledningar, till exempel för att det är svårt att avgöra vad som skiljer vårdgivare åt, för att det inte finns något att välja bland eller för att de inte kände till att möjligheten fanns.

Vi ser också att möjligheten att välja vårdgivare i andra regioner inte påtagligt har påverkat de fysiska patientflödena mellan regioner, men däremot har den digitala utomlänsvården ökat markant.

Forskningen på området visar också att ökad valfrihet (i kombination med ökad konkurrens mellan vårdgivare) kan ha positiva effekter på tillgänglighet och i vissa fall kvalitet. Samtidigt ser vi tydliga risker för målkonflikter mellan ökad valfrihet och tillgänglighet i relation till principerna om en vård på lika villkor och efter behov. Valfriheten tycks framför allt nyttjas av vissa grupper såsom yngre och socioekonomiskt starkare personer med relativt lättare vårdbehov, och de verkar därför gynnas mer av den ökade tillgängligheten.

5.2 FLERA MÖJLIGA FÖRKLARINGAR TILL DE RESULTAT VI SER

I den tidigare uppföljningen konstaterade vi också brister i lagens efterlevnad och lyfte ett antal förklaringar till det. En delförklaring var att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag. Andra delförklaringar var att vården delvis saknar förutsättningar för att tillämpa patientlagen, och att frågan om att stärka patientens ställning inte varit tillräckligt prioriterad. Därför bedömde vi också att vi troligen inte skulle se några positiva effekter efter ytterligare ett antal år (Vård- och omsorgsanalys 2017b). Vi ser fortfarande få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad, vilket pekar på att våra tidigare förklaringar är giltiga även i dag.

5.2.1 Ingen samlad strategi för att stärka patientens ställning

I vår nuvarande uppföljning har vi inte systematiskt kartlagt vilka insatser som pågår på olika nivåer med syfte att stärka patientens ställning – men det tycks inte finnas någon samlad strategi eller systematik för detta.

Arbetet med omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård är enligt vår bedömning den satsning som har tydligast kopplingar till intentionerna med patientlagen. Regeringen har bland annat som inriktningsmål att omställningen ska bidra till en ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet i primärvården (prop. 2019/20:164). Omställningen har dock fokus på primärvården och omfattar inte patientlagen i sin helhet. Det innebär att omställningsarbetet i sig inte är tillräckligt för att utifrån patientlagen stärka patientens ställning i sjukvårdssystemet som helhet.

Vår uppföljning av omställningen ger dessutom få indikationer på att arbetet så här långt har lett till måluppfyllelse. Det bedrivs utvecklingsarbeten inom en rad områden, ofta som lokala initiativ och projekt, men det förväntas ta längre tid innan de implementeras, skalas upp och leder till ändrade arbetssätt så att resultaten blir synliga på en mer övergripande nivå. Omställningen tycks hittills inte lösa grundproblemen i primärvården. Till exempel finns fortsatt kompetensbrist och vi ser få tecken på att de ekonomiska resurserna i primärvården har ökat tillräckligt mycket för att möta målsättningarna med omställningen (Vård- och omsorgsanalys 2021d).

5.2.2 Vårdens förutsättningar för att tillämpa patientlagen brister och genomförda insatser har inte varit tillräckliga

En delförklaring till lagens bristande efterlevnad är att det inte skapats tillräckliga förutsättningar ”i vårdens vardag” för att tillämpa patientlagen och därmed stärka patientens ställning. Dessa förutsättningar avser exempelvis att vårdpersonal och patienter känner till vårdens skyldigheter enligt patientlagen och hur lagen kan tillämpas, samt att det finns konkret kunskap, metoder och verktyg till stöd för tillämpningen. Det handlar också om att vårdens medarbetare har tid för förbättrings- och förändringsarbete, samt att patientens ställning prioriteras i styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården, där uppföljningen av lagens efterlevnad har en central roll (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

Vi ser en del förbättringar i patienters erfarenheter av patientlagens efterlevnad och de tycks ha samband med att samtliga vårdnivåer har arbetat fokuserat med olika insatser. Till exempel har informationsdelningen blivit bättre i samband med utskrivning från sjukhus och en större andel patienter



med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst har fått en individuell plan som varit till nytta för dem. Det är troligt att dessa förbättringar delvis går att koppla till lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som infördes i januari 2018, och till de implementeringsinsatser som genomförts. Vi har i en tidigare rapport konstaterat att lagen skapat ett förändringstryck eftersom kommuner och regioner under flera år genomfört ett omfattande utvecklingsarbete (Vård- och omsorgsanalys 2020a).

Utifrån våra analyser bedömer vi att ytterligare en delförklaring till patientlagens bristande genomslag är att många patienter fortfarande saknar en fast kontakt i vården. Att kunna erbjuda en fast kontakt är beroende av att verksamheten är tillräckligt bemannad, vilket i sin tur är beroende av vårdens kompetensförsörjning i stort. Men oavsett bemanningssituationen handlar det också om att prioritera styrning och arbetssätt i vården som främjar kontinuitet. Patienter med en fast kontakt har också bättre erfarenheter av vården när det gäller flera andra skyldigheter som regleras i patientlagen, såsom tillgänglighet, delaktighet och samordning, jämfört med personer som inte har en fast kontakt. Vår enkätundersökning och våra intervjuer visar också att enligt patienterna är möjligheten att ha en fast kontakt i vården en av de mest prioriterade åtgärderna för att stärka deras ställning som patienter.

5.2.3 Patientens rättsliga ställning är fortfarande svag

Patienterna har fortfarande en svag rättslig ställning, vilket är en annan delförklaring till resultaten. I vår förra rapport analyserade vi patientens rättsliga ställning utifrån patientlagen (2014:821), PL, och dess relaterade bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Vidare genomförde vi en jämförande analys av patientens rättsliga ställning i Sverige, Norge, Finland och Danmark, med utgångspunkt i varje lands motsvarande lagbestämmelser.

En slutsats var att patientens rättsliga ställning är svag och att den inte heller stärktes i och med att patientlagen infördes, bland annat på grund av lagens utformning. Vi konstaterade att de största bristerna består i att lagstiftningen är otydlig (skyldigheterna är varken preciserade eller har en tydlig adressat) och avsaknaden av tillsyn, kontroll eller annan uppföljning av om lagen följs. Dessutom innehåller lagen få utkrävbara legala rättigheter, vilket innebär att patienterna, med något undantag, saknar möjligheter att få sin sak prövad i domstol (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

I resten av avsnitt 5.2.3 beskriver vi kort de brister som vi fortfarande ser i patientens rättsliga ställning. Vi inleder dock först med en kort tillbakablick.

Överväganden som föregick patientlagens tillkomst

Syftet med att införa patientlagen var att synlig- och tydliggöra de lagbestämmelser som rör patientens ställning i vården genom att samla dem på ett ställe. De flesta bestämmelserna hämtades från HSL, och lagen innebar alltså inte särskilt mycket nytt i form av tydliggjorda bestämmelser eller stärkta skyldigheter gentemot patienten (utom i vissa delar om till exempel information och valfrihet). Patientlagens ärvda struktur, i form av HSL:s övergripande ramlagskaraktär, har således inbyggda svagheter som man valde att inte adressera när lagen tillkom.

När vi gjorde den förra utvärderingen av patientlagen var HSL föremål för genomgående strukturförändringar, och när rapporten publicerades fanns beslut om en omarbetad hälso- och sjukvårdslag som dock inte hade trätt i kraft än (se prop. En ny hälso- och sjukvårdslag 2016/17:43). Förändringarna syftade till att göra regelverket mer överskådligt och tydligt samt till att renodla lagen så att den återigen fungerar mer som en målinriktad ramlag. I och med detta tog man bort en del detaljreglering som tillkommit genom åren, och nya HSL bidrog därför inte till ökad tydlighet när det gäller att tolka patientlagen, varken när det gäller skyldigheternas innehåll eller vem som ansvarar för att fullgöra dem. Ett antal hänvisningar till annan reglering ströks dessutom i den uppdaterade lagen för att undvika dubbelreglering, och då blev det i stället ännu mer oklart vem som har ansvar för att fullgöra patientlagens skyldigheter (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

Skyldigheter och ansvar framgår inte tillräckligt tydligt

Utgångspunkten för patientlagen, HSL och PSL är att de ger huvudmännen, vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen skyldigheter. Men skyldigheterna är på olika sätt otydliga och saknar ibland en utpekad mottagare, och därmed någon som ansvarar för att de efterlevs. Det kan också vara flera aktörer som har samma ansvar, vilket inte heller bidrar till tydlighet. Om man, utöver de här lagarna, även inkluderar den nya hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF) som en del av den relaterade lagstiftningen, finns exempelvis skyldigheter adresserade till såväl all hälso- och sjukvård, region, kommun, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och den som har ansvaret för vården av en patient. Detta gör det svårt att få en överblick över hur ansvaret är fördelat.



I vår tidigare rapport kunde vi inte för någon av de bestämmelser vi studerade, se några samband mellan skyldigheternas tydlighet och utvecklingen av efterlevnaden av bestämmelserna baserat på patienters erfarenheter. Det räcker alltså inte att bara tydliggöra skyldigheterna och vem som har ansvar för att fullgöra dem, men det har betydelse för möjligheten att kontrollera verksamheter och utkräva ansvar (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

Många av bestämmelserna i lagen är oprecisa

Patientlagens utformning, med breda bestämmelser och till stor del avsaknad av bestämmelser på lägre normgivningsnivåer, kräver att det tillkommer precisering av bestämmelserna på annat sätt. Det ställer stora krav på huvudmän och vårdgivare att förtydliga och precisera hur lagens bestämmelser ska efterlevas, för att den ska omsättas i praktisk handling.

Ett exempel är hälso- och sjukvårdens generella skyldighet att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten (5 kap. 4 § HSL), som preciseras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna ställer bland annat krav på att vårdgivare tar fram egna rutiner och vägledningar. Men både i den här och i den förra uppföljningen har vi fått indikationer på att det saknas precisering i form av rutiner eller liknande vägledning för patientlagen.

Lagstiftningstekniken innebär dubbelregleringar

Patientlagen består av bestämmelser som på olika sätt reglerar patientens ställning i vården, men den lagstiftningsteknik som valts innebär att det förekommer både dubbel- och trippelreglering genom att samma bestämmelser finns i patientlagen och HSL och/eller PSL samt HSF. I vår förra uppföljning analyserade vi ett urval av 14 bestämmelser i patientlagen för att pröva förekomsten av dubbel- eller trippelreglering. Genomgången visade att det i hälften av fallen fanns en parallell reglering i HSL, och i fem fall fanns det trippelreglering där även PSL ingick (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

Denna bild kvarstår till stor del. Någon enstaka bestämmelse togs bort från HSL när lagen omarbetades 2017, men det har också tillkommit bestämmelser. Dessutom har vissa bestämmelser flyttats till HSF, vilket ytterligare bidrar till det splittrade intryck som Lagrådet gav uttryck för redan i sitt yttrande inför patientlagens tillkomst (Lagrådets yttrande, prop. 2013/14:106).

Ett exempel är regleringen om patientens trygghet, kontinuitet och säkerhet, som återfinns i såväl 6 kap. 1 § PL som 5 kap. 1 § HSL och 4 kap. 1 § HSF. Ett annat är regleringen om patientens val av behandlingsalternativ som förekommer på tre ställen (7 kap. 1 § PL, 10 kap. 1 § HSL och 6 kap. 7 § PSL). Som ett exempel där det är oklart vem bestämmelsen träffar kan nämnas 4 kap. 2 § PL om samtycke till vård, där ingen särskild är utpekad för att fullgöra skyldigheten.

Omfattningen av rätten till individuell prövning är otydlig

I vår förra uppföljning konstaterade vi att det saknas möjligheter till individuell prövning vid klagomål på att patientlagens bestämmelser inte efterlevs. Det innebär att det patienten ska kunna förvänta sig av vården, enligt patientlagen, inte är utkrävbart i domstol. Situationen i dag är i stort densamma som då.

Genom åren har det framförts flera argument för att patientlagstiftningen inte ska vara en rättighetslagstiftning, bland annat att det skulle innebära stora förändringar av styrningen av hälso- och sjukvården, leda till resurskrävande domstolsprövningar och göra det svårt att utforma lämpliga sanktioner samt minska utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut (prop. 2013/14:106). I äldre förarbeten har regeringen också framhållit att en skyldighetslagstiftning inte innebär att krav som den enskilde har rätt att ställa på hälso- och sjukvården inte måste respekteras. Man menar att det i det fallet inte är någon skillnad mellan en rättighetslagstiftning och en skyldighetslagstiftning, och att landsting (numera regioner) och kommuner i båda fallen har ansvar för att tillämpa lagstiftningen på det avsedda sättet (prop. 1997/98:189).

Möjligheten till överprövning är dock i praktiken bredare än vad svensk lagstiftning ger sken av idag, genom de rättigheter som stadgas i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (EKMR). Sverige har genom åren flera gånger fått kritik från bland annat Europadomstolen för att man åsidosätter dessa rättigheter genom att inte tillhandahålla möjligheten till rättslig prövning av förvaltningsbeslut (se bland annat Sporrang och Lönnroth mot Sverige, mål nr 1/1981/40/58-59 och Söderman mot Sverige mål nr 5786/08).

Den nya förvaltningslagen (2017:900) har också inneburit en viss förändring. Den gäller till skillnad från tidigare vid all ärendehantering, och ett tidigare undantag för hälso- och sjukvården har slopats. Undantaget infördes från början för att regeringen ansåg att det på hälso- och sjukvårdsområdet



kunde vara svårt att dra en tydlig gräns mellan så kallad handläggning av ärenden och faktiskt handlande. Denna förändring omfattar dock inte just faktiskt handlande, alltså de åtgärder som vidtas inom ramen för den faktiska vården av patienten (prop. 2016/17:180). Regeringen framhåller dock att handläggningen av ärenden som rör enskilda personers vård och hälsa allmänt sett bör präglas av stor respekt för individens personliga integritet och självbestämmande, och att det därför är viktigt att patienten till exempel får information om omständigheter som har betydelse för besluten i vården, för att han eller hon ska kunna ta tillvara sin rätt. Än vet vi inte om detta kommer att innebära någon förändring för patientens rättsliga ställning i praktiken.

Brist på systematisk tillsyn och sanktionsmöjligheter

Vår tidigare analys visade att det inte finns någon aktör som fullt ut kontrollerar patientlagens tillämpning, det vill säga att det inte sker någon systematisk tillsyn av om bestämmelserna i patientlagen och relaterade bestämmelser i HSL och PSL efterlevs. Detta är fortfarande en aktuell fråga även om vi ser några förändringar på området.

Sedan vår förra analys har patientnämndernas uppdrag utvidgats (se 11 kap. 1 § PL) som ett led i det nya klagomålssystemet, uppdraget innefattar att hjälpa patienter och närstående att framföra klagomål enlighet med 3 kap. 8 b § PSL. Det nya systemet innebär att IVO har ett mer begränsat ansvar för att hantera klagomål. Myndigheten ska i stället fokusera på allvarliga händelser, där en patient antingen har fått en bestående skada, fått ett väsentligt ökat behov av vård eller avlidit (7 kap. 11 § PSL och prop. 2016/17:122). IVO har dock fortfarande ett uppdrag att bland annat utreda händelser ”som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning” (7 kap. 11 § PSL). Detta kan till exempel innefatta situationer där patienten inte samtyckt till en viss medicinsk behandling eller där en patient har utsatts för en handling som hotat hans integritet (prop. 2016/17:122). Utöver patientlagen och dess relaterade bestämmelser så har Sverige redan 1952 ratificerat EKMR, och omfattas därmed av alla skyldigheter i konventionen. Förutom konventionen med dess artiklar innefattas också Europadomstolens uttolkning av dessa genom rättspraxis och doktrin i vad Sverige åtagit sig att följa.

Genom åren har en omfattande praxis vuxit fram där uttolknningen av artikel 8 EKMR bland annat handlar om att säkerställa informerat samtycke. Hälso- och sjukvårdspersonal ska nämligen överväga de förutsebara konsekvenserna av planerade medicinska ingrepp, och informera patienterna

om dem. Artikel 8 kräver att patienterna måste informeras om riskerna i förväg, på ett sådant sätt att det kan säkerställas att deras samtycke följer informationsplikten. Rätten till informerat samtycke gäller inte bara behandlingar och andra medicinska ingrepp utan även undersökningar, insamling av data och vävnader och avslöjande av privat information om behandling.

Se *Konovalova v. Russia*, no. 37873/04 (2014); *M.A.K. and R.K. v. the United Kingdom*, nos. 45901/05 & 40146/06 (2010) *Juhnke v. Turkey*, no. 52515/99 (2008); *Elberte v. Latvia*, no. 61243/08 (2015); *Petrova v. Latvia*, no. 4605/05 (2014); *S. and Marper v. the United Kingdom [GC]*, nos. 30562/04 & 30566/044 (2008); *M.S. v. Sweden*, no. 20837/92 (1997); *Y.Y. v. Russia*, no. 40378/06 (2015), *Rardu v. Moldova*, no. 50073/07 (2014), *L.H. v. Latvia*, no. 52019/07 (2014).

I juli 2015 fick IVO i uppdrag av regeringen att, tillsammans med företrädare för patientnämnder, landsting (numera regioner) och kommuner, skapa en långsiktig samverkansstruktur för analys och återkoppling av klagomål (S2015/04952). Syftet var att IVO lättare ska kunna sammanställa och analysera klagomål, på nationell nivå, och återkoppla resultatet till de berörda aktörerna. Arbetet har fortskridit sedan vår förra rapport, och 2018 tog patientnämnderna bland annat fram en ny handbok som inkluderar en kategorisering för att handlägga klagomål och synpunkter utifrån patientlagens bestämmelser. IVO och patientnämnderna har också gjort en gemensam analys av klagomål som bland annat berör delaktighet och information, delar som patientlagen reglerar (Statskontoret 2019). Trots dessa initiativ för en mer systematisk tillsyn visar våra resultat att det fortfarande finns flera brister i klagomålshanteringen (se avsnitt 2.12).

Ytterligare en dimension kopplat till klagomålshantering och tillsyn är att det saknas tillräckliga sanktioner att rikta mot de verksamheter eller individer som inte levt upp till patientlagens skyldigheter. Vi har tidigare konstaterat att det visserligen finns tydliga sanktioner i patientsäkerhetslagen, men de omfattar inte bristande tillämpning av patientlagen och relaterade bestämmelser i HSL och PSL (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

IVO har i en rapport presenterat förslag på hur deras tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan utvecklas (IVO 2021b). Man tar bland annat upp det faktum att IVO i dag inte har befogenheter att besluta om föreläggande eller andra tvingande åtgärder mot huvudmän i regioner och kommuner, på motsvarande sätt som mot vårdgivare.



IVO anser att det finns goda skäl för att införa rättsligt bindande verktyg att använda även mot huvudmännen, för situationer där man uttömt möjligheten att genomdriva huvudmännens ansvar med frivilliga metoder. Vi anser att en sådan möjlighet, och då inte begränsat till bestämmelser om tillgänglighet, kan bidra till att stärka efterlevnaden av patientlagstiftningen.

5.2.4 Alla patienter har inte förutsättningar att själva efterfråga det som lagen anger

I vår tidigare rapport tog vi upp att en stärkt ställning för patienten paradoxalt nog kan öka ojämlikheten i vården, om regionerna inte arbetar aktivt och systematiskt för att patientlagens bestämmelser ska komma alla patienter till del. Utan tydliga insatser i regioner och i verksamheter finns en risk att utvecklingen snarare drivs av ”resursstarka” och pålästa patienter som har störst förmåga att vara delaktiga och ”kräva sin rätt” (Vård- och omsorgsanalys 2017b). I den här analysen finns tecken på att den risken är en realitet – till exempel i vår uppföljning av vad patienters möjlighet att välja vårdgivare har inneburit, där vi ser att valfriheten nyttjas mer av vissa grupper. Vi ser också att valfrihetssystemens ökade tillgänglighet tycks gynna patienter på ett ojämlikt sätt. Detta bekräftar behovet av att patientlagens bestämmelser implementeras genom systematiska, proaktiva och samordnade insatser, vilka också behöver anpassas utifrån olika patientgruppers behov av stöd för att få sina behov tillgodosedda.

5.3 VI REKOMMENDERAR EN SAMLAD STYRSTRATEGI SOM STÖDjer LAGENS INTENTIONER

I *Lag utan genomslag* (Vård- och omsorgsanalys 2017b) rekommenderade vi en samlad strategi för att öka vårdens insatser för att stärka patientens ställning, och därigenom skapa ett nödvändigt förändringstryck. Lagstiftning är i sig inte tillräckligt.

Våra aktuella och tidigare uppföljningar visar att det finns ett fortsatt behov av en samlad styrstrategi och insatser som kompletterar och understödjer lagens intentioner. Arbetet med att uppfylla lagens skyldigheter bör integreras än mer i vårdens övergripande utvecklings- och förbättringsarbete och drivas på av aktörer på samtliga nivåer i sjukvårdssystemet. Även ledarskapet, på alla nivåer i hälso- och sjukvården, har en nyckelroll i att möjliggöra en sådan utveckling.

De rekommendationer som vi lämnar här är organiserade utifrån tre olika styrkomponenter som tillsammans kan bidra till en mer effektiv styrning och högre måluppfyllelse (se faktaruta).

Olika komponenter i en effektiv styrning

I arbetet med att ta fram rekommendationer har vi utgått från en förenklad modell över tre olika komponenter som tillsammans bidrar till en effektiv styrning av hälso- och sjukvårdssystem (Smith m.fl. 2012; Anell 2020):

- **Normering och prioritering** (lagar, föreskrifter och prioriteringsbeslut): inkluderar aktiviteter som syftar till att klargöra vad som förväntas av olika aktörer och vilka mål som ska nås (t.ex. genom reglering i lag, förordning eller föreskrifter eller genom riktlinjer). Denna styrform inkluderar också att göra prioriteringar (utifrån sjukvårdssystemets begränsade resurser) och fördela nödvändiga resurser, för att skapa förutsättningar för att lagar och riktlinjer ska kunna efterlevas (t.ex. att säkerställa rätt kompetensförsörjning).
- **Uppföljning och lärande**: inkluderar aktiviteter som syftar till att skapa kunskap om vad som görs i relation till det som förväntas, eller som undersöker måluppfyllelse (t.ex. samla in data genom uppföljningssystem).
- **Incitament och ansvarsutkrävande**: inkluderar aktiviteter som syftar till att avvikelser (både positiva och negativa) från det som är föreskrivet i normer och regler åtföljs av konsekvenser (t.ex. sanktioner och olika typer av incitament).

Utifrån den här modellen kan patientlagen betraktas som en form av styrning genom normering, eftersom den tydliggör vilka skyldigheter vården har gentemot patienten. Men en lag är inte tillräcklig för att åstadkomma en faktisk förändring. För att lagen ska omsättas i praktisk handling behöver den också kompletteras med annan styrning, exempelvis att nödvändiga resurser prioriteras för att skapa rimliga förutsättningar för lagens efterlevnad, samt att skyldigheterna i lagen kopplas till uppföljning, lärande och ansvarsutkrävande.

5.4 VÅRA REKOMMENDATIONER FÖR ATT STÄRKA PATIENTENS STÄLLNING

I arbetet med att ta fram rekommendationer har vi utgått från våra resultat om hur patientlagens efterlevnad ser ut samt tagit till oss av de förslag och insatser som beskrivs i kapitel 4.

Våra rekommendationer för att stärka patientens ställning (avsnitt 5.4.1–5.4.3) är organiserade utifrån de tre komponenterna i en samlad styrstrategi (se ovanstående avsnitt 5.3). Därefter rekommenderar vi ett antal principer att tillämpa i styrningen av valfrihet (avsnitt 5.4.4).



I våra rekommendationer använder vi begreppet huvudmän när vi vänder oss till både regioner och kommuner. Begreppet vårdgivare används med hänvisning till offentliga och privata vårdgivare som bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet.

5.4.1 Vi rekommenderar insatser som förtydligar vad olika aktörer förväntas göra för att bidra till patientlagens efterlevnad

- ▶ *Regeringen bör ta initiativ till att förtydliga patientlagen avseende vem som bär ansvaret för lagens efterlevnad samt dess innehåll*

Patientlagen är otydlig på vissa punkter och det behöver klargöras vem som ska göra vad och vem som bär ansvaret för att lagen efterlevs. Till exempel är ingen särskild aktör utpekad för att fullgöra skyldigheten om samtycke till vård enligt 4 kap. 2 § PL. En ökad tydlighet kan till exempel åstadkommas genom förändringar av lagen i sig men också genom kompletterande förordningar eller föreskrifter som konkretiserar hur vårdens aktörer förväntas agera. Sådana förtydliganden har också betydelse för möjligheten att kontrollera verksamheter och utkräva ansvar. Det behöver även klargöras hur patientlagens bestämmelser förhåller sig till Sveriges åtaganden enligt internationella fördrag om mänskliga rättigheter. Vi har även uppmärksammat på ytterligare behov av tydliggöranden, såsom:

- Frågan om personcentrering behöver tydliggöras, exempelvis i informationskapitlet där skyldigheten att inte bara ge information utan även ta emot information från patienten kan bli tydligare.
- Frågan om informerat samtycke behöver tydliggöras, både i relation till vad som gäller enligt internationella fördrag och vad som gäller när en person som inte kan ge ett aktivt samtycke har tydliga vårdbehov.

För att patientlagen ska omsättas i praktisk handling krävs även fortsatt att huvudmän och vårdgivare tydliggör lagens innehåll och preciserar hur bestämmelserna ska efterlevas, till exempel genom lokala regler och rutiner.

▶ *Huvudmän och vårdgivare bör genom förbättrad och anpassad information öka kännedomen om patientlagens bestämmelser bland patienter och vårdpersonal*

Både patienter och allmänhet uppger att de fått en ökad kännedom om vilka skyldigheter vården har gentemot dem enligt lag, men vi ser att det fortfarande finns kunskapsbrister. Det tycks också gälla vårdpersonal. Vi menar att kunskapen om vårdens skyldigheter gentemot patienten bör förstärkas genom att:

- Regioner, kommuner och vårdgivare ska ge vårdpersonal, patienter och närstående information om vårdens skyldigheter, inklusive om hur dessa kan tillgodoses. Informationen behöver i högre utsträckning än idag vara anpassad till olika patientgruppers behov och förutsättningar.

▶ *Huvudmän samt universitet och högskolor bör genom kunskapsstöd och utbildning stärka kunskapen om metoder som stödjer tillämpningen av patientlagen*

Vi ser ett behov av att aktörer på nationell, regional och kommunal nivå utvecklar och sprider kunskapsstöd om arbetssätt som bidrar till att stärka patientens ställning och patientlagens efterlevnad. Vi anser att beslutsfattare inom regioner och kommuner bör verka för spridningen av metoder och arbetssätt som har dokumenterat god effekt på patienters upplevelse av delaktighet och inflytande, såsom delat beslutsfattande. Syftet är att vårdens medarbetare ska få mer kunskap om hur de kan arbeta personcentrerat. Följande insatser är en viktig del av det arbetet:

- Den nationella kunskapsstyrningen, där huvudmän och berörda myndigheter samverkar, har en viktig roll och bör fortsatt verka för att sprida kunskap om metoder med dokumenterat god effekt på patienters upplevelse av personcentrering och patientinflytande.
- Universitet och högskolor bör stärka professionsutbildningarna när det gäller att tillämpa patientlagen och använda metoder med dokumenterat god effekt på patienters upplevelse av personcentrerad vård. Det är också viktigt att de som undervisar om patientlagen och övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning har en god juridisk kompetens.



► *Regeringen och huvudmän bör prioritera utvecklingen av digital infrastruktur och stödjande insatser för att främja informationsdelning mellan patienter och vårdgivare*

Möjligheten att dela kunskap- och information mellan patienter och vårdgivare är positiv för patientens upplevelse av sina kontakter med vården och kan bidra till ökad patientdelaktighet och inflytande. Vi ser ett behov av att fortsätta stärka utvecklingen av informationsdelning genom följande insatser:

- Huvudmän i regioner och kommuner bör fortsätta att utveckla 1177.se, med tillhörande tjänster, som en central ingång för patientinformation och kommunikation. Det behövs också en digital infrastruktur för patienter att själva dela sin kunskap och information med vårdens företrädare samt för att underlätta patienters egenvård.
- Regeringen samt regioner och kommuner bör fortsatt verka för att tillgängliggöra digitala tjänster för fler patientgrupper. En del personer lever till exempel i ett digitalt utanförskap, så utöver att utveckla den digitala infrastrukturen och internetbaserade tjänster bör aktörerna också erbjuda patienterna utbildning och stöd i grundläggande digitala färdigheter, till exempel hur man loggar in på 1177.se, läser i Journalen eller delar sina egna hälsodata. Det är angeläget att utvecklingen av förbättrade tjänster och kommunikationsvägar i hälso- och sjukvården följs av insatser som stärker användandet av dessa, eller alternativa tjänster, med särskilt fokus på patienter som behöver sådant stöd.
- Regeringen samt regioner och kommuner bör stärka förutsättningarna för informationsutbyte mellan vårdgivare, regioner, kommuner och patienter, med syftet att öka informationskontinuiteten.

5.4.2 Vi rekommenderar insatser för en stärkt uppföljning av patientlagens efterlevnad med fokus på lärande

► *Regeringen och huvudmän bör stärka utvecklingen av förbättrade dataunderlag och en ändamålsenlig uppföljning av patientlagen*

För att patientlagen ska efterlevas i högre grad krävs tillförlitlig data om i vilken utsträckning lagens intentioner uppfylls. I dagsläget behövs bättre dataunderlag som belyser utfallet av vården och visar var behoven av åtgärder är som störst. Med bättre underlag för uppföljning skulle

man också kunna lyfta fram verksamheter som lyckas väl med att stärka patientens ställning och därmed skulle kunna fungera som goda exempel. Bättre uppföljning är en förutsättning för att patientlagens efterlevnad ska bli en självklar del i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Vi har identifierat ett antal områden där utvecklingen av tillförlitlig och jämförbar data är särskilt angelägen:

- Regeringen samt regioner och kommuner bör förbättra uppföljningen av hur patienternas vård- och omsorg fungerar som en sammanhängande helhet, till exempel utfallet av och kostnaden för de insatser som ges inom regioner och kommuner, samt patienters och närståendes syn på samordningen mellan vård och omsorg. Det är särskilt angeläget att utveckla nationellt sammanhållen patientdata för primärvården.
- Regioner, kommuner och vårdgivare bör stärka arbetet med att tillvarata patienters och närståendes kunskap och perspektiv i arbetet med uppföljning och förbättringsarbete. Exempelvis att synpunkter eller klagomål från patienter och anhöriga bidrar till lärande och systematiskt förbättringsarbete på organisations- och systemnivå.
- Regeringen, regioner och kommuner samt vårdgivare bör försätta att utveckla kontinuerliga mätningar av hur patienter och närstående upplever vården, till exempel när det gäller delaktighet och inflytande.
- Regeringen samt regioner och kommuner bör fortsätta att utveckla insamlingen av tillförlitlig data som reflekterar andelen patienter som har en fast läkar- eller vårdkontakt samt undersöka vad en sådan kontakt innebär för patienten i fråga om till exempel upplevd kontinuitet.
- Regeringen och regioner bör verka för förbättrad kvalitet i och samordning av tillförlitlig information om väntetider och tillgänglighet.

5.4.3 Vi rekommenderar insatser som skapar tydligare incitament och ansvarsutkrävande för patientlagens efterlevnad

- ▶ *Regeringen och IVO bör stärka tillsynen och ansvarsutkrävandet av patientlagens efterlevnad*

Tillsyn har en särskild betydelse mot bakgrund av patientlagens avsaknad av legala rättigheter där patienten kan vända sig till domstol



om skyldigheterna inte uppfylls. Vi ser ett behov av en stärkt tillsyn av patientlagens efterlevnad, och menar att avvikelser behöver leda till tydligare ansvarsutkrävande och konsekvenser för huvudmän och vårdgivare:

- IVO bör i högre utsträckning genomföra systematisk tillsyn av patientlagen, med särskilt fokus på de områden i lagen som värderas högt av patienter och där vi samtidigt ser en bristande efterlevnad, exempelvis delaktighet, samordning och tillgång till fast vårdkontakt. IVO:s tillsyn kan också bidra till att uttolka lagen och därigenom tydliggöra dess innebörd.
- Regeringen bör utreda möjligheten för IVO att besluta om rättsligt bindande sanktioner mot huvudmän. IVO saknar den befogenheten i dag samtidigt som huvudmännen har en avgörande roll i att skapa förutsättningar för vårdgivarna att erbjuda vård som uppfyller patientlagstiftningen och dess intentioner.
- Regeringen bör verka för ökad kunskap om konsekvenserna av det nuvarande klagomålssystemet och vidta åtgärder för att förbättra det. Där ingår bland annat att se över patientens möjlighet att få en individuell prövning vid klagomål som rör efterlevnaden av patientlagen.

► *Huvudmän bör ställa tydliga krav på och skapa incitament för vårdgivare att uppfylla skyldigheterna enligt patientlagen*

Huvudmän i regioner och kommuner bör säkerställa att patientlagen efterlevs genom att skapa förutsättningar för det, och ställa konkreta krav på patientlagens efterlevnad i sina avtal med vårdgivare. Huvudmännen har också goda möjligheter att påverka efterlevnaden genom sin uppföljning. Vi rekommenderar följande:

- Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och ställa krav på att vårdgivarna organiserar och bemannar sin verksamhet i enlighet med principer om personcentrerad vård, till exempel så att fler patienter erbjuds en fast läkarkontakt och/eller vårdkontakt.
- Regioner och kommuner bör ställa krav på att vårdgivare arbetar med patientmedverkan samt följa upp hur de tar tillvara erfarenheter från patienter och anhöriga som en del av sitt förbättringsarbete.
- Regioner och kommuner bör i sitt uppföljningsarbete säkerställa att patientlagen efterlevs samt synliggöra och sprida kunskap om i vilken grad olika vårdgivare efterlever patientlagens bestämmelser.

5.4.4 Vi rekommenderar ett antal principer att tillämpa i styrningen av valfrihet

Valfrihet är en viktig komponent för att stärka patientens inflytande över sjukvårdssystemet, men vi har i vår analys också sett att det finns risk för målkonflikter. Vi ser att bristfälligt reglerade valfrihetssystem kan påverka tillgången till vård för vissa grupper så att vården blir ojämlik och inte ges enligt principen om vård efter behov. För att hantera dessa målkonflikter rekommenderar vi ett antal principer som bör tillämpas i styrningen av valfrihet, vilket inkluderar både primärvård och öppen specialiserad vård.

► *Regionerna bör utveckla vägledning och stöd för att patienter ska kunna välja vårdgivare*

Kännedomen om möjligheterna att välja vårdgivare, samt information om tillgängligt utbud och väntetider, behöver öka för att patienter ska ha bra förutsättningar för att nyttja sin valfrihet. Men mer information räcker sannolikt inte för de grupper som inte förmår nyttja valfrihetssystemen och för att hantera de risker för ojämlikhet som det kan medföra. Regioner och vårdgivare behöver därför ge patienter tydligare vägledning och stöd i valet av vårdgivare, vilket inte bara omfattar vårdgarantiärenden utan samtliga fall som berör patienters val av vårdgivare.

- Regioner och vårdgivare bör ge tydligare information till patienter om de valmöjligheter som finns, samt stödja och vägleda patienter i att göra sina val.
- Regionerna bör stärka sin samordning inom den öppna specialiserade vården i syfte att förbättra tillgängligheten samt för att vårdens kompetens och kapacitet ska användas mer effektivt och jämnt.

► *Regeringen och regionerna bör stärka förutsättningarna för uppföljning av och kunskapsutveckling om valfrihetssystemens konsekvenser*

Kunskapen om hur möjligheten att välja vårdgivare har påverkat vården i stort är i många avseenden otillräcklig. Regeringen och regioner bör därför verka för mer kunskap om valfrihetssystemens effekter på exempelvis jämlikhet, kostnadseffektivitet och kvalitetsutfall. Det förutsätter en fortsatt utveckling av tillförlitlig och jämförbar data, till exempel genom följande insatser:



- Regeringen och regioner bör stödja utvecklingen av nationellt sammanhållen data som beskriver insatser och kvalitetsutfall i primärvården, som omfattar både privata och offentliga vårdgivare på ett likvärdigt sätt.
- Regioner bör sträva efter en mer enhetlig registrering av data som belyser primärvårdsbesökens innehåll och karaktär.

► *Regionerna bör beakta risken för de målkonflikter som kan uppstå vid valfrihet när de organiserar och styr vården*

Vi anser att det är viktigt att regioner beaktar kunskapen om att geografisk närhet är en viktig faktor när patienter väljer vårdgivare, och att etableringsfrihet därmed gör att vårdgivare kan etablera sig utifrån önskad patientmix. Regionerna bör därför sträva efter en jämlik etablering av vårdgivare inom både primärvård och öppen specialiserad vård, exempelvis genom att:

- Vid alltför stor utbudskoncentration bör regionerna använda möjligheterna att styra utbudet mot ökad geografisk jämlikhet. De kan exempelvis komplettera utbudet genom att etablera vårdgivare i egen regi eller genom att teckna avtal med privata vårdgivare enligt LOU, alternativt dela upp regionen i flera geografiska vårdvalssystem.

Ersättningsmodeller behöver också utformas i syfte att motverka risken för ökad ojämlikhet. Det kan finnas stor variation i vårdbehoven hos de patientpopulationer som söker vård hos olika vårdgivare, både utifrån geografiska områden men också utifrån vårdformer (såsom primärvård genom digitala vårdtjänster eller fysiska besök), vilket bör avspeglas i den ekonomiska ersättning vårdgivarna får.

- Regionerna bör fortsätta att utveckla och utvärdera ersättningsmodeller utifrån principen att de ska reflektera det faktiska vårdbehov som vårdgivare tillgodoser. Arbetet bör också samordnas mellan regioner för att den ekonomiska styrningen ska bli mer enhetlig och transparent.

5.5 ATT BEAKTA I STYRNINGEN FÖR ATT STÄRKA PATIENTENS STÄLLNING

I vårt arbete med att följa upp patientlagens genomslag och efterlevnad har vi formulerat ett antal rekommendationer för att stärka patientens ställning. I vårt regeringsuppdrag ingår också att beskriva för- och nackdelar med våra förslag utifrån principen om vård efter behov.

5.5.1 Vårdens centrala målsättningar behöver ständigt värderas och balanseras mot varandra

Patientlagen berör flera av hälso- och sjukvårdens centrala målsättningar, till exempel att vård och behandling ska anpassas till patientens individuella behov och förutsättningar och vara tillgänglig inom rimlig tid. Sjukvårdssystemet har också andra centrala målsättningar, till exempel att sjukvården ska vara kostnadseffektiv och jämlik och att sjukvårdens resurser ska fördelas så att mer resurser går till patienter med stora vårdbehov. Eftersom resurserna är begränsade kan olika målsättningar ibland stå i konflikt med varandra, och vissa mål kan behöva prioriteras framför andra. Detta är ett dilemma som framkommer i delar av vår analys. Till exempel ser vi att insatser för att stärka patientens ställning i form av ökad valfrihet i förlängningen kan medföra att vården blir mer ojämlig.

Ytterligare en balansakt är att hälso- och sjukvården ständigt bör eftersträva en hög efterlevnad av patientlagen för varje individ, samtidigt som de begränsade resurserna behöver fördelas på ett sätt som säkerställer en god efterlevnad för alla patienter. Anpassningar utifrån individens behov behöver också balanseras mot målet att sjukvården ska vara kostnadseffektiv. Det finns inga enkla svar i frågor om målkonflikter, men i avsnitt 5.5.2–5.5.3 resonerar vi kring för- och nackdelar med våra rekommendationer utifrån principen om vård efter behov.

5.5.2 Resonemang om för- och nackdelar med rekommendationerna för att stärka patientens ställning

Flera av våra rekommendationer som rör patientlagen i stort har en utgångspunkt i att stärka principen vård efter behov. I vårt arbete har vi sett att vissa patientgrupper kan ha svårt att hävda sina behov och åsikter i kontakterna med vården. Ett flertal rekommendationer handlar därför om att regioner och verksamheter ska arbeta proaktivt och systematiskt för att patientlagens bestämmelser ska komma alla patienter till del.



Vår rekommendation om att sprida kunskap om metoder för att främja personcentrerad vård, delaktighet och patientinflytande är sannolikt särskilt viktig för de patienter som inte själva har förmågan att ställa tydliga krav. Där behövs etablerade och tydliga arbetssätt där patientdelaktigheten inte kommer i skymundan om patienten inte själv orkar eller kan göra sin röst hörd.

För att öka förekomsten av strukturerade arbetssätt för en personcentrerad vård rekommenderar vi att regionerna bör ställa tydligare krav på att verksamheterna organiserar vården så att de säkerställer patienternas delaktighet och inflytande.

Våra förslag om hur patientlagen kan behöva tydliggöras utgår också från exempel på hur särskilt utsatta patienter drabbas av otydligheter i lagen. Ett tydligt exempel är kravet på samtycke, eftersom patienter med sjukdomar där bristande sjukdomsinsikt är en del av symtombilden kan få svårt att få tillgång till nödvändiga insatser.

Vidare uppmanar vi regionerna att stärka sin samverkan och samordning för att använda vårdkapaciteten på ett bättre och mer jämlikt sätt och det är också ett led i att skapa förutsättningar för att göra bättre prioriteringar utifrån patienternas behov.

Vissa av våra rekommendationer kan i förlängningen vara förenade med risker för att principen vård efter behov påverkas negativt. Ett exempel är vår rekommendation om utbyggnaden av digital infrastruktur för informationsdelning mellan patienter och sjukvård, eftersom det är möjligt att framförallt resursstarka patienter skulle nyttja den möjligheten, och därmed lättare få sina behov tillgodosedda. Vi har också mött farhågor om att den snabba tekniska utvecklingen som nu pågår utestänger vissa patientgrupper från vården, samtidigt som stora patientgrupper har stor nytta av den. Därför behöver utvecklingen av digitala tjänster och kommunikationsvägar i vården kompletteras med insatser för att fler ska använda dessa eller alternativa tjänster, med särskilt fokus på patienter som behöver sådant stöd.

5.5.3 Resonemang om för- och nackdelar med principerna att tillämpa i styrningen av valfrihet

Våra rekommendationer om styrningen av valfrihet har en tydlig utgångspunkt i principen vård efter behov, utifrån att våra analyser visar på risken för att bristfälligt reglerade valfrihetssystem påverkar behovsprincipen negativt.

Vi menar att regioner och verksamheter har en viktig roll i att vägleda och stödja patienter i att välja vårdgivare i ett valfrihetssystem (eller snarare flera)

där de olika alternativen kan vara svåra att överblicka för individen. Vi anser också att sådana stödjande och vägledande insatser behöver utformas för att framförallt nå de patienter som utifrån sin symtombild har svårt att själva söka och värdera information och fatta beslut.

Vår rekommendation om att regioner bör beakta risken för målkonflikter när de organiserar och styr vården har också ett tydligt syfte att stärka principen vård efter behov. Utifrån det aktuella kunskapsläget bedömer vi att vårdens kompensatoriska roll kan behöva stärkas, till exempel genom att balansera etableringsfrihet med mer riktad etablering för att säkerställa en jämlik tillgång till vård. Också arbetet med att utveckla ersättningsmodeller som reflekterar det faktiska vårdbehovet hos vårdgivarens patientpopulation är ett led i att minska risken för att patienter med omfattande vårdbehov inte får tillgång till nödvändiga resurser.





Referenser

- Andersson, L. & Johnson, B. (2018). *Valfrihet och egenmakt. En utvärdering av Region Skånes vårdval för LARO, FOU rapport 2018:1*. Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt arbete Malmö universitet.
- Anell, A., Glenngård, A.H., & Merkur, S.M. (2012). *Sweden: Health system review. Health systems in transition*. European Observatory on Health systems and Policies, World Health Organization.
- Anell, A. (2013). *Vårdval i specialistvården. Utveckling och utmaningar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Anell, A., Dietrichson, J., Ellegård, LM. & Kjellsson, G. (2021). Information, switching costs, and consumer choice: Evidence from two randomised field experiments in Swedish primary health care. *Journal of Public Economics*, 196(104390).
- Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. Stockholm: SNS Förlag.
- Allerby, K., Goulding, A., Ali, L. & Waern, M. (2020). Striving for a more person-centered psychosis care: results of a hospital-based multi-professional educational intervention. *BMC Psychiatry*, 20(523).
- Blix, M. & Jeansson, J. (2018). Nätläkare i primärvården – lindring eller lidande? *Ekonomisk Debatt*, nr 3, årgång 46.
- Blixt, M. & Dahlstrand, A. (2021). Innovationer inom digitala tjänster för psykisk hälsa - utveckling och hinder. https://www.vinnova.se/contentassets/24ca94ab27274b94a32471db28da8eco/bilaga-3_digitala-tjanster.pdf [hämtat 2021-09-21].
- Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., & Wolf, A. (2020). Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *British Medical Journal (BMJ)*.

- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research & evaluation*, 10(7), ss. 1–9.
- Dagens Medicin (2021). *Egenmonitorering: Testa, forska och skapa rutiner*. Publicerad 16 maj. www.dagensmedicin.se
- Dahlgren, C., Hagman, M., Sveréus, S., Rehnberg, C. (2020). *Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018*. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm. Rapport 2020:3.
- Ekman, B., Thulesius, H., Wilkens, J., Lindgren, A., Cronberg, O., Arvidsson, E. (2019). Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomic, and diagnoses. *International Journal of Medical Informatics*, 127, ss. 134–140.
- Ellegård, L.M. & Kjellsson, G. (2019). *Användare av digitala vårdtjänster kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och gjorde inte färre akutbesök*. Läkartidningen. 2019;116:FSWP.
- Ellegård, L.M., Mattisson, L., Kjellsson, G. (2021). *An App Call a Day Keeps the Patient Away? Substitution of Online and In-Person Doctor Consultations Among Young Adults*?. Working Papers in Economics nr 808. Göteborgs universitet, Nationalekonomiska institutionen.
- Fors, A., Gyllensten, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2016). Effectiveness of person-centred care after acute coronary syndrome in relation to educational level: Subgroup analysis of a two-armed randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 221, ss. 957–962.
- Freilich, J., Nilsson, GH., Ekstedt, M., Flink, M. (2020). “Standing on common ground” - a qualitative study of self-management support for patients with multimorbidity in primary health care. *BMC Family Practice*. 21(233).
- Fridberg, H., Wallin, L., Wallengren, C., Kottorp, A., Forsman, H. & Tistad, M. (2020). Development and evaluation of the measurement properties of a generic questionnaire measuring patient perceptions of person-centred care. *BMC Health Services Research*, 20(960).
- Gabrielsson-Järhult, F., Areskoug-Josefsson, K., Kammerlind, P. (2019). *Digitala vårdmöten med läkare - Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie*. Jönköping Academy of Improvement of Health and Welfare, Jönköping University.
- Gabrielsson-Järhult, F., Kjellström, S., Areskoug-Josefsson, K. (2021). Telemedicine consultations with physicians in Swedish primary care: a mixed methods study of users’ experiences and care patterns. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39 (2), ss. 2014–213.

- Göteborgs universitet (2021). *Implementering av personcentrering på programmen för hälsoprofessioner. Forskningsprojekt*. www.gu.se/forskning/implementering-av-personcentrering-pa-programmen-for-halsoprofessioner [hämtat 2021-08-13].
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg. (2019). *Patienterna känner inte att de får någon förklaring från vården*. Iakttagelser i korthet, Nr 4.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2021a). *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg. (2021b). *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*.
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lindgren, P. (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. Stockholm: SNS Förlag.
- Läkartidningen (2021). *Diskriminering av vårdanställda: »Valfriheten har gått för långt«*. Publicerad 15 september. www.lakartidningen.se
- Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (red.) (2020). *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge University Press. DOI 10.1017/9781108855464.
- Norén, D. (2020). *Närsjukvårdsteam vid södra älvsborgssjukhus. Exempel med kostnadsberäkningar – nära vård – nya sätt att mäta ändamålsenlighet och systemeffekter*.
- Patientriksdagen (2020). *Patientriksdagen – rapport 2020*. https://prod.novartis.se/sites/www.novartis.se/files/Patientriksdag_2020_rapport.pdf. [hämtat 2021-08-23].
- PTS – Post- och Telestyrelsen. (2021). *Så kan vi minska det digitala utanförskapet för äldre*, Pressmeddelande 2021-03-31.
- Region Skåne (2017). *Vårdval – effekter på jämlikhet, tillgänglighet och ekonomi*. Revisionskontoret, Region Skåne. Diarienummer 1700185.
- Ramberg, U., Anell, A., Hellström, M. (2020). *Hur kan synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga bidra till utveckling av vården?* KEFU:s skriftserie 2020:4. Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet.
- Region Uppsala (2020). *Genomlysning vårdval Region Uppsala*. Vårduppdragsenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkontoret, Region Uppsala. Diarienummer LS2019-0051.

- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården – en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet*. SBU-rapport nr 260.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). *Kontinuitet i vården. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter*. Publikation nr: 329. <https://www.sbu.se/329> [hämtat 2021-09-20].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021a). *Befolkningsstatistik*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/befolkningens-utbildning/befolkningens-utbildning/> [hämtat 2021-08-17].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021b). *Befolkningsstatistik*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammanfattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik-riket/sveriges-befolkning-efter-fodelseland-region-medborgarskap-och-bakgrund-31-december-2020/> [hämtat 2021-08-17].
- SLF – Sveriges Läkarförbund (2019). *Allmänheten om fast läkare*. <https://slf.se/app/uploads/2019/10/allmanheten-om-fast-lakare-2019.pdf> [hämtat 2021-04-08].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2015). *Riksavtal för utomlänsvård med giltighet från 1 januari 2015*. <https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa27ff4/1615209436665/Besluts%C3%A4ge-v%C3%A5rdval-Regioner-juni-2020.pdf> [hämtat 2021-06-01].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020a). *Pandemin och hälso- och sjukvården. Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020b). *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). *Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020*. <https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985cae40/1617946043424/Digitala-vardkontakter-i-prim%C3%A4rvarden-2020.pdf> [hämtat 2021-05-11].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021b). *Ekonomirapporten maj 2021. Om kommunernas och regionernas ekonomi*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021c). *Nära vård i hemmet för äldre – inspiration för dig som arbetar inom vård och omsorg*.

- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021d). *Sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html> [hämtat 2021-10-06].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021e). *Väntetider i vården*. <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik.54405.html> [hämtat 2021-04-08].
- Smith, P.C., Anell, A. Busse, R., Crivelli, L., Healye, J. Lindah, A.K., Westert, G. & Kene, T. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*, 106(1), ss. 37-49.
- Socialdepartementet & SKR (2020). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialdepartementet & SKR (2021). *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialstyrelsen (2017). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning*.
- Socialstyrelsen (2018a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*.
- Socialstyrelsen (2018b). *Patientströmmar över landstingsgränsen*.
- Socialstyrelsen (2021). *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. Delbetänkande av delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statskontoret (2019). *Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården. Slutrapport*. Artikelnummer 2019:18.
- Tillväxtanalys (2014). *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdsolitik*. Rapport 2014:04.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a). *Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*. Rapport 2013:4.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b). *Vem har vårdvalet gynnat. En jämförande studie mellan tre regioner före och efter vårdval i primärvården*. Rapport 2013:1.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet, vårdgarantin och kömiljarden*. Rapport 2014:3.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *Vårdval och vårdutnyttjande. Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården?* PM 2014:1.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015a). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning*. Rapport 2015:1.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015b). *Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande*. Rapport 2015:6.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (2017a). *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*. Rapport 2017:10.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (2017b). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *Primärvården i belysning. Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015*. PM 2017:5.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Rapport 2018:8.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Möten med mening. En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. Rapport 2018:12.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a). *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Rapport 2020:4.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020b). *Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*. Rapport 2020:9.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020c). *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Rapport 2020:3.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a). *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*. PM 2021:1.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b). *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*. Rapport 2021:6.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021c). *Långt bort men nära. Kartläggning av primärvården i landsbygden*. Rapport 2021:11.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021d). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. Rapport 2021:8.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021e). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Rapport 2021: 4.
- Wannheden, C., Stenfors, T., Stenling, T., von Thiele Schwarz, U. (2020). Satisfied or Frustrated? A Qualitative Analysis of Need Satisfying and Need Frustrating Experiences of Engaging With Digital Health Technology in Chronic Care. *Frontiers in Public Health*, 8: 623773.
- Wettermark, B. & Hellström, M. (2017). *Vårdval 10 år – Vad vet vi om dess effekter?* Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Diarienummer: HSN 2017-1485.
- Winblad, U. (2010). Valfrihetsreformen och vårdgarantin – vilken roll har läkarna för att förverkliga dessa reformer? *Socialmedicinsk tidskrift* nr 5–6.
- Winblad, U., Isaksson, D., Bergman, P. (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2012:2.



Metodbilagor

7.1 PATIENTLAGSENKÄT

År 2020 fick Origo Group AB i uppdrag att genomföra en enkätundersökning till patienter och allmänhet. Enkätsvaren ger en bild av hur patienter upplever att vården arbetar inom de områden som beskrivs i patientlagen. För att få en bild av patientlagens efterlevnad över tid har vi även jämfört svaren med motsvarande undersökningar 2014 och 2016. Nedan beskrivs 2020 års enkätundersökning.

Enkäten i sin helhet finns att hämta på Vård- och omsorgsanalys webbplats. Undersökningarna som vi genomförde 2014 och 2016 beskrivs närmare i våra tidigare publicerade rapporter (Vård- och omsorgsanalys 2015a och 2017b).

7.1.1 Metod

Population och urval

Undersökningen riktade sig till ett urval av personer i Sverige som var 16 år eller äldre från Origo Groups slumpmässigt rekryterade webbpanel. Vi vände oss till två respondentgrupper:

- Grupp A: Allmänhet, personer som *inte* hade varit i kontakt med vården under de senaste 12 månaderna före svarstillfället.
- Grupp B: Patienter, personer som hade varit i kontakt med vården under de senaste 12 månaderna före svarstillfället.

Beroende på grupp fick respondenterna olika enkäter. Patientenkäten var mer omfattande än den som gick ut till allmänheten.

Datainsamling

Data insamlades under perioden 14 december 2020–13 januari 2021 och en inbjudan om att delta i enkäten skickades ut till ett urval av personer i Origo Groups webbpanel. Den bestod då av cirka 70 000 aktiva respondenter.

Förutom de två olika respondentgrupperna stratifierades urvalet på ålder, kön och kommuntyp, med syftet att få en högre representativitet när det gäller köns- och åldersfördelning samt geografisk fördelning utifrån Tillväxtanalys indelning i sex olika kommuntyper (Tillväxtanalys 2014). I stratifieringen bröt vi även ned kommuntypen storstadskommuner till tre grupper, fördelat på Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, vilket innebär att vi hade åtta kommuntypsgrupper i vår stratifiering.

Anledningen till att vi stratifierade urvalet är att vissa respondentgrupper är mer benägna att svara på enkäter än andra. Exempelvis svarar äldre i högre grad på webbenkäter än yngre personer. Stratifieringen gjordes annorlunda än tidigare år, eftersom vi nu stratifierade på kommuntyp i stället för region.

Vi satte också upp maxkvoter för varje stratum, för att säkerställa en godtagbar fördelning och minska risken att få för små stratum.

Svars- och bortfallsredovisning

Totalt svarade 3 014 från respondentgrupp A, allmänhet, och 9 508 patienter från respondentgrupp B, patienter, på sina respektive enkäter. Det är i nivå med våra tidigare undersökningar, se tabell 4.

Bortfallet består av personer som inte kunde svara på grund av att deras maxkvot var fylld och av respondenter som påbörjade enkäten men inte skickade in sina svar. Bortfallet på grund av maxkvoter var 1 113 personer från respondentgrupp A och 3 508 personer från respondentgrupp B. Det var relativt få som inte fullföljde enkäten: 162 personer från respondentgrupp A och 545 personer från respondentgrupp B, vilka exkluderades.

Tabell 4. Antal respondenter per år och målgrupp.

Målgrupp	Antal respondenter		
	2014	2016	2020
A: Allmänhet	3 005	3 322	3 014
B: Patienter	9 188	9 596	9 508

Respondenternas bakgrundsfaktorer har en lite annan fördelning när vi jämför 2020 års data med 2014 och 2016. I de tidigare mätningarna var

yngre underrepresenterade, medan vi ser en mer jämn åldersfördelning för 2020. Vad gäller utbildning och kön ser vi inga större skillnader mellan åren. Däremot var det en högre andel som skattade sin hälsa som dålig i 2020 års enkät: 21 procent 2020 jämfört med 13 procent 2016.

På grund av den stratifiering som utfördes i datainsamlingen har vi lyckats få ett underlag som efterliknar Sveriges befolkning vad gäller kön, ålder och region. Vi har dock inte kunnat stratifiera för andra bakgrundsfaktorer som kan påverka deltagande i enkätundersökningen. I likhet med våra tidigare enkätundersökningar ser vi för 2020 års data att utlandsfödda och respondenter med utländsk bakgrund är underrepresenterade (15 procent i vår enkät och 26 procent i befolkningen i stort 2020). Respondenterna har även en högre utbildningsnivå jämfört med befolkningen i stort: 58 procent av respondenterna i vår enkät uppger att de har eftergymnasial utbildning, medan andelen för befolkningen i stort låg på 44 procent 2020 (SCB 2021a och 2021b).

Viktning

Två olika typer av vikter har används i dataanalyserna. I tidsjämförelserna använder vi samma vikt som i de tidigare undersökningarna för att öka jämförbarheten med 2014 och 2016 års resultat. Den vikten är uträknad utifrån tre variabler: kön, åldersgrupper och A-region (arbetsmarknadsregioner). I analyser som endast gäller data från 2020 används designvikten som bättre motsvarar 2020 års stratifiering och är uträknad utifrån kön, åldersgrupper och kommutyp.

För 2020 års data har vikterna en begränsad inverkan på resultaten. I jämförelse med viktade och oviktade resultat är skillnaderna runt en procent när vi exempelvis tittar på andelar, oavsett vilken av de två olika vikterna vi använder.

7.1.2 Dataanalyser

Jämförelse över tid

Vi har jämfört respondenternas svar från 2020 med de tidigare mätningarna från 2016 och 2014, och fokuserat på de positiva svaren för frågor som går att jämföra över tid. Skillnaderna mellan åren testades även genom Chi-2-test med en signifikansnivå på 5 procent.

Vidare har analyserna brutits ned på självskattad hälsa för att undersöka hur erfarenheter skiljer sig åt och utvecklas över tid mellan patienter med dålig kontra bra självskattad hälsa. I likhet med våra tidigare

enkätundersökningar ser vi ett liknande mönster, att patienter med dålig hälsa genomgående har sämre erfarenheter än patienter med bra hälsa. Däremot ser vi vissa skillnader i utvecklingen mellan grupperna, framför allt vad gäller erfarenheter av att bli informerad. Här har utvecklingen inte varit lika negativ för dem med dålig hälsa, och skillnaderna i erfarenheter mellan grupperna har således minskat.

Eftersom datainsamlingen skedde i slutet av 2020 har resultaten sannolikt påverkats av covid-19-pandemin. Samtidigt har vi använt kompletterande datakällor och enkätresultat som tar hänsyn till patienters erfarenheter av vården före pandemin – undersökningar som genomfördes innan pandemin bröt ut (se bilaga 7.1.4).

Faktoranalys

I patientlagsenkäten ställde vi flera frågor som relaterar till ett visst kapitel i patientlagen, till exempel om tillgänglighet, delaktighet, information och val av utförare (vårdgivare). För att lättare kunna analysera skillnader mellan patientgruppers erfarenheter av dessa kvalitetsdimensioner har vi konstruerat index utifrån en så kallad faktoranalys (Costello & Osborne 2005). Faktoranalyser går ut på att gruppera variabler (frågor) utifrån deras samvariation för att komma åt ett underliggande fenomen som inte är direkt mätbart, en så kallad latent variabel. Antagandet är att de variabler som observerats tillsammans representerar sådana latenta variabler. Fördelen med denna metod är att vi kunnat reducera antalet analyser och dessutom fått mer tillförlitliga resultat eftersom vi undersöker en sammansättning av frågor som mäter liknande fenomen. Alternativet vore att undersöka dessa frågor separat och troligen gå miste om viktig variation.

I vår faktoranalys framkom fem tydliga faktorer, eller latenta variabler. Frågor som rör upplevelsen av tillgänglighet fördelar sig över tre olika faktorer. Frågor om delaktighet sorteras in i två separata faktorer, medan i princip samtliga variabler som rör information hamnar i en och samma faktor. Vissa frågor fördelar sig inte till någon specifik faktor, vilket kan innebära att det finns en latent variabel som vi inte kommer åt med hjälp av de frågor som vi ställt. Därför valde vi att gå vidare med de faktorer som utgörs av tre eller fler frågor och gjorde index av dessa. Våra skattade index av kvalitetsdimensionerna användes därefter i de regressionser som vi genomfört.

Regressionsanalyser

Samtliga analyser har genomförts med hjälp av statistikprogrammet Stata. De oberoende variablerna har kodats om till binära variabler (dummyvariabler), där sambandet för ett specifikt svarsalternativ jämförs med referenskategorin. Vi har utfört både linjära regressionsanalyser och logistiska analyser och valt metod utifrån vilken beroende variabel som har undersökts. Vi har utfört linjära regressioner för att undersöka kvalitetsdimensionerna utifrån de index som vi skapat med hjälp av faktoranalysen. Här har vi valt att inte dikotomisera på grund av risken att förlora viktig variation.

Enskilda frågor som undersökts har vi dikotomiserat till binära beroende variabler för att sedan specificera logistiska modeller. Med andra ord kan dessa variabler endast anta två värden, 1 eller 0. För frågor som haft fler än två svarsalternativ har vi slagit ihop de två mest positiva respektive negativa svarsalternativen.

För att säkerställa att de oberoende variablerna inte har någon problematisk korrelation sinsemellan har vi utfört korrelationsanalyser.

I analysarbetet har vi stegvis inkluderat oberoende variabler för att titta närmare på hur sambanden påverkas av kontroll för andra variabler. Modellerna i rapporten avser de slutliga regressionsmodellerna, vilket inkluderar samtliga oberoende variabler.

Vi understryker att de samband som hittas endast innebär att de undersökta variablerna samvarierar, för vi kan inte säkerställa några kausala samband med hjälp av dessa analyser.

Tabell 5. Sannolikhet för att patienter har erfarenheter av att välja vårdgivare.

		Inom regionen		Utanför regionen	
		Val av primärvård	Val av specialiserad öppenvård	Val av primärvård	Val av specialiserad öppenvård
Kön Referens: kvinna	Man	–		+	+
Utbildning Referens: grundskola	Gymnasium			+	
	Eftergymnasial	+		+	+
Ålder Referens: 30–49 år	16–29 år	–	+	+	+
	50–64 år		–	–	–
	65+ år	–	–	–	–
Bakgrund Referens: svensk bakgrund	Utländsk bakgrund		+	+	+
Självskattad hälsa Referens: dålig	Bra			–	–
Långvarig sjukdom Referens: nej	Ja, en	+			
	Ja, flera	+	+	+	+
Kommuntyp Referens: tätastäder	Landsbygdskommuner mycket avlägset belägna	–		+	
	Landsbygdskommuner avlägset belägna	–		+	+
	Landsbygdskommuner nära en större stad	–			
	Tätastäder avlägset belägna	–	–		
	Storstadskommuner	+	+		
Fast läkarkontakt i primärvård Referens: nej	Ja	+	+	+	+
Fast annan vårdkontakt Referens: nej	Ja	+	+	+	+
Vården påverkats av pandemin Referens: nej	Ja		+	+	+

+ Signifikant positivt samband, $p < 0,05$.
 – Signifikant negativt samband, $p < 0,05$.

7.1.3 Analys av fritextsvar

I patientlagsenkäten ställde vi fritextfrågan ”Om du utgår från dina egna upplevelser av hälso- och sjukvården, vad tycker du behöver förbättras för att stärka din ställning som patient (t.ex. när det gäller delaktighet, tillgång till information, tillgänglighet eller annat)?”.

Omkring 3 000 personer svarade på frågan. Vi har läst igenom samtliga svar och kategoriserat ett urval av svar med grund i patientlagens kapitel för att få en bild av vilka områden som är mest förekommande i förslagen. Fördelningen mellan kategorierna är ungefär densamma när vi jämför sammanställningen baserat på en genomgång av 10 jämfört med 20 procent av samtliga fritextsvar, se tabell 6. Ett fritextsvar kunde innehålla flera förslag och därför inkluderas i fler än en kategori.

Tabell 6. Kategorisering av fritextsvar utifrån patientlagen.

Huvudkategori vid analys av fritextsvar	Antal svar vid genomgång av 10 % fritextsvar (totalt 339 svar)	Antal svar vid genomgång av 20 % av fritextsvar (total 696 svar)
Ej bedömbart text	52	112
1. Bemötande/respekt/medkänsla	31	67
2. Tillgänglighet	58	114
3. Information	55	94
4. Samtycke/barns inställning	0	1
5. Delaktighet	33	63
6. Fast kontakt/individuell planering/kontinuitet	84	157
7. Val av behandlingsalternativ/hjälpmedel	0	1
8. Ny medicinsk bedömning	2	3
9. Val av utförare	5	11
10. Personuppgifter/sekretess och intyg	16	25
11. Klagomålshantering	4	4
12. Övriga/induktiva	109	223

7.1.4 Andra patient- och befolkningsundersökningar vi analyserat

Vi har kompletterat med datakällor och enkätresultat som tar hänsyn till patienters erfarenheter av vården före pandemin. Nationell patientenkät (NPE) och International Health Policy survey (IHP) är undersökningar som genomfördes innan pandemin bröt ut. De har även gett kunskap om områden som relaterar till patientlagen men som vi inte undersökt i vår egen enkät.

Nationell patientenkät (NPE)

För NPE har vi fokuserat på de nationellt gemensamma undersökningarna som är riktade till patienter i primärvården 2015, 2017 och 2019. Dessa mätningar inom NPE är de största sett till urval och respondenter. Omkring 130 000 personer besvarade enkäten 2015, cirka 85 000 år 2017 och cirka 100 000 år 2019. Svarefrekvensen har varit cirka 40 procent varje år.

SKR har bistått med resultatunderlag för dessa mätningar. För att få bättre jämförbarhet och representativitet för patienter som besökt primärvården har vi viktat resultaten på kön och ålder (fyra åldersgrupper: 15–29 år, 30–49 år, 50–69 år och 70+ år). Viktningen kompenserar för olika svarsfrekvenser i olika åldersgrupper, där personer yngre än 50 år har en lägre svarsfrekvens än personer äldre än 50 år. Frågan om man får träffa samma läkare har viktats på 1-årsklasser samt kön utifrån underlag som SKR tog fram för vår räkning. Vissa regioner är något underrepresenterade, men svarsfrekvenserna för varje år varierar marginellt mellan regionerna, och därför har vi valt att inte vikta resultaten på region.

I NPE används en 5-gradig skala, en så kallad Likert-skala. Skalan löper från ”Nej, inte alls” till ”Ja, helt och hållet”. Utöver den 5-gradiga skalan finns svarsalternativet ”Ej aktuellt”. I våra analyser har vi fokuserat på andelen positiva svar (4+5) och exkluderat personer som svarat ”Ej aktuellt”.

De resultat från NPE som vi redovisar i rapporten avser enkäter som besvarats av personer över 15 år och rör läkarbesök. För personer under 15 år skickas enkäten till vårdnadshavare som får utvärdera sin upplevelse av barnets besök. För 2019 har vi även jämfört resultat från ”vårdnadshavarenkäten” med de enkäter som besvarats av personer över 15 år. För majoriteten av frågorna som vi analyserat är andelen positiva svar på ungefär samma nivåer. Den tydligaste skillnaden rör frågan om barnet får träffa samma läkare, med en lägre andel positiva svar.

International Health Policy survey (IHP) riktad till befolkningen

För IHP har vi utgått från resultat som redovisas i ”Vården ur befolkningens perspektiv 2020”. I den rapporten finns mer information om genomförande och metod (Vård- och omsorgsanalys 2021e).

7.2 INTERVJUSTUDIER MED PATIENTFÖRETRÄDARE

Vi kontaktade patientorganisationer som vi bedömde har relevant kunskap om de patientgrupper som vi valt att fokusera på (se avsnitt 2.14). Totalt intervjuade vi 15 personer (se tabell 7). I några fall fick vi också möjlighet att ställa frågor direkt till patienter och närstående, dels genom att vi skriftligen fick förmedla frågor till Schizofreniförbundets Erfarenhetsråd, dels genom att intervju två närstående efter att Barncancerfonden förmedlat kontakt.

Intervjuerna genomfördes december 2020– februari 2021 över videosamtal eller telefon. De varade i cirka 60 minuter och följde en semistrukturerad intervjuguide som innehöll frågor med fokus på patientlagens kapitel om delaktighet, samtycke, information, tillgänglighet och val av utförare. Frågorna löd exempelvis ”På vilket sätt får den patientgrupp ni företräder möjlighet att vara delaktiga i sin egen vård och omsorg?” och ”Upplever du att den patientgrupp du företräder i allmänhet får den information de behöver i kontakterna med vården?”.

Vi tog skriftliga anteckningar från varje intervju, och sammanfattade intervjupersonernas reflektioner och synpunkter i enlighet med intervjuens struktur. De skriftliga underlagen ligger till grund för de analyser och sammanfattande beskrivningar som vi gjort av intervjuernas innehåll.

Tabell 7. Intervjustudie: Intervjuer med företrädare för patientorganisationer.

Namn	Organisation	Kommentar
Karin Westerlund	Alzheimer Sverige	
Ebba Hemmingsson	Barncancerfonden	Vi har också intervjuat två närståenderepresentanter via Barncancerfonden
Kärstin Ödman Ryberg	Barncancerfonden	
Carina Lindegren	Demensförbundet	
Emma Skepp	Diabetesförbundet	
Sonny Wählstedt	Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) Västra Götaland	
Johanna Höst	Riksförbundet Balans	
Simone Gynnemo	Riksförbundet Balans	
Lennart Lundin	Schizofreniförbundet	Vi har också fått ställa skriftliga frågor till förbundets råd med egnerfarna.
Kjell Holm	Stroke Riksförbundet	
Freja Anckers	Unga Allergiker	
Sandra Häggander	Ung Cancer	
Cajsa Helin Hollstrand	Unga Reumatiker	

7.3 INTERVJUER OCH AVSTÄMNINGAR

Följande personer har utifrån sin roll och befattning bidragit till vårt arbete med sin kunskap och sina erfarenheter.

Tabell 8. Intervjuer med företrädare för professionsutbildningar.

Namn	Organisation (roll)
Maria Åberg	Göteborgs universitet (läkarprogrammet)
Tillan Strand	Högskolan i Jönköping (sjuksköterskeprogrammet)
Kristina Gottberg	Karolinska Institutet (sjuksköterskeprogrammet)
Éva Tamás	Linköpings universitet (läkarprogrammet)
Magnus Hultin	Umeå universitet (läkarprogrammet)

Tabell 9. Intervjuer och samtal med regions- och professionsföreträdare om valfrihetens konsekvenser.

Namn	Organisation (roll)
Annika Brodin Blomberg	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Hasse Knutsson	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Lars Kolmodin	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Olle Olsson	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Vårdvalsnätverket	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Tobias Dahlström	Nationellt system för kunskapsstyrning, Nationella samverkansgruppen Uppföljning och Analys
Lena Englund Qvillberg	Region Dalarna
Åsa Linnea Sköld	Region Dalarna
Carina Werner	Region Halland
Anne Lund Jenssen	Region Stockholm
Emma Delgado Diaz	Region Stockholm
Kristina Skogsberg	Region Stockholm
Carina Bäckström	Region Uppsala
Maziar Mohaddes, samordnare av skriftligt utlåtande	Nationellt system för kunskapsstyrning, Nationella Programrådet (NPO) Rörelseorganens sjukdomar

(forts.)

Tabell 9. (forts.)

Namn	Organisation (roll)
Anne Odergren, samordnare av skriftligt utlåtande	Nationellt system för kunskapsstyrning, Nationella Programrådet (NPO) Ögonsjukdomar
Maziar Mohaddes, samordnare av skriftligt utlåtande	Svensk förening för ortopedi
Eva Olofsson, samordnare av skriftligt utlåtande	Sveriges Ögonläkarförening

Tabell 10. Intervjuer och avstämningar i specifika frågor.

Namn	Organisation (roll)
Joakim Sebring	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Linnea Molander	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Marie Åberg	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Sabina Wikgren Orstam	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Klara Palmberg Broryd	Följeforskare om införandet av Patientkontrakt på uppdrag av SKR
Sofie Zetterström	Inera (1177)
Catarina Wallengren Gustavsson	Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs universitet (GPCC)
Eric Carlström	Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs universitet (GPCC)
Mari Lundberg	Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs universitet (GPCC)
Helena Fridberg	Högskolan Dalarna
Vård- och omsorgsanalys patient- och brukarråd	Under workshop om patientens ställning deltog elva ledamöter

Tabell 11. Externa experter som har bidragit med synpunkter på utkast av rapporten.

Namn	Roll	Organisation
Anders Anell	Professor	Företagsekonomiska institutionen, Lunds universitet
Hans-Inge Persson	Ledamot	Vård- och omsorgsanalys patient- och brukarråd (Personcentrerad vård/ledning, konsult)
Jameson Garland	Forskare/disputerad i medicinsk rätt	Juridiska institutionen, Uppsala Universitet
Jessica Andersson	Ledamot	Vård- och omsorgsanalys patient- och brukarråd (SHEDO, NSPH)
Mio Fredriksson	Forskare/docent	Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet
Olle Olsson	Handläggare	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Åsa Himmelsköld	Programchef effektiv och nära vård	Region Uppsala (tidigare HoS-direktör i Region Uppsala)

7.4 ANALYS AV UTOMLÄNSVÅRD

7.4.1 Analyser baserade på uppgifter från patientregistret

I patientregistret (PAR) vid Socialstyrelsen finns uppgifter om samtliga vårdtillfällen och läkarbesök inom den specialiserade vården i Sverige. Registret omfattar inte primärvård. Samtliga vårdgivare är skyldiga att rapportera de uppgifter som Socialstyrelsen begär in enligt särskilda föreskrifter (Socialstyrelsen 2018b). Med andra ord ger registret en god bild över hur patientflöden mellan regioner har utvecklats över tid. PAR innehåller uppgifter om utförraregion och patientens folkbokföringsregion, vilket möjliggör analyser av patientflöden.

Datamaterialet som tillhandahölls av Socialstyrelsen innehöll bland annat information om vårdinrättningarnas tillhörande medicinska verksamhetsområde (MVO) och uppgifter om vårdtyngd. Måttet för vårdtyngd baseras på så kallade DRG-vikter (DRG, diagnosrelaterade grupper) och är ett relativt mått på kostnaden för vård och behandling för den genomsnittliga patienten (ibid 2018b). Genomsnittet för vikten är 1, och ett högre värde i vikten innebär att vårdtillfället var mer kostsamt än genomsnittet, medan ett värde som understiger 1 är mindre kostsamt.

Datamaterialet innehöll även bakgrundsvariabler. Uppgifter om patienters utbildningsnivå kommer från utbildningsregistret och avser utbildningsnivån föregående år. Uppgifter om födelseland kommer från befolkningsregistret. Socialstyrelsen lade till dessa i datamaterialet de tillhandahöll oss.

För att undvika hantering av känsliga personuppgifter aggregerades datamaterialet. En rad avsåg det totala antalet vårdkontakter (besök respektive vårddagar) för en kombination av bakgrundsvariabler. Gränsvärdet för småtal i datamaterialet var 10. En kombination av variabelvärden som understeg detta värde maskades för att man inte ska kunna identifiera individuella patienter. Antalet vårdkontakter som exkluderades på grund av maskning är ytterst litet och påverkar inte de analyser som vi gjort i denna rapport. Vidare exkluderades MVO:er med ett lågt antal vårdtillfällen per år, och de MVO:er som relaterar till psykiatrin slogs ihop till en och samma MVO.

Logistiska regressioner

För den specialiserade öppenvården har vi gjort fördjupade analyser där vi undersökt sannolikheten för att ha nyttjat utomlänsvård utifrån kön, ålder, utbildning och födelseland. Utfallsvariabeln, utomlänsvård, är binär och vi var intresserade av att kontrollera för de flesta bakgrundsvariabler samtidigt vad gäller sannolikheten att nyttja utomlänsvård, och därför har vi utfört logistiska regressioner. Dessa analyser gjordes på 2019 års data – det senaste året inkluderat i underlaget. Vi undersökte sannolikheten för att någon nyttjar utomlänsvård utifrån följande variabler: kön, åldersgrupper (0–19 år, 20–49 år, 50–69 år, 70+ år), utbildningsnivå, födelseland (född i Sverige eller utlandsfödd) och planerad vård. I analyser där vi inkluderat utbildningsnivå har åldersgruppen 0–19 år exkluderats. Vi har inte kunnat undersöka variablerna utbildning och utlandsfödd samtidigt eftersom kombinationen utbildning och födelseland medförde alltför stora småtal. Därför beslutades att dessa variabler skulle separeras till olika dataset för att inte förlora alltför många observationer. Vi vet därför inte hur sambanden som vi ser skulle påverkas om utbildning och födelseland kontrollerats för samtidigt.

Väntetidsdatabasen

När vi analyserat utomlänsvården i primärvården har vi valt att använda uppgifter från väntetidsdatabasen vid SKR (se avsnitt 3.4.3).

7.5 LITTERATURSTUDIE

Vi har gett forskare vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet i uppdrag att genomföra en litteraturstudie av forskning som belyser vilka konsekvenser individens möjlighet att välja vårdgivare av offentligt finansierad öppen vård (inklusive primärvård och specialiserad vård) får för hälso- och sjukvården.

Litteraturgenomgången utgår från följande primära frågeställningar:

1. Vilka konsekvenser eller effekter får individens möjligheter att själv välja utförare eller vårdgivare inom öppen offentligt finansierad vård för:
 - a. kvalitet
 - b. jämlikhet
 - c. tillgänglighet
 - d. kostnader och effektivitet
 - e. huvudmännens och utförarnas organisatoriska förutsättningar (t.ex. för planering och prioriteringar)?

Sekundära frågeställningar har också inkluderats pga. sin relevans för studiens primära frågeställningar:

2. Vilka faktorer påverkar patienters faktiska val av utförare (dvs. inte hypotetiska val eller preferenser), exempelvis närhet, tillgänglighet och kvalitet?
3. Skiljer sig faktiska val av utförare åt mellan olika typer av patienter (exempelvis när det gäller socioekonomisk status och ålder)?

Docent Mio Fredriksson har varit ansvarig för att genomföra projektet, tillsammans med forskaren David Isaksson och professor Ulrika Winblad. Ylva Lindberg och Robin Rönneke Belfrage har också deltagit i arbetet.

Litteraturöversikten inkluderar svenska och internationella empiriska studier som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2012 och 2020. Den omfattar enbart studier inom hälso- och sjukvårdssystem som är jämförbara med det svenska när det gäller invånarnas möjlighet att välja utförare.

Litteratursökningar genomfördes i databaserna Cinahl, PubMed, Scopus och Web of Science, och de kompletterades med avstämningar mot Google Scholar och en sökning utförd av Uppsala universitetsbibliotek. De initiala sökningarna genererade 2 459 sökträffar som granskades utifrån titel och abstract. Totalt 135 sökträffar bedömdes vara relevanta för fulltextläsning. Slutligen bedömdes 41 artiklar uppfylla kriterierna för att inkluderas i litteraturstudien. Av dem rör 24 artiklar de primära frågeställningarna (se tabell 12) och 17 artiklar rör de sekundära (se tabell 13).

Tabell 12. Förteckning över inkluderade artiklar som rör effekter av valfrihet (primära frågeställningar).

Författare (år)	Titel	Tidskrift
Agerholm, J; Bruce, D; de Leon, AP; Burstrom, B (2015)	Equity impact of a choice reform and change in reimbursement system in primary care in Stockholm County Council	BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
Aggarwal, AK; Sujenthiran, A; Lewis, D; Walker, K; Cathcart, P; Clarke, N; Sullivan, R; van der Meulen, JH (2019)	Impact of patient choice and hospital competition on patient outcomes after prostate cancer surgery: A national population-based study	CANCER
Beckman, A; Anell, A (2013)	Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits	BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
Burström, B; Burström, K; Nilsson, G; Tomson, G; Whitehead, M; Winblad, U (2017)	Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review.	INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH
Dietrichson, J; Ellegård, LM; Kjellsson, G (2020)	Patient choice, entry, and the quality of primary care: evidence from Swedish reforms	HEALTH ECONOMICS
Diller, GP; Kempny, A; Piorowski, A; Grubler, M; Swan, L; Baumgartner, H; Dimopoulos, K; Gatzoulis, MA (2014)	Choice and Competition Between Adult Congenital Heart Disease Centers Evidence of Considerable Geographical Disparities and Association With Clinical or Academic Results	CIRCULATION-CARDIOVASCULAR QUALITY AND OUTCOMES
Gaynor, M; Propper, C; Seiler, S (2016)	Free to Choose? Reform, Choice, and Consideration Sets in the English National Health Service	AMERICAN ECONOMIC REVIEW
Glenngård, A (2016)	Experiences of Introducing a Quasi-Market in Swedish Primary Care: Fulfilment of Overall Objectives and Assessment of Provider Activities	SCANDINAVIAN JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION
Isaksson, D; Blomqvist, P; Winblad, U (2016)	Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity.	BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
Kirkwood, G; Pollock, AM (2017)	Patient choice and private provision decreased public provision and increased inequalities in Scotland: a case study of elective hip arthroplasty	JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
Ko, H; Kim, M (2020)	Impacts of expanding provider choice for free flu vaccination among the elderly in Korea	HEALTH POLICY
Korlén, S; Amer-Wählin, I; Lindgren, P; von Thiele Schwarz, U (2017)	Professionals' perspectives on a market-inspired policy reform: A guiding light to the blind spots of measurements	HEALTH SERVICES MANAGEMENT RESEARCH

(forts.)

Tabell 12. (forts.)

Författare (år)	Titel	Tidskrift
Longo, F; Siciliani, L; Moscelli, G; Gravelle, H (2019)	Does hospital competition improve efficiency? The effect of the patient choice reform in England	HEALTH ECONOMICS
Mays, N; Tan, S; Eastmure, E; Erens, B; Lagarde, M; Wright, M (2014)	Potential impact of removing general practice boundaries in England: A policy analysis	HEALTH POLICY
Moscelli, G; Siciliani, L; Gutacker, N; Cookson, R (2018)	Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient?	JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
Moscelli, G; Gravelle, H; Siciliani, L; Santos, R (2018)	Heterogeneous effects of patient choice and hospital competition on mortality.	SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
Noort, BAC; Ahaus, K; van der Vaart, T; Chambers, N; Sheaff, R (2020)	How healthcare systems shape a purchaser's strategies and actions when managing chronic care	HEALTH POLICY
Pekola, P; Linnosmaa, I; Mikkola, H (2017)	Does Competition Have an Effect on Price and Quality in Physiotherapy?	HEALTH ECONOMICS
Sheaff R; Chambers N; Charles, N; Exworthy, M; Mahon, A, Byng, R (2013)	How managed a market? Modes of commissioning in England and Germany	BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
Simões, J; Augusto, GF; Fronteira, I (2017)	Introduction of freedom of choice for hospital outpatient care in Portugal: Implications and results of the 2016 reform.	HEALTH POLICY
Stadhouders, NW; Kremer, JAM; Jeurissen, PPT; Tanke, MAC (2019)	Do quality improvements in assisted reproduction technology increase patient numbers in a managed competition setting?	INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT
Svereus, S; Kjellsson, G; Rehnberg, C (2018)	Socioeconomic distribution of GP visits following patient choice reform and differences in reimbursement models: Evidence from Sweden	HEALTH POLICY
Tayyari Dehbaraz, N; Gyrd-Hansen, D; Ulbjerg, N, Sægaard R (2018)	Does free choice of hospital conflict with equity of access to highly specialized hospitals? A case study from the Danish health care system.	HEALTH POLICY
Vengberg, S; Fredriksson, M; Winblad U (2019)	Patient choice and provider competition - Quality enhancing drivers	SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE

Tabell 13. Förteckning över inkluderade artiklar som rör patienters val av utförare (sekundär frågeställning).

Författare (år)	Titel	Tidskrift
Aggarwal, A; Lewis, D; Mason, M; Sullivan, R; van der Meulen, J (2017)	Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review.	PLOS ONE
Aggarwal, A; Bernays, S; Payne, H; van der Meulen, J; Davis, C (2018)	Hospital Choice in Cancer Care: A Qualitative Study	CLINICAL ONCOLOGY
Aggarwal, A; Lewis, D; Charman, SC; Mason, M; Clarke, N; Sullivan, R; van der Meulen, J (2018)	Determinants of Patient Mobility for Prostate Cancer Surgery: A Population-based Study of Choice and Competition	EUROPEAN UROLOGY
Avdic, D; Moscelli, G; Pilny, A; Sriubaite, L (2019)	Subjective and objective quality and choice of hospital: Evidence from, maternal care services in Germany	JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
Bartholomew, K; Morton, SMB; Carr, PEA; Bandara, DK; Grant, CC (2015)	Provider engagement and choice in the Lead Maternity Carer System: Evidence from Growing Up in New Zealand	AUSTRALIAN & NEW ZEALAND JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY
Hanning, M; Åhs, A; Winblad, U; Lundström, M (2012)	Impact of increased patient choice of providers in Sweden: cataract surgery	JOURNAL OF HEALTH SERVICES RESEARCH & POLICY
Isaksson, D; Blomqvist, P; Pingel, R; Winblad U (2018)	Risk selection in primary care: a cross-sectional fixed effect analysis of Swedish individual data.	BMJ OPEN
Kim, K; Ahn, S; Lee, B; Lee, K; Yoo, S; Lee, K; Suh, DH; No, JH; Kim, YB (2018)	Factors associated with patients' choice of physician in the Korean population: Database analyses of a tertiary hospital	PLoS ONE
Kim, Y-Y; Bae, J; Lee, JS (2017)	Effects of patients' motives in choosing a provider on determining the type of medical institution	PATIENT PREFERENCE AND ADHERENCE
Nostedt, M C; McKay, A M; Hochman, D J; Wirtzfeld, D A; Yaffe, C S; Yip, B; Silverman, R; Park, J (2014)	The location of surgical care for rural patients with rectal cancer: patterns of treatment and patient perspectives	CANADIAN JOURNAL OF SURGERY
Ranstad, K; Midlöv, P; Halling, A (2017)	Socioeconomic status and geographical factors associated with active listing in primary care: a cross-sectional population study accounting for multimorbidity, age, sex and primary care	BMJ OPEN
Ranstad, K; Midlöv, P; Halling, A (2014)	Importance of healthcare utilization and multimorbidity level in choosing a primary care provider in Sweden	SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

(forts.)

Tabell 13. (forts.)

Författare (år)	Titel	Tidskrift
Ringard, Å (2012)	Equitable access to elective hospital services: The introduction of patient choice in a decentralised healthcare system	SCANDINAVIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
Ruwaard, S; Douven, RCMH (2018)	Hospital Choice for Cataract Treatments: The Winner Takes Most	INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH POLICY AND MANAGEMENT
Seghieri, C; Calovi, M; Ferre, F (2018)	Proximity and waiting times in choice models for outpatient cardiological visits in Italy	PLOS ONE
Sivey, P (2012)	The effect of waiting time and distance on hospital choice for English cataract patients	HEALTH ECONOMICS
Smith, H; Currie, C; Chaiwuttisak, P; Kyprianou, A (2018)	Patient choice modelling: how do patients choose their hospitals?	HEALTH CARE MANAGEMENT SCIENCE

7.6 PATIENTLAGEN

Patientlagen i sin helhet finns att läsa här: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Tabell 14. Ändringar i patientlagen (2014:821), sedan lagen trädde ikraft

SFS-nummer	Ikraftträdande	Förändring och innebörd
SFS 2019:964	1 januari 2020	Förändringar i 1 kap. 2 §, 3 kap. 2 b §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § PL med anledning av att beteckningen för kommuner på regional nivå ändrades från landsting till region.
SFS 2018:554	1 januari 2019	Förändring i 2 kap. 3 § PL som innebär att vårdgarantin i primärvården utvidgades på så sätt att den inte längre omfattar endast läkarbesök inom sju dagar, utan att den enskilde i stället ska få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad personal inom primärvården inom tre dagar.
SFS 2017:615	1 januari 2018	Införande av den nya paragrafen 3 kap. 2b § PL med anledning av införandet av lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612). Bestämmelsen innebär att en patient som skrivs ut från sluten vård ska få viss information, bl.a. om den vård patienten mottagit och om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården, samt (om information finns tillgänglig) uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt och om vårdplanering.

(forts.)

Tabell 14. (forts.)

SFS-nummer	Ikraftträdande	Förändring och innebörd
SFS 2017:379	1 januari 2018	Förändringar i 11 kap. 1, 2 §§ samt införandet av den nya paragrafen 11 kap. 2a § PL med anledning av översynen av klagomålssystemet i hälso- och sjukvården och med det ändringar i patientlagen om patientnämndernas utökade uppdrag och skyldigheter för vårdgivare i samband med klagomålshantering.
SFS 2017:66	1 april 2017	Förändringar i 1 kap. 4, 7 och 9 §§, 2 kap. 3 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 § PL. Avser i huvudsak tillkomsten av nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och därmed ändringar i hänvisningar till denna.
SFS 2016:658	1 juli 2016	Förändringar i 3 kap. 2 § (tillägg av punkt 4) och införandet av den nya paragrafen 3 kap. 2a § PL. Avser kompletteringar med anledning av det s.k. patientrörlighetsdirektivet (om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård). Rör bl.a. förtydligade krav på att patienter som får vård enligt direktivets bestämmelser ska få information av vårdgivaren (bl.a. om att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg och om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkring och om patientnämndernas verksamhet).

En lag som kräver omtag

Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet

Patientlagen trädde i kraft 2015 för att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen följt upp patientlagens genomslag. I denna rapport beskriver vi hur patientlagens efterlevnad ser ut idag, och hur den utvecklats över tid, utifrån patienternas perspektiv. Vi gör också en fördjupning om vad patienters möjlighet att välja vårdgivare i offentligt finansierad öppenvård har inneburit för hälso- och sjukvården, och hur patienter ser på den möjligheten. Vi konstaterar att det finns få tecken på att patientlagens efterlevnad har förbättrats över tid, och lämnar förslag på hur lagens genomslag och patientens ställning kan stärkas ytterligare.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

 **vård- och omsorgsanalys**

