

Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv

Slutredovisning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-2-9

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2012

Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp valfrihetssystem inom socialtjänst och primärvård enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, ur ett befolknings- och patientperspektiv. Två övergripande frågeställningar har präglat uppdraget. Den ena handlar om huruvida valfrihetssystem bidrar till att stärka den enskildes ställning inom vård och omsorg. Den andra handlar om huruvida valfrihetssystem bidrar till att alla, oavsett utbildningsnivå, etnisk tillhörighet, kön och socioekonomisk grupp vid likvärdiga behov får likvärdig vård och omsorg oavsett var i landet de bor. En delredovisning med fokus på den förstnämnda frågeställningen lämnades till regeringen i februari 2011. I denna slutredovisning ligger tyngdpunkten på den andra frågeställningen, inklusive frågan om vissa befolknings- och patientgrupper gynnas eller missgynnas av valfrihetssystem.

Medborgarnas egna bedömningar av vård och omsorg, dess tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet, har av naturliga skäl stått i fokus under uppföljningsarbetet. Återkommande nationella patientenkäter och så kallade brukarundersökningar har då varit viktiga kunskapskällor. Dessutom har dialogmöten genomförts i några kommuner till vilka kommuninvånare med egna erfarenheter av att välja vårdcentral eller utförare inom hemtjänst bjudits in för att berätta om sina erfarenheter. Dialogmöten har också hållits med företrädare för frivilligorganisationer.

Rapporten har utarbetats av utredarna Monica Albertsson och Sven Lussensky. Enhetschef Ann Holmberg har varit ansvarig för arbetet.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Innehåll</i>	5
<i>Sammanfattning och slutsatser</i>	7
<i>Inledning</i>	10
Uppdraget.....	10
Bakgrund.....	10
Syfte och mål.....	11
Avgränsning	11
Genomförande	11
<i>Utvecklingen inom vård och omsorg</i>	13
Mångfald	13
Tillgänglighet	15
Kontinuitet	17
Kvalitet	18
<i>Jämlik och likvärdig vård och omsorg</i>	21
<i>Medborgarröster</i>	24
Om möjligheten att välja	24
Om information	30
Om personer som missgynnas	34
Om vad som blivit bättre respektive sämre	34
<i>Valfrihetssystem och utsatthet</i>	37
<i>Diskussion och slutsatser</i>	40
Enskildas ställning har generellt sett stärkts	40
De flesta vill och uppskattar möjligheten att välja	41
Valfrihet har bidragit till bättre tillgänglighet	41
Kontinuiteten har inte förbättrats	42
Kvaliteten utvecklas i primärvården – små förändringar i hemtjänsten... ..	42
Människor med nedsatt autonomi riskerar att missgynnas	43
Valfrihetssystem i sig bidrar inte till jämlik och likvärdig vård och omsorg	44
<i>Referenser</i>	46

Sammanfattning och slutsatser

Enskildas ställning stärks genom LOV

Kommuner och landsting som inför valfrihetssystem ska från och med 2009 tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Bestämmelserna i lagen bidrar till att stärka den enskildes ställning i vård och omsorg genom möjligheten att byta utförare och genom att ersättningen följer den enskilde. Men för att den enskilde ska kunna byta utförare måste det finnas fler utövare av välja mellan. Den enskilde måste också orka och ha förmåga att agera som kund på en vård- och omsorgsmarknad eller få hjälp med det.

De flesta vill välja och uppskattar möjligheten att välja

De allra flesta uppskattar och vill ha möjlighet att välja utförare av hemtjänst och vilken vårdcentral man listar sig vid. I en del kommuner eller snarare kommundelar finns ett mycket stort antal utförare. Den enskilde kan då uppleva att det är svårt att välja även om hon eller han är positiv till valfriheten som sådan. Det kan också vara känslomässigt svårt att byta utförare på grund av att den enskilde känner lojalitet mot eller känner sig stå i beroendeställning till dem man får stöd av.

Välinformerade val kräver bättre information

Välinformerade val förutsätter att medborgarna får lättillgänglig information om olika vårdenheters kvalitet och effektivitet. I dessa avseenden är utbudet av information mycket begränsat. Utförarna tycks heller inte ha hittat ändamålsenliga former för att marknadsföra sig.

Av antalet omval att döma är intresset för att välja om svalt både när det gäller vårdcentraler och utförare av hemtjänst. Om medborgarna inte tar tillvara möjligheterna att välja och välja bort hämmas den kvalitetsförbättring som är en av målsättningarna med reformen.

Tillgängligheten har förbättrats

Valfrihetssystemen påverkar inte kommunernas skyldighet att erbjuda stöd från hemtjänsten till alla som bedöms behöva det. Men valfrihetssystem kan bidra till att tillgången till tilläggstjänster förbättras genom att privata utförare kan erbjuda sådana. Kommunerna får emellertid inte erbjuda tilläggstjänster.

Kontinuitet skattas högt men tycks inte ha blivit bättre

Något samband mellan valfrihetsreformen och kontinuitet har inte kunnat påvisas. Men kontinuitet i vård- och omsorgsinsatser värderas högt framför allt av dem som behöver upprepade insatser under en längre tidsperiod. Behovet av eller önskan om kontinuitet kan vara en orsak till att omvalen är få.

De kommuninvånare med egna erfarenheter av att välja vårdcentral eller utförare inom hemtjänst som deltog i dialogmöten hösten 2011 framhöll att kontinuitet är en viktig del av kvaliteten inom vård och omsorg. De önskade fast läkarkontakt i primärvården, men kände inte att det var självklart att de skulle få välja läkare trots att detta regleras i lag. Deltagarna menade också att många äldre tycker att det är känslomässigt svårt att byta utförare i hemtjänst eftersom de får en nära relation till hemtjänstpersonalen.

Kvaliteten utvecklas i primärvård – små förändringar i hemtjänst

De flesta landsting får 2010 bättre omdömen av patienter på de kvalitetsområden som mäts i den nationella patientenkäten jämfört med 2009. Förtroendet för primärvården har ökat något.

När det gäller hemtjänsten är förändringarna små under den senaste treårsperioden. Två förändringar kan emellertid skönjas. Fler tycks känna sig trygga i hemmet. Kvalitetsområdet social samvaro och aktiviteter förefaller också ha utvecklats något men är fortfarande ett av de områden som äldre personer är mest missnöjda med.

Trots att förtroendet för primärvården sakta tycks öka så är det personer med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd som har lägst förtroende för vårdcentralerna. Dessutom framgår det av studier om äldreomsorgen att ju sämre hälsa, desto mindre nöjda är de äldre med hemtjänsten. Detta tyder på att vi i Sverige inte har lyckats att anpassa vården och omsorgen till dem med störst behov.

Människor med nedsatt autonomi riskerar att missgynnas av valfrihetssystem

Personer vilka till följd av sjukdom eller bristande kognitiv förmåga har svårt att ta del av tillgänglig information eller på egen hand aktualisera ett omval har inte möjlighet att utan stöd ta tillvara de fördelar som valfrihetssystemen avser att ge enskilda personer. Utan stöd till utsatta grupper riskerar en idag ojämlik vård och omsorg bli ännu mindre jämlik. Stöd finns men behöver utvecklas och anpassas till den enskildes behov och förutsättningar.

Kvalitetsförbättringar i vård och omsorg kan emellertid också gynna de mest utsatta grupperna. Men även vid en generellt höjd kvalitetsnivå är risken för ökade skillnader mellan olika grupper påtaglig och måste motverkas.

Personer med syn- och hörselnedsättningar och personer med andra mödersmål än svenska missgynnas t.ex. när det inte finns information anpassad till deras situation.

Valfrihetssystem i sig bidrar inte till jämlik och likvärdig vård och omsorg

Vården och omsorgen var inte jämlik och likvärdig innan valfrihetssystem enligt LOV infördes. Valfriheten i sig bidrar heller inte till att utjämna skillnaderna i dessa avseenden. Valfrihetssystem ger mer makt och inflytande till personer som kan agera som kunder på en vård- och omsorgsmarknad och fatta egna beslut. De som inte har den förmågan kommer i kläm om de

inte får stöd i sina val och omval. I annat fall kommer valfrihetssystem med stor sannolikhet att leda till ökad ojämlikhet i vården.

Inledning

Uppdraget

Regeringen har i regleringsbrevet för 2010 uppdragit åt Socialstyrelsen att följa upp valfrihetssystemen inom primärvård och socialtjänst ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Socialstyrelsen ska följa hur valfrihetssystemen påverkar tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i vård och omsorg. Uppföljningen bör göras bland annat utifrån nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet. Valfrihetssystemens konsekvenser för utsatta patient- och befolkningsgrupper bör uppmärksammas särskilt.

Den kunskap Socialstyrelsen tar fram och de bedömningar som görs ska återföras till sjukvårds- och omsorgshuvudmännen.

Uppdraget, som har delredovisats i februari 2011, ska slutredovisas senast den 15 februari 2012.

Bakgrund

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, trädde i kraft i januari 2009. Lagen ”är en del av strävandet mot att sätta brukaren i fokus, maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare, ökad valfrihet och ökat inflytande, fler utförare och större mångfald. Genom det ökade brukarinflytandet ökar också kvaliteten på tjänsterna.” (Prop. 2008/09:29 s. 54).

Även lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU, syftar till att ge enskilda individer ökade valmöjligheter genom att främja en mångfald utförare. Men rättsläget när det gällde hur valfrihetsmodeller förhöll sig till upphandlingslagstiftningen ansågs oklart. Att tydliggöra detta var ytterligare ett skäl till tillkomsten av LOV. En avgörande skillnad mellan LOU och LOV är att utförare enligt LOV konkurrerar med kvalitet, inte pris.

Sedan 2010 tillhandahåller alla landsting och regioner, i enlighet med riksdagens beslut, vårdvalssystem enligt LOV i primärvården [1]. Några landsting¹ har även infört, eller planerar att införa, vårdvalssystem inom delar av den öppna specialiserade vården.

Kommunerna är inte skyldiga att införa valfrihetssystem. De har emellertid under åren 2008 – 2011 haft möjligheter att söka statliga stimulansbidrag för att förbereda för eller utveckla tidigare kundvalssystem inom den äldre- och handikappomsorg som regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I september 2011 fanns valfrihetssystem i 94 av landets 290 kommuner. Ytterligare 69 kommuner hade beslutat om att införa LOV medan 29 kommuner beslutat att inte införa LOV.

¹ Med landsting avses fortsättningsvis även regionerna Gotland, Halland, Skåne och Västra Götaland.

Syfte och mål

Nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet är utgångspunkter för uppföljningsarbetet, som syftar till att belysa

- om enskilda personers fria val bidrar till att deras ställning stärks inom vård och omsorg
- om valfrihetssystem bidrar till att alla, oavsett utbildningsnivå, etnisk tillhörighet, kön och socioekonomisk grupp vid likvärdiga behov får likvärdig vård och omsorg oavsett var i landet de bor
- om några befolknings- och patientgrupper gynnas eller missgynnas av valfrihetssystem.

Centralt i detta sammanhang är medborgarnas egna bedömningar och upplevelser av vård och omsorg sedan valfrihetssystem infördes med utgångspunkt från följande frågeställningar:

- finns det i realiteten vård- och omsorgsenheter med olika driftsformer att välja mellan (mångfald av utövare)
- ges vård och omsorg inom den tid vårdgarantin anger (tillgänglighetsmålet)
- är möjligheterna att träffa samma vård- och omsorgspersonal bättre eller sämre (kontinuitetsmålet)
- är vårdens och omsorgens kvalitet bättre eller sämre (kvalitetsmålet)?

Avgränsning

De valfrihetssystem som omfattas av uppföljningen utgår i princip från att LOV utgör den legala grunden och avgränsas till landstingens primärvård och kommunernas biståndsbedömda insatser för äldre och funktionshindrade enligt SoL. Vårdvalssystem inom stöd och service till personer med funktionshinder som regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, omfattas därmed inte och inte heller vårdvalssystem inom den öppna specialiserade sjukvården.

Genomförande

Många aktörer är engagerade i att följa upp och utvärdera effekterna av vårdvalssystem ur olika aspekter. En naturlig del i arbetet med att följa upp valfrihetssystemen har därför varit att fortlöpande ta del av publicerade rapporter. Nationella men i viss mån även internationella forskningsrapporter och forskningssammanställningar har bidragit med underlag till denna redovisning liksom kommuners och landstings egna uppföljningar, när sådana funnits tillgängliga. Andra källor har varit den årliga nationella undersökningen för att följa upp kvaliteten i vård och omsorg om äldre, Äldreguiden, Vårdbarometern, Nationell Patientenkät² – primärvård och Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård.

² Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för en serie mätningar av den patientupplevda kvaliteten i vården, som genomförs varje år.

Särskild uppmärksamhet har ägnats åt hur de som är i behov av vård och omsorg upplevt insatserna de fått och om insatserna förändrats på något sätt sedan valfrihetssystem infördes. Inför slutredovisningen av uppdraget genomfördes därför dialogmöten i sex kommuner, Varberg, Lund, Västerås, Umeå, Linköping och Karlstad, under perioden april – oktober 2011. Socialstyrelsen bjöd in personer med egna erfarenheter av att välja utförare av hemtjänst eller vårdcentral³ genom annonser i lokalpressen. I november 2011 genomfördes två dialogmöten i Stockholm med företrädare för pensionsorganisationer och organisationer för personer med funktionsnedsättningar, invandrare, nationella minoriteter och homosexuella, bisexuella och transsexuella personer, hbt.

³ Med vårdcentral avses fortsättningsvis även hälsocentral, familjeläkaremottagning, husläkarmottagning eller motsvarande.

Utvecklingen inom vård och omsorg

Innan LOV trädde i kraft i januari 2009 fanns kundval eller liknande verksamhet i ett 50-tal kommuner. Tre landsting hade infört vårdval i primärvården. Numera har fler än 160 kommuner infört eller beslutat om LOV och alla landsting har vårdval i primärvården. Allt fler landsting inför också vårdval i öppen specialiserad sjukvård. Sedan 2011 finns en nationell värdegrund för äldreomsorgen som förbättrar äldre personers möjligheter att själva utforma insatserna inom omsorgen.

Valfrihetssystem utvecklas för närvarande i snabb takt inom vård och omsorg. Vilka konsekvenser dessa valfrihetssystem får för enskilda personer följs närmare av en sedan januari 2011 nyinrättad myndighet, Myndigheten för vårdanalys. Dess uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvården och tandvården samt i gränssnittet mellan vård- och omsorg [2]. Ett av myndighetens granskningsområden 2012 handlar just om vilka konsekvenser valfrihetssystem får för olika ”patient- och brukargrupper” [3].

Mångfald

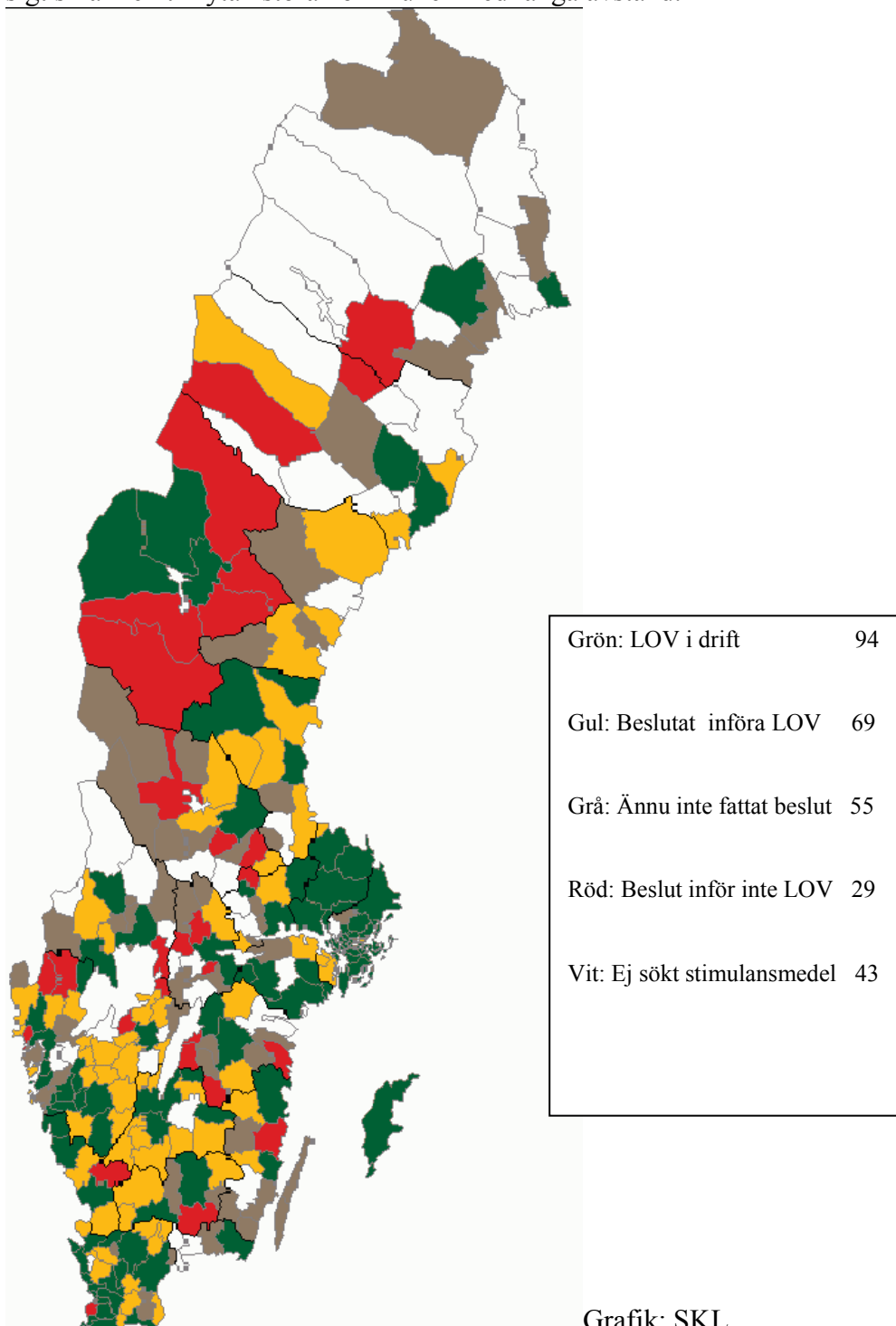
Valfrihetssystem i kommunerna

Av landets 290 kommuner har 248 sökt och beviljats stimulansmedel för att förbereda eller utveckla valfrihetssystem enligt LOV inom äldre- och handikappomsorgen. I september 2011 hade 94 kommuner inrättat tjänster av detta slag. Ytterligare 69 kommuner hade beslutat att införa sådana tjänster, medan 98 kommuner vid denna tidpunkt inte tagit ställning. Övriga 29 kommuner har beslutat att inte införa valfrihetssystem enligt LOV (karta 1, sidan 15). Den tjänst med valfrihet som kommunerna oftast erbjuder eller planerar för är hemtjänst i ordinärt boende.

Några av de till ytan stora men befolkningsmässigt små kommunerna i Norrlands inland har inte ansökt om stimulansmedel. En bidragande orsak kan vara att man har bedömt förutsättningarna att attrahera privata utförare⁴ som små. Möjliga utövare betonar svårigheterna med att etablera sig i en liten kommun med få invånare och stora geografiska avstånd [4]. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser har också påtalat att det i ett glesbefolkat land som Sverige är svårt att få till stånd en mångfald av företag i vissa regioner, vilket kan hota kundvalsmodellens effektivitet [5].

⁴ Begreppen privata utförare och privat regi används i denna rapport som samlingsnamn för bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser eller enskilda individer som med offentlig finansiering bedriver vård- och omsorgsverksamhet.

Det finns inte några juridiska hinder för kommuner att samverka för att bygga upp ett valfrihetssystem enligt LOV. Kommunal samverkan förekommer också inom flera olika områden. Särskilt små kommuner behöver kunna samverka för att effektivisera sin verksamhet, öka sin kompetens och på ett bättre sätt kunna hantera utmaningar inom den offentliga verksamheten. Men det är svårt att samverka i sådana verksamheter som vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar i befolkningsmässigt små men till ytan stora kommuner med långa avstånd.



Vårdval i primärvården

Sedan landstingen införde sina respektive vårdvalssystem har 208 vårdcentraler i privat regi etablerats till och med oktober 2011. Under motsvarande tid har antalet vårdcentraler i offentlig regi minskat med 17 stycken. Nettotillskottet uppgår alltså till 191 vårdcentraler, vilket motsvarar cirka 19 procent av det totala antalet.

I de 191 vårdcentralerna ingår även filialer. En filial är en del av eller underavdelning till en vårdcentral och har inga listade patienter, utan dessa är listade hos "huvudmottagningen". Filialen bedriver verksamhet med fast adress på annan ort och har i de flesta fall ett mer begränsat utbud av primärvårdstjänster jämfört med huvudmottagningen.

Antalet vårdcentraler som drivs av privata utförare har mer än fördubblats efter vårdvalsreformen, dels genom att nya vårdcentraler etablerats men främst genom att vårdcentraler som tidigare drivits i offentlig regi numera drivs i privat regi. Av det totala antalet vårdcentraler drivs nästan hälften av privata utförare [28].

Vårdcentraler som drivs av privata utförare finns i alla landsting, men förekomsten varierar både mellan landstingen och inom ett landsting. Antalet nyetableringar skiljer sig också mellan landstingen. De flesta nyetableringar har relativt sett skett i Landstinget i Jönköpings län där cirka fem nya vårdcentraler per 100 000 invånare har etablerats sedan vårdvalet. I Örebro läns landsting, Region Gotland och inom Tiohundra-nämndens upptagningsområde Norrtälje har inga nya vårdcentraler i privat regi etablerats [6].

Tillgänglighet

Hemtjänst

Kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd från hemtjänsten till alla som bedöms behöva det oberoende av bostadsort, vårdbehovens omfattning eller på vilka tider under dygnet insatserna ska ges. Valfrihetssystemen ändrar inte detta förhållande. I kommuner med flera utförare regleras ansvaret i avtal som baseras på kommunernas förfrågningsunderlag. I alla aktuella förfrågningsunderlag ställs tillgänglighetskrav. Dessa kan vara utformade så att en utförare är skyldig att utföra uppdrag inom ett givet område och att uppdragen ska verkställas inom en viss tid.

I de nationella undersökningarna om äldre personers uppfattning om kvaliteten i vård och omsorg har de som får hemtjänst tillfrågats om de är nöjda med sina möjligheter att påverka vid vilka tider hemtjänsten ges och om personalen tar hänsyn till hemtjänstmottagarens åsikter och önskemål om hjälpen. En majoritet av de äldre uppger att de har inflytande över hemtjänsten. Men det finns skillnader mellan kommunerna, särskilt ifråga om de äldre möjligheter att påverka tiden för när hjälpen ska ges. Uppgifterna i de nationella undersökningarna tyder på att det finns skäl att ifrågasätta om personer med stora hjälpbehov, för vilka alternativet är särskilt boende, har insatser från hemtjänsten i tillräcklig omfattning.

I Stockholm finns ett stort intresse bland företag och olika organisationer att ingå i stadens valfrihetssystem. Det innebär att kommuninvånarna har ett omfattande utbud av utförare att välja mellan. Ur tillgänglighetshänseende är detta positivt samtidigt som det kan medföra vissa problem. När det finns

ett rikt utbud av utförare att välja mellan kan det vara svårt för den enskilde att välja. Det kan också vara svårt att i en sådan situation utforma lättillgänglig, saklig och uppdaterad information som kan underlätta den enskildes val.

Primärvård

Ett generellt problem vid uppföljningen av vårdvalet i primärvården är vad som är eller kan vara en följd av vårdvalet och vad som är en effekt av andra statliga initiativ och åtgärder. Mellan åren 2009 och 2010 ökade t.ex. antalet läkarbesök i primärvården med sammanlagt 422 100 och 92 procent av patienterna gjorde sitt besök inom sju dagar. I vilken mån vårdgarantin bidragit till detta eller om det i huvudsak beror på att antalet vårdcentraler ökat är svårt att bedöma. Men att vårdcentralerna blivit fler och därmed antalet läkare verksamma i primärvården har självfallet stor betydelse.

Under 2011 förbättrades tillgängligheten ytterligare något. En majoritet, 93 procent, av dem som behövde träffa en läkare i primärvården fick ett sådant besök inom sju dagar [8].

Telefontillgänglighet

Väntetidsdatabasens uppgifter om telefontillgängligheten förutsätter att vårdcentralerna har datoriserade telefonsystem. Vid den senaste mätningen i oktober 2011 deltog 1105 vårdcentraler. Det var 308 fler jämfört med motsvarande tidpunkt 2010. Telefontillgängligheten var densamma dessa båda år, 89 procent, men fler vårdcentraler deltog alltså i mätningen. Resultaten baserar sig 2011 på ca 180 000 inkommande samtal [8].

Tillgängligheten varierar mellan landstingen. Fjorton landsting besvarade 90 procent eller fler av de inkommande samtalen samma dag. Det är ett landsting mer jämfört med oktober 2010. Men i sju landsting besvaras alltså mindre än 90 procent av samtalen samma dag.

I den nationella patientenkäten om primärvård ställer man frågan om hur patienterna upplevt mottagningens tillgänglighet per telefon. Sammanlagt 83 procent svarade bra, mycket bra eller utmärkt, 10 procent någorlunda och 4 procent dålig⁵ i 2010 års enkät.

Sedan 2001 har motsvarande fråga ställts även i Vårdbarometern. Men från och med 2010 har Vårdbarometern förändrats till innehåll och form, varför möjligheterna att jämföra bakåt i tiden är begränsade. Det beror inte enbart på förändrade frågor och metod, utan också på att resultaten till viss del redovisas på annat sätt.

Tillgång till sjukvård

Primärvårdens tillgänglighet handlar inte bara om väntetider utan också om geografisk tillgänglighet. Sedan 2002 har antalet vårdcentraler ökat med 241 stycken eller närmare 25 procent. Den kraftigaste ökningen har skett sedan vårdvalsreformen infördes, tabell 1.

⁵ Gotland, Jämtland, Norrbotten, Uppsala och Stockholm deltog inte i denna enkät.

Tabell 1. Antal vårdcentraler inklusive filialer 2002 - 2011

	2002	Innan 2007 -	vårdvalet 2009	2011		Förändring 2002–2011
Områdestyp	Antal vårdc	Antal vårdc	varav privata	Antal vårdc	varav privata	Vårdcentraler totalt
Glesbygder	47	45	7	46	8	1
Tätortsnära landsbygd	203	205	46	221	64	16
Tätorter	722	772	235	946	531	174
Riket	972	1022	288	1213	602	191

Källa: Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser.

I många glesbygdsområden med stora avstånd till närmaste sjukhus tar vårdcentralerna hand om och behandlar mer komplicerade vårdbehov som i tätorterna behandlas vid sjukhus. Därför är det viktigt att vårdcentralerna är tillgängliga, såväl geografiskt som tidsmässigt. Vårdcentralfilialerna har stor betydelse i detta sammanhang. Konkurrensverket kommer inom kort med en närmare redovisning av vårdcentralernas tillgänglighet ur geografiskt och tidsmässigt hänseende. Den ingår som en del i regeringens uppdrag till myndigheten att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården ur konkurrenssynpunkt [7].

Antalet vårdcentraler i landet har alltså ökat. Om detta i sin tur bidragit till att en större andel av befolkningen anser att den har tillgång till den sjukvård den behöver är inte, i varje fall för närvarande, möjligt att bedöma. Men andelen personer som anser sig ha god tillgång till vård ökar. I Vårdbarometern ställs frågan om tillgång till sjukvård. Cirka 80 procent instämde 2009 i påståendet ”Jag har helt eller delvis tillgång till den sjukvård jag behöver” (vet ej/ej svar exkluderade), vilket 82 procent gjorde ett år senare. Frågan avser emellertid all sjukvård och inte enbart primärvård [9].

Kontinuitet Hemtjänst

Vanliga klagomål på hemtjänsten är att personal byts för ofta, att personal kommer för sent och att det är svårt att få insatserna på önskad tid. Kontinuitet är en viktig faktor som skapar förtroende för hemtjänsten. Men kontinuitet är inget entydigt begrepp. I äldreguiden används begreppet för att beskriva om de personer som har hemtjänst fortlöpande får träffa samma personal. Av svaren framgår att det är stora variationer i kontinuiteten både mellan olika kommuner och mellan olika enheter inom en kommun. I valfrihetssystemen har ett antal företag tagit fasta på detta. I sina åtaganden utlovar de service på de tider den enskilde själv önskar och med löfte om personkontinuitet. Som komplement till detta erbjuds tilläggstjänster som egenregin inte har rätt att tillhandahålla.

Valfrihetssystem gynnar inte alltid kontinuiteten. När flera utförare anlitas för olika insatser ökar risken för splittring. Det finns exempel på att en utfö-

rare kan stå för serviceinsatser, en annan för omvårdnad och en tredje för hemsjukvård. Fler utförare och personer blir involverade i vården. Det innebär inte med nödvändighet att kontinuiteten försämras men risken ökar. Kraven på samordning ökar liksom risken för att vårdplaneringen försvåras. Detta berör framförallt personer med omfattande behov av insatser.

Primärvård

I de flesta landsting listar sig enskilda personer i första hand på vårdcentralen. De kan sedan lista sig på en enskild läkare, men då är det i regel vårdcentralen som ansvarar för att detta sker. I Blekinge registreras emellertid valet av fast läkarkontakt i landstingets listningssystem. I Stockholm kan invånarna lista sig antingen hos en läkare vid en vårdenhets eller på en vårdenhets.

En majoritet av befolkningen, ca 90 procent, anser att det är viktigt med fast läkarkontakt i primärvården. Det var också fler som 2009 hade en sådan kontakt jämfört med 2005, 57 procent jämfört med 40 procent. Men skillnaderna mellan olika landsting var betydande. I Västmanland uppgav 73 procent av befolkningen att de hade fast läkarkontakt 2009. I Sörmland var motsvarande andel 39 procent [10].

Från och med 2010 har Vårdbarometern förändrats till innehåll och form och frågan om fast läkarkontakt finns inte längre med. Däremot finns i den nationella patientenkäten om primärvård en fråga som lyder: "Har du för närvarande en fast läkar-/sjuksköterskekontakt på vårdcentralen?". Det går alltså inte att i de rullande befolknings- och patientenkäterna följa utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården, varför uppgifter för 2010 och 2011 saknas.

Hälften av respondenterna i den nationella patientenkäten uppgav att de 2010 hade en fast läkar-/sjuksköterskekontakt. Detta kan jämföras med att 83 procent ansåg det mycket viktigt att ha en sådan kontakt, medan 16 procent ansåg att det inte var viktigt. Drygt hälften, 57 procent, uppgav att de vid sina besök brukade få träffa samma läkare/sjuksköterska [11].

Kvalitet

Hemtjänst

Kvalitet är de sammantagna egenskaper hos vården och omsorgen som tillgodoser enskildas behov. Kvalitetsredovisningar bör innehålla beskrivningar av såväl faktiska förhållanden som hur de personer som berörs av verksamheten bedömer dem. I denna uppföljning är det självfallet enskilda personers uppfattning av verksamheterna som är i fokus.

Av 2011 års nationella undersökning om äldre personers uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden framgår att de i stort sett är nöjda med hemtjänsten som helhet och med flera av de kvalitetsområden som redovisas, t.ex. trygghet i hemmet och bemötande. Mindre nöjda är de äldre med information, inflytande, social samvaro och aktiviteter. I stora kommuner är generellt sett omdömena om hemtjänsten mindre positiva än i mellan- och små kommuner [12].

Liksom i de två tidigare nationella undersökningarna visar 2011 års undersökning att de äldres bakgrund såsom kön, ålder, utbildningsnivå och socioekonomiska situation är av mindre betydelse för deras uppfattning om hemtjänsten. Däremot är skillnaden mellan äldre med god hälsa och äldre med dålig hälsa påtaglig; ju sämre hälsa, desto mindre nöjd är man med hemtjänsten.

Socialstyrelsen har jämfört kommuner som infört respektive inte infört valfrihetssystem i hemtjänsten för att undersöka om det finns några skillnader ur kvalitetshänseende [12]. Vi har inte funnit några belägg för att de kommuner som har infört valfrihetssystem nått bättre resultat när det gäller äldreomsorgens kvalitet än de som inte infört valfrihetssystem. Många kommuner har emellertid nyligen beslutat om att införa valfrihetssystem enligt LOV. Först om några år blir det därför intressant att utvärdera dess effekter på äldreomsorgens kvalitet och jämföra dem med kommuner som inte infört valfrihetssystem.

Primärvård

Sedan alla landsting genomfört vårdvalsreformen i primärvården ställs i Vårdbarometern frågan: ”Vad anser du är viktigast vid val av vårdcentral/motsvarande?” Av svaren framgår att de viktigaste faktorerna är vårdcentralens närhet till bostaden, bemötande och kontinuitet i kontakterna. Det är ovanligt att befolkningen via internet jämför olika vårdgivare och söker information om vårdens kvalitet. Fem procent av dem som svarat hade under de närmast föregående sex månaderna jämfört olika vårdgivare och tolv procent hade sökt information om vårdens kvalitet [9].

Den första nationella patientenkäten genomfördes 2009 och handlade om primärvården. Patienter som besökte läkare graderade sina erfarenheter inom följande områden; bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta och om man kunde rekommendera vårdenheten/läkaren. Under hösten 2010 mättes den patientupplevda kvaliteten på både läkar- och sjuksköterskebesök vid vårdcentraler. Vid detta mätillfälle deltog inte Uppsala, Gotland, Jämtland, Norrbotten och Stockholm.

Uppgifter finns dels för varje vårdcentral inom respektive landsting, dels på landstingsnivå. På landstingsnivå och inom alla kvalitetsområden ligger enligt 2010 års mätning

- Halland och Kalmar genomgående över riksgenomsnittet
- Gävleborg och Jämtland genomgående på riksgenomsnittet
- Västmanland, Västernorrland och Västerbotten genomgående under riksgenomsnittet.

Av de fjorton landsting som har deltagit i båda de nationella patientenkäterna har alla utom ett fått bättre omdömen eller minst lika bra 2010 jämfört med 2009. Detta gäller även om de i den första mätningen låg över riksgenomsnittet. Även om förändringarna i många fall är små är tendensen tydlig, kvaliteten enligt patienternas bedömning har blivit bättre.

I Vårdbarometern mäts bland annat befolkningens förtroende för primärvården. Mellan 2009 och 2010 ökade andelen som uppgav att de hade ganska stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler från 59 till 62 pro-

cent. Förtroendet för primärvården tycks alltså öka. Det är fortfarande lägre än för sjukhus, men skillnaderna minskar [9].

Lägst förtroende för vårdcentraler har personer med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd. Medan 11 procent i befolkningen som helhet har litet eller mycket litet förtroende är motsvarande andel för gruppen med dåligt hälsotillstånd 21 procent.

Det finns också skillnader mellan olika åldersgrupper. De som är 70 år och äldre har störst förtroende för sitt landstings vårdcentraler - andelen uppgår till 75 procent. Motsvarande siffra är 52 procent i åldersgruppen 30-39 år, där förtroendet är lägst. De främsta anledningarna till bristande förtroende bland de 2 190 personer som fick frågan var: "Man får inte den hjälp man behöver" (24 procent), "Dålig kompetens hos läkare" (23 procent) och "Olika läkare/personal från gång till gång" (13 procent) [9].

Jämlik och likvärdig vård och omsorg

Nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet är utgångspunkter för arbetet med att följa upp om valfrihetssystem bidrar till en mer jämlik och likvärdig vård och omsorg. Målen innebär att

- den enskildes möjligheter till insatser inte får påverkas av geografiska, demografiska, sociala, språkliga, religiösa och kulturella förhållanden
- kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina liv
- medborgarnas behov ska tillgodoses enligt samma principer i hela landet, dvs. utbudet av vård och omsorg ska vara likvärdigt, tillgängligheten till detta utbud ska vara likvärdig och kvaliteten i de tjänster som utförs och de åtgärder som vidtas ska vara likvärdig.

I den delrapport som lämnades till regeringen i februari 2011 redovisades närmare vad målen innebär. I denna rapport ställs frågan om fritt val av vård och omsorg bidrar till en mer jämlik och likvärdig vård och omsorg.

Det har i olika studier framförts att det i valfrihetssystem finns risk för ökad ojämlikhet mellan olika grupper i befolkningen och att en likvärdig vård och omsorg inte kan erbjudas i alla delar av landet. Att vården och omsorgen är skattefinansierade system som ges efter behovsprövning och med stöd av prioriteringsbestämmelser kan motverka en sådan utveckling. Trots det finns risk för att resurser snedfördelas vid etableringsfrihet och att resursstarka individer gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer bland annat genom att i högre grad efterfråga och finna information. Det finns också risk för att fler aktörer i vårdplaneringen gör det svårare att samordna vården och omsorgen.

Den ojämlika hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är inte jämlik i dag och valfrihetssystem i sig bidrar knappast till ökad jämlikhet. Det finns skillnader mellan hur människor bemöts och behandlas i vården som har samband med utbildning, socioekonomi, kön, vilket land man är född i, var man bor m.m. Socialstyrelsen har nyligen redovisat detta i en rapport om ojämna villkor för hälsa och vård [13]. Studier om patienters val av sjukvårdsutförare har också visat att personer med hög utbildning och hög inkomst är mer benägna att använda tillgänglig information för att aktivt välja utförare [14].

Varierande kännedom hos olika befolkningsgrupper om andra sjukvårdsreformer riskerar att öka ojämlikheten. Socialstyrelsen har t.ex. i samband med uppföljningen av den nationella vårdgarantin uppmärksammat frågor om information och befolkningens kännedom om vårdgarantin. Trots att de flesta känner igen begreppet är det få som vet vad garantin innebär. Sämst kännedom har de yngsta och de allra äldsta, män, personer med grundskole-

utbildning samt personer födda utanför Sverige och Norden. Bland dessa grupper finns många av dem med omfattande vårdbehov [15].

Det finns också tecken på undanträngning, t.ex. att återbesökspatienter får stå tillbaka för nybesök inom vårdgarantitiden. Även om datamaterialet är starkt begränsat antyder det att en del av de patienter som är i behov av regelbundna kontroller och rehabiliteringsinsatser kallas till återbesök långt efter det att det medicinska måldatumet passerat [15].

Ojämlik hemtjänst

Hemtjänst tillhör de insatser inom socialtjänsten som omfattas av rätten till bistånd. Förvaltningsdomstolarnas prövning av överklagandeärenden medför att det skapas en rättspraxis som ska bidra till likvärdig omsorg och skälig levnadsnivå. Trots det finns det skillnader framför allt mellan kvinnor och män när det gäller behovsbedömning och beviljade insatser.

SKL har hos regeringen sökt och beviljats 225 miljoner kronor för att stödja jämställdhetsintegrering i kommuner, landsting och regioner under åren 2008 – 2013. Fler än 40 kommuner har drivit projekt inom ramen för SKL:s ”Program för hållbar jämställdhet”. Hemtjänsten har ingått som en del av flera av dessa projekt. Jämställdhetsintegrering är den strategi som genomsyrar hela programmet. Strategin innebär att den service och de tjänster som kommunen erbjuder medborgarna är lika tillgänglig, av lika god kvalitet och lika väl anpassad till alla oavsett kön.

Likvärdig vård och omsorg – bestämmelser i lagstiftningen

Alla individer ska behandlas på ett likvärdigt och rättssäkert sätt när de behöver vård och omsorg. Det är avsikten med lagar och förordningar inom området. Det bör i sammanhanget nämnas att LOV inte är en vård- och omsorgslag utan en lag som i huvudsak reglerar förhållandet mellan en upphandlande myndighet och leverantörer. LOV ska tillämpas när en upphandlande myndighet beslutat om valfrihetssystem för tjänster inom hälsovård och vissa socialtjänster (1 §).

Centrala bestämmelser när det gäller vård och omsorg är 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, den så kallade portalparagrafen. Av den förstnämnda framgår bland annat att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet samt jämlikhet i levnadsvillkor. Verksamheten ska också bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Den sistnämnda, 2 § HSL, anger målen för hälso- och sjukvården; en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Medborgarnas behov ska tillgodoses enligt samma principer i hela landet. Utbudet av vård och omsorg ska vara likvärdigt, tillgängligheten till detta utbud ska vara likvärdig och kvaliteten i de tjänster som utförs och de åtgärder som vidtas ska vara likvärdig.

I 4 kap. SoL finns bestämmelser om rätt till bistånd. Genom biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Rätten till bistånd är utkrävbar i den meningen att den enskilde kan överklaga ett beslut till domstol genom förvaltningsbesvär. Rättspraxis ska på så sätt bidra till likvärdig omsorg och skälig levnadsnivå. Vilken hemtjänst människor beviljas tycks också, jämfört med sjukvården, i mindre utsträckning påverkas av t.ex. utbildningsnivå och socioekonomiska status [12].

I flera tilläggsparagrafer till HSL:s portalparagraf ställs ett antal krav på hälso- och sjukvården. De flesta tilläggsbestämmelser handlar om förhållandet till den enskilda patienten. Men den enskilde kan inte åberopa någon rättighet för att få vård av landstinget och någon besvärsrätt på motsvarande sätt som den i SoL finns inte.

Landstingens ansvar återfinns i 3 §, HSL. Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Men det finns vissa undantag från detta ansvar. Det gäller hälso- och sjukvård som ska ges av kommunerna och när avtal sluts med en annan vårdgivare om att utföra landstingets uppgifter. Kommunerna är huvudmän och ansvariga för den hälso- och sjukvård som de har att hantera, men landstingen kan inte befria sig från lagens skyldigheter genom att uppdra åt någon annan, t.ex. en privat vårdgivare, att utföra landstingets uppgifter. Ansvaret är detsamma och landstinget får i sitt avtal med den privata vårdgivaren se till att förpliktelserna uppfylls av den som tagit över uppgifter från landstinget [16].

Medborgarröster

Det råder brist på data som belyser vad personer som använt sig av de möjligheter valfrihetsreformen ger anser om möjligheten att välja och hur det egna valet påverkat insatsernas kvalitet. För att få uppgifter som i viss mån speglar detta har Socialstyrelsen arrangerat ett antal dialogmöten på olika håll i landet. Personer som gjort egna val eller på annat sätt har erfarenhet av och synpunkter på vårdval i primärvård och val av hemtjänstutförare har deltagit i dessa möten.

Dialogmöten har genomförts i Lund, Varberg, Karlstad, Linköping, Västerås och Umeå i samverkan med berörda kommuner och landsting under perioden juni – oktober 2011. Alla dessa kommuner har haft ett fungerande valfrihetssystem i minst ett år. Två dialogmöten har också hållits i Stockholm. I det ena fallet inbjöds organisationer för personer med funktionsnedsättning, pensionärer, nationella minoriteter och hbt. Vid det andra mötet fick företrädare för Socialstyrelsen möjlighet att träffa företrädare för Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige, SIOS.

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen vad som framkommit vid dialogmötena. Redovisningen baseras på dokumentation från dessa olika möten. Vid dialogmötena har i regel ett antal gruppdiskussioner förts med mellan 3 – 5 deltagare i varje grupp. Var och en av dessa diskussionsgrupper har fört egna noteringar som här redigerats till löpande text.

Om möjligheten att välja

Den allmänna inställningen till vårdval i primärvården och valfrihetssystem i socialtjänsten var att det är en fördel att kunna välja. Valmöjligheterna ger en känsla av egenmakt och frihet att bestämma.

Viktigt vid val av vårdcentral

Tillgänglighet

Tillgänglighet som en viktig faktor vid val av vårdcentral diskuterades med olika utgångspunkter. Genomgående betonade deltagarna att det ska vara lätt att snabbt få kontakt. Vårdcentralen ska kunna nås per telefon för en första kontakt utan långa väntetider. Detta kan vara avgörande för att välja en vårdcentral framför en annan. Bra bemanning under telefontid och gärna telefonsystem där personalen ringer upp på förutbestämd tid upplever de flesta mycket positivt. God tillgänglighet innebär också att vårdcentralen kan erbjuda en besöksdag samma eller nästkommande dag. Ett extra plus är om man vid telefonkontakt får tala direkt med läkare.

De allra flesta ansåg att geografisk närhet är en viktig plusfaktor även om ett fåtal personer hade en avvikande uppfattning. De flesta menade att vårdcentralen bör ligga nära den egna bostaden, medan andra pekade på att det

är viktigare att det finns bra kommunikationer till och från vårdcentralen. Tillgång till fria parkeringsplatser är också en faktor som kan påverka valet.

Tillgänglighet kan även handla om lokalernas utformning och öppettider. Valet av vårdcentral kan avgöras av om den är fysiskt tillgänglig för alla oberoende av funktionshinder. Öppettiderna är viktiga för dem som arbetar dagtid och därför föredrar att besöka vårdcentralen utanför den egna arbetstiden. Öppen mottagning med ”drop in” och kvällsöppen vårdcentral är plusfaktorer.

Avslutningsvis skrev en grupp: ”att vårdcentralen ligger i ett område med vackra omgivningar var också ett plus vid valet” medan en annan grupp avslutar med att konstatera: ”Geografisk närhet är inte alltid så viktigt – man följer läkaren i valet”. Att man snarare väljer läkare än vårdcentral återkom i flera diskussionsgrupper.

Personalen – kontinuitet, kompetens och bemötande

Vikten av kontinuitet lyftes ofta fram i diskussionerna. Som patient känns det tryggt att möta samma personal så att man blir igenkänd och sedd. Fast bemanning och personaltäckning som är anpassad till behoven över tid blir då viktiga faktorer för vårdcentralens attraktivitet. Vårdcentraler som är bemannade med stafettläkare eller som har stor omsättning på annan personal väljs om möjligt bort.

Begreppet kompetens är inte entydigt och användes i olika betydelser under diskussionerna. Några grupper jämställde kompetens med gott bemötande. Andra menade att kompetens innebär att personalen har adekvat grundutbildning och får återkommande fortbildning. En vanlig synpunkt var att vårdcentralerna inte använder personalens formella kompetens som ett ”marknadsföringsargument”. Den som ska välja känner oftast inte till något om detta.

Men det räcker inte med formell kompetens. Bemötandet är viktigt. Ett gott bemötande i telefon och vid det personliga mötet var för de flesta deltagarna avgörande faktorer när de skulle välja.

Det är också viktigt att personalen har tid att lyssna. Detta brister. Tolkning är också ett problem. Tolkar som klarar av vanlig ”vardagstolkning” kanske inte kan översätta medicinska termer o. dyl. Det är alltså viktigt att utbilda tolkar liksom – och i ännu högre grad – ha tillgång till personal med olika språkkunskaper. Det är en stor fördel att kunna kommunicera med en läkare utan tolk.

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, RFSL, genomför hbt-certifiering. En positiv konsekvens av vårdvalssystemet är att de vårdcentraler som certifierats använder det i marknadsföringssyfte. Läkares och övrig vårdpersonals kunskap om de specifika utmaningar hbt-personer möter är av grundläggande betydelse för att de ska bemötas och behandlas på ett fullgott sätt i vården.

Utbudet

Vårdcentralernas åtagande är inte detsamma i alla landsting. I vissa fall ingår t.ex. rehabilitering, i andra ligger detta åtagande på annan utförare. I

samband med gruppdiskussionerna framkom att tillgång till olika specialiteter påverkar valet.

Några grupper framhöll att man helst väljer en vårdcentral som har ett brett utbud så att man slipper bli remitterad vidare för att få adekvat behandling. Exempel på "brett utbud" är att vårdcentralen kan erbjuda rehabilitering och hälsokontroller, att det finns psykiatrisk kompetens och att det finns annan specialistkompetens, t.ex. geriatriker. Andra aspekter på "brett utbud" är att vårdcentralen använder sig "av senaste teknik" och att det finns apotek med stort sortiment i anslutning till den.

Många vill veta om det på vårdcentralen finns specifik kunskap som går utöver det som krävs av lagregleringen. Om vårdvalet ska ha någon funktion för hbt-personer så vill de t.ex. veta på vilken värdegrund vårdcentralen bedriver sin verksamhet. För andra kan det vara viktigt med kristen värdegrund, humanistisk värdegrund, om det finns språkkompetens, etc.

Ideologin

Om en vårdcentral drivs i offentlig eller privat regi tycks i de flesta fall inte vara någon central fråga. Men ibland har valet av vårdcentral varit ideologiskt betingat, vilket framgår av följande citat:

- *Jag valde en offentlig vårdcentral eftersom de privata ofta kallar till återbesök i onödan.*
- *Reformen har medfört en åderlåtning av den offentliga vården eftersom kvalificerade läkare lockas över till privata vårdcentraler.*
- *För oss är det viktigt att vårdcentralen drivs i offentlig regi – vi är emot privatiseringen.*

Viktigt vid val av läkare

Kontinuitet i kontakterna med personal inom vård och omsorg är viktig framför allt för äldre människor och för dem med kroniska sjukdomar. Den som sällan har behov av sjukvårdens insatser lägger mindre vikt vid kontinuitet och större vikt vid att ha en lätt tillgänglig vård när behov trots allt uppkommer.

De personer som deltog i dialogmötena ansåg att det var viktigt med fast läkarkontakt. Men vårdvalet i primärvården har inte nämnvärt påverkat andelen i befolkningen med en sådan kontakt. Det framgick också tydligt i diskussionerna att möjligheten att välja läkare inte är en självklarhet.

Läkarval är snarare undantag än regel. På de platser där deltagarna uppfattar att möjligheten finns, konstaterar de att val av vårdcentral många gånger handlar om val av läkare. Att populära läkare arbetar på vårdcentralen är för många avgörande för valet. Flera menade att "flyttar min läkare följer jag honom/henne även om det innebär längre resor och andra olägenheter".

Läkare med gott rykte har betydelse för hur man väljer, men deltagarna framhöll också att det behövs läkare med olika specialiteter. På så sätt kan man välja en läkare som har kompetens inom det område där man har problem eller som en grupp uttryckte det, "läkare som kan min sjukdom och som håller sig uppdaterad och tar in nya rön".

Eftersom deltagarna i dialogmötena ansåg att läkare har en central funktion önskade de få bättre information om när en läkare slutar på vårdcentralen.

Viktigt vid val av utförare av hemtjänst

Tillgänglighet

Det ska vara lätt att nå utföraren. På samma sätt som vid val av vårdcentral framhöll deltagarna i dialogmötena att utföraren ska finnas tillgänglig per telefon. Ett extra plus är om personalen utgår från en lokal som utföraren har i området. I flera grupper uppgav man att valet i första hand faller på en utförare som är verksam i det område där man bor.

Arbetsledning och kontinuitet

En bra och kompetent chef är ofta avgörande för verksamhetens kvalitet. Detta ansåg flera grupper och exemplifierade det med att en kompetent arbetsledning ser till att de har personal med utbildning och att de erbjuder de anställda fortbildning. Bra arbetsledning innebär också att man satsar på att erbjuda kontinuitet i insatserna så att antalet personer som möter den enskilde i hans eller hennes hem minimeras. Tryggheten ökar om samma personal återkommer så att man slipper se så många nya ansikten. Dessa faktorer lyfte flera grupper fram som avgörande för valet av utförare.

Bra arbetsledning innebär också att utföraren försöker anvisa personal som passar hjälpmottagaren som person och hans eller hennes behov. En grupp uttryckte det så här; "Det är viktigt att personkemin stämmer mellan den som ger hjälp och brukaren".

Personalens tidsbrist är ett problem som flera grupper tog upp. De påpekade att de anställda måste få tillräckligt med tid att förflytta sig mellan vårdtagarna så att inte restiden inkräktar på tiden hos vårdtagaren. En annan faktor kopplad till arbetsledningen är att insatserna ges på den tid man kommit överens om och att personalen passar tiden.

Många inom hbt-gruppen har ingen kontakt med anhöriga. Kontinuitet i personalkontakterna är därför mycket viktig för dem. Det behövs särskilda insatser för att få mer kunskap om hur många hbt-personer det finns och vilka behov de har. Detta gäller särskilt äldre personer eftersom homosexualitet tidigare varit förbjudet och man har lärt sig att dölja sin homosexuella läggning.

Personalens kompetens

Kompetensfrågor lyftes fram i större utsträckning när deltagarna diskuterade hemtjänsten jämfört med vårdvalet. Det var uppenbart att de inte tog för givet att hemtjänstpersonalen har adekvat grundutbildning för sitt arbete, vilket de i regel utgick från att vårdcentralens personal har. En vanlig kommentar var att "personalen ska ha den kompetens som behövs för att göra ett bra arbete". Det handlar alltså om de anställdas både formella och informella kompetens. God omvårdnad, kunskap om sjukdomar och hur de yttrar sig är viktigt. Personalen ska vara så erfaren att den ser den enskildes behov och

vad som behöver göras utan att mottagaren ska behöva påpeka allt eller som en grupp uttryckte det:

- *Personal som gör det jag behöver hjälp med och som själva ser vad som behöver göras.*

Detta konstaterande gäller framför allt städning och andra serviceinsatser. Den kompetens som krävs beror på vilka arbetsuppgifter som ska utföras – det var ett genomgående tema i mötesdeltagarnas synpunkter. Serviceinsatser kräver en sorts kompetens, personlig omvårdnad och hemsjukvård en helt annan. I de senare fallen är den formella kompetensen viktigare än i de fall då enbart serviceinsatser utförs.

Även om personalens kompetens och utbildning kan påverka valet lyftes personalens bemötande fram som en väl så viktig faktor. En vanlig synpunkt var att hemtjänstpersonalen bör ha både social och medicinsk kompetens och praktisk erfarenhet av ”vad som behöver göras i ett hem”.

Några grupper framhöll vikten av att känna till vilken utbildning utförarens personal har, men att utförarna sällan informerar om detta.

Språksvårigheter togs upp av flera grupper. Personal som talar begriplig svenska är ett absolut krav. En grupp konstaterade att ”personal från andra länder fungerar ofta mycket bra men de måste tala begriplig svenska så att man kan göra sig förstådd”. Några andra grupper konstaterade att utförare som erbjuder personal som behärskar mottagarens språk har en konkurrensfördel. Bland SIOS’ medlemsförbund är det vanligt med anhörigvård. Det är visserligen en fördel ur språkhänseende, men den som behöver hjälp kanske inte alltid vill ha den av eller belasta anhöriga. Detta understryker betydelsen av språkkunnig personal. Utförare som erbjuder både manlig och kvinnlig personal har också konkurrensfördelar.

Flexibilitet

Det räcker inte med att personalen är kompetent inom sitt verksamhetsområde. Den måste också få tillfälle att använda sin kompetens fullt ut. Flera grupper framhöll att utföraren måste ge de anställda möjligheter att anpassa insatserna efter mottagarens aktuella behov och att de i så liten utsträckning som möjligt ska detaljregleras i sitt arbete. Detta förutsätter både lyhörd arbetsledning och att ”beställningar” från uppdragsgivaren, dvs. biståndsbedömaren, inte i detalj reglerar vad som ska utföras. Några grupper ansåg att ansvaret för det praktiska vardagsarbetet i större utsträckning borde överlämnas åt den som tar emot tjänsterna och den som utför dem. Att situationen hos och för varje mottagare är unik borde få större genomslag i det dagliga arbetet.

Utbudet

Utförare som erbjuder både service-, omvårdnads- och sjukvårdsinsatser har en konkurrensfördel gentemot dem som enbart har serviceinsatser. En grupp uttryckte det på följande sätt:

- *Behöver jag hemsjukvård skulle jag välja företag som har alla kompetenser i hemvården. Behövs enbart servicetjänster skulle jag välja ett företag som är proffs på det.*

Väljer man en utförare som bara tillhandahåller servicetjänster kommer fler anställda att involveras när behovet av omvårdnad ger sig tillkänna. Den enskilde får då välja mellan att byta utförare eller att acceptera att fler personer kommer hem till bostaden. Väljer man från början en utförare med bredare utbud slipper man detta val.

Ryktet

På motsvarande sätt som vid val av vårdcentral påverkar olika utförares rykte valet av hemtjänstutövare, vilket framgår av följande citat:

- *Jag skulle nog lyssna ganska mycket på rykten om olika företag.*
- *Bra rykte är a och o.*
- *Utförarens rykte säger en hel del.*

Flera grupper framhöll att många väljer utifrån den information de får av grannar och vänner. Detta exemplifierade en grupp så här

- *Jag tar referenser från vänner och bekanta för att få veta vilka utförare som är bra.*

Genomgående ansåg deltagarna att de sällan har tillräcklig information för att göra genomtänkta val. Det handlar då främst om de anställda, den personal som ska utföra arbetet, inte om utföraren. En grupp kommenterade hur beslutsunderlaget skulle kunna förbättras:

- *Jag vill göra en djupintervju med den personal som ska arbeta hos mig innan jag bestämmer mig.*

Många tycker alltså att det viktigare är att välja person än utförare. Valfrihetssystemen inom hemtjänsten omfattar i sig inte personval. Vissa utförare kan emellertid profilera sig genom att inom vissa gränser erbjuda den som ska få tjänsterna möjlighet att välja vem av de anställda som ska utföra dem.

Ideologi

Några grupper menade att de privata utförarna är mer flexibla än kommunens hemtjänst. De privata utförarnas personal tycks ha större frihet att anpassa insatserna efter hjälpmottagarens behov och önskemål än vad den kommunanställda personalen har. Även det faktum att de privata utförarna kan erbjuda tilläggstjänster påverkar valet. Detta uttryckte en grupp på följande sätt:

- *Möjligheten att ge tilläggstjänster är en konkurrensfördel för privata företag.*

En grupp skrev att de hade valt privat utförare med RUT-avdrag⁶ för att själva få bestämma vilka insatser som ska utföras, när de ska utföras och hur de ska utföras.

Flertalet grupper såg inte valet av utförare som ett val mellan privat och offentlig regi utan andra faktorer styr. Några grupper gav emellertid uttryck för en mer principiell hållning. De valde en offentlig utförare för att kommunens anställda har meddelarfrihet och att det är lättare att klaga till politiker än till chefer på privata företag. En grupp menade att man valde kommunens hemtjänst eftersom den inte är så ekonomiskt pressad.

Byta utförare

Flera grupper ansåg att många äldre inte törs byta utförare även om de skulle vilja. Det finns många spärrar mot att göra omval, bland annat oro för hur det ska uppfattas om man väljer bort den man inte är nöjd med. Innan man byter utförare är man beredd att finna sig i mycket. Som tidigare framgått ansåg några grupper att det är viktigare att kunna byta kontaktperson än utförare.

Om information

Vårdval i primärvården

Hur har landstingen informerat

De flesta som deltog i Socialstyrelsens dialogmöten uppgav att de fått information i samband med att vårdvalet infördes. Informationen fick de via utskick till hemmen, annonser i massmedia och på landstingens hemsidor. Några grupper ansåg emellertid att de inte hade fått någon information om vårdvalet. Samtidigt konstaterade de att de kanske trots allt blivit informerade, men att de inte tagit till sig informationen eftersom de inte hade något behov av vård vid informationstillfället.

En vanlig synpunkt var annars att informationen hade varit fullt tillräcklig i samband med att vårdvalet infördes. Däremot efterlyste man mer fortlöpande information. Det framgick av följande citat:

- *Är man väl listad en gång så kommer ingen mer information om att man kan byta vårdcentral och hur det går till.*

Flera deltagare önskade webbinformation som man når fram till utan att behöva knappa sig fram i många led. Samtidigt menade de att landstingen inte i alltför hög grad ska förlita sig på webbinformation. Många patienter är gamla och saknar datorvana.

På motsvarande sätt som vid val av utförare uppgav flera grupper att de fått sin huvudsakliga information från vänner och bekanta.

Vad har landstingen informerat om

I ett första skede var det främsta syftet med informationen att ge invånarna en bred information om vårdvalets innebörd, "listningsförfarandet" och vil-

⁶ RUT står för Rengöring, Underhåll och Tvätt. RUT-avdrag är möjligheten till skatteavdrag för så kallat husarbete.

ka utförare det fanns att välja mellan för att den enskilde på så sätt skulle kunna göra ett eget val. Informationen i detta skede fick godkänt av de flesta deltagarna. Trots det kunde informationen vara svår att ta till sig om man inte behövde anlita vården just då.

Deltagarna ansåg att landstingen bör förbättra sin information om hur man som enskild person ska gå tillväga då man vill framföra klagomål.

Hur informerar vårdcentralerna

Deltagarna i dialogmötena ansåg att informationen om de olika vårdcentralerna, där de presenterar sig och vad de är särskilt bra på, är bristfällig. För att kunna välja vårdcentral på ett meningsfullt sätt måste man ha kunskap om vad olika enheter kan erbjuda. Av gruppdiskussionerna framgick att sådan information inte är särskilt vanlig. Några grupper menade också att många inte vet eller är osäkra på vad som är primärvårdens uppdrag och vad man kan få hjälp med. De efterlyste information om på vilket sätt olika utförare utmärker sig:

- *Vi vill ha mer information om tillgänglighet och kompetens på de olika vårdcentralerna.*

Information som efterlystes handlar om tillgänglighet (öppettider), akuttider, personalens kompetensprofil och utbudet av specialiteter. Dessutom bör vårdcentralerna informera sina listade patienter om förändringar i verksamheten, t.ex. läkarbyten.

Representanter för de synskadade framhöll att många synskadade inte kan tillgodogöra sig den information som lämnas. De ansåg att beställarna i sina förfrågningsunderlag bör ställa krav på att det ska finnas information som är utformad på sådant sätt att synskadade kan ta del av den.

Begriplighet

Informationen ska vara lätt att förstå och ta till sig. Deltagarna efterlyste stor och lättläst text som är skriven på ett enkelt språk. En viktig del i förståelsen är att information ges på olika språk.

Några grupper ansåg att den information som de hittills hade fått varit för detaljrik och uppmanade landstingen att inte sända ut för mycket information: "Det är bättre att återkomma med information om viktiga saker". Informationen bör också riktas till olika patientgrupper.

Det finns läkarföreningar bland invandrargrupperna, t.ex. den kurdiska läkarföreningen. Ett förslag från deltagarna var att dessa läkare borde få möjlighet att ge information till sina landsmän inom respektive förening på betald arbetstid.

Val av utförare i hemtjänsten

Hur har kommunen informerat

Alla grupper hade tagit del av information om valfrihetssystem. Kommunerna informerar med utskick till hushållen, annonser, broschyrer utlagda på offentliga mötesplatser, kommunens hemsida, kommunens tidning m.fl. ställen. En grupp menade att kommunens växel är en bra informationskälla.

Information om hemtjänst och valmöjligheter ges också i samband med den uppsökande verksamheten. Även om den skriftliga informationen är viktig lyfts även den information som ges via mun till mun-metoden fram. Andra förmedlare av både muntlig och skriftlig information är distriktssköterskor, kuratorer och läkare på vårdcentralerna.

I diskussionerna framhölls att informationen ska ges vid rätt tillfälle och vara lätt tillgänglig. Biståndshandläggarna har en viktig roll som informatörer om olika utförare. Vanligtvis informerar de i samband med biståndsbedömningen, men de rådfrågas även vid andra tidpunkter.

Flera grupper uppgav att det först är när man behöver hemtjänst som man är mottaglig för information om valmöjligheterna. Information ges ofta i samband med vårdplanering. Då kan det vara svårt att ta till sig informationen eftersom valet ofta sker i tidspress och i en stressituation t.ex. vid utskrivning från sjukhus. Är man dessutom i dålig kondition på grund av sjukdom är inte valet av utförare det man mest bekymrar sig om.

Några grupper framhöll att det brister i informationen om vart man ska vända sig då man ska välja utförare. Den information som ges om olika utförare är dessutom ofta otillräcklig. Den räcker inte för att man ska kunna skilja olika utförare åt vilket är en förutsättning för ett meningsfullt val.

Vad bör kommunen informera om

Vid dialogmötena efterlyste deltagarna bättre information om förändringar i regler och verksamhet. När det gäller val av utförare ska det framgå av informationen vilka insatser de olika utförarna utför, hur dessa insatser är utformade, eventuell profilering och vilka tilläggstjänster som utföraren kan erbjuda.

Några grupper föreslog att kommunen sänder ut skriftlig information i stil med landstingskatalogen. Informationen skulle kunna distribueras via hemtjänstkontoren. Dessutom bör informationen anpassas till olika funktionsnedsättningar. Informationen ska alltså vara lätt tillgänglig, lättläst och inte byråkratisk eller med svåra begrepp och gärna med stor text och på annat sätt anpassad för synskadade.

Representanter för personer med hörselskador anser att deras funktionsnedsättning gör att de i realiteten inte har någon möjlighet att göra välgrundade val, då de många gånger inte kan ta del information från utförarna. Det förekommer sällan att personal behärskar teckenspråk.

Flera andra grupper har också svårt att ta del av information som finns. Det gäller t.ex. personer med utländsk bakgrund som inte kan svenska. SIOS framförde att deras medlemsförbund ofta saknar information på sitt hemspråk. Skriftlig information är otillräcklig och muntlig information bör komplettera den skriftliga. Information på olika invandrarspråk skulle t.ex. kunna ges på TV – Öppna kanalen, vissa fasta tider för respektive språk. Många tittar också på sitt hemlands TV. Om det vore möjligt borde också denna informationsväg utnyttjas.

Några grupper efterlyste en förteckning över ”hemtjänstutförare på hemspråk”. Lokalt förankrade föreningar skulle kunna användas som informationskanaler.

Begriplighet

På motsvarande sätt som vid vårdvalet efterlyste deltagarna text som är stor, lättläst, inte alltför detaljerad och skriven på ett enkelt språk. En viktig del i förståelsen är att information ges på olika språk.

Information från utförarna

Som tidigare framgått ansåg flera grupper att det av utförarnas information inte går att urskilja om det finns några skillnader eller vilka skillnader det finns mellan dem. Utförarna borde vara tydligare med att informera om vad de är särskilt bra på och vad som är unikt för dem. Det ska framgå om man får välja vilken person som kommer att utföra tjänsterna, vilka tilläggstjänster som erbjuds och vad de kostar. Av dagens information får man reda på fakta och ”svepande kvalitetsåtaganden” men inte det man egentligen är ute efter. Som mottagare av hemtjänst vill man veta om personalen har kompetens för de arbetsuppgifter de ska utföra, hur de bemöter hemtjänstmottagarna, om de talar begriplig svenska osv. Detta är uppgifter som den enskilde får försöka klara ut på egen hand.

Uppfyller dagens information kraven

Vårdval i primärvård och utförare i hemtjänst

I stort sett alla som deltog i dialogmötena uppgav att de tagit del av information om vårdval och valfrihetssystem. De flesta ansåg också att informationen i stort sett varit lättfattlig och informativ.

Broschyerna är ofta skrivna med stor stil vilket underlättar för personer med nedsatt syn. Informationen bör ges ut både i pappersform och elektroniskt för att nå ut till så många som möjligt. Det behövs både skriftlig och muntlig information för att den verkligen ska nå fram och för att man ska ta den till sig.

Huvudmännen informerar både med särskilda utskick, annonser i lokalpress, i pappersform ute på offentliga platser och vid särskilda informationsmöten. Just bredden, de många olika sätten att informera på, upplevs positivt, men några grupper efterlyste riktad information till anhöriga om val av utförare i hemtjänsten. Information till alla i viss ålder, t.ex. då de fyller 70 år, efterfrågades också. Vidare bör information om vårdvalet och val av utförare i hemtjänst finnas på vårdcentralerna och på kommunernas informationstorg eller medborgarkontor. Huvudmännen skulle också kunna informera är på de stora mataffärernas storbilds-TV.

Som komplement till sina informationssatsningar borde huvudmännen samverka med olika föreningar, menade deltagarna. Även väntjänsten, som gör hembesök och därmed når många personer vilka kan ha svårt att ta del av allmän information, borde kunna användas som informationskanal.

Några grupper tog upp frågor som rör rättssäkerhet och menade att information om klagomål och rättssäkerhet behöver bli bättre. En detalj som är viktig även om den inte har direkt med valfrihet att göra är försäkringsskyddet för mottagare av hemtjänst. En grupp ansåg att kommunen bör informera om vilka konsekvenserna kan bli när man lämnar ut sin nyckel till hemtjänstpersonal och larmpersonal (försäkringsskydd m.m.).

Om personer som missgynnas

Vid dialogmötena nämnde deltagarna en lång rad grupper som riskerar att missgynnas i valfrihetssystemen:

- *Personer med olika medicinska diagnoser och funktionshinder såsom multisjuka personer, stroke- och afasipatienter, personer med psykiska funktionshinder, personer med demenssjukdomar, hjärn-skadade personer, missbrukare och personer med funktionsnedsättningar.*
- *Personer som på grund av hög ålder är "bräckliga", minnessvaga eller bara är lågmälda och inte kan eller har svårt att föra sin talan. Även äldre personer utan anhöriga eller de som låtit sin partner sköta allt och som mister denna säkerhet om partnern går bort.*
- *Invandrare och språkliga minoriteter som inte har svenska som modersmål.*
- *Hbt-personer.*

Vidare påpekade deltagarna att det finns ganska många personer som bor i områden där det inte finns någon valmöjlighet. I glesbygd, men även i andra områden utanför städerna, begränsas vårdvalet av att det inte finns underlag för en mångfald utförare. I den meningen kan även personer som bor på landsbygden ses som en missgynnad grupp.

Stöd och vägledning var nyckelbegrepp vid diskussionerna om hur personer som riskerar att missgynnas av valfrihetssystem ska kunna välja vård- och omsorgsutförare utifrån sina behov och önskemål. Grupperna framhöll vikten av "teamwork" mellan medicinsk kompetens, patienter och anhöriga. Flera grupper efterlyste bättre samarbete mellan berörda aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samtidigt som de menade att någon måste ta helhetsansvar. Det ska finnas fungerande biståndshandläggare med kompetens, tillgänglighet, lyhördhet och engagemang. Biståndsbedömaren har ansvar för att lyssna in den enskildes vilja och önskemål. Sedan är det den enskilde som ska välja och bestämma vad som ska göras och på vilket sätt det ska utföras.

Som komplement till det professionella stödet är det viktigt att vänner och grannar är lyhörda, att de ger råd och kanske också omsorg. Uppsökande verksamhet t.ex. genom Röda Korset, seniorgrupper, väntjänst, kyrkor och församlingar kan också bidra med stöd i olika former. De kan även tipsa om god man eller anhörig som kan föra den enskildes talan.

Personer med bristande kunskaper i svenska språket behöver få stöd av personer som talar deras eget språk.

Om vad som blivit bättre respektive sämre

De personer som deltog i dialogmötena diskuterade gruppvis utifrån sina egna erfarenheter även kring frågor om

- något blivit bättre i och med att man kan välja vårdcentral/utförare i hemtjänsten

- något blivit sämre i och med att man kan välja vårdcentral/utförare i hemtjänsten.

Positiva erfarenheter: vårdval

Deltagarna i dialogmötena lyfte fram flera positiva effekter av vårdvalet. De såg vårdvalet som en bekräftelse på att patienten sätts i centrum och den enskilde får utökade valmöjligheter. Möjligheten att byta vårdcentral upplevde alla som positiv i sig genom att den förmedlar en känsla av egenmakt och frihet att bestämma. Flera framhöll också att befolkningen blivit mer medveten och nu fått möjlighet att ställa krav på ett annat sätt än tidigare.

Några grupper upplevde att beslutsordningen snabbats upp och att väntetiderna i primärvården minskade efter det att vårdvalet infördes. Vårdval bidrar till konkurrens som både kan öka tillgänglighet och kvalitet. En grupp menade att bemötandet och kvaliteten förbättrats i både primärvård och socialtjänst.

Negativa erfarenheter: vårdval

Deltagarna lyfte även fram några negativa effekter av vårdvalet. En del av kritiken handlade om att vårdvalet inte fungerat fullt ut eftersom information inte funnits tillgänglig för alla. Några ansåg att tillgängligheten försämrats genom att vårdvalet medfört ökad konkurrens om läkarna. Detta har i sin tur medfört att det uppstått läkarbrist på en del vårdcentraler. Vakanserna ersätts av stafettläkare vilket leder till sämre kontinuitet.

Några grupper ifrågasatte om landstingens uppföljning verkligen fungerar och hänvisade till rykten om att en del vårdcentraler sparar på remisser, provtagningar och röntgen av ekonomiska skäl. Några deltagare hade också hört talas om att vissa vårdcentraler hänvisar den som är ”gammal och inte intressant” till någon annan vårdcentral.

En grupp påpekade att en negativ konsekvens av vårdvalet är att vårdcentraler riskerar att läggas ner på grund av minskad patienttillströmning, vilket medför olägenheter för de personer som är listade vid vårdcentralen ifråga.

Positiva erfarenheter: hemtjänst

De positiva omdömena dominerade. Valmöjligheten har ökat och öppnat upp dialogen om kvalitet och valmöjlighet för seniorer. Exempel på synpunkter från grupperna är att

- egna önskemål bekräftas eftersom ”min önskan” syns
- det är en fördel att få välja, känslan av egenmakt och frihet att bestämma har ökat
- bemötandet och kvaliteten har förbättrats både i primärvård och socialtjänst.

En grupp framhöll att konkurrensutsättning enligt LOV leder till bättre kvalitet och ansåg att kommunernas uppföljning av kvalitetskriterier har blivit tydligare och kraftfullare. En annan grupp ansåg att det i slutändan blir billigare för alla när kvalitet är i fokus. De menade också att beslut tas och om-

sätts i praktisk handling snabbare hos privata aktörer än i verksamhet som drivs i offentlig regi.

Negativa erfarenheter: hemtjänst

På motsvarande sätt som vid vårdvalet finns det även kritiska röster. De kritiska synpunkter som framfördes handlar om att

- villrådigheten har ökat för den som ska välja
- det är så många utförare inom hemtjänsten att det är svårt att välja
- det är svårt att se vad som skiljer de olika utförarna åt
- alla inte kan välja
- kommunerna måste bli bättre på att följa upp verksamheterna.

Valfrihetssystem och utsatthet

Det finns ännu få svenska studier om hur olika befolkningsgrupper använder sig av de möjligheter ett valfrihetssystem kan ge och på vilka grunder eller enligt vilka kriterier man väljer. Men i olika rapporter framhålls risken för att det inte är de som har störst behov av vård och omsorg som i första hand gynnas av att valfrihetssystem införs. Självständiga beslut kan t.ex. försvåras på grund av sjukdom eller bristande kognitiv förmåga.

I en forskningsöversikt presenterad av SKL ges exempel på risker förknippade med kundvals- och valfrihetsmodeller. Risken för ökad segregation, socialt och etniskt, är en. Resursstarka individer förmodas utöva sin valfrihet mer aktivt, vilket medför att de som är mindre aktiva får en försämrad situation. En annan risk handlar om omvänd selektion eller ”cream-skimming” – det engelska uttryck som ofta används. Det innebär att utförarna av vård och omsorg bara är intresserade av dem med relativt sett mindre behov för att på så sätt få högre vinst [17].

Synpunkter från personer som själva valt vårdcentral eller utförare av hemtjänst och som lämnats vid de dialogmöten Socialstyrelsen anordnat ger en likartad bild (se kapitlet Medborgarröster).

Stockholms läns landsting, som har infört ett stort antal vårdval också inom den öppna specialiserade vården, har även diskuterat förutsättningarna för vårdval inom geriatriken. Med hänsyn till att dessa patienters reella valmöjlighet begränsas av att de ofta är sjuka, förvirrade och i akut behov av vård har landstinget bedömt att det inte är motiverat att införa vårdval inom geriatriken [18].

I vissa avseenden är det tydligt att personer med nedsatt autonomi är svaga aktörer i valfrihetssystem inom vård och omsorg. Det gäller t.ex. i informationshänseende och när olika vård och omsorgsinsatser behöver samordnas. Som tidigare framgått finns det också risk för undanträngningseffekter och för skillnader i kvalitet.

Information

Statskontoret har listat fem kriterier för vilken information den enskilde behöver i ett valfrihetssystem [19]. Information måste finnas om

- att det finns en valmöjlighet
- vad som händer om man inte väljer och hur omval går till
- vilka utförare det finns och vilka tjänster de erbjuder
- skillnader och likheter mellan utförarna
- olika kvalitetsaspekter.

Bristen på saklig och relevant information, som också är lätt att förstå, anses vara ett stort problem när det gäller befolkningens och patienters möjligheter att utnyttja sin valfrihet inom vård och omsorg. Det är framför allt när det gäller kvaliteten i de tjänster olika utförare erbjuder som den stora informationsutmaningen ligger. Ofta saknar befolkningen relevant informa-

tion både om vårdgivare och om behandlingsalternativ. Det är också en svår uppgift att ge befolkningen ett bra underlag och en oberoende information för välgrundade val [20].

Men den information som trots allt finns kan, särskilt för den som har omfattande behov av vård och omsorg, vara svår att finna och ta del av. Den enskilda människans förmåga att fatta självständiga beslut begränsas vid sjukdom eller bristande kognitiv förmåga. Valfrihetsmodeller tar i regel inte hänsyn till att önskan att välja kanske inte är i överensstämmelse med den faktiska förmågan att välja [21].

Behov av kontinuitet vid upprepade vårdkontakter

Av en undersökning som Konkurrensverket låtit göra framgick att kontinuitet generellt ansågs vara en viktig faktor i vård och omsorg av dem som deltog i undersökningen, men särskilt bland ålderspensionärerna. Yngre personer lade större vikt vid att snabbt kunna få läkartid för sig eller sina barn [22].

För ålderspensionärerna var enligt samma undersökning den viktigaste aspekten av tillgänglighet det geografiska avståndet till vårdcentralen. Även vårdpersonalens bemötande sågs som en viktig faktor vid valet av vårdgivare och utgjorde en exkluderande faktor i samband med byte av vårdgivare.

Socialstyrelsen fick liknande synpunkter i samband med de dialogmöten som genomfördes under 2011. Tillgängligheten när det gäller telefon och öppettider, liksom det geografiska läget, är viktiga faktorer. Man vill ha nära till vårdcentralen och man vill möta samma personal och bli igenkänd. Att man får träffa samma läkare och att man känner förtroende för henne eller honom är viktigt.

Ökat ansvar läggs på individen när vårdinsatser ska samordnas

Hälso- och sjukvården är inte jämlik i dag och det finns risk för att resursstarka individer gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer. Vårdval erbjuder inte bara möjligheter utan ställer även krav på den enskilde att genom välgrundade val bidra till att kvaliteten i vården utvecklas.

Motsvarande förväntningar riktas mot den enskilde när det gäller hemtjänstinsatser. Att välja ny utförare om man är missnöjd är ett centralt inslag i valfrihetssystem och deras roll för att utveckla kvaliteten i omsorgen. Men det finns också farhågor om att ökade valmöjligheter kan medföra att människor förväntas ta ett större eget ansvar för att hålla samman vård- och omsorgsinsatser som involverar flera parter. Det saknas incitament som främjar vårdprocessen i gränssnitten mellan olika utförare. Vården av t.ex. äldre med sammansatta behov styrs inte utifrån en helhetssyn. Vården blir fragmentiserad och det saknas en sammanhållande funktion för deras vård [23].

I några patientnämnders verksamhetsberättelser 2010 finns ärenden beskrivna som handlar om att alltmer ansvar läggs över på patienten när det gäller att ta initiativ till efterkontroller/återbesök. Det finns också ärenden som handlar om bristande samordning mellan verksamheter vid svårdiagnostiserade sjukdomstillstånd och multisjuka patienter.

Risk för att nybesök premieras på bekostnad av angelägna återbesök

I några patientnämnders verksamhetsberättelser från 2010 finns exempel på att verksamheter premierar nybesök oavsett medicinsk angelägenhetsgrad. Detta sker för att korta väntetiderna och anses vara en effekt av vårdgarantin och den så kallade kömiljarden. Om det är vanligt förekommande eller sker i undantagsfall i primärvården är för närvarande inte möjligt att bedöma. Men det finns anledning att följa utvecklingen av undanträngningsmekanismer. De är inte en direkt effekt av vårdvalet men hur ersättningssystemen för primärvårdens vårdval är utformade har betydelse i sammanhanget.

Anhörigas engagemang kan bidra till kvalitetsskillnader

En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen är målet för hälso- och sjukvården (2 § HSL). I en norsk avhandling i ekonomi, där marknadsstyrning och specifikt valfrihetsmodeller inom sjukhemsvården analyseras, drar emellertid författaren slutsatsen att modeller av detta slag riskerar att leda till ökad ojämlikhet. Han menar att det är problematiskt att säkra kvalitet genom ”brukarval” när det gäller svårt sjuka människor [24].

I avhandlingen används begreppet ”svag konsumentsoveränitet” för att karakterisera sjukhemspatientens situation. Att byta utförare är förenat med stora personliga kostnader och människor med omfattande hjälpbehov är beroende av en stabil omgivning och stabila personliga relationer [24].

”Brukarval” kan till och med leda till sämre omsorgskvalitet för de mest sårbara genom att de som har resursstarka anhöriga har störst chans att få del av de bästa verksamheterna, menar författaren. Eftersom engagerade anhöriga har en central roll för att övervaka omsorgens kvalitet i sjukhem, kan dåliga hem bli sämre över tid om där finns få äldre med resursstarka anhöriga. För att undvika detta är det offentligas roll att kontrollera verksamheten central [24].

I valfrihetssystem styr utformningen av förfrågningsunderlagen kommunernas möjligheter att uppfylla ansvaret för att insatserna inom vård och omsorg håller god kvalitet. Det måste finnas kvalitetsmål som är mätbara och möjliga att följa upp. Kammarkollegiet har tillsammans med andra berörda myndigheter tagit fram vägledningar för upphandling av bland annat primärvård och hemtjänst. Upphandlingsstödet bidrar till att kopplingen mellan förfrågningsunderlag och föreskrifter blir tydligare och att kvaliteten kan följas upp bättre. Det är också nödvändigt att kommunerna avsätter resurser för att följa upp verksamheten [25].

Diskussion och slutsatser

Det tar tid att införa nya system inom vården och omsorgen. Det tar betydligt längre tid att bedöma om dessa nya system på avgörande sätt bidragit till att uppnå de mål som eftersträvas. Tre landsting hade infört vårdval i primärvården innan 2009. Region Halland var först, 2007, och sedan följde Stockholms läns landsting och Landstinget Västmanland 2008. Ytterligare sex landsting införde vårdvalssystem vid varierande tidpunkter under 2009 och de övriga i början av 2010. De flesta landsting har alltså primärvårdsverksamhet som grundar sig på mindre än tre års erfarenheter, i flera fall på mindre än två, av vårdval enligt LOV.

Valfrihetssystem i hemtjänsten i form av kundval har funnits sedan början av 1990-talet. Nacka kommun var först och i början av 2000-talet hade 13 kommuner infört kundval. De flesta av dessa kommuner fanns i Stockholmsområdet. Valfrihetssystem enligt LOV har bara prövats sedan lagen började gälla 2009.

Med hänsyn till tidsperspektivet är det inte möjligt att med säkerhet uttala sig om effekterna av det fria valet enligt LOV. Men det är möjligt att redovisa tendenser i den pågående utvecklingen. Det är också möjligt att förmedla olika medborgares synpunkter på och upplevelser av valfrihetssystemen inom primärvård och hemtjänst. Däremot är det osäkert i vilken mån dessa synpunkter är representativa för befolkningen i stort. Olika undersökningar som hittills gjorts om befolkningens syn på vårdval och valfrihetssystem pekar emellertid i samma riktning [9, 12, 26].

Enskildas ställning har generellt sett stärkts

Enligt bestämmelserna i LOV ska ersättningen till utförarna av vård och omsorg följa den enskildes val. Denna bestämmelse är av avgörande betydelse och den enskilt viktigaste orsaken till att den enskildes ställning har stärkts genom införandet av valfrihetssystem. Men den är inte tillräcklig. Det krävs ytterligare inslag i valfrihetssystemen för att den enskilde ska kunna utöva ett reellt inflytande. Det måste finnas flera utförare att välja mellan. Det måste också vara lätt att byta utförare. För att kunna fatta ett rationellt och väl underbyggt val behöver den enskilde ha tillgång till information om de olika utövarna, deras tjänster och med vilken kvalitet de utför dessa. Uppföljning av utövarnas verksamheter är då av central betydelse liksom att resultaten av dessa är tillgängliga för hela befolkningen.

Förutsättningarna för enskilda att stärka sitt inflytande varierar över landet och behöver i vissa fall utvecklas [27]. För en majoritet av befolkningen finns det dock oftast möjligheter att välja mellan olika utförare. Men det gäller inte alla. I områden där det saknas förutsättningar för eller är svårt att få till stånd en mångfald utförare saknar befolkningen den ”makt” eller det inflytande som möjligheten att byta utförare innebär.

De flesta vill och uppskattar möjligheten att välja

En slutsats man kan dra när det gäller valfrihetssystem i hemtjänsten och vårdvalet i primärvården är att de allra flesta uppskattar och vill ha möjlighet att välja utförare av hemtjänst och vilken vårdcentral man vill gå till. I en del kommuner där det finns väldigt många utförare kan det vara svårt för den enskilde att välja även om man är positiv till valfriheten som sådan. I andra kommuner är problemet det motsatta när det bara finns få eller inga utförare alls att välja mellan. Men att byta utförare kan också vara känslomässigt svårt på grund av att den enskilde känner lojalitet mot eller känner sig i beroendeställning till dem man får stöd av.

När det finns flera utförare att välja mellan är det, ur administrativt hänseende, enkelt för den enskilde att byta. Detta gäller både i landstingen och i de kommuner som infört valfrihetssystem enligt LOV.

Välinformerade val kräver bättre information

För att medborgarnas ska kunna göra välinformerade val behöver de information om olika vårdenheters kvalitet och effektivitet. I dessa avseenden är möjligheterna till information mycket begränsade. Det saknas också kunskap om vad befolkning och patienter anser vara relevant information och hur de önskar få den presenterad.

Av antalet omval att döma är intresset för att välja om svalt både när det gäller vårdcentraler och utförare av hemtjänst. Brister i den information som finns tillgänglig kan vara en bidragande orsak, liksom de svårigheter vissa grupper har att ta del av den information som ändå finns. Om en stor del av befolkningen inte agerar som kunder och tar tillvara de möjligheter att välja och välja bort som valfrihetssystemen ger hämmar det den kvalitetsförbättring som är en av målsättningarna med systemet.

Valfrihet har bidragit till bättre tillgänglighet

Som tidigare framgått finns det många aspekter av begreppet tillgänglighet. Om man med tillgänglighet menar antalet utförare inom hemtjänst och primärvård så har den ökat som en direkt följd av LOV. Det finns numera fler vårdcentraler jämfört med innan LOV började gälla. Antalet läkarbesök i primärvården har också ökat kraftigt sedan 2009.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd från hemtjänsten till alla som bedöms behöva det oberoende av bostadsort, vårdbehovens omfattning eller på vilka tider under dygnet insatserna ska ges. Valfrihetssystemen ändrar inte detta förhållande. Däremot kan valfrihetssystem bidra till att tillgången till tilläggstjänster, dvs. icke biståndsbedömda tjänster, förbättras genom att de privata utförarna kan erbjuda sådana, vilket kommunerna är förhindrade att göra.

Några utförare erbjuder bättre tillgänglighet genom utökade öppettider vid vårdcentraler, genom att erbjuda hemtjänst på tider som den enskilde själv önskar och genom att erbjuda vård och omsorg på olika språk.

Kontinuiteten har inte förbättrats

Kontinuitet skattas högt av vård- och omsorgstagarna

Behovet av eller önskan om kontinuitet kan vara en orsak till att omvalen är få. Kontinuitet i vård- och omsorgsinsatser värderas högt av de patienter och klienter som behöver upprepade insatser under längre tidsperioder. Att byta utförare av hemtjänst kan vara känslomässigt påfrestande. När man dessutom saknar närmare information av vad som skiljer de olika utförarna åt kan det vara svårt att uppamma den motivation som krävs för att byta utförare även om man i vissa avseenden är missnöjd med den man har. ”Man vet vad man har men inte vad man får”.

Antalet omval av vårdcentral påverkas av att personer som oftast är friska och sällan behöver uppsöka sin vårdcentral har begränsat intresse av att byta. I den nationella patientenkäten om primärvården hösten 2010 tyckte t.ex. 16 procent av dem som hade svarat att det inte var viktigt att träffa samma läkare eller sjuksköterska. Detta kan jämföras med att 83 procent ansåg att det var mycket viktigt eller ganska viktigt att få träffa samma läkare eller sjuksköterska vid besök på vårdcentralen. Andelen som hade fast läkarkontakt eller sjuksköterskekontakt uppgick vid samma undersökning till 50 procent.

De personer som deltog i dialogmötena hösten 2011 önskade fast läkarkontakt i primärvården. Men vårdvalet tycks inte nämnvärt ha påverkat andelen i befolkningen med sådan kontakt och möjligheten att välja läkare är inte en självklarhet, trots att den regleras i lag.

Omval ur ett utförarperspektiv

Den önskan om kontinuitet som finns hos befolkningen medför att det kan vara svårt för nya utförare i primärvården att etablera sig när alla eller många i befolkningen redan är listade vid en vårdcentral. Erfarenheterna tyder på att intresset för omval är begränsat bland de friska i befolkningen medan de som oftare behöver kontakt med primärvården och är missnöjda med sin vårdcentral är mer benägna att byta. Som följd upplever nyetablerade vårdcentraler att de får en övervikt av vårdtunga personer vid sin mottagning.

Motsvarande situation är mindre påtaglig när det gäller hemtjänsten där utförarna har möjligheter att begränsa sitt åtagande på ett sätt som inte är möjligt inom primärvården. En utförare av hemtjänst kan välja att vara verksam i bara en del av en kommun eller begränsa antalet klienter eller antal arbetstimmar.

Kvaliteten utvecklas i primärvården – små förändringar i hemtjänsten

De flesta landsting får 2010 bättre omdömen av patienter på de kvalitetsområden som mäts i den nationella patientenkäten jämfört med 2009. Förtroendet för primärvården har också ökat något.

Vid dialogmötena lyftes flera positiva effekter av vårdvalet fram. Delta-garna såg vårdvalet som en bekräftelse på att patienten sätts i centrum. Möj-

ligheten att byta vårdcentral ansågs genomgående som positiv i sig genom att förmedla en känsla av egenmakt och frihet att bestämma.

Kontinuitet är viktig för kvaliteten i primärvården. Deltagarna menade att det som patient känns tryggt att möta samma personal så att man blir igenkänd och sedd. Fast bemanning och personaltäckning som är anpassad till behoven över tid är viktiga faktorer för vårdcentralens attraktivitet. Vårdcentraler som är bemannade med stafettläkare eller som har stor omsättning på annan personal väljer man om möjligt bort.

När det gäller hemtjänsten är förändringarna små under den senaste treårsperioden. Två förändringar kan skönjas. Fler tycks känna sig trygga i hemmet. Kvalitetsområdet social samvaro och aktiviteter förefaller också ha utvecklats något, men är fortfarande ett av de områden som äldre personer är mest missnöjda med [12].

Flera grupper vid dialogmötena framhöll att en bra och kompetent chef ofta är avgörande för verksamhetens kvalitet. En kompetent arbetsledning ser till att de har personal med utbildning och att de erbjuder de anställda fortbildning. En bra arbetsledning satsar också på kontinuitet i insatserna så att antalet personer som möter den enskilde i hans eller hennes hem minimeras. Tryggheten ökar om samma personal återkommer så att man slipper se så många nya ansikten. Dessa faktorer lyfter flera grupper fram som avgörande för valet av utförare. För många inom hbt-gruppen är kontinuitet i kontakten med personalen särskilt viktigt dels ur ett kunskapsperspektiv, dels för att många saknar kontakt med anhöriga. Detta gäller särskilt äldre personer eftersom homosexualitet tidigare varit förbjudet och man har lärt sig att dölja sin homosexuella läggning.

Personalens tidsbrist är ett problem som flera grupper tog upp. Andra faktorer av betydelse för kvaliteten är att insatserna ges på den tid man kommit överens om och att personalen passar tiden.

Människor med nedsatt autonomi riskerar att missgynnas

Människor har skiftande förutsättningar att fatta självständiga beslut. Personer vilka till följd av sjukdom eller bristande kognitiv förmåga inte kan tillgodogöra sig tillgänglig information eller på egen hand aktualisera ett omval har inte möjlighet att utan stöd ta tillvara de fördelar som valfrihetssystemen avser att ge enskilda personer. Samtidigt gynnas också utsatta grupper om kvaliteten i vård och omsorg förbättras. Men även vid en generellt höjd kvalitetsnivå är risken för ökade skillnader mellan olika grupper påtaglig och måste motverkas. Utan stöd till särskilt utsatta grupper med nedsatt autonomi riskerar en idag ojämlik vård och omsorg bli ännu mindre jämlik.

För andra som missgynnas i valfrihetssystem handlar det i huvudsak om att de inte kan ta del av den information som finns och är tillgänglig för en majoritet av befolkningen. Det gäller t.ex. personer med syn- och hörselskador och de som invandrat eller tillhör nationella minoriteter men inte kan svenska. När det gäller hbt-personer handlar det mera om ett kunskaps- och attitydproblem hos vård- och omsorgspersonalen.

Trots att förtroendet för primärvården sakta tycks öka så är det personer med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd som har lägst förtroende för vårdcentralerna [9]. Av flera studier framgår också att ju sämre hälsa äldre personer har desto mindre nöjda är de med hemtjänsten [12]. Detta tyder på att vi i Sverige inte lyckats att utforma en vård och omsorg anpassad till dem med störst behov.

Valfrihetssystem i sig bidrar inte till jämlik och likvärdig vård och omsorg

Hemtjänst mer likvärdig än hälso- och sjukvård

Hemtjänst tillhör de insatser inom socialtjänsten som omfattas av rätten till bistånd. Förvaltningsdomstolarnas prövning av överklagandeärenden medför att det skapas en rättspraxis som ska bidra till likvärdig omsorg och skälig levnadsnivå. Det finns emellertid skillnader framför allt mellan kvinnor och män när det gäller behovsbedömning och beviljade insatser. Men människors behov är grunden för vilken hemtjänst de beviljas och tycks, jämfört med sjukvården, i mindre grad påverkas av ålder, utbildning och socioekonomisk status [12].

En vård på lika villkor för hela befolkningen

Målen för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (2 § HSL). Men den enskilde kan inte åberopa någon rättighet för att få vård av landstinget och någon besvärsmätt på motsvarande sätt som den i SoL finns inte.

HSL är en skyldighetslag och landstingens ansvar framgår av 3 §. Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Dessutom finns bestämmelser om att patienten ska få välja behandlingsalternativ och förnyad medicinsk bedömning (3 a §), men någon skyldighet att ge vård på lika villkor finns inte fastlagd. Vid en hearing om Vårdval Stockholm i november 2009 menade en av de medverkande att det skulle kunna vara möjligt att införa en ny bestämmelse i 3 § HSL enligt följande:

”Landstinget ansvarar för att all hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds på lika villkor i fråga om tillgänglighet och kvalitet.”

Lagtekniskt sett skulle det vara ett relativt enkelt tillägg till huvudbestämmelsen om landstingets ansvar för att ge god vård åt dem som är bosatta inom landstinget. I förarbetena till lagbestämmelsen kunde man sedan göra klart att bestämmelsen innebär att landstinget måste beakta kravet på lika villkor såväl när den egna organisationen av hälso- och sjukvården utformas som när landstinget genom avtal uppdrar åt privata vårdgivare att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för. Det skulle också vara möjligt att i förarbetena utveckla vad lika villkor i fråga om tillgänglighet innebär t.ex. när det gäller geografisk respektive ekonomisk tillgänglighet [16].

Likvärdig vård och planeringsansvaret

Ett landsting ska ”planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare”.

Mot den bakgrunden har en del landsting tidigare uttryckt önskemål om att föra en dialog om lokalisering av vårdcentraler vid nyetableringar för att de ska ske på ett geografiskt tillfredsställande sätt. Ett sådant förfaringsätt saknar stöd i LOV. Men valfrihetssystem bygger på principen att myndigheten, dvs. i detta fall landstinget, ”som huvudman för verksamheten har ansvaret för att tjänsterna tillhandahålls brukaren eller invånaren”.⁷ Om den helt fria etableringsrätten skulle visa sig bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser snedfördelas och försvåra för landstingen att planera vården med utgångspunkt från befolkningens behov kan detta bidra till en mindre snarare än mer likvärdig vård.

Socialstyrelsens förslag om en mer jämlik vård

Socialstyrelsen anser inte idag att det finns skäl att ändra HSL mot bakgrund av vad som ovan framförts. Dels behöver kunskapen om hur vårdvalet påverkar likvärdig vård fördjupas, dels bör en sådan kunskap övervägas i ett vidare sammanhang och inte enbart i relation till vårdval.

Frågor om en jämlik och likvärdig vård har rönt stort intresse under senare år. I rapporten ”Ojämna villkor för hälsa och vård” har Socialstyrelsen lämnat förslag på vad olika aktörer bör göra för att vården ska bli mer jämlik, t.ex:

- Fokusera på att utveckla vården i utsatta områden. Förbättra tillgängligheten genom att identifiera och avveckla barriärer inom vården för utsatta grupper samt utveckla uppsökande verksamhet i områden med omfattande ohälsa.
- Förstärka samarbetet mellan psykiatrisk och somatisk vård och satsa på multiprofessionella vårdteam.
- Översynen av läkarutbildningen bör ta hänsyn till att det i framtiden behövs mer kompetens inom områden som psykisk ohälsa, vård av äldre och inom primär- och närsjukvård.
- Regering och riksdag bör överväga att tillsätta en nationell kommission med syfte att minska sociala och regionala skillnader i hälsa och vård [13].

Socialstyrelsen avser också att ta fram en samlad strategi för arbetet med frågor som rör jämlik hälsa och vård. I den ingår att driva på utvecklingen för att via register och databaser bättre kunna följa och belysa skillnader i vården för olika grupper i befolkningen. Att utjämna skillnaderna och samtidigt öka patientinflytandet är en av hälso- och sjukvårdens största utmaningar.

⁷ LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15), sid. 301

Referenser

1. Prop. 2008/09:74, bet. 2008/09:SoU9, rskr. 2008/09:172.
2. SFS 2010:13859. Förordning med instruktion för Myndigheten för vårdanalys.
3. Granskningsplan 2012. Myndigheten för vårdanalys; 2011.
4. Stimulansbidrag LOV, Delrapport juni 2010. Socialstyrelsen; 2010.
5. Kundvalsmodeller för företagsrådgivning. Rapport 2009:04. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser; 2009.
6. Inträdeshinder för privata vårdcentraler. Erfarenheter från valfrihetsreformen inom primärvården. Uppdragsforskningsrapport 2011:4. Konkurrensverket; 2011.
7. Regeringsbeslut I:2, 2011-04-14, S2009/5070/FS. Uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården samt uppdrag att utbetala medel. Socialdepartementet; 2011.
8. Vantetidsdatabasen. www.vantetider.se. Sveriges Kommuner och Landsting.
9. Vårdbarometern. Helårsrapport 2010. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
10. Vårdbarometern. Årsrapport 2009. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
11. Patientupplevd kvalitet. Nationell patientenkät – primärvård 2010. www.indikator.org. Institutet för kvalitetsindikatorer.
12. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2011. Socialstyrelsen; 2011.
13. Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2011.
14. Vad vill äldre veta? Socialstyrelsen; 2011.
15. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden” – Årsrapport 2011.
16. Grönwall, L. Hearing om Vårdval Stockholm den 14 november 2009.
17. Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
18. Delredovisning – uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården, dnr 314/2011. Konkurrensverket; 2011.
19. Vård, skola och omsorg. Vilken information behöver brukaren för att kunna välja? Rapport 2007:19. Statskontoret; 2007.
20. Winblad, U & Andersson, C. Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Om patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet; 2011.
21. Att välja hemtjänst. Socialstyrelsen; 2004.

22. Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3. Konkurrensverket; 2010.
23. Landstingsrevisorerna. Projektrapport Nr 5/2010. Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. Stockholms läns landsting; 2010.
24. Szebehely, M. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Konkurrensens konsekvenser Vad händer med svensk välfärd?, kapitel 7. SNS Förlag, Stockholm 2011.
25. Stimulansbidrag LOV. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2010.
26. Bergström S, Ljungdahl L. Fritt val i hemtjänsten – En konsekvensanalys. Kristianstads kommun; 2011.
27. Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Delredovisning. Socialstyrelsen; 2011.
28. Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service. Tillväxtanalys; 2011.