

Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv

Delredovisning

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-2-8

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2011

Förord

Vårdvalssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, har ur ett socialpolitiskt perspektiv införts för att stärka medborgarnas inflytande inom vård och omsorg. Men det finns också ett tydligt näringspolitiskt perspektiv genom att dessa system gör det möjligt för privata aktörer att fritt etablera sig. Den bärande tanken i vilken de båda perspektiven möts är att kvaliteten i verksamheterna utvecklas när en mångfald aktörer konkurrerar om vård- och omsorgstagare.

Det är angeläget att fortsättningsvis följa upp valfrihetssystemen ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Socialstyrelsen har därför av regeringen fått i uppdrag att följa hur valfrihetssystemen påverkar tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i vård och omsorg. Uppföljningen bör göras bl.a. utifrån nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet. Valfrihetssystemens konsekvenser för utsatta patient- och brukargrupper bör uppmärksammas särskilt.

Valfrihetssystem enligt LOV har bara funnits under en begränsad tid. Detta har påverkat arbetet med och innehållet i denna delrapport. Erfarenheter från tidigare kundvals- och valfrihetssystem redovisas. Dessutom görs en genomgång av om valfrihetssystem enligt LOV utifrån nationella mål om jämlikhet och likvärdighet ger de förutsättningar som medför att den enskildes ställning stärks.

Rapporten har utarbetats av utredarna *Monica Albertsson* och *Sven Lusen-sky*.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Erfarenheter av kundvals- och valfrihetssystem	7
Förutsättningar för att den enskildes ställning ska stärkas	8
Jämlik och likvärdig vård och omsorg i hela landet	8
<i>Inledning</i>	9
Uppdraget	9
Bakgrund	9
Syfte och mål	10
Delredovisningens inriktning	10
Avgränsning	10
Genomförande	11
<i>Nationella mål</i>	12
Jämlikhet	12
Jämställdhet	13
Likvärdighet i hela landet	13
Det legala perspektivet	13
Ett geografiskt och demografiskt perspektiv	13
<i>Stärkt ställning - förutsättningar</i>	15
Mångfald	15
Valfrihetssystem i kommunerna	15
Vårdvalssystem i landstingens primärvård	16
Möjlighet att byta utförare	18
Hemtjänst	18
Primärvård	18
Väldefinierade uppdrag och tydliga mål	19
Möjligheter att följa upp	19
Information om resultat	20
<i>Erfarenheter av valfrihet</i>	22
Hälso- och sjukvårdsreformer i Europa	22
Kundvalssystem i Norden	22
Nationella erfarenheter	24
Kundval i kommunal verksamhet	24
Vårdval i primärvården	25
Medborgarens/patientens ställning och inflytande	25
<i>Tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet</i>	27
Hemtjänst	27

Tillgänglighet	27
Kontinuitet	27
Kvalitet	28
Primärvård	29
Tillgänglighet	29
Tillgång till sjukvård	30
Kontinuitet	30
Patientupplevd kvalitet	31
<i>Jämlik och likvärdig vård och omsorg</i>	33
Valfrihetssystem och jämlikhet	33
Konsekvensanalys av Fritt val i hemtjänsten, Kristianstad	34
Uppföljning av Vårdval Stockholm	34
Valfrihet och likvärdighet	36
<i>Diskussion</i>	37
Stärkt ställning – finns förutsättningarna?	37
Förutsättningarna för mångfald beror på var man bor	37
Att byta utförare är administrativt enkelt	38
Förfrågningsunderlagen styr tjänsteutbudet	38
Indikatorer som speglar resultat behöver utvecklas	38
... liksom informationen till befolkningen och patienterna	39
Sammanfattande bedömning	39
Likvärdig vård och omsorg till alla	40
<i>Referenser</i>	41

Sammanfattning

Erfarenheterna av införandet av valfrihetssystem i vård och omsorg enligt lagen (2008:962) om valfrihet, LOV, är ännu begränsade. Denna delredovisning ska ses som en utgångspunkt för en kommande slutredovisning av uppdraget om valfrihetssystem inom socialtjänst och primärvård ur ett befolknings- och patientperspektiv. Delrapporten är främst inriktad på att redovisa

- dels erfarenheter från kundvals- och valfrihetssystem, som infördes innan LOV trädde i kraft
- dels vilka förutsättningarna är för att den enskildes ställning ska stärkas genom valfrihetssystem inom vård och omsorg.

I alla landsting¹ finns numera vårdcentraler och hälsocentraler som drivs i privat regi². Sedan vårdval i primärvården infördes har 219 vårdcentraler³ tillkommit. Ökningen kan till helt övervägande del hänföras till privata vårdgivare. Några vårdcentraler har upphört med sin verksamhet. Tolv av dem hade drivits i egenregi och nitton i privat regi. Det innebär att nytillskottet av vårdcentraler till och med oktober 2010 uppgår till 188.

Valfrihetssystem har införts i 68 kommuner och ytterligare 85 kommuner har fattat beslut om att införa valfrihetssystem. Var tredje person med stöd av hemtjänst bor i en kommun där valfrihetssystem har införts.

Erfarenheter av kundvals- och valfrihetssystem

Det viktigaste med valfrihetsreformer inom hälso- och sjukvården ur befolkningens perspektiv tycks vara möjligheten att byta vårdgivare om man är missnöjd. Erfarenheter från valfrihetsreformer som genomförts i Finland och Storbritannien tyder på det. Medborgarna är uttalat positiva till valfrihetsreformer, men utnyttjar möjligheten att byta utförare i liten utsträckning.

Med undantag av Island har alla länder i Norden kundvalssystem av olika utformning och omfattning. I en studie från 2005 redovisades bl.a. effekterna av dessa kundval ur ett ”konsumentperspektiv”. Vid denna tidpunkt hade ett tiotal kommuner i Sverige kundval, huvudsakligen inom hemtjänst men också i särskilt boende. Av studien framgick bl.a. att vård- och omsorgsmottagarna

- hade svårt att ta till sig information om utförarna
- hade svårt att bedöma vad som skiljde utförarna åt
- valde utförare efter rekommendationer och geografisk närhet

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

² Begreppen privat regi och privata utförare används i denna rapport som samlingsnamn för bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser eller enskilda individer som med offentlig finansiering bedriver vård- och omsorgsverksamhet.

³ Med vårdcentraler avses fortsättningsvis även hälsocentraler.

- i flera fall behövde hjälp att välja
- sällan bytte utförare.

Senare studier tyder på att det knappast skett några större förändringar i dessa avseenden.

Förutsättningar för att den enskildes ställning ska stärkas

Den enskilda människans ställning stärks inte med automatik i ett valfrihetssystem. Vissa förutsättningar måste vara uppfyllda. Till dessa hör

- att det finns utförare att välja mellan, dvs. mångfald
- att det är lätt att byta utförare
- att de tjänster som erbjuds är tydligt definierade och möjliga att följa upp
- att befolkning och patienter har tillgång till korrekt information, som är lätt att komma åt och anpassad till den enskilde personens förutsättningar.

Dessutom måste pengarna följa den enskildes val. Valfrihetssystemen i socialtjänst och primärvård är också utformade på så sätt att de uppfyller den förutsättningen även om ersättningssystemen varierar. Däremot är det med tanke på de geografiska och demografiska förhållandena i vissa delar av landet betydligt svårare att få till stånd en mångfald av utförare inom vård och omsorg. När alternativa vårdgivare saknas råder ur mångfaldshänseende inte likvärdighet över hela landet.

Oftast finns det flera utförare att välja bland och då är det ur administrativt hänseende enkelt för den enskilde att byta utförare. Det gäller primärvården i alla landsting och det gäller även inom socialtjänsten i de kommuner där fritt vårdval införts.

Den enskilde behöver relevant och lättillgänglig information för att kunna göra välgrundade val. Det pågår också ett intensivt arbete för att utveckla informationen, framför allt när det gäller att redovisa kvaliteten i verksamheterna. Men det behövs också kunskap om vad befolkning och patienter anser vara relevant information och hur de önskar få den presenterad.

Jämlik och likvärdig vård och omsorg i hela landet

En huvudfråga i det fortsatta arbetet är att följa upp om valfrihetssystem bidrar till en mer jämlik och likvärdig vård och omsorg. Det har i olika studier framförts att det 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. Det som talar mot en sådan utveckling är att vården och omsorgen är skattefinansierade system som ges efter behovsprövning och med stöd av prioriteringsbestämmelser. Men det finns risk för att resurser snedfördelas vid etableringsfrihet och att resursstarka individer gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer bl.a. 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.

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 har därför av regeringen fått i uppdrag att följa hur valfrihetssystemen påverkar tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i vård och omsorg. Uppföljningen bör göras bl.a. utifrån nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet. Valfrihetssystemens konsekvenser för utsatta patient- och brukargrupper bör uppmärksammas särskilt.

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

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 februari 2011 och slutredovisas senast den 15 februari 2012.

Bakgrund

Sedan 1990-talet har nya former för organisation och drift utvecklats med stöd av dåvarande lagen (1992:1528) om offentlig upphandling, senare ersatt av lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU. Ett syfte med dessa lagar har varit att kommuner och landsting genom att lägga ut verksamheter på entreprenad kunnat erbjuda sina medborgare en mångfald utförare. Entreprenadupphandlingar var inledningsvis också det vanligaste inom vård och omsorg, men under de senaste 15 åren har olika kundvalsmodeller introducerats som alternativ eller komplement till entreprenadupphandlingar. LOU innehåller inga specifika regler för hur tjänster ska upphandlas, varför huvudmän som tillämpar kundval utser sina utförare antingen genom offentlig upphandling eller genom certifiering.

I januari 2009 trädde lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, i kraft. Även dess syfte är att ge enskilda individer ökade valmöjligheter och stärkt ställning inom vård och omsorg genom att främja en mångfald utförare. I valfrihetssystem enligt LOV konkurrerar utförarna med kvalitet, inte pris. Riksdagens beslut i februari 2009 om vårdval i primärvården innebär att alla landsting sedan 2010 har en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla vårdvalssystem enligt LOV i primärvården.

Kommunerna är till skillnad från landstingen inte skyldiga att införa vårdvalssystem enligt bestämmelserna i LOV. För att stimulera kommunerna att införa sådana system har emellertid riksdagen beslutat om särskilda medel, 280 miljoner kronor, vilka Socialstyrelsen haft regeringens uppdrag att fördela under 2008. Kommuner, som önskat förbereda och utveckla valfrihetssystem inom den äldre- och handikappomsorg som regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, har kunnat söka och få del av dessa medel. Ytterligare 25 miljoner kronor har funnits tillgängliga att fördela under

2009. Socialstyrelsen har i december 2010 till regeringen lämnat en slutredovisning av dessa stimulansmedel.

Syfte och mål

Nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet är utgångspunkter för uppföljningsarbetet, som syftar till att besvara eller åtminstone 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 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)
- jämfört med tiden innan vårdval infördes, är möjligheterna att träffa samma vård- och omsorgspersonal bättre eller sämre (kontinuitetsmålet)
- är vårdens och omsorgens kvalitet bättre eller sämre sedan vårdval infördes (kvalitetsmålet)?

Delredovisningens inriktning

Valfrihetssystem enligt LOV har bara funnits under en begränsad tid. I denna delrapport redovisas dels några av de erfarenheter som finns från tidigare kundvals- och valfrihetssystem, dels om valfrihetssystem enligt LOV utifrån nationella mål om jämlikhet och likvärdighet ger de förutsättningar som medför att den enskildes ställning kan stärkas. I den kommande slutrapporten kommer uppdragets frågeställningar att belysas närmare.

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.

De nationella erfarenheter av kundval och valfrihetssystem i vård och omsorg som redovisas i denna rapport har till stor del sin grund i verksam-

heter som inleddes innan LOV trädde i kraft. För den enskilde vård- och omsorgstagaren torde det vara av mindre betydelse vilken lagstiftning som reglerar vårdgivarnas verksamhet så länge det finns flera vårdgivare att välja mellan. Uppföljningar av verksamheter enligt LOV redovisas när det är möjligt och relevant.

Genomförande

Vårdvalssystem inom socialtjänst och hälso- och sjukvård är en mycket aktuell och uppmärksammas fråga. Många aktörer är också engagerade i att följa upp och utvärdera effekterna av vårdvalssystem ur olika aspekter.

En naturlig del i arbetet med att följa upp valfrihetssystemen har varit, och är, att fortlöpande ta del av publicerade rapporter. Särskild uppmärksamhet ägnas i detta sammanhang åt hur de som är i behov av vård och omsorg upplever de insatser de får och om insatserna förändrats på något sätt sedan valfrihetssystem infördes.

Nationella och internationella forskningsrapporter och forskningssammanställningar har bidragit med underlag till denna redovisning liksom kommuners och landstings egna uppföljningar, när sådana har funnits tillgängliga. Bland andra källor kan nämnas den årliga nationella undersökningen för att följa upp kvaliteten i vård och omsorg om äldre, Vårdbarometern, Nationell Patientenkät – primärvård och Nöjd Kund Index.

Inför slutredovisningen av uppdraget kommer under perioden mars – oktober 2011 dagskonferenser att genomföras på några platser i landet. Syftet är att på detta sätt vidga bedömningsunderlaget för att belysa valfrihetssystem ur befolknings- och patientperspektiv. Under åren 2010–2012 pågår det s.k. Äldreuppdraget. Detta, inom Socialstyrelsen integrerade tillsynsprojekt, förväntas också tillföra värdefull kunskap inför slutrapporten.

Nationella mål

Jämlikhet

För offentligt finansierade tjänster finns det såväl internationella deklarationer som svensk lagstiftning med krav på jämlikhet i vård och omsorg. I den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter slås fast dels att var och en har rätt till ”en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj” (artikel 11), dels rätten för var och en att ”åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa” (artikel 12).

I 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, anges bl.a. 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.

Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763), HSL, portalparagraf anger att hela befolkningen ska erbjudas en god vård på lika villkor. Av HSL framgår också att den med störst behov ska ges företräde till vården (2 §, andra stycket). Som ledning för att bedöma vem som har störst behov finns riksdagens beslut med anledning av regeringens proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Tre principer ligger till grund för sådana prioriteringar:

- människovärdesprincipen – alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället
- behovs-solidaritetsprincipen – resurserna fördelas efter behov
- kostnadseffektivitetsprincipen – vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förhöjd hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Motsvarande diskussion om prioriteringar har inte förekommit inom socialtjänstens område. Men SoL har, till skillnad från HSL, inslag av rättighetslag som innebär att insatser som omfattas av rätten till bistånd (4 kap.) kan överklagas hos förvaltningsdomstol. På så sätt finns en rättspraxis som ger vägledning om vad som kan anses främja jämlikhet i levnadsvillkor.

En jämlik vård innebär att den enskildes möjligheter till insatser inte får påverkas av geografiska, demografiska, sociala, språkliga, religiösa och kulturella förhållanden. I uppföljningen av vårdvalssystem fokuseras inom det nationella målet för jämlikhet främst på om valfrihetssystem bidrar till att alla, oavsett utbildningsnivå, etnisk tillhörighet och socioekonomisk grupp vid likvärdiga behov får likvärdig vård och omsorg. Personalen har i detta sammanhang ett särskilt ansvar för att människovärdesprincipen upprätthålls, dvs. att alla som får vård och omsorg bemöts och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper.

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att en enskild persons behov ställs i relation till och i solidaritet med andra personers behov inom samma verksamhet eller mellan verksamheter. Detta är i första hand vårdgivarens ansvar, medan det främst är en uppgift för verksamhetschefen att tillämpa kostnadseffektivitetsprincipen.

Jämställdhet

I mitten av 1990-talet tillkallade regeringen en utredare med uppgift att göra en noggrann genomgång av det aktuella kunskapsläget om skillnader i sättet att bemöta patienter som beror på kön och om faktorer som skiljer kvinnors och mäns hälsa. Utredningens huvudbetänkande (SOU 1996:133) har haft stor betydelse för att könsperspektivet kommit att beaktas i utveckling och utvärdering av vård, omsorg och bemötande.

I maj 2006 fastställde riksdagen de nu gällande nationella målen för jämställdhetspolitiken genom att anta regeringens proposition 2005/06:155 Makt att forma samhället och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken. Det övergripande målet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina liv. I korthet innebär det att kvinnor och män ska ha samma rätt och möjligheter till utbildning och betalt arbete, att det obetalda hem- och omsorgsarbetet ska fördelas jämt och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

Kvinnor och män har samma rätt att få vård och omsorg utifrån sina behov. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har också under senare år utvecklat sitt arbete och sina insatser för att förbättra jämställdheten. Men detta är inte helt okomplicerat. Det saknas i vissa avseenden kunskap om vad en jämställd vård och omsorg faktiskt innebär. Kvinnor och män kan ha olika behov och ibland ska vården och omsorgen även kompensera för att förhållandena i samhället inte är jämställda.

Likvärdighet i hela landet

Det legala perspektivet

Alla individer ska behandlas på ett likvärdigt och rättssäkert sätt när de behöver vård och omsorg. Detta är också avsikten med lagar och förordningar inom området. 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. Men förutsättningarna för att ge vård och omsorg är olika i skilda delar av landet.

Ett geografiskt och demografiskt perspektiv

Sverige utmärks av stora skillnader när det gäller geografiska och demografiska förhållanden i landets olika delar. En förhållandevis hög andel av befolkningen, närmare 77 procent, bor i tätort⁴. I de områden som benämns tätortsnära landsbygd bor drygt 21 procent av befolkningen, medan knappt 2

⁴ Enligt det tidigare Glesbygdsvverkets definition.

procent bor i glesbygd. Glesbygdsområdena upptar en mycket stor del av Sveriges landyta och stora delar av dessa områden är inte bebodda. Sammantaget är bara 3 procent av landytan bebyggd [6].

Den nuvarande befolkningsutvecklingen uppvisar samma trend som tidigare år. Befolkningen i glesbygder minskar, är tämligen stabil i tätortsnära landsbygder och ökar i tätorter. Ur social och ekonomisk bemärkelse tycks tätortsnära landsbygdsområden och stad bli alltmer lika. Allt fler människor delar sin tid mellan stad och landsbygd och en ökad daglig rörlighet väver samman dessa miljöer. Men stora geografiska avstånd påverkar hela samhällsbygget och ger glesbygden särskilda villkor både socialt och ekonomiskt [6]. Utvecklingen av vård och omsorg har också präglats av ett växelspel mellan ambitionen att åstadkomma nationell likvärdighet och lösningar anpassade efter lokala behov och förutsättningar. Likvärdig är heller inte detsamma som likformig, men lika behandling i meningen lika omtanke, gott bemötande och god kvalitet gäller alltid.

Stärkt ställning - förutsättningar

Den enskilda människans ställning stärks inte med automatik i ett valfrihetssystem. Vissa förutsättningar måste finnas. Det måste finnas flera utförare att välja mellan. Det måste också vara lätt att byta utförare. Dessutom måste det finnas förutsättningar för den enskilde att fatta rationella och väl underbyggda val. Det i sin tur förutsätter att de tjänster som erbjuds är tydligt definierade och möjliga att följa upp. Vidare måste resultaten av uppföljningarna vara tillgängliga för hela befolkningen.

Mångfald

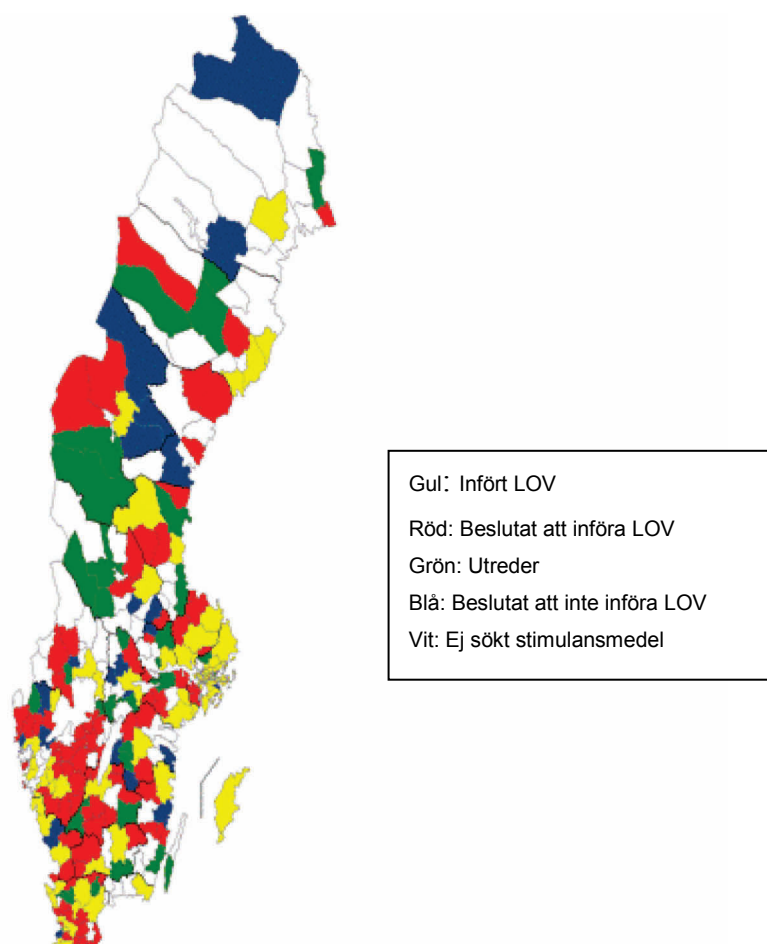
Valfrihetssystem i kommunerna

Av landets 290 kommuner har 212 sökt och beviljats stimulansmedel för att förbereda eller utveckla valfrihetssystem enligt LOV inom äldre- och handikappomsorgen. I oktober 2010 hade 68 kommuner inrättat tjänster av detta slag. Ytterligare 85 kommuner hade beslutat att införa sådana tjänster, medan 35 kommuner vid denna tidpunkt inte tagit ställning. Övriga 24 kommuner har beslutat att inte införa valfrihetssystem enligt LOV, karta 1. Den tjänst med valfrihet som kommunerna oftast erbjuder eller planerar för är hemtjänst i ordinärt boende.

Många 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 utförare som små. En kommun som systematiskt har inventerat intresset bland möjliga utövare kunde konstatera att dessa betonade svårigheterna med att etablera sig i en liten kommun med få invånare och stora geografiska avstånd [13]. Även Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser har påtalat att hänsyn måste tas till sådana realiteter som befolkningsmängd och företagsdensitet när kundvalsmodeller införs, särskilt i ett glesbefolkat land som Sverige. Myndigheten menar att det helt enkelt kan vara svårt att få tillstånd en mångfald av företag i vissa regioner och att detta skulle kunna hota kundvalsmodellens effektivitet [7].

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 kommuner och långa avstånd.

Karta 1. LOV i kommunerna - beslutsläget november 2010



Grafik: Sveriges Kommuner och Landsting

Vårdvalssystem i landstingens primärvård

Mer än var tredje vårdcentral drivs numera i privat regi. Det finns också vårdcentraler som drivs av privata utförare i alla landsting, men förekomsten varierar både mellan landstingen och inom ett landsting. De flesta privata vårdgivare återfinns i större städer och tätorter, medan de är få i bl.a. Dalarna, Norrbotten och Jämtland, särskilt i glesbygdsområdena, tabell 1.

I några landsting minskade antalet vårdcentraler mellan åren 2002 och 2009. Mellan åren 2009 och 2010 ökade de emellertid med 165 stycken. Av dessa drevs 135 av privata vårdgivare, alla i tätorter.

Innan LOV trädde i kraft i januari 2009 hade tre landsting infört vårdvalssystem i primärvården. Sex landsting⁵ införde vårdval i primärvården under 2009 och övriga landsting i början av 2010. Sedan vårdval infördes i respektive landsting och till och med oktober 2010 har antalet vårdcentraler ökat ytterligare, tabell 2. Av de sammanlagt 219 nyttillkomna vårdcentralerna har

⁵ Vårdval Gotland infördes i januari 2009 men då inte uppbyggt enligt bestämmelserna i LOV. Det skedde i mars 2010.

6 drivits i landstingens egen regi och 213 i privat regi. Under samma tidsperiod har emellertid ett antal vårdcentraler upphört med sin verksamhet. Det

Tabell 1. Antal vårdcentraler per områdestyp 2002 - 2010

	2002	2009		2010		Förändring 2002–2010
Områdestyp	Antal vårdc	Antal vårdc	varav privata	Antal vårdc	varav privata	Vårdcentraler totalt
Glesbygder	47	41	6	42	6	-5
Tätortsnära landsbygd	203	189	34	213	34	10
Tätorter	722	810	256	950	391	228
Riket	972	1040	296	1205	431	233

Källa: Konkurrensverket.

Tabell 2. Antal nya vårdcentraler som tillkommit respektive upphört sedan vårdval infördes t.o.m. oktober 2010 fördelade på egenregi respektive privat regi

Landsting/region	Vårdval infört	Antal nya vårdcentraler		Antal vård- centraler som upphört	
		egenr	priv	egenr	priv
Halland	2007-01-01	0	11	1	1
Västmanland	2008-01-01	0	3	2	3
Stockholm	2008-01-01	0	40	1	5
Kronoberg	2009-03-01	0	6	1	0
Region Skåne	2009-05-01	2	24	0	4
Uppsala	2009-07-01	0	2	1	1
Östergötland	2009-09-01	0	2	0	0
VG-regionen	2009-10-01	2	61	2	3
Gotland	2010	0	0	0	0
Södermanland	2010	0	8	1	0
Jönköping	2010	1	17	0	0
Kalmar	2010	0	1	0	0
Blekinge	2010	0	5	1	1
Värmland	2010	0	8	0	0
Örebro	2010	1	0	0	0
Dalarna	2010	0	3	0	0
Gävleborg	2010	0	8	2	1
Västernorrland	2010	0	3	0	0
Jämtland	2010	0	0	0	0
Västerbotten	2010	0	5	0	0
Norrbottn	2010	0	3	0	0
Tiohundra	2010	0	3	0	0

Källa: SKL:s vårdvalsnätverk

handlar om sammanlagt 31 vårdcentraler, varav 12 i egenregi och 19 i privat regi. Det innebär att nytillskottet av vårdcentraler i landet uppgår till 188 stycken sedan vårdval i primärvården infördes och till och med oktober 2010.

Möjlighet att byta utförare

Hemtjänst

Våren 2009 utvärderade Professional Management på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, valfrihetssystem i ett urval kommuner och landsting. Tolv kommuner, som bedömdes ha tillräckliga erfarenheter av valfrihetssystem för att ha något att förmedla till andra, ingick i studien [8].

Hemtjänsten var det verksamhetsområde inom vilket alla tolv kommunerna tillämpade ett valfrihetssystem. Personlig omvårdnad, städning, tvätt, inköp, trygghetslarm och leverans av matkorg ingick oftast i godkännanden för kundval inom hemtjänst. Men i några kommuner var godkännandet, och därmed kundvalet, begränsat till t.ex. vissa servicetjänster.

Samtliga tolv kommuner uppgav att de enskilda personernas förstahandsval av utförare hade tillgodosetts i tillfredsställande utsträckning.

Flertalet kommuner hade rutiner för omval, dvs. hur man agerade när någon enskild ville byta utförare. Alla önskemål från enskilda personer om att få byta utförare hade också kunnat tillgodoses [8].

Av Socialstyrelsens analys av ett 60-tal förfrågningsunderlag framgår att alla kommuner har rutiner för byte av utförare och hur bytet ska gå till. Där emot finns det vissa skillnader mellan kommunerna såväl när det gäller tiden från omval till att det effektueras som antalet omval [13]. Uppsägnings-tiden varierar från fem dagar till en månad. I några kommuner får den enskilde göra högst två omval under en viss period.

Primärvård

Alla landsting har under 2010 i primärvården infört vårdvalssystem, som är uppbyggda enligt bestämmelserna i LOV. Invånarna i alla landsting kan byta vårdenhet hur ofta de vill [9]. Vårdenheterna, med undantag av dem i Stockholms läns landsting, har heller inte rätt att neka eller avvisa någon som väljer enheten i fråga. Därför finns det heller ingen begränsning av hur många personer som kan vara listade vid en vårdenhet.

Under en övergångstid kan landstingen tillåta en vårdenhet att begränsa sin lista om den medicinska säkerheten inte kan garanteras, vid brist på lokaler, personal eller liknande. Tre månader är då den vanligaste tidsrespiten för vårdenheten att vidta de åtgärder som krävs för att kunna ta emot de personer som önskar lista sig. Stockholms läns landsting överlåter emellertid åt vårdgivaren att avgöra hur många personer som ska vara listade vid vårdenheten. För invånarna i landstinget kan detta innebära en begränsning i deras möjligheter att byta utförare.

Väldefinierade uppdrag och tydliga mål

Det är kommuner och landsting som ytterst är ansvariga för att medborgarna får den vård och omsorg som de är berättigade till enligt gällande lagar och föreskrifter. För att huvudmännen för vård och omsorg ska kunna utkräva ansvar av dem som utför vård- och omsorgsinsatser måste utförarna vara fullt införstådda med vad som förväntas av dem och hur deras verksamhet följs upp och kontrolleras.

En grundläggande tanke med valfrihetssystem är att de ska ge utrymme för och stimulera till innovation. Olika utförare ska kunna profilera sig och sin verksamhet för att på så sätt bättre kunna möta befolkningens önskemål om en individuellt utformad vård och omsorg. Genom enskilda personers inflytande över vård och omsorg ska en kontinuerlig utveckling av omsorgsinsatser och behandlingsmetoder, liksom av nya arbetssätt och sätt att organisera vård och omsorg stimuleras.

Det är inte en helt lätt uppgift för huvudmännen att dels balansera behovet av att kunna följa upp och bedöma resultatet av olika utförares insatser, dels ge utrymme för innovationer. För att kunna följa upp vård och omsorg pågår lokalt, regionalt och nationellt ett intensivt arbete med att utveckla indikatorer. Det gäller inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Men det finns risk för att indikatorer och mått i viss utsträckning avspeglar det som är lätt att mäta snarare än det som är väsentligt att mäta. I en situation med en mängd utförare med olika inriktning, skilda omsorgsinsatser och behandlingsmetoder, olika sätt att arbeta och organisera verksamheten kan det vara svårare att bedöma om en likvärdig vård och omsorg ges på lika villkor över hela landet. Den stora utmaningen i detta sammanhang är att utforma indikatorer och mått som avspeglar vad utförarna uppnått och med vilken kvalitet och inte hur, dvs. utveckla mål- och resultatstyrningen. En likvärdig vård och omsorg är inte, eller behöver inte vara, detsamma som en likformig.

När det gäller hemtjänst finns i varannan kommun företag som valt att profilera sin verksamhet. Oftast handlar det om att erbjuda service på olika språk, men även religion kan vara en profileringsfråga. Ett antal företag erbjuder också service på sådana tider som kunden önskar och med löfte om personkontinuitet.

Sedan HSL:s tillkomst har det förts en nästan ständig diskussion om vad som är eller borde vara primärvårdens uppdrag. Genom att landstingen numera är skyldiga att organisera primärvården som vårdvalssystem enligt LOV har de också varit tvungna att precisera vad primärvårdsuppdraget omfattar. Detta varierar mellan landstingen, men det finns också en överensstämmelse, en kärna, i vad vårdenheter ska uppfylla inom ramen för det allmänmedicinska kompetensområdet som är densamma i alla förfrågningsunderlag. Skillnaderna i de olika vårdvalssystemen handlar främst om hur landstingen valt att hantera t.ex. barnhälsovård, mödrahälsovård och rehabilitering.

Möjligheter att följa upp

Som följd av det utvecklingsarbete som bedrivits under 2000-talet finns numera vissa möjligheter att på ett mer systematiskt och kontinuerligt sätt

följa upp verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst på nationell nivå. SKL och Socialstyrelsen publicerar t.ex. sedan 2006 årligen under vinjetten *Öppna jämförelser* en gemensam rapport med övergripande jämförelser av hälso- och sjukvårdssystemet. Denna årliga rapportering utvecklas successivt med nya indikatorer och datakällor.

De nationella kvalitetsregistren har påtagligt bidragit till att verksamhetsuppföljning uppmärksammas när det gäller medicinsk praxis och medicinsk kvalitet. Men de har begränsningar eftersom de bara täcker en del av somatisk vård och i huvudsak avser indikatorer som mäter diagnostik och behandling. Verksamheten bygger också på att det finns ett starkt professionellt intresse av att driva ett register. Inom vårdområden som tidigare helt saknat kvalitetsregister eller andra register som kunnat användas för verksamhetsuppföljning pågår numera ett intensivt utvecklingsarbete i samverkan mellan SKL och Socialstyrelsen. Det gäller primärvården, den psykiatriska vården och tandvården.

Även inom socialtjänstens verksamhetsområden pågår ett intensivt arbete för att göra det möjligt att på ett rättvist sätt kunna följa upp och jämföra olika insatser. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med SKL intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka datatillgången inom socialtjänstens olika verksamhetsområden; stöd till personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg inklusive hemsjukvård samt individ- och familjeomsorg. Men de mångfacetterade verksamheter som primärvård samt äldre- och handikappomsorg erbjuder medför att det är svårt att mäta och bedöma kvaliteten i dem. Register med fokus på patienten/individen och inte en enstaka sjukdom eller åtgärd, såsom det nationella palliativregistret och Senior Alert, är ännu inte tillräckligt utvecklade och saknar den täckningsgrad som skulle krävas för att med utgångspunkt från dessa uttala sig generellt om kvaliteten i vården och omsorgen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska kommunen formulera uppföljningsbara mål för sin verksamhet inklusive den som valfrihetssystemen omfattar. Socialstyrelsen har under 2010 granskat kommunernas förfrågningsunderlag bl.a. med avseende på uppföljningskrav. Bedömningen är att en majoritet av de 70 granskade förfrågningsunderlagen innehåller relevanta och realistiska kvalitetskrav som kommunerna bör kunna följa upp på en rimlig nivå.

Information om resultat

Internationella erfarenheter tyder på att det är en svår uppgift att ge medborgarna ett bra underlag och en oberoende information för välgrundade val. Tillgänglig forskning kan heller inte peka på något klart samband mellan information och förbättrad service. Detta framgår av en översikt inom hälso- och sjukvårdssektorn som omfattar 45 vetenskapliga publikationer. Majoriteten av dem är publicerade efter 1999. Författarna fann ett visst stöd för att kvalitetsutvecklingen kunde påverkas positivt av att information gjordes

tillgänglig, men inget stöd för att effektivitet, säkerhet och patientfokusering hade förbättrats genom bättre information [30].

Statskontoret konstaterade i en rapport från 2007 att ett ökat inslag av kundvalsmodeller och konkurrensutsättning av offentliga tjänster ställer ökade krav på offentligt tillhandhålles information som gör det möjligt för enskilda personer att göra informerade val [20]. Statskontoret konstaterade också att det vid den tidpunkten i stor utsträckning saknades sådan information inom vård och omsorg om äldre och inom hälso- och sjukvården.

På äldreomsorgsområdet fanns det ingen konkret information om de tjänster som olika utförare erbjöd och inget om kvaliteten på dessa tjänster. I vissa fall saknades även grundläggande information om att man kunde välja utförare och hur det skulle gå till. I över hälften av de kommuner som hade infört någon typ av valfrihet saknades det t.ex. helt information om möjligheten att byta utförare.

En studie av landstingens hemsidor 2007 visade att dessa inte var gjorda för vårdkonsumenter som sökte information om sina möjligheter eller rättigheter i vården. Snarare var hemsidorna en förteckning över landstingens verksamheter [20]. Endast två landsting angav vilka läkare som kunde väljas som fasta vårdkontakter. Information saknades om vårdens kvalitet, resultat och rutiner och omdömen från tidigare patienter saknades nästan helt.

Sedan 2007 har arbetet med att utveckla verksamhetsuppföljningen inom vård och omsorg och att redovisa resultaten intensifierats. Hittills har syftet främst varit att jämföra landsting respektive kommuner – inte enskilda vård- och omsorgsgivare. Men för att kunna fungera som stöd för enskilda individers välgrundade val behöver öppna jämförelser mellan olika vård- och omsorgsgivare kunna göras på landstings- respektive kommunnivå och göras tillgängliga för enskilda personer. Tillgång till sådan information är i dag begränsad, men utvecklas successivt. Ett exempel är Äldreguiden, som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se. Här finns uppgifter dels på enhetsnivå för särskilda boenden för äldre, korttidsboenden, dagverksamheter och hemtjänstverksamheter, dels för hela äldreomsorgen i kommuner och stadsdelar. Ett annat exempel är Nationell Patientenkät om primärvården. Den genomfördes första gången 2009 och mäter patientupplevd kvalitet. Resultaten, som redovisas på vårdcentralsnivå, finns tillgängliga på www.indikator.org.

Det finns inte någon statlig myndighet med direkt ansvar för den konsumentinformation som vänder sig till dem som ska välja. Socialstyrelsen har vissa sådana uppdrag, men uppgiften sköts främst av kommuner, landsting och olika organisationer. Myndigheten för vårdanalys, som nyligen inrättats, har enligt sin instruktion bl.a. till uppgift att kontinuerligt utvärdera den information om vård och omsorg, som lämnas till enskilda. Utvärderingen ska avse informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet [3].

En utredare har under 2010 arbetat med att inrätta den nya myndigheten. Parallellt med detta arbete har utredaren även undersökt hur patienternas och medborgarnas behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information om kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården ska kunna tillgodoses och utvecklas. Denna del av uppdraget ska redovisas i mars 2011 [4].

Erfarenheter av valfrihet

Hälso- och sjukvårdsreformer i Europa

Under 1990-talet genomfördes i många europeiska länder hälso- och sjukvårdsreformer där marknadsstyrning infördes i varierande omfattning. I de flesta fall rörde det sig om länder med försäkringsbaserade sjukvårdssystem. Men även Storbritannien med sitt skattebaserade system genomförde en valfrihetsreform 1991. I samband med denna reform undersökte forskare bl.a. huruvida socioekonomiskt betingade skillnader mellan olika medborgargrupper påverkade tillgången till vård.

En första iakttagelse av valfrihetsreformens effekter i det brittiska systemet var att en mycket liten del av patienterna utnyttjade valfriheten i vården. Detta gällde även primärvården. Motsvarande erfarenheter finns från andra länder. Av en finsk undersökning, som gjordes i samband med att Finlands primärvård reformerades, framgick t.ex. att bara 5 procent av de tillfrågade medborgarna var intresserade av att byta primärvårdsläkare. Men det innebär självfallet inte att medborgarna var eller är negativa till reformen. Däremot antyder det att det viktigaste med valfrihetsreformer ur befolkningens perspektiv är möjligheten att byta vårdgivare om man är missnöjd [5].

Ett brittiskt forskarteam genomförde en omfattande enkätstudie före och efter det att de brittiska vårdreformerna införts. Syftet var att försöka mäta om den utökade valfriheten hade förändrat patient/läkarrelationen så att patienternas medbestämmande hade stärkts. Av resultaten framgick att patienternas medbestämmande inte ökat märkbart två år efter det att reformerna genomförts. Men det fanns vissa socioekonomiskt betingade skillnader. Lägst medverkan i vårdbesluten hade lågutbildade och äldre patienter. Samtidigt var det dessa grupper som uttryckte störst tillfredsställelse med hur besluten hade fattats. Patienter med högre utbildning var mer missnöjda. Äldre patienter och patienter med låg inkomst visade också mindre intresse än högutbildade patienter av att få information om vårdalternativ [5].

Kundvalssystem i Norden

Det finns många gemensamma drag i ansvaret för och utformningen av vård och omsorg om äldre i de nordiska länderna; det kommunala ansvaret och finansieringen, att människor ska ha möjlighet att bo kvar hemma även vid omfattande vård- och omsorgsbehov och att stöd ges utifrån principerna om självbestämmande och normalisering. Även intresset för kundval är stort i hela Norden.

I mitten av 2000-talet följde Edebalk och Svensson upp hur kundvalsmodellerna fungerade i de nordiska länderna [10, 14]. Danmark har sedan 2003 ett nationellt reglerat kundvalssystem med rätt för dem som beviljats hemtjänst att välja en annan utförare än kommunen. I hemtjänsten ingår matservice, praktisk hjälp och personlig omsorg. Kommunerna väljer om de vill

upphandla eller certifiera utförare, fastställer enhetspriser och kvalitetskrav. De privata utförarna kan erbjuda tilläggstjänster.

Finland införde 2004 en s.k. servicesedel för dem med behov av långvarig och regelbunden hemservice. Verksamheten är lagreglerad och gäller bara privata utförare. En kommun bestämmer själv om den vill erbjuda servicesedel. Kommunen avgör också i varje enskilt fall, genom behovsbedömning, om servicesedel kan beviljas den enskilde. Denne kan tacka nej och får då motsvarande service och omsorg utförd av kommunen. Det är också kommunerna själva som väljer om de ska upphandla eller certifiera utförare.

I Norge finns privata inslag i äldreomsorgen som komplement till den kommunala. De subventioneras av kommunala medel.

Island är det enda nordiska landet som inte har något kundvalssystem. Små kommuner med begränsat befolkningsunderlag har medfört att system av detta slag inte bedömts vara realistiska alternativ. Sedan 2001 har det emellertid funnits olika försöksverksamheter för att kunna erbjuda en mer individuellt utformad service, vård och omsorg.

Utformningen och omfattningen av kundvalsmodeller varierar mellan länderna, men också kommuner emellan när dessa kan välja att införa kundval eller inte. Kundvalsmodellerna omfattar oftast hemtjänst, men vad som inkluderas i hemtjänsten kan variera. Kundvalet kan också innefatta hela eller bara delar av hemtjänsten. Att certifiera företag är vanligast i Sverige och Danmark, medan Norge använder sig av upphandling. I Finland omfattas bara privata utförare av servicesedeln, medan vouchersystem i de andra länderna också omfattar kommunerna. Gemensamt för de nordiska länderna är att privata utförare kan erbjuda tilläggstjänster, vilket inte är tillåtet för kommunerna.

När studien genomfördes hade ett tiotal kommuner i Sverige kundval. Antalet utförare som den enskilde hade att välja mellan varierade kraftigt mellan kommunerna. Förutom hemtjänst omfattade kundvalet i några kommuner även särskilt boende.

Edebalk och Svensson gick även igenom befintlig kunskap om kundvalens effekter [14]. Även om erfarenheterna ännu vid denna tidpunkt var begränsade framgick att vård- och omsorgstagarna

- hade svårt att ta till sig information om utförarna
- hade svårt att bedöma vad som skiljde utförarna åt
- tog till sig information beroende på hur deras hälsa och situation såg ut
- i ca 20–30 procent av fallen inte hade klarat av att välja utan hjälp
- främst valde privata utförare om de var nytillkomna vård- och omsorgstagare
- valde privata utförare ju längre tid kundvalet funnits till
- inte fått tillgång till nya typer av tjänster
- hade färre valmöjligheter ju längre ut på landet de bodde
- bytte utförare i ca 10 procent av fallen
- valet av utförare styrdes av rekommendationer och geografisk närhet.

Nationella erfarenheter

Kundval i kommunal verksamhet

I början av 1990-talet började några kommuner att konkurrensutsätta hela eller delar av äldreomsorgen i första hand genom entreprenadupphandlingar. Senare kom olika kundvalsmodeller att introduceras som alternativ eller komplement till entreprenadupphandlingarna. Socialstyrelsen har under årens lopp genomfört ett flertal studier om brukarinflytande och kundval, bl.a. i sex rapporter som publicerades under perioden 1997–2003 samt i rapporterna Kundval inom äldreomsorgen och Brukarinflytande inom äldreomsorgen från 2007 respektive 2008.

Sammanfattningsvis kan man om inflytande konstatera att kunskapen är svag både när det gäller i vilken omfattning enskilda personer har inflytande i olika verksamheter och om vilka resultat och effekter som olika metoder och arbetssätt ger. Det är också oklart i vilken mån enskilda personer med behov av vård och omsorg är representativa för andra när de deltar i olika former av brukarinflytande.

Kartläggningen av utvecklingen och utformningen av kundval visade att det i slutet av 2006 fanns kundval eller liknande verksamhet i 27 kommuner och att lika många planerade att införa kundval [11]. Kundvalet gällde främst hemtjänst i ordinärt boende inklusive servicetjänster. Den enkät som genomfördes i samband med kartläggningen visade på stora brister i informationen till dem som behövde dessa tjänster. Hälften av respondenterna svarade nej på frågan om de fått någon information om sina valmöjligheter. Även de som kände till möjligheten att välja, saknade underlag för ett informerat val. I 41 procent av fallen hade den enskilde själv valt utförare och i 35 procent hade biståndsbedömaren valt. Detta svarsmönster var i stort sett detsamma som vid en motsvarande enkätundersökning 2003. Cirka 15 procent av dem som hade hemtjänst hade någon gång bytt utförare.

Genom kundvalet ska den enskilde kunna få makt över verksamhetens innehåll och kvalitet. Genom kundvalet ska den enskilde också kunna sortera bort de utförare som inte håller måttet. Att på så sätt stärka den enskilda människans ställning är avsikten, men det finns ännu inte någon tillräckligt underbyggd forskning som stödjer att så har blivit fallet [10]. Däremot tycker människor med behov av vård och omsorg att det är viktigt att kunna välja utförare. Detta tycks också ha ett större värde för personer med funktionsnedsättningar än för äldre personer [14]. Vid valet av personlig assistent är assistentens personliga egenskaper viktiga. Geografisk närhet och rekommendationer ger trygghet i valet av äldreomsorg.

Kundvalsmodeller för äldre tar i regel inte hänsyn till att det kan finnas en motsättning mellan önskan att välja och den faktiska förmågan att välja. Detta framgick av en rapport från 2004 [12]. Valsituationer uppstod ofta i situationer då de som berördes befann sig i mer eller mindre vanmakt och därför hade svårt att göra rationella val. I rapporten pekade man också på att biståndsbedömarna var alltför osäkra i sin roll och inte riktigt visste var gränsen gick för deras möjligheter att hjälpa den enskilde i hans eller hennes val.

Vårdval i primärvården

Innan LOV trädde i kraft i januari 2009 hade Landstinget Halland, Landstinget Västmanland och Stockholms läns landsting infört vårdval i primärvården; Halland i januari 2007 och de båda övriga i januari 2008. Ytterligare sex landsting införde vårdvalssystem vid varierande tidpunkter under 2009 och de övriga i början av 2010. Bara de tre förstnämnda landstingen har alltså vårdval som grundar sig på mer än två års erfarenheter.

Redan innan Vårdval Halland infördes beslutade landstinget att reformen skulle utvärderas under minst tre år. Syftet var både att stödja den framtida utvecklingen av vårdvalsmodellen och att sprida landstingets erfarenheter av införandet till andra huvudmän. Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utveckling (KEFU) fick utvärderingsuppdraget och har hittills publicerat tre delrapporter [15, 16, 17].

Karolinska Institutets folkhälsoakademi har på uppdrag av Stockholms läns landsting följt upp bl.a. husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm och publicerat resultaten i två rapporter [18, 19].

Landstinget Västmanland har inte initierat någon separat utvärdering av sitt vårdvalssystem, men finns tillsammans med i första hand Halland och Stockholm bland de sjukvårdshuvudmän som omfattas av KEFU:s forskningsprogram om primärvårdens organisation och styrning [26, 27].

Utvärderingarna av Vårdval Halland och Vårdval Stockholm är inriktade på att följa upp respektive vårdvals effekter utifrån de mål som formulerats av respektive landsting. Befolkningens och patienternas uppfattningar baseras i huvudsak på sekundärdata från Vårdbarometern och patientenkäter. I KEFU:s rapporter jämförs bl.a. olika vårdvalsmodeller, hur landstingens styrning och organisation påverkas av dessa och effekter av ersättnings-systemens utformning.

Ur ett befolkningsperspektiv handlar det främst om hur befolkningen utnyttjar sina möjligheter att välja. Erfarenheterna tyder på att intresset för omval är begränsat bland de friska i befolkningen. De som oftare behöver kontakt med primärvården och som önskar kontinuitet i dessa kontakter är mer intresserade av att byta. Men det finns brister i informationen om olika vårdenheters kvalitet och effektivitet, varför det är svårt för den enskilde att göra välinformerade val. På motsvarande sätt som inom hemtjänst och särskilt boende är det främst geografisk närhet samt egna och anhörigas erfarenheter av tillgänglighet och bemötande m.m., som den enskilde grundar sina val på [27].

Medborgarens/patientens ställning och inflytande

En viktig fråga att belysa är huruvida befolkningens möjligheter att välja fritt inom vård och omsorg stärker deras ställning när de behöver använda dessa tjänster. Fritt val inom vård och omsorg kan i detta sammanhang innebära olika saker. Det kan handla om möjligheten att välja utförare, möjligheten att välja innehållet i tjänsten (inom vissa ramar) eller om val av både utförare och innehåll. LOV, med sin starka koppling också till fri etablering, förknippas i stor utsträckning med möjligheten till alternativa utförare. Inom hemtjänsten har det emellertid sedan flera år funnits en strävan att öka den enskildes inflytande även över tjänstens innehåll genom kundval

enligt LOU. Det finns också skillnader mellan kommunerna när det gäller enskilda personers utrymme att välja. Flera kommuner har listor över ett antal insatser som ingår i hemtjänsten, vilka den som beviljats bistånd fritt kan välja bland (t.ex. Falun, Helsingborg och Nacka). I Umeås valfrihetssystem är däremot det fria valet begränsat till olika utförare, medan biståndsbeslutet reglerar vilka tjänster som ingår.

I vissa länder överlåter man till vårdtagaren att ordna med den omsorg som hon eller han behöver genom ett system med ”personlig budget”. Ersättning lämnas i form av kontanter och påminner på så sätt om ren kapitalförstärkning om den inte kringgärdas av några regleringar. Österrike, Italien och Nederländerna är exempel på länder som tillämpar system med kontant-ersättning. Denna utformning av stödet ger ett stort inflytande för den enskilde. I vissa fall kan den enskilde välja mellan kontant ersättning och service och då brukar kontantersättningen vara avsevärt mycket lägre [30].

SKL konstaterar i en rapport om öppna jämförelser att man inte funnit några belägg för att de kommuner som har infört kundval har nått bättre resultat när det gäller äldreomsorgens kvalitet än de som inte tidigare infört valfrihetssystem [23]. Men man framhåller också att många kommuner nyligen har beslutat eller avser att besluta om införande av 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 sådant valfrihetssystem. Hittills har det alltså inte varit möjligt att urskilja någon koppling mellan resultat i Öppna jämförelser och beslut om att införa valfrihetssystem enligt LOV [23].

När det gäller primärvården handlar valet snarare om utförare än om insats. Inom respektive landsting har de olika vårdenheterna samma grunduppdrag. Skillnaderna mellan landstingen beror främst på vad de valt att inkludera eller exkludera ur primärvårduppdraget, dvs. hur de valt att hantera barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering m.fl. verksamheter. Stockholm har t.ex. det minst omfattande åtagandet för vårdval i primärvården, men också flest andra separata vårdvalssystem. Västmanland har det mest omfattande åtagandet.

Landstingen har alltså som en följd av vårdvalet preciserat primärvårdsuppdraget och fastställt de ekonomiska villkoren för att uppfylla detta. Inom dessa ramar är det vårdgivarens uppgift att organisera verksamheten och utforma dess innehåll och inriktning. På så sätt förväntas innovationskraft frigöras och verksamheten utvecklas. Bemötande och tillgänglighet har på motsvarande sätt som innan vårdvalet fortsatt att utvecklas positivt och det finns exempel på förändrade öppettider för att underlätta för befolkningen att uppsöka primärvården. Däremot finns det ännu inga exempel på att primärvårdens innehåll och inriktning har förändrats.

I ett avseende har den enskildes ställning i primärvården påtagligt stärkts. En vårdenhet kan inte neka eller avvisa någon som väljer enheten i fråga. Om enheten av någon anledning inte kan garantera den medicinska säkerheten om ytterligare listade tillkommer kan den få viss tid på sig att anpassa verksamheten, men den kan aldrig säga nej, bara få en tidsfrist. Detta gäller i alla landsting utom Stockholms läns landsting, där varje vårdenhet själv bestämmer om ”taket” för sin verksamhet.

Tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet

Hemtjänst

Tillgänglighet

Vård och omsorg ska ha god tillgänglighet och fördelas efter behov. Insatserna ska bidra till jämlika levnadsvillkor. Socialstyrelsen har under en följd av år rapporterat om brister i bägge dessa avseenden. Det är stora skillnaderna mellan kommuner i andel äldre som får insatser från äldreomsorgen. För hemtjänstens del kan bristerna bestå i att beviljade insatser inte alltid utförs.

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 samtliga 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. De äldres bedömning skiljer sig åt mellan olika kommuner, särskilt ifråga om möjligheterna att påverka tiden för när hjälpen ska ges. Uppgifterna i de nationella undersökningarna visar att det finns det skäl att ifrågasätta om hemtjänsten har tillräcklig omfattning bland personer med stora hjälpbehov, för vilka alternativet är särskilt boende.

I Stockholmsregionen finns ett stort intresse bland företag och andra typer av organisationer att delta i stadens valfrihetssystem. Det gör att kommuninvånarna erbjuds ett brett utbud av utförare att välja mellan. Detta är positivt för tillgängligheten samtidigt som det kan innebära vissa problem. Finns det alltför många utförare att välja mellan kan den enskilde uppleva att det är svårt att välja. Det kan även vara svårt att utforma lättillgänglig, saklig och uppdaterad information till den enskilde som kan underlätta dennes val av utförare.

Kontinuitet

Vanliga klagomål på hemtjänsten är att personal byts för ofta, att personal kommer för sent samt svårigheter att få insatserna på önskad tid. Kontinuitet är en viktig faktor som skapar förtroende för hemtjänsten. Kontinuitet är emellertid inget entydigt begrepp. I äldreguiden används begreppet för att beskriva om äldre personer har möjlighet att fortlöpande träffa samma per-

sonal. Av svaren framgår att det finns stora variationer i kontinuiteten både mellan olika kommuner och mellan olika enheter i respektive kommun. I valfrihetssystemen har ett antal företag tagit fast på detta. I sina åtaganden utlovar de därför service på tider då kunden önskar och med löfte om personkontinuitet. Som komplement till detta erbjuds tilläggstjänster som egenregin inte har rätt att tillhandahålla.

Valfrihetssystemen gynnar inte alltid kontinuiteten. När flera utförare anlitas för insatserna ökar risken för splittring. Det finns exempel på att en utförare 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 även om risken ökar. Kraven på samordning ökar och det kan finnas risk för att vårdplaneringen försvåras. Detta berör framförallt personer med omfattande behov av insatser.

Kvalitet

Kvalitet är de sammantagna egenskaper hos vården och omsorgen som tillgodoser äldres behov. Gällande mål i lagstiftningen ger stöd för att precisera inom vilka områden kvalitet bör mätas. Kvalitetsredovisningar bör dels innehålla beskrivningar av faktiska förhållanden dels hur äldre personer bedömer verksamheten.

Av 2010 års nationella undersökning om äldre personers uppfattning om kvaliteten i vård och omsorg framgår att de i stort sett är nöjda med hemtjänsten i sin helhet och med flertalet kvalitetsområden. Däremot är skillnaden mellan äldre med god respektive dålig hälsa mer påtaglig: ju sämre hälsa, desto mindre nöjda är de med hemtjänsten. I stora kommuner är de äldres omdöme om hemtjänsten mindre positivt i sin helhet än i mellanstora och små kommuner. På kommunnivå finns det däremot påtagliga skillnader, både med avseende på hur nöjda de äldre är med hemtjänsten i sin helhet och med olika kvalitetsområden.

Bemötande och inflytande får också ett högt positivt omdöme. De äldre känner sig respekterade och väl bemötta av personalen och de upplever att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. De äldre litar på hemtjänstens personal och anser att personalen känner till vilken hjälp de behöver och att hjälpens omfattning motsvarar deras behov. Vidare anser de att hemtjänsten utförs på ett bra sätt, av omtänksam och professionell personal.

Information, samt social samvaro och aktiviteter är områden som får sämre omdömen. Det gäller framför allt informationen om ny personal, ändring av tider när hjälpen ska ges, eller tider för besök hos läkare eller på sjukhus. Inom äldreomsorgen har äldre uttryckt missnöje med kvalitetsområdet social samvaro och aktiviteter under lång tid. Det är uppenbart att äldre är mindre nöjda med vårdens och omsorgens sociala innehåll. Framför allt är de missnöjda med möjligheten att komma ut när de vill.

Primärvård

Tillgänglighet

Tillgängligheten till primärvård, i betydelsen väntetider, har varit en prioriterad fråga sedan årtionden tillbaka. Hur det övergripande målet för vårdval i primärvården formuleras kan skilja något mellan landstingen, men i förfrågningsunderlagen framhåller alla landsting bl.a. ökad tillgänglighet. Telefontillgängligheten och tillgängligheten till besök hos läkare i primärvården följs löpande inom ramen för vårdgarantin. Tillgängligheten mäts två gånger om året, vår och höst, men ska successivt utökas till månatliga mätningar. Den senaste mätningen gjordes i oktober 2010.

Eftersom en vårdkontakt oftast inleds med ett telefonsamtal är telefontillgängligheten en viktig fråga för alla utförare [25]. Inom ramen för vårdgarantin kan telefontillgängligheten mätas när landstingen har datoriserade telefonisystem. Ett annat sätt att mäta telefontillgängligheten är att fråga dem som sökt kontakt med primärvården på telefon om det var lätt eller svårt att komma fram. Detta görs regelbundet i Vårdbarometern. Det framgår då att det fortfarande är många som tycker att det är svårt att få telefonkontakt med vårdcentralen. I riket som helhet tyckte 20 procent av dem som hade ringt under 2009 att det var svårt eller mycket svårt att komma fram. Men skillnaderna mellan landstingen är stora. I Värmland tyckte 37 procent det var svårt, medan motsvarande andel för Kalmar och Halland var 12 procent.

I oktober 2010 deltog 1074 vårdcentraler av 1154 möjliga i mätningen om tillgänglighet till läkarbesök. Detta var över hundra fler jämfört med mars månad 2009. Ökningen förmodas vara en effekt av vårdvalsreformen.

Utfallet av mätningen var detsamma 2010 som 2009. Av de patienter som behövde träffa en läkare fick 92 procent göra det inom sju dagar [25]. Uppgifter från patienterna själva skiljer sig från väntetidsuppföljningens data. I den nationella patientenkäten för primärvård, som genomfördes 2009, uppgav 17 procent att de hade fått vänta mer än sju dagar. Men skillnaden kan bl.a. bero på att mätningarna avser olika tidsperioder och att svarsfrekvensen på enkäten var 60 procent, medan väntetidsrapporteringen är en totalundersökning.

Vid väntetidsmätningen i oktober 2010 hade vårdcentraler som drevs i privat regi tre procentenheter bättre tillgänglighet både när det gällde kontakt på telefon och tid hos läkare jämfört med offentligt drivna vårdcentraler.

Primärvårdens tillgänglighet handlar emellertid inte bara om väntetider utan också om geografisk och ekonomisk tillgänglighet. Som tidigare framgått (avsnitt Mångfald sid. 17) har antalet vårdcentraler ökat sedan vårdvalet infördes. Konkurrensverket bedömer att ca en halv miljon fler invånare kan välja mellan minst två vårdcentraler som kan nås inom fem minuter med bil sedan vårdvalet infördes och att 44 000 färre personer har mer än 30 minuters bilresa till närmaste vårdcentral [29].

I ett internationellt perspektiv är både den geografiska och ekonomiska tillgängligheten inom svensk hälso- och sjukvård god. I glesbygdsområden är det emellertid svårt att säkerställa en tillfredsställande personalbemannning.

Av de s.k. ULF-undersökningarna framgår att såväl kvinnor som män i vissa fall avstått från att söka vård trots att de upplevt att det funnits behov av detta. Detta beror emellertid inte främst på långa resor eller bristande ekonomiska resurser. Skälen var oftast att man ville vänta, inte hade tid eller att väntetiden var för lång. Men bland de skäl som uppgavs fanns både att man inte hade råd och att man avstått på grund av långt avstånd till vårdenhet. Skillnader i geografisk och ekonomisk tillgänglighet innebär att vården inte är jämlik och likvärdig i hela landet.

Tillgång till sjukvård

Om vårdval i primärvården bidrar till att en ökande andel i befolkningen upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver är ännu för tidigt att bedöma. I Vårdbarometern frågar man respondenterna om detta oavsett om de under det senaste året har haft kontakt med sjukvården eller inte⁶. Andelen som anser sig ha tillgång till sådan vård ökade från 69 till 78 procent mellan 2004 och 2009. Men det fanns skillnader mellan olika åldersgrupper. Yngre respektive äldre personer uppgav i betydligt högre grad än de i yrkesverksam ålder att de hade tillgång till den sjukvård de behövde. Däremot gick det inte att urskilja några skillnader mellan kvinnor och män [25].

Kontinuitet

Kontinuitet i kontakten mellan patient och läkare skapar förutsättningar för en trygg vård och en förtroendefull relation. Däremot kan besök hos olika tillfälliga läkare ge känslor av oro och utsatthet i vad som upplevs som en historielös, oförutsägbar och hackig vård utan tydliga mål och uppföljning [36]. Detta framgick av en kvalitativ studie som genomfördes i samband med Socialstyrelsens uppföljning av den nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Inom ramen för detta uppföljningsarbete genomfördes också två omfattande befolkningsenkäter. I dessa fanns bl.a. en fråga om i vilken utsträckning de som besökte primärvården fick träffa samma läkare. Denna frågeställning finns numera inte med varken i Vårdbarometern eller i Nationell patientenkät – primärvård. Men uppgifter om fast läkarkontakt i primärvården finns med i Vårdbarometern.

En klar 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 även i detta avseende var skillnaderna mellan olika landsting betydande även om de hade minskat något. I Västmanland uppgav 73 procent av befolkningen att de hade fast läkarkontakt 2009. I Sörmland var motsvarande andel 39 procent.

I de flesta landstings vårdvalssystem listar sig enskilda personer i första hand på vårdenhet. Listning kan sedan ske på en enskild läkare, men då är det i regel vårdenheten som ansvarar för att detta sker. I Blekinge registreras emellertid valet av fast läkarkontakt i landstingets listningssystem. I Stock-

⁶ Det bör noteras att denna fråga avser all sjukvård och inte enbart primärvården.

holm kan invånarna lista sig antingen hos en läkare vid en vårdenheter eller på en vårdenheter.

Kammarkollegiet har fått synpunkter från den medicinska professionen och patientföreträdare att förekomsten av personlig kontakt mellan läkare och patient har minskat genom vårdvalet. Detta, menar man, är en följd av att enskilda personer i stor utsträckning nöjer sig med att lista sig på en vårdenheter och bortser från den lagstadgade rätten till en fast läkarkontakt. Utan en fast läkarkontakt finns det inte någon läkare som har eller känner ett direkt ansvar för den enskilde, varför vårdens medicinska kvalitet riskerar att försämrats [22].

Att vårdvalet i primärvården bidragit till att färre personer numera har fast läkarkontakt kan inte, i varje fall inte ännu, utläsas av uppgifter från Vårdbarometern åren 2007, 2008 och 2009. Bland de landsting som hade infört valfrihetssystem i primärvården senast vid halvårsskiftet 2009⁷ hade andelen i befolkningen som uppgav att de hade en fast läkarkontakt ökat i tre av fem landsting, varit oförändrad i ett och sjunkit något jämfört med 2008 men ökat jämfört med 2007 i ett, tabell 3. Men förändringarna är, med undantag av Kronoberg, så små att det är omöjligt att dra några slutsatser om vårdvalets eventuella effekter på fast läkarkontakt.

Tabell 3. Andel av befolkningen med fast läkarkontakt i vissa landsting åren 2007–2009.

Landsting	2007	2008	2009
Halland	56	59	57
Västmanland	73	73	73
Stockholm	59	66	67
Kronoberg	34	35	40
Region Skåne	65	68	69

Källa: Vårdbarometern

Patientupplevd kvalitet

Den första nationella patientenkäten⁸ genomfördes 2009 och handlade om primärvården. Under 2010 handlade patientenkäterna främst om psykiatri och somatisk vård, men flera landsting genomförde också en andra uppföljning av primärvården. Under hösten 2011 kommer alla landsting att upprepa primärvårdsmätningen.

Drygt 160 000 personer, som besökte läkare i primärvården under september 2009, graderade sina erfarenheter inom följande områden; helhetsintryck, bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta och om man kunde rekommendera vårdenheten/läkaren. Uppgifter finns dels för varje vårdcentral inom respektive landsting, dels på landstingsnivå. På alla de nämnda områdena ligger

- Halland, Kalmar och Kronoberg genomgående över riksgenomsnittet

⁷ Gotland införde vårdval i primärvården fr.o.m. 2009 men uppgifter från Gotland finns inte med i Vårdbarometern.

⁸ Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för en serie mätningar av den patientupplevda kvaliteten i vården, som ska genomföras varje år.

- Stockholm, Gotland, Jämtland, Västra Götaland och Värmland genomgående på riksgenomsnittet
- Sörmland och Östergötland genomgående under riksgenomsnittet.

För övriga landsting varierar omdömena.

Jämlik och likvärdig vård och omsorg

Under senare år har uppmärksamhet i allt högre grad riktats mot att vård inte alltid kommer alla till del på lika villkor. De som bor i glesbygd har t.ex. färre vårdkontakter jämfört med dem som bor i tätort. Denna skillnad har dessutom ökat över tid. Det finns även skillnader i vårdutnyttjande mellan personer med olika utbildningsbakgrund. Trots högre grad av ohälsa avstår t.ex. personer med grundskoleutbildning oftare från läkarbesök än de med högskoleutbildning [31].

Hälsan är också ojämnt fördelad bland olika grupper i befolkningen. Dödstalen i s.k. åtgärdbar dödlighet är betydligt högre för utlandsfödda och lågutbildade än för svenskfödda och högutbildade. Till detta kommer att läkemedelsbehandlingen vid flera stora folksjukdomar är mindre ändamålsenlig för de förstnämnda grupperna jämfört med de sistnämnda. Det gäller bl.a. behandling vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. Högutbildade ordinerar oftare nyare och därmed dyrare läkemedel. När det gäller äldre personer har de med låg utbildning en mer riskfylld läkemedelsanvändning både när det gäller olämpliga läkemedel och olika kombinationer av läkemedel [31].

Samtidigt som det finns många exempel på att hälso- och sjukvården inte lyckas ge vård på lika villkor är det svårt att avgöra hur pass ojämlig vården är. Skillnaderna mellan landsting i den vård som ges kan ibland vara större än den som ges till olika grupper [32].

Utredningen om patientens rätt konstaterade i sitt slutbetänkande, SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare, att det på flera områden är väl belagt att det finns skillnader i vården som inte motsvaras av skillnader i behov [2]. Utredningen konstaterade också att avvikelserna från målet om en god vård på lika villkor inte bara är allvarliga för de patienter som på olika sätt blir förfördelade. Långvariga och systematiska avsteg från detta mål undergräver också tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet. Huruvida valfrihetssystem bidrar till att minska ojämlikheten i vården eller riskerar att öka den blir då en central fråga. Men i utredningen om patientens rätt förs diskussionen i första hand utifrån områden där patientens ställning är svag och inte utifrån olika gruppers möjligheter att hävda sig i olika vårdvalssystem. Båda perspektiven är relevanta i diskussioner om valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, men i denna rapport fokuseras på det sistnämnda perspektivet.

Valfrihetssystem och jämlikhet

Vilka för- och nackdelar valfrihet innebär för patienter ur ett jämlikhetsperspektiv har hittills främst belysts i internationella studier. En genomgång av sådana studier har bl.a. gjorts av forskare från universiteten i Manchester och Plymouth [34]. De konstaterar att valfrihetssystem kan få en del oförutsedda konsekvenser, t.ex. när det gäller effektiviteten. Sannolikt bidrar valfrihet också till ökade kostnader och snarare till att ojämlikheten ökar än

tvärtom. Men det finns också från såväl teoretiska som praktiska utgångspunkter exempel som talar för att val i vården under vissa omständigheter är till fördel för patienter. Det finns emellertid, enligt den genomgång dessa forskare gjort, föga evidens för att patienter vill ha mer valfrihet i vården annat än när den nära vården fungerar dåligt eller väntetiderna är långa.

Även om valfriheten inte utnyttjas i någon större utsträckning kan möjligheten att välja i sig stimulera utförare att utveckla vårdens kvalitet. Men möjligheten att välja, menar dessa forskare, kan resultera i vinnare och förlorare, där de rika och välutbildade får fördelar om inte särskilda åtgärder vidtas för att stödja missgynnade grupper. I studien framhålls också att patienter önskar bli mer involverade i sådana beslut som rör deras egen vård. Oftast deltar de mycket mindre i sådana beslut än de skulle önska [34].

Svenska studier både om hur olika befolkningsgrupper använder sig av de möjligheter ett valfrihetssystem kan ge och på vilka grunder eller enligt vilka kriterier man väljer är ännu få. 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. Statskontoret har t.ex. i en rapport uttalat att det finns ”en uppenbar risk att tillgången till välfärdstjänsterna blir ojämlik. Resursstarka individer, som i högre grad efterfrågar information och också har förmåga att själva finna den, gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer” [20]. 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. Frågan blir då av vem och på vilket sätt de som inte anses som ”attraktiva kunder” ska tas om hand [30].

Konsekvensanalys av Fritt val i hemtjänsten, Kristianstad

Kristianstad kommuns verksamhetscontroller samt nämnd- och planeringssekreterare påbörjade i slutet av 2010 en konsekvensanalys av Fritt val i hemtjänsten. Syftet är att identifiera framtida risker som införandet av Fritt val i hemtjänsten kan medföra. Målet är att införa nödvändiga förbättringsåtgärder, när och om så behövs.

Konsekvensanalysen av Fritt val utförs utifrån perspektiven medborgare, medarbetare, utveckling, ekonomi och organisation. Analysen är inte slutförd, varför det ännu inte finns några resultat att redovisa.

Uppföljning av Vårdval Stockholm

Karolinska institutets folkhälsoakademi har i sin uppföljning av husläkar-systemet inom Vårdval Stockholm studerat dess inverkan på fördelningsaspekter i relation till kön, ålder och socioekonomiska faktorer [19]. Tidigare studier hade nämligen visat på skillnader i behov mellan kvinnor och

män, men framför allt mellan olika åldersgrupper. Inkomster och ohälsa är också ojämnt fördelade inom landstinget.

Under åren 2008–2009, dvs. efter det att vårdvalsreformen införts, ökade både kvinnors och mäns mottagningsbesök hos läkare markant. Procentuellt sett var ökningen ungefär densamma för kvinnor och män, mellan 13–15 procent 2008 och mellan 6–7 procent 2009. Under samma period minskade mottagningsbesöken hos sjuksköterskor. Även för dessa besök var minskningen ungefär jämnt fördelad mellan kvinnor och män.

I samtliga de studerade åldersgrupperna 0–14 år, 15–64 år, 65–74 år och 75 år och äldre ökade mottagningsbesöken hos läkare. I den äldsta åldersgruppen var emellertid ökningen lägre jämfört med övriga grupper samtidigt som mottagningsbesöken hos sjuksköterskor under aktuell period minskade mer bland barn och äldre än i andra åldersgrupper.

Förändringar av vårdutnyttjande och resursfördelning mellan geografiska områden har utgått från att kommuner och stadsdelar rangordnats efter medelinkomst. Eftersom tillgången till socioekonomiska variabler på individnivå inte fanns tillgängliga 2008 och 2009 användes områdesdata. Cirka 10 procent av invånarna var listade utanför sin stadsdel eller kommun aktuell period. Data över vårdutnyttjande och resurser är därför inte helt jämförbara då vårdutnyttjandet är baserat på invånarnas konsumtion i respektive område, medan resurserna är produktionsrelaterade, dvs. beställarkostnaden för vårdgivare inom ett visst geografiskt område.

Folkhälsoakademin har i uppföljningen använt läkarbesök som en indikator på vårdutnyttjandet. Innan Vårdval Stockholm var andelen läkarbesök högst i den rikaste kvartilen. Under vårdvalet ökade läkarbesöken mest i områden med lägst inkomst, medan resursfördelningen mellan kommuner/stadsdelar efter medelinkomst uppvisade motsatt mönster. Den rikaste kvartilen ökade sin andel av de totala resurserna medan övriga kvartiler minskade. Resurser omfördelades alltså från områden med lägre medelinkomst till områden med hög medelinkomst.

Konsekvenserna av Vårdval Stockholm för utsatta grupper och skillnader mellan socioekonomiska områden sammanfattas i rapporten på följande sätt: ”De vårdtunga patientgrupperna uppvisar en större ökning av vårdutnyttjandet än genomsnittsbefolkningen, vilket tyder på att dessa grupper inte diskrimineras. Patienter i områden med lägre inkomster har haft den största ökningen av läkarbesök, medan resursökningen till vårdgivare varit större i områden med hög inkomst. Områden med lägre inkomst erhåller dock även fortsättningsvis en större andel av resurserna.”

Två år är en relativt kort tid, när det gäller att följa upp och utvärdera en valfrihetsreform av detta slag. Författarna framhåller att resultaten därför bör tolkas med försiktighet, men att de utgör grund för en långsiktig utvärdering av Vårdval Stockholm.

Fördelningsaspekter av det slag som följts upp i Stockholms läns landsting har inte berörts i uppföljningen av Vårdval Halland [17] och inte heller i Vårdval Västmanland.

Valfrihet och likvärdighet

Verksamhet som bedrivs inom ramen för vad som är ett offentligt åtagande ska präglas av saklighet, opartiskhet och allas likhet inför lagen oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi. Blomqvist och Rothstein gör en ingående genomgång av detta med utgångspunkt från den svenska grundlagen [5]. Inom hälso- och sjukvården kommer denna likhet inför lagen till uttryck genom ”God vård på lika villkor”, som alltså ska prägla verksamheten oavsett vem som utför den. Men valfrihet och konkurrens fokuserar på effektivitet och vinster. Då väcks frågan om hur incitament för en likvärdig vård och omsorg över hela landet kan bildas. Det finns också faktorer som talar för att vårdvalssystem riskerar att bidra till ökade skillnader i vård och omsorg över landet. Till dessa hör problem med att säkra tillfredsställande personaltäthet i glesbygd, risk för att resurser snedfördelas vid etableringsfrihet och att prestationsrelaterad ersättning lämnas med samma belopp utan hänsyn till sociala skillnader i ohälsa/vårdbehov [5].

Det finns också farhågor om att ökade valmöjligheter kan medföra att medborgarna förväntas ta ett större ansvar för att hålla samman vård- och omsorgsinsatser som involverar flera parter [2]. Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har också i en projektrapport påtalat att det saknas incitament som främjar vårdprocessen i gränssnitten mellan utförare [33]. Vården av äldre med sammansatta behov styrs inte utifrån en helhetsyn och blir fragmentiserad. Revisorerna påtalar också att husläkarmottagningarnas koordinatorsroll är otydlig och att det finns brister i förutsättningarna att uppfylla denna roll. Som följd saknas en sammanhållande funktion för de äldres vård.

Alla kommuner erbjuder hemtjänst men villkoren är olika. I Sverige fanns 2008 cirka 154 000 personer med biståndsbedömda hemtjänstinsatser. Drygt 100 000 av dem hade hösten 2010 möjlighet att välja utförare, vilket är betydligt fler jämfört med 2009. Men det innebar också att var tredje person med biståndsbedömd hemtjänst då inte kunde välja utförare.

När olika utförare av vård och omsorg profilerar sina tjänster kan förutsättningarna för en likvärdig vård öka. I varannan kommun som infört valfrihetssystem finns också utförare som valt att profilera sin verksamhet för att tillgodose specifika behov hos personer med biståndsbedömda hemtjänstinsatser. Oftast profilerar de sig genom att erbjuda personal med specifik språkkompetens t.ex. personal som talar finska eller andra minoritets- och invandrarspråk. Även specifika behov kopplade till etnisk tillhörighet eller religion är en profileringsfråga, inte minst för utförare som erbjuder särskilt boende [37].

Men en profilering av verksamheten kan också riskera att öka skillnaderna i vård och omsorg.

Diskussion

Två övergripande frågeställningar präglar Socialstyrelsens uppdrag. 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. Denna delredovisning fokuserar på den förstnämnda frågeställningen. Den andra kommer att prägla den slutliga redovisningen då också frågan om huruvida några befolknings- och patientgrupper gynnas eller missgynnas av valfrihetssystem kommer att beröras närmare.

Stärkt ställning – finns förutsättningarna?

Förutsättningarna för mångfald beror på var man bor

Generellt sett är enskildas möjligheter att välja mellan åtminstone två utförare god i landet. I flera landsting har i primärvården såväl antalet vårdenheter som antal vårdenheter som drivs i privat regi ökat. Det kan emellertid vara svårt att attrahera alternativa vårdgivare i till ytan stora men befolkningsmässigt små kommuner t.ex. i Norrlands inland. Det finns oftast inte underlag för mer än en vårdenhet. Om någon vill etablera sig för att försöka konkurrera ut en befintlig vårdcentral krävs stor ekonomisk uthållighet och även om konkurrenten skulle vara framgångsrik skulle det ändå bara resultera i en utförare.

Också inom kommunernas vård och omsorg har flera nya företag etablerats med stöd av LOV. I glesbygden är det framför allt lokala, mindre företag som driver verksamhet. Jämfört med en vårdenhet i primärvården krävs inte lika stort befolkningsunderlag för verksamhet inom t.ex. hemtjänst och de flesta nyetablerade företag är små [37]. Det är också möjligt att dela upp bl.a. hemtjänsten i olika geografiska områden. Leverantörer behöver alltså inte förbinda sig att leverera sin tjänst till alla dem som i kommunen har rätt till den. Att på motsvarande sätt ange särskilda geografiska förutsättningar i förfrågningsunderlagen om primärvård är inte möjligt. En vårdgivare måste betjäna alla som är bosatta i berört landstinget och som väljer att teckna sig hos vårdgivaren i fråga. En leverantör av primärkommunal vård och omsorg har däremot möjlighet att ange ett kapacitetstak för sina tjänster. Möjligheterna att anpassa verksamheten till den ambition utförarna har och de förutsättningar som finns är på så sätt bättre inom kommunernas vård och omsorg än inom landstingens primärvård i landets glest bebyggda delar.

Det är knappast möjligt att uppnå en mångfald utförare av vård och omsorg över hela landet för enskilda personer att fritt välja bland. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser har påtalat att hänsyn måste tas till sådana realiteter som befolkningsmängd och företagsdensitet när

kundvalsmodeller införs och att det kan vara svårt att få till stånd en mångfald av företag i vissa regioner [7].

Att byta utförare är administrativt enkelt

Både inom kommunernas och inom landstingens vårdvalssystem är det ur administrativt hänseende enkelt för den enskilde att byta utförare. Inget landsting begränsar antalet omval som en enskild person får göra under ett år, medan några kommuner tillämpar en viss begränsning av antalet omval. Uppsägningstiden varierar också bland kommunerna från fem dagar till en månad.

Möjligheten att byta utförare stärker den enskildes ställning i vården och omsorgen när pengarna följer den enskilde och hans eller hennes val. Vetenskapen om att vara utbytbar ger vård- och omsorgsgivarna incitament att anstränga sig för att erbjuda de tjänster de åtagit sig och på sådant sätt att de som behöver dessa tjänster blir nöjda. Det är alltså inte bara det aktiva valet som stärker den enskilde utan också den potential som finns i det fria valet.

Förfrågningsunderlagen styr tjänsteutbudet

Förfrågningsunderlagens innehåll och utformning avgör dels huvudmännens möjligheter att uppfylla det ansvar som de åläggs i lagar, förordningar och föreskrifter, dels befolkningens och enskilda personers möjligheter att bedöma vilka tjänster de kan förvänta sig och utkräva av utförarna. Därför måste utförarnas uppdrag som det formuleras i respektive förfrågningsunderlag framstå som otvetydigt. Detta är också viktigt ur konkurrensneutralitetshänseende. Det måste också framgå vilka mål och resultat utförarna ska uppnå och hur dessa följs upp och kontrolleras.

Valfrihetssystemen ska även ge utrymme för och stimulera till innovation. Olika utförare ska kunna profilera sig och sin verksamhet för att på så sätt bättre kunna möta befolkningens önskemål om en individuellt utformad vård och omsorg. Genom enskilda personers inflytande över vård och omsorg ska en kontinuerlig utveckling av omsorgsinsatser och behandlingsmetoder stimuleras, liksom nya arbetssätt och sätt att organisera vård och omsorg.

Den profilering som hittills skett bland utförarna är i princip begränsad till vård och omsorg på olika språk och vid mer flexibla tidpunkter. Det finns få – om några – exempel på att verksamheternas innehåll eller inriktning förändrats. På så sätt har begreppet valfrihet hittills haft en avgränsad betydelse. Det handlar främst om val av utförare, dvs. vem som utför eller förmedlar tjänsterna. Men det ska också kunna handla om att den enskilde får en vidgad roll när olika rehabiliteringsinsatser eller behandlingsterapier ska väljas. Om tjänsteutbudet inom hemtjänsten kan varieras eller inte beror på hur reglerna om hur beslut om insatser utformas.

Indikatorer som speglar resultat behöver utvecklas

För att kunna följa upp vård och omsorg pågår lokalt, regionalt och nationellt ett intensivt arbete med att utveckla indikatorer. Det gäller inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Men det finns risk för att indika-

torer och mått i viss utsträckning avspeglar det som är lätt att mäta snarare än det som är väsentligt att mäta. I en situation med en mängd utförare med olika inriktning, skilda omsorgsinsatser och behandlingsmetoder, olika sätt att arbeta och organisera verksamheten kan det vara svårare att bedöma om en likvärdig vård och omsorg ges på lika villkor över hela landet. Den stora utmaningen i detta sammanhang är att utforma indikatorer och mått som avspeglar vad utförarna uppnått och med vilken kvalitet och inte hur, dvs. utveckla mål- och resultatstyrningen. En likvärdig vård och omsorg behöver inte, kanske inte ens ska, vara detsamma som en likformig.

... liksom informationen till befolkningen och patienterna

Bristen på information antas vara det enskilt största problemet när det gäller befolkningens och patienters möjligheter att utnyttja sin valfrihet inom vård och omsorg. Statskontoret har listat fem kriterier för vilken information den enskilde behöver i ett valfrihetssystem. 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.

Det är framför allt när det gäller kvaliteten i de tjänster olika utförare erbjuder som den stora informationsutmaningen ligger. Den särskilde utredaren som på regeringens uppdrag undersökt hur patienternas och medborgarnas behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information om kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården ska kunna tillgodoses och utvecklas redovisar sina förslag inom kort, i mars 2011 [4].

Kunskapen om på vilka grunder en individ väljer vård- och omsorgsgivare är emellertid begränsad. Allmänt sett tycks geografisk närhet, kontinuitet och kvalitet vara viktiga faktorer. Av de dokumenterade erfarenheter som finns tycks kontinuitet vara av sådant värde för den enskilde, att det till viss del kan förklara varför så få tycks utnyttja möjligheten att byta utförare.

Forskning om preferenser vid vårdval i primärvården tyder också på att kvalitet är en viktig faktor i samband med vårdval. Men ofta saknar medborgarna relevant information både om vårdgivare och om behandlingsalternativ. Det är också en svår uppgift att ge medborgarna ett bra underlag och en oberoende information för välgrundade val. Något klart samband mellan information och förbättrad service har heller inte kunnat påvisas i tillgänglig forskning.

Sammanfattande bedömning

En grundförutsättning för att enskilda personers ställning ska stärkas i vård och omsorg är att pengarna följer den enskildes val. Valfrihetssystemen i socialtjänst och primärvård är också utformade på så sätt att de uppfyller denna förutsättning.

I vilken mån andra förutsättningar finns för att enskilda ska stärka sitt inflytande kan variera över landet och behöver i vissa fall utvecklas. För en

majoritet av befolkningen finns det ganska goda förutsättningar att välja mellan olika utförare. Men det gäller inte alla. I de områden där det saknas förutsättningar eller är svårt att få till stånd en mångfald utförare saknar befolkningen också den maktpotential som möjligheten att byta utförare innebär.

När det finns fler utförare att välja bland är det, ur administrativt hänseende, enkelt för den enskilde som så önskar att byta. Detta gäller både lands-
tingen och de kommuner som infört valfrihetssystem enligt LOV.

Den enskilde behöver information för att kunna göra ett väl underbyggt val. Men den information som finns i dag är bristfällig. Det saknas också kunskap om vad befolkning och patienter anser vara relevant information och hur de önskar få den presenterad. I det fortsatta utvecklingsarbetet är det viktigt att involvera mottagarna av informationen.

Likvärdig vård och omsorg till alla

Om valfrihetssystem bidrar till en mer jämlik och likvärdig vård och om vissa grupper gynnas eller missgynnas av sådana system är frågeställningar som kommer att beröras närmare i samband med slutredovisningen. Det gäller bl.a. följande:

- Hälso- och sjukvården är inte jämlik i dag och valfrihetssystem i sig bidrar knappast till ökad jämlikhet. Det finns snarare risk för att resursstarka individer, som i högre grad efterfrågar information och som också har förmåga att själva finna den, gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer.
- Vårdvalssystem innebär inte bara möjligheter för den enskilde utan medför också krav. Genom välgrundade val förväntas den enskilde bidra till att kvaliteten i vård och omsorg utvecklas. Den enskilde förväntas ta reda på vilka alternativa utförare det finns att välja mellan och bedöma deras möjligheter att tillgodose de vård- och omsorgsbehov just hon eller han önskar.
- Människor har skiftande förutsättningar att fatta självständiga beslut t.ex. till följd av sjukdom eller bristande kognitiv förmåga. Behöver de ha hjälp att välja utförare och i så fall på vilket sätt?
- Det fanns, redan innan antalet utförare inom vård och omsorg ökade till följd av LOV, brister i den samordnade vårdplaneringen. Frågan är vad som händer när det blir fler utförare.
- För dem som behöver vård och omsorg är kontinuitet viktigt. Det gäller framför allt äldre människor. Privata utförare, som önskar etablera sig på en ort där nästan alla redan är listade, är emellertid beroende av "kundrörlighet". Detta kan eventuellt ge upphov till intressekonflikter.

I ett längre tidsperspektiv är det ur folkhälsöhänseende relevant att följa om konkurrensen om befolkningen kan bli så omfattande att vårdenheter blir alltför benägna att möta individers önskemål och krav på medicinering eller annan behandling som inte är medicinskt motiverad och inte främjar hälsa och livskvalitet.

Referenser

1. Konkurrensverket. Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande. Konkurrensverkets rapportserie: 2007:3.
2. SOU 2009:84. Regler för etablering av vårdgivare. Slutbetänkande av utredningen om patientens rätt. Stockholm; Edita Sverige AB, 2009.
3. SFS 2010:1385. Förordning med instruktion för Myndigheten för vårdanalys.
4. Dir. 2010:58. Inrättande av en ny oberoende granskningsmyndighet med ansvar för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården.
5. Blomqvist, P & Rothstein, B. Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn. Bjärnum; 2000.
6. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser. Befolkning, service och företagande i Sveriges gles- och landsbygder. Rapport 2009:10.
7. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser. Kundvalsmodeller för företagsrådgivning. Rapport 2009:04.
8. Utvärdering av valfrihetssystem i kommuner och landsting. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
9. Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning. Socialstyrelsen; 2010.
10. Brukarinflytande inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen; 2008.
11. Kundval inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen; 2007.
12. Att välja hemtjänst. Socialstyrelsen; 2004.
13. Stimulansbidrag LOV, Delrapport juni 2010. Socialstyrelsen; 2010.
14. Edebalk, PG & Svensson, M. Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet. TemaNord: 2005:507.
15. Paulsson, Gert. Utvärdering av Vårdval Halland, Delrapport 1. Ekonomihögskolan, Lunds universitet; 2008.
16. Paulsson, Gert. Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2008. Ekonomihögskolan, Lunds universitet; 2009.
17. Paulsson, Gert. Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 3. Ekonomihögskolan, Lunds universitet; 2010.
18. Rehnberg, C, Janlöv, N, Kahn, J. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Rapport 2009:6. Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2009
19. Rehnberg, C, Janlöv, N, Kahn, J. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm- redovisning av de två första årens erfarenheter. Rapport 2010:12. Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2010.

20. Vård, skola och omsorg. Vilken information behöver brukaren för att kunna välja? Rapport 2007:19. Statskontoret; 2007.
21. Valfrihetssystem. Erfarenheter från ett antal kommuner och landsting. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
22. Upphandling av primärvård enligt LOV. En kartläggning av landstingens förfrågningsunderlag 2010, dnr 95 433-09. Kammarkollegiet; 2010.
23. Öppna jämförelser analys 2010. Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
24. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2010. Socialstyrelsen; 2010.
25. Nationell tillgänglighetsmätning 2009. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009
26. Anell, A. Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov. Skriftserie 2008:1, KEFU, Lunds universitet; 2008.
27. Anell, A. Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Skriftserie 2009:1, KEFU, Lunds universitet; 2009.
28. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen; 2010.
29. Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3. Konkurrensverket; 2010.
30. Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
31. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen; april 2009.
32. Diaz, A. Vård på (o)lika villkor: En kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
33. Landstingsrevisorerna. Projektrapport Nr 5/2010. Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. Stockholms läns landsting; 2010.
34. Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. Journal of Health Services Research & Policy Vol. 13 No 3, 2008: 178–184
35. Vårdföretagarnas valfrihetsindex. Vårdföretagarna; 2010.
36. Trygghet – En studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården, art. nr 2003-123-21. Socialstyrelsen; 2003.
37. Stimulansbidrag LOV. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2010.