

Rapport 2012:1

Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

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

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Thomas Oneborg, Scanpix

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2012

ISBN 978-91-87213-00-7

Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?

Anna Häger Glengård och Anders Anell

Patienternas egna omdömen om vårdens kvalitet är en allt viktigare måttstock på god kvalitet inom hälso- och sjukvården. Samtidigt saknas det kunskap om vilka faktorer som gör att vissa vårdcentraler har mer nöjda patienter än andra. Har det exempelvis någon betydelse för kvaliteten om mottagningen är liten eller stor eller om den ligger på landsbygden eller i en storstad? Har privat eller offentligt drivna vårdcentraler mest nöjda patienter?

Myndigheten för vårdanalys har låtit genomföra analyser av patienternas egna uppfattningar om primärvården baserade på Nationell patientenkät. Kunskapen är angelägen då patientupplevd kvalitet används för att utvärdera vården i flera sammanhang. Medborgarna använder exempelvis patientupplevd kvalitet som grund för val av vårdgivare. En del huvudmän använder patientupplevd kvalitet som ett sätt att fördela ersättningen till vårdgivare. I ett vidare perspektiv är ökad kunskap på området av stor vikt eftersom den patientupplevda kvaliteten bör vara en av de mest betydelsefulla informationskällorna för hur vården bör utvecklas för såväl stat, landsting och regioner som enskilda vårdgivare.

Vårdanalys har givit adjungerad professor Anders Anell och doktorand Anna Häger Glenngård vid Ekonomihögskolan på Lunds Universitet i uppdrag att utifrån resultaten i Nationell patientenkät studera de faktorer som kan tänkas påverka olika dimensioner av patientnöjdhet inom primärvården. Studien baseras på data som samlats in i ett forskningsprojekt vid Ekonomihögskolan, Lunds Universitet i samarbete med Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Arbetet vid Vårdanalys har letts av hälsoekonom Nils Janlöv. Rapporten vänder sig i första hand till beslutsfattare inom vården på nationell och regional nivå men förhoppningen är att patienter och andra intressenter, såsom vårdgivare, ska ha nytta av och kunna dra lärdomar av resultaten.

Den genomförda studien lägger en viktig grund för Vårdanalys fortsatta arbete med att granska hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv. Vårdanalys kommer, som beskrivs i myndighetens granskningsplan för 2012, att genomföra en fördjupad granskning av vilka faktorer som är viktigast för den patientupplevda kvaliteten. Varför upplever skilda patientgrupper olika tillfredsställelse med vården? Vilken betydelse har goda medicinska resultat för patienternas omdömen? Vad betyder kontinuiteten i vårdkontaktarna? Vårdanalys arbetar också med att analysera graden av patientcentrering i hälso- och sjukvården.

Min förhoppning är att studien ska kunna bidra till det fortsatta utvecklingsarbetet som syftar till att uppnå en högre patientupplevd kvalitet inom svensk hälso- och sjukvård.

Stockholm i mars 2012

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef
Myndigheten för Vårdanalys

Innehåll

Sammanfattning	9
Introduktion	19
1.1 Syfte	21
Material och metod	25
2.1 Material.....	25
2.1.1 Patientupplevd kvalitet – Nationell patientenkät i primärvården ..	25
2.1.2 Mottagningars egenskaper och listade individer – registerdata	28
2.2 Metod	30
2.2.1 Analysmetod och variabler	30
2.2.2 Val av modell och presentation av resultat	32
Resultat	37
3.1 Upplevd patientnöjdhet	37
3.2 Samvariation mellan upplevd patientnöjdhet och mottagningars egenskaper.....	41
3.2.1 Helhetsintryck	41
3.2.2 Tillgänglighet	44
3.2.3 Delaktighet i beslut	45
3.2.4 Bemötande	46
3.2.5 Information	47
3.2.6 Kontinuitet	48
3.2.7 Upplevd nytta	49

Diskussion	53
4.1 Resultaten sammanfattade.....	53
4.2 I vilken utsträckning är betyg i patientenkätundersökningar möjliga att påverka?	55
4.3 Hur hantera målkonflikter i primärvården?	58
4.4 Hur kan man använda resultaten från patientenkätsundersökningar?	60
Referenser	67



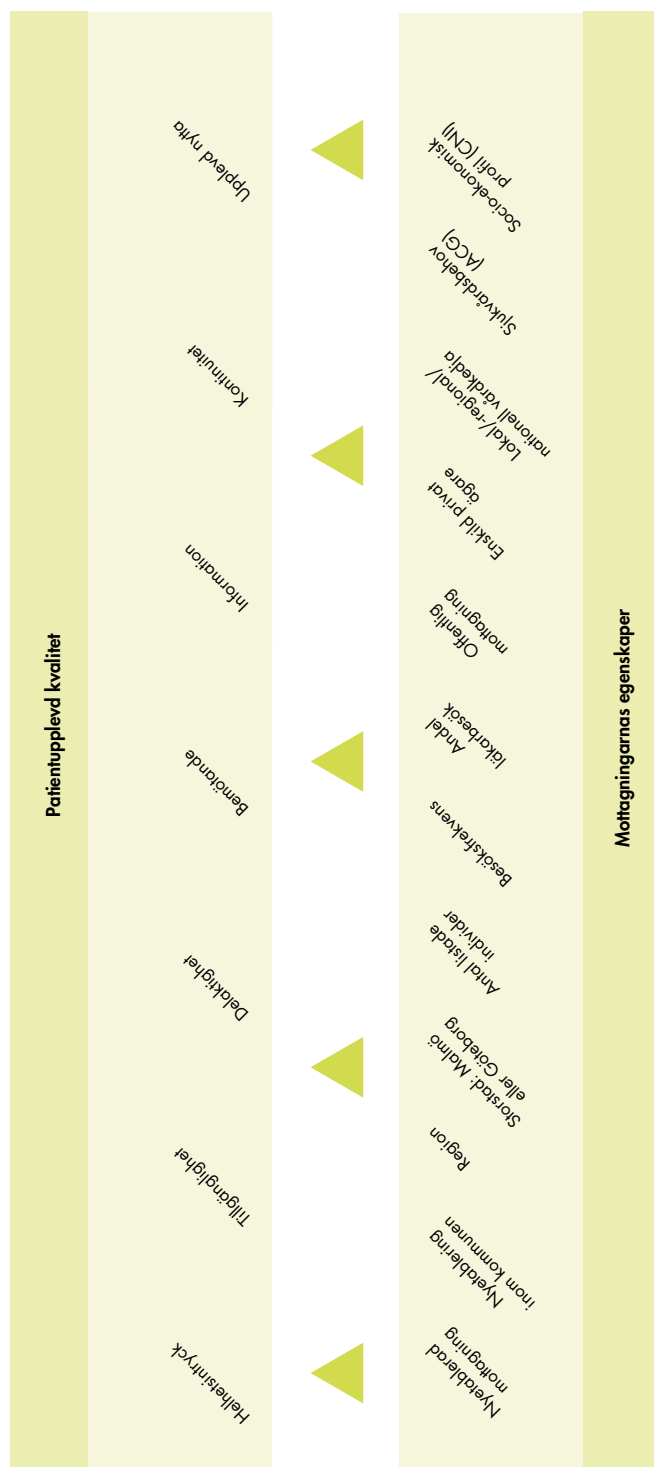
Sammanfattning

Under senare år har intresset för och behovet av att mäta och öppet redovisa graden av patientnöjdhet ökat. Nationell patientenkät, som genomfördes första gången år 2009, är ett tydligt exempel på detta. Syftet med Nationell patientenkät är att lyfta fram patienternas erfarenheter av vården som en del i vårdens utvecklings- och förbättringsarbete samt att stödja individer i deras val av vårdgivare. Om resultaten ska kunna användas som underlag för individers val och som stöd i förändringsarbetet är det av stor vikt att klargöra vilka faktorer som påverkar patienternas egna bedömningar av vården.

I denna studie analyseras sambanden mellan sju olika mått på patientupplevd kvalitet i primärvården, exempelvis delaktighet, kontinuitet och tillgänglighet och 13 olika egenskaper bland mottagningar, däribland storlek, ägande och mix av listade individer. Vilka individer som mottagningar listar studerades med avseende på genomsnittligt sjukvårdsbehov (ACG, Adjusted Clinical Groups) och socioekonomisk profil (CNI, Care Need Index). Studien baseras på mottagningar som ingår i vårdvalssystemen i Region Halland, Region Skåne samt Västra Götalandsregionen, vilka utgör omkring en tredjedel av alla mottagningar i primärvården i Sverige. Information om upplevd kvalitet för mottagningar i primärvården hämtades från Nationell patientenkät i primärvården från hösten 2010. Samvariation mellan patientupplevd kvalitet och olika mått över mottagningarnas egenskaper studerades sedan med hjälp av statistisk analys.



Figur 1. Teoretisk modell över strukturella faktorer (mottagnings egenskaper) som kan förväntas påverka upplevd patientnöjdhet i primärvården i en situation med etableringsfrihet för vårdgivare och valfrihet för individer.



VILKA ÄR DE VIKTIGASTE RESULTATEN?

- ▶ *Den patientupplevda kvaliteten var lägre i storstad och bland mottagningar där listade individer uppvisar svårare socioekonomiska förutsättningar – men högre hos patienter med större genomsnittligt sjukvårdsvårdsbehov.*

Studien visar att vårdgivarnas geografiska lokalisering och skillnader i vem mottagningarna listar har betydelse för de betyg de får i Nationell patientenkät. Den genomsnittliga patientupplevda kvaliteten var lägre i storstadsområden och bland mottagningar där listade individer uppvisar svårare socioekonomiska förutsättningar. Samtidigt var den patientupplevda kvaliteten högre bland mottagningar där det genomsnittliga sjukvårdsbehovet bland listade individer var större.

- ▶ *Privata mottagningar fick generellt sett högre betyg – men inte när resultaten korrigerades för socioekonomiska förutsättningar och sjukvårdsbehov.*

Privata mottagningar fick generellt sett högre betyg än landstingsdrivna mottagningar i Nationell patientenkät. När resultaten korrigerades för de socioekonomiska förutsättningarna och vårdbehoven hos de listade patienterna fick privata mottagningar bättre betyg för ett av de sju måtten, nämligen helhetsintryck. Vidare fick enskilda privata mottagningar bättre betyg avseende vårdens kontinuitet jämfört med både privata vårdkedjor och landstingsdrivna mottagningar. Privata mottagningar var dock i högre utsträckning lokaliserade i områden med goda socioekonomiska förutsättningar, vilket bidrog till de högre betygen utan korrigerings för vilka man listade. Aspekter som vårdgivarna själva inte till fullo kan eller är tänkta att kontrollera verkar därmed inverka på den patientupplevda kvaliteten. Detta visar på komplexiteten i att redovisa skillnader i patientnöjdhet mellan privata och offentliga mottagningar utan att ta hänsyn till bakomliggande faktorer.

- ▶ *Mottagningar med ett större antal listade individer hade lägre patientupplevd kvalitet.*

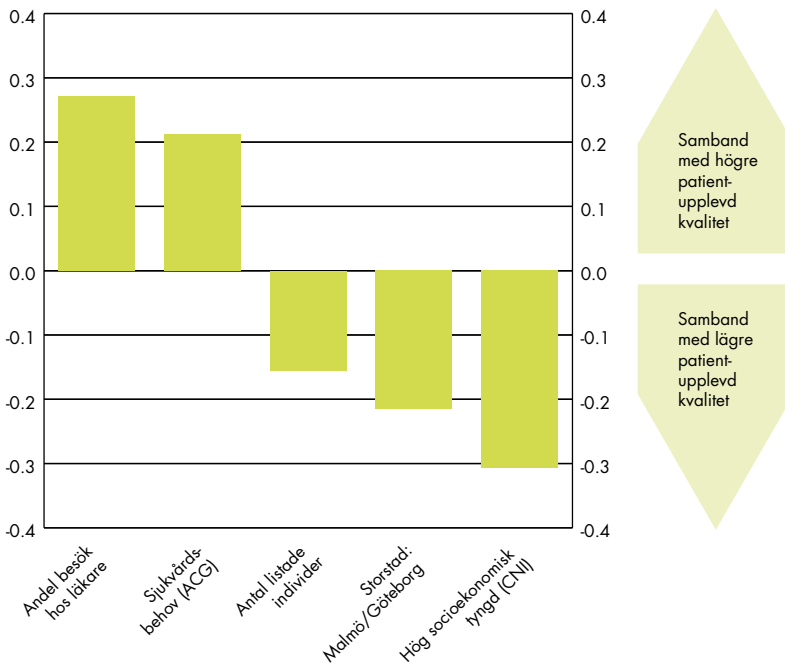
Flera fynd från den aktuella studien understryker att egenskaper bland mottagningarna själva har stor betydelse för den patientupplevda kvaliteten. Mottagningar med ett större antal listade patienter tenderar exempelvis att ha lägre patientupplevd kvalitet.

► *Mottagningar med en stor andel besök hos läkare hade en högre patientupplevd kvalitet.*

Studien visar att fördelningen mellan andel läkarbesök och andel besök hos annan vårdpersonal har ett samband med den patientupplevda kvaliteten. Däremot fanns inget samband mellan den totala mängden besök och patientnöjdheten. En stor andel besök hos läkare hade ett positivt samband med den patientupplevda kvaliteten efter besök hos läkare.

Figur 2. Standardiserade regressionskoefficienter för de förklaringsfaktorer bland mottagningarnas egenskaper som har en signifikant påverkan på den patientupplevda kvaliteten avseende dimensionen upplevd nytta vid besök hos läkare.

Upplevd nytta: Anser du att ditt aktuella behov av sjukvård blivit tillgodosett vid ditt besök på mottagningen?



Presentationen i figur 2 gör det möjligt att direkt jämföra betydelsen av olika egenskaper hos mottagningarna. Ett högre värde på koefficienten indikerar att en specifik egenskap hos mottagningarna har en starkare effekt på upplevd patientnöjdhet jämfört med ett mindre värde. Om värdet är positivt har egenskapen samband men högre patientupplevd kvalitet. Egenskapen har samband med lägre patientupplevd kvalitet om värdet är negativt.

Det är samtidigt intressant att notera att besök hos sjuksköterska i fem av de sju studerade kvalitetsdimensionerna fick ett högre betyg än besök hos läkare. Men även den upplevda kvaliteten efter besök hos sjuksköterska hade ett positivt samband med en högre andel läkarbesök. Vad dessa samband och förhållanden beror på är inte uppenbart och motiverar fördjupade studier.

HUR KAN RESULTATEN FÖRSTÅS?

Studiens resultat tydliggör vikten av att problematisera kring hur patientenkäter ska tolkas och användas för utvärdering av olika mottagningar. Det är uppenbart att det finns svårigheter förknippade med att mäta patientupplevd kvalitet i vården genom patientenkäter. Utvärderingar och jämförelser måste vara rättvisande genom att exempelvis beakta vilka individer som mottagningar listar då både socioekonomiska förutsättningar och uppskattat vårdbehov samvarierar med patientupplevd kvalitet. Det visar att det är nödvändigt att använda information om mottagningarnas patientsammansättning och studera hur den förhåller sig till vårdgivarnas lokalisering. En rättvisande korrigering för bakgrundsfaktorer är särskilt relevant om ersättningen till primärvården baseras på resultat från patientenkäter. Annars finns en uppenbar risk för att ersättningarna inte bidrar till kvalitetsutvecklingen.

Ägandeformen, privat respektive offentlig, samvarierar i några avseenden med skillnader i patientnöjdhet. Det visar på vikten av att kontinuerligt utveckla arbetssätt och metoder samt att lära av dem som lyckas nå goda resultat. Studiens resultat understryker även betydelsen av att fortlöpande utvärdera landstingens och regionernas villkor för etableringar och ersättningssystem så att vårdgivarna ges likvärdiga förutsättningar.

Patientupplevd kvalitet är inte det enda målet med primärvården. Information om till exempel klinisk kvalitet och medicinska resultat hos olika mottagningar finns dock inte tillgänglig för patienter och medborgare. Det är först när patienterna har tillgång till ändamålsenlig information även om den medicinska kvaliteten som de har möjlighet att väga olika kvalitetsaspekter mot varandra. Denna avvägning har inte studerats i den här studien, men är viktig. Patienter har dessutom skilda preferenser i förhållande till primärvård och kan till exempel fästa olika betydelse vid egenskaper som god kontinuitet eller tillgänglighet. Det innebär i förlängningen att det är värdefullt om mottagningar har olika egenskaper så att de varierande behoven i befolkningen kan tillgodoses på ett bättre sätt.

En viktig princip i de tre regionerna, är att mottagningarna ska ha stora frihetsgrader vid beslut om arbetets organisation. Därför sker listningen på



mottagningar och inte på enskilda läkare. Andelen rörlig ersättning baserat på besök hos olika yrkeskategorier är liten i Halland och har helt tagits bort i Skåne och Västra Götalandsregionen. Om besök hos läkare kan kompletteras och ersättas av besök hos sjuksköterskor och andra yrkesgrupper, så kallad substitution, kan läkare ägna sin tid åt patienter med mer allvarliga problem vilket leder till bättre resursutnyttjande generellt. Samtidigt ges olika yrkesgrupper, inklusive läkare, bättre möjligheter till utveckling och specialisering. Resultaten visar att andelen läkarbesök har ett positivt samband med patientupplevd kvalitet. Det kan i så fall vara problematiskt att substituera läkarbesök mot andra former av besök om man inte samtidigt skapar trygghet hos patienterna genom att visa att sådana förändringar faktiskt leder till ökad kvalitet.

Patientupplevd kvalitet är en viktig komponent i styrningen av hälso- och sjukvården men vården har även andra mål. Det är därför väsentligt att villkoren för mottagningar underlättar möjligheterna att balansera olika mål med hälso- och sjukvården såsom till exempel kvalitet och kostnadskontroll. Att utveckla styrsystem som premierar kvalitetsutveckling kan i detta sammanhang vara ett viktigt instrument för att balansera andra mål. Exempelvis visar studien att små mottagningar med hög andel läkarbesök i genomsnitt har hög patientupplevd kvalitet. Samtidigt skulle det kunna vara så att mottagningar med denna inriktning har sämre möjligheter att uppnå andra mål som till exempel god produktivitet och ekonomisk balans. Det är en extra viktig kunskap när resultaten för olika mottagningar jämförs och används som underlag för belöningar eller sanktioner av olika slag.

För att öka säkerheten i framtida analyser av det här slaget är det viktigt att utvidga analysen till fler regioner och landsting, att svarsfrekvensen i den nationella patientenkäten förbättras, att utvecklingen följs över tid samt att variationen i patientnöjdhet även kan studeras på patientnivå.

VILKA LÄRDOMAR KAN DRAS?

- ▶ *Det finns flera faktorer som är viktiga att beakta vid jämförelser och utvärderingar av mottagningars kvalitet baserade på information som samlats in genom patientenkäter.*

En första faktor är att det finns generella svårigheter förknippade med att mäta patientupplevd kvalitet i vården genom patientenkäter. En andra faktor är att utvärderingar och jämförelser måste vara rättvisande och beakta vilka individer som mottagningarna listar. En tredje faktor är att potentiella målkonflikter mellan patientupplevd kvalitet och andra mål för pri-

märvården beaktas och att de övergripande villkoren för mottagningarnas etablering underlättar möjligheterna att balansera olika mål.

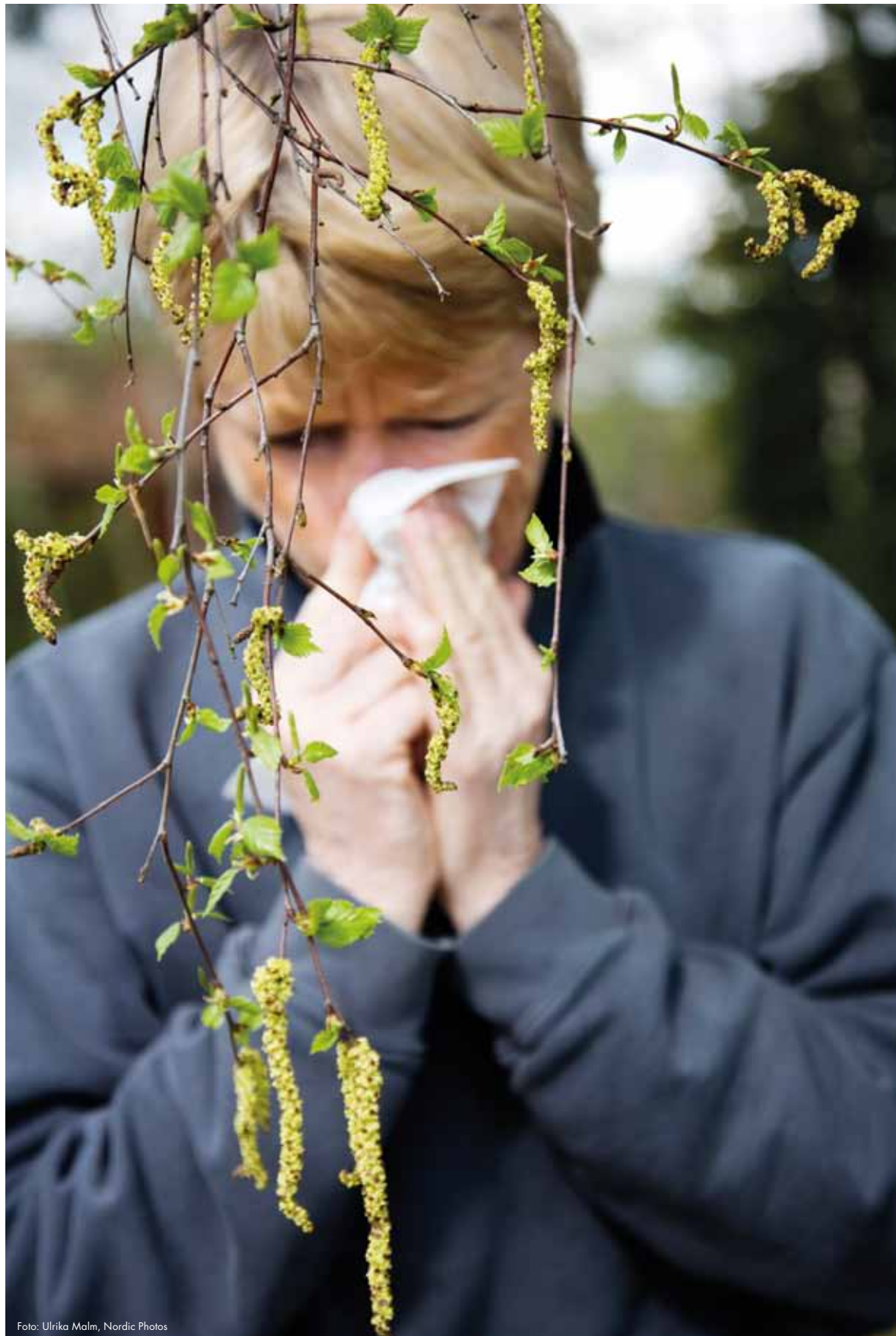
- ▶ *Information om vem mottagningar listar är en viktig förutsättning för att kunna göra rättvisande jämförelser och utforma ändamålsenlig styrning.*

Resultaten tyder på att flera olika egenskaper bland mottagningar, däribland storlek, lokalisering och mix av listade individer samvarierar med patientupplevd kvalitet i primärvården. Sådana egenskaper kan i varierande grad påverkas av mottagningarna själva. Analyserna i rapporten visar att skillnader i strukturer och vem mottagningar listar samvarierar med det betyg man får i patientenkätundersökningar. Kunskap om socioekonomiska förutsättningar och vårdbehov bland listade individer är därför en viktig förutsättning för att tolka resultaten från patientenkäter på ett ändamålsenligt sätt. Det är väsentligt att aktivt använda information som beskriver vårdmottagningarnas patientsammansättning. Först när denna information används kan enkäterna vara verkligt stödjande i såväl huvudmännens som vårdgivarnas utvecklings- och förbättringsarbete.

- ▶ *Det är viktigt att använda och utveckla information som ger bättre möjligheter för kvalificerad utvärdering och uppföljning av vården ur ett patientperspektiv.*

Att ha tillgång till information om kostnader, tillgänglighet respektive medicinsk kvalitet och upplevd patientkvalitet om enskilda mottagningar är av stort vikt för att förse individer med bra underlag att basera val av vårdgivare utifrån och för att kunna utforma ändamålsenliga åtgärder som kan öka vårdens samlade kvalitet och effektivitet. Det är först när vårdens aktörer i sin verksamhetsutveckling har samlad information om måluppfyllelsen inom olika områden inom hälso- och sjukvården som målen kan balanseras mot varandra och därigenom gemensamt främjas.





Introduktion

Svensk hälso- och sjukvård får vanligtvis mycket bra betyg i olika internationella jämförelser sett till klinisk kvalitet och uppnådda medicinska resultat. Undantag från den positiva bedömningen har främst avsett långa väntetider och mera generellt en svag lyhörddhet bland vårdgivare gentemot patienters önskemål. I WHO:s tidigare ranking av olika länders hälso- och sjukvårdssystem dras till exempel helhetsintrycket för svensk hälso- och sjukvård ned av en svagare lyhörddhet för patienters önskemål jämfört med många andra länder (WHO 2000).

Under senare årtionden har flera reformer införts som syftat till att förbättra vårdens tillgänglighet och bemötande av patienter. Möjligheter för individer att välja vårdgivare har successivt stärkts, liksom kraven på att landsting och regioner ska tillhandahålla ändamålsenlig information till befolkning och patienter, bland annat avseende möjligheter till andrahandsbedömning ("second opinion") vid allvarlig sjukdom. Samtidigt sker en utveckling mot att primärvården ska ta ett större ansvar för det samlade öppenvårdsbehovet bland individer där tillhandahållande av en bredare kompetens på mottagningar såväl som koordinering av andra vårdgivares insatser ingår. De senaste årens införande av vårdval i primärvården har skapat etableringsfrihet för privata aktörer på samma villkor som för offentliga, vilket ökat antalet alternativ som individer kan välja mellan. En parallell förändring är det ökade intresset för att öppet redovisa och mäta graden av måluppfyllelse när det gäller bland annat patientnöjdhet. Det ökande intresset för att samla in information om vårdens kvalitet gäller inte bara i svensk hälso- och sjukvård utan även internationellt (Smith m.fl. 2010; Browne m.fl. 2010).

I Sverige är Nationell patientenkät ett samlingsnamn för de återkommande nationella patientenkätundersökningarna inom hälso- och sjukvården som



koordineras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Bakgrunden är uppfattningen att patienters synpunkter och erfarenheter av vården behöver lyftas fram mer än tidigare och att patientupplevd kvalitet därför behöver mätas och redovisas kontinuerligt och systematiskt. Undersökningarna genomförs i både primärvård och specialiserad vård vid sjukhus. Nationell patientenkät i primärvården genomfördes första gången under hösten 2009 och ska enligt plan genomföras vartannat år.

Genom Nationell patientenkät får patienter möjlighet att betygsätta sina erfarenheter av mottagningar¹ där de gjort besök. Resultaten från undersökningarna ska vara ett underlag för utvecklings- och förbättringsarbete i vården utifrån patienternas perspektiv. Vidare ska resultaten ge underlag för jämförelser mellan vårdgivare så att medborgare och patienter kan få stöd i sina val av mottagningar. Resultaten är tillgängliga för allmänheten dels på nationella webbplatser (främst 1177.se och omvard.se), dels på enskilda landstings och regioners hemsidor. För att underlätta jämförelser mellan mottagningar redovisas sju kategorier av den patientupplevda kvaliteten enligt Nationell patientenkät: bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta och rekommendera (www.skl.se; www.indikator.org).

Den patientupplevda kvaliteten redovisas vanligen som ett index mellan 0 och 100 där samtliga svar ingår och har viktats enligt en fallande skala. För bemötande beräknas till exempel indexet enligt vikt 1 för svarsalternativet ”Utmärkt”; 0,75 för ”Mycket bra”; 0,5 för ”Bra”; 0,25 för ”Någorlunda” och 0 för ”Dåligt”. Patientnöjdhetsindex för olika mottagningar hamnar ofta så högt som mellan 80 och 100 procent, vilket skulle indikera att patienterna är mycket nöjda. Det har därför ifrågasatts om patientenkätundersökningar verkligen fångar upp patienters omdömen om vårdens kvalitet (Winblad och Andersson 2011). En annan kritik är att patientenkäter bara belyser en del av det som kan anses relevant att mäta (Anell 2011). Det ska också noteras att svarsfrekvensen i Nationell patientenkät i primärvården varierar mellan 45 och 61 procent mellan olika landsting och regioner. Eftersom bortfallet är större för vissa grupper i befolkningen, till exempel yngre patienter och patienter med annat modersmål än svenska, kan representativiteten ifrågasättas. Invändningarna till trots används patientnöjdhetsindex i flera olika sammanhang. Förutom att ge individer underlag till jämförelser på olika nationella webbplatser så har det i olika sammanhang lyfts fram att privata mottagningar i genomsnitt får bättre betyg än motsvarande offentliga mottagningar (se till exempel Svenskt

¹ Begreppet ”mottagningar” används i denna rapport synonymt med vårdenheter eller vårdcentraler.

näringsliv 2011-09-20). Några landsting har också använt resultaten avseende patientnöjdhet enligt Nationell patientenkät i primärvården som grund för beslut om utbetalning av målbaserad ersättning till enskilda mottagningar.

Eftersom resultat från Nationell patientenkät används som ett övergripande betyg på mottagningar och för att lyfta fram skillnader mellan privata och offentliga aktörer är det betydelsefullt att analysera i vilken utsträckning det finns bakomliggande förklaringar som samvarierar med vilket betyg mottagningar får. Sådana analyser kan också ge ökade kunskaper om vad som påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården. Genom att dela upp faktorer i sådana som beror på var mottagningar är etablerade och vilka som därmed listat sig på mottagningen respektive övriga faktorer kan man i förlängningen även få en mer rättvisande jämförelse mellan mottagningar.

1.1 SYFTE

Syftet med studien är att beskriva och analysera hur patientnöjdhet mätt utifrån Nationell patientenkät i primärvården varierar med hänsyn till mottagningars egenskaper inklusive vilka individer man listar. Med mottagningars egenskaper avses geografisk lokalisering, storlek, ägandeformer samt mix mellan läkarbesök och besök hos andra yrkeskategorier. Vilka individer som mottagningar listar studeras med avseende på genomsnittlig vårdtyngd och socioekonomisk profil. Utifrån analyserna diskuteras vilka faktorer som påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården och mottagningars möjligheter att påverka de resultat som redovisas i Nationell patientenkät i primärvården.





Material och metod

2.1 MATERIAL

I rapporten analyseras förhållanden i tre regioner – Region Skåne, Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Halland. Två datakällor används. Information om upplevd kvalitet för respektive mottagning har hämtats från Nationell patientenkät i primärvården från hösten år 2010. Information om mottagningars egenskaper och vilka individer som är listade på mottagningarna har hämtats från register i de tre regionerna. De flesta av de analyser som redovisas i rapporten baseras på data som avser Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I dessa två regioner finns information om genomsnittlig vårddyngd och socioekonomi hos de individer som olika mottagningar listar, vilket saknas för Region Halland.

2.1.1 Patientupplevd kvalitet – Nationell patientenkät i primärvården

Nationell patientenkät är ett samarbetsprojekt mellan Sveriges landsting och regioner som koordineras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) har fått i uppgift att genomföra samtliga undersökningar inom ramen för Nationell patientenkät under perioden 2009–2012 (www.indikator.se). Nationell patientenkät i primärvården genomfördes första gången under hösten 2009, och inom den specialiserade vården under 2010. Mätningar ska enligt plan genomföras vartannat år. Dock gjorde 16 av landets 21 landsting och regioner en mätning även hösten 2010, däribland de tre regioner som studeras i denna rapport. Vid den första mätningen i primärvården år 2009 omfattade enkäten endast besök hos läkare. Vid mätningarna därefter omfattar enkäten både besök hos läkare och sjuksköterskor.



Nationell patientenkät i primärvården finns i olika versioner beroende på om patienten besökt en sjuksköterska eller en läkare. Enkäten inkluderar 55 frågor, varav 8 om tillgänglighet, 5 om mottagningen, 22 om själva besöket, 5 om provtagning, 9 om övergripande helhetsintryck och 6 om bakgrunds-uppgifter för patienten. Att analysera samtliga frågor och hur svaren på dessa hänger samman med mottagningars egenskaper inklusive vilka individer man listar är en mycket omfattande uppgift. Därför är en avgränsning nödvändig. De utvalda frågorna som ligger till grund för analyserna i den här rapporten presenteras i tabell 2 tillsammans med den definition av ”hög upplevd kvalitet” som används i analyserna.

I mätningen från 2010 ingår svar från drygt 135 000 patienter i hela landet som besökt drygt 800 mottagningar under september månad. Ungefär en tredjedel av alla besök avsåg sjuksköterska och resterande del besök hos läkare. Svarefrekvensen var 58 procent för riket med en variation mellan 45 procent i Landstinget Västernorrland och 61 procent i Landstinget i Kalmar. Bland respondenterna var 28 procent 44 år eller yngre och 41 procent 65 år eller äldre. Vidare var 41 procent av respondenterna män och 10 procent uppgav att de hade ett annat modersmål än svenska. Vad gäller utbildningsnivå angav 37 procent grundskola, 34 procent gymnasium och 21 procent universitet/högskola som högsta avslutade utbildning.

I denna rapport används svaren från Region Halland, Region Skåne samt Västra Götalandsregionen. Bakgrundsuppgifter om respondenterna som svarat på Nationell patientenkät i primärvården i dessa tre regioner finns i tabell 1. Information om vilka grupper som inte har besvarat enkäten är bristfällig. Baserat på bakgrundsinformation om respondenterna torde dock bortfallet vara större bland yngre individer, män, samt individer med annat modersmål än svenska.

Tabell 1. Egenskaper bland respondenter som svarat på Nationell patientenkät i primärvården i Halland, Skåne och VGR för besök hos läkare och sjuksköterska.

	Halland	Skåne	VGR
Antal respondenter (svarsfrekvens)	7 989 (59,8)	24 663 (57,5)	32 442 (57,8)
Varav besök hos läkare	5 561	16 669	22 010
Andel kvinnor	54%	54%	56%
Högsta avslutade utbildning (andel respondenter)			
Grundskola eller likvärdigt	41%	40%	39%
Gymnasium eller likvärdigt	30%	31%	33%
Universitet eller högskola	20%	22%	22%
Ej ifyllt	8%	7%	2%
Annat modersmål än svenska (andel respondenter)	6%	11%	11%
Ålder (andel respondenter)			
<45 år	23%	19%	21%
45-64 år	23%	25%	29%
>64 år	51%	52%	48%
Ej ifyllt	3%	4%	3%

Valet av frågor att analysera baseras dels på hur resultaten från Nationell patientenkät presenteras för allmänheten, dels på kriterier för bedömning av primärvård som lyfts fram som viktiga i tidigare forskning. Resultat från fem av de sju kategorier som används då resultaten från Nationell patientenkät i primärvården presenteras för allmänheten ingår i analyserna: uppfattningar om tillgänglighet, delaktighet, bemötande, information och upplevd nytta. Uppfattningar om helhetsintryck har också inkluderats. Resultat vad avser kategorierna rekommendationer och förtroende i Nationell patientenkät har inte tagits med i analyserna eftersom de delvis kan betraktas som alternativ till frågan om helhetsintryck. De frågor som analyseras har också en koppling till olika mål som primärvården ska uppfylla enligt internationell litteratur. Lyhörddhet (engelska: responsiveness) inkluderar icke-kliniska aspekter och mål som bemötande, delaktighet och tydlig information (WHO 2000). Tre av frågorna i Nationell patientenkät i primärvården kan kopplas till detta mål. Förutom tillgänglighet, lyhörddhet och upplevd nytta representerar även valda frågor upplevd kontinuitet, vilket ofta lyfts fram som ett viktigt mål inom primärvården (Starfield 1998; Lamarche m.fl. 2003).



Tabell 2. Frågor som används i analysen samt vald definition av hög upplevd kvalitet.

Kategorier	Fråga i Nationell patientenkät	Svarsalternativ	Definition av hög upplevd kvalitet
Helhetsintryck	E1 Hur värderar du som helhet den vård/ behandling du fick?	Utmärkt/Mycket bra/ Bra/Någorlunda/Dålig	Utmärkt
Tillgänglighet	A6 Vad anser du om tiden du fick vänta?	Den var acceptabel/ Den var något för lång/ Den var alldeles för lång/ Jag behövde inte vänta/ Jag var på planerat återbesök	Den var acceptabel
Lyhördhet (delaktighet, bemötande och information)	E2 Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej	Ja, helt och hållet
	E3 Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej	Ja, helt och hållet
	E4 Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej/Jag behövde ingen information	Ja, helt och hållet
Kontinuitet	C2 Brukar du få träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på mottagningen?	Ja, alltid eller nästan alltid/Nej, sällan eller aldrig/Jag har inte besökt läkare på den här mottagningen mer än en gång	Ja, alltid eller nästan alltid
Upplevd nytta	E7 Anser du att ditt aktuella behov av sjukvård blivit tillgodosett vid ditt besök på mottagningen?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej	Ja, helt och hållet

2.1.2 Mottagningars egenskaper och listade individer – registerdata

Information om mottagningars egenskaper och listade individer har samlats in från register från de tre regioner som ingår i studien. Samtliga mottagningar i primärvården som fanns etablerade inom vårdvalet i de tre regionerna vid tidpunkten för Nationell patientenkät i primärvården 2010 finns med i urvalet, sammanlagt drygt 400 mottagningar. Mottagningarna som ingår i studien utgör omkring en tredjedel av alla mottagningar i primärvården i landet som helhet. I tabell 3 presenteras de mottagningar som ingår i studien avseende ägare, storlek och ifall de är etablerade före eller efter införande av

vårdval i respektive region. Som framgår av tabellen är andelen privata mottagningar störst i Region Halland. En förhållandevis stor andel av alla privata mottagningar ingår i en lokal, regional eller nationell kedja av mottagningar, såsom Capiro, Carema eller Praktikertjänst. Omkring en fjärdedel av mottagningarna etablerades efter införande av vårdvalsreformen i respektive region. I Halland, där vårdval infördes redan 2007, är den siffran närmare hälften av mottagningarna. I Västra Götalandsregionen och Region Skåne infördes vårdval under 2009. I många av analyserna används dock inte data från de 48 mottagningarna i Region Halland eftersom information om egenskaper bland listade individer saknas för dessa.

Tabell 3. Mottagningar i primärvården i Halland, Skåne och Västra Götalandsregionen (VGR) i december 2010.

	Halland	Skåne	VGR	Samtliga
Antal mottagningar	48	149	204	401
Andel privata mottagningar	54%	40%	43%	43%
Typ av ägare, antal mottagningar				
Enskild privat	9	19	21	49
Lokal/regional/nationell kedja	17	40	66	123
Region/offentlig	22	90	117	229
Antal mottagningar etablerade efter införande av vårdvalsreform	23	23	49	95
Storlek, antal mottagningar				
Färre än 5 000 listade	22	36	59	117
5 000–10 000 listade	19	61	86	166
Fler än 10 000 listade	7	52	59	118

Information om egenskaper bland mottagningars listade individer finns på gruppnivå i form av vårdtyngd och socioekonomiskt index för mottagningar i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Vårdtyngd mäts utifrån Adjusted Clinical Groups (ACG) och socioekonomi utifrån Care Need Index (CNI). ACG-tyngd och CNI används i Region Skåne och Västra Götalandsregionen för att beskriva det förväntade resursbehovet bland mottagningar och för att beräkna den fasta ersättningen per listad individ som utgår till mottagningarna. ACG används för att beskriva förväntat primärvårdsbehov utifrån de diagnoser som en person har fått under en viss tidsperiod (18 månader i Region Skåne och 15 månader i VGR) justerat för ålder och kön. Information om diagnoser inhämtas från register i slutet och öppen vård. Individernas diagnoser ställs i relation till varaktighet, svårighetsgrad, diagnossäkerhet



och sjukdomsorsak. CNI används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning. Information om dessa faktorer inhämtas av Region Skåne och Västra Götalandsregionen från Statistiska Centralbyrån.

2.2 METOD

2.2.1 Analysmetod och variabler

Deskriptiv statistik i form av korstabeller har använts för att beskriva den upplevda patientnöjdheten för olika frågor samt egenskaper hos mottagningar. Regressionsanalys har använts som metod för att skatta sambandet mellan upplevd patientnöjdhet och olika variabler som speglar mottagningars egenskaper och vilka som är listade på mottagningar. Alla analyser gjordes i SPSS 17.0. Med en regressionsanalys kan samvariationen mellan olika variabler undersökas (Hill m.fl. 1997). Regressionsanalysen visar dock inte vilken variabel som påverkar vilken (kausalitet). Valet av beroendevariabel (som påverkas av andra variabler) och oberoende variabler (som påverkar den beroende variabeln) görs istället innan analysen påbörjas.

Den beroende variabeln i rapportens olika analyser är den andel av patienterna för varje mottagning som angivit ”Hög upplevd kvalitet” för utvalda frågor i Nationell patientenkät i primärvården. Vald definition av ”Hög upplevd kvalitet” för respektive fråga återges i högerkolumnen i tabell 2. Ett alternativ hade varit att använda det viktade patientnöjdindex som räknas fram för varje fråga för respektive mottagning och som redovisas på nationella såväl som på enskilda landstings och regioners hemsidor. Då indexet beräknas viktas samtliga svar som inkluderas i beräkningarna varpå variationen i indexet mellan mottagningar blir ganska liten. Genom att istället använda andelen som angivit ett visst svarsalternativ för varje fråga i analyserna blir variationen mellan mottagningarna större vilket ger bättre förutsättningar för att analysera skillnader mellan mottagningar.

Valet av oberoende variabler har gjorts mot bakgrund av en teori om vilka strukturella faktorer som kan förväntas påverka upplevd patientnöjdhet i primärvården i en situation med etableringsfrihet för vårdgivare och valfrihet för individer. Både kontinuerliga och binära (värde 0 eller 1) variabler som speglar förutsättningar för konkurrens, egenskaper hos mottagningar, samt egenskaper hos listade individer har använts i analyserna:

1. Mottagningen är etablerad efter vårdvalsreformen (0=nej/1=ja)
2. Det har skett nyetableringar i kommunen där mottagningen är lokaliserad efter vårdvalsreformen (0=nej/1=ja)
3. Mottagningen ligger i Västra Götalandsregionen (0=nej/1=ja)
4. Mottagningen ligger i Halland (0=nej/1=ja)
5. Mottagningen ligger i Malmö eller Göteborg (0=nej/1=ja)
6. Storlek (antal listade individer)
7. Besöksfrekvens (genomsnittligt antal besök per listad individ)
8. Andel läkarbesök (andel av alla besök på mottagningen bland listade individer som skett hos läkare)
9. Typ av ägare – Offentlig mottagning (0=nej/1=ja)
10. Typ av ägare – Enskild privat ägare (0=nej/1=ja)
11. Typ av ägare – Lokal/regional/nationell vårdkedja (0=nej/1=ja)
12. Vårdtyngd bland listade individer (genomsnittligt ACG-värde)
13. Socioekonomisk tyngd bland listade individer (0=låg tyngd/1=hög tyngd, definierat som de 20 procent mottagningar med högst genomsnittligt CNI inom respektive region i Skåne och VGR)

Variabel 1–2 speglar förutsättningar för konkurrens och syftar till att analysera om nyetableringar respektive konkurrens påverkar patientnöjdheten. En viktig tanke bakom ökade möjligheter för individer att välja vårdgivare är att konkurrensen om individers val av mottagning ska leda till förbättrad tillgänglighet och patientupplevd kvalitet (Le Grand 2007). Principiellt sett kan man tänka sig att nyetablerade mottagningar har större anledning än andra mottagningar att vara tillmötesgående mot patienter, så att man kan lista så många nya individer som möjligt. Nyetableringar inom en kommun kan också påverka konkurrensen mer generellt genom att redan etablerade mottagningar anstränger sig mer än tidigare. Variabel 3-11 speglar egenskaper hos mottagningarna avseende lokalisering, storlek, frekvens och typ av besök samt ägarförhållanden. Variabel 3-5 syftar till att analysera om det finns skillnader beroende på mottagningarnas geografiska lokalisering. Eventuella skillnader mellan regioner skulle kunna kopplas samman med hur vårdval införts och vilka regler som gäller.

En annan intressant aspekt är om det finns skillnader mellan mottagningar i de större städerna och mottagningar med annan lokalisering. Variabel 6-8 syftar till att analysera skillnader mellan mottagningar beroende på storlek, besöksfrekvens och andel läkarbesök. Tidigare studier har visat att mindre vårdgivare tenderar att ha mer nöjda patienter (Kontopantelis m.fl. 2010; Campbell m.fl. 2001). Man kan också tänka sig att patienterna blir mer nöjda



om mottagningen har hög besöksfrekvens och om patienterna ofta får träffa en läkare. Variabel 9–11 syftar till att analysera skillnader mellan privata och offentliga aktörer och beroende på typ av ägare. Mot bakgrund av att privata mottagningar får bättre betyg än offentliga mottagningar i genomsnitt är det intressant att studera om denna skillnad kvarstår när man samtidigt tar hänsyn till andra oberoende variabler. Variabel 12–13, slutligen, speglar egenskaper hos listade individer och syftar till att analysera hur genomsnittlig vårdtyngd och socioekonomiska förutsättningar bland listade individer påverkar patientnöjdheten bland mottagningar. Tidigare studier har visat att individer som bor i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar är mindre nöjda med den vård de får (Kontopantelis m.fl. 2010; Campbell m.fl. 2001a). Genomsnittlig socioekonomisk tyngd behandlas som en binär variabel (kan ta värdet 0 eller 1) eftersom man uppmäter CNI på olika sätt i Västra Götaland och Region Skåne. I båda regionerna ges kompensation till den femtedelen av mottagningarna med högst genomsnittlig CNI, vilket använts som utgångspunkt vid definition av variabeln.

2.2.2 Val av modell och presentation av resultat

I regressionsanalyserna inkluderades först alla oberoende variabler. Sedan exkluderades icke-signifikanta variabler och olika modeller analyserades.² Analyserna kontrollerades för korrelation mellan de oberoende variablerna, s.k. multikollinearitet.³ I resultatkapitlet presenteras den regressionsmodell med högst R²-värde (justerat) för varje vald fråga om upplevd patientnöjdhet. R²-värdet förklarar hur mycket av variationen (variansen) i patientnöjdhet som kan förklaras av de oberoende variablerna som ingår i modellen. Eftersom information om genomsnittligt CNI och ACG inte finns för mottagningar i Halland gjordes även analyser då samtliga oberoende variabler utom dessa båda inkluderades.

Information om regressionsmodellen för varje vald fråga om upplevd patientnöjdhet presenteras i tabellform i resultatkapitlet. För varje oberoende variabel redovisas regressionskoefficienten (standardiserat beta-värde) och signifikansnivå (p-värde). Regressionskoefficienten visar vilken effekt den oberoende variabeln har på patientnöjdheten, dvs. vilken samvariation som finns mellan olika egenskaperna hos mottagningarna och patientnöjdhet. En positiv koefficient indikerar ett positivt samband vilket innebär att när den oberoende variabeln ökar så ökar också patientnöjdheten. En negativ koefficient indikerar ett negativt samband, vilket innebär att då den oberoende variabeln ökar så minskar patientnöjdheten. I tabellerna redovisas standardi-

serade regressionskoefficienter vilket gör det enklare att direkt jämföra betydelsen av olika oberoende variabler.⁴ Ett högre värde på koefficienten indikerar att den oberoende variabeln har starkare effekt på upplevd patientnöjdhet jämfört med ett mindre värde. Enkelt uttryckt har den variabel med högst värde på regressionskoefficienten störst effekt på patientnöjdheten.

P-värdet för en koefficient visar hur stor sannolikhet det är att samvariationen mellan patientnöjdhet och den oberoende variabeln är ett resultat av slumpen, under förutsättning att modellen är korrekt specificerad. I modellerna som presenteras i rapporten inkluderas strukturella variabler som speglar förutsättningarna där mottagningar är lokaliserade, dvs. lokalisering i storstadsområde (Malmö/Göteborg) samt vårdtyngd och socioekonomisk tyngd bland listade individer (variabel 3 samt 12–13), oberoende av signifikansnivå. Syftet med att konsekvent inkludera dessa så kallade kontrollvariabler i modellerna är att regressionskoefficienterna för övriga variabler annars blir felaktiga. Övriga oberoende variabler i modellerna inkluderas endast där samvariationen med minst 95 procents sannolikhet inte beror på slumpen (5 procent signifikansnivå; $p < 0,05$). Tendenser till samband med andra variabler som inte är statistiskt signifikanta omnämns i text.

² Analyserna gjordes i SPSS och metoden "Enter" användes. I denna metod tas samtliga variabler med i ekvationen vid varje analys. Valet av vilka variabler som exkluderas gjordes manuellt baserat på p-värde för variabeln och R²-värde för hela modellen.

³ Inga värden över fyra avseende Variance Inflation Factor (VIF) accepterades.

⁴ Standardiserade värden är korrigerade för att de olika oberoende variablerna utgörs av olika skalor och möjliggör direkta jämförelser av vilken effekt de oberoende variablerna har på den beroende variabeln.





Foto: Lina Karna Kippel, Johnér Bildbyrå

3.1 UPPLEVD PATIENTNÖJDHET

I tabell 4 ges en deskriptiv redogörelse av svaren på de olika frågor i Nationell patientenkät i primärvården som behandlas i den här rapporten. Andelen som har gett mottagningarna i respektive region högt betyg (enligt vald definition av "Hög upplevd kvalitet") avser svar från patienter som besökt både läkare och sjuksköterskor sammantaget. Generellt sett får mottagningar i Halland bättre betyg än mottagningar i övriga landet inklusive Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

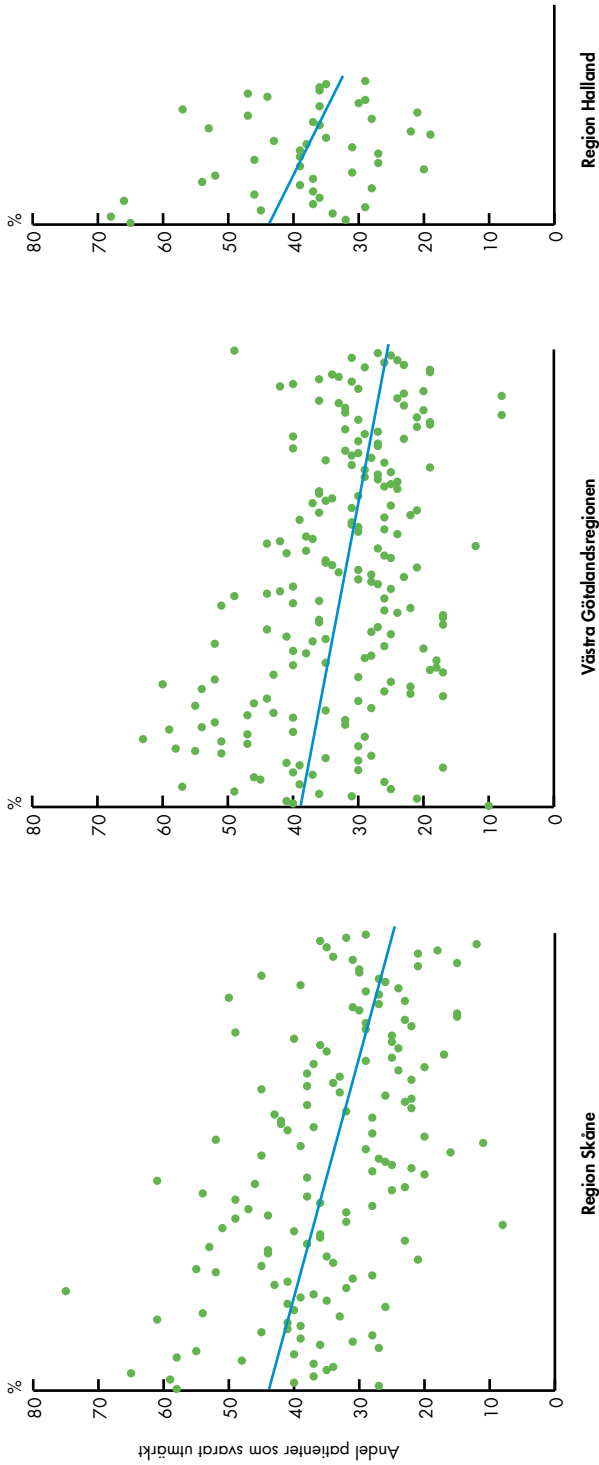
Tabell 4. Andel som svarat "hög upplevd kvalitet" på olika frågor i Nationell patientenkät i primärvården i Region Halland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt för Riket, alla besök.

Fråga i Nationell patientenkät	Definition av hög upplevd kvalitet	Andel som svarat hög upplevd kvalitet			
		Halland, n=7 989 respondenter	Skåne, n=24 663 respondenter	VGR, n=32 442 respondenter	Riket, n=135 267 respondenter
A6 Vad anser du om tiden du fick vänta?	Den var acceptabel	64%	60%	63%	63%
E2 Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?	Ja, helt och hållet	71%	66%	66%	65%
E3 Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?	Ja, helt och hållet	86%	82%	83%	83%
E4. Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?	Ja, helt och hållet	59%	58%	57%	56%

(Forts. tabell 4)

Fråga i Nationell patientenkät	Definition av hög upplevd kvalitet	Andel som svarat hög upplevd kvalitet			
		Halland, n=7 989 respondenter	Skåne, n=24 663 respondenter	VGR, n=32 442 respondenter	Riket, n=135 267 respondenter
C2 Brukar du få träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på mottagningen?	Ja, alltid eller nästan alltid	64%	61%	54%	57%
E7 Anser du att ditt aktuella behov av sjukvård blivit tillgodosett vid ditt besök på mottagningen?	Ja, helt och hållet	78%	73%	73%	73%
E1 Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?	Utmärkt	40%	37%	35%	34%
E3 Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?	Ja, helt och hållet	86%	82%	83%	83%
E4. Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?	Ja, helt och hållet	59%	58%	57%	56%
C2 Brukar du få träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på mottagningen?	Ja, alltid eller nästan alltid	64%	61%	54%	57%
E7 Anser du att ditt aktuella behov av sjukvård blivit tillgodosett vid ditt besök på mottagningen?	Ja, helt och hållet	78%	73%	73%	73%
E1 Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?	Utmärkt	40%	37%	35%	34%

I tabell 5 redovisas andelen som angett ”hög upplevd kvalitet” för olika frågor i Nationell patientenkät för besök hos mottagningar i primärvården i Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen uppdelat på besök hos läkare respektive sjuksköterska. För fem av de sju frågorna får besök hos sjuksköterska ett högre betyg än besök hos läkare. Undantag avser uppfattningar om väntetid (ingen skillnad), och om patienten får träffa samma läkare/sjuksköterska vid sina besök på mottagningen (läkare högre betyg). Som visas i tabellen är spridningen stor mellan högsta och lägsta värdet avseende den andel som svarat ”hög upplevd kvalitet” för de olika frågorna.



Figur 3. Andel patienter per mottagning och region som angett att de värderar den vård/behandling som de fick av läkaren som utmärkt. Mottagningarna per respektive region är sorterade utifrån storlek (dvs. antalet listade per mottagning stiger från vänster till höger i figuren). Sambandslinjen visar att större mottagningar i samtliga regioner tenderar att ha sämre resultat avseende vårdens helhetsintryck vid besök hos läkare.



Tabell 5. Andel som svarat "hög upplevd kvalitet" bland alla vårdgivare i Halland, Skåne och Västra Götalandsregionen, uppdelat på besök hos läkare och sjuksköterska.

Fråga i Nationell patientenkät	Besök hos läkare, n=392 mottagningar		Besök hos sjuksköterska, n=386 mottagningar	
	Median (min; max)	Medel (SD)	Median (min; max)	Medel (SD)
A6 Vad anser du om tiden du fick vänta?	64 (35; 87)	64 (8,2)	65 (0; 100)	64 (11,9)
E2 Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?	66 (31;91)	65 (10,3)	75 (42; 100)	75 (9,9)
E3 Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?	84 (45; 98)	83 (8,0)	90 (54; 100)	89 (6,6)
E4. Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd (justerat för "behövde ingen information"?)	65 (29; 100)	62 (16,1)	76 (39; 100)	75 (10,0)
C2 Brukar du få träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på mottagningen?	59 (13; 100)	60 (18,4)	55 (15; 100)	57 (14,2)
E7 Anser du att ditt aktuella behov av sjukvård blivit tillgodosett vid ditt besök på mottagningen?	73 (37; 94)	72 (9,5)	83 (48; 100)	82 (8,5)
E1 Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?	32 (8; 75)	34 (11,3)	43 (0; 100)	43 (12,1)

Samvariation avseende uppfattning om de olika frågorna har undersökts genom att kontrollera för bivariat korrelation mellan andelen som svarat "hög upplevd kvalitet" för respektive fråga. Andelen som svarat "hög upplevd kvalitet" var starkt positivt korrelerat (1-procentig signifikansnivå) mellan samtliga frågor utom uppfattning om tillgänglighet för besök hos sjuksköterska. Det tyder på att om en mottagning får högt betyg avseende en fråga får den även högt betyg avseende andra frågor. Undantaget var uppfattning om tillgänglighet för besök hos sjuksköterska som inte var korrelerat med uppfattning om kontinuitet eller information avseende besök hos sjuksköterska eller med någon fråga förutom tillgänglighet för besök hos läkare.

3.2 SAMVARIATION MELLAN UPPLEVD PATIENTNÖJDHET OCH MOTTAGNINGARS EGENSKAPER

Inledningsvis presenteras resultat från analysen om vilka egenskaper hos mottagningar som samvarierar med helhetsintrycket. För denna fråga redovisas även en modell där genomsnittlig vårddyngd och socioekonomi hos mottagningar inte beaktas i en analys som omfattar samtliga mottagningar i Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I övriga modeller ingår enbart data från mottagningar i Region Skåne och Västra Götalandsregionen där information om genomsnittlig vårddyngd och socioekonomi hos mottagningar beaktas. Efter de två modellerna om helhetsintryck följer resultaten av analyser av övriga frågor som behandlar olika aspekter av patientnöjdhet: tillgänglighet, delaktighet i beslut, bemötande, information, kontinuitet och upplevd nytta.

3.2.1 Helhetsintryck

Sammanfattningsvis har andelen läkarbesök och socioekonomisk tyngd störst betydelse för helhetsintryck i samband med såväl besök hos läkare som hos sjuksköterska (se tabell 6 och figur 4). Medan patientnöjdheten ökar med ökad andel läkarbesök så minskar den med ökad socioekonomisk tyngd. En ytterligare variabel som samvarierar negativt med patientnöjdheten för läkarbesök är mottagningars storlek, medan vårddyngd och privat ägande har positiv effekt. Det fanns även en skillnad såtillvida att patientnöjdheten är högre i Region Skåne jämfört med i Västra Götalandsregionen. Dock finns det inga skillnader i upplevd kvalitet avseende lokalisering i eller utanför storstadsområde (Malmö/Göteborg).

Även för besök hos sjuksköterska har andelen läkarbesök, socioekonomi och vårddyngd störst betydelse för patientnöjdheten, i samma riktning som för läkare. Offentliga mottagningar fick sämre betyg även avseende besök hos sjuksköterska. Liksom för besök hos läkare är patientnöjdheten högre i Region Skåne och inga skillnader syns mellan lokalisering i Malmö/Göteborg och utanför storstadsområde.



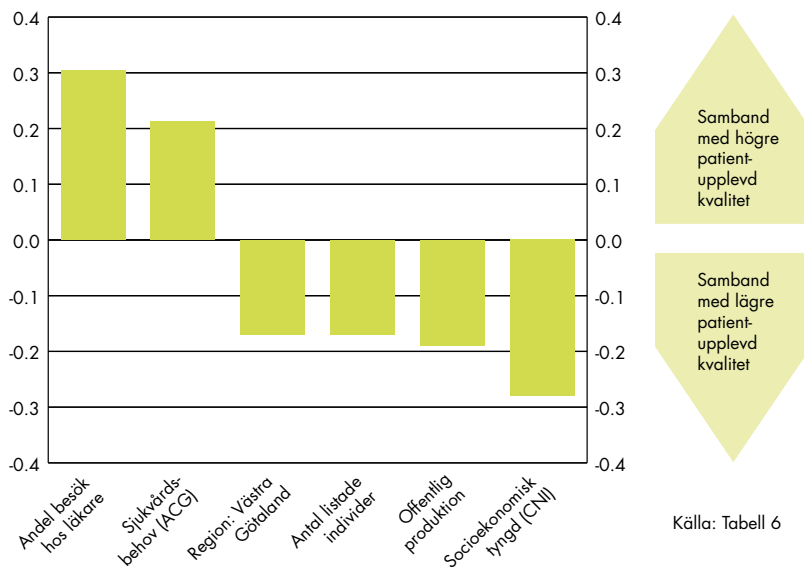
Tabell 6. "Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?" Helhetsintryck, inklusive ACG och CNI som oberoende variabler.

Variabel	Läkare		Sjuksköterska	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Vårdtyngd (ACG värde)	,213	,000	,171	,001
Hög socioekonomisk tyngd	-,280	,000	-,257	,000
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,033	,546	-,037	,519
Region: Västra Götaland	-,170	,000	-,160	,002
Offentlig produktion	-,189	,002	-,180	,004
Storlek (antal listade)	-,170	,001		
Andel besök hos läkare	,305	,000	,374	,000
Konstant	,133	,021	,156	,012
Justerat R2	0,370		0,282	
Observationer (antal mottagningar)	308		310	

Figur 4. Standardiserade regressionskoefficienter för de förklaringsfaktorer bland mottagningarnas egenskaper som har en signifikant påverkan på den patientupplevda kvaliteten avseende dimensionen helhetsintryck vid besök hos läkare.

Presentationen i figur 4 gör det möjligt att direkt jämföra betydelsen av olika egenskaper hos mottagningarna. Ett högre värde på koefficienten indikerar att en specifik egenskap hos mottagningarna har en starkare effekt på upplevd patientnöjdhet jämfört med ett mindre värde. Om värdet är positivt har egenskapen samband men högre patientupplevd kvalitet mot att egenskapen har samband med lägre patientupplevd kvalitet om värdet är negativt.

Helhetsintryck: Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick hos läkaren?



När information om vårdtyngd och socioekonomi exkluderades i analysmodellen förändrades betydelsen av olika variabler, se tabell 7. En övergripande skillnad var att en mindre del av variationen i patientnöjdhet mellan mottagningar kunde förklaras (lägre Justerat R²). De variabler som var signifikanta i analysen med vårdtyngd och socioekonomi var fortfarande signifikanta, men rangordningen mellan variabler förändras i den modell där vårdtyngd och socioekonomi hos mottagningar exkluderades. Privat ägande var den variabel som hade störst betydelse för besök hos läkare. Även för besök hos sjuksköterskor hade privata mottagningar en signifikant bättre patientnöjdhet.

Tabell 7. "Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?" Helhetsintryck, exklusive ACG och CNI som oberoende variabler.

Variabel	Läkare		Sjuksköterska	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,172	,001	-,166	,002
Region: Västra Götaland	-,152	,002	-,165	,001
Offentlig produktion	-,294	,000	-,204	,001
Storlek (antal listade)	-,183	,000	-,116	,031
Andel besök hos läkare	,166	,007	,289	,000
Konstant	,369	,000	,365	,000
Justerat R ²	0,278		0,216	
Observationer (antal mottagningar)	363		358	

3.2.2 Tillgänglighet

Det fanns en statistiskt signifikant samvariation mellan patienternas uppfattningar om mottagningarnas tillgänglighet för läkarbesök och fyra av de oberoende variablerna. Mindre mottagningar (dvs. färre antal listade) och mottagningar där en stor andel av samtliga besök avsåg läkarbesök uppfattades ha en bättre tillgänglighet, se tabell 8. Mottagningar där registrerade patienter hade en hög socioekonomisk tyngd och mottagningar lokaliserade i Malmö och Göteborg fick i genomsnitt sämre betyg avseende tillgänglighet för läkarbesök. Hög socioekonomisk tyngd bland listade individer var också den variabel som hade störst betydelse för den upplevda tillgängligheten. Vårdtyngd och typ av ägare var inte korrelerat med uppfattning om tillgänglighet. Ingen modell kunde förklara mer än 10 procent av variationen avseende tillgänglighet för besök hos sjuksköterska varför endast resultaten för besök hos läkare presenteras för denna fråga. Det kan dock noteras att R²-värdet är lågt även för modellen avseende besök hos läkare, vilket indikerar att variationen i nöjdhet till stor del beror på andra faktorer än de som inkluderas i modellen.

Tabell 8. "Vad anser du om tiden du fick vänta?" Tillgänglighet.

Variabel	Läkare	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Vårdtyngd (ACG värde)	-,013	,809
Hög socioekonomisk tyngd	-,278	,000
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,151	,015
Storlek (antal listade)	-,139	,016
Andel besök hos läkare	,272	,000
Konstant	,584	,000
Justerat R ²	0,199	
Observationer (antal mottagningar)	308	

3.2.3 Delaktighet i beslut

Patienternas uppfattningar om delaktighet i beslut samvarierade med flera av de oberoende variablerna. Större mottagningar (många listade) och hög socioekonomisk tyngd bland listade individer var förknippat med sämre betyg avseende delaktighet i beslut om vård och behandling för besök hos både läkare och sjuksköterska, se tabell 9. Vidare fick mottagningar lokaliserade i Västra Götalandsregionen samt i storstadsområde (Malmö/Göteborg) sämre betyg avseende upplevd delaktighet vid besök hos läkare, men något sådant samband fanns inte för besök hos sjuksköterska. Mottagningar med hög genomsnittlig vårdtyngd bland listade individer liksom mottagningar med stor andel läkarbesök fick bättre betyg avseende delaktighet vid läkarbesök. Det fanns en tendens till att hög vårdtyngd hade ett positivt samband med upplevd kvalitet avseende delaktighet i beslut även för besök hos sjuksköterska, men sambandet var inte signifikant på femprocentnivån. Mottagningar som hade etablerats efter vårdvalsreformen var förknippade med högre upplevd kvalitet för besök hos sjuksköterska. Hög socioekonomisk tyngd bland listade individer och hög andel läkarbesök var de variabler som hade störst betydelse för betyg om delaktighet gällande besök hos både sjuksköterska och läkare.

Tabell 9. "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Delaktighet i beslut.

Variabel	Läkare		Sjuksköterska	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Vårdtyngd (ACG värde)	,185	,000	,093	,083
Hög socioekonomisk tyngd	-,365	,000	-,376	,000
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,140	,014	-,031	,601
Region: Västra Götaland	-,097	,046		
Storlek (antal listade)	-,156	,003		
Andel besök hos läkare	,310	,000	,238	,000
Nyetableerad mottagning			,178	,003
Konstant	,447	,000	,581	,000
Justerat R2	0,331		0,246	
Observationer (antal mottagningar)	308		305	



3.2.4 Bemötande

Patienternas uppfattningar om bemötande samvarierade med flera variabler. En stor andel av samtliga besök hos läkare samt en hög genomsnittlig vårdtyngd bland listade individer var förknippat med högre patientupplevd kvalitet för besök hos både läkare och sjuksköterska, se tabell 10. Större mottagningar (många listade) var förknippat med sämre upplevt bemötande vid besök hos sjuksköterska. Hög socioekonomisk tyngd liksom att vara lokaliserad i storstadsområde (Malmö/Göteborg) hade negativ effekt på uppfattning om bemötande för såväl besök hos sjuksköterska som hos läkare. Socioekonomisk tyngd bland listade individer samt andel besök hos läkare var de variabler som hade störst betydelse för den patientupplevda kvaliteten avseende bemötande.

Tabell 10. "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"
Bemötande.

Variabel	Läkare		Sjuksköterska	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Vårdtyngd (ACG värde)	,225	,000	,153	,005
Hög socioekonomisk tyngd	-,304	,000	-,254	,000
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,155	,009	-,117	,056
Storlek (antal listade)			-,161	,004
Andel besök hos läkare	,269	,000	,294	,000
Konstant	,627	,000	,761	,000
Justerat R2	0,232		0,233	
Observationer (antal mottagningar)	312		306	

3.2.5 Information

Uppfattningar om patienten fick tillräcklig information om sitt tillstånd vid besöket samvarierade med flera variabler. En stor andel av samtliga besök hos läkare samt en hög genomsnittlig vårdtyngd bland listade individer var förknippat med högre patientupplevd kvalitet för besök hos läkare, se tabell 11. Hög socioekonomisk tyngd samt en lokalisering i Västra Götalandsregionen och i storstadsområde var förknippat med sämre upplevd kvalitet vid besök hos läkare. Vad gäller besök hos sjuksköterska hade endast vårdtyngd och socioekonomisk tyngd bland listade individer en effekt på patientupplevd kvalitet för denna fråga. Den variabel som hade störst negativ effekt på patientupplevd kvalitet avseende information var en hög socioekonomisk tyngd bland listade individer. Det gällde för såväl besök hos läkare som hos sjuksköterska. Det bör noteras att modellen för läkare har lågt förklaringsvärde vilket tyder på att de variabler som inkluderades endast kan förklara en mindre del av variationen i upplevd kvalitet.

Tabell 11. "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?". Information.

Variabel	Läkare		Sjuksköterska	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Vårdtyngd (ACG värde)	,198	,001	,167	,002
Hög socioekonomisk tyngd	-,173	,003	-,371	,000
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,142	,023	-,088	,142
Region: Västra Götaland	-,139	,011		
Andel besök hos läkare	,176	,003	,204	,000
Konstant	,405	,000	,567	,000
Justerat R2	0,127		0,217	
Observationer (antal mottagningar)	318		310	

3.2.6 Kontinuitet

Även uppfattningar om kontinuitet samvarierade med flera variabler. Liksom för andra frågor var en stor andel av samtliga besök hos läkare samt en hög genomsnittlig vårdtyngd bland listade individer förknippat med högre upplevd kvalitet, se tabell 12. Lokalisering i storstadsområde var inte förknippat med uppfattning om god kontinuitet och mottagningar i Region Skåne fick bättre betyg än mottagningar i VGR. Hög socioekonomisk tyngd bland listade individer hade en negativ effekt på upplevd kvalitet avseende kontinuitet. Vidare korrelerade uppfattningen om kontinuitet med typ av ägare för besök hos läkare, där enskilda privata mottagningar var förknippade med högst upplevd kontinuitet. Större mottagningar (många listade) var negativt korrelerat med kontinuitet för besök hos sjuksköterska men inte för besök hos läkare. Andel besök hos läkare hade störst betydelse för upplevd kontinuitet för läkarbesök, medan storlek på mottagningen hade störst betydelse för besök hos sjuksköterska.

Tabell 12. "Brukar du få träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på mottagningen?" Kontinuitet.

Variabel	Läkare		Sjuksköterska	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Vårdtyngd (ACG värde)	,278	,000	,201	,000
Hög socioekonomisk tyngd	-,104	,053	-,130	,021
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,023	,696	,040	,521
Region: Västra Götaland	-,300	,000	-,136	,011
Enskild privat produktion	,133	,010		
Storlek (antal listade)			-,329	,000
Andel besök hos läkare	,419	,000	,150	,019
Konstant	,002	,983	,399	,000
Justerat R2	0,260		0,207	
Observationer (antal mottagningar)	312		306	

3.2.7 Upplevd nytta

Flera variabler samvarierade med upplevd nytta, dvs. om det aktuella behovet av sjukvård blivit tillgodosett vid besök på mottagningen. Det finns stora likheter i resultat mellan modellerna för besök hos läkare och besök hos sjuksköterska, se tabell 13. En hög andel av alla besök hos läkare och hög genomsnittlig vårdtyngd bland listade individer var förknippat med högre upplevd kvalitet. Större mottagningar (många listade), hög socioekonomisk tyngd bland listade individer och en lokalisering i Malmö eller Göteborg var förknippat med lägre upplevd kvalitet. Offentliga mottagningar tenderade att få sämre betyg avseende upplevd nytta men sambandet var inte signifikant på femprocentnivån. En hög socioekonomisk tyngd bland listade individer var den variabel som hade störst effekt på upplevd kvalitet vid besök hos läkare, medan andel läkarbesök var den variabel som hade störst effekt på upplevd kvalitet vid besök hos sjuksköterska.

Tabell 13. "Anser du att ditt aktuella behov av sjukvård blivit tillgodosett vid ditt besök på mottagningen?" Upplevd nytta.

Variabel	Läkare		Sjuksköterska	
	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)	Beta (standardiserat)	Sig (p-värde)
Vårdtyngd (ACG värde)	,212	,000	,141	,007
Hög socioekonomisk tyngd	-,307	,000	-,288	,000
Lokaliserad i Malmö/Göteborg	-,215	,000	-,171	,004
Storlek (antal listade)	-,155	,003	-,157	,004
Andel besök hos läkare	,272	,000	,305	,000
Konstant	,522	,000	,661	,000
Justerat R2	0,331		0,277	
Observationer (antal mottagningar)	308		306	





Diskussion

4.1 RESULTATEN SAMMANFATTADE

I studien har skillnader i patientupplevd kvalitet mellan mottagningar i primärvården analyserats med hänsyn till 13 olika variabler som speglar förutsättningar bland mottagningar, däribland mottagningars storlek, typ av ägande, vårdtyngd och socioekonomisk tyngd hos listade individer, lokalisering, besöksfrekvens samt andel av besöken som görs hos läkare. Sju olika frågor om kvalitet uppmätt genom Nationell patientenkät i primärvården inkluderades i analyserna: tillgänglighet, delaktighet, bemötande, information, kontinuitet, upplevd nytta och helhetsintryck. Urvalet inkluderar mottagningar i primärvården som ingår i vårdvalssystemen i Region Halland, Region Skåne samt Västra Götalandsregionen, vilka sammanlagt motsvarar omkring en tredjedel av alla mottagningar inom primärvården i Sverige. En stor del av de redovisade analyserna har enbart gjorts med data från mottagningar i Region Skåne och Västra Götalandsregionen, eftersom data om genomsnittlig vårdtyngd och socioekonomi saknas för mottagningar i Region Halland.

De sju frågorna kring upplevd kvalitet var starkt korrelerade vilket betyder att mottagningar som fick högt betyg på en fråga tenderade att få högt betyg också för andra frågor. Resultatet att den patientupplevda kvaliteten var högre efter besök hos sjuksköterska för flera av frågorna är i linje med analyser av resultat för hela urvalet i Nationell patientenkät i primärvården (www.skl.se). Variationen i den patientupplevda kvaliteten mellan olika mottagningar hade samband med flera av de variabler som ingick i analysmodellerna. Generellt har variabler samma typ av effekt på den patientupplevda kvaliteten (negativ eller positiv) i olika analysmodeller, vilket stärker trovärdigheten i resultaten. Effektens storlek varierade dock mellan olika frågor respektive mellan olika modeller för besök hos läkare respektive sjuksköterska. Två av variablerna



hade inget signifikant förklaringsvärde i någon av modellerna. Det gäller om det skett nyetableringar i den kommun där mottagningen verkar samt genomsnittligt antal besök per listad individ för mottagningen.

Generellt sett hade hög socioekonomisk tyngd bland listade individer på mottagningen störst negativ effekt på den patientupplevda kvaliteten. Detta resultat ligger i linje med resultaten av tidigare svenska undersökningar baserat på data från Vårdbarometern, där exempelvis individer födda utanför Norden tycker att de har sämre tillgång till den sjukvård de behöver (SKL 2011). En kunskapsöversikt från 2009 visade också på att det finns såväl vertikal som horisontell ojämlikhet i Svensk hälso- och sjukvård, dvs. att de som har störst behov inte alltid får mer resurser samt att lika fall inte alltid behandlas lika (SKL 2009). Även internationellt har visats att individer som bor i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar upplever att de är mer missnöjda med den vård de får (Kontopantelis m.fl. 2010; Campbell m.fl. 2001a).

En stor andel av alla besök hos läkare samt hög vårdtyngd bland listade individer var de variabler som hade störst positiv effekt på den patientupplevda kvaliteten. Resultatet vad gäller andel läkarbesök är intressant eftersom det inte fanns någon signifikant samvariation mellan betyg på mottagningar och ett högt antal besök per listad individ för någon av modellerna. Även den patientupplevda kvaliteten efter besök hos sjuksköterska samvarierade positivt för flera av frågorna med en högre andel läkarbesök. Generellt sett förefaller således besökens fördelning och typ snarare än dess antal påverka patientupplevd kvalitet.

Resultaten vad gäller hög vårdtyngd kan vara ett resultat av att mottagningar med högre vårdtyngd också har en högre genomsnittlig ålder bland listade. Det är en brist i studien att en åldersvariabel saknas i analyserna. Tidigare undersökningar genom Vårdbarometern visar exempelvis att äldre över 70 år i högre grad upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver (SKL 2011). En undersökning av allmänhetens uppfattningar om kvalitet i offentlig verksamhet visar också att äldre är mer nöjda med vården än yngre. Detta kan även hänga samman med att individer som varit i kontakt med en verksamhet i större utsträckning är nöjda jämfört med individer som inte berörts av en verksamhet (Statskontoret 2011).

Större mottagningar (dvs. fler antal listade individer) samvarierande med sämre betyg för flera av variablerna. Störst negativ effekt uppkom för kontinuitet avseende besök hos sjuksköterskor. Även tidigare studier har visat att mindre mottagningar tenderar att ha mer nöjda patienter avseende framförallt tillgänglighet och kontinuitet (Kontopantelis m.fl. 2010; Campbell m.fl. 2001b).

Privata mottagningar fick bättre betyg än motsvarande offentliga avseende helhetsintryck. Kontinuitet för besök hos läkare var korrelerat med typ av ägare, där enskilda privata mottagningar var förknippade med högst upplevd kontinuitet. För övriga frågor kunde inte någon statistisk signifikant samvariation mellan patientupplevd kvalitet och typ av ägare påvisas även om det fanns en tendens till att privata mottagningar fick högre betyg för upplevd nytta. Privata mottagningar fick generellt sett högre betyg när information om genomsnittligt vårdtyngd och socioekonomisk tyngd exkluderades från analyserna. Det som förklarar denna skillnad är sannolikt i första hand att offentliga mottagningar är något överrepresenterade i socioekonomiskt tunga områden, snarare än att genomsnittlig vårdtyngd skiljer sig mellan enheter. Det fanns dock stora skillnader mellan regioner i detta avseende. I Region Skåne var endast tre av de 22 mottagningar med hög socioekonomisk tyngd privata mottagningar medan fördelningen var mer jämn mellan privata och offentliga mottagningar i Västra Götaland. Vad gäller vårdtyngd hade offentliga mottagningar något högre genomsnittligt ACG än privata mottagningar. Detta visar på komplexiteten i att redovisa skillnader mellan privata och offentliga mottagningar utan att ta hänsyn till bakomliggande faktorer.

Mottagningar i Halland fick generellt bättre betyg än mottagningar i Skåne och Västra Götaland. Denna skillnad skulle kunna förklaras av att vårdvalsreformen infördes nästan två år tidigare i Halland jämfört med Skåne och Västra Götalandsregionen, förutsatt att vårdval och nya alternativ leder till förbättrad patientupplevd kvalitet. En annan tänkbar förklaring är att förutsättningar vad gäller socioekonomi skiljer sig mellan regionerna. Dock har vårdgivare i Halland exkluderas från de slutgiltiga modellerna som redovisas eftersom information om vårdtyngd och socioekonomi för mottagningar saknades. För Region Skåne och Västra Götalandsregionen är det intressant att notera att mottagningar i Malmö och Göteborg fick sämre betyg avseende tillgänglighet, delaktighet i beslut, att få tillräcklig information om tillståndet i samband med besök hos läkare och om behovet av sjukvård är tillgodosett hos både läkare och sjuksköterska. En tänkbar förklaring kan vara högre förväntningar på primärvårdens tillgänglighet och service bland individer i storstadsområde.

4.2 I VILKEN UTSTRÄCKNING ÄR BETYG I PATIENTENKÄTUNDERSÖKNINGAR MÖJLIGA ATT PÅVERKA?

De oberoende variabler som samvarierar med patientupplevd kvalitet enligt resultaten från Nationell patientenkät kan i varierande grad påverkas av mot-



tagningarna själva. För det första ska poängteras att mottagningar naturligtvis kan göra en mängd olika saker för att förbättra helhetsintryck, tillgänglighet, delaktighet i beslut, bemötande, information, kontinuitet och upplevd nytta på sätt som inte inkluderats i rapportens analyser. De 13 variabler som ingår i rapportens analyser kan bara förklara en mindre del av variationen i patientupplevd kvalitet. Andra variabler, inte minst läkares och sjuksköterskors respektive ledningens intresse för att arbeta med frågorna och ge stöd för förbättringsarbete som syftar till ökad patientupplevd kvalitet, är sannolikt långt viktigare än de variabler som ingår i vår analys. Samtidigt visar analyserna i rapporten att skillnader i strukturer och vem mottagningar listar har betydelse för de betyg man får i patientenkätundersökningar. Denna kunskap är viktig när resultaten för olika mottagningar jämförs och kan även användas för att utforma ändamålsenliga regelverk för vårdvalssystemen.

Ett första strategiskt beslut som påverkat förutsättningarna för att uppnå hög patientupplevd kvalitet är mottagningens lokalisering. Rapportens analyser tyder på att det är svårare att uppnå hög patientnöjdhet i storstadsområden och i socioekonomiskt svaga områden. Däremot tycks det vara enklare att nå höga betyg i områden med fler vårdtunga patienter. En anledning kan vara att mottagningar i Region Skåne och VGR kompenseras ekonomiskt för hög vårdtyngd bland listade individer. På så sätt får mottagningar med en hög genomsnittligt vårdtyngd bland listade individer bättre ekonomiska förutsättningar att uppnå nöjda patienter. Detta förutsätter dock att den högre ersättningen är minst så hög att den kompenserar för den högre arbetsbelastningen. En annan möjlig förklaring till de högre betygen bland vårdtunga är att patienter med högre vårdtyngd är äldre och har fler kontakter med vården.

Mottagningens storlek och mix mellan läkar- respektive sjuksköterskebesök samvarierade också med patientupplevd kvalitet. Dessa faktorer går att påverka även efter det att mottagningen etablerat sig i ett visst område med delvis givna förutsättningar. Resultatet att mottagningar med färre listade patienter har bättre förutsättningar att uppnå hög patientupplevd kvalitet skulle kunna kopplas samman med att sådana mottagningar blir mer personliga och tydligare i sitt bemötande gentemot patienten genom att färre personer är involverade. Samtidigt kan det vara svårare för mindre mottagningar att ta ett samlat ansvar för behovet av öppenvård och koordinering av insatser från olika vårdgivare. För mottagningar som uppnått viss storlek finns möjligheter att försöka undvika ytterligare expansion av antalet listade, alternativt nå samma "smådriftsfördelar" som mindre mottagningar genom att dela upp verksamheten i mindre delar. Eftersom regelverken i landsting och regioner inte tillåter att man nekar individer att lista sig på mottagningen är det sna-

rast den senare utvecklingen som bör främjas. Så kan ske till exempel genom att landsting och regioner underlättar för mottagningar att etablera filialer.

Resultatet att patientupplevd kvalitet ökar med högre andel läkarbesök, snarare än mängden besök, är intressant men samtidigt svårare att entydigt förklara. Eftersom besök hos sjuksköterska är förknippat med generellt sett högre patientupplevd kvalitet för flera av frågorna (se tabell 5) skulle man principiellt sett kunna tänka sig att den sammanslagna patientupplevda kvaliteten för en mottagning kan förbättras genom att låta andelen besök hos sjuksköterska öka. Enligt resultaten från våra analyser skulle dock detta snarast påverka betygen nedåt, eftersom även betyget för besök hos sjuksköterska förbättras med högre andel läkarbesök. Hög patientupplevd kvalitet hos sjuksköterska är med andra ord delvis betingat av en hög andel besök hos läkare. Vid en låg andel läkarbesök blev betyget för mottagningar lägre avseende besök hos både läkare och sjuksköterskor. Detta resultat hänger sannolikt ihop med både förväntningar bland patienter avseende vem man ska få träffa samt karaktären på själva besöket. Om patienter förväntar sig att få träffa en läkare finns de risk att de blir missnöjda om de istället får träffa en sjuksköterska, oavsett kvaliteten på själva besöket. Vidare kan en mindre andel besök hos läkare innebära att sjuksköterskor får ta hand om patienter med större medicinska behov. Detta kan i sin tur ändra själva karaktären på besöket då sjuksköterskor får mindre tid att fokusera på icke-kliniska aspekter och mål som bemötande och tydlig information.

Beslut om ägande fattas inte av mottagningarna själva utan på mera övergripande nivå. Det kan noteras att skillnader mellan privata och offentliga mottagningar kvarstår för helhetsintrycket även om man tar hänsyn till strukturella skillnader i form av lokalisering och vilka individer mottagningarna listar. På samma sätt fick privata enskilda mottagningar, dvs. privata mottagningar som inte ingår i någon vårdkedja bättre betyg avseende kontinuitet än övriga mottagningar. Det skulle kunna vara en effekt av att enskilda privata mottagningar har snabbare beslutsvägar och tydligare incitament att vara tillmötesgående mot patienterna, jämfört med i synnerhet nationella kedjor och landstingsdrivna mottagningar. För andra frågor visade analyserna inte på någon signifikant skillnad beroende på typ av ägare. Dessa resultat kan tyda på att den konkurrens som vårdvalssystemen initierat leder till att samtliga mottagningar, oavsett typ av ägare, tvingas att förbättra den patientupplevda kvaliteten i samma utsträckning. Många privata mottagningar kan ha en konkurrensfördel i att de i genomsnitt är mindre och inte i samma utsträckning listar socioekonomiskt tunga individer, snarare än att de är privata.



4.3 HUR HANTERA MÅLKONFLIKTER I PRIMÄRVÅRDEN?

Primärvården ska idealt sett vara patienternas förstahandskontakt med vården och erbjuda allmänmedicinsk prevention, diagnostik och behandling samt vid behov remittera till specialiserade vårdgivare och koordinera den vård som ges av andra. Liksom för övriga delar av hälso- och sjukvården finns det en rad mål förknippat med en god primärvård, utöver att den patientupplevda kvaliteten ska vara så hög som möjligt. Mellan en del av dessa mål kan det också finnas konflikter, till exempel att högre patientupplevd kvalitet enbart kan uppnås på bekostnad av möjligheterna att nå andra mål.

Lamarche m.fl. (2003) har tidigare identifierat sju olika kriterier eller mål för bedömning av primärvård: effektivitet, produktivitet (inklusive kostnadskontroll och substitution mellan primär- och specialistvård), kontinuitet, tillgänglighet, jämlikhet, lyhördhet gentemot patienter samt medicinsk kvalitet. Vid införandet av vårdval i svensk primärvård var viktiga syften främst en ökad tillgänglighet men även ökad patientupplevd kvalitet och effektivitet mera generellt. Tanken med ett valfrihetssystem är att mottagningar ska spöras att förbättra sin kvalitet och tillgänglighet gentemot patienter eftersom befolkningen har möjlighet att välja en annan mottagning om man är missnöjd med kvaliteten där man är listade. På så vis finns det ett hot om förlorad intäkt ifall mottagningen inte kan tillgodose patienternas behov på ett adekvat sätt. Det kan dock vara förenat med svårigheter för mottagningar att tillgodose både den patientupplevda kvaliteten samtidigt som man måste leva upp till landstingens och ägarnas krav på god kostnadskontroll, kostnadseffektivitet och lönsamhet. Åtminstone tre potentiella målkonflikter kan identifieras baserat på de resultat som presenteras i den här rapporten:

- Små mottagningar har bättre förutsättningar att uppnå hög patientupplevd kvalitet men kan samtidigt ha sämre möjligheter att uppnå andra mål, exempelvis god produktivitet och ekonomisk balans.
- Mottagningar med hög andel läkarbesök har bättre förutsättningar att uppnå hög patientupplevd kvalitet men kan samtidigt ha sämre möjligheter att uppnå god produktivitet och ekonomisk balans.
- Mottagningar lokaliserade i socioekonomiskt tunga områden har sämre förutsättningar att uppnå hög patientupplevd kvalitet. Det skulle kunna ge sämre möjligheter att uppnå jämlikhet i resursutbudet om mottagningar av detta skäl undviker att etablera sig i dessa områden.

Tidigare studier har visat att både ersättningsprinciper och kostnadsansvar för mottagningar i primärvården i Region Halland, Region Skåne och Väs-

tra Götalandsregionen premierar större enheter med många listade individer (Anell 2011). I dessa tre regioner används i huvudsak en fast ersättning per listad individ som ger mottagningar anledning att ha många listade individer för att balansera höga och låga vårdkostnader bland individer med olika vårdbehov mot varandra (Barnum m.fl. 1995; Jegers m.fl. 2002). Den ersättningsprincip som används i Region Skåne och Västra Götalandsregionen tar förvisso utgångspunkt i det förväntade resursbehovet baserat på ACG. Det faktiska resursbehovet kommer dock ändå att variera på individnivå, vilket mindre mottagningar blir extra känsliga för. Det gäller särskilt om mottagningar har ett brett kostnadsansvar som exempelvis inkluderar läkemedel, vilket är fallet i både Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

En strategi för att minska den ekonomiska risken är då att lista så många som möjligt, vilket enligt denna rapports resultat kan få negativ effekt för möjligheterna att uppnå hög patientupplevd kvalitet. Sett i detta perspektiv förefaller både privata kedjor och landstingsdrivna enheter ha en fördel genom att de verkar i en koncern med möjligheter att utjämna förluster eller vinster som uppstår p.g.a. otur. Dessa koncerner kan med andra ord balansera de ekonomiska riskerna på andra sätt än att låta varje enskild mottagning växa i storlek.

Om det dessutom finns andra stordriftsfördelar förknippade med större mottagningar, exempelvis när det gäller utveckling av arbetsformer, klinisk kvalitet eller vad avser utnyttjande av olika slags resurser, finns inga enkla medel att uppnå både hög effektivitet och hög patientupplevd kvalitet. Koncerner har ingen given fördel. Det är dock osäkert i vilken utsträckning sådana stordriftsfördelar finns i primärvården, åtminstone när man kommit upp i viss miniminivå på antalet listade. Tidigare studier från Stockholms läns landsting tyder på att det inte finns något samband såtillvida att mottagningar med hög produktivitet (kostnader för viktade vårdkontakter) skulle få svårare att uppnå hög patientupplevd kvalitet (Rhenberg m.fl. 2010). Resultatets relevans utanför Stockholm är dock osäkra. Det ska noteras att husläkarmottagningar i Stockholm har ett mer begränsat ansvar och uppdrag jämfört med bland annat mottagningar i Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Skillnader i ansvar och uppdrag kan åtminstone potentiellt sett ge upphov till stordriftsfördelar, som innebär att resultaten i Stockholm inte är givna i andra landsting och regioner.

Tanken med de vårdvalsmodeller som utvecklas i de tre regioner som ingår i studien är att individer ska lista sig hos enheter snarare än hos enskilda läkare. En viktig bakomliggande princip är att mottagningar ska få större frihetsgrader i arbetets organisation och att flera olika kompetenser ska kunna



utnyttjas optimalt (Anell 2004; Jessup 2007; Yarnall 2009). Om besök hos läkare kan kompletteras och ersättas av besök hos sjuksköterskor och andra yrkesgrupper, s.k. substitution, kan läkare ägna sin tid åt patienter med mer allvarliga problem. Detta leder till bättre resursutnyttjande generellt sett samtidigt som olika yrkesgrupper, inklusive läkare, ges möjligheter till utveckling och specialisering. I detta perspektiv har också den fasta ersättningen en fördel eftersom den ger mottagningar stora frihetsgrader att pröva nya arbetsformer. En ersättning per besök i olika yrkeskategorier kan tvärtom skapa inlåsningseffekter och konservera ett traditionellt arbetsätt. Den högre patientupplevda kvaliteten för mottagningar med högre andel läkarbesök blir utifrån detta perspektiv ett potentiellt dilemma för mottagningarna själva. Resultaten i denna rapport visar att det kan vara problematiskt att substituera läkarbesök mot andra former av besök utan att man samtidigt skapar trygghet hos patienterna att sådana förändringar faktiskt leder till ökad kvalitet.

Om nya mottagningar väljer att inte etablera sig i socioekonomiskt svaga områden finns risk för att vården blir mer ojämlig. Tanken med vårdval och nya alternativ är att konkurrensen om individers val av mottagning ska leda till förbättrad tillgänglighet och patientupplevd kvalitet (Le Grand 2007; Anell 2011). Eftersom individer kan välja en ny vårdgivare om de inte är nöjda finns ett hot om utebliven intäkt för mottagningar om man inte sköter sitt åtagande gentemot patienterna (Fotaki m.fl. 2008; Dixon & Le Grand 2006). Den mekanismen fungerar naturligtvis sämre ifall mottagningar undviker vissa områden, vilket kan ge en ojämlig vård. Mekanismen fungerar också sämre om individer saknar information om alternativ och i lägre utsträckning utnyttjar sina möjligheter att välja om. Det är mera tveksamt om mottagningar skulle välja att inte etablera sig i socioekonomiskt utsatta områden enbart av rädsla för att få sämre betyg i mätningar genom Nationell patientenkät. Det är förmodligen helt andra faktorer som styr var mottagningar etablerar sig. Mot bakgrund av att det kan uppfattas som särskilt angeläget att få nya etableringar och stärka konkurrensen i socioekonomiskt svaga områden bör den befintliga styrningen och utvärderingen av olika enheter åtminstone inte motverka detta syfte.

4.4 HUR KAN MAN ANVÄNDA RESULTATEN FRÅN PATIENTENKÄTS-UNDERSÖKNINGAR?

Resultat från Nationell patientenkät kan användas som underlag för lokalt förbättringsarbete bland enskilda mottagningar eller grupper av mottagningar, för att jämföra patientupplevd kvalitet på mottagnings och regionnivå och

för att förse individer med information för att välja mottagning. Vid användning av resultaten i Nationell patientenkät i syfte att utveckla och förbättra verksamheten bland enskilda mottagningar eller grupper av mottagningar måste lokala förutsättningar beaktas i hög grad. I den här rapporten studeras skillnader i betyg mellan mottagningar och samvariation med olika variabler utifrån perspektivet hur mottagningar kan utvärderas och jämföras av finansärer och individer snarare än hur resultatet kan användas i lokalt förbättringsarbete.

Resultat från Nationell patientenkät i primärvård används idag av sjukvårdshuvudmän och andra aktörer som ett övergripande betyg på enskilda mottagningar och för att lyfta fram skillnader mellan till exempel privata och offentliga aktörer. Det finns flera faktorer som är viktiga att beakta vid sådana jämförelser och utvärderingar av mottagningars kvalitet baserat på information som samlats in genom patientenkäter. En första och mer generell faktor är att det finns svårigheter förknippade med att mäta patientupplevd kvalitet i vården genom patientenkäter. En andra faktor är att utvärderingar och jämförelser måste vara rättvisande och beakta vilka individer som mottagningar listar. En tredje faktor är att potentiella målkonflikter mellan patientupplevd kvalitet och andra mål för primärvården beaktas och att det övergripande regelverket för mottagningar underlättar möjligheterna att balansera olika mål.

Postenkäter riktade till befolkningen eller till särskilda grupper (till exempel patienter) har många fördelar såtillvida att en stor mängd data kan samlas in med förhållandevis små resurser. Det finns dock flera nackdelar. En nackdel är ett vanligtvis stort bortfall bland respondenterna, uppåt 50 procent. Ett stort bortfall riskerar att snedvrider resultatet eftersom egenskaper hos individer i bortfallet kan skilja sig från egenskaper hos individer som har svarat. Mot bakgrund av bortfallet i Nationell patientenkät och bristande kunskap om vilka grupper det är som inte har besvarat enkäten bör resultat av olika analyser tolkas försiktigt. Det kan framförallt vara svårt att uttala sig om grupper där bortfallet är extra stort, till exempel bland individer med annat modersmål än svenska.

Analyserna i den här studien visar att mixen av listade individer har betydelse för mottagningars förutsättningar för att uppnå hög patientupplevd kvalitet. Det kan därför finnas anledning att ta hänsyn till sådana olika förutsättningar när resultaten presenteras och när resultaten används för utvärdering av mottagningar och belöningar eller sanktioner av olika slag. Det kan till exempel åstadkommas genom att resultat från Nationell patientenkät presenteras så att enbart mottagningar med samma förutsättningar jämförs. Om patientupplevd kvalitet används som grund för målbaserad ersättning eller



andra former av belöningar eller sanktioner kan det också finnas anledning att justera resultaten så att mottagningens lokalisering inte får avgörande betydelse för resultaten. Sådana justeringar är dock inte helt invändningsfria. Principiellt sett kan man tänka sig att de sämre betygen i socioekonomiskt svaga områden beror på att mottagningar med sådan lokalisering inte anpassat sin verksamhet till givna förutsättningar. Ett alternativ kan därför vara att öppet redovisa skillnader jämfört med andra områden och i stället satsa resurser på att förändra verksamheten, dvs. skapa bättre förutsättningar för högre patientupplevd kvalitet även i socioekonomiskt svaga områden. En sådan strategi kräver sannolikt medverkan och stöd från landsting och regioner och kan inte enbart decentraliseras till mottagningarna själva.

Ett syfte med information som tas fram genom patientenkätsundersökningar är att förse individer med information om olika mottagningar som kan användas som utgångspunkt för var man ska lista sig. En relevant fråga blir då ifall individer kan tillgodogöra sig den information och de jämförelser som tas fram och presenteras på olika webbplatser. Resultat från svenska studier baserat på invånarpaneler (Nordgren och Åhgren 2010) och en befolkningsenkät i Halland, Skåne och Västra Götalandsregionen (Glenngård m.fl. 2011) tyder på att individer i mycket begränsad utsträckning använder sig av sådan information. Individer tycks i mycket större utsträckning få information från de mottagningar man tidigare varit i kontakt med samt från familj, vänner och bekanta. En anledning kan vara att den information om olika mottagningar som presenteras på nationella webbplatser och på enskilda landstings och regioners hemsidor inte uppfattas som lättillgänglig och/eller att individer saknar kunskap om att sådan information finns. Samtidigt är intresserade och välinformerade individer en förutsättning för att vårdvalssystemen ska fungera väl (Le Grand 2007, Anell 2011). Om adekvat information saknas blir det svårare för individer att välja mottagning annat än på godtyckliga grunder. Detta kan i förlängningen leda till att mottagningar som är bättre snarast missgynnas och att sämre mottagningar inte slås ut, vilket innebär att kvalitetsutvecklingen hämmas (Dixon m fl 2010; Winblad 2006; Winblad och Andersson 2011). Brist på lätt tillgänglig information kan också leda till ökad ojämlikhet i vården. Individer från socioekonomiskt svaga grupper, som kan tänkas behöva ökat stöd för att kunna välja vårdgivare, kan få än sämre möjligheter att utnyttja sina valmöjligheter. Tidigare studier visar att individer med bättre utbildning och inkomst normalt har bättre förutsättningar för att söka och tillgodgöra sig information som underlättar valet (Hibbard och Peters 2003; Winblad och Andersson 2011).

Ett problem i det avseendet är att patientupplevd kvalitet inte är det enda

målet i primärvården. Även patienterna själva skulle kunna föredra en mycket hög klinisk kvalitet vid besök i primärvården, framför exempelvis ett bra bemötande och delaktighet i besluten. Olika individer och patientgrupper har dessutom olika preferenser och förväntningar i förhållande till primärvård och kan därmed föredra mottagningar med olika egenskaper (Hjelmgren och Anell 2007). Det innebär i förlängningen att det är värdefullt om mottagningar har olika egenskaper så att de varierande behoven i befolkningen kan tillgodoses på ett bättre sätt. Patienter skulle också kunna föredra både större mottagningar och mottagningar med lägre andel läkarbesök om det var tydligt att sådana mottagningar var förknippade med andra kvaliteter som värderas högre än de frågor som används i Nationell patientenkät. Det är därför en stor brist att information om skillnader i klinisk kvalitet och medicinska resultat bland mottagningar inte finns tillgänglig för vårdsökande individer. Sådan information skulle kunna öka individers intresse för att tillgodogöra sig informationen och ge mer rättvisade jämförelser som beaktar potentiella målkonflikter mellan patientupplevd kvalitet och andra mål för primärvården. Att öka individers intresse för information om skillnader mellan mottagningskvalitet och egenskaper är dessutom viktigt för att vårdval i primärvården ska fungera i praktiken.



Referenser

- Anell A. (2011) Hälsa- och sjukvårdstjänster i privat regi. I Hartman L (red.). Konkurrensens Konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Stockholm, SNS Förlag.
- Anell A. (2004) Primärvård i förändring. Lund, Studentlitteratur.
- Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*; 2011; 6: 549–569.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payments methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 1995; 10: 23–45.
- Barr DA, Fenton L, Blane D. The claim for patient choice and equity. *Journal of medical ethics* 2008;34:271–274.
- Bevan G, Helderman JK, Wilsford D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. *Health economics policy and law*. 2010;5:251–267
- Browne K, Roseman D, Shaller D, Edgman-Levitan S. Analysis & commentary. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):921–5.
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*. 2001a; 10(2):90–5.

- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract.* 2001b; 51(469):644–50.
- Dixon A, Le Grand J. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research and Policy* 2006;11:162–6.
- 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 and Policy* 2008;13:178–84.
- Hibbard JH, Peters E. Supporting Informed Consumer Health Care Decisions: Data Presentation Approaches that Facilitate the Use of Information in Choice. *Annual Review of Public Health*, 2003;24:413–433.
- Hill C, Griffiths W, Judge G. (1997) *Undergraduate Econometrics*. John Wiley & Sons.
- Hjelmgren J, Anell A. Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 2007;83:314–22.
- Institutet för kvalitetsindikatorer. Nationell patientenkät Primärvård, Sverige 2010. Indikator 2011.
- Jegers M, m.fl.. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 2002;60: 255–73.
- Jessup RL. Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? *Australian Health Review* 2007;31(3):330–331.
- Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract.* 2010; 11(61):1–15.
- Lamarche PA, Beaulieu M, Pineault R, Contandriopoulos A, Denis J, Haggerty J. (2003) *Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Health-care Services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation, New Brunswick Department of Health and Wellness, Saskatchewan De-

- partment of Health, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec and Health Canada. November 2003.
- Le Grand J. (2007) *Delivering public services through choice and competition – The other invisible hand*. Princeton: Princeton University Press.
- Le Grand J. Choice and Competition in publicly funded health care. *Health Economics Policy and Law* 2009;4:479–488.
- Miller H. (2009) *How to Create Accountable Care Organizations*. Center for Healthcare Quality and Payment Reform.
- Nordgren L, Åhgren B. (2010) Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler, Konkurrensverket Uppdragsforskningsrapport 2010:3.
- Pallant J. *SPSS Survival Manual 3rd edition. A step by step guide to data analysis using SPSS*. 2007.
- Rehnberg C, Janlöv N, Khan J, Lundgren J. (2010) Uppföljning av husläkar-systemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska institutets folkhälsoakademi rapport 2010:12.
- Sveriges kommuner och landsting, SKL: <http://www.skl.se>.
- SKL (2009) *Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2011) *Befolkningsundersökning 2010. Vårdbarometern*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. (2010) *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Statskontoret (2011) *OM OFFENTLIG SEKTOR. Uppfattningar om förvaltningen – kvalitet i offentlig verksamhet från allmänhetens och företagens horisont*. Stockholm, Statskontoret.

- Sundquist K, Malmström M, Johansson SE, Sundquist J. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:347–352.
- Svenskt Näringsliv 2011–09–20. SKL Nationell patientenkät privata och offentliga utförare. (www.svensktnaringsliv.se/nyhetsarkivet)
- Konkurrensverket (2010:3). Uppföljning av vårdval i primärvården –Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport (Study of privatization and choice in primary care. Final report). Stockholm, Konkurrensverket.
- Världshälsoorganisationen, WHO. (2000) World Health Report 2000. Geneva, World Health Organization.
- Winblad U. (2006) ”Transparens som förutsättning för patientens fria val” I: Charlotta Levay och Caroline Waks (red) Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk. Stockholm, SNS-förlag.
- Winblad U, Andersson C. (2011) Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
- Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. *Prev Chronic Dis* 2009;6(2).

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?

Myndigheten för vårdanalys har låtit genomföra analyser av patienternas egna uppfattningar om primärvården baserade på Nationell patientenkät. Kunskapen är angelägen då patientupplevd kvalitet används för att utvärdera vården i flera sammanhang.

