

Rapport 2012:2

Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård

– en kartläggning av kunskapsläget



► 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: Jörgen Ulvsgård, Scanpix

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2012

ISBN 978-91-87213-01-4

Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård

– en kartläggning av kunskapsläget

Ulrika Winblad, David Isaksson, Patrik Bergman

Förord

Har vården blivit mer tillgänglig sedan patienterna fått möjlighet att välja bland olika vårdgivare? Gäller detta i så fall för alla patientgrupper? Har vårdgivarnas konkurrens om patienterna påverkat hur nöjda patienterna är med vården? Valfrihetsreformerna inom hälso- och sjukvården är ännu i sin linda, men vad vet vi så här långt?

Införandet av valfrihetssystem utgör i flera avseenden en av de mest genomgripande reformerna inom svensk vård och omsorg på senare tid. Valfrihetssystem är idag obligatoriska inom primärvården. Valfrihetsmodeller införs nu även inom specialistvård och äldreomsorg. Reformernas följder för patienterna är inte klarlagda och det är därför angeläget att undersöka hur patienternas och brukarnas perspektiv tillvaratas inom olika former av valfrihetssystem.

Vårdanalys har givit docent Ulrika Winblad och forskningsassistenterna David Isaksson och Patrik Bergman på Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala Universitet i uppdrag att göra en systematisk genomgång av svensk och internationell forskning kring valfrihetsreformer. Studien fokuserar på hur patienter väljer och hur valfrihetsreformerna påverkar vårdens kvalitet, jämlikhet, tillgänglighet och kostnader. Arbetet vid Vårdanalys har letts av hälsoekonom Nils Janlöv. Rapporten vänder sig i första hand till beslutsfattare inom vården på nationell och regional nivå. Avsikten är också att patienterna och andra intressenter, däribland vårdgivarna, ska kunna dra lärdomar från resultaten.

Valfrihetsreformernas konsekvenser för olika patienter och brukare är ett prioriterat granskningsområde för Myndigheten för vårdanalys. Rapporten utgör en viktig grund för myndighetens fortsatta arbete på området. Myndigheten avser att som nästa steg studera hur tillgången till vård har förändrats



genom införandet av valfrihetsmodeller och om utvecklingen skiljer sig mellan olika patient- och brukargrupper. Bland annat kommer myndigheten att analysera hur vårdens jämlikhet utvecklats utifrån patienternas ålder, kön, utbildning, inkomst och uppskattat vårdbehov. Vårdanalys kommer även att ta fram ett ramverk för att utvärdera och granska tillgänglig vårdvalsinformation.

Min förhoppning är att studien ska kunna bidra till det fortsatta utvecklingsarbetet av vårdens kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Stockholm i mars 2012

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef
Myndigheten för vårdanalys

Innehåll

Sammanfattning	11
Inledning	19
1.1 Uppdragets syfte och frågeställningar	22
1.2 Rapportens upplägg.....	22
Reformer som utvecklat valfriheten	27
2.1 Valfrihetsreformer i den svenska hälso- och sjukvården	27
2.2 Utvecklingen av valfriheten inom sjukvården i andra länder	30
2.3 Sammanfattning	33
Metod	37
3.1 Databaser	37
3.2 Sökmetod och urval av artiklar	38
3.3 Analys och sammanställning av resultat	42
Vill patienter välja och på vilka grunder väljer patienterna vårdgivare?	45
4.1 Vill patienter välja vårdgivare?.....	46
4.2 Hur stor andel av patienterna gör aktiva val?	49
4.3 På vilka grunder väljer patienter vårdgivare?.....	51
4.3.1 Det svenska vårddalet	51
4.3.2 Internationella studier.....	52
4.3.2.1 Vilka faktorer uppger patienter som viktiga vid hypotetiska valsituationer?	52



4.3.2.2 Vilka faktorer uppger patienterna att de tog hänsyn till när de valde vårdgivare?	54
4.3.2.3 Vilka faktorer har i praktiken spelat roll för patienternas val av vårdgivare?	58
4.4 Sammanfattning	60

Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på kvaliteten i vården? 65

5.1 Studier som undersökt det svenska vårdvalets effekt på kvaliteten.....	67
5.2 Internationella studier som undersökt valfrihetsreformernas effekt på kvaliteten inom primärvården	69
5.3 Studier som undersökt kvalitetseffekter av vårdvalsinförande inom specialistsjukvården	72
5.4 Sammanfattning	74

Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på jämlikheten i vården? 79

6.1 Studier som undersökt det svenska vårdvalet.....	81
6.2 Internationella studier som undersökt valfrihetsreformers effekt på jämlikhet	83
6.3 Sammanfattning	86

Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på tillgängligheten i vården? 91

7.1 Studier som undersökt det svenska vårdvalet.....	92
7.2 Internationella studier som undersökt vilken effekt valfrihetsreformerna har haft på tillgängligheten	95
7.3 Sammanfattning	100

Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på vårdens kostnader och effektivitet? 105

8.1 Studier som undersökt det svenska vårdvalet.....	106
--	-----

8.2 Internationella studier.....	108
8.3 Sammanfattning.....	110
Slutsatser och diskussion	113
Referenser	123
Appendix 1	137
Appendix 2	165

Sammanfattning

Under de senaste decennierna har patienternas valfrihet i allt högre grad kommit att inta en central plats i debatten om hur hälso- och sjukvården ska styras och organiseras. Många länder har infört, eller är i färd med att införa, olika valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården. I Sverige har denna utveckling bland annat tagit sig uttryck i ett lagstadgat fritt vårdval inom primärvården från och med 1 januari 2010. Reformen innebär att alla vårdgivare som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig på valfri geografisk plats i landstingen och att patienternas val styr ersättningen till utföraren.

De positiva effekter som oftast lyfts fram i samband med ett införande av valfrihetssystem är stärkt ställning för patienten, ökad effektivitet och kvalitet i verksamheten. Den negativa kritiken har framförallt varit inriktad mot risken att valfrihetssystem leder till ökade kostnader och ökad ojämlikhet. Vilka effekter som valfriheten får i praktiken är emellertid en empirisk fråga. I samband med genomförandet av valfrihetsreformerna har flera vetenskapliga studier genomförts som undersökt vilka effekter införandet har haft på faktorer såsom tillgänglighet till vård, jämlikhet och medicinsk kvalitet. Det saknas dock i dagsläget en översiktsstudie som sammanställer resultaten från den internationella vetenskapliga forskningen och de svenska utvärderingar som genomförts inom området.

I rapporten görs en systematisk genomgång av den svenska och internationella forskningen om hur patienter väljer vårdgivare och hur valfrihetsreformerna påverkar kvalitet, jämlikhet, tillgänglighet och kostnader. Följande frågeställningar besvaras i rapporten:

1. Vill patienterna välja vårdgivare?
2. På vilka grunder väljer patienter vårdgivare (väntetider, kontinuitet, restid och kvalitetsinformation)?



3. Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare med avseende på:

- kvalitet?
- jämlikhet?
- tillgänglighet?
- kostnader och effektivitet?

VILKA ÄR DE VIKTIGASTE RESULTATEN?

► *Patienterna värdesatte valfrihet och de som gjorde aktiva val av vårdgivare var mer nöjda*

Patienter uppfattar att valfrihet i vården har ett positivt värde. En majoritet av svenska patienter vill själva välja utförare inom primärvården. Resultat pekar även på att patienterna vill vara delaktiga vid val av behandlingsalternativ. Ett intressant resultat är också att de patienter som gör aktiva val generellt är mer nöjda med vården. En tänkbar förklaring skulle kunna vara att de helt enkelt väljer bättre vårdgivare. Det är därför väsentligt att bättre förstå både grunderna för patienternas val av vårdgivare och vilka som väljer. Det tycks som att hög utbildningsnivå är en viktig förklaringsfaktor bakom individens vilja och benägenhet att använda sig av valfriheten.

► *Patienterna valde vårdgivare baserat på närhet och rykte – inte medicinska resultat*

Patienters val av vårdgivare baseras i hög utsträckning på geografisk närhet till vårdgivaren, vårdgivarens rykte samt den tillgänglighet, kontinuitet och personalkompetens som erbjuds av vårdgivaren. Medicinsk kvalitetsinformation ligger däremot i låg utsträckning till grund för patienternas val av vårdgivare. Det skulle kunna vara så att en vårdgivares rykte även är en signal om medicinsk kvalitet, men detta behöver studeras ytterligare.

► *Patientnöjdheten tycks ha ökat något*

De studier om kvalitetseffekter som utförts på det svenska vårdvalet inom primärvården är svåra att tolka med säkerhet. Det tycks som att patientnöjdheten har ökat något efter vårdvalsinförandet men att därigenom dra slutsatsen att ökningen beror på vårdvalsinförandet är inte lika säkert.

► *Patienterna har fått kortare avstånd till vårdcentralen*

Ett stort antal vårdcentraler har tillkommit sedan den svenska vårdvalsreformen. Restiderna har därmed minskat för en stor del av befolkningen.

► *Effekterna på patienternas väntetider var dock små*

Samtidigt visar utvärderingarna av vårdvalet att väntetiderna inte tycks ha förändrats i särskilt stor utsträckning. Skillnaderna före och efter vårdvalets införande är små utifrån inrapporterade väntetidsdata och de patientmätningar som gjorts. Beträffande fritt val av vårdgivare inom specialistvården visar internationella studier att det finns vissa positiva effekter på väntetiderna. Viktigt att notera är att ingen studie har påvisat längre väntetider som en följd av ett fritt vårdval inom specialistsjukvården.

► *Kostnaderna har varit under kontroll vid införande av vårdval i primärvård*

Utvärderingar av det svenska vårdvalet visar att det har varit möjligt för landstingen att undvika kostnadsökningar efter införandet av vårdvalet. I andra länder finns det exempel på att kostnaderna både ökat och minskat till följd av införandet av valfrihet.

► *Kunskapen om valfrihetens effekter gällande effektivitet, medicinsk kvalitet och jämlikhet är bristfällig*

Resultatet av litteraturstudien visar att det är oklart om införandet av valfrihetsmodeller sammantaget lett till en mer effektiv vård. De internationella erfarenheterna är få och delvis motstridiga. De fåtal utvärderingar av vårdvalet i Sverige som identifierats ger visst stöd för att det är möjligt att samtidigt uppnå god kostnadskontroll, ökad vårdproduktion och bibehållen patientupplevd kvalitet. Vilka effekter valfrihetsmodeller leder till för den medicinska kvaliteten är till stor del okänt. Kunskapen om hur jämlikheten inom hälso- och sjukvården påverkas av valfrihetsreformerna är också ofullständig.

HUR KAN RESULTATEN FÖRSTÅS?

En väsentlig lärdom av litteraturstudien är att kunskapen om valfrihetens effekter på olika områden inom hälso- och sjukvården i flera avseenden är bristfällig. En förklaring, för svenskt vidkommande, är att valfrihetsreformer införts under senare tid och att utvärdering och forskning ännu befinner sig i ett startskede. I andra länder har valfriheten sällan varit den centrala frå-



geställningen eftersom valfrihet ofta funnits under längre tid och därför inte ansetts lika intressant att studera. För att få bättre kunskap om valfrihetens effekter är det väsentligt att verka för bättre möjligheter för uppföljning, utvärdering och forskning.

Rapporten slår fast att vi i Sverige har bristfällig kunskap om hur vårdvalet inom primärvården påverkat tillgängligheten för olika patientgrupper. Eftersom vård ska ges på lika villkor enligt hälso- och sjukvårdslagen är det väsentligt att kartlägga hur jämlikhetsaspekten utvecklats. Resultaten från rapporten understryker i detta sammanhang vikten av att studera vårdkonsumtionen på ett sätt som gör det möjligt att se hur vård ges till olika patientgrupper. Den typen av analyser förutsätter, med beaktande av integritetsintresset, tillgång till datakällor som gör det möjligt att knyta samman information om kostnader, vårdkontakter, patientupplevd kvalitet, medicinska behov och medicinsk kvalitet på patientnivå. Ytterligare en förutsättning för att studier av valfrihetssystem inom primärvården ska nå sin fulla potential är att regioner och landsting har fullt ut jämförbara data för att beskriva vårdens innehåll, vilket saknas idag. Till exempel används inte gemensamma termer och begrepp.

I rapporten framhålls även att den som vill skapa sig en bild av utvecklingen på nationell nivå får lägga pussel med olika studier. Det pekar på behovet av en samordnad nationell uppföljning och utvärdering. Landstingens självbestämmande gällande den konkreta utformningen av valfrihetsmodellerna gör också att möjligheterna för lärande utifrån ”best practice” inom olika områden borde vara stora. Det är också väsentligt att skapa en kultur där uppföljning och utvärdering intar en central roll i reformarbetet på både lokal och regional nivå och där forskning ingår som en integrerad del.

Vidare pekar studien på betydelsen av att fortsatt studera hur socioekonomiska förutsättningar, exempelvis utbildningsnivå, påverkar benägenheten att göra aktiva val av vårdgivare. Utifrån redan etablerad kunskap är det angeläget att skyndsamt se över hur grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar kan stödjas i att utnyttja sina valmöjligheter. Resultatet att vårdgivarnas informella rykte även ligger till grund för val av vårdgivare understryker vikten av att ha tillgång till sociala kontakter och nätverk. Sammantaget är det väsentligt att belysa hur informationsgivning till olika patientgrupper kan stödjas och utvecklas. Detta är särskilt relevant då studien även pekar på att en tänkbar förklaring till att de som gör aktiva val generellt sett är nöjdare med sin vård är att de helt enkelt erhåller bättre vård.

Den specifika designen av valfrihetsreformerna, exempelvis ersättnings-

systemen, har inte varit i fokus för litteraturgenomgången. Denna dimension är dock väsentlig att beakta för att nå fördjupad och praktisk tillämpar kunskap kring vårdens förbättrings- och utvecklingsarbete.

VILKA LÄRDOMAR KAN DRAS?

- ▶ *Det är väsentligt att stärka och stödja patienterna i deras val av vårdgivare.*

En viktig förutsättning i ett valfrihetssystem är att medborgare och patienter kan göra aktiva och välinformerade val. Litteraturgenomgången visar att hög utbildningsnivå är en betydelsefull förklaringsfaktor bakom individers vilja och benägenhet att använda sig av valfriheten. Det är därför angeläget att medborgare och patienter får ändamålsenligt stöd i att välja vårdgivare. Åtgärderna bör framförallt riktas mot grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar samt styras till primärvården. Att stödja dessa grupper i deras valsituation är ett viktigt komplement till övriga kvalitetssäkringsåtgärder.

- ▶ *Det är väsentligt att verka för att information om medicinsk kvalitet i större utsträckning än idag kan ligga till grund för patienternas val av vårdgivare.*

I praktiken är den medicinska kvaliteten inte en faktor som används i så hög grad av patienterna när de väljer vårdgivare. En förklaring kan vara att det i praktiken inte finns någon utbredd eller för patienten användbar kvalitetsinformation och att detta är skälet till att patienterna inte anser att den är viktig vid val av vårdgivare. Om detta stämmer är det väsentligt att förbättra informationen om vårdgivarnas medicinska kvalitet till patienterna då denna idag är bristfällig, särskilt inom primärvården.

- ▶ *Det är väsentligt att stimulera till kontrollerade studier med större möjligheter att både finna eventuella orsakssamband och att urskilja reformeffekter från andra samtida förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet.*

De flesta svenska studier av valfrihetssystem bygger på att man studerat förändringen före och efter vårdvalets införande. Det gör det svårt att uttala sig om huruvida en förändring av till exempel väntetider är en effekt av vårdvalet i sig eller en effekt av någon annan reform i sjukvården. Generellt finns det ett stort behov av framtida studier, exempelvis randomi-



serade och experimentella, som undersöker effekterna av ett vårdvalssystem. Dessutom behövs mer utförliga studier om hur olika patientgruppers tillgång till vård påverkas av valfrihetsreformer. Slutligen är det angeläget att ytterligare belysa vilka effekter olika design av vårdvalssystem har på exempelvis kvalitet och kostnader. Då alla landsting i praktiken har ett eget utformat vårdvalssystem skapas unika möjligheter att studera detta i Sverige.

Inledning

Under senare tid har valfrihetsfrågan fått stort genomslag inom svensk hälso- och sjukvård. Exempelvis har en lagstadgad rätt att välja vårdgivare inom primärvården införts (SFS 2008:962). Flera ändringar i hälso- och sjukvårdslagen har även genomförts för att stärka patientens ställning (SFS 1982:763). Historiskt sett har svenska patienters rättsliga ställning varit svag och länge avgjorde patienters bostadsadress var de kunde söka vård (Winblad & Ringard 2009). De första stegen mot valfrihet togs på 1990-talet genom att dåvarande Landstingsförbundet införde en rekommendation som gav patienter möjlighet att välja vårdgivare i hela landet. Rekommendationen, som uppdaterades år 2001, fick begränsat genomslag i de enskilda landstingen (Fredriksson & Winblad 2008, Fredriksson 2012) men banade ändå väg för den lagändring som trädde i kraft år 2010 med obligatoriskt vårdval i primärvården för samtliga landsting. Några landsting har dessutom de senaste åren infört vårdval inom delar av specialistsjukvården.

Även i andra europeiska länder har utökade valmöjligheter inom sjukvården införts de senaste decennierna. De andra skandinaviska länderna och England har exempelvis utvecklat patienters valmöjligheter inom specialistsjukvården. I de försäkringsbaserade sjukvårdssystemen, främst USA, Tyskland och Holland, har patienter traditionellt sett haft ett långtgående fritt val av vårdgivare inom ramen för sina försäkringar, varför frågan om valfrihet inte varit lika aktuell i dessa länder. Under senare tid har det emellertid skett en tillbakagång av patienternas valmöjligheter i flera av de centraleuropeiska länderna, samt i USA. Försäkringsbolagen försöker på olika sätt att begränsa valfriheten för att på så sätt erhålla en bättre kostnadskontroll. I detta avseende kan man alltså säga att de skattebaserade och de försäkringsbaserade sjukvårdssystemen närmar sig varandra.



En viktig politisk avsikt med valfrihetsreformerna i den svenska hälso- och sjukvården har varit att stärka patienters ställning i vården, dvs. öka den enskildes inflytande (SOU 2008:37, Prop. 2008/09:74). En central tanke med vårdval är att patienten ges möjligheten att välja bort en vårdgivare som han eller hon är missnöjd med eller att välja en vårdgivare med kortare väntetider. Grundpoängen med vårdvalssystemen är att valet är patientens eget och att patienten ska ges reella möjligheter att påverka vårdprocessen och vem man blir behandlad av.

Ovan har vi främst diskuterat valfrihet som ett sätt att stärka den enskilda medborgaren eller patienten. I den teoretiska debatt som förts om valfrihet har även andra synsätt lyfts fram, bland annat möjligheten att genom valfrihet effektivisera de offentliga välfärdssystemen. Genom sina val förmedlar patienterna information om hur de ser på servicens innehåll och kvalitet. Valfrihet kan enligt detta synsätt också betraktas som ett styrmedel som skickar signaler till vårdgivare och beslutsfattare om hur systemet kan förbättras. Denna idé skiljer sig från den traditionella styrningen av den offentliga sektorn som tillämpats i Sverige, där det huvudsakligen varit de politiska beslutsfattarna och professionerna som gjort bedömningen av kvaliteten och medborgarens behov av tjänster (Montin 1992, Blomqvist 2007).

Nyckeln till ett mer effektivt resursutnyttjande, enligt teorin, är att valfrihet leder till konkurrens mellan olika vårdgivare (även om det fortfarande är skattemedel som finansierar verksamheten). När patienternas val kopplas till ekonomiska incitament riskerar vårdgivarna inkomstbortfall om de blir bortvalda vilket rimligtvis innebär att de anstränger sig mer för att förstå patienters behov och tillmötesgå deras preferenser. Detta leder enligt teorin till en effektivitets- och kvalitetshöjning av verksamheten (Le Grand 2007, Berlin & Kastberg 2011)

Vissa kritiker menar att införandet av vårdval kan innebära högre kostnader för hälso- och sjukvården som helhet (Bevan m.fl. 2010b). Argumentet bygger på att vissa typer av ersättningssystem tenderar att öka volymen av de tjänster som produceras och att valfriheten därmed blir kostnadsdrivande. Detta i kombination med en ökad konkurrens kan innebära att vårdgivare erbjuder mer avancerade tjänster i syfte att locka till sig patienter, vilket kan leda till ökade kostnader. Ytterligare en risk som lyfts fram är att administrationskostnaderna ökar i ett valfrihetssystem. Exempelvis är stora kostnader involverade när det gäller att utforma och förmedla kvalitetsinformation om de olika vårdalternativen.

En annan kritik som lyfts fram mot valfriheten är att den riskerar att öka ojämlikheten i vården. Främst är det risken att mindre resursstarka grupper

kommer att göra sämre val och därmed erhålla kvalitativt sett sämre vård som har uppmärksamats (se Dixon & Le Grand 2006, Fotaki m.fl. 2005, Burström 2009, Bevan m.fl. 2010). I försäkringsbaserade sjukvårdssystem där patienterna alltid haft goda möjligheter att välja vårdgivare har jämlikhetsproblemet främst bestått i att försäkringsbolagen har haft starka incitament att "screena" och selektera bort vårdtunga patienter som har ansökt om försäkring. Detta har varit mest tydligt i det amerikanska systemet där ingen lagstadgad rätt till sjukvårdsförsäkring finns (Blomqvist 2007). I detta fall finns ojämlikheten inbyggd i sjukvårdssystemet eftersom den enskildes betalningsförmåga styr möjligheten att betala för vård eller teckna försäkring.

I de europeiska försäkringsbaserade systemen kan jämlikheten naggas i kanten genom att det existerar olika typer av försäkringar där vissa kostar mer än andra, även om alla individer har ett lagstadgat grundskydd. I de skattebaserade sjukvårdssystemen, såsom det svenska, är frågan om valfrihetens effekter på jämlikheten mer subtil. Vissa menar att det inte är något problem så länge den offentliga finansieringen bibehålls. Andra forskare har dock påpekat att det även inom skattebaserade system kan finnas olika mekanismer som kan leda till att ojämlikhet uppstår som en konsekvens av konkurrens mellan vårdgivare inom ramen för valfrihetssystemen (Light 2000, Le Grand 2007). De som betraktar valfrihet som ett hot mot jämlikheten menar att valfrihet främst gynnar resursstarka grupper eftersom dessa har bättre kunskap om möjligheten att välja i sig men också bättre möjligheter att välja de mest högkvalitativa vårdalternativen. Till de mer resursstarka grupperna räknas ofta de yngre, som dels har bättre hälsostatus generellt sett, dels oftast har en högre utbildningsnivå. Mindre resursstarka individer får då hålla till godo med vård av lägre kvalitet.

Ett annat potentiellt hot mot jämlikheten är de ekonomiska incitament som införs när vårdgivare med vinstsyfte konkurrerar om patienterna inom ett vårdvalssystem. Givet att olika medicinska tillstånd kostar olika mycket att behandla och att ersättningen från de offentliga systemen ofta inte kompenserar dessa skillnader fullt ut, skapas ett intresse av att på olika sätt försöka attrahera de statistiskt sett mer lönsamma patientgrupperna. Frågan är emellertid vilka möjligheter vårdgivarna har att agera på detta sätt, dvs. att underförstått selektera patienter genom att inrikta sig mot särskilda patientgrupper och i vilken utsträckning ett sådant beteende kan motverkas med hjälp av utformningen av ändamålsenliga ersättningssystem.

Sammanfattningsvis finns det olika bilder av vilka effekter som är rimliga att förvänta sig till följd av att valfrihetssystem införs i vården. De positiva effekterna som oftast lyfts fram är ökad valfrihet för patienten och ökad effekti-



vitet och kvalitet i verksamheten medan andra som är mer kritiska framförallt inriktar sig på risken att ett valfrihetssystem leder till ökade kostnader och ökad ojämlikhet. Vilka effekter som valfriheten får i praktiken är emellertid en empirisk fråga som bör undersökas. I samband med genomförandet av valfrihetsreformerna har flera vetenskapliga studier genomförts som undersökt vilka effekter införandet har haft på faktorer såsom tillgänglighet till vård, jämlikhet och medicinsk kvalitet. Det saknas dock i dagsläget en översiktsstudie som sammanställer resultaten från den internationella vetenskapliga forskningen och de svenska utvärderingar som gjorts inom området.

1.1 UPPDRAGETS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna rapport är att göra en systematisk genomgång av den svenska och internationella forskningen om hur patienter väljer och hur valfrihetsreformerna påverkar kvalitet, jämlikhet, tillgänglighet och kostnader. Följande frågeställningar besvaras inom ramen för uppdraget:

1. Vill patienterna välja vårdgivare?
2. På vilka grunder väljer patienter vårdgivare (till exempel väntetider, kontinuitet, restid och kvalitetsinformation)?
3. Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare med avseende på:
 - kvalitet?
 - jämlikhet?
 - tillgänglighet?
 - kostnader och effektivitet?

Litteraturöversikten syftar till att tillhandahålla ett underlag som kan ligga till grund för en vidareutveckling av de valfrihetsreformer som kommuner och landsting inför rörande exempelvis val av vårdgivare inom primär- och specialistsjukvården.

1.2 RAPPORTENS UPPLÄGG

I texten ovan redogjordes kort för motiven till valfrihetsreformerna i Sverige samt studiens syfte och frågeställningar. I kapitel 2 beskrivs de svenska och några andra länders erfarenheter av valfrihet i hälso- och sjukvården samt hur reformerna är utformade. I det tredje kapitlet redogörs för hur föreliggande litteraturgenomgång genomförts metodologiskt, bland annat diskuteras urvalsfrågor och avgränsningar. I det fjärde kapitlet redovisas dels de studier

som undersökt om patienter vill välja vårdgivare samt hur många patienter som gör aktiva val, och dels de studier som undersökt vilka faktorer som påverkar hur patienter väljer vårdgivare. I kapitel fem till åtta redogörs för vilka effekter ett fritt val av vårdgivare har haft på kvalitet, jämlikhet, tillgänglighet och kostnader. Det avslutande kapitlet innehåller slutsatser, diskussion och implikationer utifrån de resultat som litteraturgenomgången pekar på.



Reformer som utvecklat valfriheten

2.1 VALFRIHETSREFORMER I DEN SVENSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Eftersom flera av de studier som ingår i litteraturgenomgången är svenska är det på sin plats att ge en kort beskrivning av hur valfriheten inom den svenska sjukvården utvecklats över tid och hur valfrihetssystemen är utformade. Konkret manifesterades valfrihetsidén under 1990-talet i en rad statliga reformer, bland annat vårdgarantin, husläkarreformen, införandet av second opinion och en rekommendation från Landstingsförbundet som reglerade valfriheten på olika vårdnivåer. Den första valfrihetsreformen var den rekommendation om valmöjligheter i hälso- och sjukvården som antogs av Landstingsförbundet år 1989 och som kom att ligga till grund för patienters möjligheter att välja vårdigvare i samtliga landsting i Sverige. Rekommendationen innebar att medborgarna fritt skulle kunna välja vårdcentral och sjukhus i det egna landstinget och utanför landstingsgränsen kunna välja slutenvård. För detta krävdes dock att läkare i hemlandstinget fastställt vårdbehovet, med andra ord behövde patienten en remiss. Dessutom skulle landstingen enligt rekommendationen verka för att pendlare och boende nära länsgränserna kunde välja primär- och öppenvård i grannlandstingen. Valfriheten inkluderade dock inte regionsjukvård, dvs. högspecialiserad vård som enbart fanns vid vissa sjukhus. I rekommendationen slogs tydligt fast att valfriheten skulle gälla privata såväl som offentliga alternativ. Valfriheten gällde från första dagen och var inte, som är fallet i den så kallade Vårdgarantin, kopplad till att patienten väntat en viss tidsperiod på vård.

En rapport från Socialstyrelsen (1999) visade dock att utformningen av valmöjligheterna i praktiken skilde sig stort mellan landstingen och att exakt vilka regler som gällde ofta var otydligt. I samma rapport påtalades även att bristande information, exempelvis när det gällde väntetider, försvårade



patienternas val. Landstingsförbundet tog fasta på Socialstyrelsens kritik av det delvis komplicerade regelverket om valfrihet och påbörjade en revision av den ursprungliga valfrihetsrekommendationen från år 1989. Den reviderade rekommendationen började gälla från och med den första juli 2001 (Landstingsförbundet 2000). De fyra nordligaste landstingen anslöt sig emellertid inte förrän den första januari 2003. Innehållsmässigt var den enda skillnaden att även öppen vård i annat landsting, till exempel för en starroperation, inkluderades i den nya rekommendationen. Sammanfattningsvis fick patienter inom svensk sjukvård under 2000-talets början formella – om än inte lagstiftade – möjligheter att välja vårdgivare inom både primär- och specialistsjukvården.

Den första valfrihetsrekommendationen fick i praktiken ett ganska begränsat genomslag och patienterna tycks inte ha varit särskilt medvetna om sina möjligheter att välja vårdgivare. Inte heller tycks personalen ha känt till vad som förväntades av dem. Vissa av landstingen såg dessutom valfriheten som en utmaning mot den egna planerings- och kostnadskontrollen och var därför tveksamma till att införa reformen (Fredriksson & Winblad 2008, Winblad 2007, 2008).

Utvecklingen mot utökade valmöjligheter för patienter tog fart igen i mitten av 2000-talet. I flera landsting valde man att införa lokala valfrihetsmodeller inom primärvården. Pionjärer var Halland, Stockholm samt Västmanland. I Halland infördes en valfrihetsmodell inom primärvården redan år 2007 och i Stockholm och Västmanland infördes fritt vårdval inom primärvården år 2008. Inslagen av privat drivna vårdcentraler har samtidigt ökat markant – i stort sett alla nyetablerade mottagningar inom landstingen är privat drivna.

Regeringen, som haft en tydlig inriktning att öka valfriheten i vården, lät sig inspireras av de lokala initiativen och valde att lagstifta om vårdvalet. Det främsta skälet till den nya lagen var att man ville försäkra sig om att patientens ställning stärktes och att man ville öka mångfalden av vårdgivare i vården (se Prop. 2008/09:74). Från och med den första januari 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att införa ett vårdvalssystem i primärvården, enligt bestämmelserna i lagen (SFS 2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Den grundläggande principen i det nya förslaget var att fri etablering för nya vårdgivare skulle införas och att ersättningen till vårdgivarna skulle följa patientens val (Socialstyrelsen 2010).

Det ursprungliga förslaget (SOU 2008:37) var långtgående och föreslog att ersättningssystemet och vårdgivarnas åtagande skulle se likadant ut i hela landet. Landstingens remissvar var mycket kritiska till det som man uppfattade som ökad centralstyrning varpå förslaget ändrades på en rad punkter.

I det slutgiltiga förslaget var den grundläggande principen att patienternas val skulle styra resurserna till den vårdgivare patienten valde. Reformen innebar även att etableringsfrihet för privata primärvårdsutförare infördes i alla landsting. Däremot fick landstingen själva utforma ersättningsystem, listningsförfarande och vårdgivarnas åtagande samt vilka kvalitetskrav som skulle ställas på utförarna.

Som visas längre fram i rapporten har samtliga landsting infört vårdvalssystem. En mätning från år 2010 visar att det skett en ökning av antalet primärvårdsmottagningar i landet med drygt 23 procent (Konkurrensverket 2010b). I praktiken har utformningen av vårdvalssystemen dock kommit att variera stort bland landstingen. Hur systemen utformas är viktigt att ta i beaktande när man analyserar effekterna av reformen (se kapitel 5–8). Ett exempel på vad som skiljer sig mellan landstingen är utformningen av ersättningsystemen. Vissa landsting har valt en modell där ersättningen nästan helt baseras på en fast ersättning per listad individ (s.k. kapitering) medan andra har fokuserat på en större andel ersättning per prestation (till exempel ersättning per patientbesök). Idén bakom en hög grad av kapitationsersättning är att landstingen kan behålla kostnadskontrollen samtidigt som man stimulerar hälsorelaterade och förebyggande insatser. Nackdelen med denna typ av ersättning är att det leder till minskade incitament för utförarna att producera vilket i förlängningen kan leda till ett sämre resursutnyttjande (Anell 2008, 2011). Tanken bakom prestationsersättning är att skapa ekonomiska incitament för utförarna att korta telefonköer eller att öka produktionen i form av exempelvis fler läkarbesök. Eventuella nackdelar med detta är att producenternas prioriteringar kommer att fokuseras enbart på de delar som ger mest ersättning vilket möjligen leder till icke önskvärda effekter beträffande andra delar av uppdraget. Det blir också svårare för landstingen att bibehålla kontrollen över kostnaderna i ett system som fokuserar på prestationsersättning (Jacobsson 2007). För landstingen blir det följaktligen en delikat balansgång att hitta ett system som skapar incitament för utförarna att göra det man önskar utan att de negativa effekterna av incitamenten blir för stora. De flesta landsting har initialt valt att införa ett ersättningsystem som lägger stor tonvikt vid kapitationsersättning. Om man bortser från Stockholm och Uppsala så har alla landsting ett system där kapitationsersättningen utgör minst 80 procent av den totala ersättningen. I Stockholm utgör kapitationsersättningen enbart ca 40 procent, medan den i Uppsala ligger på runt 70 procent (Konkurrensverket 2010b).

Inom specialistsjukvården finns det idag inget lagstadgat vårdval i Sverige. Regeringen har gett i uppdrag till den så kallade Patientmaktsutredningen



(Dir. 2011:25) att utreda frågan om eventuellt ytterligare lagstiftning inom området. Utredningens första delbetänkande skall presenteras 30 juni 2012. Några av landstingen, bland annat Stockholms läns landsting, har redan infört vårdval inom ett antal specialiteter, bland annat inom höft- och knäprotesoperation, gråstarrsoperation, och specialiserad rehabilitering samt inom neurologisk sjukdom/skada (Vårdguiden 2011). Även vissa andra landsting har påbörjat processen med att införa vårdval inom en eller flera specialiteter inom specialistsjukvården. Region Skåne och Uppsala läns landsting har kommit längst i detta avseende.

2.2 UTVECKLINGEN AV VALFRIHETEN INOM SJUKVÅRDEN I ANDRA LÄNDER

Eftersom majoriteten av de artiklar och rapporter som redogörs för i föreliggande litteraturgenomgång kommer från England, Danmark och Norge känns det angeläget att kort redogöra för hur valfriheten inom sjukvården utvecklats i dessa länder. Att förstå respektive lands sjukvårdssystem och hur valfriheten regleras underlättar tolkningen av de presenterade studierna.

Gemensamt för England, Danmark och Norge är att de under det senaste decenniet har genomfört flera reformer som utvidgat valmöjligheterna för patienter, särskilt inom specialistsjukvården. Länderna är dessutom av särskilt intresse eftersom de i likhet med Sverige har en skattefinansierad sjukvård där endast en liten del av finansieringen består av patientavgifter. Alla tre länder har dessutom en blandning av både privata och offentligt drivna vårdgivare som förser invånarna med sjukvård. Sammantaget gör detta att de lämpar sig väl som jämförelseländer gentemot Sverige när det gäller att undersöka effekterna av valfrihetssystem.

Det land som utmärkt sig särskilt inom valfrihetsområdet under senare år är England. Under senare delen av 2000-talet har valmöjligheterna för engelska patienter ökat stort. Det engelska sjukvårdssystemet utgörs huvudsakligen av National Health Service (NHS), som etablerades år 1948. NHS tillhandahåller kostnadsfri vård för alla invånare i England och utgör därmed världens största offentligt finansierade sjukvårdssystem. Vid sidan av NHS finns en mindre privat sjukvårdssektor, framförallt inom specialistvården. Den finansieras oftast av privata försäkringar. Omkring 13 procent av befolkningen täcks av sådana. Det finns dock exempel på samarbete mellan NHS och privata vårdproducenter där patienter i viss mån har möjlighet att remitteras till en privat klinik (Boyle 2011:21, NHS Choices 2011, Dixon m.fl. 2010).

Under 2000-talet infördes flera marknadsreformer inom NHS. Som en del

av dessa reformer har patientval utvecklats. Genom att konkurrensutsätta vårdgivarna var ambitionen från regeringens sida att uppnå ökad effektivitet, minskade köer och ökad kvalitet genom att patienter gavs möjlighet att aktivt jämföra vårdgivarnas kvalitet och därmed göra välinformerade val (Dixon m.fl. 2010). Som ett första steg i patientvalsreformen genomfördes år 2002 ett pilotprojekt i London, London Patient Choice (LPC), där patienter inom vissa specialiteter som väntat på vård i över sex månader erbjöds vård vid ett annat sjukhus med kortare väntetid (Burge m.fl. 2005). Från januari 2006 infördes officiellt patientval till alla engelska patienter, vilket gav dem rätt att vid remittering till specialistvård få möjlighet att välja mellan 4-5 vårdgivare (Cooper m.fl. 2011). Under år 2008 utökades denna valfrihet till att även innefatta specialistvård vid alla engelska NHS-sjukhus och även många privata producenter (Boyle 2011). Som en del i denna reform infördes ett bokningssystem 'Choose and Book', där familjeläkare (GP) och patienter gavs möjlighet att vid remittering boka tid vid en självvald specialistmottagning (Cooper m.fl. 2011). För att öka patientens möjlighet att göra aktiva, välinformerade val baserat på jämförbar kvalitetsinformation infördes en nationell webbsida, 'NHS Choice'.

Uppdelningen mellan primär- och specialistsjukvård innebär bland annat att remittering till specialistvård sker genom familjeläkaren (GP). Därmed blir läkarens villighet att informera patienten om dennes valmöjligheter avgörande i reformens implementering (Dixon m.fl. 2010). I dagsläget är patienter begränsade till sitt upptagningsområde när de ska välja GP. Det finns dock ett förslag till en valfrihetsreform även för primärvården. I ett pilotprojekt med start i april 2012 ska patienter fritt kunna registrera sig hos en GP utanför sitt eget upptagningsområde. Ett antal sjukvårdsdistrikt (Primary Care Trusts) i centrala London, Manchester/Salford och Nottingham är inkluderade i projektet som avslutas efter ett år med en oberoende utvärdering (Department of Health 2011a, 2011b). Sammanfattningsvis har engelska patienter en långtgående valfrihet inom specialistsjukvården men än så länge begränsade valmöjligheter inom primärvården.

Danmark har i likhet med Sverige ett skattefinansierat sjukvårdssystem. Tidigare hade de danska regionala enheterna, de så kallade amterna, egen beskattningsrätt vilken togs bort i samband med regionreformen i Danmark år 2005 (Vrangbaek 2009). Regionerna har dock fortfarande ansvar för driften och organiseringen av sjukvården i landet. I Danmark har medborgarna sedan länge rätt att välja sin egen familjeläkare och, till skillnad från Sverige, en lagstadgad rätt för patienterna att fritt välja sjukhus. I det danska systemet spelar husläkarna en central roll eftersom de är patienternas första kontakt med sjukvården samt att patienten i de flesta fall behöver en remiss för att



söka specialiserad vård (Winblad & Ringard 2009). Principen är att medborgarna har ett fritt val av läkare inom en radie på 15 km. I Köpenhamn, Frederiksberg, Tårnby och Dragør är gränsen för valet reducerad till 5 km från hemmet. Vill man välja en läkare längre bort har den tilltänkta läkaren formell möjlighet att neka patienten att listas hos honom eller henne. Avståndskravet är främst en följd av att hembesök är vanliga i Danmark och att det måste vara tidsmässigt rimligt för läkaren att besöka sina patienter. Patienter har möjlighet att mot en liten avgift byta husläkare så ofta de önskar.

Tidigare gällde valfriheten i Danmark enbart primärvården men inte sjukhusvården. Beträffande val av sjukhus var patienterna bundna till ett visst sjukhus genom sin bostadsadress. Frågan om valfrihet inom sjukhusvården väcktes av den liberal-konservativa samlingsregeringen i början av 1990-talet som ett led i att minska väntetiderna och stärka patientens ställning (Vrangbaek m.fl. 2012). Även om de dåvarande amterna var emot förslaget infördes en lag om fritt val av sjukhus 1 januari 1993 (Vrangbaek & Östergren 2006). Lagen innebar att patienter fritt kunde välja vård vid samtliga offentliga sjukhus i landet. Sedan lagen infördes år 1993 har den justerats flera gånger, exempelvis har den kopplats till ett DRG-baserat ersättningssystem. Detta i sig har inneburit att ersättningen för en valfrihetspatient har ökat vilket gjort det attraktivt för sjukhusen att ta emot dem (Martinussen & Magnussen 2009). År 2002 infördes en utvidgad valfrihetsreform för den planerade sjukhusvården. Reformen kallades för ”frit sygehusvalg” och innebar att patienter även kunde välja att vårdas vid privata sjukhus var som helst i landet men även utomlands förutsatt att det egna sjukhuset inte kan erbjuda behandling inom två månader. Lagändringen innebar att sjukhusen erhöll starka incitament att korta väntetiderna för att inte förlora patienter (Vrangbaek & Östergren 2006). Sedan en tid tillbaka räcker det med att patienterna väntat på behandling eller utredning en månad för att de ska ha rätt att åberopa det fria vårdvalet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010). För att underlätta valet av sjukhus har regeringen upprättat en speciell webbsida med utförlig kvalitetsinformation om olika vårdgivare (Winblad & Andersson 2011).

Norska patienter har i stort sett samma möjligheter att välja vårdgivare som de danska patienterna. Det norska systemet har en väl utbyggd primärvård där husläkaren har en central roll. Formellt sett har norrmännen sedan tidigare haft stora möjligheter att välja primärvårdsläkare var de så önskat. I praktiken var valet dock ofta begränsat på grund av brist på läkare. Detta var ett av skälen till den husläkarreform (Fastlegeordningen) som infördes år 2001. Reformen innebar att alla invånare skulle listas hos en specifik husläkare. Man fick fritt välja husläkare men fick byta husläkare högst två gånger

årligen. I praktiken kom norska patienters valfrihet därmed att begränsas mot det tidigare systemet där man fått gå till vilken läkare man önskade (Winblad & Ringard 2009). Samtidigt har husläkarreformen i Norge haft andra önskade effekter, bland annat har antalet läkare ökat och därmed tillgängligheten i systemet. Patientnöjdheten har även ökat i motsvarande grad. Till de negativa effekterna hör att reformen varit kostsam (SOU 2008:37).

Beträffande val av sjukhus var norska patienter länge hänvisade till det närmaste sjukhuset eftersom dessa hade strikta upptagningsområden. Detta tämligen rigida system blev, liksom i det svenska fallet, kritiserat för att orsaka långa väntetider och ojämlig tillgänglighet i landet. Denna kritik banade väg för den omfattande reform från år 2001 som innebar att patienterna fick välja sjukhus. Till att börja med omfattades enbart de offentliga sjukhusen av reformen. Vid senare tillfälle har lagen utökats till att även inkludera privata sjukhus som har kontrakt med de regionala enheterna (Winblad & Ringard 2009). Den socialdemokratiska regeringen begränsade dock valfriheten till att enbart välja sjukhus i den egna regionen och i grannregionerna. Efter kritik från oppositionen utökades sedan valet av sjukhus till att gälla i hela landet (Martinussen & Magnussen 2009).

2.3 SAMMANFATTNING

Genomgången visar att valfrihetsreformerna i Sverige främst har fått genomslag inom primärvården. Valfriheten manifesterades genom att ett obligatoriskt vårdvalssystem infördes i alla landsting 1 januari 2010. Än så länge finns inte samma reglering av vårdvalet inom specialistsjukvården men en pågående statlig utredning, den så kallade Patientmaktsutredningen, undersöker frågan om ytterligare regleringar inom området. I de övriga länder som beskrivits ovan, England, Danmark och Norge, är det framförallt det fria valet inom specialistsjukvården som varit i fokus under senare år. I dessa tre länder har omfattande förändringar skett det senaste decenniet gällande patientens möjligheter att välja sjukhus. Detta förhållande avspeglas även i de studier som denna litteraturgenomgång baseras på – huvuddelen av de internationella studierna berör val inom specialistsjukvården och ett litet antal primärvården. Att känna till hur respektive valfrihetssystem är uppbyggt är centralt för att kunna tolka och förstå resultaten i studierna och vilken relevans de kan sägas ha för den svenska kontexten. Exempelvis bygger fritt val av sjukhus i hög grad på den remitterande läkarens roll vilket skiljer sig från valet av primärvårdsläkare där valet enbart styrs av patienten.



Metod

I syfte att besvara frågeställningarna i föreliggande rapport genomfördes en bred litteraturgenomgång. De redovisade resultaten bygger således på redan befintliga forskningsartiklar och vetenskapliga rapporter som försökt besvara frågorna om huruvida patienterna vill välja vårdgivare, på vilka grunder patienterna gör sina val samt vilka effekter ett införande av fritt val av vårdgivare medför. Nedan redogörs för vilka databaser och söktermer som användes vid litteratursökningen, samt hur urvalet av artiklar gick till.

3.1 DATABASER

För att välja ut de artiklar som behandlar frågan om på vilka grunder patienter väljer vårdgivare och effekterna av valfrihetssystem genomfördes en systematisk litteratursökning i flera databaser. Databaserna valdes ut med syfte att inkludera artiklar inom olika ämnesområden såsom medicin, hälso- och sjukvårdsforskning, ekonomi, statskunskap och sociologi. Sökningarna gjordes i de databaser som är listade i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Tabell över genomsökta databaser

Namn	Ämnesområden
Scopus	Generell
ScienceDirect	Generell
PubMed	Medicin
Google Scholar	Generell
Education Research Complete	Utbildning och undervisning
Sociological Abstracts	Sociologi och samhällsvetenskap
International Bibliography of the Social Sciences (IBSS)	Samhällsvetenskap
EconLit	Ekonomi
Business Source Premier	Ekonomi
PAIS International	Statskunskap och förvaltningsstudier
PsycINFO (Ovid)	Psykologi och beteendevetenskaper
Emerald Journals (Emerald)	Ekonomi och styrning
OECD iLibrary	Generell
AMED	Medicin
Web of science (ISI)	
Science Citation Index Expanded	Naturvetenskap
Social Sciences Citation Index	Samhällsvetenskap
Arts & Humanities Citation Index	Humaniora
Conference Proceedings Citation Index-Science	Naturvetenskap
Conference Proceedings Citation Index-Social Science & Humanities	Samhällsvetenskap och humaniora

3.2 SÖKMETOD OCH URVAL AV ARTIKLAR

I sökningen användes olika sökord för att hitta artiklar som behandlade olika aspekter av begreppet valfrihet. Dessa var: patient choice, choice of provider, patients' choice, choosing provider, user choice, voucher, choosing hospital.

På motsvarande sätt användes olika sökord för att hitta artiklar som behandlar effekter av valfriheten. När det gäller valfrihetsreformernas effekter på tillgänglighet användes exempelvis sökorden access och waiting times. Asterisker eller motsvarande symboler har använts i sökningarna för att fånga in olika tänkbara böjningar av sökordet. De sökord som använts i litteratursökningen återfinns i tabell 2 nedan.

Tabell 2. Sökord som användes i litteratursökningen

Patient* choice*
Voucher
Voucher system*
Free choice*
User choice*
Choice* of provider*
Choice* of producer*
Choice* of health care centre*
Choice* of primary care
Choosing provider*
Choosing hospital*
Choosing primary care
Choosing producer*
Access*
Waiting time*
Quality
Patient* satisfaction
Cost*
Active choices
Equity
Equitable
How do* patient* choose
Influence* patient* choice*
Predictor* patient* choice*
Impact*
Effect*
Affect*
Do*patient*choose*provider*/caregiver*/doctor/GP/physician
Do*patient*want to choose

Endast vetenskapliga artiklar och rapporter publicerade efter den 1 januari 2000 till och med november 2011 inkluderades i databassökningen. Denna period är delvis godtyckligt vald. Förutsättningarna för att göra välinformerade och sakliga val har emellertid förändrats stort de senaste decennierna, dels genom en ökad individualisering av samhället, dels genom en utbyggnad av digitala tekniker för informationsöverföring. Därför är det rimligt att av-



gränsa litteratursökningen till att omfatta studier publicerade efter år 2000. En brist med denna avgränsning är att det finns några relevanta studier om hur och på vilka grunder patienter väljer vårdgivare från mitten av 1990-talet som inte kommer med i urvalet. Notera dock att de studier som inkluderades i föreliggande rapport kan baseras på data som samlats in tidigare än år 2000 - urvals begränsningen gäller enbart publiceringsdatum för artiklarna och rapporterna.

Urvalet av de artiklar som inkluderades i den slutgiltiga litteraturgenomgången skedde i flera steg. I ett första steg gjordes sökningar i de olika databaserna som listats i tabell 1. Sökningarna gav varierande antal resultat i de olika databaserna – totalt erhöles mellan 28 och 4 789 träffar i respektive av de 15 databaserna när de olika sökbegreppen kombinerades. Totalt blev antalet träffar 11 430. En stor del av dessa var dubletter eftersom samma sökträffar återkom i flertalet av databaserna.

I ett andra steg valdes de artiklar eller rapporter ut som baserat på titel och ”keywords” såg ut att behandla någon av frågeställningarna i rapporten. Sammanlagt valdes 161 artiklar ut för vidare analys.

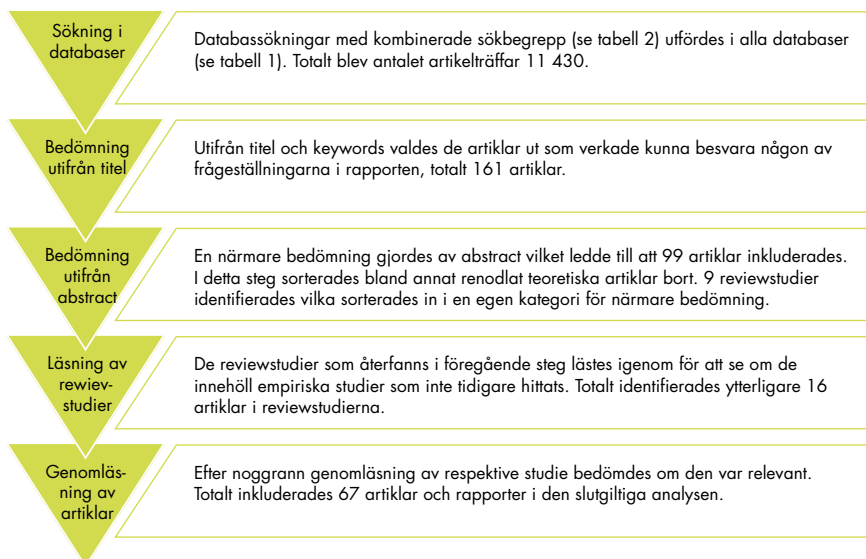
I ett tredje steg lästes artiklarnas abstracts igenom. Målet var att identifiera de artiklar och rapporter som verkligen behandlade någon av frågeställningarna i föreliggande rapport. Rapporter och artiklar som inte rörde valet av vårdgivare sorterades bort. Exempelvis finns det en livlig vetenskaplig diskussion om patienters val av behandling som ofta dyker upp när man söker på patient choice. Denna diskurs är inte intressant för denna litteraturgenomgång varför dessa artiklar sorterades bort. Vidare valdes ett stort antal artiklar bort som behandlade valfrihetsfrågan teoretiskt men som inte byggde på egna empiriska undersökningar. I de teoretiska artiklarna var det vanligt att författarna utifrån vissa teoretiska antaganden resonerade kring vilka effekter en viss valfrihetsreform skulle kunna få. Utifrån genomläsningen av abstracten bedömdes 99 artiklar besvara någon av frågeställningarna i rapporten.

I detta steg av urvalsprocessen urskiljdes även de artiklar som utgjorde reviewstudier i någon form, dvs. artiklar som inte innehöll någon egen empirisk undersökning utan enbart sammanställde andra studier. Totalt identifierades 9 reviewstudier (Faber m.fl. 2009, Fotaki m.fl. 2005, Fotaki m.fl. 2008, Kolstad & Chernew 2009, Lorenzetti & Noseworthy 2011, Propper 2010, Rehnberg & Goude 2011, Socialstyrelsen 2011, Thomson & Dixon 2006). I ett fjärde steg lästes dessa igenom för att identifiera artiklar som inte hittats genom databassökningarna. Genomläsningen medförde att ytterligare 16 empiriska artiklar inkluderades bland de artiklar som gick vidare till nästa steg i urvalsprocessen.

I ett femte steg lästes alla artiklar och rapporter igenom noggrant för att slutgiltigt bedöma om de kunde svara på någon av frågeställningarna i rapporten. I detta skede gjordes ingen bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet, således inkluderades även studier med bristande kvalitet. Artiklarnas och rapporternas kvalitet bedöms istället i den löpande texten där metodologiska förtjänster och brister behandlas varpå en värdering av resultatet sker. Vid genomläsningen av artiklarna uteslöts emellertid de artiklar som inte direkt mäter effekten av valfrihetssystem och som bygger på patienternas val av vårdgivare utan istället behandlar exempelvis patienters val av sjukvårdsförsäkring. Exkluderades gjordes även artiklar från länder där förutsättningarna skiljde sig väsentligt från svenska förhållanden, exempelvis hälso- och sjukvårdssystem med hög andel egenavgifter för patienter. Artiklar som inte rör hälso- och sjukvård utan exempelvis farmaci, äldreomsorg eller social omsorg exkluderades också. De exkluderade artiklarna och anledningen till att dessa inte togs med i rapporten beskrivs i Appendix 2.

De artiklar som efter noggrann genomläsning fortfarande bedömdes som relevanta inkluderades i den slutgiltiga analysen. Samtliga referenslistor från de inkluderade artiklarna studerades och i de fall relevanta artiklar påträffades inkluderades även dessa för att senare bedömas i sin helhet. Totalt innebar det att 67 artiklar och rapporter inkluderades i den slutgiltiga analysen, se figur 1 för ett flödesschema av hela urvalsprocessen.

Figur 1. Schema över urvalet av artiklar som ingår i rapporten



Utöver de vetenskapliga artiklar och rapporter som inkluderades genom databassökningarna har även svenska rapporter och utvärderingar av det svenska vårdvalet inkluderats i analysen. Dessa, ofta relevanta rapporter avseende det svenska vårdvalet, återfinns inte genom sökningar i vetenskapliga databaser. För att identifiera relevanta rapporter som behandlat det svenska vårdvalet har därför flera myndigheters, organisationers samt alla landstings webbplatser genomsökts. De myndigheter och organisationer som inkluderades i sökningen var: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Konkurrensverket, Tillväxtverket, Riksrevisionen, Ekonomistyrningsverket, Statskontoret och SNS.

De inkluderade landstingens, myndigheternas och organisationernas webbplatser genomsöktes för perioden 2007 – december 2011. Att år 2007 valdes som brytpunkt beror på att det var då den första vårdvalsmodellen infördes i Sverige. Om de utvalda rapporterna behandlade vårdvalet valdes de ut för närmare genomläsning. Därefter gjordes en bedömning av huruvida rapporten ifråga var relevant för de berörda frågeställningarna i rapporten. Om detta var fallet inkluderades rapporten i analysen. Sammanlagt inkluderades 8 svenska rapporter och utvärderingar.

3.3 ANALYS OCH SAMMANSTÄLLNING AV RESULTAT

De artiklar och rapporter som bedömdes vara relevanta lästes igenom noggrant. Därefter sorterades de efter respektive frågeställning. Detta innebar att studierna kom att behandlas i sammanlagt sex olika grupper. Vissa av studierna behandlade mer än en frågeställning och kom därför att ingå i flera olika grupper. Därefter gjordes en bedömning av studiernas kvalitet utifrån en kritisk genomgång av studiernas syfte, metodologiska upplägg och slutsatser. Även artiklar av bristande metodologisk kvalitet inkluderades i genomgången men implikationer och tolkningar av dessa artiklar diskuteras kritiskt i den löpande texten. Slutligen sammanfattades varje artikel i den löpande texten under lämplig rubrik.

I Appendix 1 finns en kort beskrivning av varje studie. Där återfinns titel, författare och tidskrift. Dessutom ges information om vilket land studien utförts i, metodologisk ansats, antal undersökta individer samt huvudresultat.

I Appendix 2 återfinns information om vilka artiklar som exkluderats i urvalsprocessen. För dessa anges författare, titel, tidskrift samt skäl för exklusion.

Vill patienter välja och på vilka grunder väljer patienterna vårdgivare?

I detta kapitel sammanfattas och analyseras både internationella vetenskapliga artiklar och ett antal svenska rapporter som behandlar frågorna om patienter vill välja vårdgivare, hur stor andel av patienterna som gör aktiva val av vårdgivare samt på vilka grunder patienterna väljer vårdgivare. Hur patienterna väljer vårdgivare utgör tillsammans med beteendet hos vårdgivarna de mekanismer som påverkar vilka effekter som ett vårdvalssystem kommer att få. Om patienter exempelvis lägger stor vikt vid den medicinska kvaliteten när det gäller valet av vårdgivare innebär det att vårdgivare som prioriterar en högkvalitativ vård kommer att gynnas. Detta betyder i förlängningen att vårdvalssystemet leder till ökad kvalitet i sjukvården som helhet. Därför är det av stor vikt att undersöka hur patienterna väljer vårdgivare.

I detta kapitel redovisas forskningen om svenska förhållanden separat från studier utförda utanför Sverige. Frågan om vilka faktorer som har betydelse vid val av vårdgivare delas in i tre olika delar: 1) studier som gäller hypotetiska valsituationer, 2) enkätstudier som utförts efter faktiska val, och 3) databasstudier som undersöker faktiska val. Ett metodologiskt problem är att de studier som ingår i litteraturoversikten inte alltid möjliggör korrekta eller relevanta jämförelser, vilket bland annat beror på att studierna utförts i olika sjukvårdssystem, undersöker olika vårdnivåer (primärvård och specialistvård) och bygger på olika studiedesign. Studierna skiljer sig exempelvis åt gällande om forskarna undersökt hypotetiska eller faktiska val, om undersökningen gjorts via enkät eller intervju, vilka variabler som undersökts och antalet svarsalternativ. Kunde studiedeltagarna exempelvis ge fria kommentarer eller fanns bara förutbestämda svarsalternativ? Studierna visar därför delvis motstridiga resultat, trots att frågeställningarna är likartade. Studierna är



också olika tillförlitliga, svarsfrekvenserna i enkätstudierna som undersökts i denna litteraturgenomgång varierar från 29 procent till 94 procent. I de flesta av de studier som ingår i denna litteraturgenomgång ligger svarsfrekvensen på runt 50 procent. En högre svarsfrekvens minskar risken för att svaren utgör ett skevt urval av den undersökta populationen. Även studiernas design i övrigt, exempelvis gällande operationaliseringar av variabler samt antalet undersökta patienter varierar mellan studierna.

I system där valfrihet är en grundläggande och oomtvistad del av hälso- och sjukvårdssystemet (exempelvis i USA och i Centraleuropa) är frågan om patienter vill välja vårdgivare närmast en icke-fråga. Dock undersöks exempelvis valmönster och hur patienter använder information om vårdkvalitet och hur vårdgivares kvalitet påverkar patienters val även i dessa länder.

4.1 VILL PATIENTER VÄLJA VÅRDGIVARE?

Frågan om patienter vill välja vårdgivare eller hur viktigt det är för patienter att välja vårdgivare har inte undersökts på ett tillförlitligt sätt i ett svenskt sammanhang under senare år. Vissa studier har ändå till viss del behandlat frågorna, bland annat Nordgren och Åhgren (2010) som rör vid frågan om patienterna vill välja vårdgivare i rapporten ”Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarpaneler” utgiven av Konkurrensverket. Resultaten baseras på fyra så kallade invånarpaneler med 5-7 individer i varje panel i Region Skåne och Landstinget Kronoberg. Invånarpanelerna kan enligt rapportförfattarna själva inte betraktas som representativa urval av befolkningen lokalt eller nationellt. Nordgren och Åhgren rapporterar att de allra flesta som deltog i invånarpanelerna ser valfrihet i primärvården som positivt i sig. Man framhåller att det som patient ska vara möjligt att visa sitt missnöje genom att byta vårdcentral – dvs. välja bort en vårdgivare på grund av missnöje med exempelvis bristande läkarkontinuitet eller dåligt bemötande. Huruvida deltagarna i invånarpanelerna nyttjat denna valmöjlighet eller bytt vårdgivare framgår inte av Nordgren och Åhgrens undersökning.

I en studie av Rosén m.fl. (2001) undersöker författarna bland annat om svenska patienter vill välja primärvårdsutförare. En enkät skickades ut till 3 784 patienter i södra Sverige med en svarsfrekvens på 42 procent. Resultaten visade att drygt tre fjärdedelar av de svarande ville välja sin egen primärvårdsläkare. Viljan att välja primärvårdsläkare var signifikant högre bland de äldre patienterna jämfört med de yngre. Detta kan eventuellt förklaras av att de äldre respondenterna gjorde fler besök hos primärvårdsläkare och att det fanns en tydlig korrelation mellan antal besök för en individ i primärvården

och intresset för att välja primärvårdsläkare.

Lika viktigt att veta är hur patienter värderar valfrihet givet andra värden i vården, exempelvis jämlikhet och kontinuitet. Det finns nästan inga svenska studier som har undersökt detta. Hjelmgren och Anell (2007) utgör dock ett undantag. Författarna undersöker i ett discrete choice experiment bland annat vilka värden patienter föredrar i vården genom att ställa olika värden mot varandra. Studien genomfördes i form av en enkät som skickades ut till 1 600 slumpmässigt utvalda personer i Sverige där hälften av dessa besvarade enkäten. Resultaten visade bland annat att respondenterna värderade möjligheten att ha inflytande över vården högre än möjligheten att kunna välja sin vårdcentral eller läkare.

Internationellt finns det ett fåtal studier som har undersökt om patienter är intresserade av att välja vårdgivare. En av dessa, utförd av Coulter och Jenkinson (2005), inkluderade även data om svenska patienters uppfattningar. Författarna utförde under år 2002 en telefonundersökning med personer över 16 år i Tyskland, Italien, Polen, Slovenien, Spanien, Sverige, Schweiz och Storbritannien där de bland annat frågade om patienterna ville välja vårdgivare. Författarna använde sig av ett slumpmässigt urval och erhöll svar från 8119 personer, drygt 1000 personer i vardera land. En överväldigande majoritet av de svarande i alla länder önskade sig ett fritt val av primärvårdsutförare (mellan 86 procent och 98 procent instämde i påståendet).

Gällande specialistsjukvård och sjukhusvård visade resultaten att de svarande i alla länder, utom Sverige, var nästan lika övertygande om att de önskade ett fritt val av utförare (mellan 79 procent och 97 procent). Här utmärker sig dock de svenska svaren från övriga länders svar – endast 31 procent önskade ett fritt val av vårdgivare inom specialistvården och 54 procent önskade ett fritt val av sjukhus. Varför det svenska svarmönstret ser annorlunda ut har författarna inget entydigt svar på. En förklaring kan vara att patienter i Sverige är vana att söka specialistsjukvård vid ett visst sjukhus i sitt hemlandsting men samtidigt konstaterar författarna att ett helt fritt val av sjukhus är ovanligt även inom de flesta av de andra undersökta länderna. Coulter och Jenkinson undersökte även om patienter ansåg sig ha tillräckligt med information om de olika vårdgivarna för att kunna välja den som var bäst för dem själva. Här är svaren generellt sett mer negativa. Enbart i Italien var det en majoritet av de svarande som ansåg att de hade tillgång till tillräcklig information för alla vårdtyper. I Sverige ansåg 31 procent att de hade tillgång till tillräcklig information för att göra ett bra val av primärvårdsutförare (Coulter & Jenkinson 2005).

Sammantaget tyder studien på att svenskar i lägre utsträckning än i de an-



dra europeiska länderna önskar ett fritt val av vårdgivare, framförallt gällande specialist- och sjukhusvård. När man tolkar resultatet bör man dock ha i åtanke att studien utfördes år 2002, dvs. flera år innan de senaste tidens valfrihetsreformer infördes i Sverige. Frågan är om svenskarna fortfarande är lika negativt inställda till val av vårdutförare eller om det senaste decenniets fokus på valfrihetsreformer har fått någon effekt på svenskarnas inställning i frågan?

En annan studie undersöker om engelska patienter ansåg att det var viktigt för dem att välja vilket sjukhus de skulle behandlas på (Dixon m.fl. 2010). Författarna skickade ut en enkät till 5 997 NHS patienter som nyligen remitterats till något av de utvalda NHS klinikerna inom specialistsjukvården inom fyra regioner i England. Resultatet visade att 75 procent av de tillfrågade angav att det var ”viktigt” eller ”mycket viktigt” att få välja sjukhus. Det var främst äldre personer, personer som saknar formella yrkeskvalifikationer och personer med icke-kaukasisk härkomst som särskilt uppskattade att kunna välja sjukhus. Resultaten från denna rapport har refererats i många olika sammanhang. Resultaten ska emellertid tolkas med försiktighet eftersom svarsfrekvensen endast uppgick till 36 procent (n = 2181). En bortfallsanalys visade att svarspopulationen var skev, exempelvis svarade en proportionerligt lägre andel unga och riktigt gamla på enkäten jämfört med normalpopulationen.

Sammantaget visar studierna att det både i Sverige och i övriga Europa verkar vara en tydlig majoritet av patienterna som vill ha möjligheten att välja primärvårdsutförare. Beträffande möjligheten att välja sjukhus visade studien av Coulter och Jenkinson (2005) att Sverige utmärker sig jämfört med de andra undersökta länderna eftersom en relativt sett låg andel av de svarande angav att det var önskvärt med ett fritt val av sjukhus. Här behövs emellertid nyare studier som undersöker om denna bild håller i sig än idag, tio år senare. Det saknas i stort sett undersökningar som systematiskt ställer valfrihet mot andra värden såsom tillgänglighet, kontinuitet, geografisk närhet, jämlikhet, effektivitet etc. och som dessutom undersöker hur medborgare och patienter med olika personliga karakteristika rankar dessa värden. Det vill säga, hur viktigt är det att kunna välja vårdgivare i förhållande till god tillgänglighet, korta avstånd, medicinsk kvalitet etc? En studie av denna typ ger möjlighet att komma bort från ett ”önskelistbeteende” dvs. att patienter anger alla positiva värden som lika viktiga eller lika önskvärda. Ett undantag är dock den ovan redovisade studien av Hjelmgren & Anell (2007) där valfriheten ställs mot andra värden och som visar att patienter värderar möjligheten att påverka innehållet i vården högre än vad de värderar möjligheten att välja vårdgivare i primärvården.

4.2 HUR STOR ANDEL AV PATIENTERNA GÖR AKTIVA VAL?

Det finns, som tidigare påpekats, ingen nationell undersökning av hur stor andel av patienterna som gjort ett aktivt val i primär- eller specialistvården. De relativt omfattande utvärderingarna av Vårdval Stockholm (se exempelvis Janlöv & Rehnberg 2011) innehåller inte heller några uppgifter om hur stor andel av patienterna som har gjort aktiva val. Nordgren och Åhgrens studie från år 2010 undersöker inte huruvida undersökningsdeltagarna – som generellt var positiva till valfrihet – faktiskt har nyttjat sin valmöjlighet eller bytt vårdgivare. I tre rapporter av Gert Paulsson (2008, 2009, 2010) undersöks vilka effekter Vårdval Halland har fått. Bland annat undersöktes invånarnas val, dvs. frågan om hallänningarna nyttjar valfriheten. Paulsson redovisar i rapporterna antal val som gjorts i respektive kommun under 2007, 2008 och 2009 – sammanlagt 104 074 val. Om man tar hänsyn till invånarantalet i Halland under dessa tre år (statistik från SCB) innebär det att hallänningarna under 2007 gjorde 0,16 val/invånare, under 2008 0,098 val/invånare och 2009 gjorde 0,095 val/invånare. Dessa siffror tyder på att invånare i Halland var mer aktiva år 2007 när vårdvalet introducerades i Halland och att andelen som gör aktiva val sedan dess har sjunkit successivt.

Glenngård m.fl. (2011) visar i en studie av nio svenska kommuner i Skåne, Västra Götaland och Hallands län att 60 procent av befolkningen angav att de gjort ett aktivt val av vårdgivare i primärvården. Den andel av befolkningen som aktivt bytt vårdgivare är dock mycket lägre, enligt artikelförfattarna. Endast 20 procent angav att de valt vårdgivare baserat på missnöje med tidigare vårdgivare. Studien av Glenngård m.fl. visar att etablering av nya vårdgivare ökade sannolikheten för att befolkningen gjorde ett aktivt val. I en Synovateundersökning bland invånare i Skåne som ingår i "Hälsovalsindex Malmö 2009" svarade 72 procent (av 521 tillfrågade) att de inte tänkte byta vårdcentral i samband med införandet av Hälsoval Skåne (1 maj 2009). De svenska studierna går således i linje med det resonemang som Konkurrensverket för i rapporten "Uppföljning av vårdval i primärvården", dvs. att intresset för och benägenheten att välja vårdgivare generellt tycks vara låg bland befolkningen (Konkurrensverket 2010b). I Sverige saknas forskning kring vilka individer eller grupper som är mer benägna än andra att välja vårdgivare.

Internationellt finns det mer forskning kring hur stor andel av befolkningen eller patienter som gör aktiva val, åtminstone inom specialistvården. I Danmark finns två studier publicerade. Birk m.fl. (2011) undersöker i en utförlig studie andelen patienter som nyttjade valfriheten vid sjukhusbesök i Danmark år 2002. Studien visade att 41 procent av ett urval av patienter vid elva specialistkliniker i regionen Roskilde svarade att de var medvetna om att



de hade möjlighet att välja vårdgivare. Av dessa 41 procent svarade 53 procent att de brukade denna valmöjlighet. Totalt var det således cirka 21 procent av patienterna som gjorde aktiva val av vårdgivare. Kvinnor och studenter brukade i större utsträckning valfriheten.

I en tidigare studie utförd i Danmark (Birk & Henriksen 2006) gavs 149 patienter valet att remitteras till ett sjukhus i en närliggande region för att korta väntetiden till knä- eller höftoperation. 60 procent tackade ja till erbjudandet medan 40 procent således tackade nej. Detta upplägg liknar the London Choice Project (se kapitel 2.2) som syftade till att komma tillrätta med långa väntetider i slutenvården genom att ge patienterna möjlighet till behandling vid ett alternativt sjukhus med garanterat kortare väntetid. Erbjudandet gavs till patienter i London som väntat över ett halvår på behandling. I juni 2004 hade 22 500 patienter erbjudits att välja ett alternativt sjukhus med kortare väntetid. 15 000 patienter, dvs. 66 procent, tackade ja till erbjudandet att välja ett alternativt sjukhus (Dawson m.fl. 2007). En annan uppföljning av London Choice Project visade på mycket likartade siffror (Burge m.fl. 2005).

Dessa siffror kan inte jämföras med siffror från studier där patienter inte ges ett konkret erbjudande. I London Choice Project, liksom i det danska exemplet, gavs patienterna ett färdigt erbjudande, vilket innebar att de själva inte behövde hitta och granska information om väntetider, remitteringsförfaranden, vårdkvalitet, kompetens hos personal, restider, eventuella kostnader etc. Trots detta tackade 34 procent nej till erbjudandet i London och 40 procent tackade nej i Danmark.

Väntetider för knä- och höftoperationer har också undersökts i Kanada (Conner-Spady m.fl. 2008). Studien kretsar kring patienters villighet att byta till en annan, lika kvalificerad, ortoped med kortare väntetid. Resultaten från denna studie visade att 63 procent av patienterna angav att det inte var troligt att de skulle byta kirurg trots att den genomsnittliga väntetiden var förhållandevis lång. Sammanfattningsvis rapporterade författarna att patienter med förtroende för sin kirurg var villiga att vänta, vilket tyder på att de kanadensiska patienterna ansåg kontinuitet vara viktigare än att korta väntetiden.

En realistisk spegling av hur många norska patienter som gör val inom specialistsjukvården finns i en omfattande tvärsnittsstudie med data från år 2004 (Ringard 2012). Studien undersökte 4 000 norska patienter (elective patients) vid 20 sjukhus. 34,4 procent av patienterna uppgav att de hade valt sjukhus, vilket inkluderade både lokala och icke-lokala sjukhus. Det var således möjligt att ange att man aktivt valt det närmaste sjukhuset. Gällande benägenheten att göra aktiva val rapporterar en studie från USA betydligt lägre siffror än studien av Ringard (2012). Schwartz m.fl. (2005) visar i en studie att endast en

liten del av äldre personer (genomsnittsålder 78 år) som genomgick ett större kirurgiskt ingrepp gjorde någon jämförelse mellan sjukhusen. Endast tio procent övervägde på allvar att välja ett alternativt sjukhus (Schwartz m.fl. 2005). Studien av Schwartz m.fl. indikerar att gruppen äldre är en grupp som i låg utsträckning gör aktiva val av vårdgivare. I enlighet med detta visar ett flertal studier att unga, välutbildade och mobila patienter oftare väljer vårdgivare. Dessa studier behandlas i kapitel 6 om vilka effekter vårdvalssystem har haft på jämlikheten.

4.3 PÅ VILKA GRUNDER VÄLJER PATIENTER VÅRDGIVARE?

4.3.1 Det svenska vårdvalet

I Sverige har Nordgren och Åhgren (2010) undersökt på vilka grunder patienter väljer vårdgivare i primärvården. Rapporten baseras bland annat på frågor om vad som styrde patienternas val av vårdgivare, var det exempelvis tillgänglighet, kompetens eller medicinsk kvalitet? Studien pekar på att tillgänglighet, kontinuitet, bemötande, samverkan och avstånd är nyckelfaktorer för patienternas val av vårdgivare i den svenska primärvården. Nordgren och Åhgren konstaterar att patienters egna vårdupplevelser väger tungt i valet av vårdcentral. Detta är oberoende av ålder och bostadsort. Studiens resultat visar att patienter med aktuell erfarenhet av möten med vården och som gjort aktiva val av vårdgivare i primärvården lägger störst tonvikt vid möjligheten till kontinuitet, med avseende på läkarbesök, och tillgänglighet, i valet av vårdgivare. Med tillgänglighet menas dels möjligheter att snabbt kunna få en tid till en läkare eller annan vårdpersonal vid den valda vårdcentralen, dels det geografiska avståndet till vårdgivaren. Yngre deltagare i studien ansåg det som viktigast att snabbt kunna få en tid för läkarbesök till sig själv eller till sina barn medan det ansågs som mindre betydelsefullt att få träffa samma läkare. För ålderspensionärerna var det geografiska avståndet till vårdcentralen den viktigaste aspekten av tillgänglighet. Även vårdpersonalens bemötande sågs som en viktig faktor för valet av vårdgivare, men i synnerhet som en betydande faktor när en patient valde att välja bort en vårdgivare. Vidare nämnde flera av deltagarna vikten av att läkare och annan vårdpersonal har tydlig professionell kompetens. Av mindre betydelse för valet av vårdgivare i primärvården var tillgången till eventuell medicinsk service på vårdcentralen. Samtliga deltagare, förutom barnfamiljerna, uppgav att de sökte råd hos familj, vänner och bekanta inför valet av vårdgivare. Även studien av Glengård m.fl. (2011) visar att rykte eller rekommendationer vägledde valet av vårdgivare snarare än kvalitetsdata. I denna studie angav 70 procent av de tillfrågade att deras val



av vårdgivare baserades på en positiv opinion om vårdgivaren. Den Synovate-undersökning bland invånare i Skåne som refererats i avsnittet ovan visar att kompetensen hos sköterskor och läkare tillsammans med närhet till bostaden var de viktigaste faktorerna vid invånarnas val av vårdcentral.

4.3.2 Internationella studier

4.3.2.1 Vilka faktorer uppgår patienter som viktiga vid hypotetiska valsituationer?

Ett flertal internationella studier utgår från så kallade discrete choice-experiment, vilket innebär att studiens deltagare ställs inför hypotetiska valsituationer. Denna typ av metod innebär att man kan göra sannolikhets-baserade förutsägelser om individers beslutsfattande och beteende bland ett stort antal scenarier. Individerna svarar dock hypotetiskt, vilket betyder att deras preferenser kan vara annorlunda i en faktisk beslutssituation. Kanske gör man andra val om man upplever stark smärta eller snabbt vill återgå till arbete? Discrete choice experiments bygger på fördefinierade variabler, vilket innebär att faktorer som individerna själva rankar högt inte nödvändigtvis finns med i de olika scenarier som presenteras.

I en discrete choice-studie utförd av Boyce m.fl. (2010) undersöks vilken information som patienter använder när de väljer sjukhus samt hur utformningen av informationsmaterialet till patienter påverkar hur valen görs. Totalt ingick 1 168 patienter i studien där författarna undersökte hur utformningen av informationsmaterialet påverkade hur patienter valde vårdgivare. Studien visade att det generellt är svårt för patienter att göra olika typer av avvägningar mellan exempelvis geografisk närhet till ett sjukhus och medicinsk kvalitet. Hur informationen presenteras har också betydelse för hur patienter väljer – om kvalitetsindikatorerna presenteras och förklaras på ett tydligt sätt används de i högre grad av patienterna. Resultaten visade även att patienter i högre utsträckning tenderar att välja vårdgivare för vilka det finns utförlig information, framför vårdgivare som saknar uppgifter om olika kvalitetsindikatorer (Boyce m.fl. 2010).

I en annan studie undersöker Schwappach och Strassmann (2007) ett representativt urval av tyska patienters val av vårdgivare inför en hypotetisk knäoperation. Studiedeltagarna angav att vårdgivarnas kompetensnivå var den viktigaste faktorn för deras val följt av kort väntetid och kontinuitet (möjlighet att bli behandlad av samma läkare). Studiedeltagare som tidigare genomgått kirurgi värderade möjligheten att behandlas av samma läkare, dvs. kontinuitet, högre, samt var mindre känsliga för väntetider. En studie från

Storbritannien visar på liknande resultat, Rubin m.fl. (2006) undersöker hur viktig väntetid var i förhållande till möjlighet att välja läkare och möjlighet att välja tid för besöket. Resultaten från studien visade att kortare väntetider visserligen är av intresse för patienter men att andra faktorer, såsom möjligheten att välja läkare och/eller tidpunkt för läkarbesök väger lika tungt eller tyngre. Kort väntetid premierades gällande barn under fem år och vid nya hälsoproblem. Äldre var beredda att vänta upp till 2,5 dagar för att välja ”sin egen läkare” och kvinnor var beredda att vänta två dagar extra. För kvinnor, äldre, samt patienter med lång sjukdomshistoria var möjligheten att behålla sin läkare (dvs. kontinuitet) viktigare än kort väntetid. Detta pekar på att vissa patientgrupper värderar kontinuitet och flexibilitet framför snabb tillgänglighet. En annan brittisk studie som testade betydelsen av ett antal förutbestämda preferenser konfirmerar detta mönster (Gerard m.fl. 2008). I denna studie verkar självbestämmande – dvs. att patienterna får träffa den läkare de själva föredrar, vid en tidpunkt de själva föredrar, vara viktigare än att väntetiden är så kort som möjligt.

I studierna som refererades ovan undersöktes hypotetiska valsituationer i primärvården. Lim och Edlin (2009) undersöker istället val av specialistvård med en liknande studiedesign. Äldre patienter som remitterats för kataraktkirurgi i norra England (2004) fick tacka ja eller nej till 16 olika scenarier. Variablerna avstånd, väntetid, kompetensnivå och resekostnad undersöktes. Resultaten visade att möjligheten att få ingreppet utfört av en specialistläkare hade störst inverkan på patienternas val. För specialistvård var en majoritet av patienterna beredda att acceptera lång väntetid (upp till 16 veckor), lång resväg (upp till 32 km) eller höga resekostnader (ca 400 kr). Denna studie ger således uttryck för att läkarnas kompetensnivå betraktades som den viktigaste faktorn vid hypotetiska val inom specialistvården. De valmöjligheter försökspersonerna ställdes inför i denna studie avviker dock märkbart från en verklig valsituation där remitterande läkare kan vägleda patienter och förklara vilken typ av kompetens som krävs för ingreppet. Coulter m.fl. (2005) undersöker val av kirurgklinik med en liknande studiedesign. Bland de patienter som kunde tänka sig att byta sjukhus var goda resultat hos sjukhuset, ren sjukhusmiljö, kirurgens och sjukhusets rykte samt kontinuitet i vården viktigare faktorer än korta kötider. Författarna poängterar dock att detta resultat kan bero på ett antagande hos patienten att om de byter sjukhus kommer de automatiskt att få kortare väntetider. Det bör även tilläggas att många patienter antog att kvalitetskillnader mellan sjukhusen i praktiken var små och att den renodlade kvalitetsfrågan därför minskar i betydelse.



4.3.2.2 Vilka faktorer uppger patienterna att de tog hänsyn till när de valde vårdgivare?

En annan grupp av studier har istället undersökt vilka faktorer som spelade roll för patientens val av vårdgivare genom att skicka ut enkäter till patienter efter att de hade gjort ett sådant val. I en studie av Razzouk m.fl. (2004) undersöktes vilka faktorer amerikanska primärvårdspatienter (Medicare-patienter) ansåg ha varit viktigast vid deras val av läkare inom primärvården. 32 procent av de som svarade på enkäten hade valt en ny primärvårdsläkare de senaste två åren. De viktigaste faktorerna vid valet utgjordes av andra patienters skattning av vårdkvaliteten, andra patienters skattning av personalens "interpersonella" förmåga", medicinsk utbildnings- och kompetensnivå, samt andra patienters skattning av tillgänglighet. Patienterna hade också möjlighet att ge fria kommentarer. De angav då att rekommendationer från vänner, familj och läkare, samt kontinuerlig medicinsk vidareutbildning var viktigt vid val av primärvårdsläkare. Låginkomsttagare skattade vårdkvalitet som mindre viktigt än övriga patienter. Enkätundersökningen hade låg svarsfrekvens (32 procent), och representativiteten är därmed osäker.

Den övervägande majoriteten av enkätstudier som undersöker vilka faktorer som är viktiga vid val av vårdgivare fokuserar på val inom specialistsjukvården. I en studie från Nederländerna visar Lako och Rosenau (2009) att rekommendation/remiss från en allmänläkare var det vanligaste motivet till patienters val av sjukhus. Författarna tolkar detta som att nederländska patienter inte baserar sitt val av sjukhus på information om tillgänglighet och kvalitet, dvs. att de inte agerar som rationella konsumenter. En möjlig invändning mot detta resonemang är att patienterna litar på att allmänläkarna rekommenderar det sjukhus med bäst tillgänglighet eller kvalitet. Studien visar dock att patienterna själva inte använder sig av jämförande information om vårdkvalitet när de gör sina val. Andra faktorer av betydelse för val av vårdgivare som denna studie pekade ut är vårdgivarens rykte samt vårdgivarens geografiska placering. Det geografiska avståndet och allmänläkarnas rekommendationer framkom som viktiga faktorer för val också i Birk och Henriksens (2006) studie av sjukhusval i Danmark. Även i en senare studie av Birk et al (2011) visade författarna att väntetider inte alltid är den viktigaste preferensen vid sjukhusval i Danmark, 40 procent föredrog längre väntetid till förmån för närhet och kontinuitet. Vissa patienter var till och med villiga att acceptera långa väntetider om de fick exakt besked om när operationen skulle äga rum. Brouwer m.fl. (2003) ger en liknande bild från Nederländerna. En annan enkätstudie utförd i Hongkong där 1 647 patienter fick svara på frågor om varför de valt sin läkare visade även den att närhet var den viktigaste faktorn vid val

av primärvårdsläkare. Andra faktorer som var viktiga för patienternas val var att läkaren kunde erbjuda många olika typer av vård samt att vårdgivaren hade bekväma öppettider (Wun m.fl. 2010).

En omfattande utvärdering av London Patient Choice-projektet visar, i linje med studien ovan, att väntetider var en orsak till att patienter ville byta vårdgivare men att man ändå inte bytte till ett annat sjukhus om väntetiderna inte var markant kortare än på hemsjukhuset. Innebar dessutom ett byte att man måste åka utomlands eller om det alternativa sjukhuset hade sämre rykte än hemsjukhuset (eller att man inte känner till ryktet), var benägenheten ännu lägre att välja det alternativa sjukhuset. Om resekostnaderna var betalda till det alternativa sjukhuset ökade benägenheten att byta sjukhus (Burge m.fl. 2005). En annan utvärdering av London Choice-projektet visade på delvis liknande resultat. I en enkät som riktade sig till 8 119 personer angav patienterna att väntetider till operation, hemsjukhusets rykte, sjukhusets geografiska läge, transportmöjligheter samt bekvämlighet för familj och vänner, som viktiga faktorer vid val av sjukhus. Bland dem som verkligen bytte sjukhus spelade speciella sjukvårdsrådgivare anställda av projektet, vid sidan av familj och vänner, en stor roll i patientens beslutsprocess (Coulter m.fl. 2005).

En utvärdering av hjärtpatienters erfarenhet i England visar att hälften av dem som blivit erbjudna vård vid ett annat sjukhus för att undvika långa köer accepterar erbjudandet. Äldre personer var aningen mer benägna att stanna vid hemsjukhuset. Sjukhusets rykte och snabbhet att få behandling var viktiga faktorer vid patienternas val. En tredjedel av dem som deltog i undersökningen angav att de valt sjukhus själva, resten att de sökt råd hos en läkare på hemsjukhuset (patient care advisor) eller hos familj och vänner (Le Maistre m.fl. 2003). Studien är välgjord med hög svarsfrekvens (79 procent) och ett stort antal undersökta individer (n=4 330). Resultatet från en annan engelsk enkätstudie visade att bland de patienter som i en remitteringssituation (hos husläkaren) informerades om möjligheten att välja sjukhus, valde hela 69 procent att söka vård vid det lokala hemsjukhuset. Andra faktorer som var viktiga vid val av sjukhus var sjukhusets renlighet, vårdens kvalitet och lokalernas standard. Studien hade dock en låg svarsfrekvens (36 procent) och resultatet bör därför tolkas med försiktighet (Robertson & Dixon 2009, Dixon m.fl. 2010).

Dijs-Elsinga m.fl. (2010) visar att patienter som genomgick sex olika typer av operationer vid tre olika sjukhus i Nederländerna valde sjukhus primärt baserat på "sjukhusets goda rykte" men också för att sjukhuset hade "en vänlig atmosfär". Undersökningen visade också att majoriteten av patienterna (79,3 procent) i ett framtida val skulle välja samma sjukhus igen baserat på



att de redan blivit behandlade på sjukhuset. Detta tyder på att patienterna önskar kontinuitet. Dijs-Elsinga m.fl. visar i likhet med Fasolo m.fl. (2010) att det finns signifikanta skillnader mellan olika grupper gällande vilken information patienterna önskar inför sjukhusval. Äldre önskade exempelvis oftare än yngre information om kollektivtrafik och parkeringsmöjligheter, medan de högtbildade önskade mer information om vårdkvaliteten, exempelvis hur stor andel av operationerna som ”skett enligt skolboken”.

I likhet med Lako och Rosenau (2009) visar Schwartz m.fl. (2005), i sin studie av vilka faktorer som påverkar äldres val av vårdgivare vid ett större kirurgiskt ingrepp, att de flesta av patienterna påverkades mer av råd från läkare, samt vänner och familj än av vårdkvalitetsdata. Endast 11 procent letade efter information för att jämföra sjukhus. I undersökningen svarade 80 procent av de tillfrågade patienterna att sjukhusets/kirurgens rykte var mycket viktigt för deras val. För att rekommendera någon annan person vård vid sjukhuset svarade 78 procent av patienterna att kirurgens rykte var den viktigaste faktorn. 45 procent ansåg att mortalitetsciffror skulle påverka huruvida de rekommenderade sjukhuset.

Schwartz m.fl. (2005) visar således att kvalitetsinformation används långt ifrån regelmässigt vid val av vårdgivare. Med utgångspunkt i att en liten andel av amerikanska patienter som söker en ny primärvårdsläkare använder web-baserad kvalitetsinformation undersökte Fanjiang m.fl. (2007) påverkan av en aktiv satsning på riktad information till patienter som ska välja ny primärvårdsläkare. Studien visade att endast 17 procent av de patienter som fått information om var de kan hitta kvalitetsinformation nyttjade den web-baserade kvalitetsinformationen. Oddset att välja en ”högrepresterande” läkare var nästan tio gånger högre för dem som besökt hemsidan med kvalitetsinformation jämfört med gruppen som inte besökt hemsidan med kvalitetsinformation. Beaktande av kvalitetsinformation vid val av primärvårdsläkare leder således till att patienterna väljer vårdgivare med högre vårdkvalitet. Detta indikerar att patienter som väljer vårdgivare baserat på andra faktorer, såsom rekommendation från släkt och vänner eller vårdgivarens rykte, systematiskt väljer vårdgivare med lägre vårdkvalitet.

Även McGlone m.fl. (2002) finner i en studie om patienters preferenser vid val av primärvårdsläkare i USA att ”läkarens rykte” är den variabel som har störst betydelse vid valet. Kategorin ”rykte” innefattade en mängd faktorer så som: läkarens förmåga att svara på frågor om sjukdomen på ett begripligt sätt, tid avsatt att svara på patientens frågor, samt klinikens rykte. Därefter angav respondenterna att läkarens ”record” var viktigt, speciellt uppgifter om antal felbehandlingar. Trots att denna faktor ansågs som viktigt angav 96

procent att de inte hade undersökt om deras nuvarande primärvårdsläkare hade några anmälningar om felbehandling. Många angav även att läkares professionella kompetens är svår att bedöma samt att de hade lite tid att söka kvalitetsinformation. En kritik som kan riktas mot studien är att operationaliseringen av begreppet "rykte" innehåller flera olika komponenter som inte är helt sammanhängande.

En tysk studie av Geraedts m.fl. (2007) undersöker relevansen hos de kvalitetsindikatorer som används vid utvärdering och jämförelse av tyska sjukhus. Studien byggde på personliga intervjuer med både patienter och läkare där de ombads ranka kvalitetsindikatorer. Beträffande exempelvis ålder och typ av sjukvårdsförsäkring var urvalet av patienter inte representativt för befolkningen i stort. Patienterna ansåg att läkarnas kvalifikationer var den mest relevanta indikatorn på sjukhusets kvalitet medan läkarna ansåg att mängden utförda specificerade kirurgiska ingrepp var den mest relevanta indikatorn. Med syfte att öka kunskapen om hur jämförande kvalitetsinformation uppfattas och används för att välja sjukhus genomförde Fasolo m.fl. (2010) en fokusgruppsstudie i Storbritannien. Studien visade att hur kvalitetsinformation presenteras påverkar hur den förstås, värderas och används. Personliga egenskaper, såsom exempelvis ålder, påverkade preferenserna för hur kvalitetsinformation bör presenteras. Äldre personer ville använda sammanfattande kvalitetsmått medan yngre föredrog mer detaljerad information för att jämföra olika indikatorer, vilket de dock fann svårt. Studiens generaliserbarhet är svårbedömd, delvis på grund av otillräcklig information om hur representativt urvalet är.

Cheng och Song (2004) genomförde en telefonundersökning i Taiwan där 4 015 patienter tillfrågades om de någon gång jämfört kvaliteten mellan olika läkare i sitt närområde. Genom situationsfrågor undersökte de även patienters benägenhet att använda sig av jämförande kvalitetsredovisning vid val av läkare, samt i vilken utsträckning de var villiga att byta läkare utifrån redovisningarnas resultat. Resultaten visade att ungefär 50 procent av respondenterna i praktiken hade gjort ett val mellan olika läkare vilket stämmer väl överens med de siffror som anges i flera andra studier som redovisats ovan. 73 procent angav att de skulle ta del av kvalitetsredovisningar om det fanns tillgängligt. Drygt tre fjärdedelar angav att de var villiga att byta läkare om deras läkare fick dåligt resultat i kvalitetsredovisningarna. Att studien utgick från hypotetiska frågesituationer och inte faktiskt agerande kan dock bidra till den höga frekvensen av positiva svar som inte stämmer särskilt väl överens med vad resultaten från andra studier visar.



4.3.2.3 Vilka faktorer har i praktiken spelat roll för patienternas val av vårdgivare?

Slutligen finns det några internationella studier som undersöker vilka faktorer som påverkar patienters val genom att analysera information från databaser och på så sätt undersöka vilka faktorer som i praktiken påverkat var patienter valt att behandlas. Nyttjandet av kvalitetsinformation vid val av klinik eller sjukhus kan antas variera mellan olika sjukvårdssektorer. En omfattande studie av fertilitetskliniker i USA visar, i motsats till mycket annan forskning, att patienter använder sig av kvalitetsinformation när de väljer klinik (Bundorf m.fl. 2009). Konsumenter av fertilitetstjänster är dock ofta relativt unga, rika och högutbildade i jämförelse med befolkningen i stort. Författarna till studien menar därför att det finns problem med att generalisera resultaten från denna studie till andra sektorer inom hälso- och sjukvården. Ett annat exempel från det amerikanska sjukvårdssystemet utgörs av en nationell databasstudie med patienter registrerade för njurtransplantation (Howard 2006). Studien undersöker på ett aggregerat plan hur patienter responderar på kvalitetsinformation, dvs. vilken klinik de väljer. Resultaten visade att en ökning på 10 faktiska transplantationsmisslyckanden ledde till 1,2 procents minskning i antal patientregistreringar på kliniken. Studien undersökte inte närmare vilka mekanismer som ligger bakom det statistiska sambandet eller hur patienter tillgodogör sig information om klinikernas kvalitet. I en likartad amerikansk studie, baserad på information om alla patienter som genomgått hjärtbypassoperation i staten New York, undersöktes om kvalitetsdata påverkar vilken vårdgivare patienter väljer för operation (Cutler m.fl. 2004). Studien visade att under året efter att en så kallad CSRS-rapport presenterats (Cardiac Surgery Reporting System), sjönk antalet patienter vid de lågpresterande sjukhusen signifikant (ca 5 patienter per månad). Denna studie tyder således också på att kvalitetsdata har effekt på patienternas val av vårdgivare. En synpunkt som kan riktas mot studien är att den inte direkt undersöker mekanismerna. Handlar det exempelvis om att de lågpresterande sjukhusens rykte försämras?

En fransk databasstudie visar på ett delvis annorlunda resultat, dvs. att patienternas val inte tycks influeras av vårdgivarnas kvalitet. Antagandet i studien är att patienter väljer sjukhus som tycks vara högpresterande, i det här fallet handlade det om hur många operationer av bröstcancer sjukhuset genomförde per år (Bouche m.fl. 2008). Hypotesen var således att patienter skulle välja ett sjukhus som genomför en stor mängd operationer framför ett sjukhus där få opereras. Studien bygger på data från en enkätundersökning

genomförd år 2003 i två franska regioner. En mängd individuella bakgrundsfaktorer, geografisk närhet till sjukhuset samt antal sjukhusbäddar per 1 000 invånare inkluderades i analysen. Resultaten ger inte stöd för den ursprungliga hypotesen, dvs. det finns inte något tydligt mönster kring vilka faktorer som påverkade om patienter valde ett sjukhus som opererade många eller få personer per år. Detta antyder att sjukhusens kvalitet inte är det avgörande urvalskriteriet vid patientens val av sjukhus. En kritik som kan riktas mot studien är att det inte framkommer i artikeln om patienterna verkligen visste att de hade en möjlighet att välja sjukhus. Dessutom kan man ifrågasätta användandet av sjukhusets storlek som en indikator på vårdens kvalitet.

I en nederländsk databasstudie studeras vilka patienter som gör aktiva val av sjukhus och vilka faktorer som förknippas med deras val (Varkevisser & Van der Geest 2007). Studien baseras på en databas som innehåller information om alla icke-akuta sjukhusbesök inom ortopedisk och neurokirurgisk öppenvård i Nederländerna år 2003. Denna studie visar att patienter tenderade att söka sig bort från universitetssjukhusen. Längre restid till universitetssjukhusen, samt korta väntetider vid det närmaste sjukhuset minskade också sannolikheten att patienter valde ett alternativt sjukhus. Vad gäller patienternas personkaraktäristika (kön, ålder, pension, arbetslöshet, handikapp, "social security", egenföretagare och boendeort) är resultaten svårtolkade. Olika personkaraktäristika gav exempelvis olika utfall när det gällde ortopedi och neurokirurgi. Egenföretagare hade exempelvis större tendens att välja ett alternativt sjukhus inom ortopedi, men inte inom neurokirurgi. Studien visar dock en minskad tendens med ökad ålder att söka sig till ett alternativt sjukhus såväl inom ortopedi som inom neurokirurgi.

Forskarna som utfört studien som nämns ovan har även gjort en liknande studie där de undersöker nederländska patienters val av sjukhus för icke-akut neurokirurgi och vilken betydelse restiden har för vilket sjukhus patienterna väljer (Varkevisser m.fl. 2010). Författarna utvecklade en modell baserad på verkliga data om val av sjukhus år 2003. Modellen – som förklarade 43 procent av de faktiska valen – innehåller bland annat uppgifter om restid till olika sjukhus och patienters uppfattning om sjukhusen. Utifrån modellen simulerade författarna vilken effekt en ökad restid med 10 procent till patienternas nuvarande sjukhus skulle få på patienterna benägenhet att vara kvar vid det sjukhuset. Analysen visar att sjukhuset med högst tidselasticitet antas förlora 26 procent av sina patienter vid en resetidsökning med 10 procent medan sjukhuset med lägst tidselasticitet antas förlora 14 procent av sina patienter. Noterbart är att studien är utförd i Nederländerna där alla sjukhus är relativt konkurrensutsatta. I ett mer glesbefolkat område skulle rimligtvis tidselas-



ticiteten vara mycket lägre eftersom patienterna inte har några alternativa sjukhus att välja mellan. Trots detta ger studien ytterligare belägg för att närheten till en vårdgivare är en av de viktigaste faktorerna när patienterna väljer vårdgivare, inte bara i primärvården utan även när det gäller val av sjukhus.

4.4 SAMMANFATTNING

Det finns få studier som undersöker hur viktigt det är för svenska patienter att välja vårdgivare. De studier som finns visar att en majoritet av svenska patienter vill ha möjligheten att välja primärvårdsutförare. Däremot pekar resultaten på att stödet för att välja specialistvårdsutförare inte är lika högt. Detta innebär att de svenska patienterna utmärker sig jämfört med patienter från andra europeiska länder som värderar valfrihet högt, både beträffande primärvård och sjukhusvård. Att patienter generellt uppfattar valfriheten som ett positivt värde verkar klarlagt, däremot saknas i stort sett studier som jämför hur patienter värderar valfrihet i relation till andra värden. Den svenska studie som undersöker detta kommer fram till att patienter värderar möjligheten att påverka innehållet i vården högre än möjligheten att välja vårdgivare.

Litteraturgenomgången indikerar att en ganska liten andel av patienter och medborgare gör aktiva val, även när de ställs inför konkreta alternativ; exempelvis ett sjukhus med kortare väntetid som ligger längre bort. Avsaknaden av aktiva val kan förstås innebära att patienterna är nöjda med vårdgivaren, eller att de åtminstone är tillräckligt nöjda. Nordgren och Åhgren (2010) menar vidare att valfriheten kan ha ett värde även om patienterna inte nyttjar den. Patienterna kan i och med detta känna trygghet i att de kan byta vårdgivare om ett sådant behov uppstår.

Vilka faktorer ligger då bakom valet av vårdgivare? Litteraturen visar att patienter och medborgare i hög utsträckning baserar sina val av vårdgivare på närhet, med andra ord tenderar patienter att välja en vårdgivare som ligger nära bostaden. Vidare är en viktig faktor när patienter väljer vårdgivare dess rykte (vilket kan baseras på både kvalitet och bemötande) som förmedlas via släkt och vänner, eller på tidigare erfarenhet. I många fall verkar kontinuitet, dvs. möjligheten att träffa samma vårdgivare samt närhet till vårdgivaren vara viktigare än att väntetiden är så kort som möjligt. Väntetider har en viss effekt vid val av vårdgivare, men inte i samma utsträckning som de andra faktorerna. Personalens kompetens, vilket kan betraktas som en del av vårdgivarens medicinska kvalitet, nämns också som viktig vid val av vårdgivare. I sig är medicinsk kvalitet dock en faktor som inte används i hög grad vid val av vårdgivare.

Val av vårdgivare är således en komplex aktivitet där en mängd viktiga faktorer ställs emot varandra. Det är inte så enkelt att patienterna väljer den vårdgivare som uppvisar bäst medicinsk vårdkvalitet eller har den bästa tillgängligheten. Alla viktiga faktorer vägs mot varandra. Vissa av de refererade databasstudierna indikerar dock att det finns en koppling mellan vårdkvalitet och patienters val på ett aggregerat plan. Mekanismerna kring detta samband är dock inte helt utredda.

Sammanställningen av forskningen kring grunderna för patienters val av vårdgivare visar att kvalitetsinformation används i låg utsträckning. Detta behöver dock inte betyda att patienter anser att vårdgivarnas kvalitet är irrelevant. Kanske anser man att den information som finns tillgänglig är för svår att sätta sig in i, för omfattande, eller för komplex att använda som grund för val. En av studierna i litteraturgenomgången visar att när patienter använde jämförande kvalitetsinformation valde de vårdgivare med högre vårdkvalitet. Flera studier konstaterar också att det finns en mängd hinder för aktiva val, vilka bland annat förknippas med enskilda individers psykiska och geografiska förutsättningar. Tillgången till stöd och information vid valsituationen kan skapa möjligheter för fler patienter att göra aktiva val.



Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på kvaliteten i vården?

I följande avsnitt behandlas de studier som undersökt hur vårdens kvalitet påverkas av vårdvalsreformerna. Avsnittet inleds med en genomgång av hur kvalitet inom sjukvården kan definieras och operationaliseras.

Vad som är god kvalitet inom hälso- och sjukvården är en komplex fråga att besvara då kvalitet kan definieras på flera olika sätt. Många har försökt att hitta en meningsfull och bred definition av kvalitet inom sjukvården men det finns än så länge ingen accepterad generell kvalitetsdefinition för sjukvården i stort. Mycket av problemet ligger naturligtvis i att sjukvården är en så pass disparat verksamhet att det exempelvis kan vara svårt att använda samma kvalitetsdefinition för primärvården som man använder inom ortopedin eller kirurgin. Den kvalitetsdefinition som slutligen väljs vid en utvärdering eller uppföljning är allt som oftast avhängig vilken analysnivå som väljs samt vilken del av verksamheten som ska undersökas.

För att mäta och följa upp kvaliteten inom sjukvården används ofta olika typer av kvalitetsindikatorer. Deras primära syfte är att följa upp verksamheten och synliggöra kvaliteten men det är även vanligt att de insamlade uppgifterna används i forskningssyfte. Kvalitetsindikatorerna inom sjukvården brukar ofta delas in i tre olika kategorier (Donabedian 1980):

1. Strukturkvalitet. Förutsättningar för kvalitet, till exempel utrustning, personal och lokaler.
2. Processkvalitet. Hur vården utförs i praktiken, exempelvis om olika riktlinjer följs.
3. Resultatkvalitet. Vilka resultat som uppnås, exempelvis antal komplikationer vid operationer, patientnöjdhet etc.



Det finns även en tanke om kausalitet inbyggd i modellen som går ut på att de olika kategorierna påverkar varandra på så sätt att strukturkvaliteten påverkar processkvaliteten som i sin tur påverkar resultat kvaliteten. Traditionellt sett brukar resultat kvaliteten, dvs. vilka resultat som uppnås, anses vara den bästa indikatorn för att mäta vårdens kvalitet. I praktiken är det dock svårt att hitta resultatmått som är relevanta, framförallt gällande primärvården. Vidare tillkommer flera metodologiska svårigheter även om man hittar en lämplig kvalitetsindikator, exempelvis hur man kontrollerar för case-mix samt hur man isolerar effekten av det fenomen man vill studera, exempelvis en vårdvalsreform.

Hur ett införande av fritt vårdval inom sjukvården kommer att påverka kvaliteten är en fråga som brukar ges olika svar på beroende på vem man frågar och hur frågan ställs. Å ena sidan brukar det framhållas att konkurrenssituationen som uppstår vid införandet av valfrihet är kvalitetsdrivande genom att vårdgivare tvingas konkurrera om patienterna och således har ett intresse av att höja kvaliteten för att locka till sig fler patienter. Å andra sidan menar andra att de flesta patienter inte har möjlighet att bedöma kvaliteten på själva vården vilket kan få till effekt att vårdgivare egentligen konkurrerar om vem som har bäst bemötande och öppettider snarare än vem som erbjuder den bästa medicinska kvaliteten på vården. Som Kenneth Arrow (1963) visar i sin klassiska artikel är vård en typ av tjänst där det är svårt för kunderna/patienterna att själva utvärdera kvaliteten.

Det är möjligt att tänka sig en situation där det till och med kan finnas ett omvänt förhållande mellan patientupplevd kvalitet och medicinsk nytta. Ett typexempel på detta är förskrivning av antibiotika där många patienter uppsöker en läkare med intentionen att få antibiotika utskrivet trots att det kanske inte är medicinskt motiverat. För den förskrivande läkaren innebär det en situation där denne enkelt kan tillfredsställa patienten genom att skriva ut antibiotika även om detta inte är medicinskt försvarbart. Viljan att tillfredsställa patientens önskemål kan alltså komma att ställas mot läkarnas professionalism och yrkesetik. Det är dock en empirisk fråga i vilken utsträckning detta är ett problem i praktiken.

Sammantaget är antagandena om vilka effekter ett fritt val av vårdgivare kan tänkas få på kvaliteten motsägelsefulla och det är därför intressant att undersöka vilka empiriska studier som har undersökt sambandet.

5.1 STUDIER SOM UNDERSÖKT DET SVENSKA VÅRDVALETETS EFFEKT PÅ KVALITETEN

En forskargrupp vid Karolinska institutet har på uppdrag av Stockholms läns landsting utvärderat det fria vårdvalet inom primärvården i Stockholm efter dess införande år 2008 (Rehnberg m.fl. 2009, 2010, Janlöv & Rehnberg 2011). Fokus i rapporterna ligger framförallt på kostnader, produktivitet och fördelningsaspekter men de innehåller även vissa uppgifter om kvalitetsutvecklingen.

Den patientupplevda kvaliteten har kontinuerligt mätts genom en patientenkät som administrerats av Sveriges Kommuner och Landsting och Vårdbarometern. Den första rapporten som utvärderade det första året med vårdval i Stockholm, dvs. år 2008 (Rehnberg m.fl. 2009) visar att den patientupplevda kvaliteten hade förbättrats, medan andelen patienter med ett gott helhetsintryck av primärvården minskade något. Den efterföljande utvärderingen gällande år 2009 visar på liknande tendenser där andelen patienter som ansåg att de blivit väl bemötta, varit delaktiga och välinformerade ökade marginellt. Den senaste utvärderingen för år 2010 visar dock på en nedgång beträffande andelen patienter som ansåg sig vara väl bemötta och andelen som ansåg sig delaktiga i vården. Däremot ökade andelen patienter som ansåg sig vara välinformerade stort detta år. Vidare ökade andelen patienter med ett gott helhetsintryck av vården. Även om flera av förändringarna är tämligen marginella tyder de flesta resultaten på att den patientupplevda kvaliteten och servicekvaliteten har ökat något i och med vårdvalets införande i Stockholm.

Janlöv och Rehnberg redovisar utöver patienternas uppfattningar även ett antal kvalitetsvariabler som mäts på annat sätt. Bland annat så mäts andelen diabetespatienter som registrerats i det nationella diabetesregistret, andelen justerade vårdplaner och andel utförda hälsosamtal för 75-åringar. Alla dessa indikatorer har förbättrats, om än måttligt, mellan år 2009 och 2010 (Janlöv & Rehnberg 2011). I de tidigare utvärderingarna som behandlade åren 2008 och 2009 rapporterades inte dessa indikatorer. En brist är att mätningar av den medicinska kvaliteten saknas helt i utvärderingarna. Rapporterna pekar sammanfattningsvis på att vårdvalet har haft positiva effekter på upplevd kvalitet, servicekvalitet samt vissa processkvalitetsmått. Det går dock inte att säkert utesluta att det inte är andra bakomliggande faktorer än vårdvalet som förklarar de positiva förändringarna.

Paulsson (2008, 2009, 2010) har under flera år på liknande sätt utvärderat vårdvalet i Halland, vilket var det första landstinget som införde vårdval år 2007. Även Paulsson har använt sig av frågor i Vårdbarometern för att bedöma kvaliteten men har även undersökt ohälsotalens utveckling under åren sedan



vårdvalet infördes. Beträffande patientnöjdheten så ökade den för de flesta aspekter som mättes i Vårdbarometern det första året efter vårdvalets införande. Däremot har det skett en minskning av andelen patienter som är nöjda med tillgängligheten till vård, andel besvarade samtal samt andelen patienter som ansett sig fått den hjälp de behöver i de senaste årens mätningar. De uppräknade måtten låg vid mätningen år 2009 något lägre än vad som var fallet år 2006 innan vårdvalet hade införts. Andelen patienter som var nöjda med väntetiderna till vård samt andelen som var nöjda med den information som de fått från sin vårdenhet har emellertid ökat under samma period. Både de positiva och negativa förändringarna är dock marginella. Paulsson nämner massvaccinationen mot svininfluensan som en händelse som kan ha påverkat patienternas upplevelse av vården negativt under just 2009 även om det är svårt att uttala sig om detta med säkerhet. Paulsson har även undersökt utvecklingen av ohälsan under samma tidsperiod. Ohälsotalen har sjunkit sedan vårdvalet infördes, från 35,4 år 2006 till 29,5 2009 vilket är en relativt stor förändring. Paulsson fastslår dock att det inte är möjligt att veta om minskningen i ohälsotal är en effekt av vårdvalets införande. En möjlig förklaring är att minskningen är en effekt av de uppstramade sjukförsäkringsreglerna.

Utvecklingen av servicekvaliteten i form av andelen patienter som är nöjda med olika aspekter av vården är inte lika enkel att tolka i Halland som i Stockholm. Vissa indikatorer har ökat sedan år 2006 medan andra har minskat något. Vidare är det tydligt att ohälsan minskat under perioden sedan vårdvalets införande. Huruvida detta är en effekt av vårdvalet går dock inte att uttala sig om.

Konkurrensverket (2010a) har i en rapport intervjuat företrädare för totalt fjorton privata och offentliga vårdcentraler i elva landsting om deras syn på hur vårdvalet fungerar i praktiken och hur de ser på Lagen om valfrihet (LOV) och dess effekter. Beträffande kvalitetseffekter på vården svarade de flesta att den troligtvis inte förändras alls på grund av vårdvalet. Däremot menade en majoritet att tillgängligheten till vården har ökat samt att bemötandet blivit bättre. Vissa av de intervjuade menade dock att inriktningen på kvantitet och vinst på lång sikt kan leda till försämrad vårdkvalitet. Riskerna finns att fokus läggs på administration, ytliga utvärderingar och marknadsföring. Istället befarsas det att resurser tas av patienttid, utbildning och kvalitativ utveckling av vården. Flera av de intervjuade menade att de kvalitetsuppföljningar som gjorts av vården inte håller måtten då de är ytliga och inte mäter faktisk medicinsk kvalitet. Vidare bestraffas inte de vårdgivare som inte når upp till kraven. Flera menade att kvalitetskontroller måste utvecklas och inriktas på faktisk vårdkvalitet istället för kvantitet eller patientnöjdhet.

Även om rapporten från Konkurrensverket inte på något systematiskt sätt undersökt effekterna av vårdvalet kan den vara av intresse då vårdcentralsföreträdare har möjlighet att ge information på ett initierat sätt som är svårt att komma åt utifrån. Eftersom antalet intervjuade är litet kan man dock som mest hoppas på förslag till hypoteser att undersöka framöver – det går inte att statistiskt belägga några effekter, eller ens uppfattningar om effekter från ett så litet material. I rapporten saknas information om hur vårdcentralerna valdes ut samt hur informationen som uppgavs av de intervjuade behandlades och analyserades. Det är sammantaget svårt att dra några slutsatser från rapporten annat än att vissa vårdcentralsföreträdare tror att kvaliteten inte påverkas nämnvärt av vårdvalet medan andra menar att sådana risker finns. Vidare verkar flera mena att de kvalitetsmått som används idag inte på ett tillfredsställande sätt lyckas mäta den faktiska vårdkvaliteten.

5.2 INTERNATIONELLA STUDIER SOM UNDERSÖKT VALFRIHETSREFORMERNAS EFFEKT PÅ KVALITETEN INOM PRIMÄRVÅRDEN

Om man istället vänder blicken mot de internationella studier som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter är det möjligt att hitta ett antal studier som undersökt effekterna av att patienter gör val av vårdgivare inom primärvården.

Chu-Weininger och Balkrishnan (2006) undersöker om det finns ett samband mellan huruvida patienter upplever att de har möjlighet att fritt välja primärvårdsutförare och patienters tillit till sina primärvårdsutförare. I studien utförde författarna en undersökning där man via telefon ställde frågor till individer som besökt en läkare åtminstone två gånger de senaste två åren. I det slutgiltiga urvalet ingick drygt 500 patienter som svarade på frågor beträffande tillit till sin primärvårdsutförare samt frågor om hur de upplever möjligheten att fritt välja primärvårdsutförare. Efter att ha justerat för kontrollvariabler fann författarna ett tydligt samband mellan dem som ansåg att de hade tillräcklig möjlighet att fritt välja sin primärvårdsutförare samt de som kände stark tillit till sin primärvårdsutförare. Generellt var tilliten högre hos välutbildade patienter samt bland kvinnor.

Krupat m.fl. (2002) studerar effekterna av att patienter själva valde en personlig primärvårdsläkare jämfört med att patienterna tilldelades en läkare. Patienterna i studien bodde i Kalifornien och hade diabetes. Författarna undersökte om patienter som fått välja sin primärvårdsläkare i högre utsträckning följer läkarnas råd beträffande sin egenvård. I studien använde sig forskarna av flera olika mått på huruvida patienterna följde läkarnas råd. Framförallt användes data från enkäter där patienterna fått svara på i vilken



utsträckning de följde råden om egenvård som de fått samt hur nöjda de var med deras läkare. Vidare studerades även kliniska mått som inhämtades via en diabetesregisterdatabas. Resultaten visade att patienter som gjort ett aktivt val av sin läkare i statistiskt signifikant högre utsträckning följde läkarnas råd om egenvård och var också nöjdare med sin vård och läkare. De medicinska måtten gav inte lika tydligt utslag men ett av tre mått (HbA_{1c}-värdet²) var signifikant bättre hos de patienter som valt sin läkare.

En styrka med studien är att författarna kontrollerade att gruppen patienter som hade valt en läkare inte skiljde sig från gruppen som inte valt en läkare. Däremot kontrollerades inte om de studerade läkarna som valts skilde sig gentemot de läkare som inte blivit valda av patienterna. En möjlig felkälla är därför att resultaten inte beror på huruvida patienter väljer en läkare aktivt eller inte, utan att det istället beror på att de som väljer läkare också väljer kvalitativt sett bättre läkare vilket har effekt på hur patienterna uppfattar vården.

Sammanfattningsvis är studien välgjord med ett tydligt teoretiskt resonemang och stabila resultat. Man kan dock fråga sig hur relevant resultatet är för det svenska vårdvalssystemet. I de flesta landsting ingår det nämligen inte i vårdvalet för primärvården att välja läkare utan enbart vårdcentral. Några landsting har emellertid valt att inkludera val av personlig läkare i vårdvalet och studien är av viss relevans för dessa lokala vårdvalssystem. Dock måste man komma ihåg att det som undersöks i studien inte är en effekt av en reform likt den svenska med fri etableringsrätt och ersättning som följer patientens val. Den visar enbart på effekter av att patienter själva väljer sin läkare.

En liknande studie har även gjorts på estländska patienter (Kalda m.fl. 2003). Forskarna utförde 997 intervjuer genom att använda ett enkätformulär med fördefinierade svarsalternativ. De intervjuade personerna fick bland annat svara på hur nöjda de var med olika aspekter av sin primärvård och fick även svara på om de registrerat sig hos en personlig läkare och hur de i sådana fall hade valt denna. Baserat på svaret på denna fråga delades patienterna in i tre grupper: de som hade valt sin läkare på eget initiativ, de som hade valt sin läkare i vårdcentralreceptionen samt de som hade blivit tilldelade en läkare av personalen. Resultatet av studien visade att patienter som hade registrerat sig hos en personlig läkare var mer nöjda med flera olika aspekter av primärvården, både beträffande organisatoriska områden samt relationen med sin läkare. Studien är dock metodologiskt svagare än den ovan redovisade stu-

² Långtidsmått på blodsocker

dien av Krupat m.fl. (2002) då Kalda m.fl. inte visar om, och i så fall hur, de kontrollerat för att patienterna skiljer sig åt mellan de tre undersökningsgrupperna. Liksom i den förra studien har inte skillnader mellan läkarna i de olika grupperna undersökts. Det är alltså möjligt att de som gör aktiva val väljer bättre läkare vilket i sin tur gör att de är mer nöjda med vården.

I en annan studie undersöker Hsu m.fl. (2003) patienter från Kalifornien som fått välja ny primärvårdsutförare när deras tidigare läkare gått i pension. Studien var utformad som en intervention där den ena gruppen fick möjlighet att välja läkare med hjälp av ett extensivt informationsmaterial. Kontrollgruppen fick istället en läkare tilldelad automatiskt, vilket också var standardförfarandet i sjukvårdsorganisationen. Patienterna randomiserades till att tillhöra antingen interventionsgruppen som fick informationsmaterialet eller kontrollgruppen. Ett år efter att patienterna skrivit sig hos en ny läkare skickade forskargruppen ut en enkät till totalt 1 936 personer. Utav dessa svarade 72 procent i interventionsgruppen samt 64 procent i kontrollgruppen. Slutligen inkluderades 1 090 respondenter varav 868 tillhörde interventionsgruppen. Studien kom fram till att patienter i interventionsgruppen i signifikant högre grad var listade hos samma läkare när enkäten skickades ut efter ett år. Interventionsgruppen valde också i signifikant högre grad att söka vård hos sin egen läkare när de hade medicinska behov. Dessutom var de nöjdare med sin läkare än patienterna i kontrollgruppen. Slutligen svarade interventionsgruppen att de var mer benägna att följa sin läkares råd samt att de i lägre grad upplevde att deras primärvårdsläkare stoppade dem från att remitteras till specialistvård. Alla jämförelser gjordes genom en logistisk regression där forskarna konstanthöll ålder, kön, etnicitet, utbildning, hälsostatus samt potentiella klustereffekter beroende på vilken läkare patienterna var tilldelade/hade valt. Studien är mycket välgjord och dess experimentella karaktär gör att resultaten ger starkare belägg för ett kausalt samband.

Sammantaget ger dessa studier stöd för att patienter som gör aktiva val av läkare är mer nöjda med vården och har bättre följsamhet till läkarnas ordination av läkemedel och behandling. Orsaken till den starkare patientnöjdheten hos patienter som gjort aktiva val är, utifrån de studier som utförts, ännu inte helt klarlagd. En möjlig förklaring är att patienter som gör aktiva val väljer vårdgivare som har högre kvalitet eller helt enkelt passar den enskilda patienten bättre i form av exempelvis öppettider, bemötande eller geografisk närhet. En annan möjlig förklaring är att de patienter som gör aktiva val omedvetet vill försvara de val som de gjort och därmed uppger att de känner sig mer nöjda. Denna typ av mekanism är väldokumenterad inom psykologisk forskning beträffande köp av konsumtionsvaror (se exempelvis Schlesinger



2010). En tredje möjlig förklaring är att den grupp patienter som gör aktiva val skiljer sig från den grupp som inte gör aktiva val, beträffande exempelvis utbildningsnivå. Den sistnämnda förklaringen kan dock inte förklara de resultat som erhållits av Hsu m.fl. (2003) där forskarna utförde en experimentell undersökning och fördelade patienter till antingen en kontroll- eller en interventionsgrupp.

5.3 STUDIER SOM UNDERSÖKT KVALITETSEFFEKTER AV VÅRDVALSIN-FÖRANDE INOM SPECIALISTSJUKVÅRDEN

Det finns ett fåtal studier som undersöker hur möjligheten att fritt välja vilket sjukhus man vill söka vård på påverkar patienters nöjdhet med en behandling eller ingrepp. Losina m.fl. (2005) undersöker exempelvis en grupp äldre patienter i USA som fått en knäprotes inopererad. I studien undersöks om patienterna erbjöds att välja mellan flera sjukhus för sin operation och hur detta i så fall påverkade deras nöjdhet med operationen. Både patienternas möjligheter till val samt deras nöjdhet med operationen undersöktes genom en enkät som skickades ut till 1597 patienter två år efter operationen. Utav dessa skickade 932 in komplett ifyllda enkäter vilket ger en svarsfrekvens kring 60 procent. Efter att ha kontrollerat för faktorer som ålder, kön, rörelseförmåga innan operation samt socioekonomisk status fann författarna ett svagt men statistiskt signifikant (95 procents konfidentsintervall) samband mellan möjligheten att välja sjukhus och nöjdheten med operationen (Losina m.fl. 2005).

Kritik som kan lyftas fram mot studien innefattar bland annat att enkäten skickades ut så långt efter att valet av sjukhus gjordes. Detta kan innebära svårigheter för patienterna att minnas om de hade möjlighet att välja sjukhus eller inte. Vidare är sambandet relativt svagt och hade författarna valt att koda sina variabler något annorlunda hade säkerligen inget signifikant samband uppstått. Generellt är dock studien väl genomförd, den innehåller en relativt stor undersökningsgrupp och använder korrekta statistiska metoder.

Cooper m.fl. (2011) undersöker hur kvaliteten i vården påverkar i samband med införandet av en valfrihetsreform i England år 2006 som gav patienter rätt att välja sjukhus. Reformen innebar att patienter fick rätt att välja sjukhus men också en liberalisering av sjukvårdsmarknaden där offentliga sjukhus fick större autonomi samtidigt som man öppnade upp för privata aktörer att etablera sig på marknaden. Reformen innebar även att ersättningen till sjukhusen baserades på antalet behandlingar som utfördes.

I studien undersöker författarna hur dödligheten vid hjärtinfarkt påverkades av att valfrihet infördes. Mer precist jämförde författarna förändringar

i mortalitet efter reformens införande mellan områden där konkurrensen mellan sjukhusen kunde antas fungera bra med områden där konkurrensen kunde förväntas fungera sämre, dvs. en så kallad difference-in-difference design. Tanken är att reformen bör få en större effekt i områden där det finns en högre konkurrens eftersom sjukhus i dessa områden bör höja kvaliteten i syfte att locka till sig patienter. Som förklarande variabel används flera olika mått för att mäta konkurrensutsatthet i olika områden, de flesta är varianter på det så kallade Herfindahl-Hirschman-indexet. Som kvalitetsmått används skillnaden i mortalitet 30 dagar efter hjärtinfarkt. Cooper m.fl. argumenterar för att måttet är lämpligt eftersom hjärtinfarkt är lätt att identifiera kliniskt och mortalitet inte är möjlig att manipulera såsom flera andra kvalitetsindikatorer inom den planerade vården. Det finns också ett tydligt samband mellan användandet av lämplig behandling vid hjärtinfarkt och dödlighet, med andra ord är det möjligt för sjukhusen att påverka utfallet genom att förbättra kvaliteten på vården. Utöver användandet av flera olika marknadsmått kontrollerade även författarna för att det inte var urbanitet i sig som orsakade skillnaderna mellan områden.

Studiens resultat pekar på att det finns ett signifikant samband mellan graden av konkurrensutsatthet i ett område och förbättring av mortaliteten efter valfrihetsreformens införande. Mortaliteten i ett mer konkurrensutsatt område sjönk 0,31 procentenheter snabbare per år sedan reformens införande år 2006.

Studien har bland annat blivit kritiserad i en artikel i Lancet (Pollock m.fl. 2011) där kritikerna menade att Cooper m.fl. inte lyckats visa på en kausalitet mellan välfungerande konkurrens i ett valfrihetssystem och ökad kvalitet i vården. Denna kritik kan emellertid ifrågasättas då Cooper m.fl. anstränger sig för att visa att inga andra faktorer påverkar sambandet och även gör tydliga före-efter mätningar. En annan, mer rimlig kritik som lyfts fram av Pollock m.fl., är frågan om mortalitet vid hjärtinfarkt är en lämplig kvalitetsindikator för att mäta effekter av en vårdvalsreform. Problemet med denna indikator är att personer normalt sett inte väljer vilket sjukhus de ska åka till när de har fått en hjärtinfarkt – istället åker man i de flesta fall till den närmaste akutmottagningen. Det innebär att patienternas val av utförare vid hjärtinfarkt knappast kan ha påverkat kvaliteten på vården inom den planerade specialistsjukvården.

Cooper m.fl. är medvetna om problemet. De motiverar emellertid valet av kvalitetsindikator med att mortalitet efter hjärtinfarkt är en av de bästa indikatorerna för att mäta kvalitet vid sjukhusvård. Hypotesen är att kvalitetseffekterna, som enligt teorierna drivs av patienternas val inom den pla-



nerade vården, kommer att spridas även till akutvården. Med andra ord leder konkurrens mellan sjukhusen inom den planerade vården till allmänna kvalitetsförbättringar beträffande exempelvis ledningen och driften av sjukhusen vilket även får effekter för den akuta vården, däribland behandlingen av patienter med hjärtinfarkt. Trots denna förklaring är det svårt att bortse från att studiens slutsatser hade stärkts avsevärt om även andra kvalitetsindikatorer, som faktiskt riktat in sig på den planerade vården, hade inkluderats i studien.

Patiar m.fl. (2006) fokuserar istället på om patienterna är nöjda när de använder sig av sina valmöjligheter inom ramen för ett valfrihetssystem. Mer precist har de frågat 123 patienter som valt att operera bort halsmandlarna vid ett privat sjukhus utanför deras egen region om de varit nöjda med att göra sin operation vid ett privat sjukhus utanför sin hemregion. 95 procent av patienterna var nöjda med att resa långt för att göra operationen. 71 procent menade vidare att deras upplevelse av att utföra operationen på ett privat sjukhus var utmärkt. 25 procent svarar på samma fråga att upplevelsen var tillfredsställande. Tyvärr är det svårt att dra några större slutsatser utifrån denna studie då de först och främst inte har någon jämförelsegrupp. Nivåskattningsproblematiken som uppstår när det inte finns någon grupp att jämföra med medför att det är svårt att tolka resultaten.

5.4 SAMMANFATTNING

Antalet studier som undersökt vilka effekter ett vårdvalsinförande får på vårdens kvalitet är få, både beträffande primär- och specialistsjukvården.

De studier som utförts inom ramen för det svenska vårdvalet visar att patientnöjdheten har ökat något efter vårdvalsreformens införande. Att därigenom dra slutsatsen att ökningen beror på vårdvalsreformen är inte möjligt. Huruvida även den medicinska kvaliteten har påverkats har inte undersökts i den svenska kontexten – troligtvis på grund av att det saknas valida och accepterade medicinska kvalitetsmått inom primärvården.

Litteraturgenomgången visar vidare att det saknas internationella studier inom primärvården som undersöker sambandet mellan valfrihet och kvalitet. Orsaken till detta är delvis oklar, men en förklaring kan vara att diskussionen om valfrihet i primärvården inte varit lika aktuell i andra länder. Gällande primärvården är det få andra länder som har ett system som liknar det svenska med vårdcentraler och anställda läkare och sjuksköterskor. Istället har primärvården i många länder organiserats genom fristående läkare med egna kliniker som patienter fritt kan söka sig till. Eftersom dessa länder under lång tid har haft ett starkt inslag av valfrihet och etableringsfrihet finns det

heller inget behov av att explicit studera valfriheten inom primärvården.

Utifrån de internationella studier som ändå utförts inom specialistsjukvården verkar det dock som att de patienter som gör aktiva val är mer nöjda med vården. Varför de är nöjdare med vården är dock inte helt klarlagt, möjligen beror det på att de väljer bättre vårdgivare.

Resultaten från de internationella studier som undersöker effekter på den medicinska kvaliteten inom specialistsjukvården är svårtolkade men ger ändå ett visst stöd för att ett vårdvalsinförande i specialist-sjukvården ökar kvaliteten. En studie med hög kvalitet är utförd av Cooper m.fl. (2011). Den kommer fram till att konkurrens – driven av patienternas val av vårdgivare – tycks öka kvaliteten inom akutsjukvården. För att kunna uttala sig mer säkert om detta behövs emellertid fler studier som använder sig av andra kvalitetsmått, helst kvalitetsindikatorer som inriktar sig på planerad vård.



Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på jämlikheten i vården?

Detta avsnitt syftar till att undersöka vilka effekter ett fritt val av vårdgivare har på jämlikhet. För att ge läsaren en viss referensram definieras inledningsvis begreppen jämlik hälsa och jämlik hälso- och sjukvård, varefter en diskussion förs kring dessa begrepp i förhållande till valmöjligheter och valfrihet.

Den definition av jämlikhetsbegreppet som används nedan utgår från det engelska begreppet "equity". "Equity" kan översättas som "distributiv rättvisa" och är därmed att betrakta som en etisk princip för fördelning av resurser (Braveman & Gruskin 2003). Här bör man notera att "equity" ibland jämföras med begreppet "equality" (Whitehead & Dahlgren 2006), trots att vissa forskare menar att det senare begreppet snarast har innebörden "likhet" och därmed saknar den normativa innebörden som beskrivs ovan (Braveman & Gruskin 2003).

När det gäller jämlikhet i hälsa och jämlikhet i hälso- och sjukvård är Margaret Whiteheads definitioner från tidigt 1990-tal bland de mest citerade. Whitehead konstaterar att "jämlikhet i hälsa innebär att alla idealiskt sett skall ha en rimlig möjlighet att uppnå sin fulla hälsopotential och, mer pragmatiskt, att ingen skall missgynnas från att nå denna potential, om det kan undvikas" (Whitehead 1990, s 9, författarnas översättning). En annan vanligt förekommande definition, som bland annat används av Folkhälsoinstitutet, har tagits fram av International Society for Equity in Health (ISEqH); "jämlikhet i hälsa är avsaknad av systematiska och potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter som finns mellan olika befolkningar eller befolkningsgrupper, definierade socialt, ekonomiskt, geografiskt eller efter kön" (Bremberg 2003, s 31). Den senare definitionen understryker



att jämlikhet i hälsa förutsätter frånvaron av systematiska skillnader mellan befolkningsgrupper, vilket är en viktig poäng.

När det gäller en jämlik hälso- och sjukvård definierar Whitehead denna som: ”lika tillgång till vård vid lika behov, lika utnyttjandegrad vid lika behov och samma kvalitet på vården för alla” (Whitehead 1990, s 11, författarnas översättning). För att hälso- och sjukvården skall vara jämlik krävs att tillgången på hälso- och sjukvård vid ett givet vårdbehov inte begränsas av faktorer som inte är direkt relaterade till behovet, till exempel kön, inkomst, geografi eller ålder. Denna typ av barriärer kan finnas både på efterfrågesidan (hos individen) och på utbudssidan (hos sjukvården) (Mossialos & Thomson, 2003). Lika tillgång till vård vid lika behov brukar omnämnas horisontell jämlikhet. Underförstått innebär denna princip också att olika tillgång till vård vid olika behov skall gälla, det som vanligtvis omnämns vertikal jämlikhet (se exempelvis Braveman 2006).

Eventuella skillnader i utnyttjandegrad behöver, enligt Whitehead, inte per automatik betyda att hälso- och sjukvården är ojämlig. Man kan tänka sig att individer på grund av exempelvis religiös övertygelse medvetet avstår från att söka vård trots behov. Ett sådant ställningstagande lyfter dock frågan vilka barriärer som samhället bör försöka påverka och vilka man eventuellt bör lämna därhän.

Sammanfattningsvis kan konstateras att en jämlik hälsa innebär att systematiska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper elimineras; nivån på hälsan är jämt fördelad över befolkningen. En jämlik hälso- och sjukvård kan dock vara ojämnt fördelad över befolkningen eftersom tillgång och utnyttjande skall vara relaterade till behov (Whitehead & Dahlgren 2006).

Då det gäller ett eventuellt samband mellan jämlikhet och valfrihet inom hälso- och sjukvården finns det olika uppfattningar. Dixon och Le Grand (2006) hävdar att socioekonomiskt svaga grupper får större möjligheter att göra sina röster hörda genom valfrihetsreformerna. Andra, exempelvis Barr m.fl. (2008), hävdar att dessa påståenden vilar på en mycket selektiv empirisk grund och att det mycket väl kan vara så att sambandet mellan valfrihet och jämlikhet är det motsatta, det vill säga att valfrihetsreformer snarast ökar ojämligheten i hälso- och sjukvården. Framför allt beror detta på att socioekonomiskt svaga grupper i lägre utsträckning har förutsättningar att göra välinformerade val.

Nedanstående litteraturgenomgång syftar till att belysa jämlikhet kopplat till valmöjligheter och valfrihet inom hälso- och sjukvården. Mer konkret handlar det om att undersöka huruvida jämlikheten inom hälso- och sjukvården påverkas av förekomsten av valfrihet. Genomgången är indelad så att

den först beskriver de fåtal studier som undersökt det svenska vårdvalet ur en jämlikhetsaspekt och sedan de internationella studier som undersökt valfrihetsreformers effekt på jämlikhet inom specialiserad vård.

6.1 STUDIER SOM UNDERSÖKT DET SVENSKA VÅRDVALET

När det gäller jämlikhet kopplat till valfrihet inom primärvården är det empiriska underlaget mycket begränsat. I den svenska kontexten är det framförallt de tidigare nämnda rapporter som Karolinska Institutets folkhälsoakademi sammanställt kring Vårdval Stockholm som undersökt frågan.

Janlöv och Rehnberg (2011) undersöker vilka konsekvenser det år 2008 införda vårdvalet i Stockholm haft på fördelningen av vård- och resursutnyttjande mellan stadsdelar och kommuner i Stockholm, grupperade efter medelinkomst. Vårdutnyttjande operationaliserades som läkar- respektive sjuksköterskebesök per individ och resursutnyttjande operationaliserades som beställarkostnad per individ. Undersökningen lades upp genom att man beräknade så kallade koncentrationsindex på en skala från 1 till -1, där värdet noll skulle innebära att fördelningen av vård- och resursutnyttjande per individ var densamma i samtliga områden oavsett medelinkomst. Negativa värden skulle innebära att vård- och resursutnyttjande skulle vara högre i områden med relativt låg medelinkomst och positiva värden skulle innebära det motsatta.

Resultatet visade att områden med hög medelinkomst konsumerade fler läkarbesök per individ än låginkomstområden under år 2006 och 2007, det vill säga positiva värden på koncentrationsindex. Från år 2008, året då Vårdval Stockholm infördes, har förhållandet varit det motsatta, det vill säga en högre konsumtion per individ i låginkomstområden jämfört med höginkomstområden. När det gäller sjuksköterskebesök har antalet besök per individ i låginkomstområden varit fler än i höginkomstområden under hela perioden 2006-2010. Denna skillnad har ökat under den observerade perioden; en ökning som dock började innan vårdvalsreformen implementerades. Även när det gäller beställarkostnaden per individ har denna varit högre i låginkomstområden än i höginkomstområden under hela perioden 2006-2010. Denna skillnad har dock minskat över tid (Janlöv & Rehnberg 2011).

I studien undersökte man även hur besöken per individ utvecklats över tid uppdelat efter kön och ålder. När det gällde läkarbesök per individ visade det sig att de har ökat under samtliga år sedan Vårdval Stockholm infördes; den största procentuella ökningen skedde mellan åren 2007 och 2008. Sett över hela tidsperioden 2006-2010 var ökningen av läkarbesöken per individ jämt



fördelade över kön och ålder. När det gällde sjuksköterskebesök per individ minskade andelen under den aktuella tidsperioden. Den procentuella minskningen var större bland kvinnor, dock från en väsentligt högre ursprungsnivå (Janlöv & Rehnberg 2011).

Ett problem med de koncentrationsindex som Janlöv och Rehnberg (2011) använder är att man endast undersöker sambandet mellan vårdkonsumtion och inkomst på kommun/stadsdelsnivå. Såväl kommuner som stadsdelar är rimligen så inkomstmässigt, utbildningsmässigt och behovsmässigt heterogena att medelinkomst på kommun/stadsdelsnivå ger en rätt dålig bild av invånarnas socioekonomiska utsatthet. I den första studien som gjordes efter införandet av Vårdval Stockholm, försökte Rehnberg m.fl. (2009) att undersöka huruvida resultaten skulle bli annorlunda om man gjorde jämförelser mellan husläkarmottagningar istället för kommuner/stadsdelar. Då man inte hade uppgifter om medelinkomst per husläkarmottagning använde man här istället tre andra ”behovsindikatorer”; nämligen andelen vårdtunga diagnoser samt index för socioekonomisk status. På liknande sätt som i studien från år 2011 kunde författarna i detta fall konstatera att ”vårdutnyttjandet omfördelats från områden/mottagningar med hög inkomst och lägre vårdbehov till områden med lägre inkomst och högre vårdbehov. Resultaten visar däremot att områden med högre socioekonomisk status har erhållit mer av vårdens resurser jämfört med områden med lägre socioekonomisk status efter vårdvalsreformens införande. Vad detta beror på är däremot inte utrett (Rehnberg m.fl. 2009).

När det gäller vårdtunga grupper undersökte Rehnberg m.fl. (2010) vidare hur antalet läkarbesök per patient bland dessa utvecklats under tidsperioden 2006–2009 jämfört med övriga patienter. Resultaten visade att patienter i de vårdtunga grupperna redan vid utgångsläget hade en högre besöksintensitet än patienter i den övriga befolkningen. Under tidsperioden 2006–2009 ökade antalet läkarbesök per patient såväl i de vårdtunga grupperna som bland den övriga befolkningen. Ökningen var dock större bland de vårdtunga grupperna (Rehnberg m.fl. 2010).

Som framgick ovan är författarna medvetna om problematiken att det finns en inkomstmässig, utbildningsmässig och behovsmässig heterogenitet inom kommuner/stadsdelar. Denna problematik finns dock rimligtvis, om än i mindre omfattning, även inom enskilda husläkarmottagningar. För att komplettera bilden hade det varit intressant om man utöver att jämföra besök per invånare mellan kommuner/stadsdelar eller besök per listad mellan husläkarmottagningar, jämfört besök per invånare mellan exempelvis hög- och låginkomsttagare oavsett kommun/stadsdel eller husläkarmottagning.

I en annan nyligen publicerad studie undersöks det om det finns något speciellt mönster, exempelvis med avseende på socioekonomi eller kön, bland dem som valde att byta från en offentlig vårdcentral till en privat vårdcentral. I en databasstudie undersöks patienter vid en offentlig samt privat vårdcentral hösten 2005 i Ronneby (Zielinski m.fl. 2011). Patientregister från de två vårdcentralerna med information om ålder, kön och komorbiditet analyserades. Konkret undersöktes om det fanns någon skillnad mellan de patientgrupper som var registrerade vid den offentliga respektive den privata vårdcentralen, samt om det fanns några mönster bland dem som valt att byta till den nyöppnade vårdcentralen. Resultatet visade att vid den privata vårdcentralen var andelen män signifikant högre vid båda tidpunkterna. Personer över 60 år var oftare registrerade vid den offentliga vårdcentralen, och valde i högre utsträckning att stanna vid den offentliga vårdcentralen. Bland dem som valde att byta vårdcentral från offentlig till privat så var andelen kvinnor lägre än i den grupp som valde att stanna vid den offentliga vårdcentralen. Gruppen som valde att stanna kvar vid den lokala vårdcentralen bestod i högre grad av patienter med komorbiditet. Sammanfattningsvis tycks personer över 60 år, kvinnor och personer med hög grad av komorbiditet mindre benägna att byta vårdcentral. De tycks således prioritera kontinuitet i högre utsträckning än de andra grupperna. Studien är baserad på ett stort antal listade patienter (n=12 696) vilket är en styrka. En brist i studien är emellertid att den enbart berör två olika vårdcentraler i ett landsting vilket försvårar generaliserbarheten av resultaten. Ytterligare en brist är att studien genomfördes före vårdvalsreformen år 2010 och att det är oklart vilken information patienterna fått om sina möjligheter att lista om sig.

6.2 INTERNATIONELLA STUDIER SOM UNDERSÖKT VALFRIHETSREFORMERS EFFEKT PÅ JÄMLIKHET

Denna litteraturgenomgång har inte funnit några internationella studier som undersökt vilken effekt valfrihetsreformer inom primärvården har haft på jämlikhet, därför kommer denna del enbart att behandla studier som undersökt specialistsjukvård. När det gäller valfrihet inom specialiserad vård finns en stor del av det empiriska underlaget att hämta i England, där omfattande valfrihetsreformer implementerades under Tony Blairs regeringar under åren 1997–2007.

När det gäller jämlik tillgång till vård undersökte Cooper m.fl. (2009) om, och i sådant fall hur, väntetiderna till tre typer av elektiv kirurgi förändrades för olika socioekonomiska grupper efter att valfrihet införts. Forskarna hade



visserligen svårt att renodla effekten av valfrihetsreformerna eftersom en rad andra reformer, såsom ett ökat utbud av läkare och ökade anslag för hälso- och sjukvården genomfördes under den studerade perioden. Man konstaterade dock att introduktionen av valfrihet och konkurrens inte ledde till ökade skillnader i väntetider mellan socioekonomiska grupper (Cooper m.fl. 2009). Ett möjligt problem med studien i fråga är att man, precis som Janlöv och Rehnberg (2011), mäter socioekonomisk utsatthet på aggregerad nivå (i detta fall operationaliserat med Carstairs index på postnummernivå).

En stor del av de undersökningar som genomförts när det gäller jämlikhet och valfrihet inom specialiserad vård rör tillgång till och utnyttjande av valfrihet, snarare än tillgång till och utnyttjande av hälso- och sjukvård. Denna fokusering på valet i sig bygger på det ovan refererade resonemanget att valfriheten i sig kommer att leda till en ökad jämlikhet i tillgång och utnyttjande av hälso- och sjukvård.

Med hjälp av en enkätundersökning bland individer i England som skulle genomgå kirurgi undersöktes de blivande patienternas (hypotetiska) vilja att överväga ett annat sjukhus än det lokala innan de fick ta ställning till ett faktiskt val. Efter genomförd operation följdes patienterna upp med avseende på om de faktiskt valt ett annat sjukhus än det lokala. Resultaten visade att när man ställdes inför den hypotetiska valsituationen var yngre, högutbildade, förvärvsarbetande, höginkomsttagare och personer med hög självskattad hälsostatus mer villiga att överväga ett annat sjukhus. När man undersökte de faktiska valen visade det sig dock att den enda signifikanta skillnaden var att människor i förvärvsarbete var betydligt mer benägna att välja ett alternativt sjukhus än arbetslösa. Författarna konstaterade dock att avsaknaden av faktiska skillnader mellan olika sociala grupperingar troligtvis berodde på att man arbetat aktivt med att sänka olika barriärer, exempelvis genom att ge olika former av stöd till patienter och genom att erbjuda gratis transport till och från sjukhusen (Burge m.fl. 2005, Coulter m.fl. 2005). Studien, som följde upp London Choice-projektet, är intressant och illustrerar tydligt vikten av att sänka barriärer om man vill att även individer från socialt utsatta grupper skall utnyttja möjligheten till valfrihet.

I en liknande undersökning ställdes ett antal respondenter inför den hypotetiska valsituationen mellan ett lokalt sjukhus och ett annat. Även här var lågutbildade mindre benägna att välja ett annat sjukhus än det lokala. När man undersökte faktiska skillnader visade det sig att äldre, högutbildade och boende på landsbygden var mer benägna att välja ett annat sjukhus än det lokala. Man undersökte även om det fanns skillnader mellan olika grupper med avseende på huruvida man erbjöds ett val i samband med remitteringen.

Resultaten visade inga signifikanta skillnader mellan olika befolkningsgrupper (efter ålder, kön, etnicitet eller utbildning), vilket författarna tolkade som att möjligheten att välja var någorlunda rättvist fördelad (Dixon m.fl. 2010, Robertson & Burge 2011). Ett potentiellt problem med studiens tillförlitlighet var att svarsfrekvensen endast uppgick till 36 procent. I urvalet fanns en viss underrepresentation av yngre personer, äldre, samt av kvinnor.

Le Maistre m.fl. (2003) genomförde en enkätundersökning riktad till engelska patienter med kranskärslssjukdom som genom att ha väntat minst sex månader på kirurgi fick möjlighet att välja ett alternativt sjukhus. Yngre patienter visade sig mer benägna att välja ett alternativt sjukhus jämfört med de över 60 år. En möjlig förklaring till detta kan vara att de äldre patienterna lade något mindre vikt vid en snabb behandling (Le Maistre m.fl. 2003). I sammanhanget bör påpekas att studien i fråga inte tittade på exempelvis inkomst och utbildning som möjliga förklaringsvariabler.

Ringard (2012) undersöker i vilken mån patienter som genomgick planerad kirurgi vid 20 slumpmässigt utvalda norska sjukhus under år 2004 aktivt valde sjukhus. De patienter som gjorde aktiva val var i större utsträckning högutbildade, unga och individer med god självskattad hälsa. Ett möjligt problem med tillförlitligheten i studien var att det i urvalet fanns en viss underrepresentation av yngre personer (Ringard 2012).

I en dansk studie undersöker författarna huruvida patienter som remitterats till öppen specialistvård använde sig av möjligheten att välja klinik/sjukhus. Resultaten visade, till skillnad från den norska studien, inga skillnader beträffande faktiska val mellan olika ålderskategorier eller utbildningsnivåer. Däremot tycktes det som att kvinnor var mer benägna än män att utnyttja valmöjligheten. Det finns vissa metodologiska begränsningar med studien; bland annat kan en viss "recall bias" tänkas förekomma bland respondenterna. Författarna påpekade utifrån detta att eventuella generaliseringar bör göras med försiktighet (Birk m.fl. 2011).

Cheng och Song (2004) genomförde en telefonundersökning i Taiwan några år efter att man där infört ett obligatoriskt, offentligt finansierat, sjukvårdssystem. I undersökningen tillfrågades respondenterna om man någon gång hade jämfört kvaliteten mellan läkare i sin geografiska närhet (då inget remissförfarande fanns i Taiwan vid tidpunkten för studien gällde detta såväl primärvårdsläkare som specialister). Vidare ställdes frågor om huruvida man skulle ta del av publicerad information kring läkarnas prestationer om sådan fanns tillgänglig samt huruvida man skulle använda sig av denna information inför ett val om man såg att den egna läkaren föll ut dåligt i jämförelse med andra. Resultaten visade att yngre, högutbildade personer med hög familje-



inkomst i större utsträckning jämförde olika läkare i sin geografiska närhet med avseende på kvalitet. Dessa grupper var även mer positiva till att ta del av information kring läkarnas prestationer. Yngre, högutbildade och personer med gott självskattat hälsotillstånd uppgav i högre utsträckning att de skulle använda sig av publicerad information inför ett val om man såg att den egna läkaren föll ut dåligt. Vidare uppgav kvinnor i högre utsträckning än män att de jämfört läkare, medan män i större utsträckning än kvinnor uppgav att man skulle använda sig av publicerad information inför ett val om man såg att den egna läkaren föll ut dåligt (Cheng & Song 2004).

Harris (2003) undersöker också huruvida individer övervägt en annan läkare samt deras benägenhet att byta till en läkare med bättre kvalitet. Även i denna studie, som undersökte en amerikansk population med sjukvårdsförsäkring via arbetsgivare, föll utbildning ut som en signifikant förklaringsfaktor; högutbildade hade i högre utsträckning övervägt en annan läkare. I denna studie undersöktes även den etniska dimensionen; spansktalande hade i lägre utsträckning övervägt en annan läkare jämfört med vita och afroamerikaner, medan övriga etniska minoriteter tvärtom i högre utsträckning övervägt en annan läkare. När det gällde benägenheten/viljan att byta läkare var män mer villiga än kvinnor att byta vårdgivare. Spansktalande och ”övriga etniska minoriteter” uppgav en större vilja att byta än vita och afroamerikaner (Harris 2003). Som framgått fokuserar studien mycket på etnicitet, snarare än socioekonomi, som förklarande variabel. Detta är, som Braveman (2006) påpekar, oftast standardförfarandet i amerikanska studier. I en europeisk kontext brukar dock jämlikhet i hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård med avseende på etnicitet snarast ses i ljuset av att etniska minoriteter ofta har lägre sociala positioner (se exempelvis Bremberg 2003). Harris (2003) studie är således inte nödvändigtvis möjlig att översätta till en svensk kontext.

6.3 SAMMANFATTNING

Ovanstående litteraturgenomgång har framförallt berört jämlikhet och valfrihet inom specialiserad vård i en internationell kontext. Ett flertal av de ovan refererade enkätstudierna dras med metodologiska problem, framför allt genom relativt låga svarsfrekvenser. En förtjänst är dock att flera av studierna har ett stort antal svarande vilket möjliggör jämförelser mellan olika subgrupper. Generellt tycks det vara så att utbildning är en viktig förklarande faktor bakom individers vilja och benägenhet att använda sig av valfrihet i vården. För att få socioekonomiskt utsatta individer att i högre utsträckning utnyttja

sin valfrihet tyder vissa resultat på att insatser för att sänka olika typer av barriärer kan vara fruktbara.

Den ovanstående litteraturgenomgången har visat att det empiriska underlaget när det gäller frågeställningen huruvida jämlikheten inom hälso- och sjukvården påverkas av förekomsten av valfrihet är långt ifrån heltäckande. I några fall, exempelvis Janlöv och Rehnberg (2011), har man försökt mäta "likheten" i tillgång och utnyttjande av sjukvård mellan olika sociala grupper. I de flesta andra studier har man snarast fokuserat på "likheten" i tillgång och utnyttjande av valfrihet. Detta bygger på det ovan refererade resonemanget att valfriheten i sig kommer att leda till en ökad jämlikhet i tillgång och utnyttjande av hälso- och sjukvård.

Farrington-Douglas och Allen (2005) konstaterar, apropå ett möjligt införande av valfrihet i den engelska primärvården, att även om socioekonomiskt utsatta grupper konsumerar lika mycket primärvård som andra grupper kan det vara så att de inte får ut samma nytta per besök som övriga grupper. För att uppnå ett system där primärvården är jämlik, enligt ovanstående definition, kan det i sådant fall krävas olika insatser för olika grupper, varför antalet besök blir ett otillräckligt mått på jämlikhet. Det tycks dock saknas empiriska studier som utgår från att en jämlik hälso- och sjukvård kan vara ojämnt fördelad över befolkningen utifrån resonemanget att tillgång och utnyttjande skall vara relaterade till det faktiska vårdbehovet.

För att man skall kunna uttala sig om införandet av vårdvalet i Sverige inneburit en ökad, oförändrad eller minskad jämlikhet krävs således mer forskning. Först efter fler studier som tydligare operationaliserar behovsbegreppet kan man uttala sig om vårdvalets effekter på jämlikheten inom svensk primärvård.



Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på tillgängligheten i vården?

I Sverige såväl som i många andra länder är god tillgänglighet en grundläggande målsättning i hälso- och sjukvården. Det man oftast tänker på när man diskuterar tillgänglighet är den tidsmässiga tillgängligheten, dvs. att medborgare och patienter får ett snabbt omhändertagande när de söker vård. I svenska medier har under en lång period stark kritik riktats mot att vårdens köer och väntetider är för långa och att detta leder till ett stort lidande för medborgare och patienter. En annan aspekt rör den geografiska tillgängligheten, dvs. i vilken utsträckning som vårdinrättningar finns tillgängliga inom ett rimligt avstånd från medborgare och patienter. Både den tidsmässiga och den geografiska tillgängligheten är viktiga när man diskuterar begreppet tillgänglighet. I den internationella litteraturen som analyseras i det följande avsnittet är det främst den tidsmässiga tillgängligheten som diskuterats. I Sverige finns emellertid flera rapporter som granskat valfrihetens betydelse för den geografiska tillgängligheten.

Litteraturgenomgången visar att de flesta länder vidtagit flera olika strategier för att åtgärda tillgänglighetsproblemet, exempelvis väntetidsgarantier, nya prioriteringsregler, ekonomiska incitament och utökad valfrihet. I detta avsnitt undersöks den sistnämnda aspekten – det vill säga om den utökade valfriheten leder till förbättrad tillgänglighet. Det teoretiska antagandet som ligger till grund för kapitlet är att ett utökat vårdval innebär en högre grad av konkurrens vilket i sin tur leder till att vårdgivare har incitament att korta väntetiderna för att på så sätt locka till sig patienter. Frågan som har ställs till litteraturen i det här avsnittet är om det finns empirisk grund för detta antagande? Sammanfattningsvis visar resultatet att det finns vissa indikationer på att valfriheten har haft positiva, om än marginella, effekter på väntetiderna.



Detta gäller både primär- och specialistsjukvården. I det följande avsnittet redogörs för de studier som undersökt valfrihetens effekter på tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

7.1 STUDIER SOM UNDERSÖKT DET SVENSKA VÅRDVALET

Innebär vårdvalet i Sverige att den geografiska tillgängligheten har ökat, dvs. är det lättare att nå primärvårdsmottagningarna nu än tidigare? En viktig aspekt i detta avseende är antalet nya mottagningar, restiden till mottagningarna samt huruvida öppettiderna förbättrats i och med vårdvalet. En rad svenska rapporter har granskat detta. Konkurrensverket (2010b) redovisar hur utvecklingen av nya vårdcentraler sett ut sedan vårdvalet infördes. Vid mätningen i augusti 2010 fanns det 1205 vårdcentraler i Sverige. Detta innebär en ökning med 23 procent (223 stycken) sedan vårdvalet infördes i januari 2010. (I studien tar man hänsyn till att några landsting infört vårdval vid en tidigare tidpunkt). Ökningen utgörs uteslutande av privata vårdcentraler. Den största procentuella ökningen har skett i Värmland följt av Jönköping och Västra Götaland. I absoluta tal har de största ökningarna skett i de tre största landstingen/regionerna: Västra Götaland, Stockholm och Skåne. I Västra Götaland har exempelvis 65 mottagningar tillkommit. Kartläggningen visar dessutom att de flesta nyetableringar skett i mer tätbefolkade områden. Däremot har endast två nyetableringar skett i glesbygdskommunerna.

Här bör man ta i beaktande att siffrorna är från augusti 2010 och att ett antal vårdcentraler tillkommit sedan dess samtidigt som några slagit igen på grund av ett för litet patientunderlag. Sammanställningen visar att i de landsting som haft ett vårdvalsystem sedan tidigare skedde de flesta nyetableringar under det första året med vårdval. Detta talar för att den snabba etablering som vi sett hittills kommer att avta i de landsting som införde vårdvalet först år 2010. Ett metodologiskt problem är att förändringen i antalet vårdcentraler inte säger något om vårdcentralernas storlek. Teoretiskt skulle man kunna tänka sig att flera nya mottagningar etableras men att de är så små att det egentligen är svårt att uttala sig om i vilken utsträckning tillgängligheten egentligen förändrats.

Resavståndet till mottagningarna är också en viktig tillgänglighetsparameter. I Konkurrensverkets rapport (2010b) har man därför undersökt vilka effekter vårdvalet fått på patienternas avstånd till vårdcentralerna. Har avståndet den genomsnittliga patienten haft till de närmaste vårdcentralerna minskat eller ökat? För att patienten ska ha ett potentiellt val behövs det minst två tillgängliga vårdcentraler. I rapporten undersöktes därför avståndet till de

två närmaste vårdcentralerna mätt i restid med bil från bostaden. I september 2009, dvs. före vårdvalsreformens införande i alla landsting, hade knappt hälften av invånarna i Sverige tillgång till två vårdcentraler inom fem minuters resväg. Som en jämförelse hade drygt 20 procent över en halvtimmes resväg i Norrbotten. Efter vårdvalets införande har den geografiska tillgängligheten till en mottagning mätt i restid förbättrats. I landet totalt har andelen invånare som har högst fem minuters resväg till två vårdcentraler har ökat med fem procentenheter under vårdvalets första år, dvs. cirka en halv miljon invånare. Den främsta ökningen står Värmland, Västra Götaland och Jönköping för. I åtta landsting/regioner finner dock Konkurrensverket ingen större skillnad mot tidigare. I detta avseende existerar alltså stora regionala skillnader vad gäller vårdvalets effekter på tillgängligheten. I rapporten gör man vissa metodologiska reservationer vad gäller tidpunkten för nyetableringen och menar att den verkliga effekten av vårdvalet troligen är ännu större. Sammantaget har dock den faktiska tillgängligheten ökat för en större andel av befolkningen till följd av vårdvalsreformen.

Öppettider är också en viktig tillgänglighetsfråga. Vad gäller förändrade öppettider finns ingen systematisk undersökning att tillgå. Konkurrensverket (2010a) har utfört intervjuer med ett antal företrädare på landstingsnivå. De intervjuade anser att det fria vårdvalet har inneburit ökade öppettider och förbättrad tillgänglighet. Samma sak visade en intervjustudie som Vårdföretagarna gjort med tjänstemän och politiker i sju landsting (Vårdföretagarna 2010). Även om rapporten skrevs strax efter att reformen implementerats på nationell nivå menar de flesta av de intervjuade att tillgängligheten förbättrats i sina respektive landsting.

Ovan har förändringen av den geografiska tillgängligheten diskuterats, dvs. hur antalet vårdcentraler, restid och öppettider, har påverkats av vårdvalsreformen i den svenska primärvården. En annan aspekt av tillgänglighet rör den tidsmässiga tillgängligheten, dvs. väntetiden i vården. Hur har vårdvalsreformen påverkat väntetiderna inom primärvården?

I en nyligen presenterad rapport från Socialstyrelsen (2011) som bland annat undersöker väntetidernas utveckling under år 2010 undersöks telefon-tillgängligheten. Det som mäts är i vilken utsträckning patienterna når sin vårdgivare per telefon samma dag som han eller hon ringer. Den mätning som redogörs för i rapporten gjordes i oktober 2010 och 797 av 1 154 vårdcentraler deltog, dvs. en svarsfrekvens på 69 procent. I snitt fick 9 av 10 som kontaktade sin vårdcentral svar samma dag (89 procent). Tyvärr redogörs inte för fler år i rapporten. I rapportern från Socialstyrelsen påtalas flera metodologiska brister med detta telefontillgänglighetsmättet, bland annat att vårdcentralerna



registrerar samtal på olika sätt vilket kan förklara att vissa av landstingen har markant lägre telefontillgänglighet än andra. En annan variabel som också redovisas i Socialstyrelsens rapport är väntetiden till det första läkarbesöket inom primärvården. Enligt Socialstyrelsens rapport så fick nio av tio patienter som hade ett vårdbehov komma på besök inom en vecka. Vårdcentralernas inrapporteringsgrad till variabeln ”väntetider till första läkarbesök” är hög och tillförlitligheten i uppgifterna torde därför vara högre än vad gäller telefontillgängligheten. Tyvärr ger Socialstyrelsens mätningar inte några ledtrådar till om och i så fall hur tillgängligheten har förändrats sedan vårdvalet infördes.

Lika viktigt att undersöka är hur patienterna själva uppfattar att tillgängligheten har förändrats. I den nationella patientenkäten som genomförts av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting tillfrågas ett stort antal patienter inom primärvården om vad de tycker om vården. Enkäten har genomförts tre gånger under åren 2009, 2010 och 2011. År 2009 inkom svar från 94 000 patienter inom primärvården vid 830 vårdcentraler i 15 landsting. Enkäten undersöker ett stort antal kvalitetsfaktorer, bland annat hur patienterna uppfattar tillgängligheten till sin husläkare. I detta avseende ser man vissa förbättringar mellan åren 2009 och 2010 (tyvärr finns inte data tillgängliga för år 2011). På frågan hur man upplever mottagningens tillgänglighet per telefon svarar 50 procent ”utmärkt” och ”mycket bra” år 2009 respektive 55 procent år 2010. Patienterna fick även ange hur länge de fick vänta på sitt läkarbesök. Något fler fick komma på besök samma dag vid mätningen år 2010 (36 procent år 2010 jämfört med 34 procent år 2009) vilket också indikerar en liten förbättring i samband med vårdvalets införande i landet i stort. De som fick vänta mer än sju dagar var en procentenhet färre år 2010. En brist med dessa mätningar är att flera landsting, bland annat Halland och Stockholm, införde sina vårdvalsystem redan 2007 och 2008, dvs. åren före den första mätningen gjordes. Detta gör att resultatet måste tolkas med försiktighet.

När det gäller svenska studier om vårdvalets effekter på väntetider har Gert Paulsson vid Lunds universitet följt vårdvalsreformen i Hallands landsting sedan den infördes 1 januari 2007. Hallänningarnas uppfattning om tillgängligheten i vården försämrades under perioden 2006 – 2009 från 74 procent till 70 procent (Paulsson 2009). Författaren menar dock att data är svåra att tolka och att den försämring som inträffade 2009 kan hänga samman med massvaccineringen av svininfluensan men att man bör följa om den något negativa utvecklingen har andra orsaker (Paulsson 2009).

En annan svensk forskargrupp vid Karolinska Institutet har i ett antal studier (Rehnberg m.fl. 2009, 2010, Janlöv & Rehnberg 2011) undersökt vård-

valets effekter i Stockholms läns landsting. Bland annat har man undersökt patienternas uppfattning av tillgängligheten i länet. De har i sin studie utgått från den patientenkät som utförs regelbundet i Stockholms läns landsting. Telefontillgängligheten har förbättrats marginellt sedan vårdvalreformen infördes. Rapporten visar dock att det föreligger stora variationer mellan olika områden och mottagningar i länet (Rehnberg m.fl. 2009). Tyvärr följs inte detta mått upp i de två senare rapporterna.

Sammanfattningsvis visar genomgången ovan att det har skett vissa förbättringar med avseende på tillgängligheten sedan vårdvalet infördes i primärvården år 2010. Det är främst den geografiska tillgängligheten som förbättrats i och med att ett stort antal vårdcentraler tillkommit och restiderna minskat för en del av befolkningen. Samtidigt tycks inte dessa förändringar ha påverkat den tidsmässiga tillgängligheten, dvs. väntetiderna i särskilt stor utsträckning.

7.2 INTERNATIONELLA STUDIER SOM UNDERSÖKT VILKEN EFFEKT VALFRIHETSREFORMERNA HAR HAFT PÅ TILLGÄNGLIGHETEN

I en norsk studie av Grytten och Sørensen (2009) undersöks valfrihetens effekter på tillgängligheten. I Norge väljer patienterna själva vilken läkare de vill gå till och de kan ändra sitt val två gånger per år. De kan även välja att besöka en annan läkare än den de är registrerad hos. Författarna till studien menar att för att dessa val ska få genomslag i praktiken så måste det finnas överkapacitet bland primärvårdsläkarna att ta emot patienter – först då får valfriheten ett verkligt innehåll. Författarna undersökte således om det finns ett positivt samband mellan en överkapacitet av primärvårdsläkare och upplevd tillgänglighet bland patienterna. Svarefrekvensen låg på 69,7 procent och svar erhöles från 3 532 personer. Patienttillgängligheten mättes genom tre frågor: hur många dagar respondenterna fått vänta på att få en läkartid, hur nöjda/missnöjda de var med väntetiden och hur lätt det var att nå fram via telefonen för att boka en tid. Patienttrörligheten mättes genom frågan om respondenterna hade haft kontakt med en allmänläkare annan än deras egen under de senaste 12 månaderna.

Resultatet visade att väntetiden till läkare som upplevde sig ha kapacitet till att ta emot fler patienter var kortare. 66 procent av respondenterna som var registrerade hos en läkare som upplevde sig ha överkapacitet svarade att de var nöjda med väntetiden för att få en läkartid, medan motsvarande siffra var 52 procent bland respondenterna som var registrerade hos läkare som inte upplevde sig ha kapacitet över. Det visade sig även att patienter till läkare med



överkapacitet var mer nöjda med tillgängligheten via telefon. Vad gällde rörligheten bland patienterna så var sannolikheten dubbelt så stor att patienter till läkare som inte upplevde sig ha överkapacitet sökte sig till en annan läkare. I en del kommuner kunde inte patienterna söka upp en annan läkare än sin egen då det var för få läkare som hade resurser att ta emot nya patienter.

Studiens resultat visar således att det behövs överkapacitet i systemet för att det ska få effekter på väntetiderna. Studien är relevant eftersom den visar att det inte råder ett enkelt samband mellan patienters valmöjlighet och väntetid, utan att andra faktorer som exempelvis läkarnas kapacitet till att kunna ta emot nya patienter inverkar på väntetiden. Studien är väl genomförd, antalet respondenter i undersökningen är hög och svarsfrekvensen god. Bortfallet uppges ha undersökts och ska inte ha visat några tendenser till att vara systematiskt, vilket ger en ökad generaliserbarhet av resultaten.

I en annan norsk studie, inriktad på specialistsjukvård, studeras om patientval och patientrörlighet har någon effekt på väntetider (Ringard & Hagen, 2011). Studien bygger på en enkätundersökning bland 4 000 patienter vid 20 slumpmässigt utvalda norska sjukhus. Data från enkätundersökningen sammanfördes med data från norska patientregister rörande väntetid. Författarna delade upp patienterna i fyra olika grupper baserat på om, och i så fall hur, de valt det sjukhus där de behandlats. Som jämförelsegrupp i analysen användes den grupp patienter som angett att de inte gjort något aktivt val rörande var de skulle behandlas och därför behandlats på sitt lokala sjukhus. Den andra gruppen patienter var de som aktivt valt att inte byta sjukhus. Patienterna i den tredje gruppen hade själva inte gjort ett aktivt val att byta sjukhus men ändå fått behandling på ett annat sjukhus än det lokala – detta genom att primärvårdsläkaren remitterat patienterna till ett annat sjukhus. Slutligen bestod den fjärde gruppen patienter av dem som aktivt valt att få behandling på ett annat sjukhus, och som även reste dit för att genomföra behandlingen. Resultatet av analysen visade att den grupp som inte gjort något aktivt val och inte heller blivit remitterade till ett icke-lokalt sjukhus fick vänta längst på behandling – i genomsnitt sju veckor längre än de patienter som aktivt valt att bli behandlade på sitt lokala sjukhus. Den grupp som inte själva hade valt utan istället blivit remitterade till ett annat sjukhus än det närmaste fick drygt nio veckor kortare väntetid medan den grupp som aktivt valt ett annat sjukhus fick den kortaste väntetiden – i genomsnitt väntade de 11 veckor kortare på behandling i jämförelse med den första gruppen. Resultaten kan tolkas i ljuset av snittväntetiden för alla patienter som ingick i studien som låg på knappt 40 veckor. Studien indikerar följaktligen att patientval och patientrörlighet kan ha en positiv effekt på väntetiderna för patienter som gör

aktiva val av sjukhus. Däremot går det inte att utifrån studiens resultat uttala sig om väntetiderna generellt har gått ner som en effekt av patienternas val av sjukhus.

Det finns flera engelska studier som undersökt sambandet mellan valfrihet och tillgänglighet inom specialistsjukvården. De flesta av dessa härrör från London Patient Choice-projektet där vissa patientgrupper som var uppsatta på väntelista erbjöds att välja en annan vårdgivare med kortare väntetider. Totalt erbjöds 22 500 patienter valmöjligheten och 15 000 (66 procent) accepterade att vända sig till annan vårdgivare vilket måste anses som en mycket hög siffra givet andra liknande studier. Forskaren Diane Dawson och hennes kollegor vid University of York, England, har i flera olika studier undersökt effekterna av patienternas valmöjligheter på väntetiderna inom ramen för London Choice projektet (Dawson m.fl. 2004a, 2004b, 2006, 2007). De specialiteter som forskarna undersökte är ögonsjukvård, ortopedi och allmänkirurgi. Upplägget i studierna är likartat förutom den specialitet som studeras. I artikeln från 2004b analyseras effekter inom ortopedin, 2004a effekter inom allmänkirurgi, och 2007 effekter inom ögonsjukvården.

Eftersom reformen enbart berörde Londonregionen jämför författarna effekterna i en experimentell design där jämförelser görs mellan fall och kontrollgrupper. Nedan beskrivs studien som rör ögonsjukvården närmare (Dawson m.fl. 2007). Metodologiskt jämför författarna väntetidernas förändring för treårsperioden (oktober 1999 - september 2002) med väntetiderna året efter införandet av valfriheten (oktober 2002 - september 2003). Tre typer av kontrollgrupper ingår i studien: 1) alla sjukhus utanför London (163 st), 2) en matchad kontrollgrupp av sjukhus samt 3) alla sjukhus i fyra storstadsregioner. I stora drag visade resultatet för ögonsjukvården, när man kontrollerade för relevanta variabler, att väntetiderna inom projektet ledde till marginellt kortare väntetider jämfört med kontrollgrupperna (cirka 3 veckor kortare väntetider för de remitterande sjukhusen). Resultatet visade nämligen att väntetiderna sjönk även för kontrollgrupperna under den period som projektet pågick. Intressant är att medelväntetiden sänktes för både remitterande och mottagande sjukhus. Det mest framträdande resultatet i studien var att reformen innebar att väntetiderna mellan de olika sjukhusen i London närmade sig varandra. Konvergensen skedde främst genom att väntetiden för sjukhusen med längst väntetider minskade. Detta uppfattades av författarna som en stor förbättring med avseende på jämlikheten i systemet vilket är en viktig målsättning inom NHS.

Ungefär samma resultat uppvisade studien inom ortopedin (Dawson m.fl. 2004b), dvs. att det fanns en statistiskt signifikant minskning i väntetider



för de sjukhus som ingick i projektet jämfört med kontrollgrupperna men att dessa skillnader inte var särskilt stora. Studien som undersökte väntetider inom allmänkirurgi fann dock inga sänkta väntetider till följd av patienternas ökade valmöjligheter (Dawson m.fl. 2004a). Författarna menade att detta beror på att endast vissa åtgärder inom kirurgin ingick i projektet (20 procent av den totala volymen) men att väntetidsstatistiken inkluderar samtliga procedurer inom kirurgin. Det är oklart från studien varför man inte enbart undersökte väntetider för de åtgärder som ingick i projektet.

Uppföljningarna av London Choice-projektet är metodologiskt välgjorda och tar hänsyn till flera av de metodproblem som diskuterats ovan, bland annat hur man isolerar effekter av just valfriheten. En kritik som kan riktas mot studierna är att de inte tar hänsyn till de aktuella ersättningsmodellerna och inte heller inkluderar avstånd till de alternativa vårdgivarna vilket säkerligen påverkar patienternas val. Som läsare får man heller ingen information om hur pass reliabla och valida väntetidsuppgifterna är och om det verkligen är möjligt att jämföra väntetidsuppgifterna för hela landet. En annan brist är att endast vissa specialister och ingrepp ingår. Det ges ingen information om andra specialiteter och varför just de studerade specialiteterna valdes.

I en annan brittisk studie utförd av Siciliani och Martin (2007) undersöker författarna hur valfriheten påverkar väntetiderna. Författarna skriver att politiker ofta hävdar att en ökad valfrihet för patienter medför högre konkurrens mellan sjukhusen och därmed kortare väntetider. Studien genomfördes på material från 120 offentliga sjukhus i England under perioden 1999–2001. Författarna valde att fokusera på medelvärdet av väntetid för dem som stod på väntelistan. Materialet innefattade väntetider till alla medicinska discipliner.

Antalet sjukhus inom en region betraktades som en proxy för valfrihet, dvs. ju fler sjukhus inom en viss region desto högre grad av valmöjligheter för patienterna. Resultaten visade att antalet sjukhus i en viss region hade ett signifikant samband med kortare väntetider i genomsnitt, dock var den kvantitativa effekten måttlig. När ett extra sjukhus lades till i upptagningsområdena skedde bara en sänkning i väntetid med 1-2 procent vilket motsvarade två dagars väntetid. Det fanns även tendenser till att en ökning av valfrihet kunde höja väntetiden i de fall då valfriheten var väldigt hög (dvs. fler än elva sjukhus att välja på i upptagningsområdet). Tyvärr ger författarna ingen förklaring till varför väntetiden ökar när antalet sjukhus i en viss region ökar till över elva stycken. Studien är i övrigt gedigen och metodologiskt väl genomförd. Urvalet på 1 320 observationer kan sägas vara tillräckligt stort för en god generaliserbarhet. En svaghet är förstås att valfriheten för patienten likställs med konkurrensen inom ett visst område. Detta ökar sannolikt möjligheten

för patienter att välja samtidigt som det är flera andra förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att patienten ska kunna nyttja sina valmöjligheter.

I en australiensisk studie av Sharma och Inder (2011) undersöker författarna om väntetiden för patienter minskar som en följd av en ökad valfrihet. Författarna hade som utgångspunkt att läkarmottagningar anknutna till akutvården skulle kunna avlasta akuten, då många patienter som inte hade ett akut behov skulle kunna hänvisas vidare dit. Författarna ansåg också att om antalet akutmottagningar att välja på var fler så skulle överbeläggningar på akutmottagningarna minska och därmed även akutpatienternas väntetid. Studien genomfördes i staten Victoria i Australien, under perioden juli 2005 till juni 2006 på 38 statliga sjukhus med akutmottagningar öppna dygnet runt. Materialet insamlades från akutmottagningarnas egna administrativa system där samtliga patienter som besökt mottagningarna under perioden registrerades. Väntetid beräknades som skillnaden mellan patienternas ankomsttid och tillfället då de först fick träffa en läkare. Tillgängligheten av antal sjukhus uppmättes genom ett omvänt Hirschman-Herfindahl index, där högre tillgänglighet tolkades som ett mått på större valmöjlighet för patienterna.

Resultatet visade att när valmöjligheten ökade i systemet, dvs. på de ställen där utbudet var större av akutmottagningar, ökade efterfrågan från patienter som inte bedömdes som akuta. Detta gjorde att väntetiden för de mer akut sjuka patienterna ökade. Effekten på väntetiden minskade dock ju större valmöjligheten blev i systemet och vid ett visst antal sjukhus per region så sänktes även väntetiden för de akuta patienterna. Resultaten indikerade att i områden med ett högre antal akutmottagningar så ökade kraven på akutvården från patienter som inte bedömdes vara brådskande.

Studien är välgjord med ett stort antal undersökta individer och litet bortfall. Samtidigt är resultaten svåra att tolka eftersom det inte är helt enkelt att likställa patienternas val med antal sjukhus per region, se även kritiken mot Siciliani och Martins studie ovan. Sambandet mellan valmöjligheter och väntetider är också komplext och flera faktorer påverkar väntetiden, exempelvis vem det är som har ett val och vem det är som väntar.

Föregående studie undersökte vilken roll vårdutbudet spelar för väntetiderna. Ett vanligt antagande i den teoretiska diskussionen kring väntetider är att väntetidsminskningarna äts upp av den ökade vårdefterfrågan som uppstår i ett sjukvårdssystem med högre grad av valmöjligheter (se till exempel Martin m.fl. 2003). Dawson m.fl. (2006) undersöker om detta teoretiska antagande stämmer genom att studera hur vårdefterfrågan förändrades efter införandet av utökade valmöjligheter inom ramen för London Patient Choice-projektet inom specialiteterna ortopedi, kirurgi och ögonsjukvård. Den



undersökta perioden var juni 1995 till mars 2004. Sammantaget ingick 150 sjukhus i studien. Antagandet att efterfrågan ökar i ett system med ökad valfrihet styrks inte av de empiriska resultaten. Inga direkta effekter noterades förutom för ortopedin där effekten var negativ, dvs. efterfrågan till och med minskade med ökad valfrihet. Författarna tolkade detta som en effekt av att de remitterande läkarna, av olika anledningar, valde att inte sätta upp patienter på väntelista eller remittera patienter till andra sjukhus eftersom de inte ville få dåligt rykte genom att visa att de hade långa väntetider. En alternativ förklaring som lyfts fram av författarna är att det innebär en ekonomisk förlust för kliniken att remittera en patient till en annan vårdgivare. Förklaringarna undersöktes dock inte empiriskt i studien utan bygger på anekdotiska belägg i det större London Patient Choice-projektet.

Det är också teoretiskt tänkbart att väntetider faktiskt blir längre genom att mottagningsbesöket hos läkaren tar längre tid när patienterna ställs inför ett val och ska jämföra de olika alternativen mot varandra. I en randomiserad engelsk studie (Taylor m.fl. 2004) delades patienter inom primärvården upp i en interventions- respektive kontrollgrupp. Patienterna i interventionsgruppen uppmanades att diskutera de olika remitteringsalternativen med sin doktor och sedan välja vilket sjukhus man ville remitteras till. Valet kunde ske under mottagningsbesöket eller vid ett senare tillfälle. Ökningen av väntetiderna till första mottagningsbesök var 14 procent i interventionsgruppen jämfört med en procent i kontrollgruppen. Detta kan tolkas som att den diskussion som uppstår på grund av valfriheten leder till ett längre vårdförlopp. En kritik mot studien är att den inte inkluderar patientens fortsatta vårdprocess. Det är tänkbart att denna process förkortas om patienten väljer ett alternativ som han eller hon är mer nöjd med. En nöjd patient har till exempel ofta högre följsamhet till behandling.

Sammanfattningsvis visar genomgången att införandet av valfrihet har haft vissa, men ändå ganska marginella effekter på väntetiderna. Samtliga effekter är dock positiva i form av förkortade väntetider och ingen av studierna har visat på längre väntetider som en följd av ökat valfrihet inom specialistvården.

7.3 SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis visar genomgången ovan att det har skett vissa förbättringar med avseende på tillgängligheten sedan det svenska vårdvalet infördes. Det är främst den geografiska tillgängligheten som har förbättrats i och med att ett stort antal vårdcentraler har tillkommit och restiderna har minskat för

en del av befolkningen. Samtidigt tycks inte dessa förändringar ha påverkat den tidsmässiga tillgängligheten, dvs. väntetiderna, i särskilt stor utsträckning. Skillnaderna före och efter vårdvalets införande är tämligen marginella om man tolkar inrapporterade data och de patientmätningar som har gjorts. Dessutom varierar effekterna stort både inom och mellan landstingen vilket försvårar tolkningen. Vissa metodologiska problem har rapporterats kring de ovan behandlade svenska studierna, bland annat att det är svårt att mäta väntetider och att inrapporteringsfrekvensen har varierat stort mellan landstingen. Det är också komplicerat, givet de studier som finns, att isolera effekten av vårdvalet. Det finns flera alternativa förklaringar som kan ha påverkat tillgängligheten under den studerade perioden, bland annat landstingens egna satsningar på att korta väntetider och köer i samband med att kömiljarden infördes år 2010. Ett sista metodproblem är att flera av de refererade mätningarna har utförts samma år som vårdvalreformen har införts vilket kan vara för tidigt när det gäller att uttala sig om eventuella förändringar.

Beträffande fritt val av vårdgivare inom specialistvården finns det flera, främst brittiska, studier som undersökt sambandet mellan utökad valfrihet och tillgänglighet (främst operationaliserat som väntetider) och under vilka förutsättningar detta sker. Resultatet påvisar positiva, men ganska marginella, effekter på väntetiderna. Viktigt att notera är att inga längre väntetider har påvisats till följd av valfriheten inom specialistsjukvården.

De internationella studierna har flera metodologiska problem varav det första handlar om operationaliseringen av själva valfrihetsbegreppet. I några av studierna har man operationaliserat valfriheten som koncentrationen av sjukhus i en viss geografisk region vilket inte nödvändigtvis behöver vara samma sak som möjligheten att välja vårdgivare. Den andra metodologiska bristen är svårigheten att isolera effekten av valfriheten. I England har man under samma tidsperiod som studierna genomförts infört en rad insatser för att förbättra väntetiderna, till exempel har man utökat antalet läkare, tillfört resurser, samt satt tydliga mål för väntetiderna i kombination med att valfriheten utökats. Flera av studierna är dock metodologiskt välgenomtänkta och försöker på olika sätt förhålla sig till alternativa reformer. Bland annat har man gjort före-efter mätningar och utformat tydliga kontrollgrupper för att på så sätt isolera effekten av de införda valfrihetsreformerna.



Vilka effekter har ett fritt val av vårdgivare på vårdens kostnader och effektivitet?

I detta kapitel analyseras de studier som undersökt vilka effekter ett införande av ett vårdvalssystem har haft på de totala kostnaderna för vården samt effektiviteten i vården. Med de totala kostnaderna avses hur mycket vården kostar som helhet. Effektivitet betyder däremot hur mycket vård som erhålls för en viss kostnad, med andra ord kvalitet eller produktion per insatt krona. För att beräkna vilken effekt en vårdvalsreform haft på effektiviteten behövs information om både förändringar i kvalitet/produktion samt kostnadsförändringar. En konsekvens av detta blir att det är möjligt att de totala kostnaderna kan ha ökat medan effektiviteten i själva verket har minskat, eller tvärtom. Vilka effekter är då rimligt att vänta sig att ett valfrihetssystem kan komma att ha på kostnaderna och effektiviteten i vården?

En farhåga med valfrihetssystem som lyfts fram av flera författare är att vårdgivarna kan ges ekonomiska incitament att behandla patienter, oavsett om det föreligger ett medicinskt behov eller ej (Bevan m.fl. 2010). Detta kan, beroende på hur ersättningssystemen utformas, leda till kostnadsdrivande effekter för landstingen. Vidare skapar informationsasymmetrin mellan landstingen och vårdenheterna svårigheter för landstingen att kontrollera att vårdenheterna utför det landstinget vill att de ska utföra. Det är svårt för landstingen att på ett adekvat sätt kontrollera om en viss åtgärd är nödvändig eller inte, samtidigt som vårdutförarna kan ha ekonomiska incitament att utföra dessa åtgärder. Hur stort detta problem är i praktiken är emellertid oklart och borde också till stor del bero på hur landstingen utformar sina ersättningssystem. I ett ersättningssystem där en stor del av ersättningen baseras enbart på en fast ersättning per individ (kapitation) saknar vårdgivarna inci-



tament att utföra många (onödiga) behandlingar medan utförare i ett ersättningsystem som lägger tonvikten på prestationsersättningar har incitament att ta emot och behandla så många patienter som möjligt.

Å andra sidan är just en del av poängen med ett vårdvalssystem att vårdproducenterna ska ges ekonomiska incitament att utföra många behandlingar och därmed förhoppningsvis kunna hitta nya innovativa sätt att effektivisera vården med bibehållen kvalitet. Om detta uppnås är det istället rimligt att anta att ett vårdvalssystem kan leda till en effektivisering av vården och möjligen även sänkta totalkostnader.

8.1 STUDIER SOM UNDERSÖKT DET SVENSKA VÅRDVALET

I följande avsnitt undersöks de svenska rapporter och utvärderingar som studerar effekterna av vårdvalet i primärvården gällande kostnader och effektivitet. Då vårdvalet i de flesta landsting infördes först år 2010 behandlar rapporterna framförallt de landsting som var först med att införa vårdval, nämligen Stockholm och Halland. Rehnberg med kollegor har i sina rapporter om Vårdval Stockholm bland annat undersökt kostnadsutvecklingen för primärvården efter vårdvalreformens införande (Rehnberg m.fl. 2009, 2010, Janlöv & Rehnberg 2011). Författarna konstaterade att de totala kostnaderna för primärvården ökade med 0,5 procent år 2008 då vårdvalet infördes i Stockholms läns landsting medan kostnaderna 2009 i princip var densamma som föregående år. År 2010 ökade kostnaderna återigen med 1,6 procent. Alla kostnadsförändringar är räknade i fasta priser. Eftersom Stockholms läns landsting haft en kraftig befolkningsökning under motsvarande period på i snitt 1,8 procent per år innebär det att de reella kostnaderna för vården per individ har minskat sedan vårdvalets införande med i snitt 1 procent per år. Författarna menar att en möjlig tolkning till att kostnaderna för vården har sjunkit per person kan vara att ersättningsnivån till vårdgivarna har varit oförändrad sedan reformen infördes, den har alltså inte räknats upp baserat på inflation (Janlöv & Rehnberg 2011).

Rehnberg m.fl. (2010) undersöker vidare vilka effekter vårdvalet har haft på produktiviteten, dvs. förändringen i hur mycket vård som erhålls per krona. Författarna studerar produktivitetsförändringarna efter vårdvalets införande i Stockholms läns landsting genom att mäta antalet besök i vården hos olika personalkategorier. Ett läkarbesök viktas som 1,0 medan ett besök hos annan personalkategori ges en viktning på 0,4. Enbart de 147 husläkarmottagningarna i Stockholm som varit verksamma under hela perioden 2006-2009 inkluderades i mätningarna. Nedlagda och nyetablerade enheter exkluderas såle-

des från analysen. Resultaten visade att kostnaden för varje besök sjönk med cirka 10,6 procent året efter vårdvalets införande. År 2009 och 2010 sjönk kostnaderna för varje besök ytterligare med 2,7 procent respektive 2,1 procent (Janlöv & Rehnberg 2011).

Det går dock inte att utläsa från studierna om mottagningarna har ökat produktionen i form av exempelvis fler behandlade patienter, remisser och diagnoser – det enda som är klarlagt är att antalet besök har ökat. Det är alltså osäkert om besöken som görs efter vårdvalets införande är av samma kvalitet som besöken som gjordes innan vårdvalets införande. En möjlighet är att vårdproducenterna valt att fokusera på mer kvantitativ output i form av fler utförda besök då detta ger en högre ersättning i det nya systemet. Författarna försöker att kontrollera för detta genom att studera om fler besök per insatt krona påverkar hur patienter bedömer kvaliteten på vården. Något sådant samband är inte möjligt att hitta vilket innebär att den ökade produktiviteten i form av antalet utförda besök inte verkar påverka hur patienterna bedömer vårdkvaliteten. Således ges ett visst stöd utifrån studien för att vårdvalet i Stockholm faktiskt inneburit en effektivitetsökning. Däremot är det inte klarlagt huruvida ökningen av antalet utförda besök har haft en effekt på den medicinska kvaliteten, något som behöver undersökas i kommande studier.

Paulssons (2008, 2009, 2010) utvärderingar av Vårdval Halland studerar inte på något utförligt sätt hur kostnaderna och effektiviteten förändrats som en följd av vårdvalets införande. Dock finns ett avsnitt i utvärderingen för varje år där författaren studerar landstingets ekonomi under åren med vårdvalet. Anledningen till att detta studeras är enligt Paulsson risken att vårdvalssystemet på kort sikt blir kostnadsdrivande. Den tänkta mekanismen är att den offentliga regin tappar marknadsandelar till privata aktörer, samtidigt som det kan vara svårt för landstingets vårdenheter att minska sina kostnader på kort sikt. Om dessa enheter under en övergångsperiod har högre kostnader än intäkter kan detta naturligtvis komma att påverka landstingets totala ekonomi negativt. Paulsson finner dock inget belägg för att landstingets ekonomi har påverkats negativt i någon större omfattning som en följd av vårdvalsinförandet, tvärtom har ekonomin i stort sett varit i balans under de tre första åren med Vårdval Halland.

Sammanfattningsvis visar de svenska utvärderingarna inom primärvården att de befarade negativa effekterna för ekonomin i stort sett har uteblivit. Huruvida vårdvalet lett till en mer effektiv vård är delvis oklart men erfarenheterna från Stockholm tyder i alla fall på att det är möjligt att öka antalet besök till vården per insatt krona utan att det påverkar den patientupplevda kvaliteten på något negativt sätt. Här behövs dock ytterligare utvärderingar



med bättre data för att mäta produktivitets- och kvalitetsförändringar för att säkert kunna avgöra vilka effekter vårddvalet har haft på effektiviteten.

8.2 INTERNATIONELLA STUDIER

I denna del kommer de internationella vetenskapliga studierna som undersökt vilken effekt införandet av olika typer av värddvalssystem har på kostnaderna och effektiviteten i vården att behandlas.

Tjerbo (2010) undersöker vilka effekter husläkarreformen fick i Norge med avseende på sjukvårdskonsumtionen inom specialistsjukvården. Hypotesen var att den ökade konkurrenssituation skulle kunna leda till incitament att tillfredsställa patienterna genom att remittera dem till specialistvården. Fler remisser till specialistsjukvården kan betyda ökade kostnader för vården som helhet. Konkurrensen mellan primärvårdsutförarna mäts i studien på flera olika sätt, men generellt sett använder man ett mått där man utöver antalet primärvårdsläkare inom ett område även använder sig av data för att mäta hur stor listningskapacitet de olika husläkarna har.

Resultatet pekar på att ökad konkurrens bland primärvårdsläkare ledde till en nedgång i konsumtionen av öppen specialistvård och ingen ökning av slutenvårdskonsumtionen. Till skillnad från det teoretiska antagandet visar alltså Tjerbo på ett omvänt resultat – ökad konkurrens mellan husläkare i ett kundvalssystem leder till ett lägre utnyttjande av öppen specialistvård. Tjerbo menar att en möjlig förklaring till resultatet är att det finns en gräzon med sjukvård som kan utföras antingen av primärvården eller av specialistvården. Om primärvårdsläkare ges incitament att själv ta emot patienten är det rimligt att anta att de också gör det istället för att remittera vidare till den öppna specialistvården. Tjerbo har emellertid inte undersökt om minskningen av vårdkonsumtion i öppenvården följs av en motsvarande ökning av kostnaderna för primärvården i Norge. Detta diskuteras dock i artikeln där författaren visar att tidigare forskning kommit fram till att de senaste decenniets reformer i Norge lett till en ökad kostnad för primärvården. Studien tar heller inte hänsyn till ersättningssystemets utformning vilket i sig kan spela stor roll för hur remitteringen till specialistsjukvården går till.

Sammantaget ges dock vissa belägg för att det inte nödvändigtvis måste vara så att kostnaderna för specialistvården ökar vid en hög konkurrens mellan patienterna i ett kundvalssystem i primärvården, det kan snarare vara tvärtom. Effekten på de totala kostnaderna är dock osäker då en möjlig förklaring kan vara ett högre utnyttjande av primärvården istället för specialistvård.

I en studie av Cellini m.fl. (2000) undersöks om valfrihetssystem för specialistvård i mer konkurrensutsatta områden i Italien leder till högre effektivitet än valfrihetssystem i geografiska områden som inte är lika konkurrensutsatta. Även om författarna inte studerar effekterna av ett vårdvalsinförande per se, kan det ändå belysa om en fungerande konkurrenssituation – dvs. att patienterna har stora möjligheter att välja olika sjukhus och sjukhusen konkurrerar om patienternas val – leder till en högre effektivitet än en situation där patienterna förvisso har den formella möjligheten att välja, men inte i lika hög grad en praktisk möjlighet. Som förklarande variabel används bland annat ett index som mäter antalet sjukhus per capita i varje geografiskt område. Indexet är tänkt att mäta hur stor konkurrens mellan sjukhusen är i just det området.

Resultaten visade att densiteten av sjukhusen, dvs. antalet sjukhus per geografiskt område, hade en tydlig negativ påverkan på effektiviteten. Ju fler sjukhus per område desto lägre effektivitet. Analysen kontrollerade också för andelen privat drivna sjukhus i ett område och finner att denna inte har någon signifikant effekt för effektiviteten, varken i positiv eller i negativ bemärkelse. Cellini m.fl. (2000) menar att en delförklaring till resultatet kan vara att ju fler sjukhus det finns inom ett område, desto svårare är det för ett sjukhus att attrahera ett tillräckligt stort antal patienter för att gå runt ekonomiskt. Studien kan dock kritiseras då framförallt måttet på konkurrens är för enkelt utformat. Studien har heller inte undersökt effekten av ett kundvalsinförande, utan enbart konkurrensen mellan sjukhus i en redan existerande kundvalsmodell.

I en studie av Cooper m.fl. (2010) undersöks om ett vårdvalsinförande i England har haft någon påverkan på effektiviteten i vården. Författarna använder sig av en metod där man undersöker hur länge patienter som genomgår en höftoperation väntat på operation och om denna längd varierar beroende på hur konkurrensutsatt ett visst sjukhus är. Konkurrensen mäts genom ett flertal variabler, bland annat Herfindahl-Hirschman-index som är ett mått på marknadens koncentration. Författarna visade att de sjukhus som verkar på en mer konkurrensutsatt marknad hade kortare väntetider än motsvarande sjukhus som verkar på en icke-konkurrensutsatt marknad. Det fanns dock inte någon skillnad med avseende på hur länge patienterna var inlagda. Sjukligheten hos patienterna vid de olika sjukhusen skiljde sig inte åt i någon större utsträckning. Skillnaden i pre-operativ väntan kan alltså inte förklaras av att de mer konkurrensutsatta sjukhusen tog emot yngre och friskare patienter.

Slutsatserna är således att de incitament som skapades av marknadsreformerna, i form av ett patientval inom den elektiva specialistvården, har fått positiva effekter på effektiviteten (mätt i väntetider) utan att för den skull ha



haft negativ inverkan på den medicinska kvaliteten.

Studien är väl utförd och använder sig av flera olika mått för att kontrollera för hur konkurrensutsatt en marknad är. Vidare lyckas man på ett övertygande sätt kontrollera för att produktivetsförbättringen inte skett till priset av en försämring av vårdkvaliteten. Slutsatserna hade dock kunnat stärkas ytterligare om författarna hade kunnat visa att detta var en effekt av en renodlad valfrihetsreform och inte bara en effekt av hur konkurrensutsatt marknaden är.

8.3 SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis visar de svenska utvärderingarna från de landsting som tidigt införde vårdvalsmodeller inom primärvården att de befarade negativa effekterna för ekonomin i stort sett har uteblivit. Huruvida vårdvalet lett till en mer effektiv vård är delvis oklart men erfarenheterna från Stockholm tyder åtminstone på att det är möjligt att öka antalet besök till vården per insatt krona utan att det påverkar den patientupplevda kvaliteten på ett negativt sätt. Här behövs ytterligare utvärderingar med bättre data för att mäta produktivets- och kvalitetsförändringar för att säkert kunna avgöra vilka effekter vårdvalet har haft på effektiviteten.

En farhåga som förts fram är att kostnaderna för specialistsjukvården ökar om man inför vårdval inom primärvården eftersom husläkare blir mer benägna att remittera patienter. En norsk studie ger dock belägg för att det inte nödvändigtvis måste vara så. Tjerbo (2010) visar att en ökad konkurrens inom primärvården i motsats till farhågorna om en ökning i antalet remisser till specialistvården i själva verket minskar förskrivningen. Huruvida reformen istället inneburit ökade kostnader inom primärvården studeras dock inte av författarna. Det är rimligt att anta att detta i hög utsträckning beror på hur ersättningssystemen är utformade för primärvårdsläkarna. I övrigt saknas i stort internationella studier inom primärvården.

De internationella studierna inom specialistsjukvården är få och resultaten motstridiga. Exempelvis visar Cellini m.fl. (2000) att en mer konkurrensutsatt marknad med ett fritt val för patienter verkar ha negativa effekter på effektiviteten. Cooper m.fl. (2010), å andra sidan, visar i en studie att en hög konkurrens om patienterna verkar leda till en effektivitetsökning i form av kortare väntetid på sjukhus. Sammanfattningsvis går det alltså inte, utifrån de studier som redovisats här, att säkert uttala sig om kostnaderna och effektiviteten har ökat eller minskat när det gäller införandet av valfrihet. Detta är i sig inte ett oväntat resultat eftersom flera andra faktorer spelar roll för utfallet, framförallt ersättningssystemens utformning.

Slutsatser och diskussion

Syftet med föreliggande rapport var att göra en systematisk genomgång av den svenska och internationella forskningen gällande på vilka grunder patienter väljer vårdgivare och hur valfriheten påverkar sjukvårdens kvalitet, jämlikhet, tillgänglighet och kostnader.

Ingen omfattande nationell utvärdering har tidigare gjorts av den svenska vårdvalsreformens effekter och man får därför lägga pussel med olika studier för att försöka skapa en bild av hur utvecklingen sett ut. När det gäller det svenska vårdvalet redogörs här främst för resultaten från rapporter skrivna av olika svenska myndigheter och landstingsrapporter utförda av olika forskargrupper. Beträffande den internationella forskningen finns det inte heller särskilt många studier som undersöker valfrihetens effekter inom primärvården. Istället ligger fokus i de flesta av de internationella studierna på hur valfriheten påverkat utvecklingen inom den specialiserade sjukvården.

Studierna visar att patienter generellt sett uppfattar att valfrihet i sig har ett positivt värde. Däremot saknas det i stort sett studier som jämför hur patienter värderar valfrihet i relation till andra värden såsom jämlikhet och kostnader. Ett undantag utgörs av en svensk studie som visar att patienter värderar möjligheten att påverka vårdens innehåll högre än möjligheten att välja vårdgivare. Det finns relativt få studier som undersöker om svenska patienter vill välja vårdgivare. Den mest utförliga visar att en klar majoritet av svenska patienter vill ha möjlighet att välja primärvårdsutförare. Däremot pekar resultatet på att stödet för att välja specialistvårdsutförare inte är lika högt. Detta innebär att svenska patients inställning skiljer sig från patienter i andra europeiska länder som värderar valfrihet högt, både beträffande primärvård och specialistsjukvård.

Vidare visar genomgången att en ganska liten andel av patienterna gör ak-



tiva val av vårdgivare inom specialistsjukvården. Undantaget i detta avseende är London Patient Choice-projektet där patienterna fick tydligt stöd i att välja alternativa vårdgivare i en remitteringssituation. Implikationen av detta är att det väsentligt att fundera över hur man kan stärka patienten i själva valsituationen. Samtidigt är det viktigt att lyfta fram att valfriheten kan uppfattas som ett positivt värde även om patienterna väljer att inte nyttja den. Att veta att man kan byta vårdgivare om man är missnöjd tycks av många uppfattas som en viktig säkerhetsventil. Vetskapen om att patienterna har möjlighet att byta vårdgivare kan också sätta press på utförarna att upprätthålla kvaliteten på vården.

Många patienter baserar sitt val på vårdgivarens rykte och att denna information ofta förmedlas via släkt och vänner. Vad som inkluderas i en vårdgivares ”rykte” är emellertid ingenting som artiklarna undersöker vilket kan anses vara en brist. Här kan man naturligtvis tänka sig att flera komponenter samsas i begreppet ”rykte” – serviceaspekter såväl som medicinska kvalitetsaspekter. Andra faktorer som flera studier visar är viktiga vid patientens val är tillgänglighet och kontinuitet, dvs. möjligheten att träffa samma vårdgivare vid varje besök. Personalens kompetens nämns också i flera av studierna.

Den medicinska utfallskvaliteten verkar däremot inte vara en faktor som rankas som särskilt viktig när det gäller val av vårdgivare. Det är delvis oklart vad detta beror på, kanske lägger patienterna in den medicinska kvalitetsdimensionen när man rankar personalens kompetens eller så anser man att den medicinska kvalitetsinformationen är för komplex för att ta till sig. En alternativ förklaring är att patienterna tar för givet att alla vårdgivare uppnår en minimi-kvalitetsstandard vilket gör att de inte primärt behöver bry sig om de medicinska aspekterna utan kan välja vårdgivare på andra grunder, till exempel bemötande. Ytterligare en förklaring kan vara att det i praktiken inte finns någon relevant medicinsk kvalitetsinformation och att detta är skälet till att patienterna inte anser att den är viktig vid val av vårdgivare.

Sammantaget pekar resultatet på att patienterna vill ha kontinuitet i sina kontakter med vårdgivare och närhet till vårdgivaren. Forskningen tyder således inte på att patienterna vill ”shoppa runt” efter läkare, vårdcentral eller sjukhus med den bästa vårdkvaliteten eller bästa tillgängligheten. Detta behöver dock undersökas mer ingående. Var går exempelvis gränsen för hur dålig vårdkvaliteten kan vara innan patienterna protesterar genom att välja bort vårdgivaren? I Konkurrensverkets rapport 2010:3 slås det fast att det är angeläget att medborgare och patienter aktivt väljer vårdgivare för att det skall uppstå en väl fungerande konkurrens (Konkurrensverket 2010b). Konkurrensverket menar att om inga val görs, eller om få byten sker, skapas ingen

konkurrenssituation. Om patienterna inte väljer bort vårdgivare som de är missnöjda med får det till effekt att förutsättningarna för nyetableringar försvåras samt att vårdgivare med bristfällig kvalitet inte slås ut från marknaden – vårdvalet får i så fall inte den kvalitetsdrivande effekt som är önskvärt.

En annan frågeställning i rapporten berör vilka effekter ett utökat vårdval har med avseende på vårdens kvalitet. Genomgången visar att det finns relativt få vetenskapliga studier gjorda med denna infallsvinkel. En fördel är att vissa av de studier som finns är randomiserade och även på andra sätt metodologiskt välgjorda. Främst är det patientnöjdhet, som kan betraktas som ett utfallsmått, som undersöks. Resultatet pekar på att man kan se vissa positiva effekter av valfrihetsreformerna när det gäller denna kvalitetsaspekt. En viktig reservation är att det främst är de personer som verkligen nyttjar valfriheten, dvs. gör aktiva val, som är mest nöjda med vården. Varför denna grupp är nöjdare är inte helt klarlagt. En tänkbar förklaring är att de patienter som gör aktiva val är en selekterad grupp (exempelvis högutbildade och höginkomsttagare) som tenderar att vara nöjdare generellt även med andra aspekter i livet jämfört med den grupp som inte gör aktiva val. Några av de granskade studierna var dock randomiserade och gav snarare stöd för den förklaring som innebär att gruppen som gör aktiva val helt enkelt väljer bättre utförare och därför är mer nöjda med vårdkvaliteten.

Studier som undersöker valfrihetens effekter på den medicinska kvaliteten är få. Ett undantag är en välgjord engelsk studie som väckt en hel del uppmärksamhet det senaste året (Cooper m.fl. 2011). Denna studie visar att en ökad konkurrens, som innebär utökade valmöjligheter för patienterna, leder till att kvaliteten inom akutsjukvården förbättras. Ökningen är dock tämligen marginell och kritik har riktats mot studien för att den undersöker akutsjukvård – som patienter inte väljer – till skillnad från den planerade vården inom vilken patienterna gör aktiva val. Författarna menar dock att en ökad konkurrenssituation leder till att sjukhusen gör förbättringar inom den planerade vården som också påverkar akutvården positivt. Även om förklaringen är rimlig är det ändå lätt att instämma med dem som menar att det behövs fler studier som undersöker kvaliteten inom den planerade verksamheten för att med större säkerhet kunna uttala sig om vilka effekter en ökad valfrihet får på den medicinska kvaliteten i vården. Detta gäller naturligtvis även primärvården där studier som undersökt valfrihetsreformers effekt på medicinsk kvalitet i princip saknas.

Nästa frågeställning som undersöks i rapporten är hur jämlikheten påverkas i ett system med utökade valmöjligheter för patienterna. Många kritiker menar att valfriheten är ett hot mot jämlikheten eftersom främst välutbildade



och yngre kommer att göra aktiva val och därmed dra nytta av reformerna, det vill säga välja de kvalitativt sett bättre vårdgivarna. Detta innebär i så fall att de socioekonomiskt sämre bemedlade grupperna får tillgång till relativt sett sämre vård. I detta avseende är det empiriska underlaget begränsat till några svenska rapporter och några internationella studier, främst brittiska. Resultaten visar inte någon helt entydig bild. Generellt tycks det dock vara så att utbildning är en viktig förklaringsfaktor till individers benägenhet att välja vissa alternativ. Högutbildade nyttjar valfriheten i högre utsträckning. Intressant att notera är att flera brittiska studier visar att olika former av stödjande insatser, exempelvis vårdpersonal eller externa guider som hjälper patienterna att hitta alternativa vårdgivare och betalda resor, gör att den socioekonomiska gradienten inte får samma genomslag.

När det gäller valfrihetens effekter på vårdkonsumtionen finns ett antal studier gjorda av en forskargrupp vid Karolinska Institutet (Rehnberg m.fl. 2009, 2010; Janlöv & Rehnberg 2011). De har bland annat undersökt hur vårdvalet har förändrat tillgången till, och utnyttjandet av, sjukvård i olika socioekonomiska grupper. Här visar resultaten att vårdkonsumtionen har ökat i låginkomstområdena sedan vårdvalet infördes och att detta kan tolkas som att jämlikheten påverkats positivt av reformerna. Studierna är behäftade med vissa metodproblem, exempelvis att de områden som analysen grundar sig på är stora och därmed inkluderar flera olika typer av bostadsområden, både med hög- och låginkomsttagarprofil. Resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Även om det finns vissa belägg för, både i de svenska och i de brittiska studierna, att de socioekonomiskt utsatta grupperna konsumerar lika eller mer sjukvård efter valfrihetsreformernas införande så kan det fortfarande vara så att nyttan per besök är mindre för dessa grupper. För att uppnå ett system där sjukvården är reellt jämlik, dvs. där hälsoutfallet är detsamma, kan det i sådant fall krävas olika insatser för olika grupper varför antalet besök blir ett otillräckligt mått på jämlikhet. Från genomgången framgår tydligt att vi även behöver mer kunskap om valfrihetens effekter på individnivå. De studier som utförts har främst mätt effekter på områdesnivå.

Ytterligare en frågeställning i rapporten rör valfrihetsreformernas effekter på tillgängligheten i vården. Ett teoretiskt antagande är att valfriheten innebär att konkurrensen ökar mellan vårdgivarna och att dessa därför kortar sina väntetider i syfte att locka till sig patienter. Vad visar genomgången av litteraturen i detta avseende? Sammanfattningsvis pekar resultatet på att den geografiska tillgängligheten har ökat i det svenska fallet, dvs. vårdvalet innebär att fler mottagningar har etablerats och att restiden har minskat för

en stor del av den svenska befolkningen. Intressant nog tycks inte reformen i praktiken ha förändrat väntetiderna inom primärvården i särskilt stor utsträckning. Inte heller visar mätningar av patienters nöjdhet att de upplever särskilt stora förändringar vad gäller tillgängligheten i primärvården till följd av reformen. Ett metodproblem är att både telefontillgänglighet och väntetider till första mottagningsbesök, vilket patienterna tillfrågades om, var tämligen goda redan innan reformen infördes vilket medför att förbättringspotentialen är liten. De internationella studierna, å andra sidan, pekar på vissa, om än inte särskilt stora, minskningar av väntetiderna till följd av valfriheten. Viktigt att påpeka är att inga studier, varken i Sverige eller internationellt, påvisar förlängda väntetider. Även om författarna är eniga om att effekterna är marginella bör det nämnas att även små väntetidsminskningar kan ha stor betydelse för patienterna. En patient med stor smärta kan uppfatta några dagars kortare väntan på operation som ytterst betydelsefull. En brist med de studier som undersökt väntetider är att de inte diskuterar den kliniska relevansen av sina fynd. Vad kan anses vara en lång eller kort väntetid vid ett visst ingrepp?

Slutligen undersöks i rapporten effekter på kostnader och effektivitet i ett system med utökad valfrihet. Vissa teoretiska antaganden gör gällande att vårdvalet leder till ökade kostnader eftersom volymen av de tjänster som produceras och de administrativa kostnaderna ökar. De svenska studier som undersökt vårdvalet visar att de befarade negativa effekterna i form av ökade kostnader nästan helt har uteblivit. Hur kostnadseffektiviteten förändrats är naturligtvis lika intressant. Erfarenheterna från Stockholms läns landsting tyder på att det varit möjligt att öka antalet besök till vården per insatt krona utan att patientnöjdheten påverkats negativt. I detta avseende behövs mer ingående studier som även mäter medicinskt utfall för att kunna uttala sig säkert om vårdvalets inverkan på effektiviteten.

De internationella studierna på området är få och uppvisar delvis motstridiga resultat vad gäller kostnader och effektivitet. Vissa artiklar visar tydligt att en mer konkurrensutsatt hälso- och sjukvård har negativa effekter på effektiviteten, främst genom att för stort antal etablerade sjukhus innebär färre patienter per sjukhus och därmed en högre marginalkostnad per behandlad patient. En annan metodologiskt välgjord studie visar däremot att en hög konkurrens om patienterna leder till snabbare genomströmning. Således går det inte, utifrån de studier som finns, att säkert uttala sig om kostnaderna och effektiviteten har ökat eller minskat när det gäller införandet av valfrihet.

Litteraturgenomgången har genererat en rad insikter om vilken forskning som saknas på området. Bland annat visar analysen att det finns relativt få vetenskapliga studier av effekterna av ett införande av vårdvalsystem. Istället



undersöks exempelvis effekterna av en ökad konkurrens inom ett redan existerande vårdvalssystem. En möjlig förklaring till detta kan vara att de flesta länder under en lång period har haft sjukvårdssystem där val av vårdgivare varit en självklarhet. Det finns få länder som har haft den typ av utveckling som vi sett i den svenska primärvården, dvs. införandet av en helt ny valfrihetsreform. Avsaknaden av genomgripande valfrihetsreformer i andra länder innebär dels att det inte varit aktuellt att studera fenomenet, dels att det saknats metodologiska förutsättningar att studera den form av vårdvalsreform som införts i Sverige. Framförallt saknas studier som undersökt effekter av valfrihetsreformer inom primärvården. Inom specialistsjukvården, å andra sidan, har fritt val av utförare införts i flera länder under 2000-talet vilket också inneburit att patienternas val fått ökad betydelse för hur vårdens resurser allokeras. Detta kan förklara varför den internationella litteraturgenomgången främst inbegriper studier som undersökt valfrihetsreformer inom specialistsjukvården, i synnerhet i England.

En annan svårighet är hur man ska tolka resultaten från de internationella studier där valfrihetssystemen är utformade på annat sätt än i Sverige. Ett valfrihetssystem som bygger på ersättning till utförarna baserat på antal besök kan exempelvis tänkas ha helt andra konsekvenser än ett system där utförarna ges kapitationsersättning, dvs. en fast ersättning per listad patient. En tydlig implikation av detta är att effekterna av ett valfrihetssystem kan skilja sig åt beroende på hur systemet designats. Detta innebär att det är svårt att uttala sig om effekter av vårdvalssystem i allmänhet då dessa kanske snarare beror på systemets design än på vårdvalet i sig. I föreliggande rapport har vi i möjligaste mån försökt att redogöra för var studien är utförd och hur valfrihetssystemet utformas och vilken betydelse detta kan ha för tolkningen av studiens resultat.

Ett annat metodproblem är att nästan alla artiklar baseras på tvärsnittsstudier. Detta gör det svårt att uttala sig om eventuella orsakssamband. Tyvärr saknas nästan helt experimentella studier med hjälp av vilka man enkla skulle kunna uttala sig om mekanismer och därmed på ett tydligare sätt kunna belägga potentiella orsakssamband.

Ytterligare ett problem vad gäller tolkningen av studiernas resultat berör svårigheten att isolera effekten av valfrihetsreformerna. De flesta svenska studier bygger på så kallade före-efter-mätningar i samband med vårdvalets införande. Problemet med detta är att förändringen inte nödvändigtvis behöver bero på vårdvalet. Den eventuella förändringen kan likaväl förklaras av andra faktorer som förändrats under den undersökta perioden. Det är svårt att uttala sig om huruvida exempelvis en minskning av väntetider är en effekt

av vårdvalet eller en effekt av andra förändringar som skulle skett utan en vårdvalsreform.

Sammanfattningsvis ser vi ett stort behov av nya studier som undersöker effekterna av ett vårdvalsinförande, framförallt rörande hur jämlikheten och den medicinska kvaliteten påverkas.

I synnerhet är det önskvärt med fler experimentella studier på området för att på så sätt kunna uttala sig tydligare om de kausala mekanismerna. Idag saknas även svenska studier av vårdvalet som mäter effekter på individnivå. Slutligen behövs det mer forskning om vilka effekter olika design av vårdvalssystem har på exempelvis vårdkvalitet och kostnader. Då alla landsting i praktiken har ett eget utformat vårdvalssystem skapas goda möjligheter att studera detta i den svenska kontexten.



Referenser

- Anell, A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*, 2011 Oct;6(4):549–69
- Anell, A. Vårdval på gång i dagens primärvård. Stora skillnader mellan olika modeller och stort utvecklingsbehov. *Läkartidningen*, 2008;105(28–29):2007–10
- Arrow, KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 1963 Dec;53(5):941–73
- Barr, D., Fenton, L., Blane, D. The claim for patient choice and equity. *Journal of Medical Ethics*, 2008 Apr;34(4):271–4
- Berlin J., Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber AB
- Bevan, G., Helderman, J-K., Wilsford, D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. *Health Economics, Policy and Law*, 2010 Jul;5(3):251–67
- Birk, HO., Gut, R., Henriksen, LO. Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey. *BMC Health Services Research*, 2011 Oct;11:262
- Birk, HO., Henriksen, LO. Why do not all hip- and knee patients facing long waiting times accept re-referral to hospitals with short waiting time? Questionnaire study. *Health Policy*, 2006 Aug;77(3):318–25

- Blomqvist, P. (2007). *Vem styr vården? – Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. SNS Förlag, Stockholm
- Bouche, G., Migeot, V., Mathoulin-Pélissier, S., Salamon, R., Ingrand, P. Breast cancer surgery: do all patients want to go to high-volume hospitals? *Surgery*, 2008 Jun;143(6):699–705
- Boyce, T., Dixon, A., Fasolo, B., Reutskaja, E. (2010). "Choosing a high-quality hospital – The role of nudges, scorecard design and information." Report, The King's Fund, London
- Boyle, S, United Kingdom (England), Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011;13(1):1–486
- Braveman, P. Gruskin, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 2003 Apr;57(4):254–8.
- Braveman, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 2006 Apr;27:167–94
- Bremberg, S. (2003). "Jämlikhet i hälsa – perspektiv, begrepp och mått." s. 87–94. I: Hogstedt, (red.). *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm
- Brouwer, W., van Exel, J., Hermans, B., Stoop, A. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. *Health Policy*, 2003 Mar;63(3):289–98
- Bundorf, MK., Chun, N., Goda, GS., Kessler, DP. Do markets respond to quality information? The case of fertility clinics. *Journal of Health Economics*, 2009 May;28(3):718–27
- Burge, P., Devlin, N., Appleby, J., Rohr, C., Grant, J. (2005). "London Patient Choice Project Evaluation – A model of patients' choices of hospital from stated and revealed preference choice data." Report, RAND Europe, Cambridge
- Burström, B. Will Swedish healthcare reforms affect equity? *British Medical Journal*, 2009 Dec;339:b4566

- Cellini, R., Pignataro, G., Rizzo, I. Competition and efficiency in health care: An analysis of the Italian case. *International Tax and Public Finance*, 2000 Aug;7(4):503–19
- Cheng, S-H., Song, H-Y. Physician performance information and consumer choice: a survey of subjects with the freedom to choose between doctors. *Quality and Safety in Health Care*, 2004;13(2):98–101
- Chu-Weininger, MYL., Balkrishnan, R. Consumer satisfaction with primary care provider choice and associated trust. *BMC Health Services Research*, 2006 Oct;6:139
- Conner-Spady, B., Sanmartin, C., Johnston, G., McGurran, J., Kehler, M., Noseworthy, T. Willingness of patients to change surgeons for a shorter waiting time for joint arthroplasty. *Canadian Medical Association Journal*, 2008 Aug;179(4):327–32
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., McGuire, A. (2010). "Does hospital competition improve efficiency? An analysis of the recent market-based reforms to the English NHS." CEP Discussion Paper No 988, Centre for Economic Science, The London School of Economics and Political Science, London, UK
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., McGuire, A. Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal*, 2011 Aug;121(554):F228–60
- Cooper, ZN., McGuire, A., Jones, S., Le Grand, J. Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study. *British Medical Journal*, 2009 Sep 3;339:b3264
- Coulter, A., Jenkinson, C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health*, 2005 Aug;15(4):355–60
- Coulter, A., Le Maistre, N., Henderson, L. (2005). "Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment – Evaluation of London patient choice scheme." Report, Picker Institute Europe, Oxford.
- Cutler, DM., Huckman, RS., Landrum, MB. The role of information in medical

- markets: an analysis of publicly reported outcomes in cardiac surgery. *The American Economic Review*, 2004 May;94(2):342–6
- Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P. The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment. *Health Economics*, 2007 Feb;16(2):113–28
- Dawson, D., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P. (2004a) "Evaluation of the London Patient Choice project: system wide impacts." Final Report, University of York, York
- Dawson, D., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P. (2004b). Is patient choice an effective mechanism to reduce waiting times? *Applied Health Economics and Health Policy*, 2004;3(4):195–203
- Dawson, D., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P. The impact of patient choice and waiting time on the demand for health care: results from the London Patient Choice project. *Applied Economics*, 2006;38(12):1363–70
- Department of Health. (2011a). Register with a GP practice of your choice – pilot announced. London, UK
- Department of Health. (2011b). Choose the best GP for you. London, UK
- Dijs-Elsinga, J., Otten, W., Versluijs, M.M., Smeets, H.J., Kievit, J., Vree, R., van der Made, W.J., Marang-van de Mheen, P.J. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Medical Decision Making*, 2010 Sep–Oct;30(5):544–55
- Dir. 2011:25. Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning. Regeringen, Stockholm
- Dixon, A., Le Grand, J. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006 Jul;11(3):162–6
- Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N. (2010). "Patient choice – How patients choose and how providers respond." Report, The King's Fund, London

- Donabedian, A. (1980). "Explorations in quality assessment and monitoring Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment." Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan
- Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S., Grol, R. (2009) Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Medical Care*, 2009 Jan;47(1):1–8
- Fanjiang, G., von Glahn, T., Chang, H., Rogers, WH., Safran, DG. Providing patients web-based data to inform physician choice: if you build it, will they come? *Journal of General Internal Medicine*, 2007;22(10):1463–6
- Farrington-Douglas, J., Allen, J. (2005). "Equitable choices for health." Report, Institute for Public Policy Research, London
- Fasolo, B., Reutskaja, E., Dixon, A., Boyce, T. Helping patients choose: How to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient Education and Counseling*, 2010 Mar;78(3):344–9
- Fotaki, M., Boyd, A., Smith, L., McDonald, R., Roland, M., Sheaff, R., Edwards, A., Elwyn, G. (2005) "Patient choice and the organisation and delivery of health services: Scoping review." Report, Centre for Public Policy and Management, Manchester Business School, University of Manchester
- Fotaki, M., m.fl. (2005) "Patient choice and the organisation and delivery of health services: Scoping review." Report, Centre for Public Policy and Management, Manchester Business School, University of Manchester
- Fotaki, M., m.fl. (2008) What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2008 Jul;13(3):178–84
- Fredriksson, M. *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare. Avhandling (2012). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis*
- Fredriksson, M., Winblad, U. Consequences of a decentralized healthcare governance model: measuring regional authority support for patient choice in Sweden. *Social Science and Medicine*, 2008 Jul;67(2):271–9

- Geraedts, M., Schwartz, D., Molzahn, T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Services Research*, 2007 Sep;7:157
- Gerard, K., Salisbury, C., Street, D., Pope, C., Baxter, H. Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2008 Apr;13(Suppl 2):3-10
- Glenngård, AH., Anell, A., Beckman, A. Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy*, 2011 Nov;103(1):31-7
- Grytten, J., Sørensen, RJ. Patient choice and access to primary physician services in Norway. *Health Economics, Policy and Law*, 2009 Jan;4(Pt 1):11-27
- Harris, KM. How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. *Health Services Research*, 2003 Apr;38(2):711-32
- Hjelmgren, J., Anell, A. (2007). Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health policy*, 83(2-3), 314-22
- Howard, DH. Quality and consumer choice in healthcare: evidence from kidney transplantation. *Topics in Economic Analysis and Policy*, 2006;5(1):1349
- Hsu, J., Schmittiel, J., Krupat, E., Stein, T., Thom, D., Fireman, B., Selby, J. Patient choice. A randomized controlled trial of provider selection. *Journal of General Internal Medicine*, 2003 May;18(5):319-25
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2010). Sygehusvalg. Frit og utvidet frit valg af sygehus. Utvidede rettigheder i psykiatrien. Behandling på sygehus i udlandet. Rapport, København, Danmark
- Jacobsson, F. (2007). "Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård." CMT Rapport 2007:2, Linköpings universitet, Linköping
- Janlöv, N., Rehnberg, C. (2011). "Uppföljning av husläkarsystemet inom Vård-

- val Stockholm – år 2010.” Rapport nr 2011:15, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm
- Kalda, R., Pölluste, K., Lember, M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy*, 2003 Apr;64(1):55–62
- Kolstad, J T., Chernew, M E. (2009) Quality and consumer decision making in the market for health insurance and health care services. *Medical Care Research and Review*, 2009 Feb;66(1 Suppl):28S–52S
- Konkurrensverket. (2010a). ”Uppföljning av vårdval i primärvården – Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2.” Rapport, Konkurrensverkets rapportserie 2010:2, Stockholm
- Konkurrensverket. (2010b). ”Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport.” Rapport, Konkurrensverkets rapportserie 2010:3, Stockholm
- Krupat, E., Stein, T., Selby, JV., Yeger, CM., Schmittiel, J. Choice of a primary care physician and its relationship to adherence among patients with diabetes. *The American Journal of Managed Care*, 2002 Sep;8(9):777–84
- Lako, CJ., Rosenau, P. Demand-driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: results from a survey into hospital choice. *Health Care Analysis*, 2009 Mar;17(1):20–35
- Landstingsförbundet. (2000). Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården, A 00:56
- Le Grand, J. (2007). “The other invisible hand: delivering public services through choice and competition.” (195 pp). Princeton University Press, Princeton
- Le Maistre, N., Reeves, R., Coulter, A. (2003). ”Patients’ experience of CHD choice.” Report commissioned by the Department of Health. Picker Institute Europe, Oxford.
- Light, DW. Sociological perspectives on competition in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2000 Oct;25(5):969–74

- Lim, JNW., Edlin, R. Preferences of older patients and choice of treatment location in the UK: a binary choice experiment. *Health Policy*, 2009 Aug;91(3):252–7
- Lorenzetti, DL., Noseworthy, T. (2011) Patient choice systems and waiting times for scheduled services. *Healthcare Management Forum*, 2011;24(2):57–62
- Losina, E., Plerhoples, T., Fossel, AH., Mahomed, NN., Barrett, J., Creel, AH., Wright, EA., Katz, JN. Offering patients the opportunity to choose their hospital for total knee replacement: impact on satisfaction with the surgery. *Arthritis and Rheumatism*, 2005 Oct;53(5):646–52
- Martin, S., Jacobs, R., Rice, N., Smith, P. (2003). "Waiting times for Elective Surgery: a hospital-based approach." Report, University of York, York
- Martinussen, P., Magnussen, J. (2009). "Health care reform: the Nordic experience." pp. 21–52. I: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB, (eds). *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press, Maidenhead
- McGlone, TA., Butler, ES., McGlone, VL. Factors influencing consumers' selection of a primary care physician. *Health Marketing Quarterly*, 2002;19(3):21–37
- Montin, S. Privatiseringsprocesser i kommunerna – teoretiska utgångspunkter och empiriska exempel. *Statsvetenskaplig Tidskrift*, 1992;95(1):31–57
- Mossialos, E., Thomson, S. (2003). "Access to health care in the European Union: the impact of user charges and voluntary health insurance." pp. 143–173. I: Gulliford M, Morgan MS. (eds.). *Access to health care*. Routledge, New York
- NHS Choices. (2011). About NHS. Tillgänglig på [<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>], Hämtad 2012-02-07
- Nordgren, L., Åhgren, B. (2010). "Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler." Rapport, Konkurrensverket, Stockholm

- Patiar, S., Lo, S., Duvvi, S., Spraggs, PD. Patient satisfaction with NHS elective tonsillectomy outsourced to the private sector under the Patient Choice Programme. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2006 Oct;12(5):569–72
- Paulsson, G. (2008). "Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2007." Rapport, Lunds universitet, Lund
- Paulsson, G. (2009). "Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2008." Rapport, Lunds universitet, Lund
- Paulsson, G. (2010). "Vårdval Halland 2009." Rapport, Region Halland, Halmstad
- Pollock, A., Macfarlane, A., Kirkwood, G., Majeed, FA., Greener, I., Morelli, C., Boyle, S., Mellett, H., Godden, S., Price, D., Brhlikova, P. No evidence that patient choice in the NHS saves lives. *The Lancet*, 2011 Dec;378(9809):2057–60
- Prop. 2008/09:74, Vårdval i primärvården
- Propper, C. (2010). "The operation of choice and competition in healthcare – A review of the evidence." Report. The 2020 Public Service Trust, London
- Razzouk, N., Seitz, V., Webb, JM. What's important in choosing a primary care physician: an analysis of consumer response. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 2004;17(4):205–11
- Rehnberg, C., Goude, F. (2011). "Valfrihet och kvalitet inom hälso- och sjukvården – en litteraturöversikt om faktorer som påverkar patienters val av vårdgivare." Rapport, Sociala Rådet, Stockholm
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J. (2009). "Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008." Rapport nr 2009:6, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J., Lundgren, J. (2010). "Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter." Rapport nr 2010:12, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm

- Ringard, Å. Equitable access to elective hospital services: The introduction of patient choice in a decentralised healthcare system. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012 Feb;10(1):10–7
- Robertson, R., Burge, P. The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2011 Apr;16 Suppl 1:22–8
- Robertson, R., Dixon, A. (2009). "Choice at the point of referral." Report, The King's Fund, London.
- Rosén, P., Anell, A., Hjortsberg, C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*, 2001 Feb;55(2):121–8
- Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P., Hall, N. Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. *The British Journal of General Practice*, 2006 Oct;56(531):743–8
- Schlesinger, M. Choice cuts: parsing policymakers' pursuit of patient empowerment from an individual perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 2010 Jul;5(3):365–87
- Schwappach, DLB., Strasmann, TJ. Does location matter? A study of the public's preferences for surgical care provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2007 Apr;13(2):259–64
- Schwartz, LM., Woloshin, S., Birkmeyer, JD. How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *British Medical Journal*, 2005 Oct;331(7520):821
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- SFS 2008:962. Lag (2008:962) om valfrihetssystem
- Sharma, A., Inder, B. Impact of co-located general practitioner (GP) clinics and patient choice on duration of wait in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 2011 Aug;28(8):658–61
- Siciliani, L., Martin, S. An empirical analysis of the impact of choice on wait-

- ing times. *Health Economics*, 2007 Aug;16 (8):763–79
- Socialstyrelsen. (1999). "En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser." Rapport nr 1999-00-021, Socialstyrelsen, Stockholm
- Socialstyrelsen. (2010). "Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning." Rapport. Socialstyrelsen, Stockholm
- Socialstyrelsen. (2011). "Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv – Delredovisning." Rapport, Socialstyrelsen, Stockholm
- SOU 2008:37, Vårdval i Sverige
- Taylor, R., Pringle, M., Coupland, C. (2004). "Primary Care Implications of offering " Patient Choice " for routine adult surgical referrals." Report, Department of Health, London
- Thomson, S., Dixon, A. (2006) Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006 Jul;11(3):167–71
- Tjerbo, T. Does competition among general practitioners increase or decrease the consumption of specialist health care? *Health Economics, Policy and Law*, 2010 Jan;5(Pt 1):53–70
- Varkevisser, M., van der Geest, SA. Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopaedic care and neurosurgery in the Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 2007 Sep;8(3):287–95
- Varkevisser, M., van der Geest, SA., Schut, FT. Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2010 Mar;10(1):43–60
- Whitehead, M. (1990). "The concepts and principles of equity in health." World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). *Levelling Up, Part 1. A Discussion Paper on Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen

- Winblad, U. (2007). "Valfriheten – en misslyckad sjukvårdsreform?" s. 132–155. I: Blomqvist, P, (red). Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. SNS Förlag, Stockholm
- Winblad, U. Do physicians care about patient choice? *Social Science & Medicine*, 2008 Nov;67(10):1502–11
- 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." Rapport. Uppsala universitet, Uppsala
- Winblad, U., Ringard, Å. (2009). "Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens." pp. 126–150. I: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB, (eds). *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press, Maidenhead
- Vrangbaek, K. (2009). "The political process of restructuring Nordic health systems." pp. 53–77. I: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB, (eds). *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press, Maidenhead
- Vrangbaek, K., Robertson, R., Winblad, U., Van de Bovenkamp, H., Dixon, A. Choice policies in Northern European health systems. *Health Economics, Policy and Law*, 2012 Jan;7(1):47–71
- Vrangbaek, K., Östergren, K. Patient empowerment and the introduction of hospital choice in Denmark and Norway. *Health Economics, Policy and Law*, 2006 Oct;1(4):371–94
- Wun, YT., Lam, TP., Lam, KF., Li, DKT., Yip, KC. How do patients choose their doctors for primary care in a free market? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2010 Dec;16(6):1215–20
- Vårdföretagarna. (2010). "Vägval för Vårdval." Rapport, Vårdföretagarna Almega, Stockholm
- Vårdguiden. (2011). <http://www.varldguiden.se>

Zielinski, A., Håkansson, A., Beckman, A., Halling, A. Impact of comorbidity on the individual's choice of primary health care provider. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2011 Jun;29(2):104–9

Appendix 1

Appendix 1 innehåller kortfattad information om de vetenskapliga artiklar som ingår i litteraturgenomgången. De svenska rapporterna ingår inte i redovisningen.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Birk & Henriksen 2006	Danmark	Knä- och höftoperationer	125	Enkätstudie	Syftet med studien var att undersöka varför patienter som erbjudits remittering till annan vårdgivare tackade ja respektive nej till erbjudandet.	Resultatet visade att 60 % av alla patienter som blivit erbjudna att remitteras till annan vårdgivare svarade ja på erbjudandet. Kort avstånd, kort transporttid och tidigare erfarenheter med sjukhuset i hemregionen var viktiga faktorer för dem som tackade nej till remitteringserbjudandet. Hos dem som accepterade remitteringserbjudandet var väntetiden den viktigaste faktorn för deras beslut. Vissa patienter var villiga att acceptera långa väntetider om de fick exakt besked om när operationen skulle äga rum.
Birk m.fl. 2011	Danmark	Specialistvård	2272	Enkätstudie	Studien syftade till att undersöka mottagningspatienters medvetenhet och användning av valfrihet av sjukhus samt vilka faktorer som påverkade patienternas val av sjukhus och hur sociodemografiska faktorer influerar dessa faktorer.	41 % kände till att de hade rätt att välja vårdgivare. Av dessa nyttjade 53 % valmöjligheten. Medvetenheten var högre bland kvinnor, patienter med lång utbildning, löntagare i offentlig sektor, samt patienter som besökte kirurgiska kliniker. Korta geografiska avstånd, följt av allmänläkares rekommendationer, korta väntetider och patientens tidigare erfarenheter av sjukhuset var de viktigaste orsakerna för patientens val.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Bouche m.fl. 2008	Frankrike	Bröstcancerkirurgi	932	Enkätstudie/registerdata	Syftet med studien var att bedöma sambandet mellan klinikers antal bröstcanceroperationer och patienters val av klinik.	Hypotesen att patienter väljer ett sjukhus som har hög grad av operationer per år fick inte stöd i analysen. Bland dem som opererades på sjukhus med låg grad av operationer per år var patienterna äldre och relativt lågutbildade.
Boyce m.fl. 2010	England	Specialistvård	1168 patienter	Discrete choice där de svarande fick använda olika informationsmaterial vid ett fiktivt val av sjukhus	Syftet var att svara på vilken information patienter använder när de väljer sjukhus, hur de använder informationen samt hur utformningen av informationen påverkar vilka val patienten gör.	Resultaten visade att det är svårt för patienter att göra avvägningar mellan olika värden, exempelvis närhet och medicinsk kvalitet. Hur informationen presenteras hade betydelse för hur patienterna valde.
Brouwer m.fl. 2002	Nederländerna	Specialistvård	281	Enkätstudie	Syftet var att undersöka varför så få personer väljer att söka vård i angränsande EU-stat, vilka som söker sig utomlands och varför de väljer att göra det.	Resultaten visade att de flesta patienter som sökte vård i angränsande EU-land antingen var invandrade från grannlandet, eller hade erfarenhet av att arbeta på båda sidor av gränsen. Ytterligare några hade tidigare erfarenhet av sjukvård i grannlandet. Väntetider, och geografiska avstånd var viktiga faktorer som påverkade patienterna att söka vård utomlands.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Bundorf m.fl. 2009	USA	Specialklinik för assisterad befruktning	2865	Databasstudie	Syftet var att undersöka effekten av "report cards" (en slags kvalitetsutvärdering) på konsumenters val av fertilitetsklinik.	Resultaten visade att kliniker med hög andel födslar hade en större marknadsandel efter införandet av "report cards". Kliniker med hög andel unga, lättbehandlade patienter, hade lägre marknadsandel efter införandet av report cards. För det tredje visade studien att införandet av report cards hade större effekt på konsumenter och kliniker i stater där fertilitetsbehandling täckts av sjukförsäkring. Författarna drar slutsatsen att konsumenter tar hänsyn till kvalitetsredovisning vid val av fertilitetsklinik.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Burge m.fl. 2005	England	Specialistvård	Del 1 = 2144. Del 2 = 19 976	Enkätstudie/databasstudie	Studien syftade till att svara på frågorna: 1. Vilka faktorer tar patienter i betraktande när de beslutar om att tacka ja eller nej till få vård vid ett alternativt sjukhus? 2. Vilken vikt lägger patienter on respektive faktor när de gör sitt beslut? Vilka "irradoffs" är patienter villiga att göra mellan väntetid och andra faktorer? 3. Är det några systematiska skillnader mellan olika patientgrupper (rörande personliga faktorer, hälsa eller socioekonomiska egenskaper)? Vilka egenskaper finns hos dem som föredrar snabb vård?	30% av patienterna ville stanna vid sitt hemsjukhus medan 55% valde att byta sjukhus i några av de hypotetiska scenarierna. Resterande 10% valde att avstå från vård eller byta till vårdalternativ utanför NHS. Bland de faktiska valmönstren valde 35% att stanna, medan 65% bytte sjukhus för att få kortare kötid. Patienter var villiga att vänta mellan 6 till 16 månader för att få vård vid hemsjukhuset om alternativet var ett sjukhus utomlands.
Cellini m.fl. 2000	Italien	Sjukhusvård	1183 sjukhus	Databasstudie	Syftet var att undersöka hur graden av konkurrensutsatthet påverkar effektiviteten för sjukhus i ett världsvalssystem.	Resultaten visade att densiteten av sjukhusen har en tydligt negativ påverkan på effektiviteten. Däremot hade inte andelen privat drivna sjukhus i ett område någon påverkan på effektiviteten.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Cheng & Song 2004	Taiwan	Primärvård	4015	Telefonintervjuer	Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning patienter använde sig av jämförande kvalitetsredovisning vid val av läkare, samt i vilken utsträckning de var villiga att byta läkare utifrån redovisningarnas resultat.	Resultaten visade att ungefär 50% av respondenterna hade gjort ett val mellan olika läkare. 73% angav att de skulle ta del av kvalitetsredovisningar om det fanns tillgängligt. 77% angav att de var villiga att byta läkare om deras fick dåliga resultat i redovisningarna.
Chu-Weininger & Balkrishnan 2006	USA	Primärvård	564 patienter	Telefonintervjuer	Syftet var att undersöka om det fanns ett samband mellan om patienterna upplevde att de hade ett fritt val av vårdgivare och patientnöjdheten.	Resultatet visade att de patienter som upplevde att de hade ett fritt val av vårdgivare också hade en starkare tillit till deras primärvårdsläkare.
Comner-Spady m.fl. 2008	Kanada	Knä- och höftoperationer	1330	Kvasiexperimentell enkätstudie	Syftet var att studera patienters villighet att byta kirurg för att på så vis korta väntetiden för operation. Specifikt ämnar studien svara på frågorna: Vilka faktorer påverkar patientens villighet till ett byte? Skiljer sig preferenserna åt mellan de som redan genomgått en operation och de som fortfarande väntar?	Resultaten visade att 63 % av patienterna angav att det inte var troligt att de skulle överväga att byta kirurg. Män, personer med högre utbildning, personer som redan opererats var mer troliga att överväga att byta kirurg.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Cooper m.fl. 2009	England	Knä- höft- och kataraktooperationer	> 3 400 000	Databasstudie	Syftet var att undersöka hur väntetiderna till elektiv vård påverkats mellan 1997 till 2007 och om förändringarna i väntetid har slagit olika för olika socioekonomiska grupper.	Väntetiderna steg initialt under perioden för att redan sjunka stadigt fram till 2007 vilket innebar en lägre väntetid än i början av perioderna när valfrihetsreformer började införas. 2007 var skillnaden mellan väntetider baserat på socioekonomi lägre än vad den var 1997.
Cooper m.fl. 2010	England	Höftoperationer	> 290 000	Databasstudie	Syftet var att undersöka om införandet av valfrihet av vårdgivare och ökad konkurrens mellan sjukhus har lett till en ökad effektivitet.	Resultatet visade att effektiviteten har ökat i bemärkelsen att patienternas väntetid till operation minskat efter att de blivit inskrivna. Detta skedde i högre grad på marknader som är mer konkurrensutsatta.
Cooper m.fl. 2011	England	Hjärtinfarkter	> 430 000 patienter	Databasstudie	Syftet med studien var att undersöka om ökad konkurrens i ett vårdvalssystem ökar kvaliteten på vården i form av minskad dödlighet vid hjärtinfarkter.	Studien visade att dödligheten vid hjärtinfarkter har minskat efter vårdvalsinförande. Dödligheten var också lägre vid sjukhus som är mer konkurrensutsatta.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Coulter & Jenkinson 2005	8 europeiska länder	Allmänt	8119 patienter	Telefonintervjuer	Syftet med studien var att undersöka europeiska patienters syn på hälso- och sjukvårdssystem och vårdgivare.	Resultaten av studien var bland annat att patienter i alla länder stödde ett fritt val av vårdgivare inom primärvården. Beträffande fritt val av vårdgivare inom specialsjukvården stöddes detta stort av patienter i alla länder utom i Sverige där stödet endast var på 31% för fritt val inom specialsjukvården och 54% för fritt val av sjukhus.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Coulter m.fl. 2005	England	Specialistvård	2144/ 759	Enkätstudier	Studien syftade till att undersöka patienters erfarenheter av sjukhusval.	40% av respondenterna i den hypotetiska enkätundersökningen angav att de definitivt skulle överväga att välja ett alternativt sjukhus om möjligheten gavs medan 18% svarade att de inte skulle göra det under några omständigheter. Resultaten från den uppföljande enkäten visade att två tredjedelar av dem som erbjudits att behandlas vid ett alternativt sjukhus valde att göra det. I valet vilket sjukhus patienten skulle välja hade sjukhusets läge betydelse, men även väntetid till operation, transportmöjligheter och bekvämlighet för familj och vänner. En av tre enkätrespondenter uttryckte att de inte fått tillräckligt med information för att göra ett bra beslut, framförallt önskades information kring uppföljningsvården, kirurgernas kvalifikationer och erfarenhet, siffror på antal lyckade operationer samt över hygien och säkerheten på sjukhusen.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Cutler m.fl. 2004	USA	Hjärtkirurgi	-	Databasstudie	Syftet med denna studie var att bestämma huruvida kvalitetsdata styr patienter vid val av utförare samt huruvida kvalitetsdata påverkar vårdkvaliteten hos vårdgivarna över tid.	Kvalitetsdata hade effekt, både på patienternas val av vårdgivare och vårdgivarnas sjukvårdskvalitet. Framförallt verkade kvalitetsdata leda till att patienter valde bort lägrepresterande vårdgivare, samt att lägrepresterande vårdgivare förbättrar sin vårdkvalitet. De sjukhus som rapporterat höga mortalitetsfigurer uppvisade ett signifikant sjunkande patientantal under året som följde på CSRS-rapporten, och tappade i genomsnitt 10% av sitt patientunderlag. De sjukhus som identifierats som lägrepresterande sänkte sina mortalitetsfigurer med i genomsnitt 1,2 procentenheter, vilket är en signifikant sänkning. Däremot sågs ingen effekt på högrepresterande vårdgivare.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Dawson m.fl. 2004a	England	Specialistsjukvård	-	Databasstudie	Syftet med rapporten var att utvärdera London Patient-Choice utifrån ett systemperspektiv.	Slutsatserna från studien var bland annat att väntetiderna sjönk inom offalmologin och ortopedin. Väntetiderna närmade sig varandra vilket innebär att de minskade mest där de tidigare varit högst.
Dawson m.fl. 2004b	England	Ortopedi	-	Kvasiexperimentell databasstudie	Syftet var att undersöka vilka effekter en ökad valfrihet av sjukvårdsutförare hade på väntetiderna inom ortopedin.	Resultatet visade att väntetiden bland de kliniker där ökat vårdval implementerats hade minskat i högre grad än i kontrollgrupperna - effekten var dock marginell.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Dawson m.fl. 2006	England	Specialistsjukvård	3289-5087 i olika delar av studien	Databasstudie	Syftet var att undersöka om införandet av London patient choice medför en förändring i NHS efterfrågekurva.	Resultatet visade att bland de sex olika grupperna var det endast efterfrågekurvan för slutenvårdspatienter inom ortopedi som förändrades, där skedde ett skiff inåt. Författarna menar att detta berodde på sjukhuskonsulters försök att minimera remittering av "deras" patienter till andra sjukhus genom olika former av hinder.
Dawson m.fl. 2007	England	Ögonsjukvård	-	Kvasiexperimentell databasstudie	Syftet var att undersöka vilka effekter en ökad valfrihet av patienternas val av sjukvårdsutförare hade på väntetiderna	Slutsatserna av analysen var att väntetiderna minskade på klinikerna där ökad valfrihet implementerats i jämförelse med kontrollgrupperna. Framförallt såg man att väntetiderna konvergerade - det vill säga att de minskade mest på sjukhusen som tidigare haft längst väntetider.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Dijis-Elinga m.fl. 2010	Nederländerna	Kirurgi	1329	Enkätstudie	Syftet med studien var att bedöma om patienter använder sig av kvalitetsinformation när de väljer sjukhus för operation, eller om de använder sig av mer allmän information om sjukhuset.	Resultaten visade att de flesta patienter angett "sjukhusets goda rykte" (69,1 %) och "vänlig atmosfär på sjukhuset" (63,3%) som de viktigaste orsakerna till deras val. För framtida val angav de flesta "att de redan blivit behandlad på sjukhuset" (79,3%) och sjukhusets goda rykte (74,1%) som motiv. När det gäller framtida operationer angav patienterna att de skulle använda sig av mer information (fler indikatorer) än vid föregående operation. Äldre angav i högre utsträckning än yngre tillgänglighet till kollektivtrafik och parkeringsmöjligheter som viktiga faktorer. Medan högt utbildade i högre utsträckning angav information om vårdkvaliteten som viktigt, till exempel hur stor andel av patienterna vars behandling skett "som i skolboken".

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Dixon m.fl. 2010	England	Specialistsjukvård	2181	Patientintervjuer -> Enkätundersökning + Intervjuer med GPs och tjänstemän	Syftet var att besvara följande frågor: Hur upplever patienter valfrihet? Vilka faktorer är viktiga när patienter väljer mellan olika kliniker? Hur ser allmänläkare på valfrihet? Hur bemöter vårdproducenter valfrihet?	75% av patienterna angav att möjligheten att välja klinik var 'mycket viktig' eller 'viktig' för dem. Äldre personer, samt personer med blandad och icke-kaukasisk bakgrund var mer benägna att uppskatta välmöjligheten. 45% av patienterna visste om möjligheten att välja sjukhus. Patienter värdesatte världens kvallité, sjukhuslokalernas standard och renlighet, vid sjukhusval. Jämförande kvalitetsinformation användes i väldigt låg utsträckning, endast 4% besökte internetidan NHS Choice. Patientens egna erfarenheter (41%), familj och vänners rekommendationer (10%) eller allmänläkarens råd (36%) var de vanligaste källorna till råd vid patientens val.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Fanjiang m.fl. 2007	USA	Primärvård	2225	Enkätstudie	Syftet var att utvärdera användbarheten hos Web-baserad kvalitetsinformation vid val av primärvårdsläkare.	Resultaten visade att 17 % använt web-materialet. En större andel än vad som tidigare studier visat på gällande användandet av kvalitetsinformation. Detta tyder på att riktad information ger högre "avkastning". Oddsens att välja en läkare med höga poäng var nästan 10 gånger högre för dem som besökt hemsidan än oddsens att slumpmässigt välja en sådan läkare.
Fasolo m.fl. 2010	England	Sjukhusvård	44	Fokusgruppstudie	Syftet med studien var att förstå hur allmänheten förstår och använder jämförbar kvalitetsinformation om sjukhus, presenterad på hemsidor så som NHS Choice. Vilken kvalitetsinformation uppskattas? Hur uppfattas olika kvalitetsmätt? och vad finns det för preferenser för olika typer av information?	Deltagarna försökte väga de olika indikatorerna för att avgöra vilket sjukhus de skulle välja, många fann detta svårt. Aldre deltagare ville använda sammanfattningsmätt för att välja sjukhus, medan yngre deltagare ville ha mer detaljerade jämförbara värden på olika indikatorer. Studien visade även att hur informationen presenteras påverkar hur den förstås, värderas och används.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Geracids m.fl. 2007	Tyskland	Akutsjukvård	50	Intervjuer	Syftet med studien var att avgöra vad patienter och läkare anser om de kvalitetsindikatorer som sjukhus rapporterar i syfte att vägleda patienter i deras val av sjukhus.	Resultatet visade att de flesta indikatorerna är användbara. Endast tre indikatorer ansågs obegripliga av patienterna och olämpliga av läkarna. Fyra tilläggsindikatorer rörande patientens upplevelse och nöjdhet av sjukvården, samt avstånd till sjukhus från hemmet visade sig relevanta för patienterna. Ungefär en tredjedel av indikatorerna var inte användbara och kan därmed tas bort från kvalitetsrapporterna.
Gerard m.fl. 2008	England	Primärvård	1052	Enkätstudie	Syftet med studien var att undersöka patienters preferenser vid bokning av vårdbesök.	Resultaten visade att besök hos en självvald läkare och lämplig besöks tid var de viktigaste faktorerna för patienterna. För pågående, allvarigare sjukdomstillstånd var även längd på läkarebesöket av betydelse. Resultaten visade att patienter var villiga att kompromissa med kort väntetid för att få en lämplig besöks tid under dagen samt för att få se en självvald läkare.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Glenngård m.fl. 2011	Sverige	Primärvård	1462	Enkätstudie	Syftet med studien var att svara på frågorna; I vilken utsträckning upplever individer att de har gjort ett aktivt val av vårdgivare inom primärvården?; Varför de gör ett aktivt val? Samt; Var söker de information?	60 % upplevde att de hade gjort ett aktivt val gällande vårdgivare. Etablering av nya producenter samt tillräcklig information ökade sannolikheten för ett aktivt val. 2/3 ansåg att det inte var svårt att välja vårdgivare och att de hade tillräcklig information. 20 % angav att de gjort val baserat på missnöje hos tidigare vårdgivare.
Grytten & Sørensens 2009	Norge	Primärvård	3532	Enkätstudie	Syftet med studien var att undersöka om överkapacitet bland primärvårsläkare att ta emot nya patienter påverkar den upplevda tillgänglighet till vården bland patienter.	Resultaten visade att väntetiden till de läkare som hade kapacitet att ta emot nya patienter var kortare.
Harris 2003	USA	Allmänt	1071	Enkätstudie	Syftet med studien var att undersöka hur patienter söker och väljer läkare.	En minoritet av de svarande sökte aktivt efter läkare. De patienter som var sjukare och hade starka bindningar till en viss läkare var mindre aktiva i sitt sökande efter olika läkare.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Hjelmgren & Anell 2007	Sverige	Primärvård	928	Enkätstudie	Syftet var att studera svenska patienters preferenser vid val av primärvårdsmodell. Fördrog patienterna en individuell familjeläkare eller ett primärvårdsteam bestående av läkare och sjuksköterskor? Fanns det någon skillnad i hur man väljer beroende på personliga attribut? Vilka faktorer är av betydelse vid val av primärvård?	Resultaten visade att kort väntetid i genomsnitt var den viktigaste egenskapen för patienter när de ombads att välja mellan olika faktors betydelse. Därefter kom; inflytande över vården; möjlighet att välja familjeläkare samt låga patientkostnader.
Howard 2005	USA	Njurtransplantation	36991	Databasstudie	Syftet med studien var att undersöka om patienter påverkas av kvalitetsinformation när de väljer sjukhus för njurtransplantation.	Studien visade att konsumenter tar kvalitet med i beräkningen vid val av sjukhus. Resultaten antyder att 10 % ökning av faktiska transplantationsmislyckanden leder till 1,2 % minskning i antal patient registreringar på den kliniken.
Hsu m.fl. 2003	USA	Primärvård	1090	Interventionsstudie där data inhämtades via enkäter	Syftet med studien var att undersöka om en intervention där patienter fick välja sin läkare när deras gamla gått i pension påverkade nöjdheten med sin läkare jämfört med att få en tilldelad till sig automatiskt.	Resultatet visade att interventionsgruppen hade större benägenhet att behålla sin läkare samt var nöjdare med sin läkare.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Kalda m.fl. 2003	Estland	Primärvård	997	Enkätstudie	Syftet med studien var att undersöka om patienter som själva hade valt sin läkare var nöjda med primärvården.	Resultatet visade att den grupp patienter som aktivt valt sin läkare var signifikant högre jämfört med kontrollgrupperna.
Krupat m.fl. 2002	USA	Primärvård	1200 patienter och 40 läkare	Enkätstudie + registerdata	Syftet med studien var att undersöka om patienter som själva hade valt sin läkare påverkar följsamheten till läkarens råd.	Resultaten visade att patienter som valt läkare i högre grad följer läkarnas råd. Beträffande de kliniska måtten var de inte lika tydliga, men HbA1c-värdet var signifikant bättre hos de patienter som valt sin läkare.
Lako & Rose-nau 2009	Nederländerna	Specialistsjukvård	384	Enkätstudie	Syftet med denna studie var att undersökningen om patienter gör ett aktivt val eller inte vid sjukvårdsbesök.	Studien visade på att störst andel patienter angav att de "valt" sjukhus på rekommendation/remiss från sin allmänläkare.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Le Maisre m.fl. 2003	England	Hjärtkirurgi	3421	Enkätstudie	Syftet med studien var att utvärdera patienters erfarenheter av att bli erbjuden en plats på ett alternativt sjukhus för att undvika lång kötid.	Av dem som blev erbjuden förflyttning till ett annat sjukhus tackade hälften ja. Äldre personer var aningen mer benägna att stanna vid hem-sjukhuset. Sjukhusets rykte och snabbhet för behandling var viktiga faktorer i patienters val. En tredjedel valde sjukhus själv, resten sökte råd hos en läkare på hemsjukhuset (patient care advisor) eller hos familj och vänner.
Lim & Edlin 2009	England	Kataraktkirurgi	68	Enkätstudie	Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning resavstånd, väntetid, kompetensnivå samt resekostnad påverkar patientens val av utförare för kataraktkirurgi.	Resultaten visade att sjukvårdspersonalens kompetensnivå hade störst inverkan på valet, där möjligheten att få ingreppet utförd av en ögonspecialist gav störst utslag. Studien visade att de flesta patienter var beredda att acceptera behandling av en icke-specialist om det var kort väntetid (2 veckor), nära till vårdgivare (2 miles) och inga resekostnader.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Losina m.fl. 2005	USA	Knäoperatio- ner	932 patienter	Enkätstudie	Syftet var att undersöka vilka patienter som blev erbjudna ett val av sjukhus och om de patienter som fått välja sjukhus var nöjda med operationen.	Patienterna som rapporterade att de inte hade fått välja sjukhus var mer än två gånger mer benägna att vara missnöjda med operationen. Patienter över 80 år och de som var icke-kaukasiska var i lägre grad erbjuden ett val av sjukhus.
McGlone m.fl. 2002	USA	Primärvård	222	Enkätstudie	Syftet var att studera faktorer som påverkar val av primärvårdsläkare.	Resultaten visade att läkarens rykte var den faktor som hade störst betydelse för valet, därefter angav respondenterna att läkarens "record" var viktigt, speciellt "mal-practice record". Trots att denna faktor ansågs viktigt angav endast 96% att de kallat upp om deras nuvarande primärvårdsläkare hade några anklagelser om felbehandling. Många angav även att läkarens professionella kompetens är svårt att bedöma samt att de hade lite tid att söka kvalitetsinformation.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Nordgren & Åhgren 2010	Sverige	Primärvård	Cirka 25 patienter	Gruppintervjuer	Syftet var att undersöka varför och hur patienter väljer eller inte väljer vårdgivare.	Slutsatserna av innehållsanalysen var att de flesta ser valfrihet som något positivt i sig genom att man har möjlighet att välja bort en vårdcentral om man är missnöjd.
Pattar m.fl. 2006	England	Halsmandelsoperationer	123	Enkätstudie	Syftet var att undersöka om patienter som valde att utföra operationer i ett icke-lokalt sjukhus var nöjda.	Resultaten visade att 95% av patienterna var nöjda med att resa för att göra operationen. 96% var nöjda eller mycket nöjda med operationen.
Razzouk m.fl. 2004	USA	Primärvård	313	Enkätstudie	Syftet med denna studie var att bestämma vilka faktorer patienten anser viktigast vid val av läkare inom primärvården.	Resultaten visade att de fem viktigaste faktorerna vid val av primärvårdsläkare var andra patienters skattning av vårdkvaliteten, andra patienters skattning av personalens "interpersonella" förmåga, vårdgivarens medicinska utbildnings-/kompetensnivå, andra patienters skattning av tillgänglighet, samt avslutningsvis vårdgivarens "credentials and board certification".

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Ringard & Hagen 2011	Norge	Sjukhusvård	1678	Enkäter + registerdata	Syftet var att undersöka om patientval av sjukhus har påverkat väntetiderna bland de som gör aktiva val.	Resultaten visade att patienter som hade gjort egna aktiva val av sjukhus var den grupp som fick kortast väntetid - i genomsnitt 11 veckor kortare än de som inte gjort något val.
Ringard 2012	Norge	Sjukhusvård	1696	Enkätstudie	Syftet var att undersöka relationen mellan fritt val av sjukhus och målet med jämlik access till sjukvård.	Resultatet visade att högutbildade patienter i högre grad gjorde aktiva val av sjukhus.
Robertson & Burge 2011	England	Specialistsjukvård	2181	Discrete choice/enkätstudie	Syftet var att undersöka hur fritt val av vårdgivare påverkar jämlikhet.	Resultaten visade att valfrihet var viktigare för äldre patienter än för yngre. Det var inga skillnader mellan vilka grupper som blev erbjudna ett val. Däremot uppgav de som inte hade bil eller tillgång till internet att de skulle välja det lokala sjukhuset i högre grad än andra grupper.
Robertson & Dixon 2009	England	Hjärnkirurgi	2181	Enkätstudie	Syftet med undersökningen var att ge en överblick över patienters erfarenhet av valfrihet inom sjukvården. Vill de välja? Får de information och i så fall vilken typ av information? Samt: Hur går de till väga i sitt beslut?	Studien visade bland annat att patienter som blev erbjudna ett val var något mer benägna att resa till ett icke-lokalt sjukhus. Patienterna använde flera typer av information inför sitt val - egna erfarenheter samt råd från deras primärvårdsläkare var de vanligaste källorna.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Rosén m.fl. 2001	Sverige	Primärvård	1543	Enkätstudie	Syftet med studien var att undersöka individers preferenser för valfrihet och inflytande över vården.	Resultaten visade bland annat att drygt tre fjärdedelar av de svarande ville välja sin egen läkare. Viljan att välja läkare var högre bland de äldre patienterna.
Rubin m.fl. 2006	England	Primärvård	1153	Enkätstudie/discrete choice	Studien undersökte i vilken utsträckning väntetid, möjlighet att välja läkare samt möjlighet att välja tid påverkar patientens val vid besök i primärvården.	Resultaten visade att även om patienter generellt sett föredrar kortare väntetid så väger ofta möjligheten att välja läkare respektive tid tyngre. Kort väntetid gav i första hand utslag om personen försökte boka en tid för ett barn (<5år) eller sökte för ett nytt hälsoproblem. För försöksdeltagare med arbete var möjligheten att själv välja tid den viktigaste utslagsfaktorn vid val. För kvinnor, äldre samt patienter med lång sjukdomshistoria var möjligheten att välja sin egen läkare den viktigaste utslagsfaktorn vid val.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Schwappach m.fl. 2007	Tyskland	Ortopedi (knäledsoperation)	1134	Webbaserad enkätstudie (discrete choice experiment)	Syftet med denna studie var att bestämma i vilken utsträckning vårdplats ("location of care"), väntetid, reseid, kompetensnivå samt personalkontinuitet påverkar patienten vid val av utförare vid en elektiv knäledsoperation.	Resultaten visade att vårdgivarens kompetensnivå var den viktigaste faktorn, följt av kort väntetid och personalkontinuitet (möjligheten att bli behandlad av samma läkare). Försöksdeltagarna var generellt sett beredda att vänta upp till 4 veckor för möjligheten att bli behandlade av en vårdgivare som var specialiserad inom området.
Schwartz m.fl. 2005	USA	Kirurgi	245	Telefonintervjuer	Syftet med studien var att försöka fastställa vilka faktorer som påverkar vid val av ett större elektivt kirurgiskt ingrepp, samt mer specifikt om kvalitetsdata inverkar på valet av vårdgivare.	Resultaten visade att endast en liten andel av försökspersonerna jämförde sjukhus och på allvar övervägde att aktivt välja ett annat sjukhus (cirka 10%). Majoriteten lät sig påverkas av råd från läkare samt vänner och familj i val av sjukhus snarare än vårdkvalitetsdata. Dock uppgav en majoritet att vårdkvalitetsdata var viktig när de tillfrågades, men ville helst inte ha denna information direkt i handen utan från läkare eller från läkare tillsammans med andra källor.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Sharma & Inder 2011	Australien	Akutsjukvård och primärvård	-	Databasstudie	Syftet med studien var att undersöka vilken effekt ökad valfrihet har på väntetiderna till akutsjukvård samt vilken effekt närliggande primärvårdsenheter hade på väntetiderna.	Resultaten visade att ökad valfrihet i den planerade vården ledde till att väntetiderna för akutsjukvården ökade. Effekten minskade dock ju större valfriheten blev och i de områden där patienterna hade störst valfrihet sänktes väntetiden för akutsjukvården.
Siciliani & Martin 2007	England	Sjukhusvård	120 sjukhus	Databasstudie	Syftet med studien var att undersöka om fritt val av sjukhus leder till minskade väntetider.	Resultaten visade att ökad valfrihet var associerat med kortare väntetider även om effekten var relativt liten.
Taylor m.fl. 2004	England	Allmänt	378 patienter	Interventionsstudie/telefonundersökning	Syftet var att undersöka vilken effekt en intervention där patienten skulle diskutera olika val av sjukhus med sin primärvårdsläkare fick på väntetiderna.	Resultaten visade att interventionsgruppen fick vänta längre på sitt första mottagningsbesök jämfört med kontrollgruppen.
Tjerbo 2010	Norge	Allmänt	-	Databasstudie	Syftet med studien var att undersöka vilken effekt en ökad konkurrens mellan primärvårdsläkare i ett valfrihetssystem fick på konsumtionen av specialistvård.	Resultaten visade att ökad konkurrens mellan primärvårdsläkare ledde till minskad användning av öppenvård.

Referens	Land	Typ av sjukvård	(n)	Metod	Syfte/frågeställning	Resultat
Varkevisser & Van der Geest 2007	Nederländerna	Ortopedi/neurokirurgi	53 307 + 5168	Databasstudie	Syftet var att undersöka vilka faktorer som påverkar patienternas val samt vilka karaktäristiska som utmärker patienter som gör aktiva val.	Resultaten visade att längre restid till ett alternativt sjukhus innebar negativt på valet att välja ett annat sjukhus. Korta väntetider vid det närmaste sjukhuset innebar också negativt på tendensen att välja ett alternativt sjukhus. Patienter tenderade också att söka sig till större sjukhus.
Varkevisser m.fl. 2010	Nederländerna	Neurokirurgi	5389 sjukhusbesök	Databasstudie	Syftet med studien var att undersöka vilken effekt restiden har för vilket sjukhus patienter valde.	Studien visade att patienterna tog restid i relativt stor beaktning vid val av sjukhus. En restsökning med 10% innebar att sjukhusen antogs förlora mellan 14-26% av sina patienter.
Wun m.fl. 2010	Hongkong	Primärvård	1647 patienter	Telefonundersökning	Syftet med studien var att undersöka hur patienter valde primärvårdsgivare.	Studien visade att närhet till hemmet eller jobbet, följt av möjlighet till att snabbt få hjälp var de viktigaste faktorerna vid patienternas val av läkare.
Zielinski m.fl. 2011	Sverige	Primärvård	12696	Databasstudie	Studien undersökte huruvida ålder, kön och komorbiditet hade betydelse för om de föredrog att stanna vid en offentlig vårdcentral eller byta till en nyöppnad privat vårdcentral.	

Appendix 2

I appendix 2 ingår de artiklar som identifierats i databassökningarna baserat på titel och keywords men som av olika anledningar exkluderats från den slutgiltiga analysen.

Artikel	Skäl för exkludering
Ahgren, B. Competition and integration in Swedish health care. <i>Health Policy</i> , 2010 Jul;96(2):91-7	Teoretisk/Principiell diskussion
Ahgren, B., Axelsson, R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. <i>International Journal of Integrated Care</i> , 2011 Jan;11 Spec Ed:e007	Artikeln rör inte effekter av vårdval utan enbart reformer som infört mer integrerade vårdssystem
Albada, A., Triemstra, M. Patients' priorities for ambulatory hospital care centres. A survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital. <i>Health Expectations</i> , 2009 Mar;12(1):92-105	Artikeln rör enbart patienters preferenser kring vilken vård de vill ha (sjukhusvård eller ambulerande specialistvård)
Anell, A. Choice and privatisation in Swedish primary care. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2011 Oct;6(4):549-69	Teoretisk/Principiell diskussion
Appleby, J., Harrison, S., Devlin, N. What is the real cost of patient choice? <i>Consumer Policy Review</i> , 2005 May/Jun;15(3):112-21	Teoretisk/Principiell diskussion
Barr, DA., Fenton, L., Blane, D. The claim for patient choice and equity. <i>Journal of Medical Ethics</i> , 2008 Apr;34(4):271-4	Teoretisk/Principiell diskussion

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Barros, PP., Martinez-Giralt, X. Selecting health care providers: "Any willing provider" vs. negotiation. <i>European Journal of Political Economy</i> , 2008 Jun;24(2):402-14	Behandlar hur försäkringsbolag väljer vilka vårdutförare de ska skriva kontrakt med
Bevan, G., Helderman, J-K., Wilsford, D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2010 Jul;5(3):251-67	Teoretisk/Principiell diskussion
Bevan, G., van de Ven, WPMM. Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms? <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2010 Jul;5(3):343-63	Teoretisk/Principiell diskussion
Bojke, C., Gravelle, H., Hassell, K., Whittington, Z. Increasing patient choice in primary care: the management of minor ailments. <i>Health Economics</i> , 2004 Jan;13(1):73-86	Artikeln behandlar effekterna av en reform där apotek fick möjlighet att skriva ut enklare mediciner som normalt skrivs ut av primärvårdsläkare
Bos, AM. Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. <i>Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health</i> , 2007 Jul;22(1):41-50	Exkluderas då valsituationen operationaliseras såsom val mellan privat och offentlig utförare. Privata utförare kräver privat finansiering medan offentliga finansieras offentligt.
Brekke, KR., Siciliani, L., Straume, OR. Competition and waiting times in hospital markets. <i>Journal of Public Economics</i> , 2008 Jul;92(7):1607-28	Teoretisk/Principiell diskussion
Bryan, S., Gill, P., Greenfield, S., Gutridge, K., Marshall, T. The myth of agency and patient choice in health care? The case of drug treatments to prevent coronary disease. <i>Social Science & Medicine</i> , 2006 Nov;63(10):2698-701	Artikeln rör bara fritt val av behandling - inte val av utförare
Bryant, LD., Bown, N., Bekker, HL., House, A. The lure of 'patient choice'. <i>The British Journal of General Practice</i> , 2007 Oct;57(543):822-6	Teoretisk/Principiell diskussion
Burström, B. Market-oriented, demand-driven health care reforms and equity in health and health care utilization in Sweden. <i>International Journal of Health Services</i> , 2009;39(2):271-85	Teoretisk/Principiell diskussion
Calnan, M., Rowe, R. Trust, accountability and choice. <i>Health, Risk & Society</i> , 2008 Jun;10(3):201-6	Teoretisk/Principiell diskussion
Calne, R., Calne, J., Calne, S. Patient choice or patient abandoned? <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i> , 2009;15(6):996-9	Artikeln rör bara fritt val av behandling - inte val av utförare

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Carroll, A., Ambrose, JM. Any-Willing-Provider laws: their financial effect on HMOs. <i>Journal of Health Politics, Policy and Law</i> , 2002 Dec;27(6):927-45	Artikeln rör inte ett kundvalssystem
Chalder, M., Montgomery, A., Hollinghurst, S., Cooke, M., Munro, J., Lattimer, V., Sharp, D., Salisbury C. Comparing care at walk-in centres and at accident and emergency departments: an exploration of patient choice, preference and satisfaction. <i>Emergency Medicine Journal</i> , 2007 Apr;24(4):260-4	Artikeln behandlar effekterna av att etablera en typ av "walk-in centers" bredvid akutmottagningen och behandlar bara valfrihet i hänsyn till dessa nya center
Chalkley, M., Khalil, F. Third party purchasing of health services: patient choice and agency. <i>Journal of Health Economics</i> , 2005 Nov;24(6):1132-53	Teoretisk/Principiell diskussion
Chawla, M., Ellis, RP. The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger. <i>Health Policy and Planning</i> , 2000 Mar;15(1):76-84	Rör inte effekter av vårdval
Dent, M. Patient choice and medicine in health care: Responsibilization, governance and proto-professionalization. <i>Public Management Review</i> , 2006;8(3):449-62	Teoretisk/Principiell diskussion
Dieterich, A. The modern patient - threat or promise? Physicians' perspectives on patients' changing attributes. <i>Patient Education and Counseling</i> , 2007;67(3):279-85	Rör inte vårdval utan enbart moderna patienter och vad de har för önskemål av vården
Dixon, A., Le Grand, J. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2006 Jul;11(3):162-6	Teoretisk/Principiell diskussion
Dixon, A., Robertson, R., Bal, R. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2010 Jul;5(3):295-317	Studien behandlar framförallt betydelsen av ett elektroniskt bokningssystem, där fokus ligger på GPs roll.
Dixon, J. Invisible hand? More like post-modern mush. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2009 Oct;4(Pt 4):503-8	Teoretisk/Principiell diskussion
Downie, R., Randall, F. Choice and responsibility in the NHS. <i>Clinical medicine: Journal of the Royal College of Physicians of London</i> , 2008 Apr;8(2):182-5	Teoretisk/Principiell diskussion
Dranove, D., Kessler, D., McClellan, M., Satterthwaite, M. Is more information better? The effects of 'report cards' on health care providers. <i>Journal of Political Economy</i> , 2003 Jun;111(3):555-88	Studien rör effekten av report cards snarare än patient choice i sig

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Dranove, D., Sfekas, A. Start spreading the news: a structural estimate of the effects of New York hospital report cards. <i>Journal of Health Economics</i> , 2008 Sep;27(5):1201-7	Studien rör effekten av report cards snarare än patient choice i sig
Edebalk, PG., Svensson, M. (2005). "Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden - Konsumentperspektivet." Rapport, TemaNord 2005:507, Nordiska ministerrådet, Köpenhamn	Rör äldreomsorg- och sociala insatser
Exworthy, M., Peckham, S. Access, choice and travel: Implications for health policy. <i>Social Policy & Administration</i> , 2006 Jun;40(3):267-87	Teoretisk/Principiell diskussion
Fabbri, D., Robone, S. The geography of hospital admission in a national health service with patient choice. <i>Health Economics</i> , 2010 Sep;19(9):1029-47	Studien handlar inte om valmönster, utan om ekonomiska och geografiska skillnader mellan olika regioner i Italien när det gäller förflyttningar av patienter mellan olika sjukhus.
Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S., Grol, R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. <i>Medical Care</i> , 2009 Jan;47(1):1-8	Review
Farrington-Douglas, J., Allen, J. (2005). "Equitable choices for health." Report, Institute for Public Policy Research, London	Teoretisk/Principiell diskussion
Ferlie, E., m.fl. Introducing choice in the public services: Some supply-side issues. <i>Public Money and Management</i> , 2006 Jan;26(1):63-72	Studien undersöker organisatoriska förändringar som en följd av ett världsvalinförande – ingen av frågeställningarna i denna rapport berörs
Fotaki, M. Patient choice and equity in the British National Health Service: towards developing an alternative framework. <i>Sociology of Health & Illness</i> , 2010 Sep;32(6):898-913	Teoretisk/Principiell diskussion
Fotaki, M. Patient choice in healthcare in England and Sweden: From quasi-market and back to market? A comparative analysis of failure in unlearning. <i>Public Administration</i> , 2007 Dec;85(4):1059-75	Teoretisk/Principiell diskussion
Fotaki, M., Boyd, A., Smith, L., McDonald, R., Roland, M., Sheaff, R., Edwards, A., Elwyn, G. (2005) "Patient choice and the organisation and delivery of health services: Scoping review." Report, Centre for Public Policy and Management, Manchester Business School, University of Manchester	Review
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. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2008 Jul;13(3):178-84	Review

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
García-Lacalle, J. A bed too far. The implementation of freedom of choice policy in the NHS. <i>Health Policy</i> , 2008 Jul;87(1):31-40	Oklart vad studien gör
García-Lacalle, J., Martin, E. Rural vs urban hospital performance in a 'competitive' public health service. <i>Social Science & Medicine</i> , 2010 Sep;71(6):1131-40	Oklart vad studien mäter, om det har med patient choice att göra
Gaynor, M., Moreno-Serra, R., Propper, C. (2010). "Death by market power reform , competition and patient outcomes in the national health service." Working Paper 16164, National Bureau of Economic Research, Manchester, Massachusetts, US	Studien rör effekten av konkurrens mellan sjukhus i form av olika typer av marknadsmekanismer, inte enbart patient choice
Greener, I., Mannion, R. Patient choice in the NHS: What is the effect of choice policies on patients and relationships in health economies? <i>Public Money & Management</i> , 2009 Mar;29(2):95-100	Teoretisk/Principiell diskussion
Gupta, D., Wang, L. Revenue management for a primary-care clinic in the presence of patient choice. <i>Operations Research</i> , 2008 May/June;56(3):576-92	Teoretisk/Principiell diskussion
Habtom, GMK, Ruys, P. The choice of a health care provider in Eritrea. <i>Health Policy</i> , 2007 Jan;80(1):202-17	Studien undersöker valsituationen mellan modern sjukvård och traditionell självmedicinering.
Halasa, Y., Nandakumar, K. Factors determining choice of health care provider in Jordan. <i>Eastern Mediterranean Health Journal</i> , 2009 Jul-Aug;15(4):959-68	Artikeln exkluderas eftersom endast 60 procent av Jordanierna har en sjukvårdsförsäkring, varpå finansieringen av Jordaniens sjukvårdssystem inte är jämförbar med den svenska
Hanoch, Y., Rice, T. The economics of choice: lessons from the U.S. health-care market. <i>Health Expectations</i> , 2011 Mar;14(1):105-12	Teoretisk/Principiell diskussion
Hanson, K., Yip, WC., Hsiao, W. The impact of quality on the demand for outpatient services in Cyprus. <i>Health Economics</i> , 2004 Dec;13(12):1167-80	Exkluderas på grund av att sjukvårdssystemet är annorlunda på Cypern. Artikelns behandlar kvalitet respektive pris betydelse för patienters val av antingen privat eller offentlig klinik. Vården är gratis vid offentliga kliniker men vid privata kliniker betalas den av patienten.
Hellinger, FJ. Any-willing-provider and freedom-of-choice laws: an economic assessment. <i>Health Affairs</i> , 1995 Nov;14(4):297-302	Teoretisk/Principiell diskussion
Hunter, DJ. The case against choice and competition. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2009 Oct;4(Pt 4):489-501	Teoretisk/Principiell diskussion

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Jacob, C., Dorkins, E., Smith, H. Patient choice in forensic settings: managing requests for change of consultant. <i>Psychiatric Bulletin</i> , 2011 Dec;31:443-6	Teoretisk/Principiell diskussion
Kastberg, G. (2010). "Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt." Rapport, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm	Reviewartikeln undersöker enbart kundval inom äldreomsorg
Kolstad, JT., Chernew, ME. Quality and consumer decision making in the market for health insurance and health care services. <i>Medical Care Research and Review</i> , 2009 Feb;66(1 Suppl):28S-52S	Review
Kreisz, FP., Gericke, C. User choice in European health systems: towards a systematic framework for analysis. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2010 Jan;5(Pt 1):13-30	Teoretisk/Principiell diskussion
Laamanen, R., Simonsen-Rehn, N., Suominen, S., Brommels, M. Does patients' choice of health centre doctor depend on the organization? A comparative study of four municipalities with different forms of service provision in Finland. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 2010 Nov;38(7):715-23	Exkluderas eftersom den endast undersöker varför patienter väljer primärvård som är organiserat på olika sätt. Studien behandlar inte vilka patientgrupper som gör aktiva val, eller effekter av vårdval
Le Grand, J. Choice and competition in publicly funded health care. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2009 Oct;4(Pt 4):479-88	Teoretisk/Principiell diskussion
Lee, YY., Chen, LC., Lee, CJ., Lee, CS. How does the out-of-pocket payment matter to hypertensive patients' choices of accessing different medical facilities in Taiwan? The preliminary study of a discrete choice experiment. <i>Value in Health</i> , 2009;12(3):A158	Artikeln undersöker ett sjukvårdssystem med mycket hög andel egenavgifter
Levaggi, R., Rochaix, L. Exit, choice or loyalty: Patient driven competition in primary care. <i>Annals of Public and Cooperative Economics</i> , 2007 Dec;78(4):501-35	Teoretisk/Principiell diskussion
Lewis, R. More patient choice in England's national health service. <i>International Journal of Health Services Planning Administration Evaluation</i> , 2005;35(3):479-83	Teoretisk/Principiell diskussion
Lorenzetti, DL., Noseworthy, T. Patient choice systems and waiting times for scheduled services. <i>Healthcare Management Forum</i> , 2011;24(2):57-62	Review
Louviere, JJ., Lancsar, E. Choice experiments in health: the good, the bad, the ugly and toward a brighter future. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2009 Oct;4(Pt 4):527-46	Teoretisk/Principiell diskussion

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Lundvall, K. (2010). "Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering? Erfarenheter från vårdvalsreformen inom primärvård." Rapport, Konkurrensverket, Stockholm.	Mäter inte de effekter som studeras i rapporten, utan hur mycket nyetablering som sker baserat på vårdvalssystemets utformning
Magee, H., Davis, L.J., Coulter, A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. <i>Journal of the Royal Society of Medicine</i> , 2003;96(7):338-42	Mäter inte effekter
Maisey, S., Steel, N., Marsh, R., Gillam, S., Fleetcroft, R., Howe, A. Effects of payment for performance in primary care: qualitative interview study. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2008 Jul;13(3):133-9	Rör inte effekter av vårdval
Mendis, D. Choosing choice? <i>International Journal of Health Planning and Management</i> , 2009 Oct/Dec;24(4):266-75	Teoretisk/Principiell diskussion
Mold, A. Making the patient-consumer in Margaret Thatcher'S Britain. <i>The Historical Journal</i> , 2011 Jun;54(2):509-28	Teoretisk/Principiell diskussion
Moll van Charante, EP., van Steenwijk-Opdam, PCE., Bindels, PJE. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. <i>BMC Family Practice</i> , 2007 Aug;8:46	Artikeln rör efterfrågan av sjukvårdstjänster, inte vad patienter väljer
Montefiori, M. Spatial competition for quality in the market for hospital care. <i>The European Journal of Health Economics</i> , 2005 Jun;6(2):131-5	Teoretisk/Principiell diskussion
Nieboer, AP., Cramm, JM ., van der Meij, B., Huijsman, R. Choice processes and satisfaction with care according to parents of children and young adults with intellectual disability in The Netherlands. <i>Journal of Intellectual & Developmental Disability</i> , 2011 Jun;36(2):127-36	Artikeln behandlar enbart valfrihetssystem inom omsorg - inte hälso och sjukvård
Nordgren, L. Intåget av valfrihet och vårdgaranti i den svenska sjukvården - en diskursanalys. <i>Kommunal Ekonomi och Politik</i> , 2006;10(1):37-59	Teoretisk/Principiell diskussion
Oliver, A. (2003). "Equity in health and healthcare - Views from ethics, economics and political science. Proceedings from a meeting of the health equity network." Edited Report, The Nuffield Trust, London	Teoretisk/Principiell diskussion
Oliver, A., Evans, JG. The paradox of promoting choice in a collectivist system. <i>Journal of Medical Ethics</i> , 2005 Apr;31(4):187	Teoretisk/Principiell diskussion

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Padela, Al., Schneider, SM., He, H., Ali Z., Richardson TR. Patient choice of provider type in the emergency department: perceptions and factors relating to accommodation of requests for care providers. <i>Emergency Medicine Journal</i> , 2010 Jun;27(6):465-9	Artikeln undersöker om patienter väljer läkare av samma bakgrund som dem själv
Paton, C. Visible hand or invisible fist? The new market and choice in the English NHS. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2007 Jul;2(Pt 3):317-25	Teoretisk/Principiell diskussion
Pollock, A., Macfarlane, A., Kirkwood, G., Majeed, FA., Greener, I., Morelli, C., Boyle, S., Mellett, H., Godden, S., Price, D., Brhlikova, P. No evidence that patient choice in the NHS saves lives. <i>The Lancet</i> , 2011 Dec;378(9809):2057-60	Teoretisk/Principiell diskussion
Propper, C. (2010). "The operation of choice and competition in healthcare - A review of the evidence." Report, The 2020 Public Service Trust, London	Review
Propper, C., Burgess, S., Green, K. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. <i>Journal of Public Economics</i> , 2004 Jul;88(7-8):1247-72	Rör intern-marknad och inte ett patient-choice system
Propper, C., Croxson, B., Shearer, A. Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding. <i>Journal of Health Economics</i> , 2002 Mar;21(2):227-52	Artikeln undersöker effekterna av ett system där primärvårdsläkare hade möjlighet att välja vilket sjukhus patienten skulle behandlas på
Propper, C., Damiani, M., Leckie, G., Dixon, J. Impact of patients' socioeconomic status on the distance travelled for hospital admission in the English National Health Service. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2007 Jul;12(3):153-9	Rör inte effekterna av införandet av ett vårdvalssystem
Qu, X., Shi, J. Modeling the effect of patient choice on the performance of open access scheduling. <i>International Journal of Production Economics</i> , 2011 Feb;129(2):314-27	Teoretisk/Principiell diskussion
Ranerup, A., Norén, L., Sparud-Lundin, C. Decision support systems for choosing a primary health care provider in Sweden. <i>Patient Education and Counseling</i> , 2012 Mar;86(3):342-7	Artikeln behandlar hur informations-system för patienter som ska välja vårdcentral utformas
Rani, M., Bonu, S. Indian women ' s care-seeking behavior and choice of provider for gynecological symptoms. <i>Studies in Family Planning</i> , 2003 Sep;34(3):173-85	Studien rör framförallt skillnader i hur mycket vård personer söker baserat på personliga bakgrundsfaktorer. Behandlar inte effekter av vårdval

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Rehnberg, C., Goude, F. (2011). "Valfrihet och kvalitet inom hälso- och sjukvården - en litteratursynversikt om faktorer som påverkar patienters val av vårdgivare." Rapport, Sociala Rådet, Stockholm	Review
Robertson, R., Dixon, A., Le Grand, J. Patient choice in general practice: the implications of patient satisfaction surveys. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2008 Apr;13(2):67-72	Behandlar effekter av användandet av en patientnöjdhetssenkät - inte effekterna av vårdval
Rothenberg, BM., Pearson, T., Zwanziger, J., Mukamel, D. Explaining disparities in access to high-quality cardiac surgeons. <i>The Annals of Thoracic Surgery</i> , 2004 Jul;78(1):18-24; discussion 24-5	Studien undersöker om det finns skillnader i erhållen kvalitet mellan olika etniska grupper i USA. Undersöker dock inte kopplingen mellan ett aktivt val och kvalitet och inte heller effekterna av ett vårdvalsinförande
Saltman, RB. The rise of pragmatism in state/market debate. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2009 Oct;4(Pt 4):509-11	Teoretisk/Principiell diskussion
Saltman, RB., Bergman, S-E. Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective. <i>Journal of Health Politics, Policy and Law</i> , 2005 Feb-Apr;30(1-2):253-75	Teoretisk/Principiell diskussion
Saltman, RB., Rico, A., Boerma, W. (2006). "Primary care in the driver 's seat? - Organizational reform in European primary care." Eds: RB Saltman, A Rico and W Boerma. Open University Press, Berkshire, UK	Behandlar inte effekter av vårdvalssystem - dock ett intressant kapitel av Greß som behandlar hur läkare påverkas av olika utformning av ersättningsystem
Schlesinger, M. Choice cuts: parsing policymakers' pursuit of patient empowerment from an individual perspective. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2010 Jul;5(3):365-87	Teoretisk/Principiell diskussion
Schnatz, PF., Murphy, JL., O'Sullivan, DM., Sorosky, JI. Patient choice: comparing criteria for selecting an obstetrician-gynecologist based on image, gender, and professional attributes. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> , 2007 Nov;197(5):548.e1-7	Studien rör framförallt huruvida kvinnor som väljer gynekolog väljer manliga eller kvinnliga gynekologer
Siciliani, L. Does more choice reduce waiting times? <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2005 Jan;14(1):17-23	Teoretisk/Principiell diskussion
Silverman, E., Skinner, J. Medicare upcoding and hospital ownership. <i>Journal of Health Economics</i> , 2004 Mar;23(2):369-89	Rör inte effekter av vårdval utan snarare hur sjukhus beter sig i termer av "uppkodning"

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Sinaiko, AD. How do quality information and cost affect patient choice of provider in a tiered network setting? Results from a survey. <i>Health Services Research</i> , 2011 Apr;46(2):437-56	Studien analyserar ett system där egenavgiften varierar. Författaren undersöker hur kvalitetsinformation och olika ekonomiska incitament påverkar vilken läkare patienter väljer inom dermatologi och kardiologi.
Socialstyrelsen. (2007). "Kundval inom äldreomsorgen." Rapport, Socialstyrelsen, Stockholm	Behandlar valfrihetssystem inom äldreomsorgen
Socialstyrelsen. (2011). "Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv - Delredovisning." Rapport, Socialstyrelsen, Stockholm	Review
Svenska Kommunförbundet. (2001). "Valfrihet och kundvalssystem i kommunal verksamhet – underlag för lokala bedömningar." Rapport, Svenska Kommunförbundet, Stockholm	Rapporten behandlar enbart valfrihetssystem i kommunal verksamhet
Svensson, M., Edebalk, PG. (2010). "Kundval i äldreomsorgen - Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem?" Rapport, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm	Rapporten rör enbart kundval inom äldreomsorg
Sørensen, R., Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. <i>Health Policy</i> , 2003 Oct;66(1):73-93	Analyserar inte effekterna av ett vårdvalssystem utan snarare olika typer av kontrakt mellan beställare och vårdgivare
Thomson, S., Dixon, A. Choices in health care: the European experience. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2006 Jul;11(3):167-71	Review
Trigg, L. Patients' opinions of health care providers for supporting choice and quality improvement. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2011 Apr;16(2):102-7	Teoretisk/Principiell diskussion
Wendt, C. Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. <i>Journal of European Social Policy</i> , 2009 Dec;19(5):432-45	Artikeln jämför olika hälso- och sjukvårdssystem i stort och har inget direkt fokus på effekterna av ett valfrihetssystem
Whynes, DK., Thornton, P. Measuring concentration in primary care. <i>Health Care Management Science</i> , 2000 Jan;3(1):43-9	Behandlar inte effekter av vårdvalssystem
Wilmot, S. A fair range of choice: justifying maximum patient choice in the British National Health Service. <i>Health Care Analysis</i> , 2007 Jun;15(2):59-72	Teoretisk/Principiell diskussion
Winblad, U. (2011). "Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården?" Rapport, Uppsala universitet	Teoretisk/Principiell diskussion

(Forts. tabell appendix 2)

Artikel	Skäl för exkludering
Winblad, U. Do physicians care about patient choice? <i>Social Science & Medicine</i> , 2008 Nov;67(10):1502-11	Teoretisk/Principiell diskussion
Winblad, U., Andersson, C., Isaksson, D. (2009). "Kundval i hemtjänsten - Erfarenheter av information och uppföljning." Rapport, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm	Rapporten behandlar enbart äldreomsorg och vilka erfarenheter kommuner har av att använda sig av kundvalssystem i hemtjänsten
Vita, MG. Regulatory restrictions on selective contracting: an empirical analysis of 'any-willing-provider' regulations. <i>Journal of Health Economics</i> , 2001 Nov;20(6):955-66	Behandlar inte ett vårdvalssystem
Vrangbæk, K., Østergren, K. Patient empowerment and the introduction of hospital choice in Denmark and Norway. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2006 Oct;1(Pt 4):371-94	Teoretisk/Principiell diskussion
Vrangbæk, K., Østergren, K., Okkels Birk, H., Winblad, U. Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. <i>Health Economics, Policy and Law</i> , 2007 Apr;2(Pt 2):125-52	Artikeln saknar egen empiri – bygger på sekundärdata
Yıldırım, HH., Hughes, D., Yıldırım, T. Markets, modernisation and national interest: three faces of patient choice policy in Turkey. <i>Health and Social Care in the Community</i> , 2011 Mar;19(2):168-77	Artikeln behandlar enbart Turkiet och de senaste hälso- och sjukvårdsreformerna där. Omfattar ej effekter av ett vårdvalssystem
Zwanziger, J., Melnick, GA., Bamezai, A. The effect of selective contracting on hospital costs and revenues. <i>Health Services Research</i> , 2000 Oct;35(4):849-67	Behandlar inte effekterna av införandet av ett vårdvalssystem utan snarare en typ av upphandling av sjukhus

I arbetet med rapporten har flera personer deltagit. Författarna riktar ett tack till medicine doktor Mio Fredriksson och forskningsassistenterna Linn Boström och Johan Hopfgarten vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Författarna är tacksamma för all hjälp med genomläsning och sammanfattningar av de studier som ligger till grund för rapporten. Ett tack riktas även till administratör Helène Eriksson.

Uppsala i mars 2012

Ulrika Winblad, David Isaksson, Patrik Bergman

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.

Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård

– en kartläggning av kunskapsläget

Myndigheten för vårdanalys har genomfört en systematisk genomgång av svensk och internationell forskning kring valfrihetsreformer. Studien fokuserar på hur patienter väljer och hur valfrihetsreformerna påverkar vårdens kvalitet, jämlikhet, tillgänglighet och kostnader.

