

Rapport 2015:1

Patientlagen i praktiken

– en baslinjemätning



► 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: istock/Getty Images

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2015

ISBN 978-91-87213-39-7

Patientlagen i praktiken

– en baslinjemätning

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Marianne Svensson har varit föredragande. Chefsjuristen Karin Nylén och utvecklingsansvarige Jesper Olsson har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2015-02-13
Myndigheten för vårdanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Marianne Svensson
Föredragande

Sommaren 2014 beslutade riksdagen att införa en ny lag, patientlagen (2014:821). För merparten av bestämmelserna i patientlagen fanns det bestämmelser med motsvarande innehåll i sak i andra författningar som gällt sedan många år när patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015. Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har uppdraget att följa införandet av lagen och belysa om lagen får den effekt som avses. Som ett första steg i denna långsiktiga uppföljning har vi haft i uppdrag att mäta hur vården levde upp till patientlagens krav redan innan den trädde i kraft, det vill säga att göra en baslinjemätning.

Att följa upp patientlagens genomslag visade sig inte vara helt enkelt. Vi kunde konstatera att det med några få undantag saknas tillgängliga datakällor som kan användas för att belysa lagens tillämpning och effekter. Vi har därför genomfört en omfattande datainsamling och bland annat frågat patienter och verksamhetschefer om de i november 2014 uppfattade att de arbetade på det sätt som patientlagen anger. I denna rapport redovisas resultaten av denna baslinjemätning.

Resultaten av baslinjemätningen är tydliga – brister ses i efterlevnaden av de skyldigheter som redan gällt sedan många år tillbaka enligt andra författningar. Utmaningarna att åstadkomma förändring är därför stora. För att överbygga de hinder som finns idag är det angeläget att alla aktörer med ett ansvar i sektorn överväger hur de kan arbeta annorlunda för att påskynda och stärka genomslaget i praktiken. Vårdanalys kommer i sitt fortsatta arbete att försöka bidra till förbättrade förutsättningar i detta arbete, bland annat genom att identifiera hinder och framgångsfaktorer för införandet. Vi ser fram emot en aktiv dialog med landsting, myndigheter och andra organisationer i det fortsatta arbetet.



Arbetet vid Vårdanalys har letts av Marianne Svensson. I projektgruppen har också Karin Nylén, Jesper Olsson och Håkan Lenhoff deltagit. Helseplan Consulting Group AB har bistått med externt stöd. Vi vill särskilt tacka Petra Zetterberg Ferngren, huvudsekreterare i patientmaktsutredningen, och Karin Pukk Härenstam, Karolinska Universitetssjukhuset, för värdefulla synpunkter på tidiga utkast av enkäter och slutlig rapport. Vårdanalys vill också passa på att rikta ett varmt tack till alla personer som har tagit sig tid för att besvara enkäter och låta sig intervjuas. Med er hjälp har vi lagt grunden för fortsatt uppföljning.

Vår förhoppning är att denna resultatredovisning av baslinjemätningen kan bidra med kunskap till de aktörer som har ansvaret för genomförandet av patientlagen och vara ett underlag för fördjupade analyser om patientlagens implementering. Utifrån sådana fördjupade analyser hoppas vi kunna lämna tydliga rekommendationer om hur genomslaget för patientlagen kan stärkas under kommande år.

Stockholm i februari 2014

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen i kraft. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. För merparten av bestämmelserna i patientlagen har det sedan tidigare funnits bestämmelser med samma innehåll i sak i andra författningar, vissa har justerats och några nya krav har tillkommit. En bärande tanke med patientlagen är att samla alla bestämmelser som rör patienter på ett ställe för att göra det tydligt för vårdens aktörer, patienter och närstående vad som gäller på området. Lagen innebär bland annat följande:

- Den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning utvidgas.
- Patienten ska ges möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.
- När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

VÅRDANALYS FÖLJER UPP EFFEKTERNA AV LAGSTIFTNINGEN UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

Regeringen har gett Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) i uppdrag att under kommande år följa patientlagens införande utifrån ett medborgar- och patientperspektiv (S2014/2207/FS). Uppföljningen ska bland annat belysa om lagstiftningen får avsedd effekt. Om brister i genomförandet eller oförutsedda effekter framkommer ska orsakerna till dessa redovisas så att regeringen kan justera lagstiftningen eller överväga andra åtgärder.



I denna första lägesrapport beskrivs i vilken omfattning vården arbetade på det sätt patientlagen föreskriver under hösten 2014 – det vill säga *innan* patientlagen trädde i kraft. Vi beskriver också vilka initiativ som tagits av olika aktörer för att förbereda genomförandet av lagen. Syftet med rapporten är att beskriva utgångsläget innan patientlagen trädde i kraft, det vill säga en så kallad baslinjemätning. Med anledning av detta är rapporten beskrivande och utan fördjupade analyser. Avsikten är att skapa möjligheter att följa vilka effekter införandet av patientlagen leder till i praktiken under kommande år.

VÅRDANALYS HAR GJORT EN OMFATTANDE DATAINSAMLING

Vi konstaterar att det med några få undantag saknas tillgängliga datakällor som kan användas för att beskriva lagkravens tillämpning och dess effekter. Vi har därför genomfört en omfattande datainsamling genom enkäter. Dessa har besvarats av 550 verksamhetschefer i primärvården och den specialiserade vården och nästan 9 200 patienter som har varit i kontakt med vården de senaste 12 månaderna. Enkäter har även besvarats av 950 vårdnadshavare och cirka 3 000 personer i befolkningen som inte har varit i kontakt med vården senaste året. Vi har också intervjuat myndigheter, landsting, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och 1177 Vårdguiden.

En baslinjemätning som denna möter flera metodologiska utmaningar. Det handlar om att få ett representativt urval och att fånga det vi avser att mäta, men också om att tolka studiens resultat. Vår huvudmetod har varit de enkäter som besvarats av ett urval patienter och verksamhetschefer. Utskicket till verksamhetschefer gjordes utifrån företaget Hälso- och sjukvårdsinformations register, vilket inte omfattar rikets samtliga chefer. Patienturvalet gjordes med hjälp av TNS SIFO:s onlinepanel, som har en känd underrepresentation av bland annat yngre, arbetslösa, personer med lägre utbildning eller födda utanför Sverige. Båda enkäterna – till patienter och till chefer – har haft en låg svarsfrekvens. Det begränsar ytterligare representativiteten i studien. Patientenkätens validitet påverkas bland annat av långa så kallade recallperioder, samt att vi ber respondenterna ge en samlad bedömning av alla deras vårdkontakter under ett år. Resultaten måste därför tolkas och användas mot bakgrund av dessa osäkerheter. Det är inte heller självklart hur patienternas och chefernas bedömning av hur vården fungerar ska tolkas i alla delar. Vårt fortsatta arbete med att följa upp denna baslinjemätning med fördjupade analyser av resultaten, samt fortsatta mätningar för att kunna beskriva utvecklingen över tid, är därför viktigt.

VÅRDEN LEVER INTE FULLT UT UPP TILL GAMLA LAGKRAV

Den sammantagna bilden av baslinjemätningen är att många av de bestämmelser som gällt redan sedan tidigare enligt andra författningar, i många fall i mer än 30 år, inte följs fullt ut. Att åstadkomma ett ökat genomslag framstår därför som en utmaning både för hälso- och sjukvården och de statliga myndigheterna.

Nedan sammanfattas några centrala resultat från baslinjemätningen uppställt utifrån patientlagens olika bestämmelser. I varierande omfattning ses en förbättringspotential inom samtliga områden som lagen omfattar.

► **Tillgänglighet** – *Patienter upplever att tillgängligheten är sämre än vad inrapporterade väntetider visar*

Patienterna uppger att vården många gånger inte är tillgänglig, trots att bestämmelserna om tillgänglighet har funnits länge i annan lagstiftning. Knappt 80 procent av patienterna anger att de alltid eller ibland erbjudits möjlighet att besöka primärvården inom 7 dagar och 65 procent att de alltid eller ibland fått behandling inom 90 dagar. Resultaten skiljer sig från SKL:s väntetidsdatabas som visar att 91 procent av patienterna fått besöka primärvården inom 7 dagar respektive att 86 procent fått behandling inom 90 dagar. Få patienter anger att de erbjudits behandling i annat landsting när vårdgarantin inte uppfyllts.

► **Information** – *Cirka 20 procent av patienterna får sällan eller aldrig information om vad de ska vara uppmärksamma på när de kommer hem*

Informationen till patienter kan bli bättre. Till exempel informeras var femte patient sällan eller aldrig om deras eftervård och vilka symptom de ska vara uppmärksamma på när de kommer hem och 60 procent har sällan eller aldrig fått information om vårdgarantin. Liknande resultat ses för lagens krav att informera om möjligheten att välja annan utförare samt att informera om möjligheterna till ny medicinsk bedömning och fast vårdkontakt.

Många, drygt 90 procent av patienterna, uppfattar att den information som lämnats är lätt att förstå. I stort sett lika många patienter anser också att de oftast fått tillräckligt med information och vid rätt tillfälle. Men det är färre (cirka 50 procent) som anser att de alltid får tillräckligt med information vid rätt tillfälle än de som alltid (cirka 70 procent) upplever att informationen är lätt att förstå. Svårt sjuka patienter upplever i något lägre grad än övriga patienter att de blir tillräckligt informerade.



► **Samtycke** – *Sju av tio patienter anser att de blir bemötta med respekt*
Även om vården ofta respekterar patienternas integritet ses en förbättringspotential. Till exempel upplever 70 procent av patienterna att de alltid blir behandlade med respekt och hänsyn och cirka 25 procent svarar att de blir det ibland. Svårt sjuka patienter upplever i något lägre grad ett respektfullt bemötande.

► **Delaktighet** – *Knappt 15 procent av patienterna upplever att de inte är delaktiga i hur vården utformas*

De flesta patienter, 90 procent, anser att det är viktigt att få vara delaktig i utformningen av sin egen vård och behandling. Tre fjärdedelar anger att det är viktigt att närstående får möjlighet att vara delaktiga i vården. Svårt sjuka ser medbestämmande och närståendes delaktighet som viktigare än vad andra patienter gör. Samtidigt uppger knappt 15 procent av patienterna att de sällan eller aldrig är delaktiga i beslut om utformningen av vård och behandling och cirka var fjärde patient anser att deras närstående inte är delaktiga i den mån patienten önskar.

► **Fast vårdkontakt och individuell planering** – *Var fjärde saknar en fast läkarkontakt*

Vården är sedan tidigare skyldig att erbjuda patienter en fast vårdkontakt och många patienter anser att den möjligheten är viktig. Av de svårt sjuka har 20 procent en fast vårdkontakt. En lika stor andel av de svårt sjuka skulle vilja ha en sådan kontakt medan 30 procent anger att de inte har behov av en fast vårdkontakt.

Fast läkarkontakt är mer känt och utnyttjat än fast vårdkontakt och drygt 40 procent av patienterna har en fast läkarkontakt i primärvården. Samtidigt önskar ytterligare knappt 25 procent en sådan kontakt medan cirka 20 procent uppger att de inte har behov av den. Fast läkarkontakt var enligt patientenkäten mer vanligt bland svårt sjuka och mindre vanligt bland barn.

Lagstiftningens krav om samordning efterlevs inte fullt ut, trots att de gäller sedan tidigare enligt andra bestämmelser. Knappt 30 procent av patienterna säger att samordningen inte sker på ett ändamålsenligt sätt och än svagare resultat ses för svårt sjuka patienter. Av de patienter som uppger att de har behov av insatser från både vården och socialtjänsten (cirka 3 procent av respondenterna) säger 30 procent att de har en samordnad individuell plan i enlighet med lagen. Patienternas bild om svag efterlevnad i dessa delar bekräftas även av verksamhetscheferna. Endast hälften av cheferna anser att verksamheterna lever upp till skyldigheterna.

► **Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel** – *Cirka 30 procent av patienterna upplever inte att de är delaktiga vid val av behandling*

Trots att lagkravet funnits länge i annan lagstiftning kan vården bli bättre på att tillgodose sina skyldigheter att låta patienter vara med och välja behandlingsalternativ. Tre av tio patienter, som kände till att det fanns alternativa behandlingar, säger att de sällan eller aldrig var delaktiga i valet och för barn är delaktigheten lägre.

Av de patienter som är i behov av hjälpmedel säger cirka tio procent av dem att alternativa hjälpmedel presenterades men att de inte var delaktiga i beslutet. Samtidigt säger tio procent av patienterna att inga alternativa hjälpmedel diskuterades trots att de kände till att alternativ fanns.

Bilden av svag efterlevnad delas av verksamhetscheferna – endast varannan chef anser att verksamheten i hög grad lever upp till kraven på patientens delaktighet i valet av behandling.

► **Ny medicinsk bedömning** – *Sju procent av patienter som vårdats för en livshotande sjukdom har bett om ny medicinsk bedömning men inte fått det*

Bestämmelsen om ny medicinsk bedömning har funnits tidigare, men har i patientlagen utvidgats för att göra det lättare för patienten att få en sådan bedömning. Trots utvidgningen anger 60 procent av verksamhetscheferna att verksamheten i hög grad levde upp till kravet redan innan lagen trädde i kraft. Efterlevnaden är, enligt cheferna, högre jämfört med andra delar av lagstiftningen.

Samtidigt säger sju procent av patienterna, som själva uppger att de vårdats för en livshotande sjukdom eller skada, att de inte erbjudits ny medicinsk bedömning trots att de aktivt bett om att få det.

► **Val av utförare** – *En av fem patienter saknar praktisk hjälp med att söka vård i annat landsting*

Patienter uppfattar möjligheten att kunna välja utförare som viktig. Patientlagen utökar patienternas möjligheter att välja utförare av offentligt finansierad öppenvård till att gälla hela landet. Av de patienter som redan innan patientlagen trädde i kraft hade sökt vård i annat landsting, ansåg ungefär 20 procent att de inte fått den praktiska hjälp som de behövde för att vårdas i annat landsting. Närmare var tionde patient avstod för att de själva fick stå för vissa kostnader. Val av utförare i hela landet är också det område som verksamhetscheferna anser att de tillgodoser i lägst grad och endast var femte verksamhet har fastställda rutiner för att hjälpa



patienterna i dessa val. Resultatet är förväntat eftersom lagen inte hade trätt i kraft vid frågetillfället.

► **Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet** – *Nästan 60 procent av de patienter som velat framföra synpunkter eller klagomål har avstått från det*

Var fjärde patient har det senaste året velat framföra synpunkter eller klagomål på vården, men flertalet (cirka 60 procent) har avstått från att framföra dem. Eftersom patientlagen inte innebär något nytt kring klagomåls- och synpunktshantering, pekar resultaten på att det sedan tidigare finns stora utmaningar med att tillvarata patienternas erfarenheter och därmed öka lärandet inom vården och stärka patienternas ställning.

Flertalet av de patienter som lämnar klagomål har synpunkter på vårdens tillgänglighet. Bland svårt sjuka patienter är fördröjd diagnos eller behandling den vanligaste orsaken till klagomål. Det främsta syftet med att lämna synpunkter uppger patienterna vara att förebygga att andra patienter inte råkar ut för samma sak, följt av syftet att få en lösning på sitt eget problem. De flesta som lämnar klagomål eller synpunkter uppger att de gör detta direkt till den enhet som klagomålet gällde. Generellt är det få patienter som är helt nöjda med den hjälp de fått från den organisation de vänt sig till med sina klagomål eller synpunkter.

Yngre och kvinnor upplever i lägre grad att de är nöjda med vården

► *Yngre har i större utsträckning velat framföra klagomål*

En jämförelse mellan olika åldersgrupper tyder på att äldre patienter har en positivare bild av vården än yngre på många av lagens områden. Till exempel anser patienter som är 65 år eller äldre att möjligheten att få kontakt med och komma till vården är bättre än vad de som är 44 år eller yngre gör – både i primärvården och i den specialiserade vården. De äldre anser inte bara oftare att de får tillräckligt med information utan också att de oftare får den vid rätt tillfälle. De äldre upplever också i högre grad att de fått vara delaktiga i vården. Yngre har i större utsträckning velat framföra klagomål eller synpunkter på den vård de fått.

► *Kvinnor känner sig mindre delaktiga än män*

Män anser oftare än kvinnor att de är nöjda med den information de har fått och vid vilken tidpunkt den ges. Män känner sig också mer delaktiga i vården och anser sig bemötas med respekt och hänsyn oftare.

Kvinnor uppfattar möjligheter till medbestämmande, att välja utförare samt tid hos vårdpersonalen som viktigare egenskaper än vad män gör för att stärka sin ställning i vården. Kvinnor uppger också oftare än män att de har velat framföra klagomål eller synpunkter för egen eller någon annans räkning till vården.

Initiativ för att stärka lagens efterlevnad verkar vara lågt prioriterade i landstingen

- *Landstingen uppfattar implementeringen av patientlagen som utmanande*
En stor del av landstingens förberedelser inför patientlagens ikraftträdande har riktats mot att informera och utbilda de egna medarbetarna. Samtidigt upplever 45 procent av verksamhetscheferna att de får stöd från landstingsledningen med information och utbildning.

Landstingen upplever en osäkerhet i hur patientlagen kommer att påverka patientströmmarna över landstingsgränserna. De tycker inte heller att nuvarande administrativa system har vad som krävs för att skapa förutsättningar för patienter att välja vård i annat landsting. Vidare uppfattar landstingen en osäkerhet kring hur patientlagens efterlevnad kan följas upp och saknar planer för hur denna uppföljning ska ske.

- *Patientlagen är ingen tydlig drivkraft för verksamhetscheferna*
Verksamhetscheferna uppger att de har hög kännedom om patientlagen och en majoritet anser att lagen tydliggör deras skyldigheter gentemot patienten. Samtidigt anger de att landstinget saknar riktlinjer och direktiv som konkretiserar hur kraven ska omsättas och följas upp i praktiken.

Cheferna anger att patientlagen i sig inte är en drivkraft för utvecklingsarbete, i förhållande till exempelvis patientsäkerheten och att hålla personalen nöjd. Mycket pekar på att det krävs insatser från högsta ledningen om patientlagens genomförande ska få genomslag i verksamhetschefernas prioriteringar.

Samtliga aktörer med ansvar i sektorn behöver arbeta brett och långsiktigt med genomförandet av patientlagen

Större delen av de bestämmelser som förts in i patientlagen har gällt under många år enligt andra författningar. Det framstår därför som en utmaning att åstadkomma ett ökat genomslag. Det kommer krävas ett brett och innovativt arbete för att överbrygga de hinder som finns för lagstiftningens efterlevnad.



Det är angeläget att påskynda utvecklingen av patientlagens genomförande genom nya sätt att stärka implementeringen. Det handlar till exempel om att vidareutveckla infrastrukturer och stödsystem, att stötta lärandet mellan landsting och att stärka uppföljningen regionalt och lokalt.

Även om hälso- och sjukvården ansvarar för lagens implementering har myndigheterna och andra aktörer en viktig del i utvecklingen. Det är därför angeläget att alla parter, var och en för sig och gemensamt, analyserar orsaker till att man inte kommit längre i utvecklingen och vidtar åtgärder för att påskynda genomförandet av patientlagen.

Under 2015 ska Vårdanalys bidra med nya kunskaper om framgångsfaktorer och hinder för införandet av patientlagen

Inom regeringsuppdraget kommer Vårdanalys under 2015 att genomföra en fördjupad analys i syfte att identifiera hinder och framgångsfaktorer för införandet av patientlagen. Avsikten är att bidra till att förbättra förutsättningarna för att påskynda och stärka genomslaget av lagen.

Den genomförda baslinjemätningen är grunden för Vårdanalys långsiktiga arbete med att följa patientlagen utifrån patienternas perspektiv. Under 2016 har vi för avsikt att återupprepa genomförda enkätstudier. Därmed möjliggörs jämförande analyser som kan visa på effekter och fortsatta utvecklingsområden. Resultaten presenteras senast i slutrapporteringen till regeringen 2017.

Utöver detta kommer vi under 2015 även att följa upp om vårdgarantin leder till så kallade undanträngningseffekter. Denna fördjupade analys görs inom regeringsuppdraget ”Uppdrag att följa upp tillgängligheten i hälso- och sjukvården”.

En av Vårdanalys centrala uppgifter är att bidra till att stärka patienternas ställning. I detta sammanhang aktualiserar patientlagen och dess genomförande flera frågor som är viktiga för patienter och medborgare. Vårdanalys överväger därför att i egen regi genomföra analyser med anknytning till området. Det kan till exempel handla om att belysa följande:

- Patientlagens efterlevnad och genomslag ur ett jämlikhetsperspektiv, till exempel för grupper med skilda förutsättningar
- Effekter som följer av patienternas ökade möjlighet att välja utförare av öppenvård i hela landet

Innehåll

1. Inledning	21
1.1 Vårdanalys har uppdraget att följa patientlagens genomslag	22
1.2 Lagens krav gäller från det att lagen träder i kraft	22
1.3 Genomslaget mättes genom att fråga patienterna och verksamhetscheferna ...	23
1.4 Läsanvisning	23
2. Metod och material	27
2.1 Enkäter och intervjustudie	27
2.2 Vilka har svarat på patientenkäten?	29
2.3 Vilka har svarat på chefsenkäten?	32
2.4 Studiens begränsningar	33
3. Patientlagens inledande bestämmelser	37
3.1 Patientlagen om inledande bestämmelser	38
3.2 Patienterna ser tillsyn och tillräckligt med tid som viktigast	40
3.3 Verksamhetscheferna ser tillgången till fast vårdkontakt och ökat medbestämmande som viktigast	42
4. Tillgänglighet	47
4.1 Patientlagen om tillgänglighet	48
4.2 Vården är lätt att ta sig till men svårare att få kontakt med	49
4.3 Vårdgarantin ännu inte uppfylld	52
4.4 Andra studier visar också på brister i tillgängligheten	54
4.5 Skillnader i rapporterad och upplevd tillgänglighet enligt vårdgarantin ..	55
5. Information	59
5.1 Patientlagen om information	61
5.2 Patienterna anser att informationen är lätt att förstå	65
5.3 Förbättringspotential för informationskrav som gällt sedan tidigare	68
5.4 Tre av tio chefer anser att individuellt anpassad information är en integrerad del av verksamheten	70



6. Samtycke	75
6.1 Patientlagen om samtycke	76
6.2 Patienterna anser att de blir bemötta med respekt	78
7. Delaktighet.....	83
7.1 Patientlagen om delaktighet.....	84
7.2 Medbestämmande är viktigt för att stärka patientens ställning	86
7.3 Delaktighet förutsätter en aktiv insats både från patienter och vårdpersonal	87
7.4 Patienters och vårdnadshavares delaktighet kan förbättras	88
7.5 Var fjärde verksamhet har rutiner för att säkerställa närståendes delaktighet	90
8. Fast vårdkontakt och individuell planering	95
8.1 Patientlagen om fast vårdkontakt och individuell planering.....	96
8.2 Fast vårdkontakt upplevs som viktigt	98
8.3 Var fjärde saknar fast läkarkontakt	99
8.4 Samordning av kontakter i vården sker inte alltid ändamålsenligt.....	102
8.5 Hälften av verksamheterna anser att de lever upp till lagens intentioner om fast vårdkontakt och individuell planering	104
9. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.....	109
9.1 Patientlagen om val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.....	110
9.2 Cirka 30 procent av patienterna anser inte att de är delaktiga i valet av behandling	111
9.3 Delaktigheten i val av hjälpmedel är också till viss del begränsad	114
9.4 Verksamhetscheferna bekräftar patienternas uppfattning	115
10. Ny medicinsk bedömning	119
10.1 Patientlagen om ny medicinsk bedömning	120
10.2 Det förekommer att patienter inte får ny medicinsk bedömning trots att de bett om det	121
10.3 Tre av fem chefer anser att patientlagens intentioner i hög grad efterlevs	123
11. Val av utförare	129
11.1 Patientlagen om val av utförare.....	130
11.2 De flesta patienter tycker det är viktigt att få välja utförare	131
11.3 Val av utförare tillgodoses i lägst utsträckning enligt cheferna	134

12. Personuppgifter och intyg	139
12.1 Patientlagen om personuppgifter och intyg.....	139
13. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet	143
13.1 Patientlagen om synpunkter, klagomål och patientsäkerhet	144
13.2 Var fjärde patient har velat framföra synpunkter eller klagomål på vården. 146	
13.3 Få som lämnar klagomål eller synpunkter blir nöjda med den hjälp de fått . 151	
14. Beskrivning av centrala aktörers planer och aktiviteter	157
14.1 Aktörerna har olika uppdrag och ansvar.....	158
14.2 Landstingen anser att lagens införande har hög prioritet	158
14.3 Hittills har landstingen haft stort fokus på att informera och utbilda medarbetarna	159
14.4 Landstingen ser utmaningar med nya patientströmmar	162
14.5 Att följa upp lagens efterlevnad i patientmötet är ytterligare en utmaning... 165	
14.6 Myndigheter och andra aktörer stöttar med kunskapsstöd och nätverk ... 166	
15. Patientlagen – ingen tydlig drivkraft	173
15.1 En majoritet har inga riktlinjer och direktiv	173
15.2 Löpande diskussioner den främsta åtgärden	175
15.3 Patientlagen är ingen tydlig drivkraft	176
16. Avslutande reflektion	181
16.1 Exempel på utmaningar	181
16.2 Möjliga vägar framåt.....	184
16.3 Vårdanalys fortsatta arbete	185
17. Referenser	189
Bilagor	193
Bilaga 1 – metodbeskrivning.....	193
Bilaga 2 – patientenkät.....	199
Bilaga 3 – chefsenkät.....	211
Bilaga 4 – respondentanalys patientenkät.....	217
Bilaga 5 – respondentanalys chefsenkät.....	225



Inledning

Riksdagen beslutade sommaren 2014 att införa en ny lag, patientlagen (2014:821), med ikraftträdande den 1 januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Det stadgas i lagens inledande paragraf.

Lagen är utformad som en skyldighetslag precis som exempelvis hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det innebär att det är vårdens skyldigheter som regleras i bestämmelserna och inte rättigheter för patienter (prop. 2013/14:106 s. 41).

Många bestämmelser med motsvarande innehåll som bestämmelserna i patientlagen har gällt sedan tidigare enligt andra författningar, några har justerats och ytterligare några är helt nya i patientlagen. Många av paragraferna kommer också att vara dubbelreglerade genom att de fortfarande finns kvar i andra författningar. En tanke bakom patientlagen och det sätt lagstiftaren valt att utforma den på är att den ska samla de krav som ställs på vården som rör patienterna. På detta sätt är det tänkt att skapa en överblick och tydliggöra för vårdens aktörer, patienter och närstående vad som gäller på området. De nya krav som ställs i och med patientlagen har av regeringen sammanfattats i följande punkter (prop. 2013/14:106 s. 1):

- Den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning utvidgas.
- Patienten ska ges möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.
- När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.



1.1 VÅRDANALYS HAR UPPDRAGET ATT FÖLJA PATIENTLAGENS GENOMSLAG

Regeringen har gett Vårdanalys i uppdrag att följa införandet och implementeringen av patientlagen (2014:824) utifrån ett medborgar- och patientperspektiv (S2014/2207/FS). Uppföljningen ska belysa om lagstiftningen får den effekt som avses. I uppdraget, som sträcker sig fram till januari 2017, ska Vårdanalys som ett första steg genomföra en så kallad baslinjemätning under 2014 för att därefter, genom återkommande uppföljningar, fånga lagstiftningens genomslag och effekter.

Baslinjemätningens syfte är att ge en bild av i vilken omfattning vården arbetade på det sätt som patientlagen föreskriver redan innan lagen trädde i kraft. Denna nulägesbeskrivning ska vara en bas för kommande uppföljningar för att följa vilka effekter patientlagen leder till.

Eftersom det för stora delar av patientlagens bestämmelser funnits motsvarande bestämmelser som gällt enligt andra författningar sedan tidigare, är det en legitim utgångspunkt att de bestämmelserna är implementerade och efterlevs. Även när det gäller de nya krav som ställs upp kan det givetvis vara så att vården redan arbetar på ett sätt som uppfyller de kraven. Mätningen inkluderar därför, med få undantag, alla de områden som patientlagen omfattar även om vissa bestämmelser inte gällde vid mättillfället. På så sätt har vi möjlighet att vid ett senare skede följa upp lagens genomslag genom att använda oss av samma mätinstrument.

Syftet med denna rapport är att presentera resultaten från baslinjeundersökningen, det vill säga beskriva utgångsläget innan patientlagen trädde i kraft. Med anledning av detta är rapporten huvudsakligen deskriptiv till sin karaktär. I kommande rapporter med uppföljande undersökningar kommer jämförelser och djupare analyser att göras. I rapporten identifieras även behov av fortsatta fördjupningsstudier inom relevanta områden för att kunna ge rekommendationer om hur patientlagens genomslag kan stärkas.

1.2 LAGENS KRAV GÄLLER FRÅN DET ATT LAGEN TRÄDER I KRAFT

När baslinjemätningen genomfördes under hösten 2014 hade patientlagen ännu inte trätt i kraft. Det är ur det perspektivet rimligt att tänka att hälso- och sjukvården vid den tiden inte fullt ut kunde förväntas leva upp till lagens krav. För de flesta av bestämmelserna som patientlagen omfattar fanns det dock sedan tidigare bestämmelse med motsvarande innehåll i sak i annan lagstiftning. Det är därför att förvänta att genomslaget är högre i de delarna

än i de delar som är nya. Det gäller både i fråga om hur patienterna upplever vården och i vilken utsträckning vårdgivarna anser att de lever upp till kraven. Eftersom patientlagen är en skyldighetslag – och patienterna inte getts samma position som vid en rättighetslagstiftning, där de har rättigheter som är utkrävbara i domstol – måste samhället och samhällets organisationer ta ett större ansvar för efterlevnaden. En rimlig målsättning för patientlagen, liksom för annan lagstiftning, måste vara att den ska tillämpas från det att den träder i kraft, det vill säga att aktörerna förbereder sig inför ikraftträdandet i de delar som behövs med avsikten att kunna följa lagen från det att den börjar gälla.

1.3 GENOMSLAGET MÄTTES GENOM ATT FRÅGA PATIENTERNA OCH VERKSAMHETSCHEFERNA

Baslinjemätningen tar sin utgångspunkt i främst två perspektiv: patienternas och verksamhetschefernas. Genom att fråga patienterna och cheferna om hur de upplevde att vården hösten 2014 levde upp till de skyldigheter patientlagen föreskriver får vi en värdeomätare på lagens genomslag innan lagen trädde i kraft.

I en enkät riktad till de i befolkningen som besökt vården (patientenkäten) ställdes därför frågor om de exempelvis fått information om vilka metoder som finns för att behandla deras tillstånd och deras möjligheter att välja annan vårdgivare, respektive om de kommit i kontakt med eller fått besöka läkare inom vårdgarantins tidsgränser. Även cheferna fick besvara en enkät (chefsenkäten) och i den ställdes motsvarande frågor men på en mer övergripande nivå – om de till exempel ansåg att de vid tidpunkten för undersökningen levde upp till patientlagens intentioner vad gäller exempelvis information och delaktighet.

Som en del av baslinjemätningen har vi också avsett att fånga vilka åtgärder och initiativ för att förbereda implementeringen av patientlagens bestämmelser, som bedrevs i vården under hösten 2014. Detta fångades dels genom chefsenkäten, dels genom intervjuer med landstingsledningarna, myndigheter och andra aktörer.

1.4 LÄSANVISNING

Rapporten inleds med en kort beskrivning av metod och det material som samlats in (kapitel 2). Därefter följer en beskrivning av resultaten från baslinjemätningen i kapitel 3–13. För att underlätta för läsaren presenteras



resultaten efter samma kapitelindelning som patientlagen, som är uppdelad i 11 kapitel.

I början av varje resultatkapitel finns en sammanställning i form av en resultattavla. Syftet är att skapa intresse för studiens resultat och göra resultaten mer lättillgängliga för läsaren. Resultaten redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. Det finns en utmaning med en sådan samlad redovisning i och med att den uppmuntrar till jämförelse mellan frågorna. Frågorna är dock av olika karaktär och rör olika områden vilket måste beaktas. För mer utförliga resultat rekommenderas därför också vidare läsning i resultatkapitlen.

I vart och ett av resultatkapitlen redovisas lagtexten, följt av en kort beskrivning av bestämmelsernas innehåll, vad som eventuellt är ny reglering inom respektive område och i förekommande fall vilken lagstiftning som patientlagen hänvisar till. Även om vi i dessa inledande avsnitt kortfattat redogör för lagens bestämmelser är detta enbart en summarisk beskrivning av bestämmelsernas och förarbetenas innehåll. Texterna gör inte anspråk på att vara uttömmande eller bidra till tolkningen av bestämmelserna utan samtliga beskrivningar är hämtade ur förarbeten. Vägledande och uttolkande produkter ankommer det i stället på andra aktörer att ta fram. Beskrivningarnas syfte är att ge tillräckligt med information för att förstå undersökningens frågeställningar och tolka dess resultat. Efter beskrivningen av lagen beskrivs resultaten från patientenkäten och chefsenkäten.

Olika bestämmelser i lagstiftningen träffar olika aktörer och nivåer som bedriver hälso- och sjukvård. Vi har valt att inte gå in specifikt i de gränsdragningarna. Vi har valt att generellt använda ordet landsting när vi avser organisationen med inte den enskilda personalen.

I kapitel 14 redogörs för vilka åtgärder myndigheter och landsting har planerat och vidtagit för att implementera patientlagen. Därefter, i kapitel 15, beskrivs hur verksamhetscheferna ser på lagstiftningen som styrmedel i förhållande till andra styrsignaler och göromål och vilket stöd verksamhetscheferna uppger att de får från landstingsledningen i arbetet att implementera patientlagen. Rapporten avslutas i kapitel 16 med en avslutande reflektion.

En mer detaljerad beskrivning av metodiken kring faktainsamling och enkätutskick finns i bilaga 1. I bilaga 2 och 3 finns enkätformulären i sin helhet och i bilaga 4 och 5 ges en analys av vilka som svarat på de båda enkäterna.

Metod och material

Vårdanalys baslinjemätning baseras på enkätstudier som riktades till patienter och verksamhetschefer och genomfördes hösten 2014. Intervjuer har även gjorts med landstingsledningar, myndigheter och andra aktörer för att fånga vilka initiativ som hittills gjorts för att förbereda implementeringen av patientlagen.

Knappt 9 200 personer som varit i kontakt med vården under det senaste året har deltagit i enkätundersökningen. Ytterligare cirka 950 vårdnadshavare för barn och cirka 3 000 i befolkningen som inte varit i kontakt med vården under de senaste tolv månaderna har svarat på enkäten. Drygt 550 verksamhetschefer har också deltagit i undersökningen.

2.1 ENKÄTER OCH INTERVJUSTUDIE

Vårdanalys baslinjemätning har en bred ansats och utgår både från patienters och från chefers perspektiv. För att fånga dessa genomfördes två enkätstudier under hösten 2014 – den så kallade patientenkäten respektive chefsenkäten. Dessa kvantitativa undersökningar kompletterades med en intervjustudie med landstingsledningar, myndigheter, 1177 Vårdguiden och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att få en bild av de huvudsakliga initiativ som hittills gjorts för att förbereda implementeringen av patientlagen.

Nedan ges en kort beskrivning av de olika undersökningarna. En mer detaljerad beskrivning av metodiken kring faktainsamling och enkätutskick finns i bilaga 1.



Patientenkäten

Patientenkäten genomfördes som en webbenkät i samarbete med TNS SIFO och med hjälp av deras befolkningspanel. Befolkningsurvalet genomfördes i tillräcklig storlek för att kunna belysa skillnader i patientlagens genomslag mellan olika respondentgrupper och utifrån geografiska skillnader.

Undersökningen genomfördes för tre huvudgrupper: patienter, allmänhet och vårdnadshavare för barn. Att kunna följa genomslaget för befolkningen i allmänhet var relevant eftersom kännedomen om patientlagen inte enbart behöver kommuniceras i det faktiska vårdmötet. Lagstiftaren har också valt att särskilt lyfta fram barnen (1 kap. 8 § patientlagen), och därför ses även de som en relevant respondentgrupp i baslinjemätningen. Att kunna följa upp vilka effekter som lagen får för barngruppen är emellertid metodologiskt svårt. Den valda undersökningsmetoden gav oss däremot möjlighet att identifiera vårdnadshavare, varför vi valde att fånga lagens genomslag bland barn via deras vårdnadshavare. De olika grupperna presenteras närmare i avsnitt 2.2.

Patientenkäten syftade i huvudsak till att skapa en bild av om patienterna upplevde att vården arbetade på det sätt som patientlagen anger vid mättillfället. I enkäten ställdes även frågor som belyste vilka aspekter som patienterna tycker är mest väsentliga för att stärka patientens ställning i vården. Dessa frågor ställdes utan direkt koppling till gällande lag (se bilaga 2).

Avsikten med patientenkäten har varit att omfatta hela lagstiftningen och den inkluderar därför frågor om i stort sett alla lagens kapitel. Det kapitel som vi inte ställde frågor om var kapitel 10 Personuppgifter och intyg. Att kapitlet valdes bort berodde på att bestämmelserna endast innehåller hänvisningar till andra lagar och inget eget sakinnehåll, men det gjordes också för att begränsa antalet frågor i en redan omfattande enkät.

Frågeställningarna speglar inte enbart lagtextens formuleringar utan tar också hänsyn till lagstiftarens intentioner med lagen. Till exempel står det i lagen att vården ska vara lätt tillgänglig. För att täcka in lagstiftarens intentioner behövde vi då ställa frågor om det var lätt att komma i kontakt med vården, om det är lätt att ta sig till exempelvis vårdcentralen och om det var lätt att få träffa vårdpersonalen. Lagstiftarens intention och avsikt har hämtats direkt från förarbeten till lagstiftningen, det vill säga propositioner (förkortas prop.) och statliga offentliga utredningar (förkortas SOU).

Chefsenkäten

Vårdgivarens perspektiv har fångats genom en enkätstudie riktad till verksamhets- och klinikchefer i Sverige. Det var angeläget att inkludera dem i undersökningen eftersom de har ett ansvar för verksamheterna och att de följer lagens skyldigheter. Frågorna som ställdes i enkäten var främst inriktade på vilka åtgärder och initiativ som vidtagits för att leva upp till patientlagens bestämmelser eller intentioner (se bilaga 3). Därutöver ställdes frågor om chefernas övergripande kännedom om patientlagens innehåll och i vilken utsträckning som de upplevde att deras verksamheter levde upp till patientlagens intentioner.

Intervjustudie

Enkätundersökningarna kompletterades även med intervjuer med 33 personer som representerade landstingsledningar, myndigheter samt SKL och 1177 Vårdguiden. Frågorna som ställdes var av en mer övergripande karaktär med syfte att fånga vilka förutsättningar aktörerna skapat för att vården ska kunna leva upp till lagens bestämmelser och för att patienterna ska få kännedom om dem.

Övrigt underlag

Som komplement till Vårdanalys patientenkät har vi använt statistik från Nationell Patientenkät, Vårdbarometern och väntetidsdatabasen som underlag för jämförelser, i de fall detta tillfört information kring nuläget. Dessa underlag tas fram av Sveriges Kommuner och Landsting.

2.2 VILKA HAR SVARAT PÅ PATIENTENKÄTEN?

Drygt 13 100 personer i befolkningen har besvarat patientenkäten (tabell 1). Av dem svarade 9 188 i egenskap av patient, 958 svarade som vårdnadshavare för barn och 3 005 svarade i egenskap av allmänhet. En närmare beskrivning av de grupper som besvarat enkäten ges i box 1.

För att kunna bryta ner och analysera materialet regionalt fanns en initial målsättning att få in minst 150 svar per län och målgrupp. Eftersom det visade sig vara svårt att nå gruppen vårdnadshavare gjordes tilläggsutskick till nya respondenter för att få in fler svar från denna grupp. Målsättningen på 150 svar per län uppnåddes i patientgruppen för samtliga län utom Gotland, där totalt 138 respondenter besvarade enkäten.



Med de extra utskick som gjordes, skickades enkäten ut till sammanlagt cirka 60 000 av TNS SIFO:s panelister i åldern 18 år eller äldre. Knappt 3 000 personer som påbörjade undersökningen valdes bort automatiskt eftersom de tillhörde en respondentgrupp där tillräckligt många personer per län redan hade svarat. Enkäten var omfattande (85 frågor) och cirka 1 000 respondenter avbröt enkäten.

Tabell 1. Fördelning av respondenter i Vårdanalys patientenkät. Andelar i procent.

		Patient				
		Totalt	Varav svårt sjuka	Vårdnads-havare	Allmänhet	Totalt
Antal personer som svarat		9 188	1064	958	3 005	13 151
Kön	Kvinna	46	43	57	41	46
	Man	54	57	43	59	54
	Totalt	100	100	100	100	100
Ålder	18-44 år	9	8	53	15	14
	45-64 år	40	33	46	53	43
	65- år	51	59	1	31	43
	Totalt	100	100	100	100	100
Antal kontakter med sjukvården under de senaste 12 månaderna	0 ggr	0	0	0	100	23
	1-2 ggr	44	0	52	0	34
	3-4 ggr	30	0	30	0	23
	5- ggr	26	100	18	0	20
	Ej svar	0	0	1	0	0
	Totalt	100	100	100	100	100
Födelse land	Sverige	55	88	97	94	67
	Utanför Sverige	3	6	3	5	4
	Ej svar	42	6	0	0	29
	Totalt	100	100	100	100	100
Utbildning	Grundskola	11	12	1	12	11
	Gymnasium	30	29	25	31	30
	Eftergymnasial	53	58	74	56	55
	Ej svar	6	1	1	1	4
	Totalt	100	100	100	100	100

Box 1 Tre grupper har besvarat patientenkäten*Patienter*

Denna grupp utgjordes av de tillfrågade som uppgett att de för egen räkning varit i kontakt med sjukvården (till exempel uppsökt vård på akuten eller vårdcentral/hälsocentral, haft hemsjukvård eller varit inlagd på sjukhus) någon gång under de senaste tolv månaderna.

Svårt sjuka är en delgrupp av gruppen patienter och följande kriterier skulle vara uppfyllda för att ingå i gruppen: a) haft kontakt med hälso- och sjukvården fem gånger eller fler under de senaste 12 månaderna och b) antingen ha skattat sin hälsa som dålig eller mycket dålig, eller fått vård för en allvarlig eller kronisk sjukdom eller skada under de senaste 12 månaderna.

Vårdnadshavare för barn

Denna grupp utgjordes av de tillfrågade som uppgett att de har varit i kontakt med sjukvården för sitt barns räkning under de senaste tolv månaderna. Vårdnadshavarna har fått frågor både ur barnets perspektiv och ur sitt eget vårdnadshavarperspektiv.

Allmänhet

Denna grupp utgjordes av de tillfrågade som uppgett att de varken för egen räkning eller som vårdnadshavare för barn har haft kontakt med sjukvården under de senaste tolv månaderna. Gruppen belyser medborgarnas perspektiv och fungerar som referensgrupp till de övriga analysgrupperna.

Respondenterna är inte representativa för riket avseende ålder, kön och socioekonomiska faktorer. Äldre, män, inrikes födda och högutbildade är exempel på respondenter som är överrepresenterade i det insamlade materialet. För att öka representativiteten har enkätresultatet viktats utifrån kön, ålder och fyra regioner. Tidigare undersökningar har visat att dessa faktorer inverkar på respondenters svar. Det är därför rimligt att vikta resultaten så att fördelningen av faktorerna efterliknar rikets. Det är också känt att socioekonomiska faktorer ligger till grund för respondenters svar. Någon justering utifrån socioekonomi har ändå inte gjorts. Det beror på att det dels finns en risk för att överjustera för faktorer då exempelvis utbildningsnivån ofta varierar med ålder, dels är de socioekonomiska faktorerna svårare att justera för då denna information ofta är av sämre kvalitet eftersom många väljer att inte besvara den typen av frågor. Det kan också vara svårt att nå jämförbara uppgifter för riket i sin helhet. Eftersom enkäten har gjorts via webben och endast på svenska har personer som saknar internet eller inte behärskar svenska inte kunnat delta i undersökningen. I bilaga 4 analyseras patientenkätens respondentgrupp närmare.

I de fall då intressanta skillnader har framkommit har vi gjort en analys



utifrån kön och åldersgrupp. I texten avser ”äldre” de som är 65 år eller äldre och gruppen ”yngre” de som är 44 år eller yngre. Analys utifrån födelseland har inte inkluderats i rapporten då antalet utrikes födda respondenter, framför allt födda utanför Norden, är få. För att ge en korrekt bild av hur resultaten påverkas utifrån utbildningsnivå behöver den separeras från åldersfaktorn. Det fordrar en djupare analys än den deskriptiva som görs i denna rapport, varför inte heller en analys utifrån utbildningsnivå görs. De skillnader som vi valt att ta upp i rapporten är statistiskt säkerställda baserat på en analys från TNS SIFO. Samtliga presenterade värden och resultat från patientenkäten baseras på vägt bastal (se bilaga 1).

2.3 VILKA HAR SVARAT PÅ CHEFSENKÄTEN?

Vårdanalys chefsenkät skickades till 1 937 verksamhets- och klinikchefer i patientnära verksamheter. Med patientnära verksamheter menas verksamheter där vårdpersonal och patienter har direktkontakt, till skillnad från serviceverksamheter som till exempel laboratorieverksamhet eller bild- och funktionsmedicin.

Utskicket gjordes baserat på ett register över chefer i vården från företaget Hälso- och sjukvårdsinformation. Registret är inte komplett: det innefattar inte samtliga verksamhets- och klinikchefer i riket. Efter utskick framkom också att det fanns brister i uppgifterna även för de chefer som fanns i registret. För att få en heltäckande representation av respondenter över landet och över samtliga verksamhetsområden gjordes kompletteringar av kontaktuppgifterna när så var möjligt.

Sammanlagt inkom 552 fullständiga svar från hela landet och från både primärvård och specialiserad vård, huvudsakligen från offentliga aktörer (tabell 2). 151 respondenter avböjde uttalat deltagande, svar från 154 respondenter var ofullständiga och resterande 1080 personer har inte svarat på utskicket. En respondentanalys av chefsenkäten presenteras i bilaga 5.

Tabell 2. Antal respondenter i Vårdanalys chefsenkät.

Verksamhet	Antal	Aktör	Antal
Klinik med enbart slutenvård	10	Offentlig verksamhet	468
Klinik med enbart öppenvård	59	Privat, idéburen verksamhet	11
Klinik med slutenvård och öppenvård	218	Privat, vinstdrivande verksamhet	73
Vårdcentral/hälsocentral	227	Totalt	552
Annan	38		
Totalt	552		

2.4 STUDIENS BEGRÄNSNINGAR

Rapporten har en bred ansats och försöker fånga både patientens och vårdgivarens perspektiv. Det finns dock ett antal utmaningar med uppföljningar av detta slag. Några av de större metodologiska utmaningarna och begränsningarna presenteras nedan.

Rapporten är en deskriptiv redovisning av baslinjeresultaten inför uppföljande mätningar av patientlagens genomslag. Ytterligare analys av resultaten kommer att göras i samband med redovisningen av uppföljande mätningar. Men även en rent deskriptiv redovisning av en baslinjemätning kan metodologiskt ifrågasättas i och med att den kan påverka hur respondenter svarar på kommande enkäter. Detta måste tas i beaktande vid analys av de uppföljande mätningarna. Vi gör däremot bedömningen att det är värdefullt att öppet redovisa resultaten för baslinjeundersökningen för att ge underlag till det arbete som sker i vården för att implementera lagen.

I studien genomfördes två olika enkäter, en till patienter och en till verksamhetschefer. Gemensamt för båda enkäterna är att svarsfrekvensen är relativt låg. Detta gör att studiernas representativitet blir lägre och att det är svårare att dra slutsatser från resultaten. En anledning till den låga svarsfrekvensen är att båda enkäterna var mycket omfattande, vilket gjorde att en del respondenter avbröt enkäten. Framför allt gäller detta för chefsenkäten. Än vanligare var dock att respondenterna inte alls svarade på enkäterna.

I patientenkäten har resultaten viktats utifrån ålder, kön och region för att öka representativiteten. Som konstaterats har det inte varit möjligt att justera på motsvarande sätt utifrån exempelvis socioekonomiska faktorer, vilket visar att materialet inte fullt ut är representativt. För att nå personer som exempelvis har svårt att ta till sig information på grund av språksvårigheter krävs andra undersökningsmetoder. Vi kan i sammanhanget nämna att

myndigheten parallellt bedrivit en förstudie för att se hur vi ska kunna nå svårnådda grupper i det fortsatta arbetet.

Resultaten kan å ena sidan antas ge en konservativ uppskattning av lagens efterlevnad eftersom vi fångar de grupper av patienter som sannolikt har störst förmåga att ta till vara patientlagens möjligheter. Å andra sidan kan resultaten spegla de som upplever sig mest missnöjda med vården och därför varit mer angelägna att svara. Att avgöra i vilken riktning resultaten påverkas av urvalet är således svårt, särskilt då möjligheterna att validera de patientupplevda resultaten med resultat från andra datakällor i stort sett saknats.

Patientenkätens validitet påverkas bland annat av långa så kallade recallperioder, samt att vi ber respondenterna att ge en samlad bedömning av alla deras vårdkontakter under ett år.

Som komplement till de kvantitativa studierna har en kvalitativ studie genomförts i syfte att fånga på vilka sätt landstingen arbetade för att förbereda implementeringen av patientlagen. Intervjupersonerna i studien har valts ut för att ge en heltäckande och rättvisande bild av de faktiska omständigheterna. Det finns ändå alltid begränsningar i möjligheten att generalisera resultat utifrån kvalitativa studier.

Sammantaget finns det alltså ett antal metodologiska utmaningar och begränsningar för rapporten. Det är därför viktigt att följa upp denna baslinjemätning med fördjupade analyser av resultaten, samt fortsatta mätningar för att kunna beskriva utvecklingen över tid. Mot bakgrund av detta bör också resultaten tolkas med viss försiktighet.

Patientlagens inledande bestämmelser

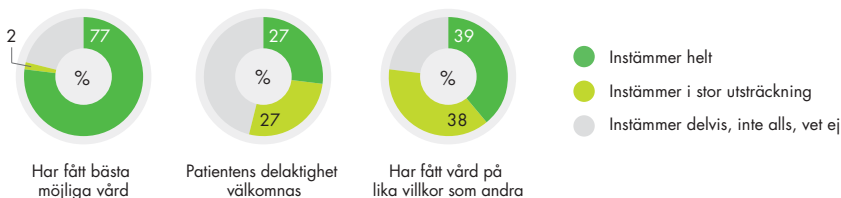
I detta kapitel beskrivs dels patientlagens inledande bestämmelser, dels vad patienter respektive verksamhetschefer anser är viktigt för att stärka patientens ställning.

De områden som de tillfrågade patienterna anser som viktigast är att det sker tillsyn och kontroll av vården, att det finns tillräckligt med tid i kontakterna med vården och att man som patient får tillräckligt med information. Majoriteten av patienterna uppfattar att den vård som ges bygger på bästa möjliga kunskap och erfarenhet och att den ges på lika villkor.

Verksamhetschefer anser å andra sidan att fast vårdkontakt, tid med patienten och ökat medbestämmande är de viktigaste beståndsdelarna för att stärka patientens ställning.

Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke.

Patienters övergripande upplevelse av vården:



Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 1 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § Denna lag syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. *(delvis ny)*.

Lagen innehåller bestämmelser om

- tillgänglighet (2 kap.),
- information (3 kap.),
- samtycke (4 kap.),
- delaktighet (5 kap.),
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.),
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.),
- ny medicinsk bedömning (8 kap.),
- val av utförare (9 kap.),
- personuppgifter och intyg (10 kap.),
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

2 § Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting som huvudman.

3 § Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

4 § Bestämmelser om landstings, kommuners och privata vårdgivares skyldigheter och ansvar finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659).

5 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter.

6 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

7 § Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

8 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. *(Nytt krav i lag)*

9 § Bestämmelser om habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning finns i 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitlets bestämmelser

Patientlagens första kapitel innehåller inledande bestämmelser och presenterar bland annat lagens syfte, uppställning, tillämpningsområde och hur den förhåller sig till annan lagstiftning. Därutöver slås ett antal övergripande utgångspunkter och målet för hälso- och sjukvården fast.

Syftet med patientlagen är enligt **1 §** att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Intentionen med lagen har enligt propositionen varit att åstadkomma en perspektivförskjutning i vården (prop. 2013/14:106 s. 42). Krav på att vården ska bygga på integritet och självbestämmande har gällt sedan tidigare (2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) förkortad HSL). Det har även funnits krav sedan tidigare på att vården och behandlingen ska utformas och genomföras i samråd med patienten så långt det är möjligt (2 a § HSL).

I **2 §** anges det att vissa bestämmelser i lagen endast gäller för vissa verksamheter. Ett antal bestämmelser gäller till exempel endast för verksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman. Lagens tillämpningsområde har också avgränsats på det sättet att tandvård faller utanför lagen. Tandvården regleras även fortsättningsvis i tandvårdslagen (1985:125) vilket anges i **3 §**.

I **4 §** klargörs att bestämmelser om landstings, kommuners och privata vårdgivares skyldigheter och ansvar fortfarande finns i HSL liksom att hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659). För såväl vården på organisatorisk nivå som för enskild vårdpersonal finns det således även fortsättningsvis skyldigheter att förhålla sig till i andra lagar än patientlagen (se prop. 2013/14:106 s. 42).

I **5 §** definieras vad som avses med hälso- och sjukvård. Definitionen har samma innehåll som den definition som gäller sedan tidigare enligt 1 § HSL. Det enda undantaget är att patientlagen inte inbegriper avlidna. Därefter följer en bestämmelse i **6 §** som återupprepar målet med hälso- och sjukvården samt människovärdes-, behovs- och solidaritetsprincipen som sedan tidigare finns i 1 § HSL. Här finns även en återupprepning av kraven på sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (**7 §**). Dessa krav finns redan sedan förut i 2 a § HSL och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen sammantaget (prop. 2013/14:106 s. 112).

Lagstiftaren har valt att lyfta fram barn särskilt i patientlagen (prop. 2013/14:106 s. 62 ff). Det ser vi inledningsvis i **8 §** som anger att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Att ett sådant krav förs in i lagen är i enlighet med den strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige som antogs 2010 (prop. 2009/10:232). Enligt strategin ska all lagstiftning som rör barn utformas i överrensstämmelse med FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen (prop. 2009/10:232 s. 10). Enligt barnkonventionen, artikel 3, ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. Barnkonventionen ratificerades av Sverige redan 1990 (prop. 1989/90:107).

I kapitlets avslutande paragraf, **9 §**, finns en hänvisning till HSL och att det är där bestämmelser om habilitering, rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning samt tolktjänst finns. Paragrafen innehåller således endast en hänvisning och innehåller inget nytt i sak (prop. 2013/14:106 s. 112).



3.2 PATIENTERNA SER TILLSYN OCH TILLRÄCKLIGT MED TID SOM VIKTIGAST

I patientenkäten har vi på olika sätt försökt fånga lagens syfte. Vi har då inte bara begränsat oss till att ställa frågor utifrån lagens skyldigheter utan också frågat generellt vad som är viktigt för att stärka patienternas ställning. Vår avsikt med det är att ge en bild av patienternas syn på vad som är viktigt och hur den bilden matchar det sätt lagstiftaren försökt stärka patienterna på. Jämförelsen kan bidra till intressanta reflektioner och inspel till det fortsatta utvecklingsarbetet på området.

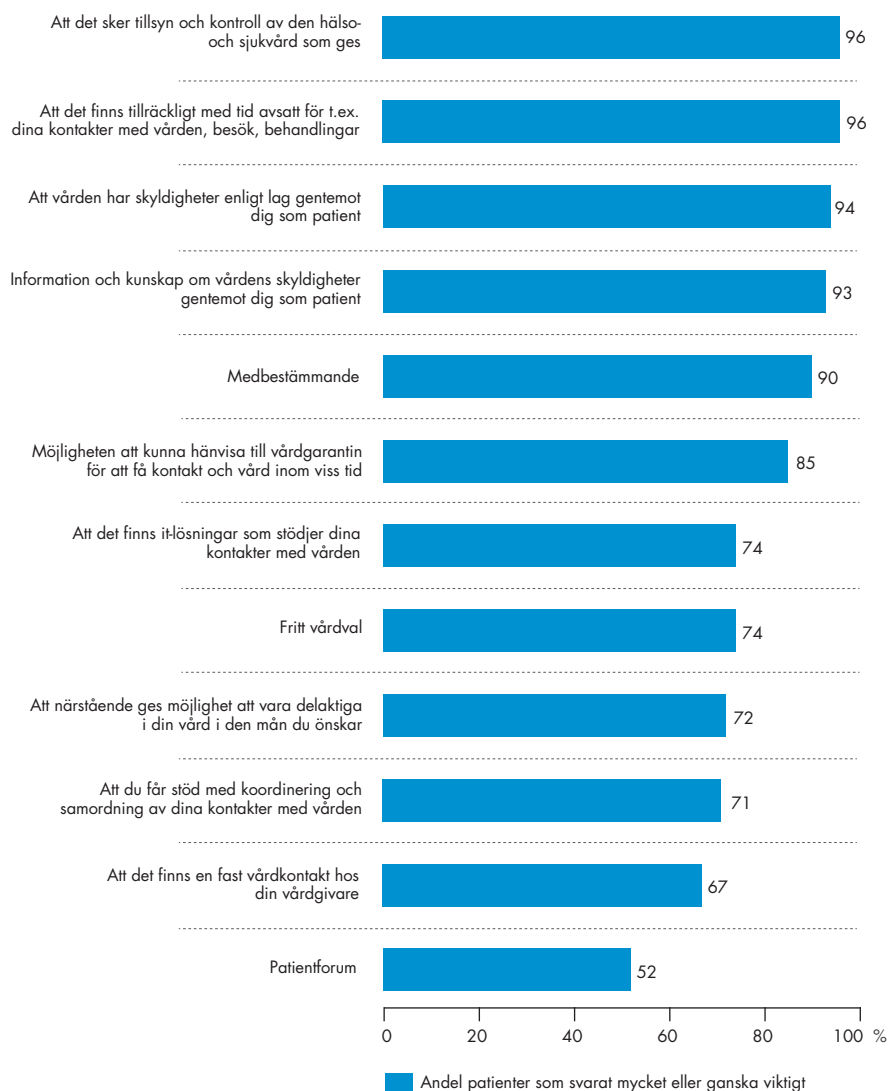
Resultatet visar att de enskilt viktigaste områdena enligt patienterna är att det sker tillsyn och kontroll av den hälso- och sjukvård som ges och att det finns tillräckligt med tid avsatt i kontakterna med vården, exempelvis vid besök eller behandlingar (figur 1). Enligt patienterna är det nästan lika viktigt att de skyldigheter vården har i förhållande till patienterna är reglerade genom lag. Information och kunskap om vårdens skyldigheter kommer därnäst, följt av medbestämmande.

Möjligheten att kunna hänvisa till vårdgarantin för att få kontakt och vård inom en viss tid värderas också högt av patienter. I enkäten lyfte cirka två tredjedelar också betydelsen av att det finns it-lösningar som stödjer kontakterna med vården, fritt vårdval, delaktighet för närstående, stöd med koordinering, samt fast vårdkontakt.

Figur 1. Patienternas uppfattning om vad som är viktigast för att stärka deras ställning.

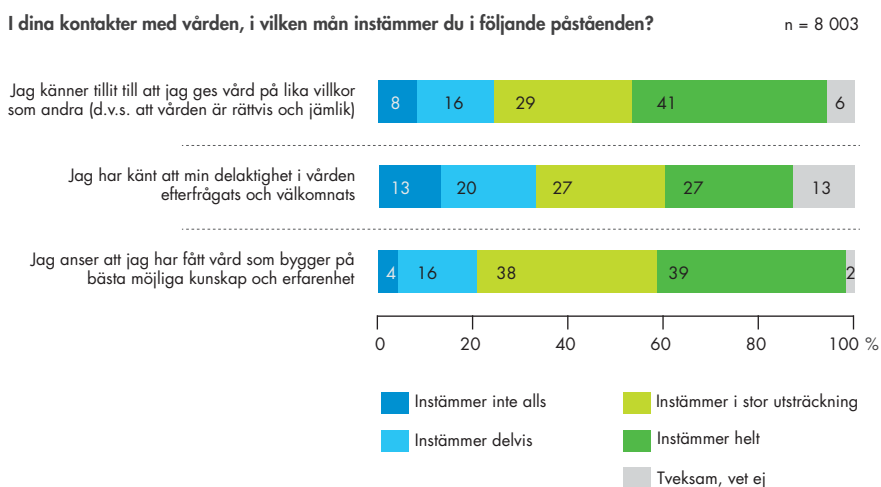
Hur viktiga tycker du att följande områden är för att stärka din ställning i vården?

n = 8 003



I patientenkäten ställdes även ett antal övergripande frågor om hur patienterna uppfattar vården. Svaren visar att de allra flesta (75–80 procent) instämde helt eller i stor utsträckning i påståendena ”Jag anser att jag har fått vård som bygger på bästa möjliga kunskap och erfarenhet” och ”Jag känner tillit till att jag ges vård på lika villkor som andra (det vill säga att vården är rättvis och jämlik)”. Något färre, sammanlagt cirka hälften av patienterna, instämde helt eller i stor utsträckning med påståendet ”Jag har känt att min delaktighet i vården efterfrågats och välkomnats”. Samtidigt var cirka 10 procent av de svarande patienterna tveksamma till samma påstående. Resultaten presenteras i figur 2.

Figur 2. Patienternas övergripande upplevelser av vården.



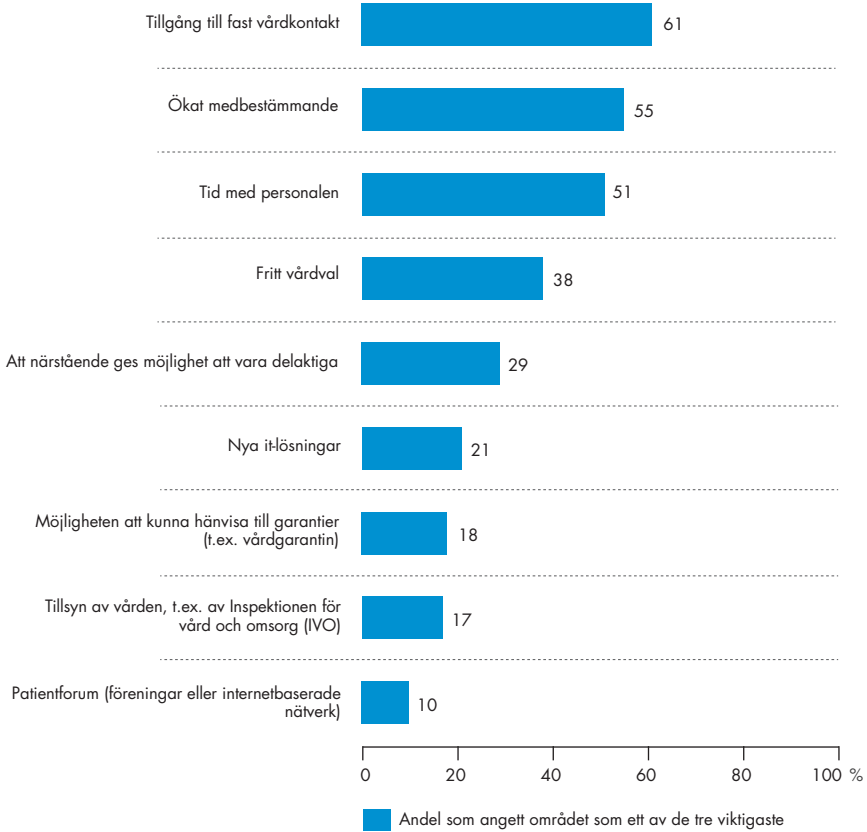
3.3 VERKSAMHETSCHEFERNA SER TILLGÅNGEN TILL FAST VÅRDKONTAKT OCH ÖKAT MEDBESTÄMMANDE SOM VIKTIGAST

Även i Vårdanalys chefsenkät ställdes frågor om vilka områden som är viktigast för att stärka patientens ställning. Här framgår att verksamhets- och klinikchefer bedömde att de tre viktigaste områdena var tillgång till fast vårdkontakt, ökat medbestämmande och tid med personalen. På fjärde och femte plats kom fritt vårdval och att närstående ges möjlighet att vara delaktiga. Resultaten presenteras i figur 3.

Figur 3. Verksamhetschefernas uppfattning om vad som är viktigast för att stärka patientens ställning i vården.

Vilka av följande områden anser du vara de tre viktigaste för att stärka patientens ställning?

n = 343



Not: endast chefer som anser att den nya lagen stärker patientens ställning

Tillgänglighet

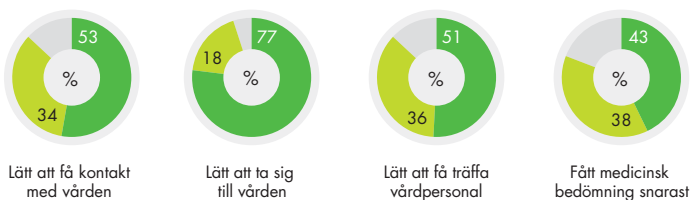
Flertalet av patienterna (95 procent) upplever att det är lätt att ta sig till vårdcentralen eller sjukhuset. Möjligheten att snarast få en bedömning av sitt hälsotillstånd upplevs som sämre: åtta av tio patienter anser att denna möjlighet oftast tillgodoses. Svårt sjuka patienter upplever att vården är mindre tillgänglig än övriga patienter. Personer som inte sökt vård under det senaste året anser i mindre utsträckning att tillgängligheten tillgodoses jämfört med de som haft kontakt med vården.

Enligt SKL:s väntetidsdatabas lever vården till stor del upp till vårdgarantin, exempelvis visar statistiken att nio av tio patienter besöker primärvården inom sju dagar. Den bilden överensstämmer inte med patienternas uppfattning i vår enkätstudie. Åtta av tio patienter upplever att de oftast fått besöka läkare på vårdcentralen inom sju dagar och 65 procent att de alltid eller ibland fått behandling inom 90 dagar. Det är få av dem som inte fått behandling inom garantins 90 dagar (8 procent) som säger sig ha blivit erbjudna behandling i annat landsting.

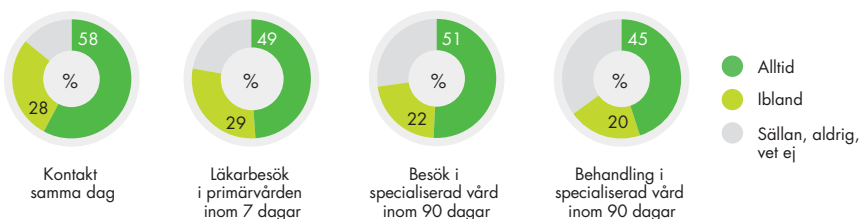
Tillgänglighet

Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patients åsikt om tillgänglighet:



Patients åsikt om vård inom Vårdgarantin:



4.1 PATIENTLAGEN OM TILLGÄNGLIGHET

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 2 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

2 kap. Tillgänglighet

1 § Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

2 § Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

3 § Enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. besöka läkare inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

4 § Om vårdgarantin enligt 3 § 3 eller 4 inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitlets bestämmelser

Patientlagens andra kapitel ställer krav på tillgänglighet och vad som skulle kunna sammanfattas som vissa tidsfrister eller tidsramar.

1 § anger att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. Med det avses geografiska förhållanden och närhet enligt förarbetena men det kan även röra sig om andra förhållanden. Som exempel nämns öppethållande vid mottagningarna, jourtjänstgöring och hur förekomsten av köer ser ut (prop. 1981/82:97 s. 57, 117). Att vården ska vara lätt tillgänglig gäller redan sedan tidigare enligt 2 a § HSL och är en del av kraven på en god vård. Regleringen i patientlagen innebär således inte att något nytt krav ställs på vården utan en motsvarande bestämmelse har funnits i HSL sedan 1983 (prop. 1981/82:97 s. 117, prop. 2013/14:106 s. 113).

1 2 § anges att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd om det inte är uppenbart obehövt. Ett krav med sådant innehåll har funnits i 2 a § HSL sedan 1997. Kravet innebär enligt tidigare förarbeten att patienten ska få en "snar och kvalificerad" bedömning (prop. 1996/97:60 s. 41). Situationer när detta kan anses "uppenbart obehövt" kan vara när enskilda upprepade gånger vänder sig till hälso- och sjukvården för att gå på gång få samma symptom bedömda (prop. 1996/97:60 s. 44).

1 3 § anges att patienter ska erbjudas den vårdgaranti enligt 3 g § HSL som är lagstadgad sedan 2010 och som specificeras med tidsfrister i förordningen (2010:349) om vårdgaranti. Bestämmelsen i patientlagen tillför således inget nytt i sak utan återupprepar endast att vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom vissa tider får kontakt med primärvården, får besöka läkare inom primärvården, får besöka den specialiserade vården och får planerad vård. Om vårdgarantin inte uppfylls i de två sistnämnda fallen, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Det stadgas i 4 § och gäller också sedan år 2010 enligt 3 h § HSL.

Det kan i sammanhanget nämnas att de nya reglerna i patientlagen om utökade möjligheter att välja utförare i öppenvården i annat landsting inte medför några principiella ändringar av reglerna som gäller för den nationella vårdgarantin (se 9 kap. patientlagen och läs mer i 9 kap. i denna rapport). Landstinget ska även fortsatt erbjuda dem som landstinget ansvarar för vårdgaranti. En patient som väljer att vårdas i ett annat landsting anses ha avstått frivilligt från vårdgaranti i det egna landstinget och omfattas inte heller av garantin i det landsting hen söker sig till, enligt propositionen. Patienten ingår dock i de prioriteringar som vårdgivaren gör baserat på de medicinska behov patienten har (prop. 2013/14:106 s. 91).

4.2 VÅRDEN ÄR LÄTT ATT TA SIG TILL MEN SVÄRARE ATT FÅ KONTAKT MED

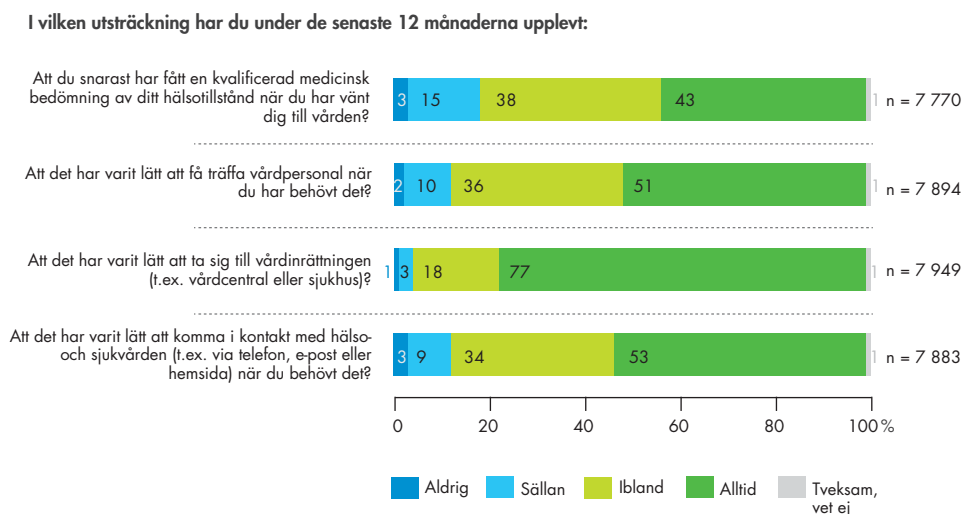
Patienterna anser att det är förhållandevis lätt att ta sig till en vårdcentral eller ett sjukhus: 95 procent av dem ansåg att det oftast är lätt att ta sig till den mottagning de besökt (figur 4). Patienternas möjligheter att komma i kontakt med vården, exempelvis via telefon, och att få träffa vårdpersonal upplever de



som något sämre: en av tio patienter hade haft svårt att komma i kontakt med vården och träffa personalen.

Än något färre ansåg att de snarast fått en bedömning av sitt hälsotillstånd: åtta av tio tillfrågade patienter ansåg att denna möjlighet oftast tillgodosågs.

Figur 4. Patienternas upplevelser av tillgängligheten i vården.



Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

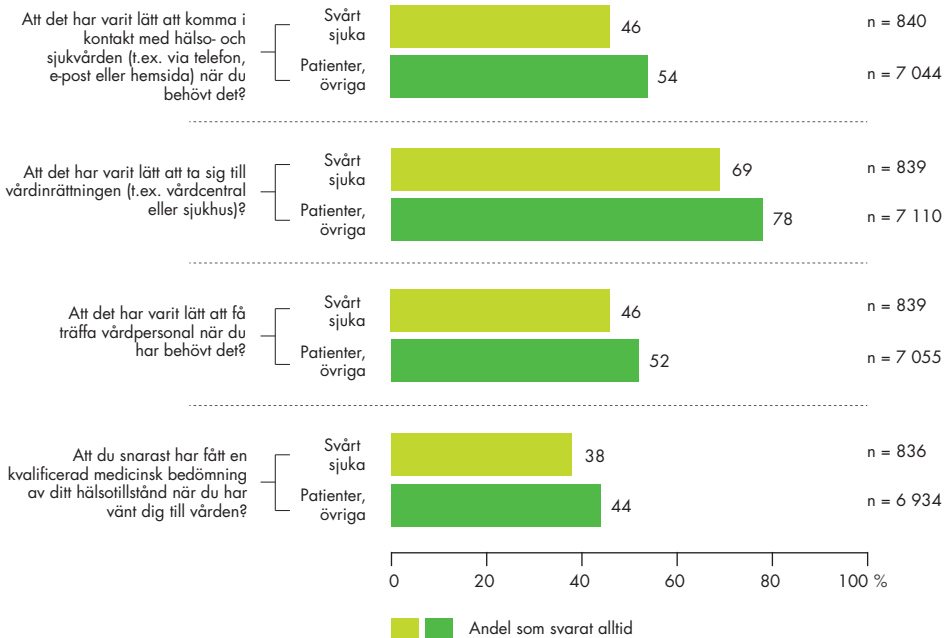
Upplevelsen av vårdens tillgänglighet tycks skilja sig åt mellan gruppen svårt sjuka och övriga patienter. De svårt sjuka upplevde enligt enkätsvaren tillgängligheten som genomgående sämre än övriga patienter. Till exempel menade 46 procent av de svårt sjuka att det alltid har varit lätt att komma i kontakt med vården, jämfört med 54 procent för gruppen övriga patienter (figur 5).

Resultaten från patientenkäten visar också att patienternas upplevelser av tillgänglighet tycks skilja mellan olika åldersgrupper. De äldsta, det vill säga 65 år eller äldre, ansåg i större utsträckning att det var lätt att få kontakt med vården än yngre: 68 procent, jämfört med 40 procent för gruppen 44 år eller yngre, menade att det alltid varit lätt att komma i kontakt vården. Mönstret är liknande också när det gäller möjligheten att få träffa vårdpersonal (66 procent av de äldre jämfört med 37 procent av de yngre).

I det insamlade materialet ser vi inga tydliga skillnader i upplevelsen av vårdens tillgänglighet mellan vårdnadshavare och patienter.

Figur 5. Skillnader i upplevelsen av vårdens tillgänglighet mellan svårt sjuka patienter och övriga patienter.

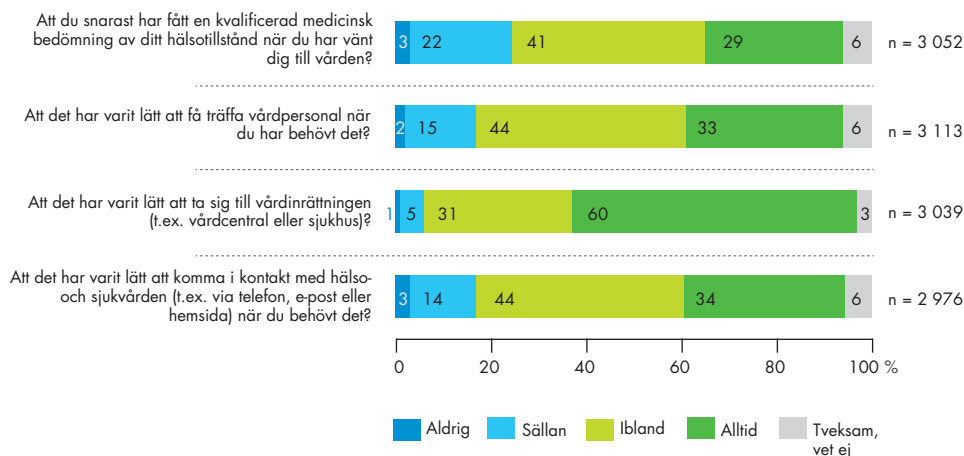
I vilken utsträckning har du under de senaste månaderna upplevt:



Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

Tillgängligheten tycks uppfattas som sämre av dem som inte sökt vård under det senaste året jämfört med dem som har varit i kontakt med vården. Det var i enkäten färre i gruppen allmänhet (34 procent) som alltid upplevde att de kommit i kontakt med vården och fått träffa vårdpersonal jämfört med samtliga patienter (cirka 50 procent) (figur 6). Det var också en större andel som ansåg att tillgängligheten till medicinsk bedömning inte tillgodosågs: 25 procent av allmänheten svarade att de sällan eller aldrig fått en kvalificerad medicinsk bedömning jämfört med 18 procent för gruppen patienter.

Att allmänheten genomgående upplever en lägre tillgänglighet jämfört med patienterna skulle kunna förklaras av en förbättrad tillgänglighet under det senaste året jämfört med tidigare. Resultaten ska samtidigt tolkas mot bakgrund av att det kan vara svårt att dra sig till minnes vad som hände för mer än ett år sedan och vi saknar uppgift om när respondenten senast var i kontakt med vården.

Figur 6. Allmänhetens upplevelser av tillgängligheten i vården.**I vilken utsträckning har du upplevt:**

Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

4.3 VÅRDGARANTIN ÄNNU INTE UPPFYLLD

För att få en bild av hur vården uppfyller vårdgarantin enligt patienterna – det vill säga om patienterna upplever att de har fått kontakt med vården eller erbjudande om besök eller behandling inom de tider bestämmelserna om vårdgarantin anger – innehöll patientenkäten specifika frågor utifrån de tidsgränser som gäller enligt förordningen (2010:349) om vårdgaranti (se ruta om vårdgarantin).

Vårdgarantin

"Vårdgarantin enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska innehålla en försäkran om att landstingen uppfyller

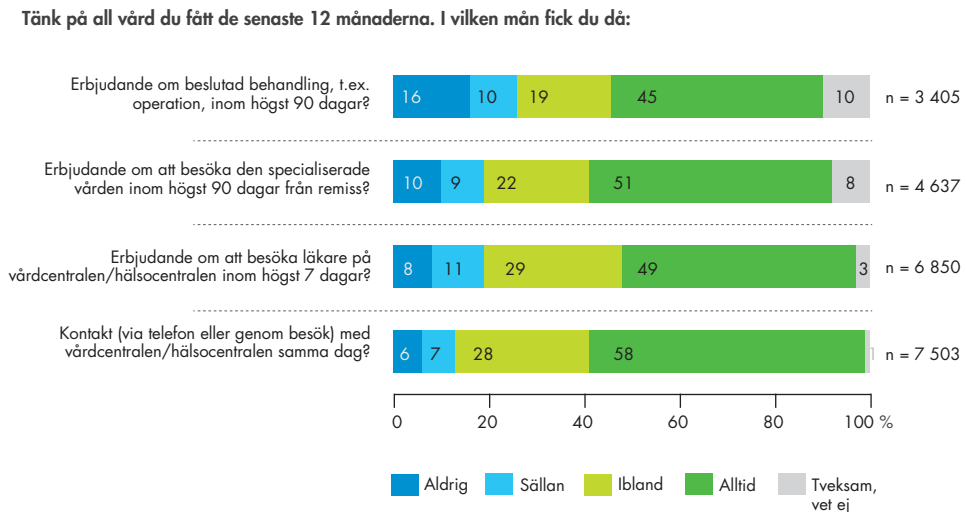
1. tillgänglighetsgarantin samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. besöksgarantin inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare,
3. besöksgarantin inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, och
4. behandlingsgarantin inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården."

Källa: Förordning (2010:349) om vårdgaranti.

Enligt resultaten från patientenkäten har inte alla patienter fått vård enligt vårdgarantins tidsgränser. Cirka 85 procent av patienterna menade att de oftast fått kontakt med primärvården samma dag och knappt 80 procent ansåg att de alltid eller ibland fått besöka läkare i primärvården inom 7 dagar (figur 7). Sämst upplevelser har patienterna av att få behandling inom 90 dagar; 65 procent svarade alltid eller ibland. Den specialiserade vården upplevs således vara något sämre på att uppfylla vårdgarantin än primärvården.

Det ska samtidigt noteras att det är en större andel som svarat ”tveksam, vet ej” på frågorna om vårdgarantin inom 90 dagar har tillgodosetts. Det kan bero på att det är svårt att i efterhand bedöma eller minnas om det tog tre eller fyra månader innan man fick besöka specialistvården eller påbörja sin behandling.

Figur 7. Patienternas upplevelser av om de fått vård enligt vårdgarantins gränser.



Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

De svårt sjuka patienterna har i stort sett liknande upplevelser av att få vård inom vårdgarantins tidsgränser som övriga patienter. De svårt sjuka tycks ha något bättre upplevd tillgänglighet till behandling inom 90 dagar. Vi ser inte att vårdnadshavare eller barns uppfattningar om att få vård enligt vårdgarantins tidsgränser skiljer från patientgruppen.

Äldre patienter uppger oftare än yngre att de har erbjudits vård inom vårdgarantin. En större andel av de äldre (64 procent) ansåg jämfört med gruppen 44 år eller yngre (49 procent) att den första kontakten med vården

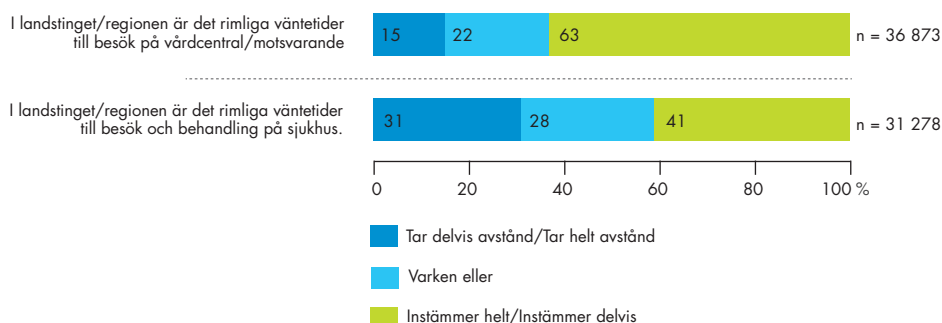
skett samma dag. De äldre gav också en positivare bild av möjligheterna att få besöka och få behandling inom 90 dagar i specialistvården (53 procent för gruppen äldre respektive 37 procent för gruppen yngre).

Trots att patienterna inte upplever att landstingen lever upp till vårdgarantin är det få som säger sig ha blivit erbjudna behandling i annat landsting: åtta procent av de patienter som sällan eller aldrig fått behandling inom vårdgarantins 90 dagar (918 patienter) svarade att de hade blivit erbjudna vård i annat landsting. Dessutom var det ytterligare nio procent som inte blivit erbjudna vård i annat landsting trots att de aktivt bett om detta.

4.4 ANDRA STUDIER VISAR OCKSÅ PÅ BRISTER I TILLGÄNGLIGHETEN

I SKL:s Vårdbarometern och Nationell Patientenkät ställs frågor om huruvida patienterna upplever väntetiderna till besök och behandling som rimliga eller acceptabla. Frågorna är inte direkt jämförbara med vår undersökning, men en vidare tolkning av svaren visar att andelen som upplever brister i tillgängligheten till primärvården och specialistvården överensstämmer ganska väl med resultaten från vår undersökning – mellan 15 och 30 procent uppfattade väntetiden som lång eller orimlig (se figur 8 för Vårdbarometern och figur 9 för Nationell Patientenkät). I vår patientenkät svarade knappt 20 procent att de sällan eller aldrig fick besöka primärvården inom sju dagar och drygt 25 procent att garantin till behandling i specialistvården inte efterlevdes.

Figur 8. Patienters upplevelser av väntetider till vårdcentral och sjukhus enligt Vårdbarometern, år 2014.

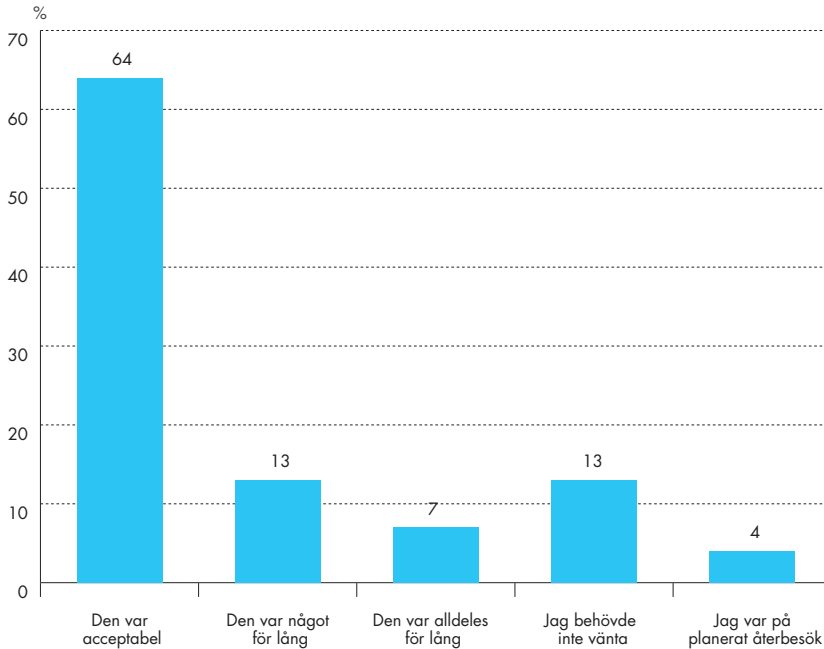


Källa: Vårdbarometern, SKL 2014c.

Figur 9. Patienters upplevelser av väntetider i primärvården enligt Nationell Patientenkät, år 2013.

Vad anser du om tiden du fick vänta?

n = 99 730



Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2013.

4.5 SKILLNADER I RAPPORTERAD OCH UPPLEVD TILLGÄNGLIGHET ENLIGT VÅRDGARANTIN

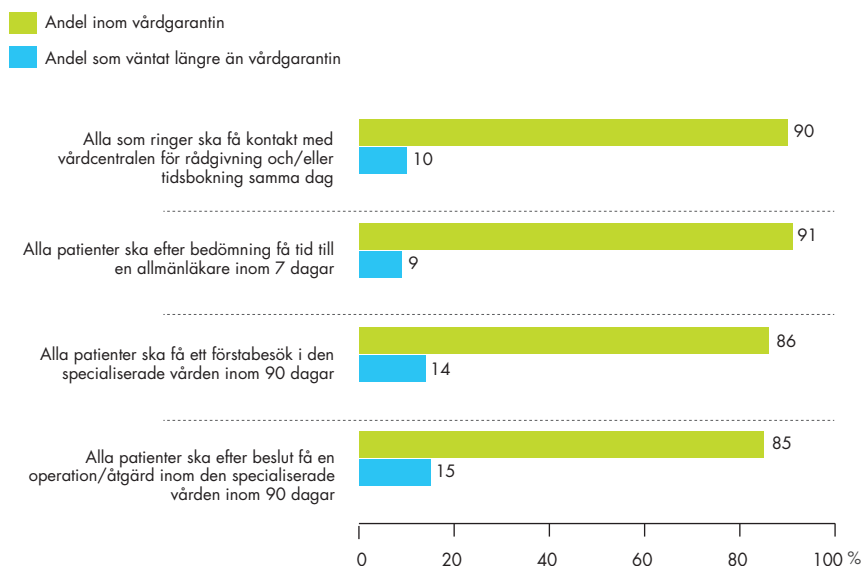
Sedan 2009 har regeringen skjutit till ersättning kopplat till vårdgarantin. Detta har skett i en årlig överenskommelse mellan SKL och regeringen om en så kallad ”kömiljard” (Regeringskansliet och SKL 2014). För att följa upp följsamheten rapporterar respektive landsting och region månadsvis in aktuella väntetidsuppgifter i den gemensamma väntetidsdatabasen och resultatet presenteras på webbplatsen Väntetider i vården (SKL 2014d).

En sammanställning över inrapporterade väntetider till och med oktober 2014 visar att vården i hög grad uppfyller vårdgarantin. Till exempel fick 91 procent av patienterna besöka en allmänläkare inom sju dagar och 86 procent fick besöka specialistvården inom 90 dagar (figur 10). Baserat på svaren från vår patientenkät blir bilden av vårdgarantins måluppfyllelse inte lika positiv.



Knappt 80 procent av de tillfrågade patienterna upplevde att de fått besöka en läkare på vårdcentral inom sju dagar och drygt 70 procent att de fått besöka specialistvården inom 90 dagar. Vad skillnaden mellan patienternas bild och inrapporterade väntetider beror på är oklart och det kan finnas anledning att undersöka detta ytterligare.

Figur 10. Vårdgarantins måluppfyllelse enligt Väntetidsdatabasen, år 2014.



Källa: Väntetider i vården, SKL 2014d.

Information

En majoritet av patienterna (drygt 90 procent) uppfattar att den information som lämnas alltid eller ibland är lätt att förstå. I stort sett lika många patienter anser att de oftast fått tillräckligt med information och vid rätt tillfälle. Samtidigt är det färre som anser att de alltid får tillräckligt med information vid rätt tillfälle än de som alltid upplever att informationen är lätt att förstå. Cirka 60 procent av patienterna upplever att närstående fått information i deras ställe när det varit aktuellt. Behovet av att ge skriftlig information tillgodoses i lägre grad – var femte patient upplever att hen sällan eller aldrig fått det även om hen bett om det eller behövt det. Svårt sjuka patienter uppfattar sig i mindre utsträckning tillräckligt informerade än övriga patienter och yngre upplever att de informeras i lägre grad än äldre.

Vården har en förbättringspotential för de informationskrav som gällt sedan tidigare. Var femte patient angav till exempel att de sällan eller aldrig informerats om deras eftervård och vilka symptom de ska vara uppmärksamma på när de kommer hem.

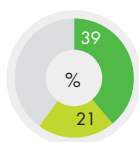
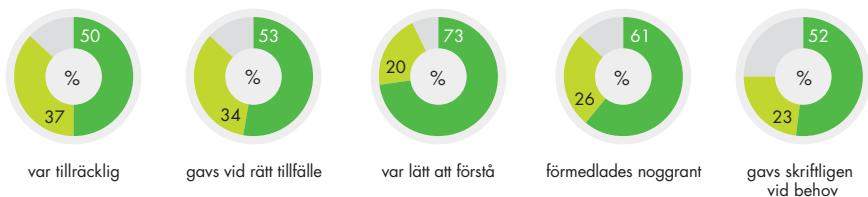
De områden som tycks ha störst förbättringspotential är som förväntat de områden som inte gällt sedan tidigare såsom att informera om patienters möjligheter att välja fast vårdkontakt och informera om möjligheten till en ny medicinsk bedömning. En majoritet av patienterna i enkäten, 60 procent, menade att de sällan eller aldrig i sina kontakter med vården under det senaste året fått sådan information. Skyldigheten att informera om vårdgarantin och val av utförare visar på liknande resultat.

I tre av tio verksamheter upplever chefen att individuellt anpassad patientinformation enligt lagens intention är en integrerad del av verksamheten.



Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patients åsikt om informationen:

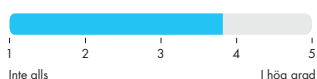


riktades vid behov till närstående

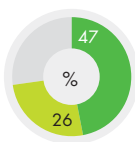
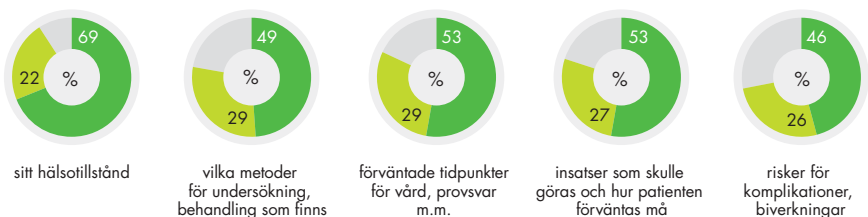


Chefers åsikt om verksamheten lever upp till patientlagens intentioner om:

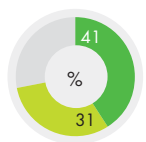
Information/samtycke/delaktighet



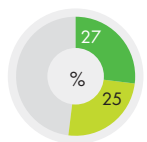
Patients åsikt om i vilken mån de fick information om:



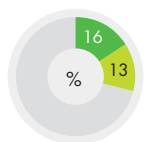
eftervård



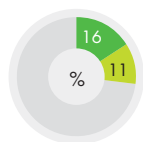
metoder för att förebygga sjukdom



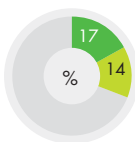
möjligheter att välja behandlingsalternativ



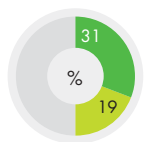
möjligheter att välja annan utförare



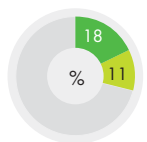
möjligheter att få ny medicinsk bedömning



vårdgarantin



möjlighet att få fast läkarkontakt



möjlighet att få fast vårdkontakt



5.1 PATIENTLAGEN OM INFORMATION

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 3 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

3 kap. Information

1 § Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, *(förtydligande)*
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet, *(förtydligande)*
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, *(förtydligande)*
7. eftervård, *(förtydligande)* och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

2 § Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ *(ny)*, fast läkarkontakt *(ny)* samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning *(ny)* och en fast vårdkontakt *(ny)*,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz *(ny)*.

3 § När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§. *(Förtydligande)*

4 § Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne. *(Ny begränsning "såvitt möjligt")*

5 § Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

6 § Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras. (Förtydligande av på vilka grunder anpassningar ska göras)

7 § Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det. *(Ny)*

Källa: Patientlagen (2014:821)



Kort om kapitlets bestämmelser

Ett flertal undersökningar och mätningar under de senaste åren visar på brister i bemötande av patienter och i kommunikationen mellan vårdgivare och patienter (prop. 2013/14:106 s. 47). Information och kommunikation tas upp som centrala frågor i patientlagens förarbeten vilket också gjorts i flera lagstiftningsarbeten tidigare (bland annat prop. 1978/79:220 s. 44, prop. 1981/82:97 s. 58–59, prop. 1998/99:4 s. 23–24, prop. 2009/10:67 s. 17, 47 ff, SOU 2013:2 s. 165 ff, prop. 2013/14:106 s. 47). Det uttrycks bland annat att "Informationsplikten är en av hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande skyldigheter" (prop. 1978/79:220 s. 44). Vidare understryks att information behövs för att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om hen vill acceptera den vård som erbjuds. Information bidrar till att patienten kan känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja eller minska ovisshet och göra det möjligt att planera. Bristfällig information kan i stället uppfattas som bristande respekt eller dåligt bemötande. Möjligheten till information framhålls därför vara av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården och bör därför genomsyra hela hälso- och sjukvården enligt förarbetena (SOU 2013:2 s. 165, prop. 2013/14:106 s. 47).

Mot denna bakgrund har informationsplikten omfattning och innehåll samlats ihop och preciserats i den nya patientlagens tredje kapitel. Här ställs även krav på att informationen ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar och att den som lämnar informationen måste försäkra sig om att mottagaren förstår den. De flesta kraven på information har dock gällt sedan tidigare enligt HSL och patientsäkerhetslagen, men några nya krav har förts in.

I 1 § anges inledningsvis att informationen ska innehålla uppgift om *hälsotillstånd* (**punkten 1**). Härmed avses enligt förarbetena bland annat att den ska omfatta resultatet av undersökningar, provtagningar och liknande (prop. 2013/14:106 s. 114) och det är ett informationskrav som funnits sedan långt tidigare, bland annat i HSL sedan 1983 (se prop. 1978/79:220 s. 43–44, prop. 1981/82:97 s. 119, prop. 2013/14:106 s. 114). Sedan tidigare gäller också att *metoder för undersökning, vård och behandling* ska ingå i informationen (**punkten 2**). Krav på information om behandlingsmetoder fanns med i bland annat HSL från 1983 och har preciserats under årens lopp till den nuvarande lydelsen, bland annat 1999. I informationskravet ingår inte enbart metoder som används i det egna landstinget utan även metoder som används i andra landsting och utomlands. En förutsättning är att metoderna är i enlighet med internationell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt så pass vedertagna att det är rimligt att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till dem (prop. 2013/14:106 s. 114). Ytterligare en informationspunkt som gällt sedan tidigare avser information om *metoder för att förebygga sjukdom eller skada* (**punkten 8**). Den informationspunkten tillkom i ett sammanhang, år 1985, när lagstiftaren ville understryka vikten av att hälso- och sjukvården ska arbeta även förebyggande (prop. 1984/85:181 s. 1–2, 94).

Ett antal informationspunkter i 1 §, (**punkterna 4–7**), innehåller förtydliganden av vad som i stort sett kan sägas ha gällt i sak redan sedan tidigare enligt HSL och patientsäkerhetslagen (prop. 2013/14:106 s. 114). Informationen ska omfatta *tidpunkten när patienten kan förvänta sig att få vård* (**punkten 4**). I det ingår till exempel kallelser och information om hur och när resultat av provtagningar och undersökningar förväntas komma. Ett krav som gäller oavsett kopplingar till vårdgarantin (prop. 2013/14:106

(Forts. Kort om kapitlets bestämmelser)

s. 48). Information ska även lämnas om *det förväntade vård- och behandlingsförloppet (punkten 5)*. Med det menas en beskrivning av vad patienten normalt sett kan förvänta sig, vilka åtgärder som är aktuella och följderna av dem, men även hur patienten kan antas må och fungera efter att ha fått vård (prop. 2013/14:106 s. 114). Ytterligare ett krav är att informationen ska innehålla uppgifter om *väsentliga risker för komplikationer och biverkningar (punkten 6)*. Kravet är inte tänkt att omfatta alla tänkbara risker och komplikationer som ett ingrepp kan leda till. I propositionen formuleras det som att "Kravet på information måste i denna del stå i rimligt förhållande till den planerade behandlingen" (prop. 2013/14:106 s. 114). Ett närliggande informationskrav omfattar *effervård (punkten 7)*, det vill säga den uppföljande behandlingen och omvårdnaden. Det kan till exempel handla om information om läkemedelsbehandling, diet, rehabilitering eller symptom att vara uppmärksam på (prop. 2013/14:106 s. 48, 114).

Ett relativt nytt krav på information har förts in i paragrafen som innebär att information ska lämnas om *de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning (punkten 3)*. Patienten ska få information om vilka hjälpmedel som finns att tillgå och om möjligheterna att påverka vilket hjälpmedel som förskrivs (prop. 2013/14 s. 106, 114) (se vidare under kapitel 7). Bestämmelsen motsvarar i sak vad som gällt sedan 1 juli 2014 enligt HSL och patientsäkerhetslagen (prop. 2013/14 s. 106, s. 114).

Bestämmelsen i 1 § patientlagen är utformad som att "patienten ska få" den information som kommenterats ovan, det vill säga som ett kategoriskt krav. Avsikten är dock att informationen i praktiken ska anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet (prop. 2013/14:106 s. 49). Lagrådet påtalade att bestämmelsen därför borde formuleras på ett sådant sätt att det tydligt framgår att det ska ske en anpassning och att "patienten ska få den information som behövs". Regeringen gjorde dock bedömningen att formuleringen skulle kvarstå och förbli kategorisk och utan begränsningar för att få så stor genomslagskraft som möjligt. I propositionen uttalas att det ligger i sakens natur att det måste ske en anpassning och därför inte behöver anges särskilt i lagtexten (prop. 2013/14:106 s. 49). Det är samtidigt viktigt att notera att paragrafen inte ska läsas som att den är uttömmande. Om patienten behöver ytterligare information ska sådan ges. Sammanfattningsvis ska informationen således anpassas efter vad som är relevant och behövs i det enskilda fallet (prop. 2013/14:106 s. 114).

I 2 § har ett antal delvis nya informationsskyldigheter förts in. Det gäller information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad vård, möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och fast vårdkontakt. Här ingår även information om vårdgarantin som motsvarar ett informationskrav enligt HSL sedan tidigare. Enligt tidigare bestämmelser har vården haft en skyldighet att erbjuda till exempel ny medicinsk bedömning och fast vårdkontakt, men det har inte formulerats som ett krav på att också informera om detta utan mer följt av skyldigheten i sig. Bestämmelsen omfattar även krav på information om möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz. Kravet omfattar dock inte att vårdpersonalen ska redogöra för det EU-rättsliga regelverket eller bedöma om patienten har möjlighet att få ersättning (prop. 2013/14:106 s. 115).

Information enligt 2 § behöver, på samma sätt som 1 §, bara lämnas när det är aktuellt i det enskilda fallet (prop. 2013/14:106 s. 115).



(Forts. Kort om kapitlets bestämmelser)

I 3–7 §§ anges krav på att information på olika sätt ska anpassas till mottagaren. Här stadgas att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få informationen (3 §). Detta kan sägas vara ett förtydligande av hur vården ska förhålla sig enligt de allmänna bestämmelserna som gäller sedan tidigare enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken (1949:381) och som anger att vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, men i takt med att barnet blir äldre och utvecklas ska ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (prop. 2013/14:106 s. 68, 116). I det sammanhanget är även offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) intressant eftersom den kan begränsa vårdnadshavarens tillgång till information om barnet i vissa fall (prop. 2013/14:106 s. 116).

I 4 § finns en bestämmelse som anger att om information inte kan lämnas till patienten ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till patienten. Bestämmelsen motsvarar i sak vad som gällt sedan tidigare, bland annat enligt 2 b § HSL och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen och dess föregångare sedan 1980-talet. En justering har dock gjorts genom tillägget att informationen ska lämnas "såvitt möjligt". Härmed avses till exempel att patienten saknar närstående eller att de närstående inte kan nå inom den tid som står till buds (prop. 2013/14:106 s. 117). Information får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar det, 5 §. I sak innebär bestämmelsen ingen nyhet mot vad som gällt sedan tidigare enligt regelverken kring offentlighet och sekretess. Det har också funnits bestämmelser om detta i 2 b HSL och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen, men där med en lite annorlunda formulering (prop. 2013/14:106 s. 117).

Av central betydelse är bestämmelsen om att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (6 §). Redan sedan tidigare gäller enligt 2 b HSL och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen att informationen ska vara individuellt anpassad. I förarbetena till HSL på 1980-talet betonades vikten av individanpassning (prop. 1981/82:97 s. 58–59). Eftersom informationen trots allt visade sig brista preciserades informationsplikten 1999 och det var då lydelsen "patienten ska ges individuellt anpassad information" fördes in i lagtexterna. Den nya lydelsen i patientlagen syftar nu till att precisera krav på anpassningen ytterligare. I förarbetena nämns bland annat att anpassning av informationen ska ske efter utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, livssituation eller andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges (prop. 2013/14:106 s. 117–118). Det förs även fram att vården vid behov bör anlita tolk och har en skyldighet att utforma sin information så att den blir tillgänglig för alla (prop. 2013/14:106 s. 117–118). Att mottagaren förstår den information som lämnas genom en form av dialog förs i förarbetena fram som en förutsättning för att lagens bestämmelser om samtycke, delaktighet och valmöjligheter ska få genomslag i praktiken (prop. 2013/14:106 s. 118). Mot bakgrund av det har informationskravet preciserats på så sätt att det anges att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (7 §) (prop. 2013/14:106 s. 118). Utifrån att många kan ha svårt att fullt ut ta till sig all den information som lämnas muntligen vid ett vårdbesök har det införts ett nytt krav på att informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det (7 §) (prop. 2013/14:106 s. 118). Mottagarens önskan om att avstå från information ska också respekteras, vilket regleras i 6 §.

5.2 PATIENTERNA ANSER ATT INFORMATIONEN ÄR LÄTT ATT FÖRSTÅ

I den aktuella baslinjemätningen tillfrågades patienterna bland annat om vad de blivit informerade om i sina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, hur denna information lämnats och i vilken mån informationen hade varit lätt att förstå.

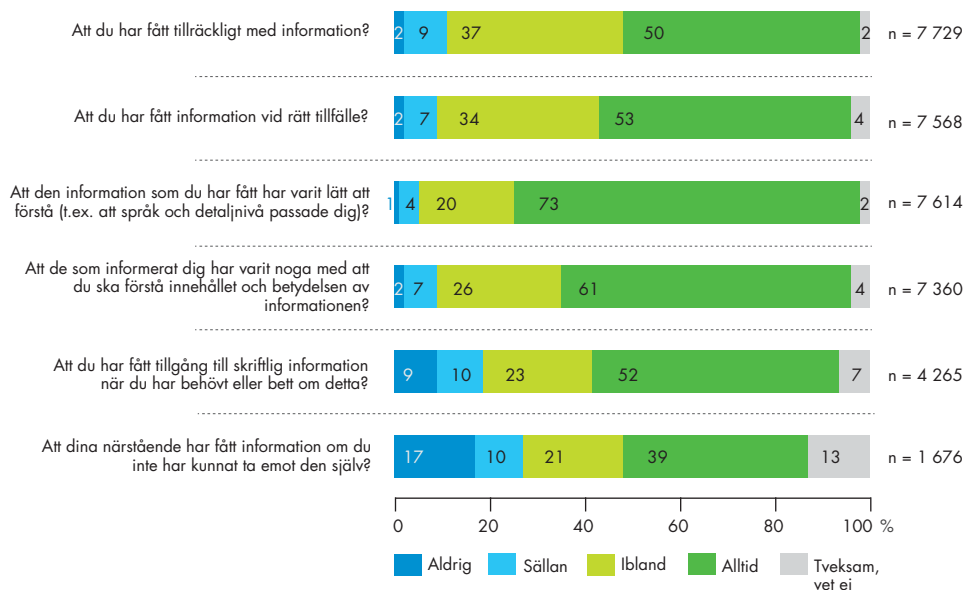
Majoriten av patienterna (93 procent) uppfattade att den information som lämnats till dem var lätt att förstå. Flertalet (drygt 70 procent) upplevde dessutom att den alltid varit lätt att förstå (figur 11). Däremot är bilden inte lika positiv när det gäller patienternas erfarenheter av att få tillräckligt med information och vid rätt tillfälle. Närmare 90 procent ansåg att de oftast fått tillräcklig information eller information vid rätt tillfälle, men endast hälften svarade att de alltid fått det.

Vården uppfattas av patienterna som sämre på att ge skriftlig information och att informera närstående när patienterna själva inte kan ta emot den. Av de patienter som ansåg att det varit aktuellt att lämna information till närstående upplevde 60 procent att deras närstående alltid eller ibland hade fått informationen i deras ställe. Nästan en femtedel av patienterna ansåg att de sällan eller aldrig har fått skriftlig information trots att de bett om eller behövt detta. Liknande resultat presenteras också i Nationell Patientenkät. Av de patienter som besökt specialistvården ansåg var femte tillfrågad att de saknade skriftlig information om sin vård och behandling (SKL 2014a).



Figur 11. Patienternas upplevelser av den information som lämnats.

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

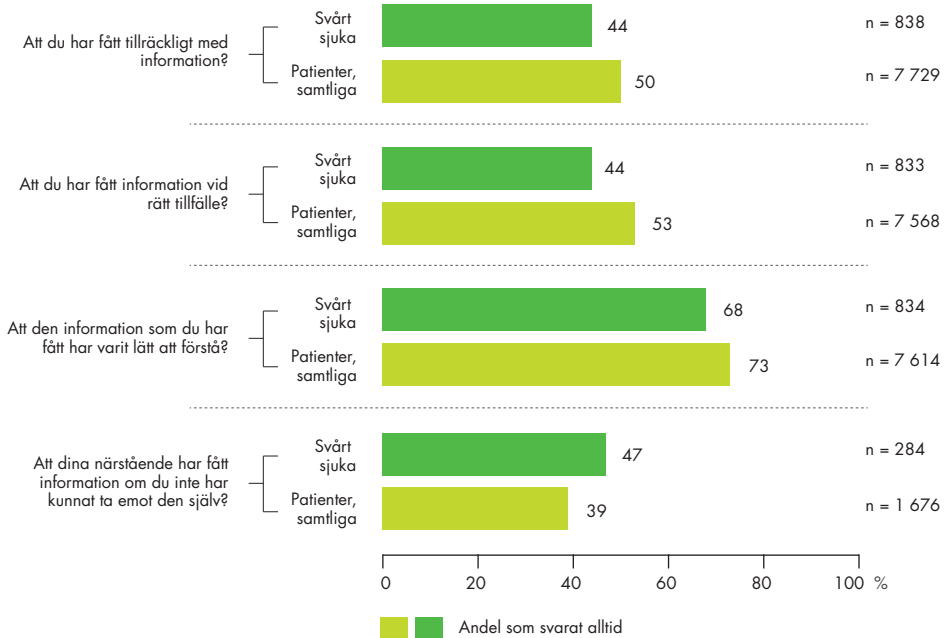


Not: respondenter som svarat att de inte är i behov av information är exkluderade

För svårt sjuka kan det vara av särskild vikt att informationen förmedlas på ett sätt som gör att patienten känner sig tillräckligt informerad. Resultaten visar att svårt sjuka tycks ha sämre upplevelser av informationen än övriga patienter (figur 12). Svårt sjuka patienter svarade i lägre grad att de alltid blivit tillräckligt informerade och fått informationen vid rätt tillfälle.

Figur 12. Svårt sjukas och övriga patienters upplevelse av den information som lämnats.

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



Not: respondenter som svarat att de inte är i behov av information är exkluderade

Yngre patienter (44 år eller yngre) upplever genomgående att informationskraven tillgodoses i lägre grad jämfört med den äldsta åldersgruppen (65 år eller äldre). Till exempel svarade 37 procent av de yngsta att de alltid har fått tillräcklig information, att jämföra med 64 procent av de äldsta. Det var också färre yngre än äldre som menade att de fått informationen vid rätt tillfälle (43 jämfört med 65 procent).

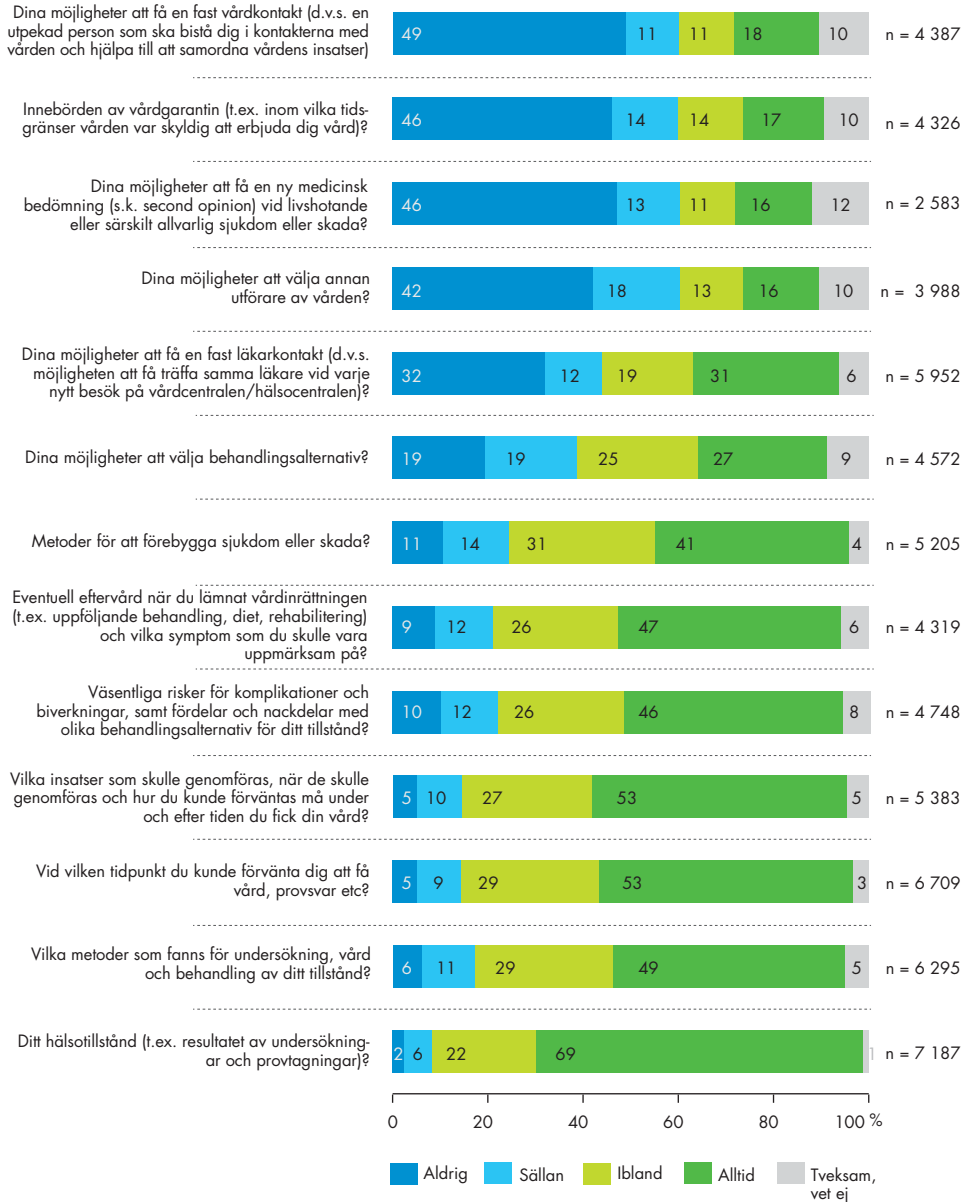


5.3 FÖRBÄTTRINGSPOTENTIAL FÖR INFORMATIONSKRAV SOM GÄLLT SEDAN TIDIGARE

Vilken information som vården ska ge till patienterna har förtydligats och utvidgats med den nya patientlagen, men många krav med samma innehåll har gällt redan tidigare enligt andra lagar.

Resultaten av patientenkäten visar att vården har förbättringspotential när det gäller de informationskrav som gällt sedan tidigare. Till exempel ansåg cirka 20 procent av patienterna att de sällan eller aldrig fått information om den eftervård och vilka symptom man ska vara uppmärksam på när man kommer hem. Cirka 15 procent ansåg att de sällan eller aldrig fått information om metoder för undersökning och behandling. En lika stor andel angav att de inte hade informerats om vilka insatser som skulle genomföras, när det skulle ske och hur de förväntades må (figur 13).

De områden som vårdgivaren tycks ha störst förbättringspotential inom rör information om patientens möjlighet att välja annan utförare av vården, möjligheten till en ny medicinsk bedömning, innebörden av vårdgarantin samt möjligheten att få en fast vårdkontakt. En majoritet av patienterna, 60 procent, menade att de sällan eller aldrig fått sådan information i sina kontakter med vården under det senaste året. Vissa av dessa lagkrav är nya, varför vi inte heller kan förvänta oss en hög efterlevnad. Resultaten är inte förvånande eftersom vissa av dessa lagkrav, såsom information om möjligheten till ny medicinsk bedömning och att få en fast vårdkontakt, är nya. En något positivare bild visar patientsvaren för information om möjligheterna att välja behandlingsalternativ och att få en fast läkarkontakt, men förbättringspotential ses även här. Av de patienter som menade att de hade behov av information om behandlingsalternativ var det cirka 40 procent som svarade att de sällan eller aldrig informerats om detta (figur 13).

Figur 13. Patienternas upplevelser av att ha fått information i sina kontakter med vården.**I vilken mån har du i dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna fått information om:**

Not: respondenter som svarat att de inte är i behov av information är exkluderade

Vårdnadshavare upplevde att informationen tillgodoses i lägre grad än patienter. Till exempel uppgav 30 procent av vårdnadshavarna att de sällan eller aldrig informerats om möjligheten att välja behandlingsalternativ jämfört med 40 procent av patienterna. Skillnader mellan grupperna ses även i deras upplevelser av information om fast läkarkontakt och innebörden av vårdgarantin.

Att få information om sitt hälsotillstånd är centralt för patienten i sina kontakter med vården. Flertalet av de tillfrågade patienterna (91 procent) i vår patientenkät hade också fått denna information. Liknande resultat presenteras också i Nationell Patientenkät: 6 procent angav att de inte fått tillräcklig information om sitt hälsotillstånd när de besökt primärvården (SKL 2013). Samtidigt visar våra resultat att barn mer sällan informeras om deras hälsotillstånd. Av de vårdnadshavare som deltagit i undersökningen ansåg tre av fyra att deras barn hade behov av att få information om sitt hälsotillstånd. Av dem var det däremot endast 57 procent som upplevde att barnet alltid informerats om sitt hälsotillstånd i kontakten med vården. Motsvarande andel bland vuxna var 69 procent.

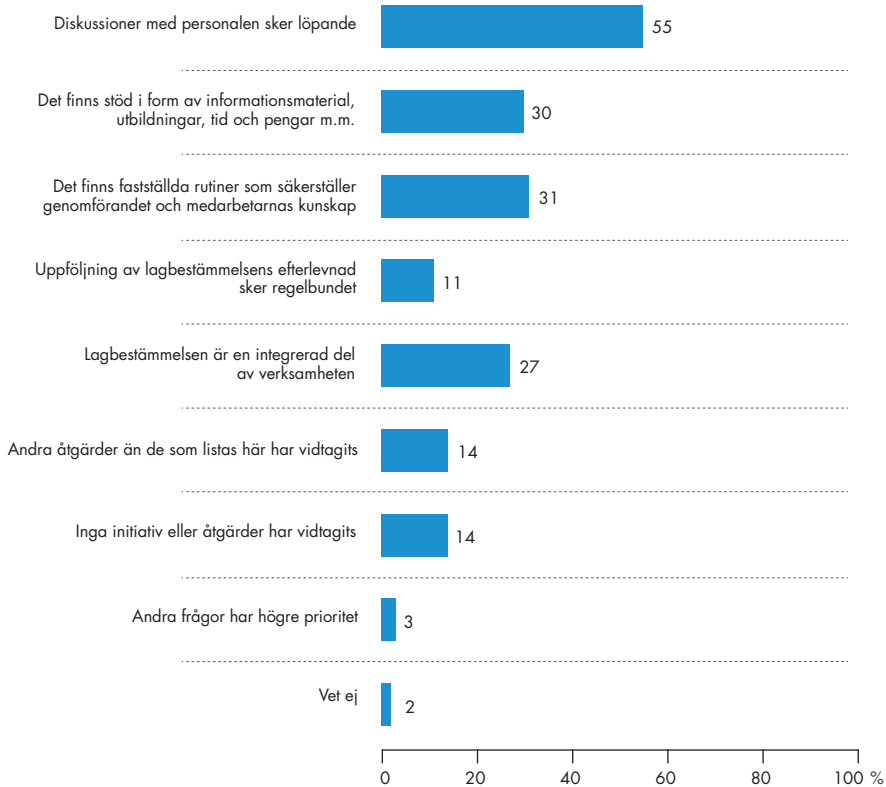
5.4 TRE AV TIO CHEFER ANSER ATT INDIVIDUELLT ANPASSAD INFORMATION ÄR EN INTEGRERAD DEL AV VERKSAMHETEN

I chefsenkäten bad vi verksamhetschefer ange vilka åtgärder som de hittills vidtagit för att verksamheten ska kunna ge patienten individuellt anpassad information. Varannan chef angav att de för en löpande diskussion med personalen om detta (figur 14). Tre av tio chefer uppgav också att verksamheterna hade stöd i form av informationsmaterial och fastställda rutiner för genomförandet. En lika stor andel menade att lagbestämmelsen var en integrerad del av verksamheten.

Figur 14. Verksamhetschefers åtgärder för att uppfylla patientlagens bestämmelser om individuellt anpassad information.

Vilka initiativ eller åtgärder har du som chef hittills vidtagit för att verksamheten ska kunna uppfylla patientlagens skyldigheter angående att erbjuda individuellt anpassad information? (till exempel information om fast läkarkontakt, var av behandlingsalternativ och hur man framför klagomål)?

n = 552



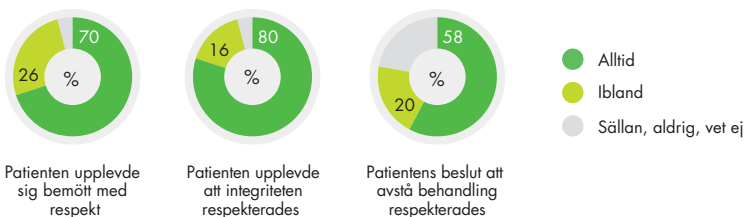
Samtycke

Även om vården ofta respekterar patienternas integritet ses en förbättringspotential. Till exempel upplever 70 procent av patienterna att de alltid får ett respektfullt bemötande och ytterligare 26 procent att det sker ibland. Kvinnor upplever mer sällan än män att de blir respekterade. Även svårt sjuka patienter tycks i lägre grad bli bemötta med respekt även om skillnaderna är små.

Av de patienter som någon gång under de senaste 12 månaderna haft skäl att avstå behandling, ansåg knappt 80 procent av patienterna i enkäten att vården oftast respekterade deras beslut. Även i denna fråga ser vi att kvinnor upplever sig mindre respekterade än män.

Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patienters åsikt om samtycke:



Chefers åsikt om verksamheten lever upp till patientlagens intentioner om:

Information/samtycke/delaktighet



6.1 PATIENTLAGEN OM SAMTYCKE

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 4 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

4 kap. Samtycke

1 § Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

2 § Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. *(Gällde tidigare enligt grundlag regeringsformen och praxis)* Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. *(Ny)* Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden. *(Gällde tidigare enligt praxis, nu reglerat i lag)*

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra. *(Gällde tidigare enligt praxis, nu reglerat i lag)*

3 § När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. *(Tidigare följde detta av bestämmelser i föräldrabalken och av praxis)*

4 § Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. *(Har ursprung i brottsbalkens bestämmelser om nöd och gällde tidigare enligt praxis)*

Källa: Patientlagen (2014:821)

Kort om kapitlets bestämmelser

I patientlagens fjärde kapitel finns bestämmelser om självbestämmande, integritet och samtycke.

Inledningsvis slås fast att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (**1 §**). En bestämmelse med motsvarande innehåll har gällt sedan tidigare enligt 2 a § HSL och har funnits i den lagen sedan 1983 när den trädde i kraft (se prop. 1981/82:97 s. 117–118, prop. 2013/14:106 s. 119).

I **2 §** anges att vård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Denna grundläggande princip gäller redan sedan tidigare (se 2 kap. 6 § regeringsformen, prop. 1981/82:97 s. 118, prop. 2013/14:106 s. 56). Även här är syftet med att ta med bestämmelsen i patientlagen att tydliggöra principen för de berörda parterna (prop. 2013/14:106 s. 119). För att kunna lämna ett giltigt samtycke måste patienten först ha fått den information som behövs för att kunna fatta ett beslut. Därför har det även förts in en hänvisning till att patienten ska få information enligt 3 kap. innan samtycke inhämtas. Det har dock inte förts in något formkrav i patientlagen för hur samtycke till vård eller behandling ska lämnas. Patienten kan därmed lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom sitt handlande, så kallat konkludent samtycke (prop. 2013/14:106 s. 119). Ett samtycke kan när som helst tas tillbaka enligt bestämmelsen.

Barns inflytande över sin vård kräver särskilda överväganden. Genom åren har en praxis kring barn utvecklat baserat på 6 kap. 11 § föräldrabalken (1949:381) där det anges att barnets synpunkter och önskemål ska tillmätas betydelse i takt med barnets stigande ålder och utveckling. För att tydliggöra att det är detta som gäller har denna praxis tagits in i 4 kap. **3 §** patientlagen (prop. 2013/14:106 s. 119). I paragrafen regleras därför att barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska kartläggas så långt som möjligt och att barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans ålder och mognad. Vilken mognad som krävs måste enligt förarbetena utredas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av den planerade vårdens art och angelägenhetsgrad (prop. 2013/14:106 s. 120).

I kapitlets **4 §** har det förts in en regel om akuta situationer när patientens vilja inte kan utredas. Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans vilja inte kan utredas på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak. Bestämmelsen utgör således ett undantag från huvudregeln att vård inte får ges utan samtycke och kan aktualiseras i vissa typer av nödsituationer (prop. 2013/14:106 s. 120). Tidigare har liknande situationer hanterats genom tillämpning av bestämmelser om nöd i 24 kap. 4 § brottsbalken. Enligt förarbetena har det dock ansetts att frågan bör regleras i den lag där det finns bestämmelser om patientens ställning, patientlagen, och inte genom att tolka de allmänna reglerna i brottsbalken (prop. 2013/14:106 s. 60).

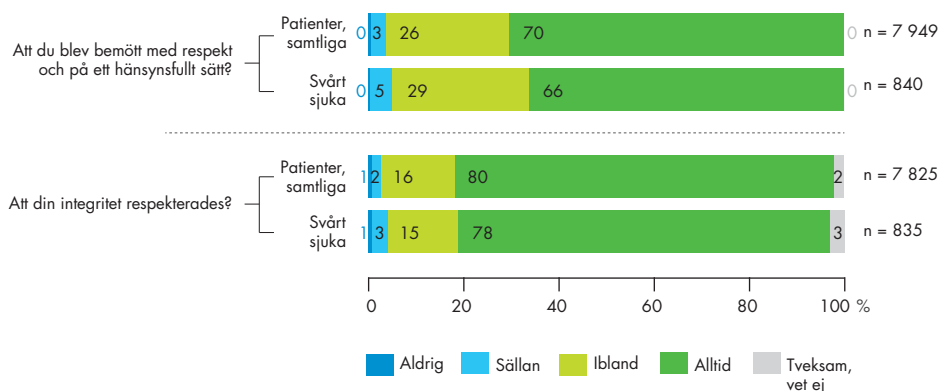


6.2 PATIENTERNA ANSER ATT DE BLIR BEMÖTTA MED RESPEKT

I vårt insamlade material ansåg 70 procent av patienterna att de alltid blev bemötta med respekt i sina kontakter med vården och ytterligare 26 procent att de blir det ibland (figur 15). Något fler, 80 procent, ansåg att vården alltid respekterade deras integritet. Inga stora skillnader ses mellan svårt sjuka och övriga patienter, men resultaten tyder på att resultaten är något svagare för gruppen svårt sjuka.

Figur 15. Samtliga patients och svårt sjukas upplevelser av bemötande och respekt för integritet.

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

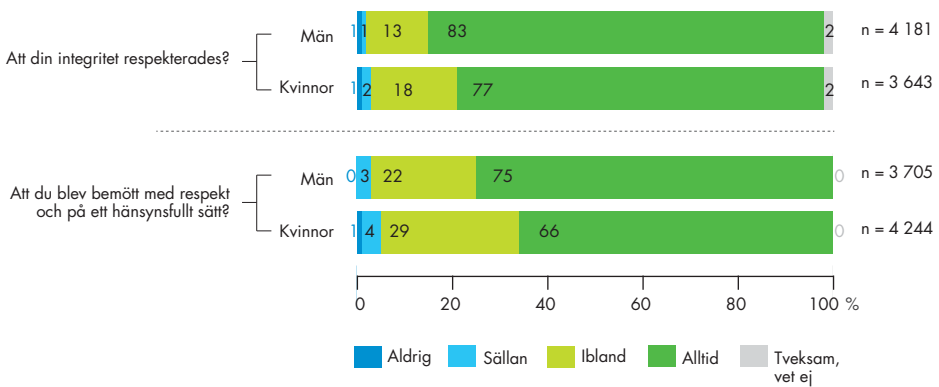


Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

Kvinnor upplevde mer sällan än män att de alltid blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt i kontakterna med vården (66 respektive 75 procent) (figur 16). Mönstret är detsamma i deras upplevelser av hur vården respekterar deras integritet, även om skillnaderna mellan män och kvinnor är små (77 procent för kvinnor och 83 procent för män).

Figur 16. Patienters upplevelser av om de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, fördelat på kvinnor och män.

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



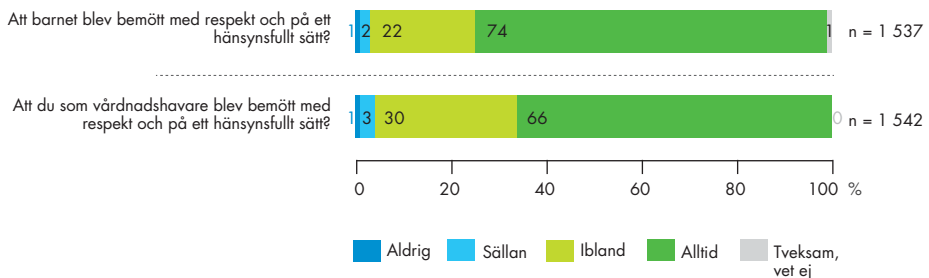
Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

Yngre patienter ansåg i lägre grad än äldre att de alltid har mötts med respekt och att deras integritet respekterats. Till exempel ansåg 57 procent av de yngre att de alltid blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, att jämföra med 84 procent för de äldsta.

Vårdnadshavare uppfattar, i jämförelse med hur de själva blir bemötta som vårdnadshavare, att barnen i högre grad blir bemötta med respekt. 74 procent av vårdnadshavarna uppgav att barnen alltid blev bemötta på detta sätt, jämfört med 66 procent i förhållande till dem själva.

Figur 17. Vårdnadshavares uppfattning om hur de och deras barn blev bemötta.

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

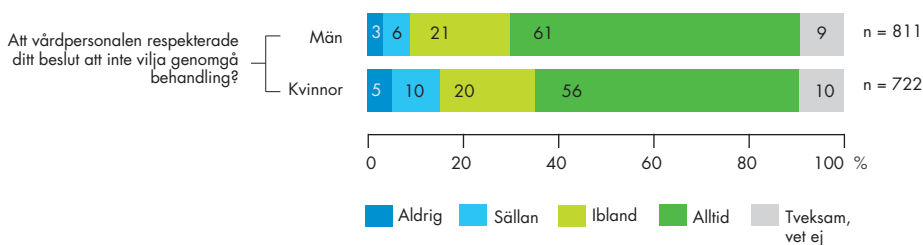


Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

Patienter har möjlighet att avstå från vård och behandling (4 kap. 2 § patientlagen). Av det insamlade materialet framgår att patienternas beslut att avstå behandling inte alltid respekteras. Cirka 20 procent av patienterna besvarade frågan om deras beslut att avstå behandling hade respekterats. Av dem svarade cirka 80 procent av patienterna att deras vilja att avstå från behandling alltid eller ibland respekterats. Kvinnors beslut tycks respekteras mer sällan även i denna fråga (figur 18). Vi ser ingen skillnad mellan svårt sjuka och övriga patienter i denna fråga.

Figur 18. Patienters upplevelser av att deras beslut om att avstå behandling respekterades, fördelat på män och kvinnor.

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



Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

Delaktighet

De flesta patienter, 90 procent, upplever det som viktigt att få vara med och bestämma om sin egen vård och behandling och tre fjärdedelar uppfattar det som viktigt att närstående ges möjlighet att vara delaktiga i vården. Kvinnor ser medbestämmande och närståendes delaktighet som viktigare än vad män gör.

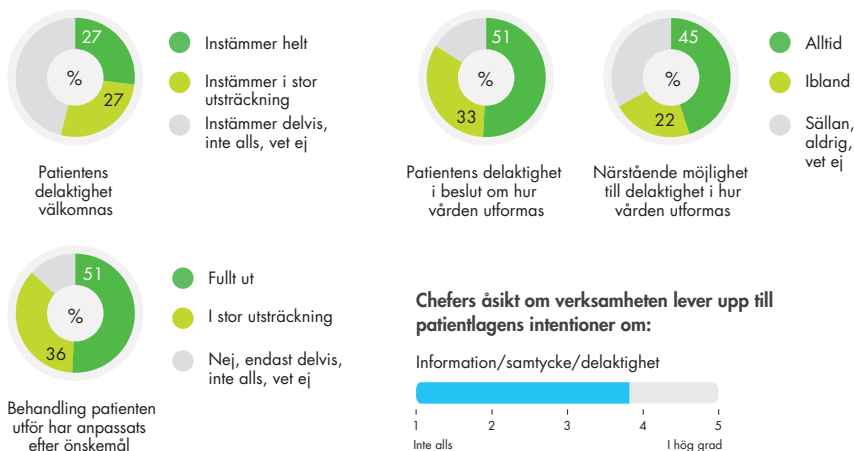
Det finns utrymme att öka patienternas upplevelse av delaktighet i vården. Knappt 15 procent uppger att de sällan eller aldrig fått vara delaktiga i hur deras vård utformats. Kvinnor känner sig delaktiga i lägre grad än män.

Både patienter och vårdnadshavare anser i hög grad att de utifrån sin förmåga har ett ansvar för att bidra till utformning och genomförande av vården. Trots detta är det cirka 40 procent som uppger att de själva inte försöker påverka vården att utgå mer ifrån deras önskemål. De som vill vara delaktiga känner inte heller alltid att detta välkomnas av vården. Hälften av patienterna anser att deras delaktighet till stor del välkomnats. Yngre upplever i lägre grad än äldre att deras delaktighet efterfrågas. De yngre ser inte heller i samma utsträckning att de har ett ansvar att själva bidra till hur vården ska utformas och genomföras.

Var fjärde verksamhet har rutiner för att säkerställa att närstående ges möjlighet att medverka i hur vården ska genomföras.

Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patienters åsikt om delaktighet:



7.1 PATIENTLAGEN OM DELAKTIGHET

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 5 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

5 kap. Delaktighet

1 § Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

2 § En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. (Tidigare reglerat i SOSFS 2009:6)

3 § Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. (Ny)

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitlets bestämmelser

I patientlagens femte kapitel finns regler om delaktighet för patienter och för deras närstående.

I **1 §** anges att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Redan i slutet på 1970-talet uttalades följande i en proposition:

”Förutom kravet på sakkunnig och omsorgsfull vård måste gälla att patienten ges ökad insyn och en aktivare roll i vården av honom själv. Patienten får inte uppfattas som ett passivt föremål utan skall ges tillfälle att aktivt medverka. Personalen bör tillsammans med patienten utforma och genomföra vården och behandlingen. Patienten måste vidare ges så utförlig och ingående information som förhållandena påkallar och stimuleras att aktivt söka information...” (prop. 1978/79:220 s. 20)

Även Vårdanalys har i sin rapport om patientcentrering från 2012 pekar på dessa utmaningar. Om inte patienterna görs delaktiga i den egna vården kan det leda till onödiga kostnader för hälso- och sjukvården och samhället i stort (Vårdanalys 2012). I nuläget är det dock i alltför hög grad patienten som förväntas anpassa sig till hälso- och sjukvårdens organisation och förutsättningar i stället för tvärtom (Vårdanalys 2012).

Krav på att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten har således funnits sedan länge (se prop. 1978/79:220 s. 44, 1981/82:97 s. 119). Det har tidigare reglerats i HSL och i patientsäkerhetslagen och dess föregångare sedan 1980-talet. Patientlagen ändrar alltså ingenting i sak i den delen (prop. 2013/14:106 s. 121). I förarbetena uttalas nu att bestämmelsen ytterst handlar om att individanpassa vårderbjudandet och förstå att det som fungerar för en patient inte alltid är den optimala lösningen för andra patienter. Här lyfts även fram att graden av aktiv delaktighet rimligen kommer att variera från individ till individ utifrån vad patienten önskar och förmår. Det betonas också att personalen måste vara lyhörd när det gäller vilken information och inflytande patienten vill ha. Om patienten vill lämna över beslutsfattandet till den medicinskt ansvarige måste den möjligheten alltid finnas. Patienter som gör ett sådant val ska bemötas med lika stor respekt som patienter som väljer att vara aktiva (prop. 2013/14:106 s. 72).

Ett sätt att skapa delaktighet i vården är att patienten själv utför delar av sin vård eller behandling genom till exempel egenvård, vilket sker redan i dag. Det har därför förts in en bestämmelse, **2 §**, som anger att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Genom bestämmelsen tydliggörs att ett minimikrav för patientmedverkan är att det dels finns en viljeyttring avgiven, dels att patienten utifrån sina individuella förutsättningar ska kunna medverka praktiskt (prop. 2013/14:106 s. 121). Socialstyrelsen har tidigare meddelat föreskrifter rörande egenvård, (SOSFS 2009:6). Enligt regeringen tydliggör den nya bestämmelsen att vårdgivare och personal måste förstå vikten av att göra sådana bedömningar som ska göras enligt Socialstyrelsens föreskrifter (prop. 2013/14:106 s. 73).

I **3 §** har det införts ett nytt krav på om att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården. En förutsättning är dock att



(Forts. Kort om kapitlets bestämmelser)

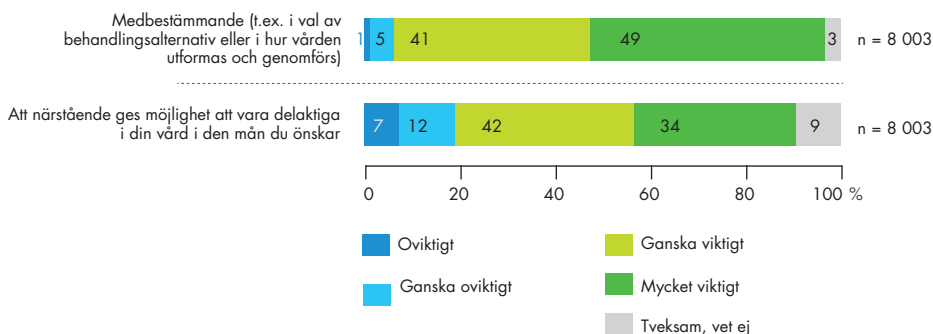
det är lämpligt och att bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar det. Bedömningen görs bland annat utifrån patientens önskemål, om den närstående uttryckt en egen vilja att få delta och om hen i så fall har de praktiska förutsättningarna som krävs (prop. 2013/14:106 s. 121). Sedan tidigare gäller enligt 3 f HSL att närstående under vissa förutsättningar ska ges möjlighet att delta i arbetet med att upprätta en sådan individuell plan som ska tas fram när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

7.2 MEDBESTÄMMANDE ÄR VIKTIGT FÖR ATT STÄRKA PATIENTENS STÄLLNING

Flertalet patienter, 90 procent, ansåg att det är viktigt att få vara med och bestämma hur deras vård ska utformas. Närmare tre fjärdedelar av patienterna uppfattade det också som viktigt att närstående bereds möjlighet att vara delaktiga i vården i den mån patienten har önskemål om det. Samtidigt var det knappt en femtedel av patienterna som uppgav att detta var ganska eller helt oviktigt (figur 19).

Figur 19. Patienternas uppfattning om vad som är viktigt för att stärka deras ställning.

Hur viktiga tycker du att följande områden är för att stärka din ställning i vården?



Svårt sjuka uppfattar att deras möjlighet att få vara med och bestämma hur deras vård ska utformas som något viktigare än vad övriga patienter gör – 95 procent av de svårt sjuka ansåg att det vara viktigt.

Delaktigheten tycks också skilja sig åt mellan män och kvinnor. En något större andel kvinnor uppgav att det var viktigt att själva kunna vara delaktiga i hur deras vård utformas (94 procent jämfört med 86 procent av männen).

Det var också fler kvinnor (75 procent) än män (68 procent) som menade att närståendes möjlighet till delaktighet är viktigt.

7.3 DELAKTIGHET FÖRUTSÄTTER EN AKTIV INSATS BÅDE FRÅN PATIENTER OCH VÅRDPERSONAL

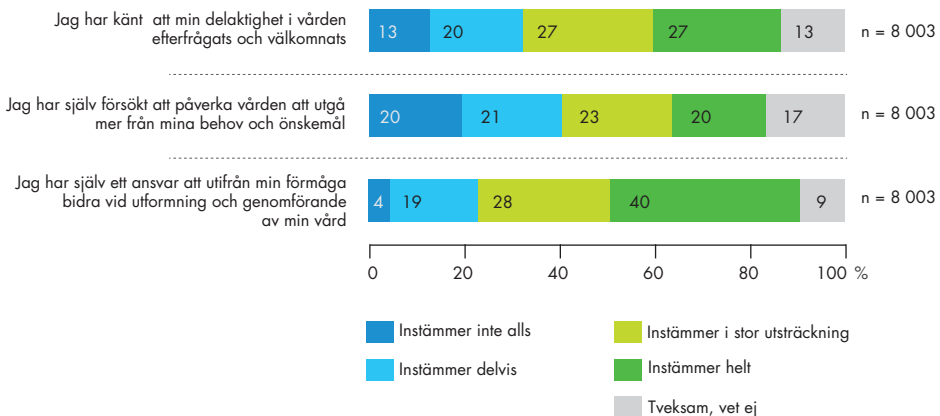
En förutsättning för att patienten ska kunna vara delaktig och medverka i utformning och genomförande av sin vård och behandling är att hen själv utifrån sin förmåga kan delta aktivt och ta ett ansvar. Lika viktigt är det att vårdpersonalen bjuder in patienten till diskussion om utformningen och genomförandet av insatserna, för att få ta del av patientens behov och önskemål. Av det insamlade materialet framgår att både patient och vårdgivare kan bli mer aktiva för att öka graden av delaktighet.

En majoritet av patienterna, 68 procent, instämde i stor grad i påståendet att de själva har ett ansvar att bidra till utformningen av vården (figur 20). Det var samtidigt färre som hade försökt påverka den vård de fått: 43 procent instämde i stor utsträckning att de gjort ett försök. Svårt sjuka hade i högre grad än övriga patienter försökt att påverka vården (52 procent jämfört med 42 procent för övriga).

Samtidigt instämde drygt hälften av patienterna i stor utsträckning i påståendet att deras delaktighet efterfrågats och välkomnats. Män upplevde detta i något högre grad än kvinnor: 58 procent av männen och 50 procent av kvinnorna instämde i att deras delaktighet i vården välkomnats.

Figur 20. Patienters uppfattning om deras delaktighet i vården.

I dina kontakter med vården, i vilken mån instämmer du i följande påståenden?

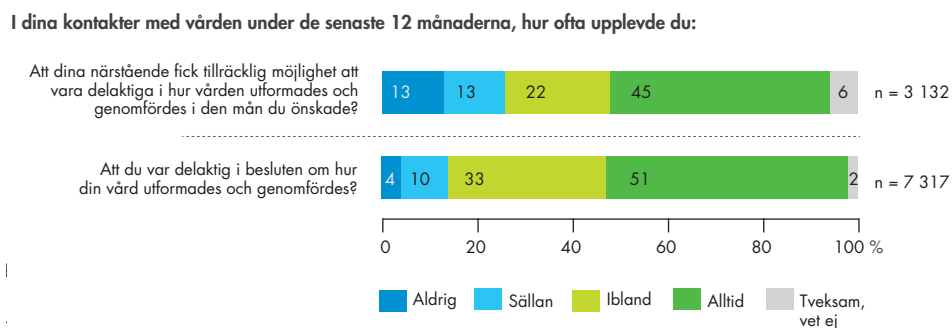


Synen på delaktighet tycks variera med ålder. Yngre upplever i mindre utsträckning än äldre att deras delaktighet efterfrågas: 19 procent av de yngre instämde helt i att deras delaktighet efterfrågats och välkomnats, jämfört med 35 procent av de äldsta. De yngre patienterna var också mest kritiska till hur vården välkomnat deras delaktighet – dubbelt så många yngre (17 procent) jämfört med de äldre (8 procent) angav att de inte instämde alls. Samtidigt uppgav de yngre i mindre utsträckning att de själva har ett ansvar att bidra till hur vården utformas och genomförs, 28 procent jämfört med 54 procent för de äldre.

7.4 PATIENTERS OCH VÅRDNADSHAVARES DELAKTIGHET KAN FÖRBÄTTRAS

För att få en bild av i vilken utsträckning patienterna faktiskt ges möjlighet att vara delaktiga i vården ställde vi den frågan i patientenkäten. Resultaten visar att flertalet patienter, 84 procent, oftast fått vara delaktiga (figur 21). Men samtidigt uppgav mer än var tionde patient (14 procent) att de aldrig eller sällan varit delaktiga i vårdens utformning under det senaste året. Närstående är delaktiga i än lägre grad: drygt var fjärde patient, som ansåg att det var aktuellt, svarade att närstående sällan eller aldrig fick vara delaktiga.

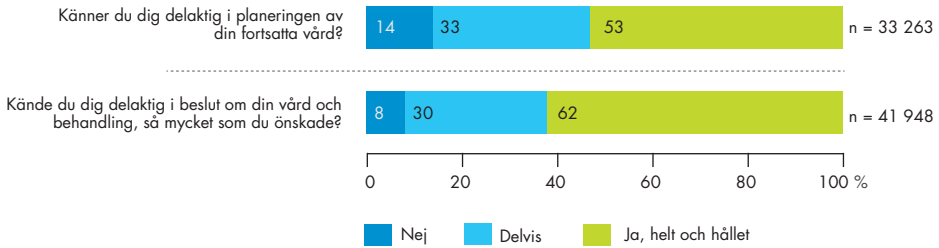
Figur 21. Patienternas upplevelser av egen och närståendes delaktighet.



Not: respondenter som svarat Ej aktuellt är exkluderade

Bilden av patienternas delaktighet bekräftas även av resultaten från Nationell Patientenkät (SKL 2014a). Den visar att 15 procent av patienter som besökt specialistvården inte känt sig delaktiga i planeringen av deras vård. 8 procent hade dessutom inte känt sig delaktiga i beslutet i den mån de önskat (figur 22).

Figur 22. Patienters upplevelser av delaktighet enligt Nationell Patientenkät i specialiserad slutenvård 2014

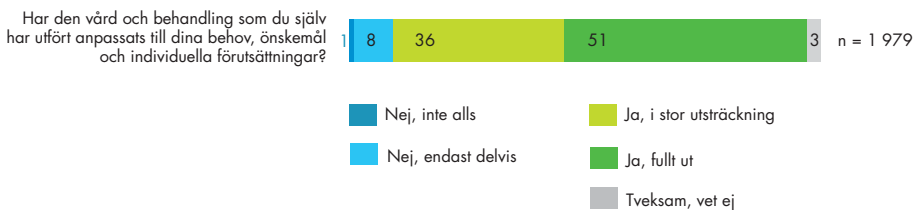


Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2014a.

Enligt gruppen vårdnadshavare är barn mindre delaktiga än vuxna patienter: 28 procent av vårdnadshavarna uppgav att barnet sällan eller aldrig har varit delaktigt i besluten om hur deras vård skulle utformas och genomföras. Däremot upplevde en majoritet av de som vårdnadshavare alltid gavs möjlighet att vara delaktiga. Detta är inte så förvånande eftersom vårdnadshavare genom sitt vårdnadsansvar har en skyldighet att besluta i frågor som rör barnet (6 kap. 11 § föräldrabalken). Å andra sidan ska informationen anpassas efter barnets ålder, mognad och sakens beskaffenhet för att skapa förutsättningar för barnets delaktighet.

Av de patienter som själva utfört delar av sin vård ansåg majoriteten att denna vård anpassats efter deras individuella behov fullt ut eller i stor utsträckning, men samtidigt svarade 9 procent av dem att vården inte anpassats efter deras önskemål (figur 23).

Figur 23. Patienters uppfattning om självutförd vård anpassning till individuella förutsättningar.

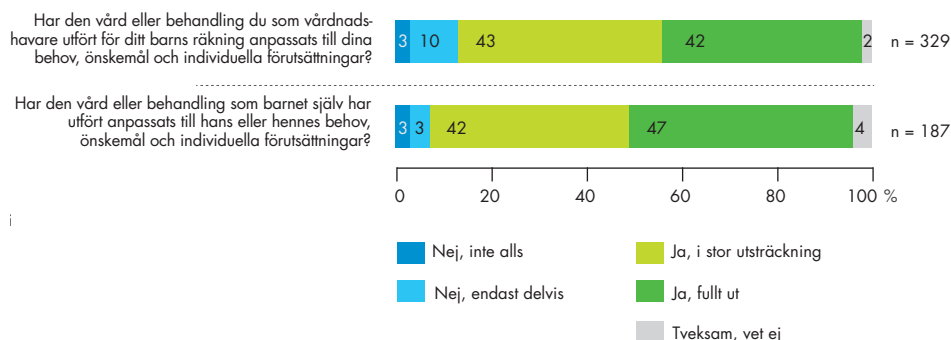


Not: respondenter som inte utfört vård själva eller svarat Ej aktuellt är exkluderade

Även vid de tillfällen då barnen själva eller deras vårdnadshavare utfört delar av vården ses en viss förbättringspotential. De allra flesta vårdnads-

havare, 89 procent, uppgav att vård som barnet själv utfört fullt ut eller i stor utsträckning anpassats till barnets behov eller önskemål (figur 24). En mindre grupp, 6 procent, menade samtidigt att en sådan anpassning inte gjorts. Av de vårdnadshavare som utfört delar av barnets vård var det fler (13 procent) som menade att vården inte anpassats efter vårdnadshavarens behov och förutsättningar.

Figur 24. Vårdnadshavares och barns uppfattning om självutförd vård anpassning till individuella förutsättningar.



Not: respondenter som inte utfört vård själva eller svarat Ej aktuellt är exkluderade

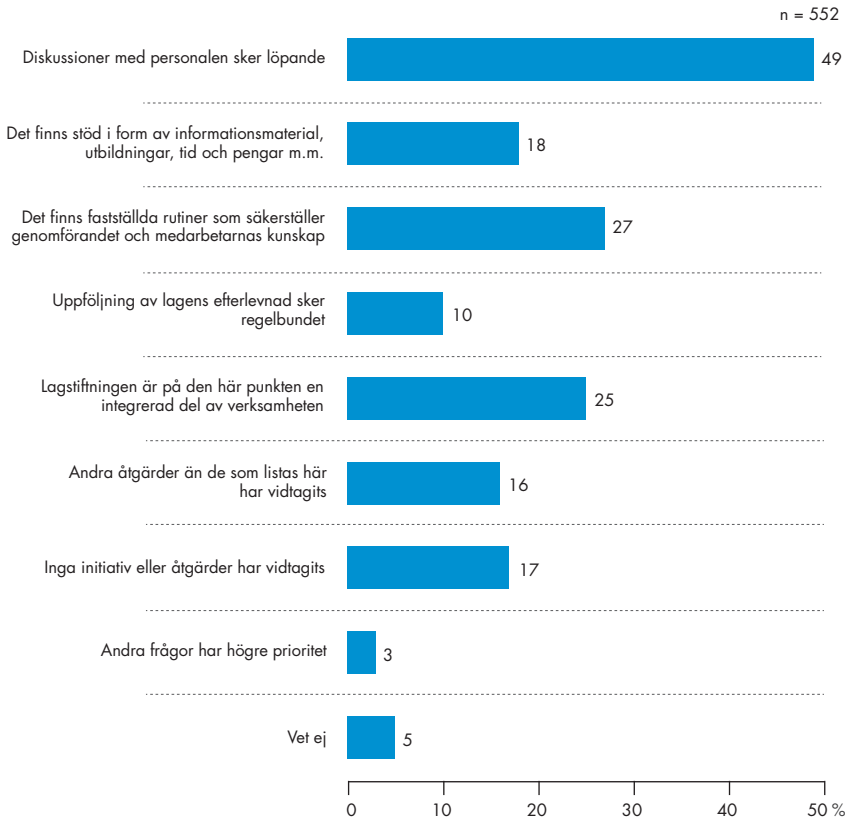
7.5 VAR FJÄRDE VERKSAMHET HAR RUTINER FÖR ATT SÄKERSTÄLLA NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

Av Vårdanalys chefsenkät framgår att cirka en fjärdedel av verksamheterna har rutiner för att säkerställa att närstående ges möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården (figur 25). Hälften av cheferna uppgav att diskussioner om närståendes delaktighet sker löpande med personalen.

Att över en fjärdedel uppgav att lagstiftningen på denna punkt är en integrerad del i verksamheten är kanske något förvånande eftersom det vid enkätillfället inte fanns det lagkravet på området. Det är också oklart hur det ska tolkas att 10 procent uppgav att lagens efterlevnad regelbundet följs upp. En tolkning kan vara att det är vårdnadshavares rätt till delaktighet, samt den praxis om delaktighet som gäller inom vården, som avses. Det tycks alltså i flera verksamheter inom vården finnas etablerade arbetssätt för att sådan involvering ska kunna ske.

Figur 25. Initiativ eller åtgärder i vården för att stärka närståendes delaktighet.

Vilka initiativ eller åtgärder har du som chef hittills vidtagit för att verksamheten ska kunna uppfylla patientlagens skyldigheter angående att: Ge närstående möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården?



Fast vårdkontakt och individuell planering

De allra flesta patienter anser att möjligheten att få en fast vårdkontakt är viktig för att stärka patientens ställning i vården. En av fem av de svårt sjuka svarade att de hade en fast vårdkontakt och lika många av dem skulle vilja ha en sådan kontakt. 30 procent av dem ansåg att de inte hade behov av en fast vårdkontakt.

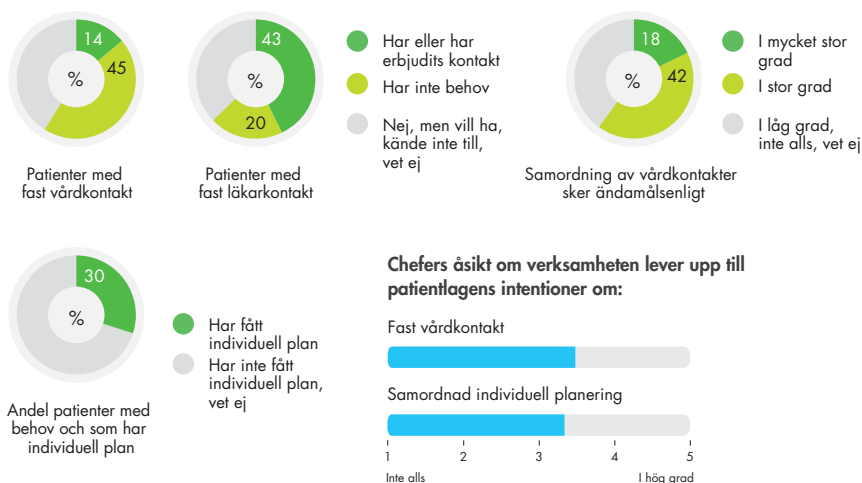
Fast läkarkontakt är mer känt och utnyttjat än fast vårdkontakt. Drygt 40 procent av patienterna anger att de har tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Samtidigt är det ytterligare närmare var fjärde som efterfrågar en sådan läkarkontakt och cirka 20 procent som anser att de inte har behov av en sådan. Fast läkarkontakt är vanligare bland svårt sjuka och mindre vanligt bland barn.

Patienterna uppfattar det som viktigt att få hjälp med koordinering och samordning av kontakterna i vården för att stärka sin ställning. Samtidigt upplever var tredje patient att samordningen inte sker på ett ändamålsenligt sätt och resultatet tycks vara lägre för svårt sjuka patienter. Av de patienter som har behov av insatser från både vården och socialtjänsten har 30 procent en sådan individuell plan som lagstiftningen föreskriver.

Bland verksamhetscheferna anser cirka en fjärdedel att bestämmelserna om fast vårdkontakt och individuell planering är en integrerad del i verksamheten. En majoritet saknar samtidigt rutiner för att säkerställa patientlagens genomförande på detta område. Patienternas bild bekräftas även av chefernas svar, hälften av dem anser att deras verksamheter uppfyller patientlagens intentioner.

Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patienters åsikt om fast vårdkontakt och individuell planering:



8.1 PATIENTLAGEN OM FAST VÅRDKONTAKT OCH INDIVIDUELL PLANERING

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 6 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering

1 § Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

3 § Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

4 § För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitelns bestämmelser

I patientlagens sjätte kapitel finns bestämmelser om trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Här finns därför bestämmelser om fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och krav på individuella planer. För samtliga bestämmelser i sjätte kapitlet har det tidigare funnits bestämmelser med motsvarande innehåll i HSL. Patientlagen lyfter fram dessa bestämmelser men tillför ingenting nytt i sak (prop. 2013/14:106 s. 122).

I **1 §** finns ett allmänt krav på att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses, något som också reglerats i 2 a HSL sedan tidigare. Här ställs även krav på att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Krav på trygghet fanns med i HSL redan från lagens tillkomst. Det uttalades till exempel i förarbetena till HSL 1982 att det måste vara ett grundläggande krav på en god hälso- och sjukvård att patienten känner trygghet och att detta även förutsätter en god omvårdnad (prop. 1981/82:97 s. 116). Kravet på kontinuitet, säkerhet och samordning tillkom senare, år 2007 (prop. 2005/06:115).

Krav på en så kallad fast vårdkontakt, **2 §**, har funnits i 29 a § HSL sedan den 1 juli 2010. Den funktionen ersatte då den tidigare funktionen som patientansvarig läkare (prop. 2009/10:67 s. 59). Bestämmelsen innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser (prop. 2009/10:67 s. 62). Funktionen bör enligt förarbetena kunna hjälpa till med att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt andra berörda myndigheter när det behövs (prop. 2009/10:67 s. 62). Syftet med en fast vårdkontakt är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet (prop. 2013/14:106 s. 99). Det är verksamhetschefen som ansvarar för att det utses en fast vårdkontakt. Det anges i 29 a § HSL. Enligt förarbetena ska vårdkontakten alltid utses på patientens begäran, oavsett om det anses behövligt eller inte (prop. 2009/10:67 s. 61). Detta gör att patientens egen uppfattning om sina behov blir styrande. Patientens ska också vara delaktig i processen när den fasta vårdkontakten utses och patientens önskemål om vem personen ska vara ska tillgodoses så långt det är möjligt. Beroende på patientens behov kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, eller i vissa fall en mer administrativ funktion. Ibland kan flera fasta vårdkontakter utses. De ska då sinsemellan samordna sig och samverka (prop. 2009/10:67 s. 61–62). I och med möjligheten att fritt välja utförare av öppen vård kan patienter numera även få tillgång till en fast vårdkontakt utanför hemlandstinget (prop. 2013/14:106 s. 86).

I **3 §** regleras att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. En bestämmelse med samma innehåll gäller sedan tidigare enligt 5 § HSL och infördes 1996. Syftet med funktionen är att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilde patienten (prop. 2013/14:106). Förutom att ansvara för att patienten undersöks och om möjligt får diagnos och vård ingår det enligt förarbetena också i ansvaret att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övriga hälso- och sjukvården. Det ingår också att i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. En tanke bakom möjligheten att välja en fast läkarkontakt har varit att förbättra möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient (prop. 1994/95:195 s. 41–42). I och med den utökade möjligheten att välja utförare i öppen vård i 9 kap. patientlagen kan patienten välja en fast läkarkontakt även i andra landsting (prop. 2013/14:106 s. 100).

När en person är i behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska en individuell plan upprättas enligt **4 §**. Bestämmelser med motsvarande innehåll finns i HSL och i



(Forts. Kort om kapitelns bestämmelser)

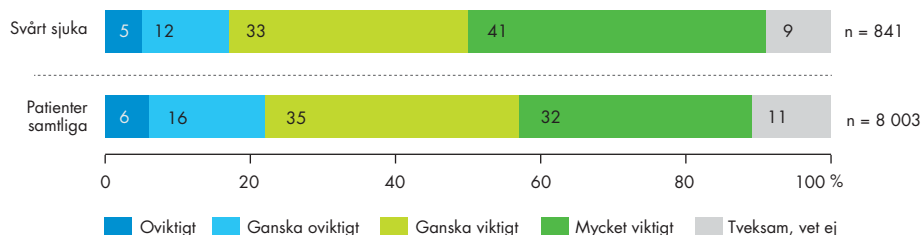
socialtjänstlagen (2001:453) sedan 1 januari 2010. Patientlagens bestämmelse hänvisar endast till de lagarna och innebär därmed inga nya krav (prop. 2013/14:106 s. 122). Planen ska enligt 3 f HSL upprättas om kommunen eller landstinget anser att det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. När det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde och även närstående ska beredas möjlighet att delta under vissa förutsättningar (3 f HSL). Den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse enligt förarbetena. Där betonas även att skyldigheten för landsting och kommun att samplanera inte är begränsad till personer med stora och omfattande behov, utan alltid gäller när någon har behov av insatser både från landstinget och kommunen och dessa insatser behöver samordnas. Det innebär att planerna i hög grad kan variera i omfattning beroende på de enskilda personernas behov. Skyldigheten inträder så snart ett behov av en plan har upptäckts. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, vilket enligt förarbetena i normalfallet innebär en första kontakt inom några dagar från att behovet identifierades. Tiden måste dock anpassas efter den enskildes behov (prop. 2008/09:193 s. 30–31). Planen ska beskriva vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för och vilka åtgärder som vidtas av någon annan. Det ska också tydliggöras vilken av parterna som är huvudansvarig för planen (prop. 2008/09:193 s. 17–18).

8.2 FAST VÅRDKONTAKT UPPLEVS SOM VIKTIGT

Flertalet patienter (69 procent) upplever att det är viktigt med möjligheten till fast vårdkontakt i vården. Med fast vårdkontakt menas att det finns en utpekad person som ska bistå patienten i kontakten med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Behov av sådan samordning kan förväntas vara större för patienter med mer komplicerade tillstånd och flera vårdkontakter. Vi ser också i vårt material att fast vårdkontakt upplevs som något viktigare för gruppen svårt sjuka jämfört med patienter i övrigt (figur 26). Tre av fyra svårt sjuka patienter ansåg att det är viktigt att det finns en fast vårdkontakt.

Figur 26. Svårt sjuka och övriga patienters uppfattning om betydelsen av fast vårdkontakt.

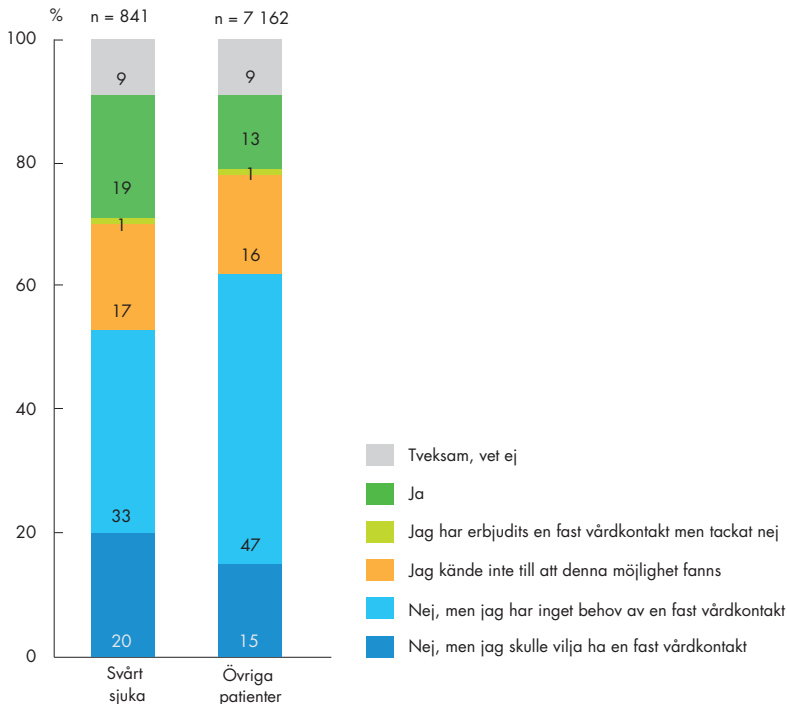
Hur viktiga tycker du att följande områden är för att stärka din ställning i vården? Att det finns en fast vårdkontakt hos din vårdgivare (d.v.s. en utpekad person som ska bistå dig i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser)



Resultatet från baslinjemätningen visar att en femtedel (19 procent) av de svårt sjuka och drygt var tionde (13 procent) av patienterna i övrigt hade en fast vårdkontakt vid mättillfället (figur 27). Det framkom även att 20 procent skulle vilja ha en fast vårdkontakt och att var tredje i gruppen svårt sjuka och närmare hälften av övriga patienter inte ansåg sig vara i behov av en fast vårdkontakt.

Figur 27. Andel av svårt sjuka och övriga patienter med fast vårdkontakt.

Har du en fast vårdkontakt (d.v.s. en utpekad person som ska bistå dig i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser)?



8.3 VAR FJÄRDE SAKNAR FAST LÄKARKONTAKT

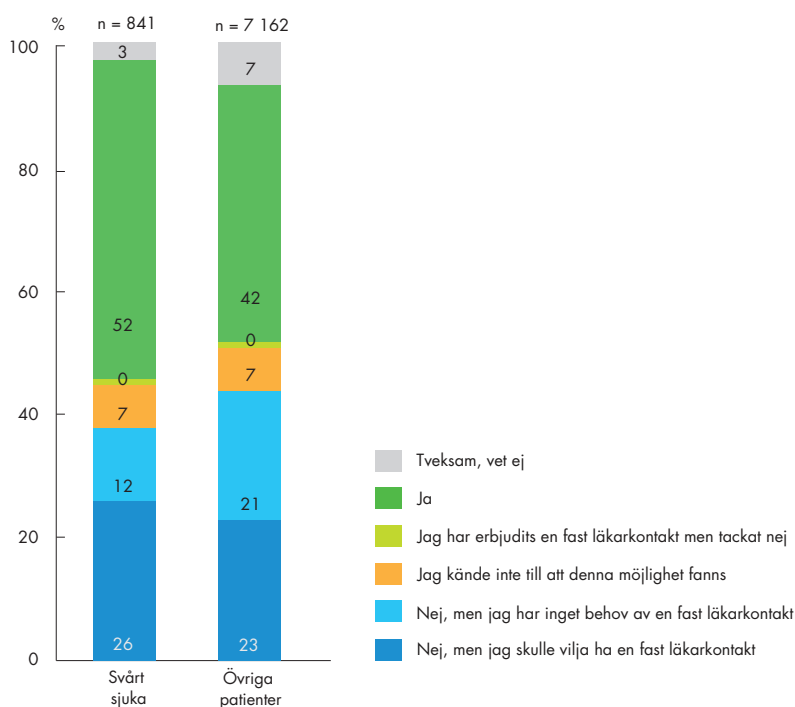
Vid mättillfället uppgav 43 procent av patienterna att de hade en fast läkarkontakt. Samtidigt efterfrågade ytterligare 24 procent en sådan läkarkontakt. Fast läkarkontakt beskrevs i enkäten som att patienten får möjlighet att träffa samma läkare vid varje besök på sin vårdcentral. Detta var vanligare i gruppen svårt sjuka, där 52 procent uppgav att de hade en fast läkarkontakt.



Som förväntat upplevs behovet av en fast läkarkontakt som större i gruppen svårt sjuka. Här uppgav 12 procent att de inte hade behov av en fast läkarkontakt jämfört med 21 procent bland övriga patienter (figur 28). Bland både övriga patienter och svårt sjuka uppgav 7 procent att de inte kände till möjligheten att få en fast läkarkontakt i primärvården.

Figur 28. Andel patienter med fast läkarkontakt.

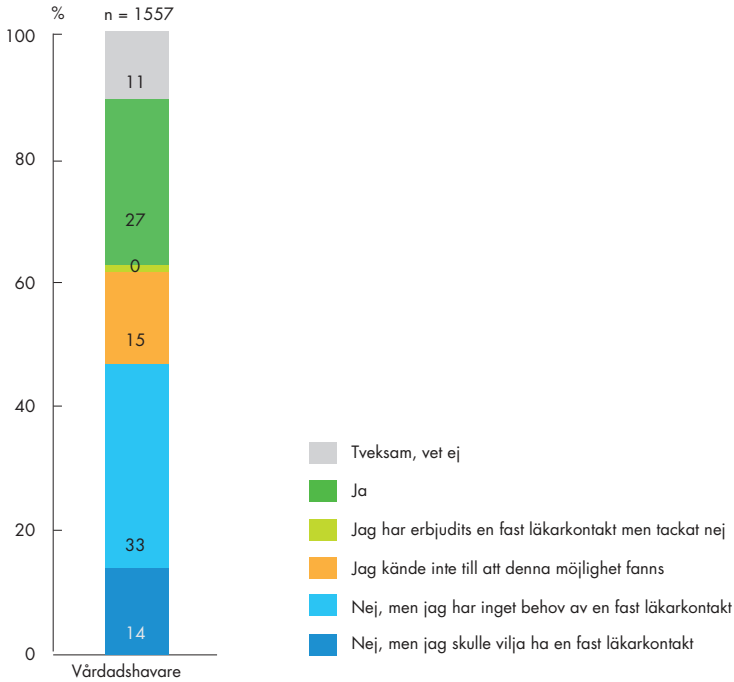
Har du en fast läkarkontakt på din vårdcentral/hälsocentral (d.v.s. möjligheten att få träffa samma läkare vid varje nytt besök där)?



Kännedomen om fast läkarkontakt tycks vara lägre bland vårdnadshavare än bland patienter i allmänhet. I vårdnadshavargruppen var det 15 procent som angav att de inte kände till möjligheten att få en fast läkarkontakt för sitt barn (figur 29) och det var 27 procent som svarade att de hade en fast läkarkontakt för sitt barn, vilket är lägre än för andra grupper. Ytterligare 14 procent av vårdnadshavarna svarade att de inte hade men skulle vilja ha en fast läkarkontakt för sitt barn.

Figur 29. Andel barn med fast läkarkontakt.

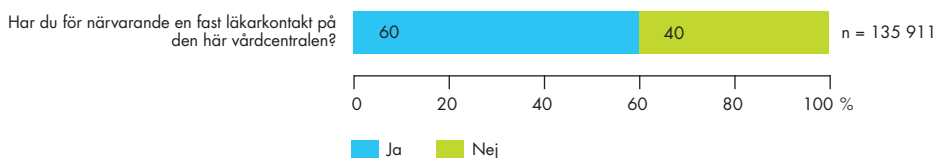
Har barnet en fast läkarkontakt på vårdcentral/hälsocentral (d.v.s. möjligheten att få träffa samma läkare vid varje nytt besök där)?



I jämförelse med resultaten i Nationell Patientenkät (SKL 2013) är det färre som angett att de har en fast läkarkontakt i vår patientenkät. I Nationell Patientenkät svarade 60 procent att de för närvarande har en fast läkarkontakt på den vårdcentral som de besökt (figur 30). Även om vi enbart ser till dem i vår patientenkät som sagt att de besökt primärvården under de senaste 12 månaderna visar våra resultat på en lägre andel (44 procent) jämfört med Nationell Patientenkät. Oavsett studie visar resultaten på en förbättringspotential.



Figur 30. Andel patienter i primärvården som har en fast läkarkontakt enligt Nationell Patientenkät, 2013.



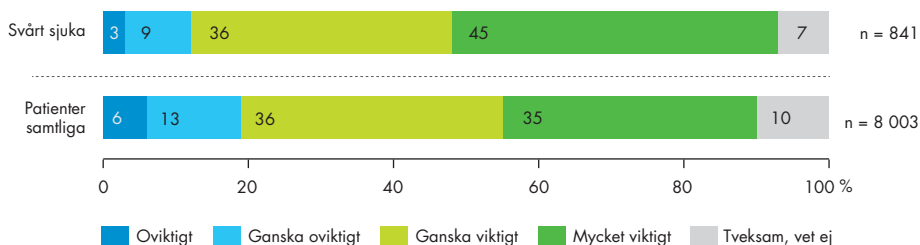
Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2014a.

8.4 SAMORDNING AV KONTAKTER I VÅRDEN SKER INTE ALLTID ÄNDAMÅLSENLIGT

Att få hjälp och stöd med samordning och koordinering av sina kontakter i vården uppfattas som mycket viktigt för respondenterna för att stärka deras ställning i vården: sju av tio patienter ansåg att detta var mycket eller ganska viktigt i vår baslinjemätning. Inte helt oväntat upplever gruppen svårt sjuka det som viktigare än övriga patienter: 81 procent av de svårt sjuka uppgav att samordning och koordinering är viktigt jämfört med 69 procent för övriga patienter.

Figur 31. Svårt sjukas och övriga patienters uppfattning om betydelsen av koordinering och samordning.

Hur viktiga tycker du att följande områden är för att stärka din ställning i vården? Att du får stöd med koordinering och samordning av dina kontakter med vården

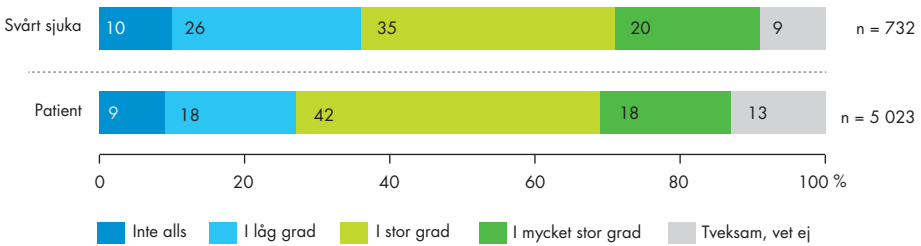


Samtidigt framkommer i vår baslinjemätning att förhållandevis många patienter upplevde att samordningen av vården inte i tillräcklig grad sker på ett ändamålsenligt sätt: var tredje patient svarade att samordningen av kontakterna med vården sker ändamålsenligt ”i låg grad” eller ”inte alls”.

Sämre resultat ses för gruppen svårt sjuka patienter, vilket ska ses i ljuset av att flertalet av dem ansåg att samordningen var viktig för dem. Totalt 36 procent ansåg att samordningen av kontakterna inte alls eller i låg grad är ändamålsenliga jämfört med 26 procent av övriga patienter (figur 32).

Figur 32. Svårt sjukas och övriga patienters upplevelser av samordning av kontakter i vården.

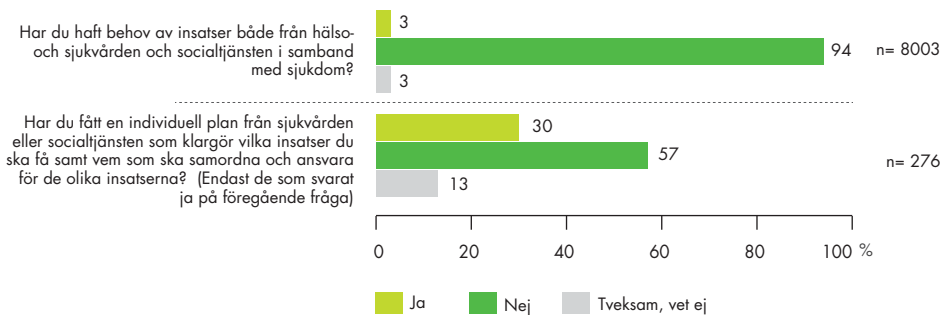
I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?



Not: respondenter som svarat att de inte har behov av samordning är exkluderade

I de fall då en person har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas (se kommentarar till lagen i kapitlets inledning). Av de patienter (3 procent av respondenterna) som svarat att de haft behov av insatser från både vården och socialtjänsten är det endast cirka 30 procent som uppgav att de har fått en individuell plan upprättad (figur 33). Det går inte att utifrån detta resultat dra några slutsatser av om samordnad individuell plan upprättats i rätt situationer.

Figur 33. Patienters behov av och tillgång till samordnad individuell plan.



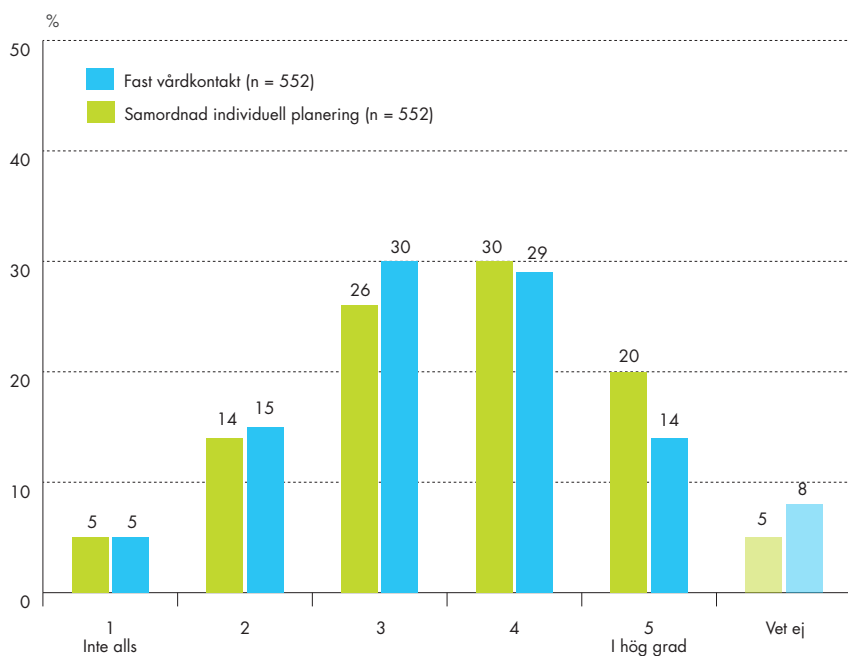
Av de svårt sjuka patienterna svarade 9 procent att de har behövt insatser från både socialtjänst och vården under det senaste året. Vi kan dock inte se att denna grupp svårt sjuka patienter fått en individuell plan i högre utsträckning än andra patienter.

8.5 HÄLFTEN AV VERKSAMHETERNA ANSER ATT DE LEVER UPP TILL LAGENS INTENTIONER OM FAST VÅRDKONTAKT OCH INDIVIDUELL PLANERING

I chefsenkäten fick verksamhetscheferna svara på i vilken grad de ansåg att verksamheten lever upp till lagstiftningens intentioner när det gäller fast läkarkontakt, fast vårdkontakt respektive samordnad individuell planering. Enligt verksamhetschefernas svar ses en förbättringspotential på områdena. Till exempel uppgav hälften av cheferna att deras verksamheter i hög grad levde upp till intentionerna när det gäller fast läkarkontakt respektive fast vårdkontakt, det vill säga svarade 4 eller 5 på skalan (figur 34). Chefer i primärvården angav i högre utsträckning att de lever upp till lagens intentioner: 57 procent svarade i hög grad.

Figur 34. Verksamhetschefernas upplevelse av att leva upp till patientlagens intentioner om fast läkar- eller vårdkontakt samt samordnad individuell planering.

I vilken grad anser du att din verksamhet lever upp till patientlagens intentioner när det gäller:



Resultaten från chefsenkäten visar att verksamheterna – vid tidpunkten för baslinjemätningen – i större utsträckning hade rutiner för att uppfylla bestämmelserna om fast läkarkontakt och upprättandet av samordnad individuell plan än för fast vårdkontakt. Till exempel menade cirka 40 procent av verksamhetscheferna i primärvården att de hade rutiner för att utse fast läkarkontakt. 24 procent av cheferna i specialistvården gjorde samma bedömning för fast vårdkontakt (figur 35). Stöd i form av informationsmaterial och utbildningar användes i högre utsträckning för samordnad individuell planering än för fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt.

Den vanligaste åtgärden för att verksamheten ska kunna uppfylla bestämmelserna om fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och samordnad individuell planering var löpande diskussioner med personalen. Endast cirka en fjärdedel av cheferna ansåg att kraven på dessa tre områden var en integrerad del i verksamheten.



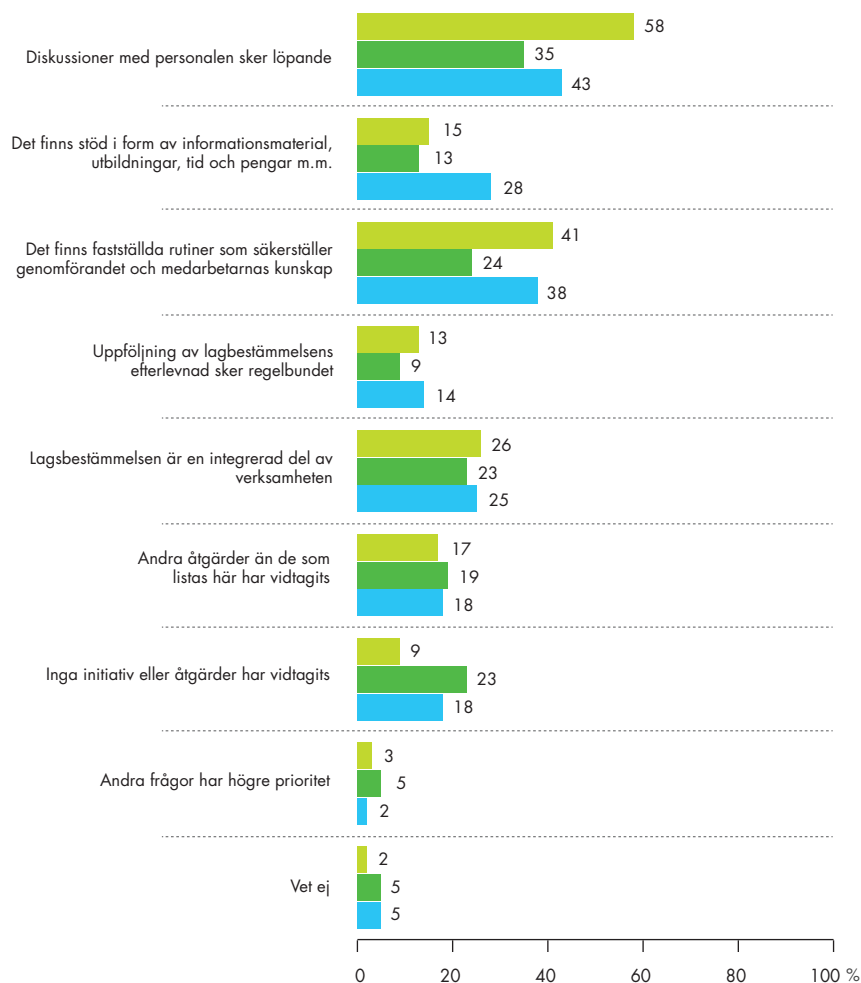
Figur 35. Verksamhetschefernas bedömning av vilka initiativ som hittills tagits för att uppfylla lagstiftningens skyldigheter avseende fast läkar- eller vårdkontakt samt samordnad individuell planering.

Vilka initiativ eller åtgärder har du som chef hittills vidtagit för att verksamheten ska kunna uppfylla patientlagens skyldigheter angående att:

■ Erbjudande av en fast läkarkontakt (avser endast primärvården) (n = 250)

■ Erbjudande av en fast vårdkontakt (avser endast specialistsjukvård) (n = 302)

■ Upprättandet av en samordnad individuell plan vid behov (då hälso- och sjukvård och socialtjänst samordnar och ansvarsfördelar sina respektive insatser) (n = 552)



Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

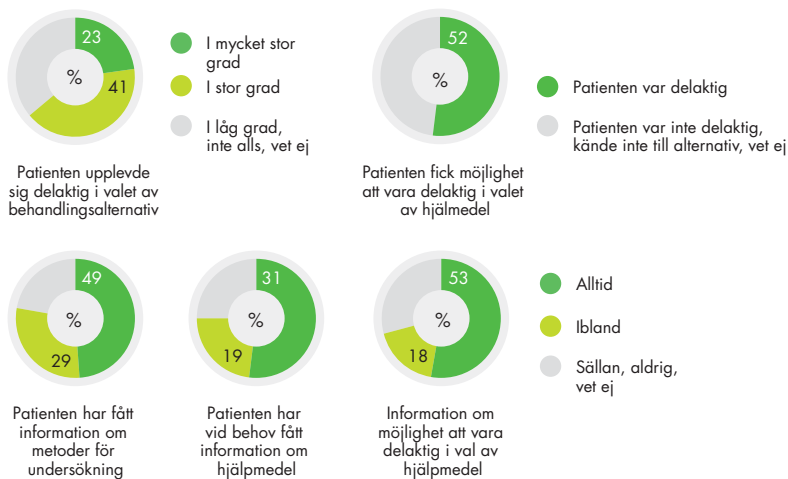
Möjligheten till medbestämmande vid val av behandling är något som patienterna värderar högt. Trots detta upplever cirka 30 procent av dem att de inte fått vara delaktiga i valet av behandling då flera alternativ fanns att tillgå. Av de patienter som är i behov av hjälpmedel anser 10 procent att alternativa hjälpmedel presenterades men att de inte var delaktiga i beslutet. Samtidigt anser cirka 10 procent av patienterna att inga alternativa hjälpmedel diskuterades trots att de kände till att alternativ fanns.

Varannan chef uppger att deras verksamheter till stor del lever upp till lagens intentioner när det gäller patientens delaktighet i val av behandlingsalternativ och hjälpmedel. Patienternas bild delas således av cheferna.

Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

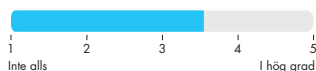
Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patienters åsikt om val av behandlingsalternativ och hjälpmedel:



Chefers åsikt om verksamheten lever upp till patientlagens intentioner om:

val av behandlingsalternativ och hjälpmedel



9.1 PATIENTLAGEN OM VAL AV BEHANDLINGSMÖJLIGHETER OCH HJÄLPMEDEL

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 7 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

1 § När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt att välja en sådan behandling som kommunen ansvarar för enligt 18 § första-tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kommun kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

2 § När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitlets bestämmelser

I patientlagens sjunde kapitel finns bestämmelser om möjligheten att välja behandlingsalternativ och hjälpmedel.

Den snabba medicinska utvecklingen innebär att det hela tiden uppstår fler valmöjligheter till exempel när det gäller behandlingsalternativ. Detta innebär att kraven på information och patientens delaktighet i det kliniska beslutsfattandet har ökat. Valsituationer kompliceras av att olika patienter gör vitt skilda bedömningar av riskerna och nyttan med olika behandlingsalternativ. Även bedömning av livskvalitet varierar mellan individer. I dessa frågor ska patienten betraktas som expert och hänsyn ska tas till den bedömning och det val som patienten gör (prop. 2013/14:106 s. 75).

Mot bakgrund av detta har det i **1 §** förts in en bestämmelse som anger att patienten ska få möjlighet att välja behandlingsalternativ när det finns flera sådana som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaden framstår som befogat. Detta motsvarar vad som redan gällt sedan 1999 enligt 3 a §, 18 a § HSL och 6 kap. 7 § patientsäkerhetslagen och som delvis justerades 2010. Valmöjligheten har dock breddats genom att patientlagens bestämmelser i 9 kap. kan innebära att patienten nu även har möjlighet att välja sådana behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården som erbjuds i andra landsting (prop. 2013/14:106 s. 86, 123).

I **2 §** anges att när det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hens behov och kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. En bestämmelse med samma innehåll finns sedan 1 juli 2014 i 3 b och 18 b §§ HSL. Möjligheten att välja hjälpmedel är därmed förhållandevis ny, men patientlagen innebär inga nya krav i sig.

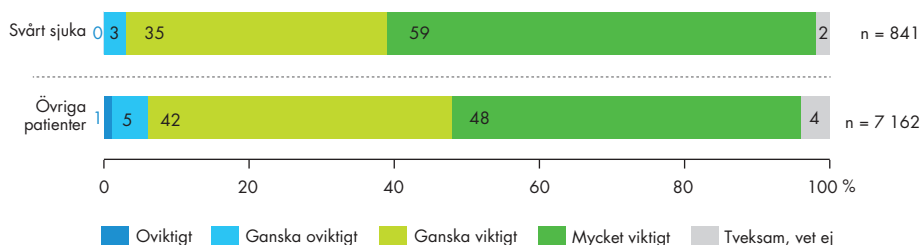
9.2 CIRKA 30 PROCENT AV PATIENTERNA ANSER INTE ATT DE ÄR DELAKTIGA I VALET AV BEHANDLING

Möjligheten till medbestämmande i val av behandling eller hur vården utformas och genomförs är något som värderas högt, både av patienter och av vårdnadshavare. I patientenkäten svarade 90 procent av patienterna att frågan är ganska eller mycket viktig och endast 1 procent svarade att medbestämmande är oviktigt. Svårt sjuka patienter är en grupp som i högre grad än andra kan behöva göra många eller svåra val i sina kontakter med vården. Vi ser också i vårt insamlade material att denna grupp i högre grad (94 procent) än övriga patienter (86 procent) angav att medbestämmande är mycket eller ganska viktigt (figur 36). Betydelsen av medbestämmande tycks också skilja mellan män och kvinnor, där kvinnor i högre grad uppgav att medbestämmande är mycket eller ganska viktigt (94 procent) jämfört med män (86 procent).



Figur 36. Svårt sjukas och övriga patienters uppfattning om betydelsen av medbestämmande.

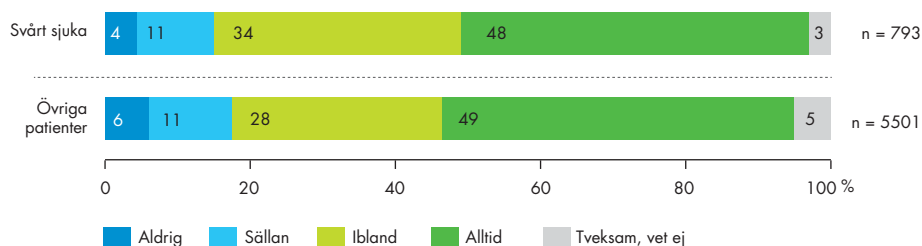
Hur viktigt tycker du att medbestämmande (t.ex. i val av behandlingsalternativ eller i hur vården utformas och genomförs) är för din ställning i vården?



Att patienten får information är grundläggande för möjligheten att göra ett korrekt val av behandlingsalternativ. På frågan om hur ofta information lämnats om vilka metoder som fanns för undersökning, vård och behandling svarade knappt 80 procent av patienterna att de alltid eller ibland fått sådan information. Vi ser inga direkta skillnader mellan svårt sjuka patienter och övriga patienter (figur 37).

Figur 37. Andel svårt sjuka och övriga patienter som informerats om metoder för undersökning, vård och behandling.

I vilken mån har du i dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna fått information om: Vilka metoder som fanns för undersökning, vård och behandling av ditt tillstånd?



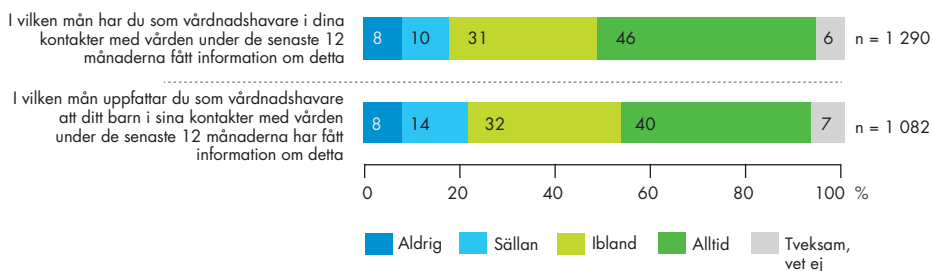
Not: Respondenter som svarat att de inte hade behov av sådan information är exkluderade.

Motsvarande fråga ställdes till vårdnadshavare, både vad gäller hur ofta de har uppfattat att barnet fått information om vilka metoder som fanns tillgängliga och hur ofta de själva som vårdnadshavare fått sådan information. Resultatet indikerar att vårdnadshavarna uppfattar sig informerade i

samma utsträckning som gruppen övriga patienter. Även om skillnaderna är små tycks barnen ha fått information i något lägre utsträckning jämfört med vårdnadshavarna (figur 38).

Figur 38. Andel vårdnadshavare och barn som informerats om metoder för undersökning, vård och behandling.

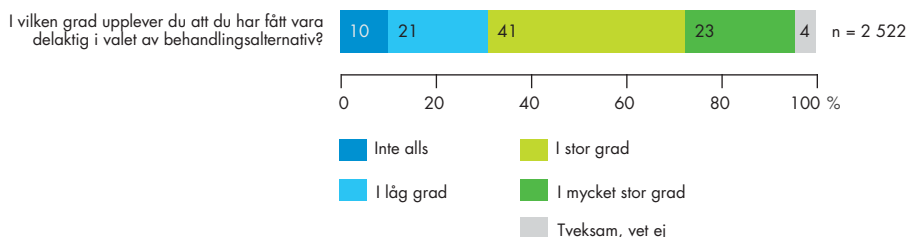
I vilken mån har du i dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna fått information om: Vilka metoder som fanns för undersökning, vård och behandling av ditt barns tillstånd



Not: Respondenter som svarat att de inte hade behov av sådan information är exkluderade.

Av de patienter som kände till att det fanns flera behandlingsalternativ upplevde en tredjedel att de inte alls eller i låg grad fått vara delaktiga i valet av behandlingsalternativ. Ingen skillnad noteras här mellan svårt sjuka och övriga patienter eller mellan män och kvinnor (figur 39).

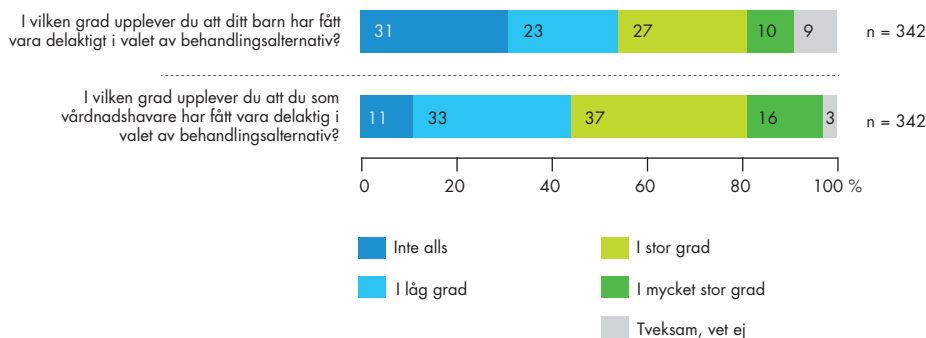
Figur 39. Patienternas upplevelser av delaktighet i val av behandlingsalternativ.



Not: Endast respondenter som svarat att det finns flera behandlingsalternativ.

Baserat på svar från vårdnadshavare tycks barn i lägre grad än vuxna patienter bli involverade i valet av behandling. Enligt vårdnadshavarnas uppfattning har 54 procent av barnen varit delaktiga i valet av behandlingsalternativ i låg grad eller inte alls (figur 40). Samtidigt påverkar barnets ålder möjligheten att vara delaktig.

Figur 40. Vårdnadshavares upplevelser av delaktighet i val av behandlingsalternativ.



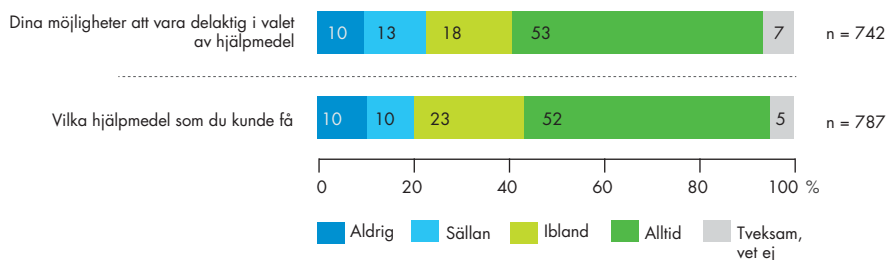
Not: Endast respondenter som svarat att det finns flera behandlingsalternativ.

9.3 DELAKTIGHETEN I VAL AV HJÄLPMEDEL ÄR OCKSÅ TILL VISS DEL BEGRÄNSAD

De personer som i patientenkäten uppgett att de använder hjälpmedel till följd av en funktionsnedsättning (11 procent av patienterna) fick också besvara frågan om hur ofta de i sina kontakter med vården under det senaste året fått information om möjligheten att vara delaktiga i valet av hjälpmedel. Resultatet visar att drygt 70 procent av de patienterna alltid eller ibland hade fått information om möjligheten att välja hjälpmedel och informerats om vilka hjälpmedel de kunde få.

Figur 41. Andel patienter som fått information om hjälpmedel och deras möjligheter att vara delaktiga i valet av hjälpmedel.

I vilken mån har du i dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna fått information om:



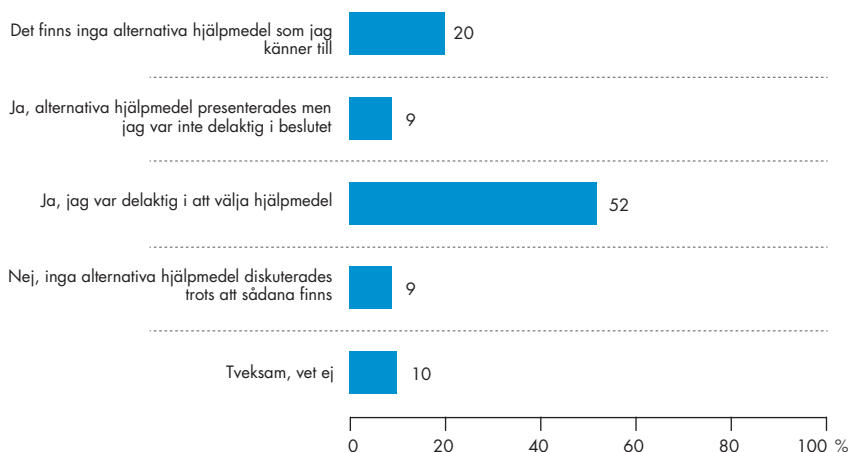
Not: Endast respondenter med funktionsnedsättning.

En femtedel av patienterna med funktionsnedsättning kände inte till om det fanns olika hjälpmedel att välja mellan. Var tionde svarade att hjälpmedel hade presenterats men att de inte varit delaktiga i beslutet. Ytterligare cirka 10 procent uppgav att inga alternativ diskuterades trots att de visste att sådana fanns.

Figur 42. Patienter med funktionsnedsättnings upplevelse av delaktighet i val av hjälpmedel.

Har du fått möjlighet att vara delaktig i valet av hjälpmedel?

n = 902



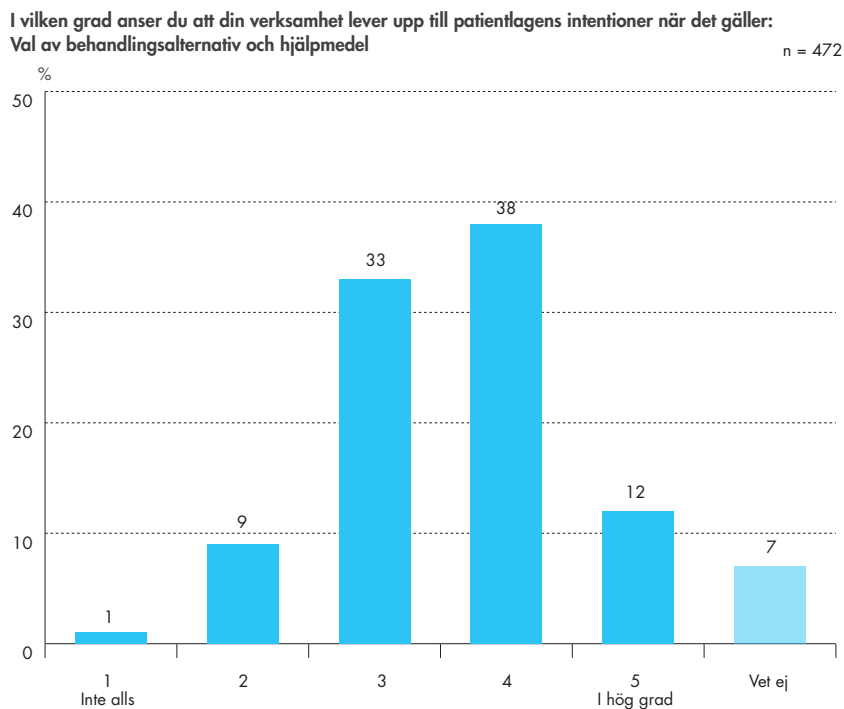
Not: Endast respondenter med funktionsnedsättning.

9.4 VERKSAMHETSCHEFERNA BEKRÄFTAR PATIENTERNAS UPPFATTNING

Enligt verksamhetscheferna lever inte verksamheterna helt upp till lagstiftningens intentioner vad gäller patientens delaktighet i val av behandlingsalternativ och hjälpmedel. Hälften av cheferna ansåg att de i hög grad levde upp till patientlagens intentioner (figur 43). Den bild av bristande delaktighet i valet av behandlingsalternativ som patienterna beskriver i patientenkäten, bekräftas även av verksamhetschefernas svar. Det ska noteras att cheferna fick ange sin samlade bedömning av både val av behandlingsalternativ och hjälpmedel i samma fråga.



Figur 43. Verksamhetschefernas uppfattning om i vilken grad deras verksamheter levt upp till patientlagens intentioner när det gäller val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.



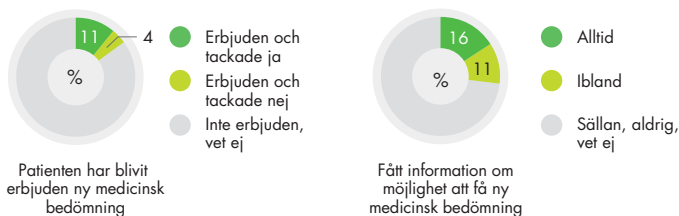
Ny medicinsk bedömning

Enligt verksamhetscheferna uppfylls patientlagens intentioner när det gäller ny medicinsk bedömning i högre grad än andra områden i lagen. En majoritet av cheferna, 60 procent, anser att verksamheterna i hög grad lever upp till patientlagen i den delen. Var femte chefsvarade att de inte vidtagit några åtgärder för att kunna uppfylla lagens krav. Eftersom patientlagen innebär en utvidgning av bestämmelsen som ska göra det lättare för patienterna att få en sådan bedömning är resultaten delvis oväntade.

Av de patienter som själva uppger att de vårdats för en livshotande sjukdom eller skada anger 11 procent att de fått erbjudande om ny medicinsk bedömning. Ytterligare 7 procent anger att de inte erbjudits ny medicinsk bedömning trots att de aktivt bett om att få det.

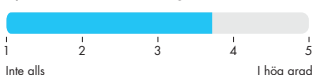
Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patienter med livshotande tillstånd: åsikt om ny medicinsk bedömning:



Chefers åsikt om verksamheten lever upp till patientlagens intentioner om:

ny medicinsk bedömning



10.1 PATIENTLAGEN OM NY MEDICINSK BEDÖMNING

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 8 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

8 kap. Ny medicinsk bedömning

1 § En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning. *(Ändring jämfört med tidigare krav genom att begränsningen till "särskilda risker och "stor betydelse för framtida livskvalitet" har tagits bort)*

Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om

1. behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och
2. det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitlets bestämmelser

I patientlagens åttonde kapitel finns reglering kring när en patient ska få en ny medicinsk bedömning. Syftet med regleringen är bland annat att bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt svåra situationer. Det kan enligt förarbetena till exempel handla om fall då patienten har förlorat tilltro till sin läkare eller fått besked om en särskilt svår diagnos som hen har svårt att förlika sig med. Genom att det då görs en ny bedömning är tanken att patienten ska känna sig tryggare med att diagnosen och även den föreslagna behandlingen är korrekta (prop. 1998/99:4 s. 30, prop. 2009/10:67 s. 66). Det framhålls också att en ny medicinsk bedömning kan ge läkaren trygghet och stöd i svåra beslut och att det kan fungera som metodutveckling genom att nya metoder och framsteg sprids inom vården och bidrar till en vård av hög kvalitet (prop. 2009/10:67 s. 67).

Bestämmelsen i **1 §** innebär att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att få en ny medicinsk bedömning inom eller utom det egna landstinget. Om den nya bedömningen ger anledning till en annan behandling ska patienten erbjudas den under vissa villkor. Den här bestämmelsen motsvarar delvis vad som redan gällt sedan 1999 enligt 3 a § HSL och 6 kap 7 § patientsäkerhetslagen och som utvidgades genom en justering 2010. Bestämmelsen i patientlagen innebär en ytterligare utvidgning. De tidigare bestämmelserna gällde bara om det medicinska ställningstagandet kunde innebära särskilda risker för patienten eller ha stor betydelse för patientens framtida livskvalitet. Den begränsningen finns nu inte med. Syftet med ändringen är att göra det lättare för patienter att få en ny medicinsk bedömning (prop. 2013/14:106 s. 124). Lydelsen har också förtydligats på det sättet att det anges att det ska vara en "ny" medicinsk bedömning och inte en "förnyad" medicinsk bedömning. Syftet med den justeringen är att det ska vara tydligt att det inte är samma läkare som på egen hand eller i samråd med kollegor ska förnya sin bedömning, det vill säga göra om den (prop. 2013/14:106 s. 78, 124). Det handlar i stället om en möjlighet att konsultera en ny läkare som inte har färgats eller påverkats av den tidigare behandlande läkaren, bedömningen eller dialogen (prop. 2013/14:106 s. 78). Justeringen i det här avseendet är endast språklig. Även den tidigare bestämmelsen hade denna innebörd. Det har dock ibland kunnat missförstås (prop. 2013/14:106).

Som nämnts tidigare innehåller patientlagen krav på att patienten informeras om möjligheten till ny medicinsk bedömning (se kapitel 3).

10.2 DET FÖREKOMMER ATT PATIENTER INTE FÅR NY MEDICINSK BEDÖMNING TROTS ATT DE BETT OM DET

I patientenkäten ställdes frågan om patienten under det senaste året fått medicinsk vård för någon allvarlig eller kronisk sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. De patienter som svarade ja på denna fråga fick även frågan om sjukdomen, skadan eller funktionsnedsättningen var så allvarlig att den var livshotande. I vår patientenkät hade 5 procent (311 patienter) av alla tillfrågade ett sådant allvarligt tillstånd, dessa kallas fortsättningsvis patienter med *livshotande tillstånd*.

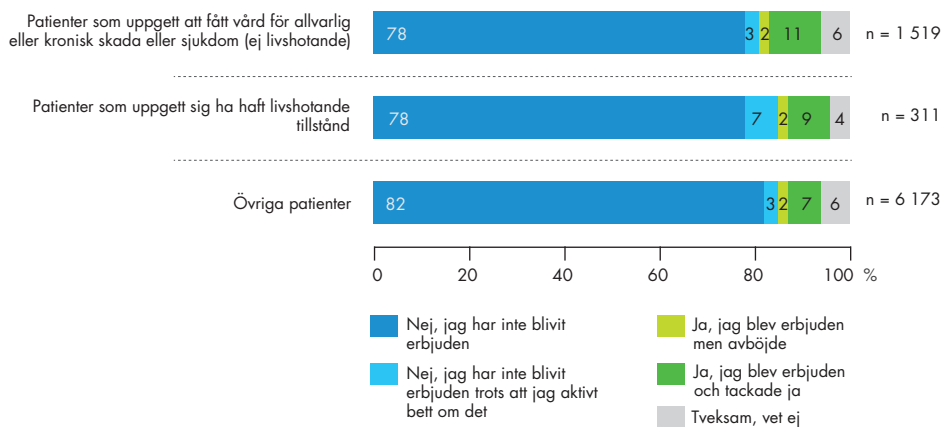


Av patienter med livshotande tillstånd hade 11 procent fått erbjudande om ny medicinsk bedömning (figur 44). Samtidigt svarade 7 procent att de inte blivit erbjudna ny medicinsk bedömning trots att de bett om detta. Merparten av patienterna fick således aldrig något erbjudande om ny medicinsk bedömning även om de själva upplevde att de haft ett livshotande tillstånd.

Enligt resultaten tycks också erbjudandet om ny medicinsk bedömning inte enbart gå till dem som har en livshotande sjukdom eller skada. Bland de patienter som uppgett att de har fått vård för en allvarlig eller kronisk sjukdom men där sjukdomen inte varit livshotande, svarade 13 procent att de fått erbjudande om en ny medicinsk bedömning (figur 44). Dessutom svarade 9 procent av de resterande patienterna att de hade fått detta erbjudande. Erbjudandet gavs inte heller i högre grad till dem med livshotande tillstånd jämfört med övriga patienter.

Figur 44. Erbjudande om ny medicinsk bedömning. Svaren fördelade på allvarligt och livshotande sjuka samt övriga patienter.

Har du någon gång blivit erbjuden att få en ny medicinsk bedömning (s.k. second opinion)? Med ny medicinsk bedömning menas att du får en ny bedömning av ditt medicinska tillstånd och förslag till behandling.

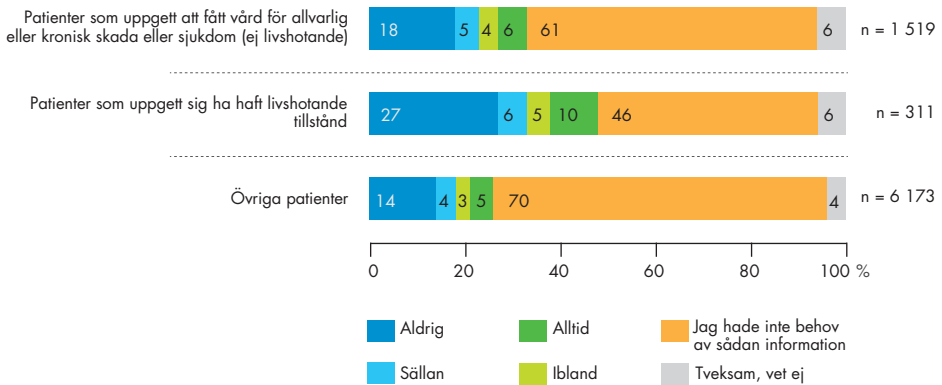


I 3 kap. 2 § patientlagen beskrivs vårdens skyldighet att informera patienten om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning. Denna informationsskyldighet hade ännu inte trätt i kraft då Vårdanalys genomförde patientenkäten. Som en baslinjemätning för kommande uppföljningar undersöktes ändå om information om möjligheten till ny medicinsk bedömning hade lämnats.

Bland patienter som haft ett livshotande tillstånd, hade något fler fått information om denna möjlighet än bland övriga patienter (figur 45). Många, 46 procent, av dem med livshotande tillstånd upplevde inte att de var i behov av någon information om ny medicinsk bedömning.

Figur 45. Information om ny medicinsk bedömning. Svaren fördelade på allvarligt och livshotande sjuka samt övriga patienter.

I vilken mån har du i dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna fått information om: Dina möjligheter att få en ny medicinsk bedömning (s.k. second opinion) vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada

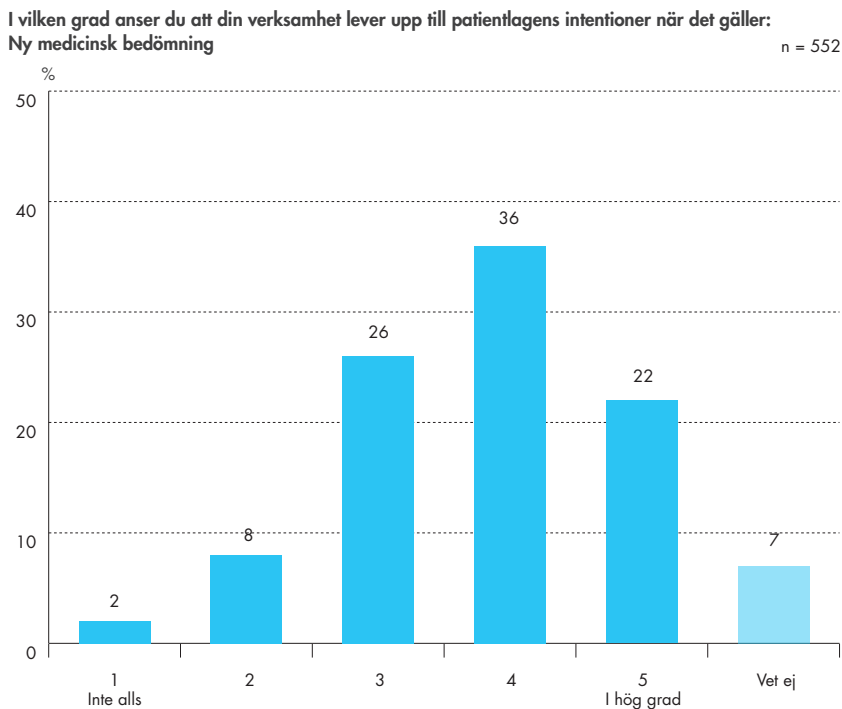


10.3 TRE AV FEM CHEFER ANSER ATT PATIENTLAGENS INTENTIONER I HÖG GRAD EFTERLEVS

En majoritet av respondenterna i Vårdanalys chefsenkät anser att deras verksamhet i hög grad lever upp till patientlagens intentioner att erbjuda en ny medicinsk bedömning. I chefsenkäten från november uppgavs detta av 58 procent av cheferna. Resultaten ska ses i ljuset av att patientlagens utvidgade krav inte gällde då baslinjemätningen genomfördes.



Figur 46. Verksamhetschefernas uppfattning om i vilken grad deras verksamheter lever upp till patientlagens intentioner när det gäller ny medicinsk bedömning.



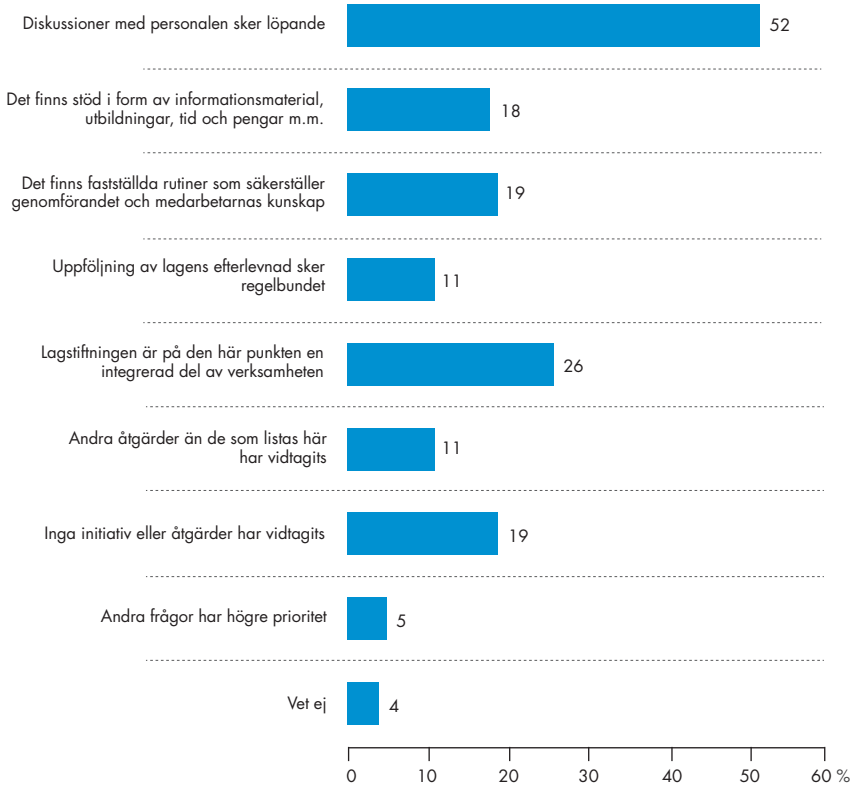
Resultaten från chefsenkäten visar att 19 procent av cheferna vid baslinjemätningen inte hade vidtagit några åtgärder för att verksamheten skulle uppfylla patientlagens krav gällande en ny medicinsk bedömning. Det skulle kunna förklaras av att många av cheferna redan anser att lagen efterlevs.

Bland de som uppgav att de vidtagit åtgärder var den vanligaste åtgärden att ha löpande diskussioner med personalen. Detta gällde i 52 procent av verksamheterna. En fjärdedel av cheferna ansåg att bestämmelsen är en integrerad del av verksamheten och 19 procent att det fanns stöd i form av rutiner för att säkra genomförande och kunskap. Detta resultat kan jämföras med hur efterlevnaden upplevs av de patienter som omfattas av bestämmelsen.

Figur 47. Initiativ för att verksamheten ska leva upp till patientlagen när det gäller ny medicinsk bedömning.

Vilka initiativ eller åtgärder har du som chef hittills vidtagit för att verksamheten ska kunna uppfylla patientlagens skyldigheter angående att: Ge närliggande möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården?

n = 552



Val av utförare

Patienter uppfattar möjligheten att välja utförare som viktig för att stärka deras ställning i vården. Av de som sökt vård i annat landsting (cirka 5 procent av samtliga respondenter) uppger 19 procent att de inte fått den praktiska hjälp de behövt för att vårdas i annat landsting. Vidare har 9 procent avstått från att söka vård på grund av den merkostnad som det innebär för dem själva och cirka 5 procent har nekats att välja annan utförare på grund av landstingens kostnader eller remissregler.

Män uppger oftare än kvinnor att de får den praktiska hjälp de behöver för att vårdas i ett annat landsting.

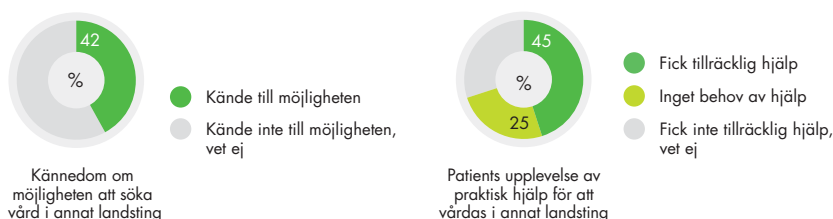
Val av utförare är också det område i lagen som verksamhetscheferna själva anger att de i lägst grad tillgodoser, var femte verksamhet har fastställda rutiner för att hjälpa patienterna i dessa val.



Val av utförare

Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patienters åsikt om val av utförare:



Chefers åsikt om verksamheten lever upp till patientlagens intentioner om:

Val av utförare om inte vårdgaranti uppfylls



11.1 PATIENTLAGEN OM VAL AV UTFÖRARE

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 9 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

9 kap. Val av utförare

1 § En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. (Utvidgning)

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitlets bestämmelser

I patientlagens nionde kapitel regleras val av utförare.

En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård i hela landet. Detta regleras i patientlagens nionde kapitel. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgas således, jämfört med vad som gällt sedan tidigare, till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård (prop. 2013/14:106 s. 1).

Den vård som omfattas av möjligheten att välja utförare är offentligt finansierad öppen vård. Med öppen vård avses primärvård och specialiserad vård som inte kräver intagning i vårdinrättning. Exempelvis kan det handla om dagkirurgisk verksamhet (prop. 2013/14:106 s. 125).

En patient som söker sig till ett annat landsting ska även få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i det landstingets vårderbjudande, även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting (prop. 2013/14:106 s. 86). Hemlandstinget, det vill säga det landsting som har ansvar för hälso- och sjukvård för patienten, ska enligt förarbetena stå för den faktiska kostnaden för besök eller behandling förutsatt att hemlandstingets remissregler följs. Förslaget innebär också att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatta i andra landsting. Principen om att vård ska ges efter medicinska behov är grundläggande i svensk hälso- och sjukvård. De medicinska behoven ska styra prioriteringarna både för de egna patienterna och patienterna från andra landsting. Eftersom vårdlandstinget, det vill säga det landsting som utför vården eller behandlingen, ska utföra vården på samma villkor ska patientavgifter och övriga taxor som gäller för de egna patienterna även betalas av patienter som kommer från andra landsting. Även de eventuella remisskrav som vårdlandstinget ställer upp ska gälla för patienter från andra landsting (prop. 2013/14:106 s. 84 ff).

Patienten själv står för alla merkostnader, för till exempel resa och uppehälle, som kan uppstå vid vård eller behandling i annat landsting (prop. 2013/14:106 s. 89).

Bestämmelsen om val av utförare har fått följder i flera andra kapitel i patientlagen, bland annat:

- 6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering – den utvidgade regeln om val av utförare har lett till att en fast läkar- eller vårdkontakt kan utses i ett annat landsting än hemlandstinget.
- 7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel – i och med möjligheten att välja utförare vidgas även utbudet av behandlingsalternativ i öppen vård som finns tillgänglig för val.

Dessa konsekvenser beskrivs mer utförligt under respektive kapitel.

11.2 DE FLESTA PATIENTER TYCKER DET ÄR VIKTIGT ATT FÅ VÄLJA UTFÖRARE

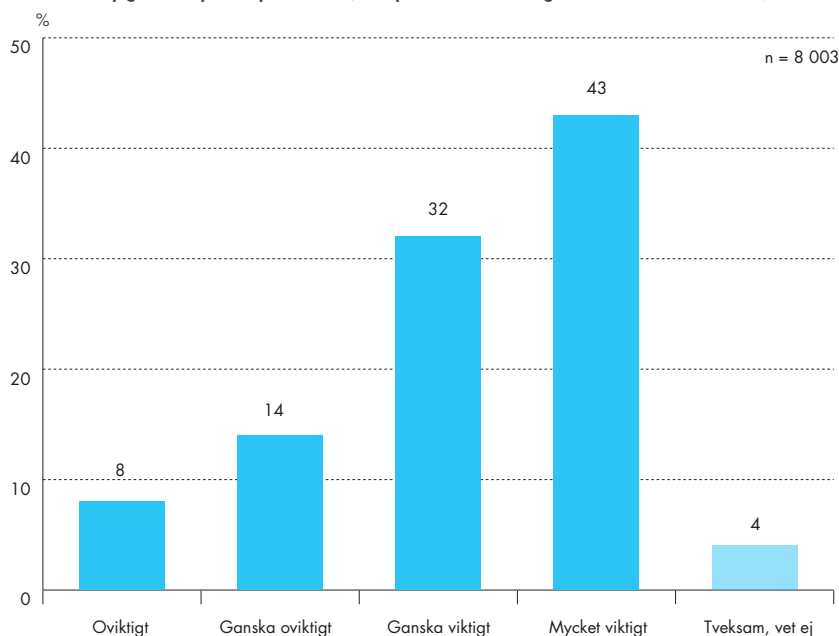
I Vårdanalys patientenkät framkom att patienter anser att ett fritt vårdval är viktigt för att stärka patientens ställning i vården. Totalt ansåg 74 procent av patienterna det som mycket eller ganska viktigt (figur 48). Endast åtta procent uppgav att frågan var oviktig. Svaren från vårdnadshavare ger en liknande



bild. Endast små skillnader ses i svaren mellan svårt sjuka och övriga patienter, respektive män och kvinnor.

Figur 48. Patienternas uppfattning om huruvida fritt vårdval är viktigt för att stärka deras ställning i vården.

Hur viktiga tycker du att följande område är för att stärka din ställning i vården: Fritt vårdval d.v.s. din möjlighet att själv välja utförare (t.ex. privat eller offentlig vårdcentral/ hälsocentral)



Andelen som ansåg det vara viktigt med fritt vårdval ökar med åldern. Totalt 67 procent av de yngre, 75 procent av patienterna i åldern 45–64 år och 81 procent av de äldre angav det som ganska eller mycket viktigt.

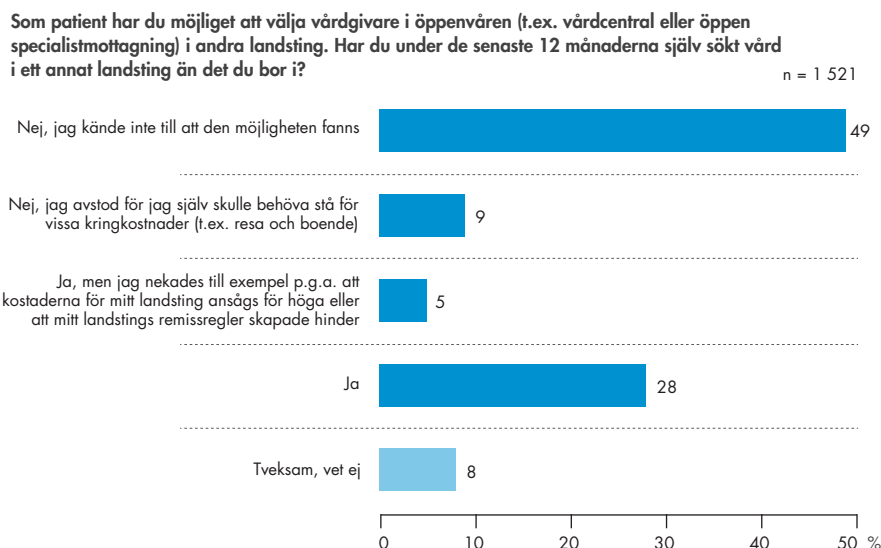
När patientenkäten genomfördes hösten 2014 fanns ingen lagstadgad skyldighet från landstingen att erbjuda öppen vård till patienter från andra landsting. Det fanns dock överenskommelser och avtal som möjliggjorde för patienter att söka vård i annat landsting. För att skapa en bild av situationen innan patientlagen trädde i kraft ställdes därför flera frågor kring valmöjlighet och vårdsökande i andra landsting än hemlandstinget.

På frågan om patienten själv sökt vård i ett annat landsting svarade de allra flesta, 81 procent, att de inte haft anledning till det.

Om vi enbart studerar dem som uppgav att de hade en haft en anledning att söka vård i annat landsting (19 procent av respondenterna), svarade 28 procent av dem att de sökt öppenvård i annat landsting under det senaste året och cirka hälften, 49 procent, att de inte kände till möjligheten att söka vård i annat landsting (vilket inte heller var reglerat i lag vid tidpunkten). Av frågan framgår inte om de har sökt vård i annat landsting för öppen specialistvård eller primärvård.

Det är också värt att notera att 5 procent uppgav att de sökt vård i annat landsting, men nekades på grund av kostnader eller remissregler. Ytterligare 9 procent avstod för att det var förknippat med ytterligare kringkostnader.

Figur 49. Patienternas upplevelse av att söka vård i annat landsting.



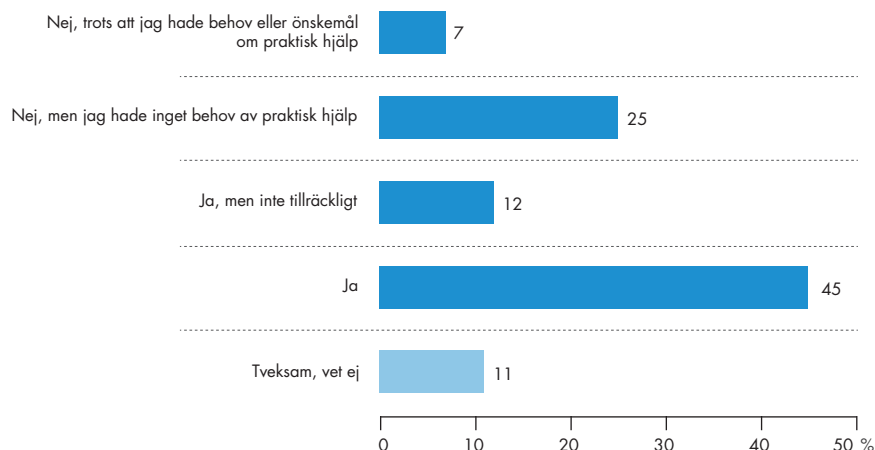
Not: Respondenter som svarat att de inte har haft anledning till det är exkluderade

Av de patienter som uppger att de sökt vård i annat landsting fick endast 45 procent den praktiska hjälp de behövde för att vårdas i annat landsting (figur 50). 7 procent av patienterna (52 personer) uppger att de inte fick den hjälp de hade behov av för att vårdas i ett annat landsting trots att önskemål om detta fanns. Ytterligare 12 procent (67 personer) upplevde att hjälpen de fått inte var tillräcklig.

Figur 50. Andel patienter som fick praktisk hjälp vid vård i annat landsting.

Upplevde du att du fick den praktiska hjälp du behövde för att vårdas i ett annat landsting (t.ex. stöd att hitta rätt vårdgivare eller hjälp med remiss)?

n = 804



Not: Endast respondenter som svarat att de har sökt vård i annat landsting.

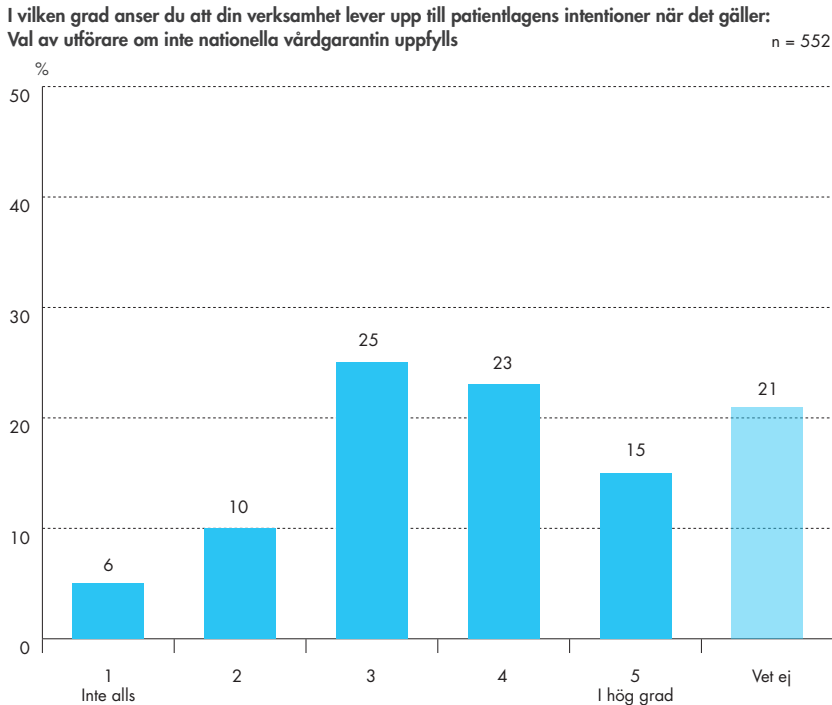
Män uppgav i något större utsträckning än kvinnor att de fått praktisk hjälp när de sökt vård i annat landsting (49 procent jämfört med 42 procent). Samtidigt uppgav fler män (16 procent) att den hjälpen de fått inte var tillräcklig (10 procent).

Utomlänsvårdens omfattning i Sverige framgår i det så kallade Räkenskapssammandraget för landstingen som årligen tas fram av Statistiska centralbyrån (SCB). Denna kostnad kan indikera förändringar i omfattning i och med patientlagens utökade möjligheter att välja. Till exempel uppgick den totala kostnaden för utomlänsvård i specialiserad somatisk mottagningsverksamhet 2013 till drygt 8,6 miljarder kronor. Detta motsvarar knappt 4 procent av den totala nettokostnaden för samtliga landsting för hälso- och sjukvård 2013 (SCB 2013).

11.3 VAL AV UTFÖRARE TILLGODOSES I LÄGST UTSTRÄCKNING ENLIGT CHEFERNA

Det område där cheferna skattat att de uppfyller lagens intentioner i lägst utsträckning, är val av utförare om inte vårdgarantin uppfylls. Endast 38 procent av cheferna ansåg i hög grad att intentionen tillgodoses. Många (21 procent) svarade att de inte visste om intentionen uppfylldes. Resultat är väntat eftersom lagen inte hade trätt i kraft när undersökningen genomfördes.

Figur 51. Verksamhetschefernas uppfattning om i vilken grad deras verksamheter lever upp till patientlagens intention när det gäller val av utförare om inte nationella vårdgarantin uppfylls.



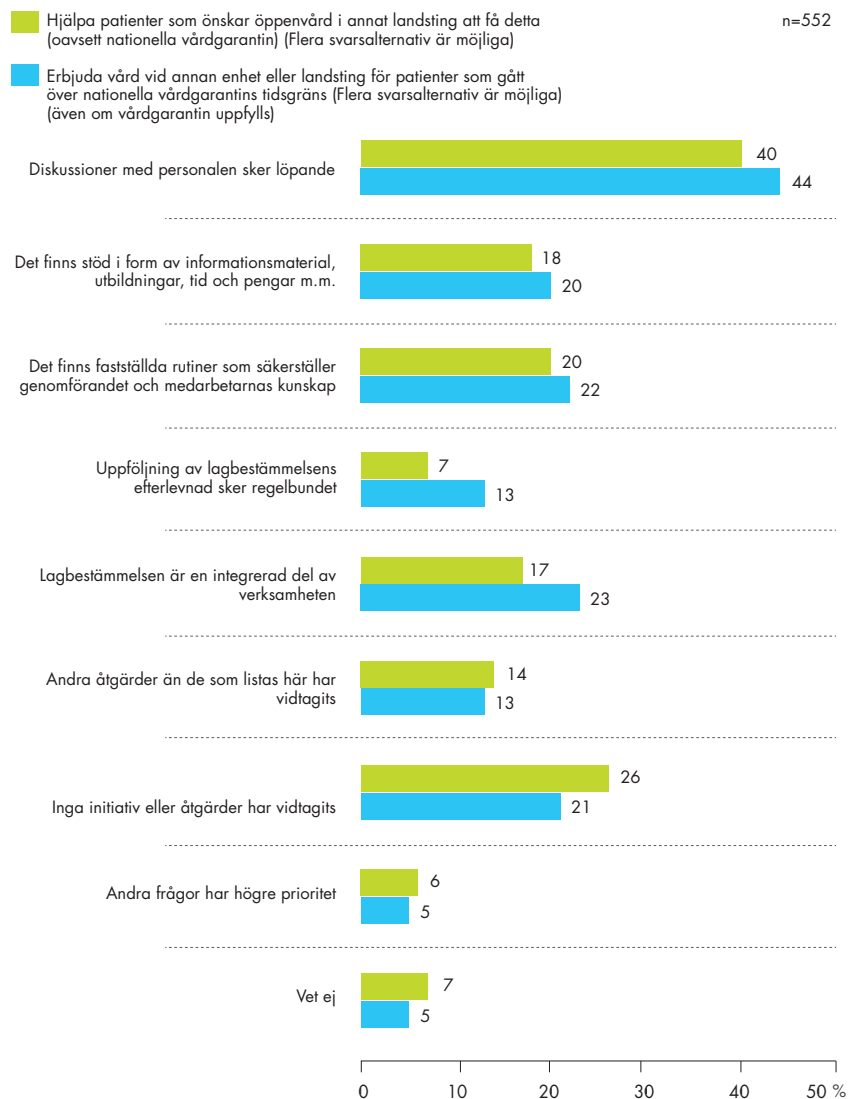
Även på frågan om vilka åtgärder cheferna vidtagit för att verksamheten ska kunna uppfylla patientlagens skyldigheter, utmärker sig val av utförare som ett område där många chefer uppgivit att de inte vidtagit några initiativ, att de prioriterat andra frågor högre eller att de inte vet.

Totalt har 31 procent uppgett att de inte vidtagit några åtgärder vad gäller att *erbjuda patienter vård i annat landsting för att kunna uppfylla vårdgarantin*. Något fler chefer (39 procent) hade inte vidtagit några åtgärder för att *hjälpa patienter att söka öppenvård i annat landsting* (oavsett nationell vårdgaranti).

Fastställda rutiner som säkerställer att patienter erbjuds eller får möjlighet att välja vård i annat landsting finns i cirka var femte verksamhet, enligt cheferna.



Figur 52. Verksamhetschefers initiativ för att erbjuda eller hjälpa patienter till vård i annat landsting.



Personuppgifter och intyg

12.1 PATIENTLAGEN OM PERSONUPPGIFTER OCH INTYG

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 10 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

10 kap. Personuppgifter och intyg

1 § Inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras.

Bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter och att motsätta sig behandling av personuppgifter samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i patientdatalagen (2008:355).

2 § Bestämmelser om sekretess inom allmän hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

3 § Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Källa: Patientlagen (2014:821).



Kapitel 10 i patientlagen berör hantering av personuppgifter och utfärdande av intyg. I detta kapitel tas även rätten att ta del av journalhandlingar upp och det finns en upplysning om att regler för sekretess respektive tystnadsplikt regleras i andra författningar.

Paragraferna erinrar endast om vad som gäller enligt andra lagar och tillför därför inget nytt i sak. Mot bakgrund av detta samt behovet av att begränsa enkäternas omfattning har det inte ställts några frågor om detta kapitel i enkäterna.

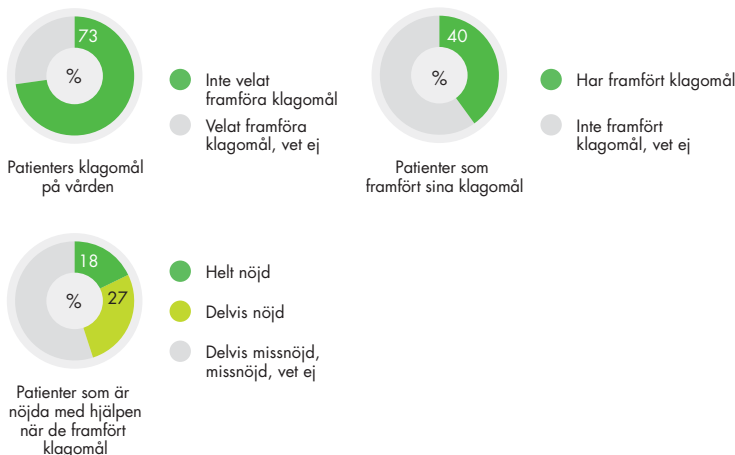
Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

Var fjärde patient har det senaste året velat framföra synpunkter eller klagomål på vården, men 60 procent av dem avstod från att framföra dem. De flesta patienter som lämnar klagomål har synpunkter på dålig tillgänglighet, medan det för svårt sjuka är fördröjd diagnos eller behandling som är den vanligaste orsaken till klagomål.

De flesta som lämnar klagomål eller synpunkter uppger att de gör detta direkt till den enhet som klagomålet gällde. Det vanligaste skälet till att lämna synpunkter är att bidra till att förebygga att andra råkar ut för samma sak. Det är få som blir nöjda med den hjälp de fått hos den organisation som de vänt sig till med sina klagomål och synpunkter.

Studiens centrala resultat redovisas här i form av hur väl patienterna uppfattar att olika områden fungerar. De fullständiga frågorna som patienterna besvarat återfinns nedan i kapitlet. Frågorna som redovisas är av olika karaktär och rör olika områden och jämförelser mellan dem bör därför ske med eftertanke. Respondenter som svarat att frågan inte är aktuell är exkluderade.

Patients åsikt om synpunkter, klagomål och patientsäkerhet:



13.1 PATIENTLAGEN OM SYNUNKTER, KLAGOMÅL OCH PATIENT-SÄKERHET

Patientlagen

I nedanstående citat från patientlagens 11 kap. markeras i parentes om bestämmelsen är ny i sak, det vill säga om en skyldighet med motsvarande innehåll inte tidigare varit reglerad i författning.

11 kap. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

1 § Patientnämnderna ska enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen,
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, och
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.

2 § En patient som har drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om

1. att det har inträffat en händelse som medfört en vårdskada,
2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
3. möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg,
4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
5. patientnämndernas verksamhet.

3 § Inspektionen för vård och omsorg ska enligt vad som anges i 7 kap.

10–18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) efter anmälan pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

4 § Patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Källa: Patientlagen (2014:821).

Kort om kapitlets bestämmelser

Att tillvarata kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården är en av de viktigaste punkterna för att uppnå en mer patientcentrerad vård (Vårdanalys 2012 s. 38). Det elfte och sista kapitlet i patientlagen handlar om hur patienter och närstående ska kunna lämna synpunkter och klagomål på vården, att patienter som drabbats av en vårdskada ska få information om vilka möjligheter som finns att anmäla detta samt vilken roll Inspektionen för vård och omsorg har när det gäller att pröva klagomål mot hälso- och sjukvårdsverksamheter. Kapitlet tydliggör även att patienten och dess närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. I huvudsak refererar kapitlet endast till annan lagstiftning och tillför därmed ingenting nytt i sig (prop. 2013/14:106 s. 126–127).

1 § hänvisar till lagstiftningen som reglerar patientnämndernas arbete, lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Enligt den lagen är nämndernas uppgift att tillhandahålla och hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen. De ska också främja kontakterna mellan patienterna och vårdpersonalen och hjälpa patienterna att vända sig till rätt myndighet. De ska dessutom rapportera avvikelser av betydelse för patienter i vården. På det sättet bidrar de på olika sätt till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården (prop. 2013/14:106 s. 30). Patientlagen hänvisar endast till denna reglering och tillför inget nytt i sak. Anledningen till att samma sak regleras på i stort sett samma sätt i två olika lagar är att patientnämndernas verksamhet ansågs vara viktig för personer som behöver stöd och hjälp och att det ansågs att kännedomen om patientnämndernas verksamhet behövde öka (prop. 2013/14:106 s. 102). Samtidigt som patientlagen trädde i kraft så reviderades 2 § lagen om patientnämndsverksamhet m.m. på en punkt. I den tidigare lydelsen angavs att patientnämnderna skulle hjälpa patienter att få den information som de behövde för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården (prop. 2013/14:106 s. 101). I den reviderade bestämmelsen anges nu i stället att patientnämnden inte enbart ska hjälpa patienter att få sådan information utan att de även ska *tillhandahålla den*. I förarbetena till patientlagen nämns att begreppet "hjälpa" förmodligen redan innebar att patientnämnderna skulle informera patienterna i olika frågor, men att det var bra med ett förtydligande i frågan (prop. 2013/14:106 s. 102). Förutom detta förtydligande så är 2 § i sak oförändrad sedan lagen infördes år 1999. När lagen om patientnämndsverksamhet m.m. kom så ersatte den lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. (prop. 1998/99:4 s. 33). Redan i lagen från 1992 angavs att det skulle finnas en eller flera nämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att förmedla den hjälp som förhållandena kräver till patienterna (1 § lagen om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m.). Det innebär att detta innehåll funnits reglerat i lagstiftning sedan lång tid tillbaka.

1 2 § patientlagen anges vilken information som en person som har drabbats av en vårdskada ska få. En patient ska enligt bestämmelsen informeras om att det inträffat en händelse som medfört en vårdskada och få en redogörelse från vårdgivaren om vilka åtgärder vårdgivaren tänker vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Patienter ska även informeras om patientnämndernas verksamhet, att de kan anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och att de kan begära viss ersättning.



(Forts. Kort om kapitlets bestämmelser)

Regleringen i 2 § patientlagen motsvarar i sak 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och tillför således inget nytt i sak.

I 3 § patientlagen finns en upplysning om att IVO prövar klagomål som patienter har mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal. Bestämmelsen tillför inget nytt i sak.

Enligt 4 § patientlagen ska patienten och dess närstående få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Denna paragraf motsvarar i sak 3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen och innebär således ingen ny reglering. Regleringen kommer ur en ambition från lagstiftarens sida att patienten och dess närstående ska få möjlighet att delta i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska på olika sätt uppmuntra och involvera patienterna och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. Detta kan exempelvis ske genom att vårdgivaren har rutiner för att aktivt uppmäna patienter och närstående att fråga och ifrågasätta om det är något de undrar över eller känner sig tveksamma kring. Det kan också handla om en systematisk klagomålshantering för att fånga upp brister, som en del av arbetet med att identifiera risker och utreda händelser i vården. Andra metoder kan vara att knyta patientråd till verksamheten för att ventilera frågan om patientsäkerhet, att arbeta med uppföljningssamtal samt att i samband med annan insamling av patienters upplevelser av kvalitet också efterfråga patienternas synpunkter på patientsäkerheten (prop. 2009/10:210 s. 86).

13.2 VAR FJÄRDE PATIENT HAR VELAT FRAMFÖRA SYNPUNKTER ELLER KLAGOMÅL PÅ VÅRDEN

I patientenkäten ställdes bland annat frågan om hur många som velat framföra synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården under de senaste 12 månaderna. Resultatet visar att ungefär en fjärdedel, 24 procent, av patienterna velat lämna synpunkter eller klagomål på vården för sin egen eller någon närståendes räkning. Av de svårt sjuka har en betydligt högre andel, 40 procent, velat lämna klagomål eller synpunkter.

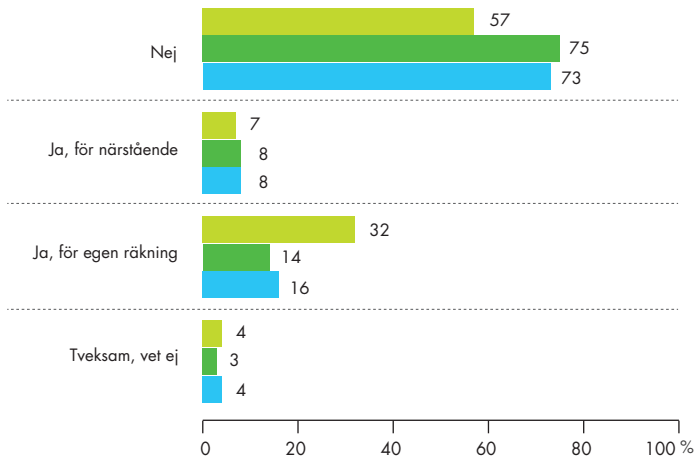
Figur 53. Patienters önskan om att framföra synpunkter eller klagomål.

Har du under de senaste 12 månaderna velat framföra några klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården

■ Svårt sjuka (n=841)

■ Patienter, ej svårt sjuka (n = 7 162)

■ Patient (n = 8 003)



Bland de patienter som uppgett att de velat lämna synpunkter eller klagomål finns en märkbar skillnad mellan könen: 28 procent av kvinnorna och 19 procent av männen har velat göra detta.

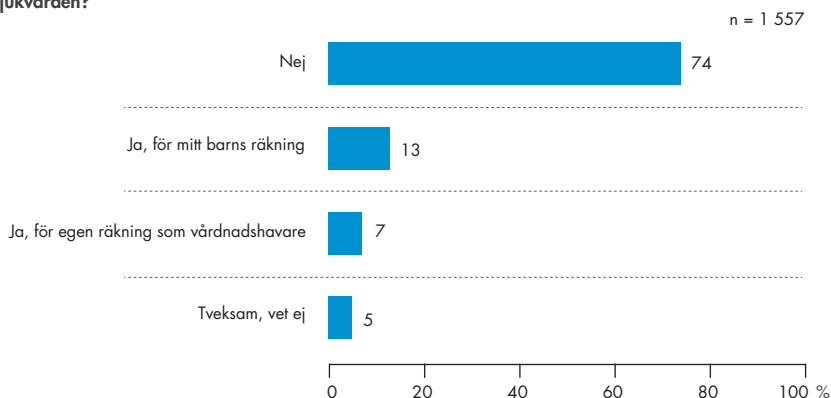
En klart större andel yngre än äldre uppgav att de för egen räkning har velat framföra klagomål eller synpunkter, 22 respektive 13 procent.

Bland vårdnadshavare var det totalt 20 procent som velat framföra synpunkter eller klagomål. Av dessa var det 13 procent som uppgav att synpunkten eller klagomålet gällde barnet (figur 54). Övriga uppgav att det gällde vårdnadshavaren, vilket skulle kunna innefatta klagomål som gäller vårdnadshavarens vårdkontakt för egen sjukdom.



Figur 54. Vårdnadshavares önskan om att framföra synpunkter eller klagomål.

Har du under de senaste 12 månaderna velat framföra några klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården?

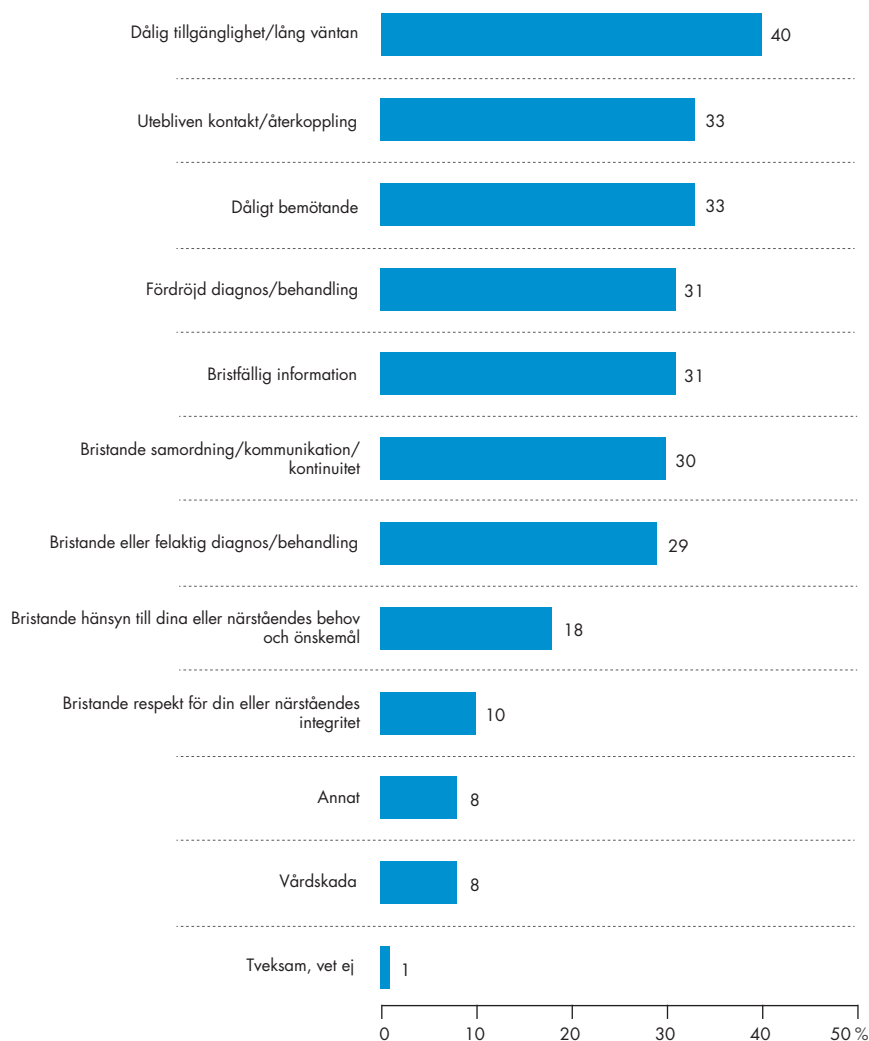


Klagomålet eller synpunkterna handlade främst om lång väntan eller dålig tillgänglighet, 40 procent av patienterna angav detta alternativ (figur 55). För en tredjedel av patienterna gällde klagomålen till exempel utebliven kontakt eller dåligt bemötande. Dessutom hade knappt var femte velat klaga på bristande hänsyn till egna eller närståendes behov och önskemål, 10 procent angav bristande respekt för integritet medan 8 procent uppgav att klagomålet gällde en vårdskada.

Figur 55. Vad patienters klagomål och synpunkter på vården har handlat om.

Vad handlade dina klagomål eller synpunkter om?

n = 1 892



Not: endast respondenter som velat framföra klagomål

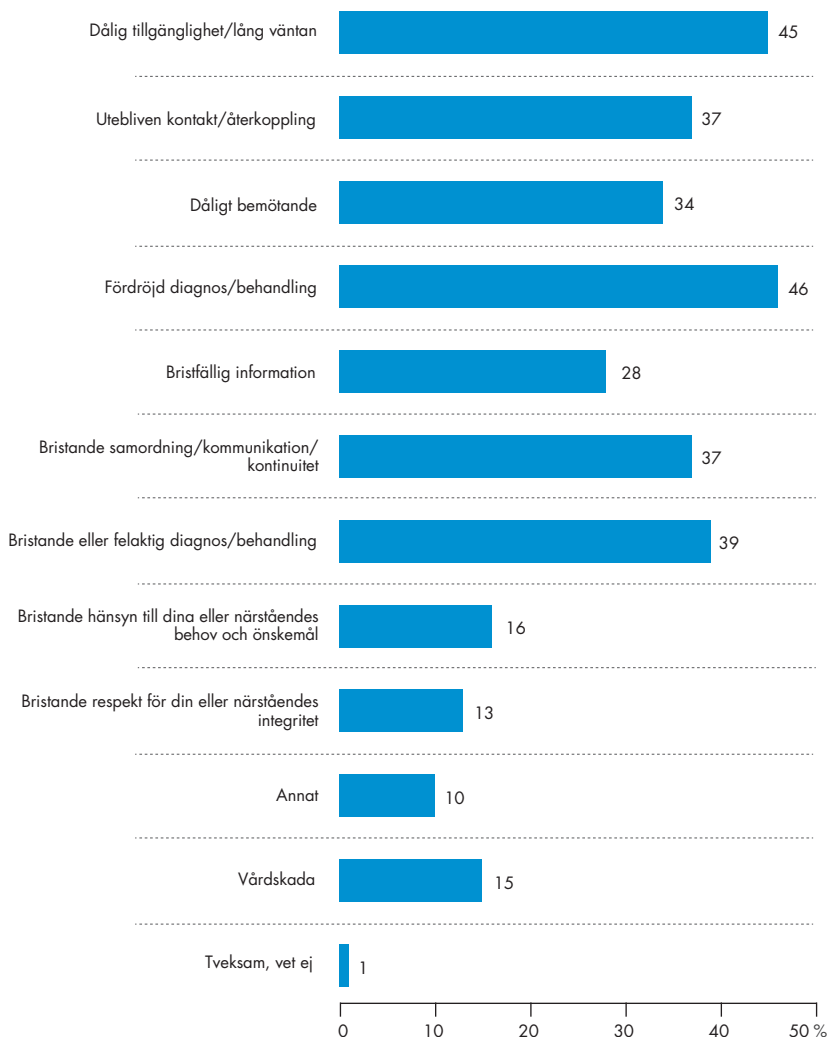
För svårt sjuka patienter var fördröjd diagnos eller behandling tillsammans med dålig tillgänglighet den vanligaste orsaken till klagomål (figur 56). De uppgav båda dessa alternativ oftare än övriga patienter. Svårt sjuka angav också oftare svarsalternativen bristande respekt för integritet, bristande eller felaktig diagnos och bristande kontinuitet och samordning. Av de svårt sjuka var det också nästan dubbelt så vanligt att ange vårdskada som alternativ: 15 procent av dem svarade det.



Figur 56. Vad svårt sjukas klagomål och synpunkter på vården har handlat om.

Vad handlade dina klagomål eller synpunkter om?

n = 330



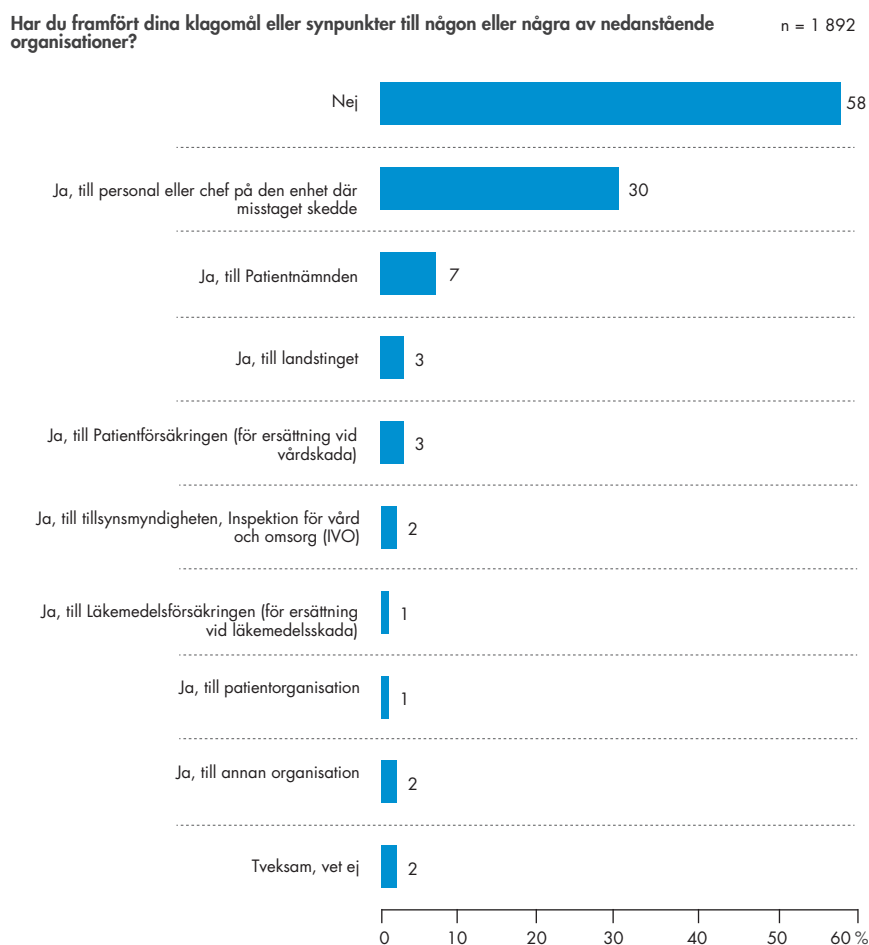
Not: endast respondenter som velat framföra klagomål

Dåligt bemötande och bristande hänsyn till behov och önskemål var det vanligare att de yngre angav som skäl till klagomålen jämfört med de andra åldersgrupperna. Dåligt bemötande uppgav 40 procent av de yngre som skäl, men bara hälften så många av de äldre, 20 procent. Bristande hänsyn som skäl uppgav 23 procent av de yngre och 11 procent av de äldre.

13.3 FÅ SOM LÄMNAR KLAGOMÅL ELLER SYNPUNKTER BLIR NÖJDA MED DEN HJÄLP DE FÅTT

För att få en bild av vart patienterna lämnar sina klagomål gavs ett antal exempel på organisationer som kan ta emot och hantera klagomål. Av de patienter som velat lämna klagomål uppgav 58 procent att de valt att inte lämna klagomål till någon organisation. Av de som faktiskt lämnat klagomål eller synpunkter hade de allra flesta, 30 procent, vänt sig till personal eller chef på den enhet som saken gällde. Det var endast 3 procent som hade vänt sig till patientförsäkringen och 1 procent som vänt sig till läkemedelsförsäkringen, vilket kan jämföras med att 8 procent av patienterna velat framföra klagomål avseende en vårdskada enligt figur 55 ovan.

Figur 57. Patienters framförande av klagomål eller synpunkter.



Not: endast respondenter som velat framföra klagomål



Av de svårt sjuka patienterna var det fler som faktiskt framfört sina klagomål: 53 procent svarade att de har lämnat klagomål när de har velat framföra det. Dessa patienter vände sig till största delen, 38 procent, till den enhet där misstaget skedde. Det var också signifikant fler i denna grupp, 7 procent, som vänt sig till patientförsäkringen.

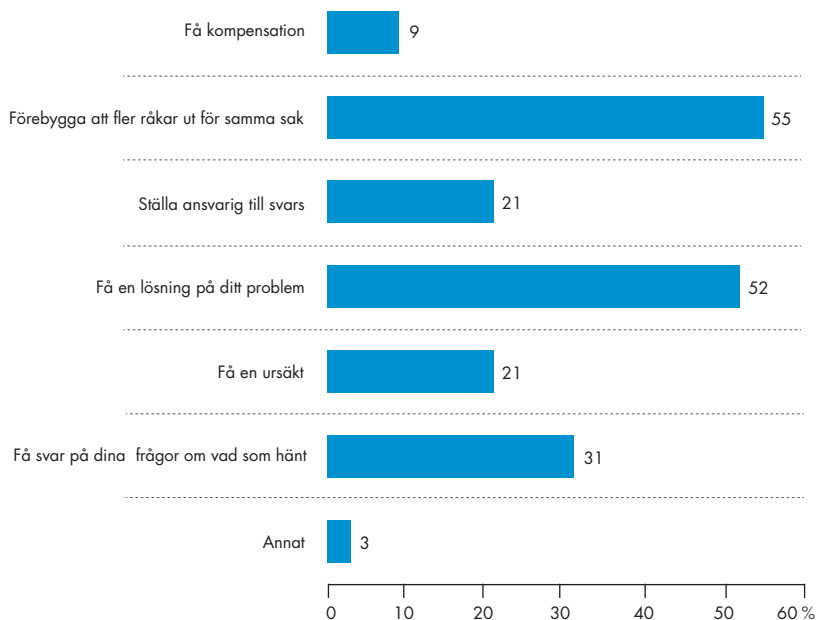
Yngre patienter angav i lägre utsträckning än äldre att de framför sina klagomål: 66 procent av de yngre framförde dem inte, att jämföra med 51 procent i gruppen äldre.

Syftet med att lämna klagomål eller synpunkter var enligt patienterna själva i första hand att förebygga att fler råkar ut för samma sak, 55 procent angav detta alternativ. Nästan lika många, 52 procent, uppgav att syftet var att få en lösning på sitt problem. Cirka en tredjedel har velat få svar på sina frågor och ungefär en femtedel ville ställa de ansvariga till svars eller få en ursäkt för det som hänt.

Figur 58. Patienters mål med framförda klagomål eller synpunkter.

Vad ville du uppnå när du framförde dina klagomål eller synpunkter?

n = 767

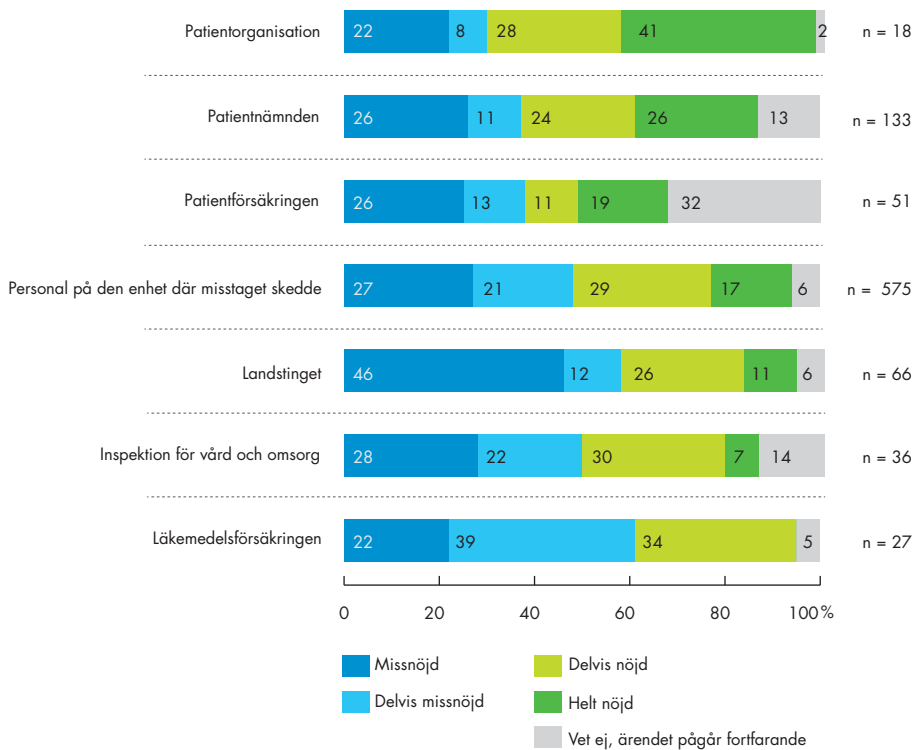


Not: endast respondenter som framfört klagomål

Resultaten från patientenkäten visar att de som klagat till olika instanser till liten del är nöjda med den hjälp de fått. I den största gruppen, de som vänt sig till personal eller chef på den enhet där misstaget skedde, var endast 16 procent helt nöjda med hjälpen de fått (figur 59). De fåtal patienter (17 stycken) som vänt sig till en patientorganisation var mest nöjda.

Figur 59. Patienternas nöjdhet med den hjälp de fick hos den organisation som de vänt sig till med sina klagomål.

I vilken grad är du nöjd med den hjälp du fick hos den organisation som du vände dig till?



Beskrivning av centrala aktörers planer och aktiviteter

Landstingen har utsett ansvariga, fördelat resurser och planerat aktiviteter kopplade till införandet av patientlagen. En stor del av förberedelserna består i att ta fram informationsmaterial. Ansvaret för att informera och utbilda medarbetarna ligger i linjeorganisationen. De flesta landstingen har hittills fokuserat på att informera och utbilda de egna medarbetarna och arbete kvarstår för att öka kunskapen om patientlagen. Med början 2015 riktas insatserna mot patienter och i viss mån även mot allmänheten.

Alla förutsättningar för att hantera nya patientströmmar till följd av patientlagens utökade möjlighet att välja utförare i öppen vård var inte på plats när patientlagen infördes. Exempel på sådant som kvarstår att lösa är e-hälsotjänster, listning över landstingsgränserna och hur skillnader i vårdutbud mellan landstingen kan hanteras. Samtidigt finns en osäkerhet kring om det fria valet av öppenvård kommer att öka patientströmmarna.

Landstingen står inför utmaningen att följa upp efterlevnaden av patientlagen. De har ännu inga planer för hur denna uppföljning ska ske.

Socialstyrelsen uppdaterar relevanta handböcker och reviderar även föreskrifter och allmänna råd med anknytning till lagen och annan lagstiftning som ändrats i anknytning till den. IVO har inte påbörjat några tillsynsaktiviteter kopplat till lagen ännu, men kommande riskanalyser kan få konsekvenser för bedömningen av vilka områden som ska prioriteras vid tillsyn framöver. SKL samordnar och stödjer



medlemmarna i införandet av den nya lagen. 1177 Vårdguiden arbetar för att sprida information om lagen till patienten, anhöriga och allmänhet. De genomför även en nationell kampanj i början av 2015.

14.1 AKTÖRERNA HAR OLIKA UPPDRAG OCH ANSVAR

I detta avsnitt ger vi en överblick över de viktigaste åtgärder som olika aktörer vidtagit för att patientlagen ska implementeras samt över hur planerna för kommande aktiviteter ser ut. Sammanställningen bygger på intervjuer med tjänstemän i landsting respektive vid myndigheter och SKL. 19 av landets 21 landsting har deltagit och bidragit med sina erfarenheter.

Landstingen, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt 1177 Vårdguiden är aktörer som har olika ansvar och uppdrag i samband med patientlagens införande.

- Landstingen ska på olika sätt implementera lagen och ge lagen ett ansikte i vårdpersonalens möten med patienterna.
- SKL samordnar landstingens och regionernas agerande genom bland annat överenskommelser mellan medlemmarna och vägledningar.
- Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter och ger kunskapsstöd i form av exempelvis handböcker till vårdverksamheter.
- IVO följer upp vårdens verksamheter inom ramen för sitt tillsynsansvar.
- 1177 Vårdguiden bidrar med information till patienter, anhöriga och en intresserad allmänhet.

Då den nya patientlagen beslutades var det endast cirka 7 månader kvar till dess att lagen skulle träda i kraft. Landstingen stod därmed inför uppgiften att på kort tid planera för en anpassning av vårdverksamheternas regelverk och verksamhet till de nyheter som lagen förde med sig. Även övriga aktörer gavs begränsat med tid för förberedelser och anpassningar inför lagens ikraftträdande. Vid den tid som denna studie genomfördes (oktober och november 2014) befann sig samtliga aktörer mitt i arbetet med att förbereda sig för att patientlagen skulle träda i kraft den 1 januari, vilket bör beaktas vid tolkningen av intervjustudiens resultat.

14.2 LANDSTINGEN ANSER ATT LAGENS INFÖRANDE HAR HÖG PRIORITET

Landstingen har ett ansvar för att de skyldigheter som patientlagen fastställer följs. De behöver organisera och genomföra aktiviteter som gör det möjligt

att leva upp till lagens krav. Exempel på sådana aktiviteter är att tydliggöra ansvar för införandet av olika delar i lagen, att säkerställa att medarbetarna informeras och får förutsättningar att följa lagen samt att verksamheterna får förutsättningar att hantera konsekvenserna av det fria vårdvalet. I den fortsatta framställningen används begreppet "landsting" för både landsting och landstingsregionerna Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Halland och Gotland.

Samtliga intervjuade landsting har avsatt personella och andra resurser för att arbeta med införandet av lagen. Det finns även särskilda kontaktpersoner med ansvar för införandet i alla landsting. En stor andel av landstingen har tagit fram tillfälliga organisatoriska lösningar genom att skapa projekt- eller arbetsgrupper med särskilt ansvar för införandet. De större landstingen tenderar att ha en mer omfattande organisation för förberedelsearbetet. Ett exempel är Stockholms läns landsting som har sex delprojektgrupper med ansvar för bland annat kommunikation/information, nationell listning och tekniska stödsystem.

14.3 HITTILLS HAR LANDSTINGEN HAFT STORT FOKUS PÅ ATT INFORMERA OCH UTBILDA MEDARBETARNA

De personer som intervjuats i samband med denna studie har ansvar för att koordinera patientlagens införande och är centralt placerade inom respektive landsting. Enligt dessa har de centrala och högre ledningsnivåerna inom landstingen god eller mycket god kunskap om lagen. Hur kännedomen ser ut i hela landstingens organisation har varit svårt för de intervjuade att ge en bild av, vilket kan bero på att de flesta landsting är organisatoriskt omfattande med spridda verksamheter och många anställda. Vilken kunskapsnivå som uppnåtts beror bland annat på hur långt landstinget kommit när det gäller att informera och utbilda chefer och medarbetare. Mer centralt placerade tjänstemän har ofta en bättre kunskap om lagen, menar de intervjuade. Längre ner i organisationen finns ofta kännedom om att lagen ska träda i kraft men inte mer än så.

"Jag tror inte att det är jättestor kännedom längst ut i organisationen. Ledningen har gått ut till några men vi har ännu inte hunnit gå ut i hela organisationen."



Ett exempel på aktiviteter som genomförs har hämtas från Dalarnas läns landsting. Här har olika arbetsgrupper träffats ett antal gånger sedan våren 2014 för att förbereda införandet av patientlagen. Dessutom är väntetidskansliet och patientnämnden involverade och har läst in sig på lagen och därigenom fått en bild av vad den innebär för landstingets verksamheter.

Flera landsting uppger i intervjuer att man fick mycket kort tid på sig att planera för lagens implementering från riksdagens beslut i juni 2014 tills att lagen trädde i kraft 1 januari 2015.

"Ett medskick kan vara att man har underskattat omfattningen på de förändringar som krävs på grund av den nya lagen. Det är den största förändringen i sjukvården på 20 år och det känns som att vi inte har fått tillräckligt med tid från att beslutet togs tills att lagen börjar gälla."

En viktig del i planeringsarbetet har därför varit att planera för information och utbildning av landstingens medarbetare. Ansvaret för att ta fram sådant informations- och utbildningsmaterial till den egna personalen har vilat på respektive landsting. Under hösten tog de tre största landstingen, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, ett initiativ och skapade en gemensam digital projektplats med möjlighet för alla landsting att få tillgång till det material som togs fram löpande.

"(...) vi delar med oss av det material som vi tar fram till våra egna respektive landsting med en gång när det är klart – då kan det lättare användas som grundmaterial för andra landsting att anpassa och göra till sitt eget. Beslutet att skapa en projektplats där vi publicerar materialet fattades i samband med SKL:s konferens den 23 oktober, när det blev tydligt att många landsting ville få tillgång till informationsmaterial från andra landsting om patientlagen."

På projektplatsen har fler landsting än Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne bidragit med informationsmaterial för

övriga att ta del av. Utöver presentationer av patientlagen har material och filmer som ska bidra till fördjupning och diskussioner kring den utvidgade informationsplikten lagts in, däribland en fråge- och svarsdel. De allra flesta intervjuade beskriver att ansvaret för att informera och utbilda medarbetarna vilar på cheferna i linjeorganisationen. Centrala funktioner i landstingen ansvarar för att ta fram informations- och utbildningsmaterial.

”Vi har sagt väldigt tydligt att det [ansvaret] ligger i linjen. Regionens uppgifter är att tillhandahålla material och verktyg men kommunikationen till medarbetare och personal ligger i linjen.”

I vissa landsting planerar man att centrala, stödjande funktioner ska genomföra informationsaktiviteter riktade direkt till medarbetarna.

De flesta landsting har genomfört eller planerar att genomföra utbildningar och informationsinsatser till chefer, medarbetare och patient-/brukarföreningar. Exempel på sådana insatser är information via intranät eller informationsträffar. I flera landsting nämner man att artiklar i personaltidningen ska publiceras som beskriver den nya lagen och konsekvenserna för vården. Alternativa former för informationsspridning är att ha ett stormöte med all personal över videolänk. Ett antal landsting nämner planer på att utbilda personalen om hur patientlagen påverkar patientmötet, exempelvis genom inspirationsdagar för chefer och nyckelpersoner med externa föreläsare på ämnet bemötande och kommunikation.

När det gäller möjligheten att informera och utbilda internt säger flera landsting att man använder sig av det material som finns på den gemensamma projektplats som beskrevs ovan. Några anpassar dessa till lokala förhållanden i den egna organisationen. Några landsting nämner att de planerar att göra en insats för att sprida information externt, exempelvis att distribuera en tidning till samtliga hushåll i länet på temat.



14.4 LANDSTINGEN SER UTMANINGAR MED NYA PATIENTSTRÖMMAR

Osäkert om det fria valets konsekvenser på patientströmmar

En av de stora förändringarna i lagen är möjligheten för patienten att fritt välja utförare av öppen vård (9 kap. patientlagen). En konsekvens av detta kan bli ökade patientströmmar in och ut ur landstingen, vilket skapar ett antal utmaningar vad gäller kapacitetsplanering och administration.

De flesta intervjuade uppger att det finns en viss osäkerhet kring vad det fria valet av öppen vård kommer att få för effekter på patientströmmarna. Detta påverkar landstingens möjligheter att planera sin verksamhet.

"Tror inte just vi kommer få stora flöden av patienter. Kanske kan man spekulera lite säkrare kring större landsting. Ingen vet riktigt hur det kommer se ut, därför vet vi inte riktigt hur vi ska förbereda oss."

Flera nämner att man inte tror att lagen kommer att resultera i särskilt stora nya patientströmmar. Dessutom refererar flera intervjuade till att man redan har utomlänspatienter som rör sig över landstingsgränserna inom ramen för regionala avtal, vilket det också finns administrativa rutiner för.

"Tror inte rörligheten kommer att bli någon jättegrej. Vi fakturerar andra landsting och tar emot fakturering. Kanske kommer det ske någon procentuell ökning och det klarar vi av."

Några län som tar emot många tillfälliga besökare sommar- eller vintertid bedömer att en viss ökning i patientströmmarna till landstinget kommer att ske. Även landsting med många arbetspendlare och studenter som inte är skrivna i länet, tror på ett visst inflöde.

”Vi vet ju att Dalarna är ett turistlän. Det finns till exempel lite oro på vårdcentralerna, men vi vet inte hur många eller storlek på strömmar. Remisskraven gör också att sådana frågor väckts.”

Under hösten 2014 tog 1177 Vårdguiden fram en målgruppsanalys i syfte att kartlägga patienters framtida intentioner att använda sig av möjligheten att söka vård i ett annat landsting efter 1 januari 2015. Som en del i denna målgruppsanalys genomfördes en webbenkät i september 2014 med 1 600 respondenter. De som svarat visar ett stort intresse av att ta till vara de möjligheter som lagen ger. Speciellt intresserade är äldre, kvinnor och personer som är eller har varit sjuka. Till exempel får frågan om man vill välja specialistvård i andra landsting eller regioner ett medelvärde på 4,5 på en skala 1–7 (där 1 motsvarar ”stämmer inte alls” och 7 ”stämmer helt”).

Den i särklass viktigaste drivkraften för att söka specialiserad öppenvård i andra landsting är att få tillgång till den bästa vården, vilket anges av 79 procent av respondenterna. Den näst viktigaste drivkraften är att man är missnöjd med vården där man bor, vilket anges av 29 procent. Äldre och långtidssjuka har inte råd och/eller ork att söka vård i ett annat län, konstateras i rapporten.

Samtidigt konstaterar Vårdanalys (2013) i sin rapport ”Vad vill patienten veta för att välja?” att även om många anser att det är viktigt att välja och vill kunna välja är det endast 24 procent som faktiskt valt att byta vårdcentral. Av dessa byter en majoritet på grund av att de flyttar. Kvinnor, lågutbildade och unga byter oftare eller funderar på att byta oftare än andra (Vårdanalys 2013). Vid frågor om information som är avgörande vid valet av vårdcentral så har man i mycket låg grad pekat på medicinska resultat. Vidare anger man att närheten och enkelheten att ta sig till vårdcentralen är av avgörande betydelse för vilken vårdcentral man väljer att lista sig på. Dessa resultat pekar på att vårdvalet i hela landet sannolikt kommer medföra få ändrade patientströmmar initialt. Ett undantag kan vara patienter som bor nära landstingsgränser och där den vårdcentral som det är lättast att ta sig till råkar ligga i ett annat landsting.



Administrativa förutsättningar saknas

När det gäller planering för att säkerställa att administrativa rutiner fanns på plats när lagen trädde i kraft så menade flera landsting att det redan finns rutiner till viss del i och med de befintliga patientströmmarna som nämnts ovan. Flera hänvisar också till det reviderade riksavtal för utomlänsvård som SKL-styrelsen fattat beslut om och som trädde i kraft den 1 januari 2015 (SKL 2014b). Riksavtalet för utomlänsvård beskrivs närmare i avsnittet om SKL nedan.

SKL beställde en förstudie av Inera och 1177 Vårdguiden för att utreda förutsättningar att utveckla en nationell tjänst som stöd för listning över landstingsgränserna. Förstudierapporten - Nationell listning, som togs fram utifrån i första hand ett invånartjänstperspektiv, presenterades i mars 2014. Där konstaterades bland annat att "Landstingen har stora behov av system som möjliggör listning över gränserna. De har även behov av att kunna följa upp både de invånare som är listade utomlän, och de utomlänningar som är listade i det egna landstinget. Detta för att hantera exempelvis ersättning, uppföljning och ansvarsfrågor" (Inera och 1177 Vårdguiden 2014 s. 4). SKL har samordnat en arbetsgrupp från landstingen som har gått igenom förstudien och diskuterat lämpliga insatser. Både 1177 Vårdguidens och Landstingsledningarnas bedömning var att en nationell lösning skulle kräva ett stort förarbete. Landstingsledningarna beslutade därför att tillsvidare avvakta med eventuella utvecklingsinsatser via Inera och 1177 Vårdguiden, för att bereda frågan ytterligare och titta vidare på olika alternativa lösningar. Tillsvidare hanteras listning över landstingsgränser genom regionala lösningar som finns mellan grannlandstingen (där de stora patientströmmarna förmodligen finns) och kontakter mellan respektive landsting och regioner.

Redan på den patientlagskonferens som SKL arrangerade i oktober 2014 stod det klart att alla förberedelser inför patientlagens utökade valmöjlighet i öppen vård inte skulle vara klara då patientlagen skulle träda i kraft. Till att börja med fanns ingen digital, nationell infrastruktur för att kunna lista sig över landstingsgränserna inom primärvården. Avsaknaden av ett samlat nationellt vårdutbud gör det också svårt för vårdgivarna att informera patienten om vilket vårdutbud som erbjuds. Det rådde också oklarheter kring om e-hälsotjänsterna skulle ingå som del i hälso- och sjukvårdsutbudet. Sådana tjänster innebär till exempel möjlighet att boka tid till primärvården, förnya recept och lämna hälsodeklaration digitalt. Om e-hälsotjänsterna ska ses som del i hälsoutbudet behöver en teknisk förändring ske utifrån dagens situation, då e-hälsotjänsterna är kopplade till respektive landsting.

Ytterligare oklarheter rådde inför införandet av lagen då landstingen

inte hade samsyn kring vilken vård som erbjuds till vem. Ett exempel är det kombinerade ultraljud och blodprov (KUB) som tas i samband med graviditet. Vissa landsting erbjuder KUB enbart till gravida kvinnor som har fyllt 35 år, medan andra landsting erbjuder undersökningen till alla gravida och ytterligare en del erbjuder inte provtagningen alls (1177 Vårdguiden 2015). Dilemmat uppstår när gravida kvinnor från ett län som inte erbjuder KUB vill söka vård i ett län som erbjuder det. Enligt intervjuerna kan inte det vårdgivande länet då vara säkert på att få betalt för sin insats. Ett annat exempel är när vissa landsting tar betalt av patienten för insatser, till exempel manlig sterilisering, medan andra gör dessa ingrepp inom ramen för egenavgiften. Under hösten 2014 kom dock signaler om att den typen av olikheter var på väg att elimineras genom att landstingen tagit initiativ att genomföra en harmonisering av villkoren. Men det är fortsatt flera frågor av den typen som behöver lösas.

Aspekter kring remissförfarandet var inte heller helt klarlagda till 1 januari 2015, enligt några av de intervjuade. I slutet av 2014 hade 16 av 21 landsting formellt inga remisskrav till öppen specialiserad vård (med undantag för några vårdinsatser i tre av de 16 landstingen). De kvarvarande fem landstingen har signalerat att man planerade att ta bort remisskraven under 2015. Men i många landsting har specialistvården starka önskemål om någon form av medicinskt underlag innan man accepterar patienten, även i fall då formella remisskrav saknas.

Önskemål har kommit från landstingen om att SKL borde ha haft en tydligare arbetsordning som drev dessa frågor framåt.

”SKL kunde ha haft en tydligare beredning för de frågor som fortsatt inte är utklarade, där förslag tagits fram som kunde ha förankrats hos hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, så att vi kommer i mål med dessa frågor”.

14.5 ATT FÖLJA UPP LAGENS EFTERLEVNAD I PATIENTMÖTET ÄR YTTERLIGARE EN UTMANING

Vårdgivare har ett tydligt ansvar för att följa upp att man lever efter det regelverk som finns. Detta finns reglerat i bland annat 31 § HSL och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Patientlagen innehåller både nya och gamla



delar som behöver vara en integrerad del i ledningssystemet och följas upp av vårdgivarna. Intervjuerna visar att många vårdgivare inser att det finns ett behov av uppföljning, men har inte funderat på hur man ska gå till väga.

"Den har vi inte riktigt tagit i än. Det behöver vi lösa på något sätt. Det räcker inte att informera bara och sedan räkna med att alla läser lagen."

Utmaningen ligger i svårigheten att på ett systematiskt sätt följa upp bland annat vad som händer i det enskilda patientmötet. Får patienten informationen och har den gjorts begriplig? Har vårdgivaren gett patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ?

"(...) oerhört svårt att följa upp. Vi kan följa upp kunskap men inte vad som sker i mötet med den enskilda patienten".

14.6 MYNDIGHETER OCH ANDRA AKTÖRER STÖTTAR MED KUNSKAPSTÖD OCH NÄTVERK

Socialstyrelsen

På Socialstyrelsen är tre avdelningar involverade i arbetet för att stödja implementeringen av patientlagen: Avdelningen för regler och behörighet, Avdelningen för kunskapsstöd samt Avdelningen för kunskapsstyrning. Myndigheten har ett specifikt uppdrag från regeringen att ta fram ett kunskapsstöd i form av ett vägledningsmaterial för mognadsbedömningar av barn. Myndigheten genomför även ett antal egeninitierade aktiviteter.

Kunskapsstödet kring mognadsbedömningar av barn ska slutredovisas i december 2015. Detta föranleds av att barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska beaktas (4 kap. 4 § patientlagen). Barnets inställning ska tillmätas betydelse i relation till bland annat barnets ålder och mognad och det är därför angeläget att det finns en vägledning på området för att säkerställa likvärdiga bedömningar.

Det egeninitierade arbetet innefattade bland annat två större satsningar

för att se till att författningssamlingen är ändamålsenlig. Arbetet med författningssamlingen har bedrivits utifrån andra initiativ än patientlagens införande. Den ena satsningen är en genomgripande uppdatering av de föreskrifter och allmänna råd som beslutades före år 2000. Där ingår en uppdatering av de delar i patientlagen som också ingår i hälso- och sjukvårdslagen. Detta arbete planerades bli färdigt under det sista kvartalet 2014.

Den andra satsningen innebar en snabbuppdatering av de föreskrifter och allmänna råd som beslutades år 2000 till 2014. Den här delen planerades bli färdig under första kvartalet 2015.

Socialstyrelsen påbörjade redan förra året uppdatering av två handböcker. Den ena är *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Handboken berör, förutom skyldigheten att informera, också bland annat möjligheten att få förnyad medicinsk bedömning och hanteringen av patientklagomål. Den andra handboken som uppdaterades är *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* Handboken inkluderar bland annat de arbetsuppgifter som är regelstyrda i vården och vem som har rätt att ställa diagnos. De uppdaterade handböckerna avses publiceras under första halvåret 2015.

Utöver detta har Socialstyrelsen föreslagit en nationell strategi för ökad patientsäkerhet. Den övergripande visionen med strategin är att antalet vårdskador ska minska till noll. Strategin innehåller fem långsiktiga och patientfokuserade mål, varav ett är att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling. Det finns således en koppling till den delen av patientlagen som handlar om att skapa delaktighet genom att involvera den enskilda patienten i beslut som rör hälsotillstånd, vård- och behandlingsalternativ samt risker. Regeringen har inte tagit ett beslut om en nationell strategi, men Socialstyrelsen arbetar efter de fem målen.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte fått något regeringsuppdrag kopplat till patientlagen.

IVO har genomfört en utbildning om patientlagen. De bedömer att lagens införande inte kommer att medföra några större förändringar för myndighetens kärnverksamhet. Myndigheten har i sin riskanalys identifierat prioriterade områden som ska tillsynas. Huruvida införandet av patientlagen kommer att leda till konsekvenser i bedömningen av vilka områden i vården som ska prioriteras i tillsynen kan bedömas först vid nästa riskanalys.



I Patientmaktsutredningens betänkande föreslogs att IVO borde utveckla system för att aggregera och återföra erfarenheter från bland annat anmälnings- och klagomålsärenden (SOU 2013:44 s. 14). Denna bedömning delade IVO i sitt remissvar på utredningen. I dagsläget finns det begränsade förutsättningar för att hämta och sammanställa statistikuppgifter från IVO:s ärendehanteringssystem.

När det gäller tillsyn har Statskontoret (2014) konstaterat att den egen-initierade tillsynen kan bli en utmaning beroende på knapphet i resurserna hos IVO. Statskontoret skriver i slutredovisningen *Patientklagomål och patient-säkerhet. Utvärdering av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården* (Statskontoret 2014) att: ”Kostnaden för att ta emot och utreda klagomål mot vården är avsevärt högre än vad som ursprungligen avsågs. År 2013 svarade klagomålshanteringen för nära 30 procent av IVO:s kostnader, som totalt var 359 miljoner kronor. Den förhållandevis höga kostnaden medför exempelvis att IVO:s egeninitierade tillsyn måste prioriteras ner” (Statskontoret 2014 s. 8).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

I samband med beslutet om patientlagen fick SKL ett uppdrag från landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverk och informationsdirektörsnätverk, som önskade ett startpaket med grundläggande information till medlemmarna. SKL bildade en referensgrupp med två hälso- och sjukvårdsdirektörer, tre kommunikationsdirektörer samt representanter för 1177 Vårdguiden och Inera. Syftet med gruppen var att underlätta informationsspridningen i deltagarnas egna nätverk och att de skulle hålla varandra uppdaterade kring utvecklingen. Under våren 2014 beslutade SKL tillsammans med denna referensgrupp att ett antal gemensamma arbetsgrupper skulle skapas för att stödja landstingen i införandet av lagen. Grupperna har arbetat med frågor kring information och kommunikation, administrativa frågor (som rutiner vid listning i annat län än hemlänet) samt fakturafrågor.

Ett första informationsmaterial för förankring och informationsspridning togs fram under våren 2014 för att kunna användas av medlemmarna. En patientlagskonferens hölls i Stockholm den 23 oktober 2014, med teman som vad patientlagen innebär, reviderat riksavtal för utomlänsvård, planerat arbete för att informera invånarna, listning över landstingsgränser och hur man får genomslag av lagen i verksamheten. Det var i samband med denna konferens som de tre största landstingen kom överens om att göra sitt informationsmaterial tillgängligt för alla på en gemensam projektplats. SKL

har på sin webbsida en särskild undersida som presenterar SKL:s material om patientlagen. På sidan finns bland annat kontaktuppgifter till personer som är ansvariga för införandet inom samtliga landsting. Det finns också sammanställda svar på vanliga frågor om patientlagen och ett SKL-cirkulär med utökad information om nyheterna i lagstiftningen. SKL planerade också att uppdatera Vårdbarometern, som regelbundet mäter medborgarnas förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården, genom att lägga till ett antal frågor i undersökningen som är relevant för patientlagen. SKL planerade också att producera en film om patientlagen.

SKL:s styrelse beslutade i oktober om ett reviderat riksavtal för utomlänsvård som man rekommenderade medlemmarna att godkänna och tillämpa (SKL 2014b). Revideringarna i riksavtalet är en anpassning till patientlagen. En viktig aspekt av revideringen har utgått från det nya i lagen om val av utförare i andra landsting. En annan viktig nyhet i det reviderade riksavtalet är att en patients begäran att få medicinsk service, till exempel röntgen, utförd hos andra landsting ska tillgodoses. Medicinsk service regleras däremot inte specifikt i lagen och SKL anser att det nya riksavtalet därmed stärker patientens ställning ytterligare. SKL har också tagit fram ett beslutsstöd i frågan om utomlänsersättning i samband med listning utanför det egna hemlandstinget. Detta är förankrat hos hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Man föreslår att ersättningen till vårdlandstinget från patientens hemlandsting ska ske per besök eller motsvarande. SKL konstaterar att frågan om ersättningsformer kommer att följas och vid behov utvecklas.

1177 Vårdguiden

1177 Vårdguidens uppdrag är att informera patienten, anhöriga och allmänhet om olika aspekter av den nya patientlagen. I samband med att riksdagen beslutade om att införa patientlagen, fattade regeringen beslut att ge 1177 Vårdguiden sex miljoner kronor för informationsinsatser. Till detta projekt knöts en styrgrupp, två referensgrupper och tre interna arbetsgrupper. Arbetsgrupperna har tagit fram dels ett redaktionellt material som har publicerats på 1177.se, dels en utåtriktad kampanj under våren 2015. Gruppen har även skapat en internutbildning för sjuksköterskorna som arbetar i rådgivningen. Projektets referensgrupper ingår också i ett antal samarbetsgrupper, dels tillsammans med SKL, dels med representanter för det informationsdirektörsnätverk som landstingen har. 1177 Vårdguiden har även samråd med patientorganisationer och privata vårdgivare om projektets arbete.



1177 Vårdguiden har utfört en målgruppsanalys och utifrån denna tagit fram en strategi för att informera allmänheten. Strategin är långsiktig och man vill informera när behov uppstår, till exempel i samband med att sjuka personer söker information om sitt tillstånd eller behandling.

Till årsskiftet 2014/2015 tog 1177 Vårdguiden fram informationsmaterial som används i de egna kanalerna: 1177 Vårdguiden på webben och telefon, Mina vårdkontakter och UMO (Nationell ungdomsmottagning på nätet). Dessa insatser väntas nå ett stort antal personer. Bara hemsidan 1177.se har sex miljoner besök varje månad. För webben tas nationell information fram, som kommer att finnas på den del av webbplatsen som inte är knuten till något landsting. Landstingen har sedan kunnat välja hur de vill specificera informationen på sina "egna" landstingsspecifika sidor.

Sjuksköterskorna som arbetar med sjukvårdsrådgivning per telefon på 1177 Vårdguiden har fått utbildning så att de kan tillämpa lagen i sin rådgivning och hänvisning till patienter. 1177 Vårdguiden kommer också att sprida information via patientorganisationerna. Till grupper som är svåra att nå via internet, exempelvis äldre, tänker man sig att informationen ska gå via anhöriga och ges i direktkontakt med vårdpersonalen. Personer som inte förstår svenska kommer att kunna få information via översatta texter och filmer. Det är inte klart hur många språk man kommer att översätta till.

Projektet har även tagit fram informationsmaterial till vårdens personal om hur de kan använda 1177.se i patientmötet. Dels hänvisas till tema patientlagen och dels till hur man som vårdpersonal kan använda hela sajten för att leva upp till informationsplikten. Informationsmaterialet till vårdpersonal finns samlat på 1177.se/vardpersonal.

Med start februari/mars 2015 genomför 1177 Vårdguiden en kampanj riktad framför allt till patienter, närstående och personer som upplever ohälsa. Formerna för denna är inte helt beslutade men man kommer huvudsakligen att använda digitala kanaler utanför de egna, till exempel annonser i olika sammanhang.

Patientlagen – ingen tydlig drivkraft

Verksamhetscheferna har hög kännedom om patientlagen och en majoritet anser att lagen tydliggör deras skyldigheter gentemot patienten. Samtidigt saknas riktlinjer och direktiv inom organisationerna kring hur lagen ska genomföras. Information och utbildningssatsningar är det vanligaste sättet att verka för lagens ikraftträdande men bara knappt var femte chef anser att patientlagen är en integrerad del av verksamheten. Initiativ för att implementera lagen är lågt prioriterade. Cheferna anger inte att patientlagen i sig är en drivkraft till förbättringsarbete. Patientlagen är också ett av de förbättringsområden som verksamheterna i minst utsträckning lägger ner tid och resurser på enligt cheferna själva.

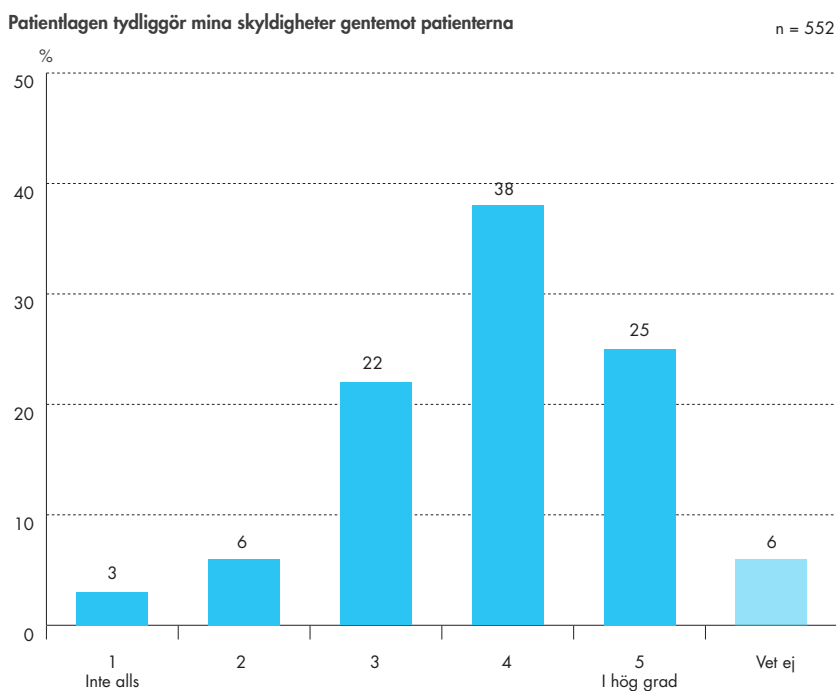
I verksamhetschefsenkäten ställdes, utöver de specifika frågorna om efterlevnaden av lagens bestämmelser och intentioner, ett antal mer generella frågor. Avsikten med dessa frågor var att sätta lagstiftningen som styrmedel i förhållande till andra styrsignaler och göromål samt att fånga vilket stöd verksamhetscheferna uppger att de får från landstingsledningen för att uppfylla lagens intentioner.

15.1 EN MAJORITET HAR INGA RIKTLINJER OCH DIREKTIV

Nästan 60 procent av verksamhetscheferna ansåg i enkäten att de i hög grad känner till patientlagens innehåll. En majoritet av cheferna uppgav också att de uppfattar att patientlagen tydliggör deras skyldigheter gentemot patienterna (figur 60). Samtidigt ansåg var tredje chef att lagen är svårtolkad.

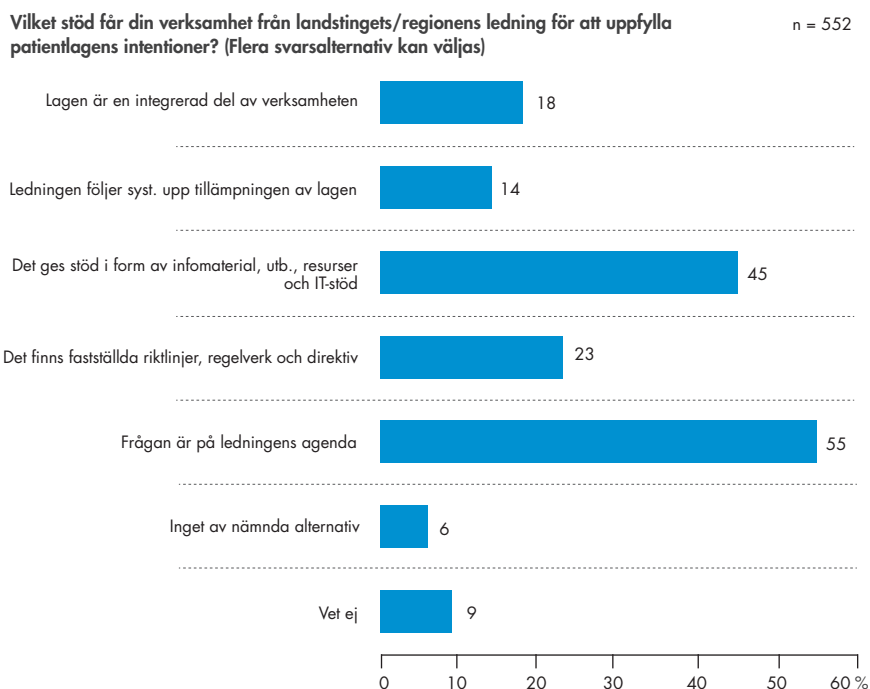


Figur 60. Verksamhetschefernas uppfattning om patientlagens tydliggörande av deras skyldigheter i förhållande till patienterna.



Ledningssystem för att säkerställa genomförandet tycks inte vara fullt utvecklade. Bland annat anser endast var fjärde chef att det vid tidpunkten för baslinjemätningen fanns riktlinjer och direktiv för arbetet. Var femte chef menade att lagen var en integrerad del av verksamheten och en av tio svarade att landstinget systematiskt följer upp tillämpningen av patientlagen (figur 61).

Utbildningar och information har hittills varit det vanligaste sättet för ledningen att stötta verksamheterna. Av cheferna ansåg 45 procent att det fanns stöd i form av utbildningar och informationsmaterial. Något fler, 55 procent, svarade att patientlagen var uppe på ledningarnas agenda när undersökningen gjordes (figur 61).

Figur 61. Verksamhetschefernas uppfattning om stöd från landstinget.

15.2 LÖPANDE DISKUSSIONER DEN FRÄMSTA ÅTGÄRDEN

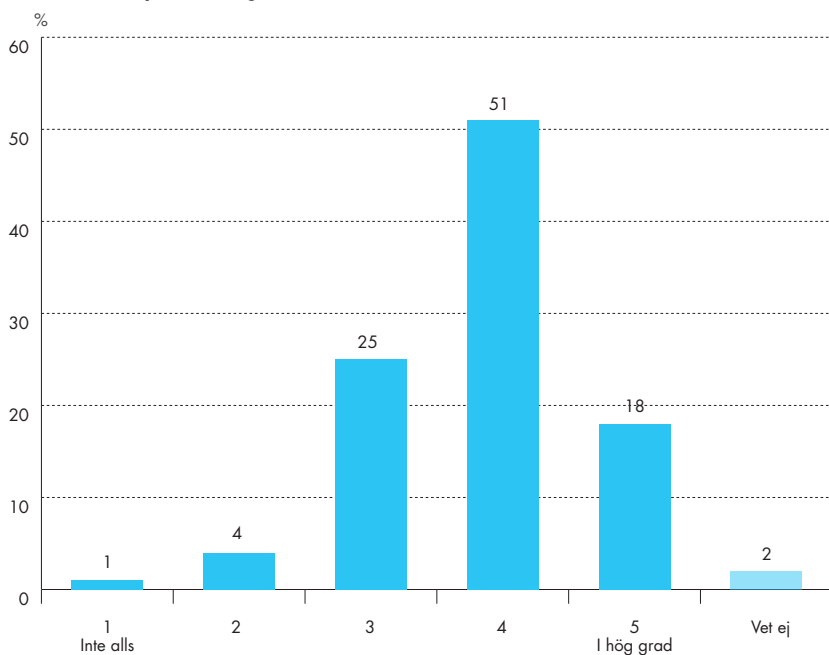
Resultaten i tidigare kapitel visar att de åtgärder som verksamhetscheferna vidtagit för att uppfylla patientlagens intentioner i stort tycks vara desamma oavsett vilken del av lagen som avses. En huvudsaklig åtgärd för lagens genomförande som ungefär varannan chef angett är att löpande föra en diskussion med personalen. Var femte gav stöd i form av utbildningar och informationsmaterial. Något fler hade fastställda rutiner som säkerställde genomförandet och medarbetarnas kunskap.

Det framkommer även att verksamhetscheferna är medvetna om att lagens intentioner inte uppfylls. När det till exempel gäller om verksamheten uppfyller kraven på information, delaktighet och samtycke gav cirka var tredje chef sin verksamhet betyget tre eller lägre på en femgradig skala (figur 62). Två av fem av cheferna gav efterlevnaden rörande kraven på val av behandlingsalternativ och hjälpmedel betyget 3 eller lägre (se figur 46).



Figur 62. Verksamhetschefernas uppfattning om hur verksamheten lever upp till patientlagens intentioner när det gäller information, delaktighet och samtycke.

I vilken grad anser du att din verksamhet lever upp till patientlagens intentioner när det gäller:
Information/samtycke/delaktighet? n = 552



15.3 PATIENTLAGEN ÄR INGEN TYDLIG DRIVKRAFT

För cheferna i vården är patientlagen en av många uppgifter som konkurrerar om deras tid och engagemang. Studiens resultat visar att cheferna inte ansåg att det finns någon betydande förbättringspotential för verksamheten när det gäller att implementera patientlagen jämfört med att till exempel förbättra administrationen eller utveckla vårdkedjor mellan kommuner och landsting. Drygt hälften av cheferna såg en stor förbättringspotential kring de sistnämnda faktorerna, men bara knappt var tredje gjorde det för patientlagen. Trots detta såg cheferna en relativt stor potential i att systematiskt involvera patienterna i förbättringsarbetet, nästan hälften uppgav detta.

Cheferna ansåg inte heller att patientlagen är en viktig drivkraft för att initiera utvecklingsinsatser i vården. Viktiga drivkrafter är i stället medarbetarnas idéer och saker som inte fungerar i vardagen. I enkäten placerades sig patientlagstiftningen i bottenkiktet bland 21 olika drivkrafter. På frågan om vad de under det senaste året lagt tid och resurser på för att

förbättra verksamheten hamnade patientlagstiftningen återigen sist i en lista med 17 olika förbättringsinriktningar. Vissa enskilda delar av lagstiftningen fick bättre placeringar, såsom tillgänglighet och hur klagomål och synpunkter från patienter hanteras (figur 63).

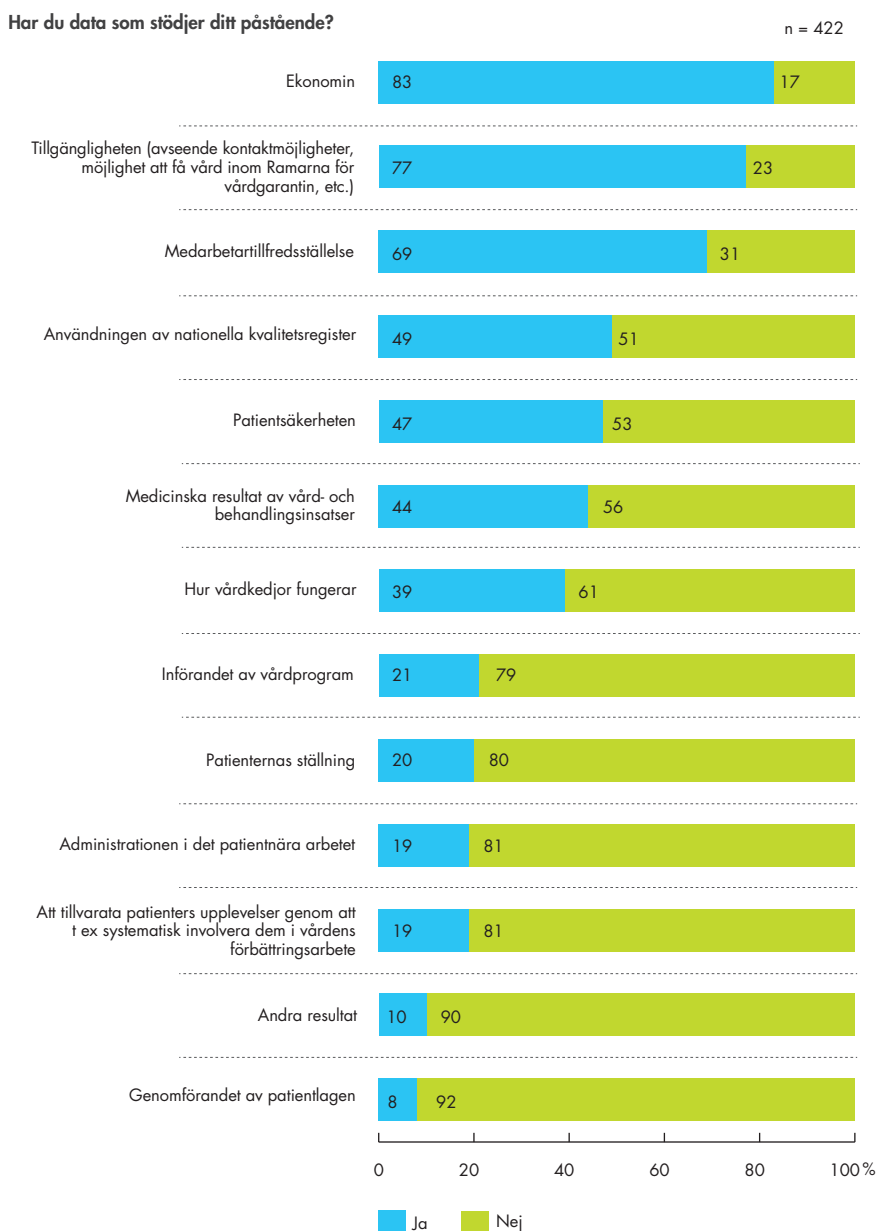
Figur 63. Verksamhetschefers prioriterade områden för förbättringsarbete.

Vad har du i huvudsak lagt tid och resurser på för att förbättra din verksamhet under de senaste 12 månaderna? n = 252–473



Nästan en av tio chefer menade att deras verksamhet kan komma att påverkas negativt av genomförandet av patientlagen. Få chefer, 8 procent, hade data som stödjer deras påstående om hur insatserna påverkas, vilket i sig visar på en mycket låg tillgång till data i förhållande till andra utvecklingsområden (figur 64).

Figur 64. Verksamhetschefers möjligheter till uppföljning.



Avslutande reflektion

Baslinjemätningens resultat från undersökningen av patienter och verksamhetschefer upplevelser av implementeringen, och genomgången av centrala organisationers förberedande arbete, pekar på att patientlagens intentioner inte fullt ut efterlevdes i och med ikraftträdandet. Eftersom det är en ny lag är det egentligen inte att förvänta, men när det gäller många av lagkraven är detta oroande då det funnits bestämmelser med motsvarande innehåll sedan tidigare, i flera fall sedan 1980-talet. Det är rimligt att i de delarna förvänta en högre efterlevnad än vad som framkommer. Att kraven har funnits sedan lång tid tillbaka visar även på särskilda utmaningar i arbetet med att skapa förändringstryck och väcker frågor kring lagstiftningen som styrmedel.

I och med att vården är en komplex verksamhet där lagstiftningen i praktiken konkurrerar med en mängd andra drivkrafter (se kapitel 15) så kommer det med all sannolikhet inte att finnas någon enkel lösning på hur patientlagen kan implementeras i högre utsträckning. Det handlar i stället om att hitta nya och ett antal kompletterande angreppssätt som tillsammans kan bidra till en stärkt efterlevnad. Nedan resonerar vi om utmaningar och möjliga vägar framåt inom dessa områden.

16.1 EXEMPEL PÅ UTMANINGAR

Patientlagen är bara ett av många angelägna områden i verksamheten

En utgångspunkt är att verksamhetschefer har en avgörande betydelse för all praktisk implementering, så även lagstiftningen. Det är de som sätter



den lokala utvecklingsagendan genom att avsätta resurser för vad som ska prioriteras i verksamheterna eller inte. Resultaten från chefsenkäten visar att patientlagen prioriteras lågt i verksamheterna av en lista på flera olika förbättringsområden (jämför avsnitt 15.3). Genomförandet av patientlagen och dess bestämmelser uppfattas som ett av flera angelägna områden som ska implementeras, utvecklas och följas upp. Det är därför svårt att nå ordentligt genomslag för patientlagen innan den prioriteras högre på agendan.

Lagstiftningen kan behöva tillgängliggöras mer för att användas av hälso- och sjukvårdspersonal

Patientlagen ska i stora delar genomföras av hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheten och i mötet med patienten. Forskning har dock visat att hälso- och sjukvårdspersonalen till stor del präglas av ett medicinskt synsätt, medan patientlagen snarare har sitt ursprung i ett politiskt eller administrativt synsätt. Det innebär att lagstiftning inte är en av professionernas primära drivkrafter, liksom att den kräver viss översättning för att systematiskt ta fäste i praktiken (Gustafson m.fl. 1992, Greenhalgh m.fl. 2004, Rogers 2003). Studiens resultat visar att få verksamhetschefer anser att den nya lagen kommer att innebära några förändringar i deras ordinarie verksamhet. Den prioriteras lågt i förhållande till insatser som kan uppfattas som mer angelägna ur ett biomedicinskt perspektiv, till exempel stärkt patientsäkerhet och bättre medicinska resultat. Efterlevnaden av lagstiftningen kan därför tänkas riskera att fördröjas tills lagen omvandlats och integrerats i hälso- och sjukvårdspersonalens vardag, alternativt tills personalens syn på lagstiftning ändrats.

Lagen ger inte handfast hjälp i den kliniska vardagen

Patientlagen är inte formulerad på ett detaljerat och specificerat sätt i alla delar. Det finns stora fördelar med detta som bland annat handlar om att skapa utrymme för det kommunala självstyret och anpassningar efter unika förutsättningar samt hälso- och sjukvårdens komplexitet, men även att lagstiftningen ska fungera i ett samhälle i kontinuerlig utveckling. En konsekvens kan ändå bli att lagen riskerar att ses som svårtolkad och endast till liten del vara en handfast hjälp kring vad som ska göras. Var tredje chef anger att patientlagen är svårtolkad och få har data för att följa upp lagen. Eftersom det i många stycken inte är uppenbart att något nytt eller annorlunda krävs av verksamheterna jämfört med vad som gällt tidigare kan det tänkas

att det kan finnas en tendens åt att fortsätta arbeta på samma sätt som man har gjort tidigare.

Risk för ojämnt stöd till implementering

I de intervjuer som genomförts med bland annat landstingsföreträdare framkommer att mycket av deras fokus från dem ligger på den nya bestämmelsen om val av utförare i olika landsting. Det är också här det sannolikt är tydligast att till exempel administrativa rutiner behöver förnyas, vilket kan skapa behov av insatser. Samtidigt är detta endast en av alla de bestämmelser som patientlagen omfattar. Vårdanalys ser därför en risk i att detta tar stora delar av resurserna och att det medför att många av de andra kraven får stå tillbaka på utvecklingsagendan. Det finns även en risk för att förbättringsarbetet fokuserar på administrativa rutiner i stället för på att skapa förändring i organisationens sätt att arbeta.

Olika syn på i vilken grad tillsynen kan bidra

Tillsyn är ett av flera verktyg för staten att styra hälso- och sjukvården med. Något generaliserat är det också det traditionella sättet att följa upp lagstiftning. När vi frågar patienterna så anser de också att tillsynen är ett centralt verktyg för att stärka patienternas ställning. Professionerna rankar dock tillsyn relativt lågt som påtryckningsmedel. Det finns också begränsningar i hur heltäckande och omfattande tillsynen kan vara med tanke på dess dimensionering i förhållande till sektorns omfattning. Här är det också viktigt att vårdgivarna tar sitt ansvar att följa upp verksamheterna och genomföra egenkontroll i enlighet med de författningskrav som finns, se bland annat 31 § HSL och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) om systematiskt kvalitetsarbete.

Patientlagen behöver hamna högre upp på agendan för att få ökat genomslag

Verksamhetscheferna tycks anse att patientlagen till stor del redan är implementerad och att arbetet löper på relativt oproblematiskt. Det finns då inte några större anledningar att prioritera åtgärder inom området. Vårdanalys kan konstatera att det verkar krävas ytterligare insatser från landsting för att frågan ska komma högre upp på agendan.



16.2 MÖJLIGA VÄGAR FRAMÅT

Vårdanalys tror i dagsläget att en viktig utgångspunkt är att patientlagen förankras hos vårdpersonalen och att de involveras i det fortsatta arbetet. Vidare är det viktigt att ta fasta på att lagens huvudsakliga genomförande sker genom förändringar i praktiken, där patienter och vårdpersonal möts i vardagen. Med dessa utgångspunkter handlar det bland annat om att skapa system och arbetsätt som gör det enkelt att följa lagstiftningen i vardagen. Men det handlar även om att kritiskt diskutera vad i lagstiftningen som måste skötas decentraliserat i varje möte mellan patient och vårdpersonal och om det finns delar som med fördel kan centraliseras.

Vi ser fortfarande en förbättringspotential i efterlevnaden av den lagstiftning som gällt sedan 1980-talet. Det indikerar att det inte finns några enkla lösningar på de utmaningar som implementering av lagen står inför. Forskningen om implementering pekar dock på ett antal olika strategier som kan underlätta för staten och huvudmännen att öka genomslaget av patientlagen (Gustafson m.fl. 1992, Rogers 2003). Nedan exemplifieras ett antal insatser, som kan genomföras parallellt inom ett flertal områden, för att höja intresset och påskynda implementeringen.

Öka trycket på implementering

En viktig faktor för förändringsarbete är att det finns både internt och externt tryck på en önskvärd utveckling. Andra viktiga faktorer är att det finns data som belägger att det är ett reellt problem för patienter och för organisationen liksom att det finns vinster för alla parter i att lösa problemen. Ett ökat förändringstryck kan fås genom att arbeta med kombinationer av till exempel följande:

- tillsyn
- stöd till forskning för att påvisa vinster med att arbeta på ett sådant sätt som lagen anger
- konstruktiva utvärderingar som visar möjliga vägar fram
- att stärka patienterna så att de är delaktiga i att efterfråga vårdens efterlevnad av lagen.

Visa hur det är möjligt

För att öka förändringstrycket kan exempel på alternativa sätt att lösa aktuella utmaningar bidra. Dessa ska vara utformade så att det finns flexibilitet i att

anpassa lösningar och utveckla ägarskapet i det lokala sammanhanget. Här är det viktigt att uppmuntra och sprida goda exempel på hur lagstiftningen kan omsättas i praktiken.

Stötta implementeringen

Att genomföra nya lösningar i praktiken kräver kompetens i förändringsarbete. Det handlar om egna specialistområden där verksamheterna behöver stöd. Insatser på detta område kan till exempel handla om att skapa nätverk för lärande och erfarenhetsutbyte och andra kunskapsstöd. Stödet behöver även utgå från en realistisk bild av enskilda organisationers utmaningar och förutsättningar.

Stärk uppföljningen

Uppföljning utgör en kärna för att få reda på om förändringar leder till förbättringar och kan därmed sända signaler om hur utvecklingen går. Det kan konstateras att Vårdanalys genomgång visar att det saknas objektiva mått både nationellt och lokalt för att följa patientlagens genomslag. Aktiviteter på området kan vara att

- fortsatt följa utvecklingen via myndigheter
- utveckla regionala och lokala uppföljningar
- inleda dialoger mellan stat och landsting om hur arbetet kan stärkas
- fortsatt följa upp patienter och medborgares bild av lagens efterlevnad.

Genomgången ovan visar att det finns en bred palett av möjliga insatser. Givetvis finns det också fler än så. Men vi kan också konstatera att det är centralt att tydliggöra vad respektive aktör kan bidra med, där insatserna kan ske mer eller mindre centraliserat. Det är också av vikt att identifiera vad aktörerna kan genomföra gemensamt. I våra kommande uppföljningar hoppas vi kunna komma med konkreta rekommendationer kring hur genomslaget av lagstiftningen kan stärkas.

16.3 VÅRDANALYS FORTSATT ARBETE

Inom regeringsuppdraget kommer Vårdanalys under 2015 att genomföra en fördjupad analys i syfte att identifiera hinder och framgångsfaktorer för införandet av patientlagen. Avsikten är att bidra till att förbättra



förutsättningarna för att påskynda och stärka genomslaget av lagen.

Den genomförda baslinjemätningen är grunden för Vårdanalys långsiktiga arbete med att följa patientlagen utifrån patienternas perspektiv. Under 2016 har vi för avsikt att återupprepa genomförda enkätstudier. Därmed möjliggörs jämförande analyser som kan visa på effekter och fortsatta utvecklingsområden. Resultaten presenteras senast i slutrapporteringen till regeringen 2017.

Utöver detta kommer vi under 2015 även att följa upp om vårdgarantin leder till så kallade undanträngningseffekter. Denna fördjupade analys görs inom regeringsuppdraget ”Uppdrag att följa upp tillgängligheten i hälso- och sjukvården”.

En av Vårdanalys centrala uppgifter är att bidra till att stärka patienternas ställning. I detta sammanhang aktualiserar patientlagen och dess genomförande flera frågor som är viktiga för patienter och medborgare. Vårdanalys överväger därför att i egen regi genomföra analyser med anknytning till området. Det kan till exempel handla om att belysa följande:

- Patientlagens efterlevnad och genomslag ur ett jämlikhetsperspektiv, till exempel för grupper med skilda förutsättningar
- Effekter som följer av patienternas ökade möjlighet att välja utförare av öppenvård i hela landet

Referenser

- 1177 Vårdguiden (2015). *KUB – kombinerat ultraljud och blodprov*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Undersokningar/KUB---kombinerat-ultraljud-och-blodprov/> (18 februari 2015).
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, vol. 82 nr 4 s. 581–629.
- Gustafson, H. D., Alemi, F., Cats-Baril, L., C. (1992) *Systems to Support Health Policy Analysis: Theory Models and Uses*. Michigan: Ann Arbor, Health Administration Health.
- Inera och 1177 Vårdguiden (2014) ej publicerat. *Förstudierapport – Nationell listning*.
- Prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.
- Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.
- Prop. 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.
- Prop. 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m.
- Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande.
- Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m.
- Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning.
- Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn.
- Prop. 2009/10:232 Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.
- Prop. 2013/14:106 Patientlag.
- Regeringskansliet och SKL (2013). *Fortsatta insatser för att förbättra patienternas tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden") 2014*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Dnr 13/7323.

- Rogers, E. M. (2003) *Diffusion of Innovations*. Fifth Edition. New York: Free Press.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2013). *Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting*. Tillgänglig: http://www.scb.se/OEO107/#c_li_375587 (29 december 2014).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Nationell patientenkät*. Tillgänglig: <http://npe.skl.se/> (18 februari 2015).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014a). *Nationell patientenkät*. Tillgänglig: <http://npe.skl.se/> (18 februari 2015).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014b). *Riksavtal för utomlänsvård*. Tillgänglig: <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlandsvardriksavtal.943.html> (24 februari 2015).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014c). *Vårdbarometern*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014d). *Väntetider i vården*. Tillgänglig: <http://www.vantetider.se/sv/> (18 februari 2015).
- SOU 2013:2 *Patientlag*.
- SOU 2013:44 *Ansvarsfull hälso- och sjukvård*.
- SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.
- Statskontoret (2014). *Patientklagomål och patientsäkerhet. Utvärdering av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården* (2014:23). Stockholm: Statskontoret.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård* (Rapport 2012:5). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation* (Rapport 2013:4). Stockholm: Vårdanalys.

BILAGA 1 – METODBESKRIVNING

Patientenkät

Syfte

Enkäten syftade till att ge en bild av om patienterna vid mättillfället upplevde att vården arbetade på det sätt som patientlagen anger. Syftet var även att fånga vad patienterna generellt ansåg skulle stärka deras ställning i vården, det vill säga fritt från vad lagen nu kräver. Detta för att se om det finns andra faktorer än de lagstiftaren fångat som är av betydelse.

Metod

Patientenkäten genomfördes som en webbenkät via TNS SIFO:s onlinepanel. Panelen omfattar drygt 100 000 personer som är 15 år och äldre.

Urval

Enkäten innefattade tre olika analysgrupper: patienter, vårdnadshavare för barn samt allmänhet. Analysgrupperna besvarade olika enkäter, men med samma sakinnehåll. En målsättning formulerades om minst 150 respondenter per län i varje analysgrupp liksom en övre nivå per län. Då respektive förutbestämd kvot per län och analysgrupp fyllts avslutades i vissa fall enkäten utan att respondenten behövde besvara några av enkäterna.

Definition av analysgrupper:

Patienter – vuxna som haft kontakt med hälso- och sjukvården de senaste 12 månaderna.

Vårdnadshavare för barn – personer med vårdnadsansvar för barn som de haft kontakt med sjukvården för under de senaste 12 månaderna.

Allmänhet – vuxen som inte haft kontakt med hälso- och sjukvården under de senaste 12 månaderna. Allmänheten användes som referensgrupp.

Insamlingstid och påminnelser

Enkäten öppnades 15 oktober och stängdes den 13 november 2014. Totalt skickades upp till fyra påminnelser ut. Då förutbestämda kvoter inte fylldes för vårdnadshavare gjordes ett tilläggsutskick till ett nytt urval i början av november.

Antal respondenter

Inklusive tilläggsutskicket sändes enkäten till totalt 60 572 panelister. Totalt 13 151 kompletta svar inkom. Det antal som inte öppnade enkäten var 43 309 och antal avbrutna/internformulärbortfall uppgick till 1 142. Då respektive förutbestämd kvot per län och analysgrupp fyllts avslutades i vissa fall enkäten utan att respondenten behövde besvara någon av enkäterna. Se komplett information om enkätutskicket i tabellen nedan.

Tabell B1.1. Översikt av urvalsstorlek och antal respondenter som avbrutit samt deltagit i undersökningen.

Totalt antal utskick	60 572
Ej öppnade enkäter	- 43 309
Bortscreenade, ej i målgruppen	- 2 970
Internbortfall/avbrutna	- 1 142
SUMMA kompletta svar	13 151

Ytterligare analysgrupp

Utifrån svaren i analysgruppen patienter definierades en delmängd som en ytterligare analysgrupp, svårt sjuka. De svårt sjuka är patienter som uppfyller kriterierna

- att de beskrivit sin egen hälsa som dålig eller mycket dålig eller svarat ja på frågan om de under det senaste året fått medicinsk vård för någon allvarlig eller kronisk sjukdom, skada eller funktionsnedsättning
- att de varit i kontakt med sjukvården fler än 4 gånger (till exempel uppsökt vård på akuten eller vårdcentral/hälsocentral, haft hemsjukvård eller varit inlagd på sjukhus) under de senaste 12 månaderna.

De två första urvalskriterierna av svårt sjuka är hämtade från den internationella befolkningsundersökningen International Health Policy Survey (IHP-studien) (Ramböll 2011). I IHP-undersökningen användes också ett kriterium för hur ofta patienten besökt sjukvården. För att fånga de som har mer kontakt med sjukvården inkluderades det tredje kriteriet ovan i patientenkäten.

Viktning

Undersökningens resultat har viktats för att kompensera för att bortfallet är högre i vissa grupper. Viktningen är gjord i ett steg baserat på 32 grupper indelade efter kön, ålder (fyra åldersgrupper) och fyra regioner (de tre storstadsområdena samt övriga). Antalet enkätsvar i varje grupp inklusive bortscreenade har jämförts med det faktiska antalet personer som finns i Sverige i respektive grupp enligt information som inhämtas från SCB.

Tabell B1.2. Antal respondenter respektive vägt bastal fördelat på analysgrupper.

Grupp	Antal respondenter	Vägt bastal
Patienter	9 188	8 003
Varav – Svårt sjuka (undergrupp till patienter)	1 064	841
Allmänhet	3 005	3 351
Vårdnadshavare	958	1 557
Totalt	13 151	12 910

Tabell B1.3. Vägt bastal för patienter och vårdnadshavare fördelat efter län.

Antal intervjuer totalt	Patient 9 188	Vårdnadshavare 958
	<i>Vägt bastal</i>	<i>Vägt bastal</i>
Stockholms län	1 578	411
Uppsala län	331	67
Södermanlands län	246	56
Östergötlands län	411	89
Jönköpings län	280	68
Kronobergs län	142	26
Kalmar län	189	36
Gotlands län	61	13
Blekinge län	117	20
Skåne län	1 018	163
Hallands län	316	74
Västra Götalands län	1 195	197
Värmlands län	257	37
Örebro län	272	32
Västmanlands län	226	31
Dalarnas län	245	39
Gävleborgs län	231	33
Västernorrlands län	227	32
Jämtlands län	129	17
Västerbottens län	256	78
Norrbottens län	235	36
Ej svar	40	2
TOTALT (Vägt bastal)	8 003	1 557

Vårdanalys chefsenkät

Syfte

Enkäten syftade till att beskriva verksamhetschefers kännedom om patientlagen. Den syftade också till att beskriva deras uppfattning om vilket stöd de fick för att kunna leva upp patientlagens skyldigheter samt i vilken utsträckning de vid mättillfället levde upp till patientlagens intentioner.

Metod

Enkäten distribuerades elektroniskt till identifierade verksamhetschefer. Enkäten innehöll frågor om flera olika områden, där området kring patientlagen var en del. Ytterligare områden var användningen av nationella

kvalitetsregister, Socialstyrelsens nationella riktlinjer och drivkrafter och förbättringspotentialer i arbetet. Denna metodredovisning åsyftar i första hand området kring patientlagen.

Urval

Urvalet har begränsats till verksamhets- och klinikchefer på alla sjukhus-kliniker och vårdcentraler i Sverige som har direkt patientkontakt. Ett register från Hälso- och sjukvårdsinformation (HSI) användes, men kompletterades med ytterligare uppgifter vid behov.

Insamlingstid och påminnelser

Det första utskicket gick ut den 29 oktober. Upp till fem påminnelser skickades ut. Förutom påminnelser via enkätverktyget skickades också separata e-post direkt till respondenter, indirekt via chefer och via nätverk. Vissa respondenter kontaktades även via telefon.

Antal respondenter

Drygt 2 000 enkäter skickades ut till verksamhets- och klinikchefer i patientnära verksamheter. Totalt inkom 552 kompletta svar i det område som rör patientlagen.

Tabell B1.4. Översikt av urval samt antal respondenter, antal personer.

Urval	Antal
Totalt antal adresser enligt HSI-register	3 532
Ej i urvalsgrupp VC/klinikchef	- 1 649
Dubbletter	- 510
Komplettering av dem som saknade e-post i HSI-registret samt komplettering med hjälp av andra nätverk såsom Nysam	802
Bortsorterade ej patientnära verksamheter	- 145
Utskick första omgången	2 030
Automatiska returer (okänd e-post)	- 383
Inaktuella adresser	- 173
Kompletterande adresser efter returer	463
Totalt utskick	1 937
Kompletta svar i patientlagsdelen	552
Svarsfrekvens, procent	28

Intervjustudie

Syfte

Studien syftade till att, till de kvantitativa studierna, ge en kompletterande och mer utförlig bild kring vilka förutsättningar som finns och insatser som görs för att patientlagen ska få genomslag.

Metod

Intervjuerna har huvudsakligen genomförts per telefon. Kompletterande frågor har även ställts via e-post och telefon. Ett landsting som inte nåddes för telefonintervju har svarat via e-post.

Urval

Personer på respektive landsting som står som ansvariga för införandet av patientlagen alternativt som ansvariga kommunikatörer på den kontaktlista som SKL upprättat var de som intervjuades hos landstingen. Nyckelpersoner på berörda myndigheter och organisationer intervjuades också.

Insamlingstid

Intervjuerna har genomförts mellan 20 oktober och 20 november 2014. Intervjuerna tog cirka 30–45 minuter. Kompletterande frågor har ställts under senare delen av november och första halvan av december.

Antal respondenter

Totalt omfattade den kvantitativa studien 33 personer. 1–2 personer från respektive landsting intervjuades, totalt 24 respondenter. Ytterligare 9 personer från berörda myndigheter och organisationer intervjuades.

BILAGA 2 – PATIENTENKÄT

Välkommen till en mätning från SIFO.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har till uppdrag att ur ett patient- och medborgarperspektiv analysera och granska hur hälso- och sjukvården fungerar. Vi vill nu ta reda på hur väl befolkningen tycker att hälso- och sjukvården lever upp till sina skyldigheter enligt patientlagen (2014:821) och om lagstiftningen stärker patienter i deras möte med vården.

Syftet är att kunna peka på vad som fungerar bra och vad som behöver utvecklas i vården och ge beslutsfattare i landstingen och på nationell nivå ett underlag som kan påverka utvecklingen. Vi vill därför ställa ett antal frågor till dig om hur du upplever information, delaktighet, valmöjligheter m.m. i vården.

Dina svar är värdefulla

Det är frivilligt att delta i undersökningen, men vi skulle uppskatta om du tog dig tid att besvara enkäten. Dina svar är mycket värdefulla och det är en möjlighet för dig att ge din syn på hur vården fungerar.

Dina svar i enkäten kommer endast att redovisas som siffror i tabeller och figurer tillsammans med andras svar i rapporter från Vårdanalys. Svaren kommer inte publiceras så att de kan spåras till dig som person.

Enkäten tar ca 12 minuter att besvara. Du kan fylla i enkäten när det passar dig och skulle du behöva avbryta så går det bra att spara de svar du hunnit fylla i och sedan återkomma för att besvara resterande frågor.

Vi värnar om dina intressen

Undersökningen genomförs av TNS SIFO på uppdrag av Vårdanalys. Vi värnar om dina intressen när du deltar i undersökningen. Svaren skyddas av 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt av bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204). Om någon skulle be att få ta del av svaren görs en sekretessprövning. Vi får endast lämna ut uppgifter för forskning, statistikändamål eller i helt anonym/avidentifierad form.

Vårdanalys ansvarar för undersökningen och är personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen. Du kan när som helst kontakta Vårdanalys om du har frågor om undersökningen. De personuppgifter om dig vi sparar från enkäten är endast de svar du själv lämnar och uppgifter om kön, ålder och postnummer. Du har rätt att få ett utdrag över de uppgifter vi sparar och kan få rättelse om du anser att de är felaktiga. Ändamålet med att använda personuppgifterna är att kunna peka på vad som fungerar bra och vad som kan utvecklas i vården. Genom att svara på enkäten samtycker du till att uppgifterna behandlas för det syftet.

Har du några frågor om undersökningen är du välkommen att kontakta Vårdanalys via e-post regist-rator@vardanalys.se eller 08-690 41 00.

Tack för att du tar dig tid!

A. INLEDANDE FRÅGOR

1. Har du varit i kontakt med sjukvården *under de senaste 12 månaderna*, t.ex. uppsökt vård på akuten eller vårdcentral/hälsocentral, haft hemsjukvård eller varit inlagd på sjukhus? (Flera svarsalternativ är möjliga)

- ☐ Ja, för egen räkning
☐ Ja, i egenskap av vårdnadshavare till barn mellan 0 och 17 år
☐ Nej
☐ Tveksam, vet ej

Om svaret är NEJ styrs intervjupersonen till "medborgarenkäten".

Om svaret är "vårdnadshavare" styrs intervjupersonen till "vårdnadshavarenkäten".

Några frågor om dina kontakter med hälso- och sjukvården

2. Hur många gånger har du uppsökt sjukvården under de senaste 12 månaderna (t.ex. besökt akuten, vårdcentral/hälsocentral, mödravårdscentral, barnavårdscentral eller haft hemsjukvård, varit inlagd på sjukhus)?

- ☐ 1–2 gånger ☐ 3–4 gånger ☐ 5–10 gånger
☐ 11 gånger eller fler ☐ Tveksam, vet ej

I den fortsatta enkäten ber vi dig tänka på alla kontakter du har haft med vården för egen räkning under de senaste 12 månaderna

3. Vilken eller vilka av följande vårdinrättningar har du uppsökt de senaste 12 månaderna? (Flera svarsalternativ är möjliga)

- ☐ Vårdcentral, hälsocentral eller motsvarande
☐ Akutmottagning på eller utanför sjukhuset
☐ Specialistmottagning på eller utanför sjukhuset
☐ Klinik/avdelning på sjukhuset (ej akutmottagning)
☐ Sjukvård i hemmet
☐ Barnavårdscentral/mödravårdscentral
☐ Annat
☐ Vet ej/ minns ej

4. Har du *under de senaste 12 månaderna* varit i behov av hjälpmedel till följd av en funktionsnedsättning?

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vill ej uppges

B. FRÅGOR OM PATIENTLAGEN

Några frågor om din allmänna kännedom om hälso- och sjukvårdens skyldigheter

1. Hur väl känner du till vilka skyldigheter enligt lag vården har gentemot dig som patient?

☐ Mycket väl	☐ Ganska väl	☐ Ganska dåligt	☐ Inte alls
☐ Tveksam, vet ej			
2. Har du någon gång hänvisat till lagar på hälso- och sjukvårdens område för att vården ska tillgodose sina skyldigheter gentemot dig som patient?

☐ Ja	☐ Nej	☐ Tveksam, vet ej
-----------------------------	------------------------------	--

Några frågor om hur du uppfattar tillgängligheten till hälso- och sjukvården

3. I vilken utsträckning har du under de senaste 12 månaderna upplevt:
 - Att det har varit lätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården (t.ex. via telefon, e-post eller hemsida) när du behövt det?
 - Att det har varit lätt att ta sig till vårdinrättningen (t.ex. vårdcentral eller sjukhus)?
 - Att det har varit lätt att få träffa vårdpersonal när du har behövt det?
 - Att du snarast har fått en kvalificerad medicinsk bedömning av ditt hälsotillstånd när du har vänt dig till vården?

☐ Alltid	☐ Ibland	☐ Sällan	☐ Aldrig
☐ Tveksam, vet ej	☐ Ej aktuellt		

Några frågor om vårdgaranti och vårdval

4. Tänk på all vård du fått de senaste 12 månaderna. I vilken mån fick du då:
 - Kontakt (via telefon eller genom besök) med vårdcentralen/hälsocentralen samma dag?
 - Erbjudande om att besöka läkare på vårdcentralen/hälsocentralen inom högst 7 dagar?
 - Erbjudande om att besöka den specialiserade vården inom högst 90 dagar från remiss?
 - Erbjudande om beslutad behandling, t.ex. operation, inom högst 90 dagar?

☐ Alltid	☐ Ibland	☐ Sällan	☐ Aldrig
☐ Tveksam, vet ej	☐ Ej aktuellt		
5. Har du under de senaste 12 månaderna blivit erbjuden vård i ett annat landsting än det du bor i på grund av ditt landsting inte kunnat uppfylla garantierna om vård inom en viss tid (d.v.s. vårdgarantin)?

☐ Ja, jag blev erbjuden och tackade ja
☐ Ja, jag blev erbjuden men avböjde
☐ Nej, jag har inte blivit erbjuden trots att jag aktivt bett om detta
☐ Nej, jag har inte blivit erbjuden
☐ Tveksam, vet ej

6. Som patient har du möjlighet att välja vårdgivare i öppenvården (t.ex. vårdcentral eller öppen specialistmottagning) i andra landsting. Har du under de senaste 12 månaderna *själv sökt vård i ett annat landsting* än det du bor i?

- ☐ Ja
- ☐ Ja, men jag nekades till exempel p.g.a. att kostnaderna för mitt landsting ansågs för höga eller att mitt landstings remissregler skapade hinder
- ☐ Nej, jag avstod för att jag själv skulle behöva stå för vissa kringkostnader (t.ex. resa och boende)
- ☐ Nej, jag har inte haft anledning till det
- ☐ Nej, jag kände inte till att den möjligheten fanns
- ☐ Tveksam, vet ej

7. OM JA: Upplevde du att du fick den *praktiska hjälp* du behövde för att vårdas i ett annat landsting (t.ex. stöd att hitta rätt vårdgivare eller hjälp med remiss)?

- ☐ Ja
- ☐ Ja, men inte tillräckligt
- ☐ Nej, men jag hade inget behov av praktisk hjälp
- ☐ Nej, trots att jag hade behov eller önskemål om praktisk hjälp
- ☐ Tveksam, vet ej

Några frågor om dina möjligheter att välja behandlingsalternativ och hjälpmedel

8. Känner du till om det finns mer än ett behandlingsalternativ för ditt hälsotillstånd?

- ☐ Ja, det finns flera behandlingsalternativ
- ☐ Nej, det finns inte flera behandlingsalternativ
- ☐ Tveksam, vet ej

OM NEJ –hoppa över nästa fråga.

9. OM JA: I vilken grad upplever du att du har fått vara delaktig i valet av behandlingsalternativ?

- ☐ I mycket stor grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I låg grad
- ☐ Inte alls
- ☐ Tveksam, vet ej

Nedanstående fråga ställs ENDAST till PERSONER MED funktionsnedsättning, d.v.s. de som svarat ja på fråga A4.

10. Har du fått möjlighet att vara delaktig i valet av hjälpmedel?

- ☐ Ja, jag var delaktig i att välja hjälpmedel
- ☐ Ja, alternativa hjälpmedel presenterades men jag var inte delaktig i beslutet
- ☐ Nej, inga alternativa hjälpmedel diskuterades trots att sådana finns
- ☐ Det finns inga alternativa hjälpmedel som jag känner till
- ☐ Tveksam, vet ej

11. Har du någon gång blivit erbjuden att få en ny medicinsk bedömning (s.k. second opinion)?
Med ny medicinsk bedömning menas att du får en ny bedömning av ditt medicinska tillstånd och förslag till behandling.

- ☐ Ja, jag blev erbjuden och tackade ja
☐ Ja, jag blev erbjuden men avböjde
☐ Nej, jag har inte blivit erbjuden trots att jag aktivt bett om detta
☐ Nej, jag har inte blivit erbjuden
☐ Tveksam, vet ej

Några frågor om hur du uppfattar hälso- och sjukvårdens bemötande och din möjlighet att vara delaktig

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

- Att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?
- Att din integritet respekterades?
- Att du var delaktig i besluten om hur din vård utformades och genomfördes?
- Att dina närstående fick tillräcklig möjlighet att vara delaktiga i hur vården utformades och genomfördes i den mån du önskade?
- Att i de fall du inte ville ha information, respekterades detta av vårdpersonalen?
- Att vårdpersonalen respekterade ditt beslut att inte vilja genomgå behandling?

- ☐ Alltid ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig
☐ Tveksam, vet ej ☐ Ej aktuellt

13. Har du *själv utfört* delar av din vård och behandling (t.ex. provtagning, injektioner, såromläggning, hemdialys)?

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Tveksam, vet ej

OM NEJ eller VET EJ –hoppa över nästa fråga

14. OM JA: Har den vård och behandling som du själv har utfört anpassats till dina behov, önskemål och individuella förutsättningar?

- ☐ Ja, fullt ut
☐ Ja, i stor utsträckning
☐ Nej, endast delvis
☐ Nej, inte alls
☐ Jag har inte haft några särskilda behov eller önskemål
☐ Tveksam, vet ej

Några frågor om hur du uppfattar hälso- och sjukvårdens information till dig som patient

I detta avsnitt vill vi att du ska tänka på den information som du har fått i din kontakt med vården under de senaste 12 månaderna. Därför kommer vissa områden som tidigare berörts i enkäten att återkomma i denna fråga.

15. I vilken mån har du i dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna *fått information* om:

- Ditt hälsotillstånd (t.ex. resultatet av undersökningar och provtagningar)?
- Vilka metoder som fanns för undersökning, vård och behandling av ditt tillstånd?
- Vid vilken tidpunkt du kunde förvänta dig att få vård, provsvar etc.?
- Vilka insatser som skulle genomföras, när de skulle genomföras och hur du kunde förväntas må under och efter tiden du fick din vård?
- Väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, samt fördelar och nackdelar med olika behandlingsalternativ för ditt tillstånd?
- Eventuell eftervård när du lämnat vårdinrättningen (t.ex. uppföljande behandling, diet, rehabilitering) och vilka symptom som du skulle vara uppmärksam på?
- Metoder för att förebygga sjukdom eller skada?
- Dina möjligheter att välja behandlingsalternativ?
- Dina möjligheter att välja annan utförare av vården?
- Dina möjligheter att få en ny medicinsk bedömning (s.k. second opinion) vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada?
- Innebörden av vårdgarantin (t.ex. inom vilka tidsgränser vården var skyldig att erbjuda dig vård)?
- Dina möjligheter att få en fast läkarkontakt (d.v.s. möjligheten att få träffa samma läkare vid varje nytt besök på vårdcentralen/hälsocentralen)?
- Dina möjligheter att få en fast vårdkontakt (d.v.s. en utpekad person som ska bistå dig i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser)?

- | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Alltid | ☐ Ibland | ☐ Sällan | ☐ Aldrig |
| ☐ Tveksam, vet ej | ☐ Jag hade inget behov av sådan information | | |

De två följande frågorna ställs endast till personer med funktionsnedsättning, d.v.s. de som svarat ja på fråga A4.

- Vilka hjälpmedel som du kunde få
- Dina möjligheter att vara delaktiv i valet av hjälpmedel

- | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Alltid | ☐ Ibland | ☐ Sällan | ☐ Aldrig |
| ☐ Tveksam, vet ej | ☐ Jag hade inget behov av sådan information | | |

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

- Att du har fått *tillräckligt* med information?
- Att du har fått information vid *rätt tillfälle*?
- Att den information som du har fått har varit lätt att förstå (t.ex. att språk och detaljnivå passade dig)?
- Att de som informerat dig har varit noga med att *du ska förstå* innehållet och betydelsen av informationen?
- Att du har fått tillgång till *skriftlig information* när du har behövt eller bett om detta?
- Att dina *närstående har fått* information om du inte har kunnat ta emot den själv?

- ☐ Alltid ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig
☐ Tveksam, vet ej ☐ Jag hade inget behov av sådan information

Några frågor om dina möjligheter till fast vårdkontakt och individuell planering

17. I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?

- ☐ I mycket stor grad
☐ I stor grad
☐ I låg grad
☐ Inte alls
☐ Jag har inte behov av samordning av mina kontakter
☐ Tveksam, vet ej

18. Har du en *fast läkarkontakt* på din vårdcentral/hälsocentral (d.v.s. möjligheten att få träffa samma läkare vid varje nytt besök där)?

- ☐ Ja
☐ Nej, men jag inget behov av en fast läkarkontakt
☐ Nej, men jag skulle vilja ha en fast läkarkontakt
☐ Jag kände inte till att denna möjlighet fanns
☐ Jag har erbjudits en fast läkarkontakt men tackat nej
☐ Tveksam, vet ej

19. Har du en *fast vårdkontakt* (d.v.s. en utpekad person som ska bistå dig i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser)?

- ☐ Ja
☐ Nej, men jag har inget behov av en fast vårdkontakt
☐ Nej, men jag skulle vilja ha en fast vårdkontakt
☐ Jag kände inte till att denna möjlighet fanns
☐ Jag har erbjudits en fast vårdkontakt men tackat nej
☐ Tveksam, vet ej

20. Har du haft behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten i samband med sjukdom?

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Tveksam, vet ej

21. OM JA: Har du fått en individuell plan från sjukvården eller socialtjänsten som klargör vilka insatser du ska få samt vem som ska samordna och ansvara för de olika insatserna?

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Tveksam, vet ej

Några frågor om hur du uppfattar dina möjligheter att lämna klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården

22. Har du under de senaste 12 månaderna velat framföra några klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården?

- ☐ Ja, för egen räkning ☐ Ja, för närstående ☐ Nej ☐ Tveksam, vet ej

23. Vad handlade dina klagomål eller synpunkter om?

- ☐ Dåligt bemötande
☐ Bristfällig information
☐ Bristande hänsyn till dina eller närståendes behov eller önskemål
☐ Dålig tillgänglighet/lång väntan
☐ Bristande respekt för din eller närståendes integritet
☐ Bristande eller felaktig diagnos/behandling
☐ Fördröjd diagnos/behandling
☐ Bristande samordning/kommunikation/kontinuitet
☐ Utebliven kontakt/återkoppling
☐ Vårdskada
☐ Annat
☐ Tveksam, vet ej

24. OM JA: Har du framfört detta till någon eller några av nedanstående organisationer? (flera svarsalternativ är möjliga)

- ☐ Nej
☐ Ja, till personal eller chef på den enhet där misstaget skedde (t.ex. på vårdcentral/hälsocentral eller klinik på sjukhus)
☐ Ja, till landstinget
☐ Ja, till Patientnämnden
☐ Ja, till tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
☐ Ja, till Patientförsäkringen (för ersättning vid vårdskada)
☐ Ja, till Läkemedelsförsäkringen (för ersättning vid läkemedelsskada)
☐ Ja, till patientorganisation
☐ Ja, till annan organisation, nämligen
☐ Tveksam, vet ej

25. Vad ville du uppnå när du framförde dina klagomål eller synpunkter?

- ☐ Få svar på dina frågor om vad som hänt
☐ Få en ursäkt
☐ Få en lösning på ditt problem
☐ Ställa ansvarig till svars
☐ Förebygga att fler råkar ut för samma sak
☐ Få kompensation
☐ Annat

26. I vilken grad är du nöjd med den hjälp du fick hos den organisation som du vände dig till?

- ☐ Helt nöjd ☐ Delvis nöjd ☐ Delvis missnöjd
☐ Missnöjd ☐ Vet ej, ärendet pågår fortfarande

C. DINA SAMMANTAGNA UPPLEVELSER AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

1. I dina kontakter med vården, i vilken mån instämmer du i följande påståenden?

- Jag anser att jag har fått vård som bygger på bästa möjliga kunskap och erfarenhet
- Jag har känt att min delaktighet i vården efterfrågats och välkomnats
- Jag har själv försökt att påverka vården att utgå mer från mina behov och önskemål
- Jag känner tillit till att jag ges vård på lika villkor som andra (d.v.s. att vården är rättvis och jämlik)
- Jag har själv ett ansvar att utifrån min förmåga bidra vid utformning och genomförande av min vård

- ☐ Instämmer helt ☐ Instämmer i stor utsträckning ☐ Instämmer delvis
☐ Instämmer inte alls ☐ Tveksam, vet ej

2. Hur viktiga tycker du att följande områden är för att stärka din ställning i vården?

- Fritt vårdval, d.v.s. din möjlighet att själv välja utförare (t.ex. privat eller offentlig vårdcentral/hälsocentral)
- Information och kunskap om vårdens skyldigheter gentemot dig som patient
- Medbestämmande (t.ex. i val av behandlingsalternativ eller i hur vården utformas och genomförs)
- Att det finns tillräckligt med tid avsatt för t.ex. dina kontakter med vården, besök, behandlingar eller eventuell eftervård
- Att det finns IT-lösningar ("Mina vårdkontakter", journal på nätet) som stödjer dina kontakter med vården
- Att du får stöd med koordinering och samordning av dina kontakter med vården
- Att närstående ges möjlighet att vara delaktiga i din vård i den mån du önskar
- Möjligheten att kunna hänvisa till vårdgaranti för att få kontakt och vård inom viss tid (d.v.s. vårdens lagstadgade skyldighet att erbjuda kontakt, besök eller behandling inom vissa tidsgränser)
- Patientforum (föreningar eller internetbaserade nätverk) där patienter kan mötas för att diskutera och utbyta erfarenheter
- Att det finns en fast vårdkontakt hos din vårdgivare (d.v.s. en utpekad person som ska bistå dig i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser)
- Att vården har skyldigheter enligt lag gentemot dig som patient
- Att det sker tillsyn och kontroll av den hälso- och sjukvård som ges

- ☐ Mycket viktigt ☐ Ganska viktigt ☐ Ganska oviktigt
☐ Oviktigt ☐ Tveksam, vet ej

D. TILL SIST NÅGRA FRÅGOR OM DIG

1. Sammantaget, hur skulle du beskriva din egen hälsa?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Mycket bra | ☐ Bra | ☐ Ganska dålig |
| ☐ Dålig | ☐ Mycket dålig | ☐ Vill ej uppge |

2. Har du de senaste 12 månaderna fått medicinsk vård för eller hjälp av vården med någon allvarlig eller kronisk sjukdom, skada eller funktionsnedsättning?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vill ej uppge |
|-----------------------------|------------------------------|--|

3. Var sjukdomen så allvarlig att den var livshotande?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vill ej uppge |
|-----------------------------|------------------------------|--|

4. Har en läkare någon gång sagt till dig att du har någon av följande sjukdomar?

- Hypertoni eller högt blodtryck
- Hjärtsjukdom, inklusive hjärtattack
- Diabetes
- Astma eller kroniskt lungproblem såsom kronisk bronkit, emfysem eller KOL
- Depression, ångest eller andra mentala hälsoproblem
- Utmattningsyndrom
- Cancer
- Skelett- eller muskelsmärter
- Ledvärk eller artrit (ledinflammation, ledgångsreumatism)
- Annan långvarig sjukdom

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vill ej uppge |
|-----------------------------|------------------------------|--|

5. Vilken utbildningsbakgrund har du?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Grundskola | ☐ Gymnasium | ☐ Eftergymnasial utbildning, mindre än tre år |
| ☐ Eftergymnasial utbildning, tre år eller längre | ☐ Vill ej uppge | |

6. Vilken är din nuvarande sysselsättning?

- ☐ Heltidsarbetande
- ☐ Deltidsarbetande
- ☐ Egenföretagare
- ☐ Studerande
- ☐ Föräldraledig
- ☐ Pensionär
- ☐ Arbetssökande/i arbetsmarknadspolitisk åtgärd
- ☐ Tjänstledig
- ☐ Långtidssjukskriven/har sjukersättning
- ☐ Annan sysselsättning
- ☐ Vill ej uppge

7. Hur stor är den sammanlagda inkomsten per månad före skatt i ditt hushåll?

- ☐ Har ingen inkomst
- ☐ Mindre än 8 999 kronor/månad
- ☐ 9 000 – 13 999 kronor/ månad
- ☐ 14 000 – 18 999 kronor/ månad
- ☐ 19 000 – 24 999 kronor/månad
- ☐ 25 000 – 34 999 kronor/ månad
- ☐ 35 000 – 49 999 kronor/ månad
- ☐ 65 000 – 89 999 kronor/ månad
- ☐ 90 000 kronor/månad eller mer
- ☐ Vill ej uppge

8. Hur många personer finns det i ditt hushåll?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8 eller fler
- ☐ Vill ej uppge

9. Har du ett eller flera hemmavarande barn under 18 år?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vill ej uppge

10. Var är du född?

- ☐ I Sverige
- ☐ I annat nordiskt land
- ☐ Utanför Norden men i Europa
- ☐ Utanför Europa
- ☐ Vill ej uppge

11. Är någon av dina föräldrar födda i ett annat land än i Sverige?

- Mamma
- Pappa

- ☐ Nej, född i Sverige
- ☐ Ja, i annat nordiskt land
- ☐ Ja, utanför Norden men i Europa
- ☐ Ja, utanför Europa
- ☐ Vill ej uppge

Först när du klickar på nästa/ok-knappen längst ner på sidan så skickar du in dina svar till oss på TNS-SIFO.

Stort tack för ditt deltagande!

BILAGA 3 – CHEFSENKÄT

Informationstext

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har till uppdrag att ur ett patient- och medborgarperspektiv analysera och granska hur hälso- och sjukvården fungerar. I vårt arbete är det angeläget att få möjlighet inhämta kunskap och erfarenhet från vårdens olika aktörer - inte minst från dig som verksamhetschef. Syftet är att hitta de sätt som kan förbättra era förutsättningar att ge en kvalitativ och effektiv vård.

Vi har, efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, ställt samman en enkät med ambitionen att täcka in flera av de projekt som vi arbetar med. Vi har valt att göra så för att inte behöva återkomma till dig vid flera tillfällen med en förfrågan om att delta i olika undersökningar. Vår förhoppning är att vi på detta sätt underlättar för dig och tar mindre av din tid i anspråk. De regeringsuppdrag som vi ställer frågor om är bland andra implementeringen av den nya patientlagen (2014:821), användningen av nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vårdanalys har även startat ett projekt med syftet att öka förståelsen för verksamhetschefers möjligheter att driva förbättringsarbeten i sin verksamhet. Därför ställer vi också frågor om drivkrafter bakom ert arbete och inom vilka områden du ser förbättringspotentialer.

Det är frivilligt att delta i undersökningen, men vi skulle uppskatta om du tog dig tid att besvara webbenkäten. Verksamhets- och klinikchefer på alla sjukhuskliniker och vårdcentraler i Sverige tillfrågas att delta. Enkäten tar ca 20 minuter att besvara. Du kan fylla i enkäten när det passar dig och skulle du behöva avbryta så går det bra att spara de svar du hunnit fylla i och sedan återkomma för att besvara resterande frågor.

Undersökningen genomförs av Helspeplan AB på uppdrag av Vårdanalys. Vi värnar om dina intressen när du deltar i undersökningen. Offentlighetsprincipens regler styr vad vi får och inte får lämna ut från enkätundersökningen. Hela undersökningen regleras genom bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204). Om någon skulle be att få ta del av svaren görs en utlämnandeprövning. Vårdanalys ansvarar för undersökningen och är enligt personuppgiftslagen personuppgiftsansvarig. Du kan när som helst kontakta Vårdanalys om du har frågor om undersökningen. De personuppgifter vi sparar från enkäten är endast de svar du själv lämnar och uppgifter om landsting och inom vilket verksamhetsområde du är verksam. Du har rätt att få ett utdrag över de uppgifter vi sparar och kan få rättelse om du anser att de är felaktiga. Ändamålet med att använda personuppgifterna är att kunna peka på vad som fungerar bra och vad som kan utvecklas för att skapa bättre förutsättningar i vården. Genom att svara på enkäten samtycker du till att uppgifterna behandlas för det syftet.

För att komma till webbenkäten klickar du här:

[länk](#)

Du kan också gå in på adressen <https://survey.analyzer.com/> och skriva in:

ProjektID: -

Lösenord: -

Bilagor

Har du några frågor om undersökningen är du välkommen att kontakta Vårdanalys via e-post registrator@vardanalys.se eller 08-690 41 00.

Tack för att du tar dig tid!

1. Jag som svarar är:

(Ange endast ett svar)

- ☐ Verksamhetschef
- ☐ T.f. eller biträdande verksamhetschef
- ☐ Klinikchef
- ☐ T.f. eller biträdande klinikchef
- ☐ Enhetschef
- ☐ Annan befattning

2. Jag som svarar är chef på en:

(Ange endast ett svar)

- ☐ Vårdcentral/hälsocentral
- ☐ Klinik med enbart öppenvård
- ☐ Klinik med slutenvård och öppenvård
- ☐ Klinik med enbart slutenvård
- ☐ Annan

3. Jag som svarar är:

(Ange endast ett svar)

- ☐ Man
- ☐ Kvinna
- ☐ Vill ej uppge

4. Vilken profession har du?

(Ange endast ett svar)

- ☐ Läkare
- ☐ Sjuksköterska
- ☐ Undersköterska
- ☐ Arbetsterapeut
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Kurator
- ☐ Psykolog
- ☐ Logoped
- ☐ Ekonom
- ☐ Tekniker/Ingenjör
- ☐ Biomedicinsk analytiker
- ☐ Annat

5. Hur många år har du haft en chefsbefattning?

(Ange endast ett svar)

- ☐ < 1 år
- ☐ 1–3 år
- ☐ 4–6 år
- ☐ 7–10 år
- ☐ 11–20 år
- ☐ > 21 år
- ☐ Jag har ingen chefsbefattning

6. Hur stort antal årsarbetare finns i er verksamhet?

(Ange endast ett svar)

- ☐ 1–5
- ☐ 6–10
- ☐ 11–20
- ☐ 21–50
- ☐ 51–100
- ☐ 101–300
- ☐ 301–500
- ☐ > 500

7. Hur stort antal medarbetare har du direkt personalansvar för?

(Ange endast ett svar)

- ☐ 1–5
- ☐ 6–10
- ☐ 11–20
- ☐ 21–50
- ☐ > 51
- ☐ Jag har inget personalansvar

8. Vilken driftsform har den verksamhet du ansvarar för?

(Ange endast ett svar)

- ☐ Offentlig verksamhet
- ☐ Privat, vinstdrivande verksamhet
- ☐ Privat, idéburen verksamhet

Patientlagen

Den nya patientlagen (2014:821) börjar gälla den 1 januari 2015. Lagen innehåller dels bestämmelser som redan idag är lagstiftade dels nya bestämmelser. För att kunna följa och förstå hur stat och landsting bättre kan stötta patientlagens implementering behöver vi veta mer om hur vården arbetar idag för att uppfylla patientlagens skyldigheter på olika områden.

9. Hur väl känner du till innehållet i patientlagen?

(Ange endast ett svar)

(1 motsvarar "Inte alls" och 5 "Mycket väl")

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Vet ej

10. I hur hög grad anser du att patientlagen kommer att kräva förändringar i den verksamhet du ansvarar för?

(Ange endast ett svar)

(1 motsvarar "Inte alls" och 5 "I mycket hög grad")

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Vet ej

11. Vilket stöd får din verksamhet från landstingets/regionens ledning för att uppfylla patientlagens skyldigheter? (Flera svarsalternativ kan väljas)

(Ange gärna flera svar)

- ☐ Lagen är en integrerad del av verksamheten
- ☐ Ledningen följer systematiskt upp tillämpningen av lagen
- ☐ Det ges stöd i form av informationsmaterial, utbildningar, resurser och IT-stöd
- ☐ Det finns fastställda riktlinjer, regelverk och direktiv
- ☐ Frågan är på ledningens agenda
- ☐ Inget av nämnda alternativ
- ☐ Vet ej

12. Vilka initiativ eller åtgärder har du som chef hittills vidtagit för att verksamheten ska kunna uppfylla patientlagens skyldigheter angående att:

- a) erbjuda en ny medicinsk bedömning (vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom) (Flera svarsalternativ är möjliga)
- b) erbjuda vård vid annan enhet eller landsting för patienter som gått över nationella vårdgarantins tidsgräns (Flera svarsalternativ är möjliga)
- c) hjälpa patienter som önskar öppenvård i annat landsting att få detta (oavsett nationella vårdgarantin) (Flera svarsalternativ är möjliga)
- d) erbjuda en fast vårdkontakt (Flera svarsalternativ är möjliga)
- e) erbjuda individuellt anpassad information (t.ex. angående fast läkarkontakt, val av behandling, hur man framför klagomål) (Flera svarsalternativ är möjliga)
- f) erbjuda möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ (Flera svarsalternativ är möjliga)
- g) erbjuda en fast läkarkontakt (Flera svarsalternativ är möjliga)
- h) upprätta av en samordnad individuell plan vid behov (då hälso- och sjukvård och socialtjänst samordnar och ansvarsfördelar sina respektive insatser) (Flera svarsalternativ är möjliga)
- i) ge närliggande möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården (Flera svarsalternativ är möjliga)

(Ange gärna flera svar)

- ☐ Diskussioner med personalen sker löpande
- ☐ Det finns stöd i form av informationsmaterial, utbildningar, tid och pengar m.m.
- ☐ Det finns fastställda rutiner som säkerställer genomförandet och medarbetarnas kunskap
- ☐ Uppföljning av lagbestämmelsens efterlevnad sker regelbundet
- ☐ Lagsbestämmelsen är en integrerad del av verksamheten
- ☐ Andra åtgärder än de som listas här har vidtagits
- ☐ Inga initiativ eller åtgärder har vidtagits
- ☐ Andra frågor har högre prioritet
- ☐ Vet ej

13. I vilken grad anser du att din verksamhet lever upp till patientlagens intentioner när det gäller:

- a) Information/samtycke/delaktighet
- b) Fast läkar- eller vårdkontakt
- c) Samordnad individuell planering
- d) Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel
- e) Ny medicinsk bedömning
- f) Val av utförare om inte nationella vårdgarantin uppfylls

(Ange endast ett svar per fråga)

(1 motsvarar "Inte alls" och 5 "I mycket hög grad")

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Vet ej

14. I vilken grad instämmer du i följande påståenden:

- a) Patientlagen tillför inget ytterligare utöver det vi redan gör
- b) Patientlagen är svårtolkad
- c) Patientlagen tydliggör mina skyldigheter gentemot patienterna
- d) Patientlagen riskerar att få stora konsekvenser för planeringen på grund av oförutsägbara patientflöden
- e) Nationella vårdgarantin leder till undanträngning av medicinskt prioriterade patienter till förmån för patienter med ett mindre medicinskt behov
OM: ej verksamhetschef vårdcentral/hälsocentral
- f) Kömiljarden leder till undanträngning av medicinskt prioriterade patienter till förmån för patienter med ett mindre medicinskt behov

(Ange endast ett svar per fråga)

(1 motsvarar "Inte alls" och 5 "I mycket hög grad")

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Vet ej

16. Sammantaget, i vilken grad anser du att den nya patientlagen bidrar till att stärka patientens ställning i vården?

(Ange endast ett svar)

(1 motsvarar "Inte alls" och 5 "I mycket hög grad")

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Vet ej

17. Vilket av följande områden anser du vara viktigast för att stärka patientens ställning? (Markera de 3 viktigaste områdena)

(Ange gärna flera svar)

(Vänligen välj exakt 3 alternativ)

- ☐ Fritt vårdval
- ☐ Ökat medbestämmande
- ☐ Tid med personalen
- ☐ Nya IT-lösningar
- ☐ Tillgång till fast vårdkontakt
- ☐ Att närstående ges möjlighet att vara delaktiga
- ☐ Möjligheten att kunna hänvisa till garantier (t.ex. vårdgaranti)
- ☐ Patientforum (föreningar eller internetbaserade nätverk)
- ☐ Tillsyn av vården, t.ex. av Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)

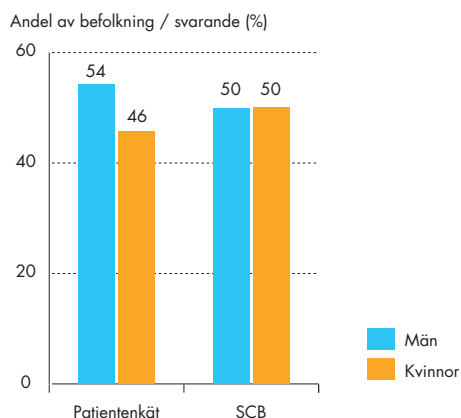
(Övriga delar av chefsenkäten utöver den del som berör patientlagen har klippts bort i denna bilaga)

BILAGA 4 – RESPONDENTANALYS PATIENTENKÄT

Kön och ålder

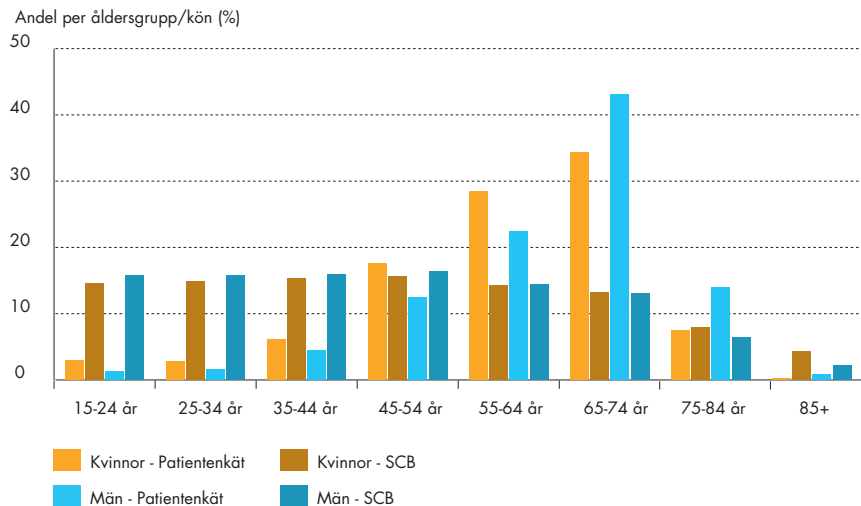
I patientenkäten är det fler män än kvinnor som har besvarat enkäten. I jämförelse med könsfördelningen i riket är män överrepresenterade i det insamlade materialet (figur 1).

Figur B4.1. Deltagarnas könfördelning i förhållande till riket



Källa: Vårdanalys Patientenkät och www.scb.se 2014 statistikdatabasen; Folkmängden den 1 november efter region, ålder och kön.

En jämförelse mellan respondenter per kön respektive ålder visar på en ojämn fördelning av respondenter i Vårdanalys patientenkät. I det insamlade patientmaterialet finns en överrepresentation av kvinnor i åldersgruppen 45-74 år och av män i åldersgruppen 45-84 år (figur 2). Särskilt påtagligt är bortfallet av respondenter upp till 34 år samt hos de äldsta över 85 år i Vårdanalys patientenkät.

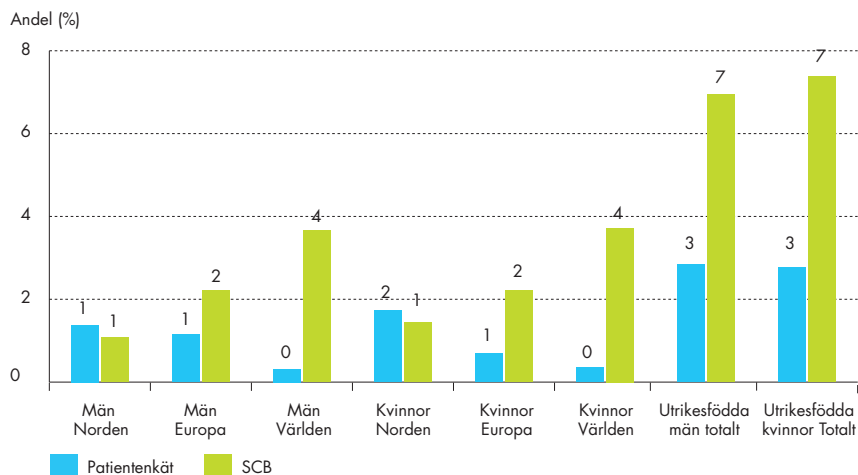
Figur B4.2. Deltagarnas fördelning på ålder och kön jämfört med riket

Not: Personer under 18 år är exkluderade i patientenkäten.

Källa: Vårdanalys Patientenkät och www.scb.se 2014 statistikdatabasen; Folkmängden den 1 november efter region, ålder och kön.

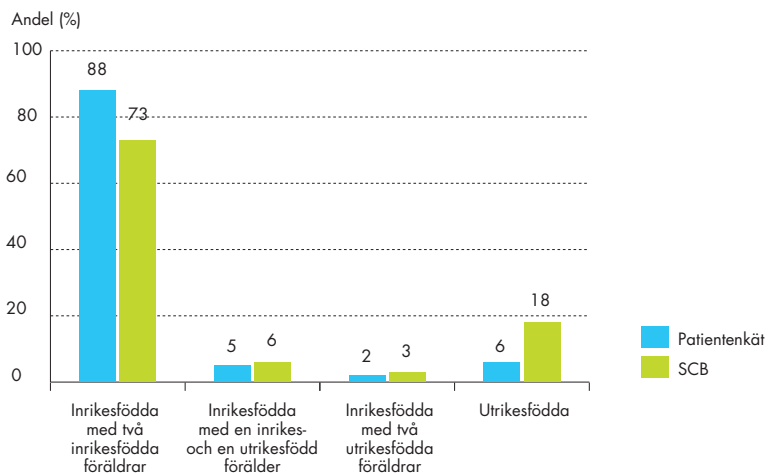
Utrikesfödda

Med utrikesfödda i patientenkäten avses personer som är födda i Norden, utanför Norden respektive utanför Europa. Figur 3 visar att det finns en underrepresentation av respondenter med utländsk härkomst. Störst är den för personer födda utanför Europa. Det finns även en underrepresentation för personer födda i Europa men utanför Norden jämfört med snittet för riket.

Figur B4.3. Andel personer i patientenkäten födda utanför Sverige jämfört med riket

Källa: Vårdanalys Patientenkät och www.scb.se 2014 statistikdatabasen; Utrikes födda i riket efter födelse land, ålder och kön.

I patientenkäten finns även en överrepresentation av respondenter med två svenskfödda föräldrar i jämförelse med riket i stort (figur 4).

Figur B4.4. Andel personer vars föräldrar är födda i Sverige eller i annat lant, samt om respondenten själv är född utanför Sverige

Källa: Vårdanalys Patientenkät och www.scb.se 2014 statistikdatabasen; Antal personer med utländsk eller svensk bakgrund efter region.

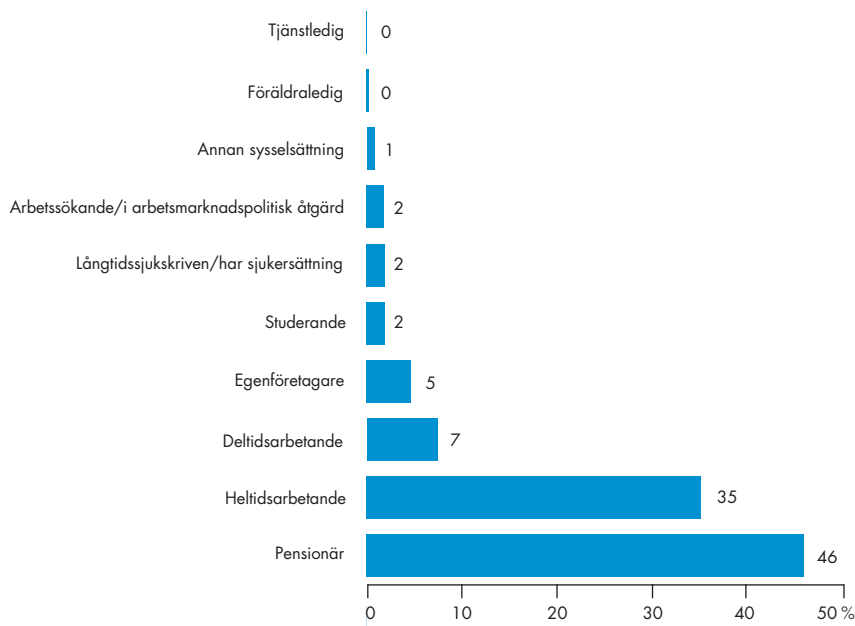
Inkomst

I Vårdanalys patientenkät frågas om respondenternas hushållsinkomst före skatt. Det jämförelsematerial som finns från SCB visar också hushållens bruttoinkomst. Det finns ändå skillnader i definitionerna som gör en jämförelse komplicerad. Bland annat rör uppgifterna i SCB:s material den plats där respondenten är folkbokförd, vilket ger skillnader främst bland yngre. Exempelvis uppger 33 procent av respondenterna i åldern 18-24 år en bruttoinkomst över 780 000 kronor per år i SCB:s uppgifter. Motsvarande andel i patientenkäten är 8 procent. Detta exempel visar att definitionerna ger för olika jämförelsegrunder för att kunna bedöma studiens representativitet utifrån inkomst. Någon ytterligare bedömning av överrepresenterade eller underrepresenterade grupper görs därför inte.

Sysselsättning

Av figur 5 framgår deltagarnas olika sysselsättning. Pensionärer och heltidsarbetande står för fyra femtedelar av de svarande i enkäten.

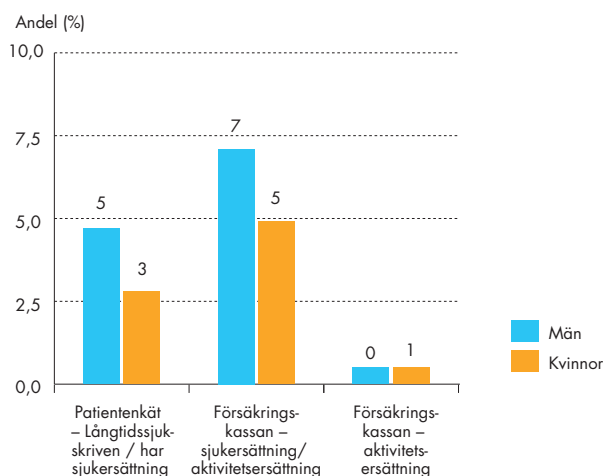
Figur B4.5. Deltagarnas fördelning på sysselsättning



Källa: Vårdanalys Patientenkät 2014

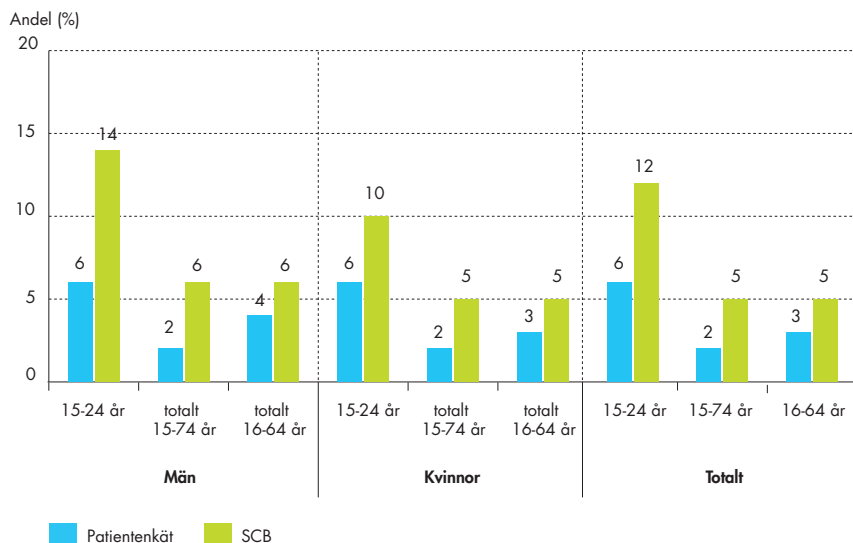
Personer som uppbär någon form av ersättning från Försäkringskassan i vårt material jämförs i figur 6 med uppgifter från Försäkringskassan. Som framgår i figuren överensstämmer inte definitionerna mellan materialen, varför jämförelsen ska tolkas med viss försiktighet. Försäkringskassan statistik redovisas därför dels i andelen personer som antingen har sjuk- eller aktivitetsersättning, dels andel personer med aktivitetsersättning. Jämförelsen indikerar att det finns en underrepresentation av långtidssjukskrivna eller med aktivitetsersättning i jämförelse med den samlade statistiken från Försäkringskassan.

Figur B4.6. Andel med sjuk- och aktivitetsersättning i patientenkäten respektive i riket



Källa: Vårdanalys Patientenkät och www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk 2014; Sjuk och aktivitetsersättning, antal mottagare efter län.

I Vårdanalys patientenkät är arbetslösa underrepresenterade jämfört med riket. I figur 7 presenteras andelen arbetslösa efter kön och i två åldersgrupper. Notera att definitionen skiljer sig något mellan materialen. I patientenkäten är svarsalternativet "arbetslös" medan SCB:s statistik anger "arbetslös som inte är heltidsstuderande".

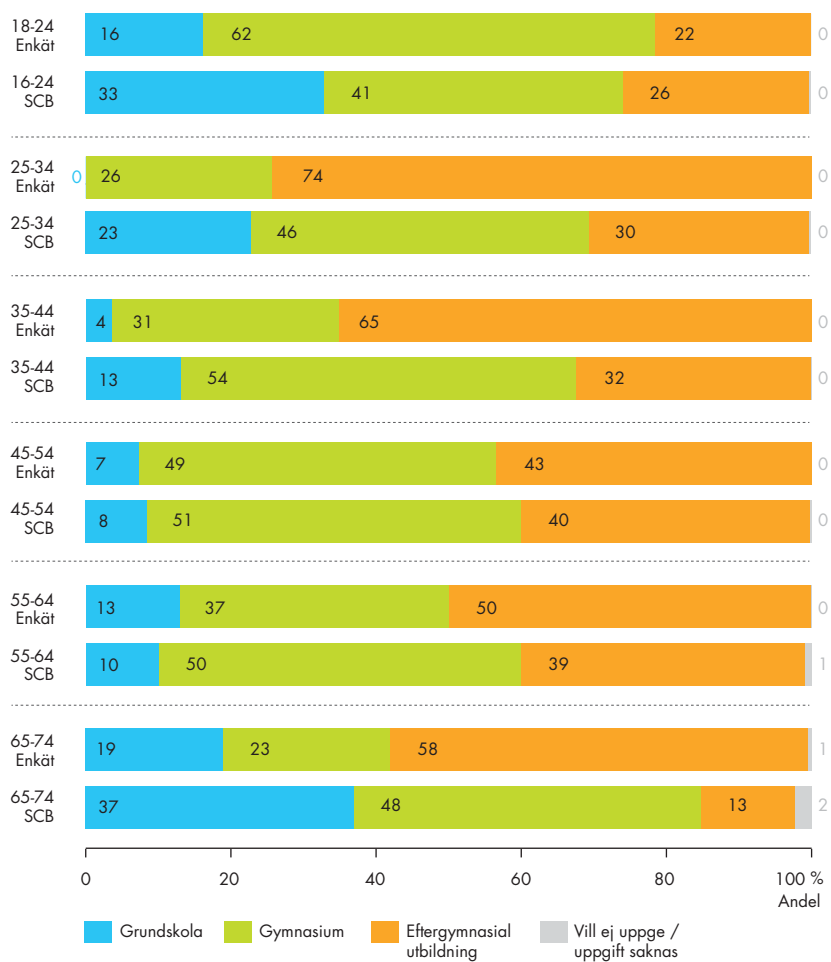
Figur B4.7. Andel arbetslösa fördelat på kön och åldersgrupper jämfört med riket

Not: Personer under 18 år ingår inte patientenkäten.

Källa: Vårdanalys Patientenkät och www.scb.se 2014 statistikdatabasen; Arbetslösa samt därav heltidsstuderande 15-74 år efter kön och ålder.

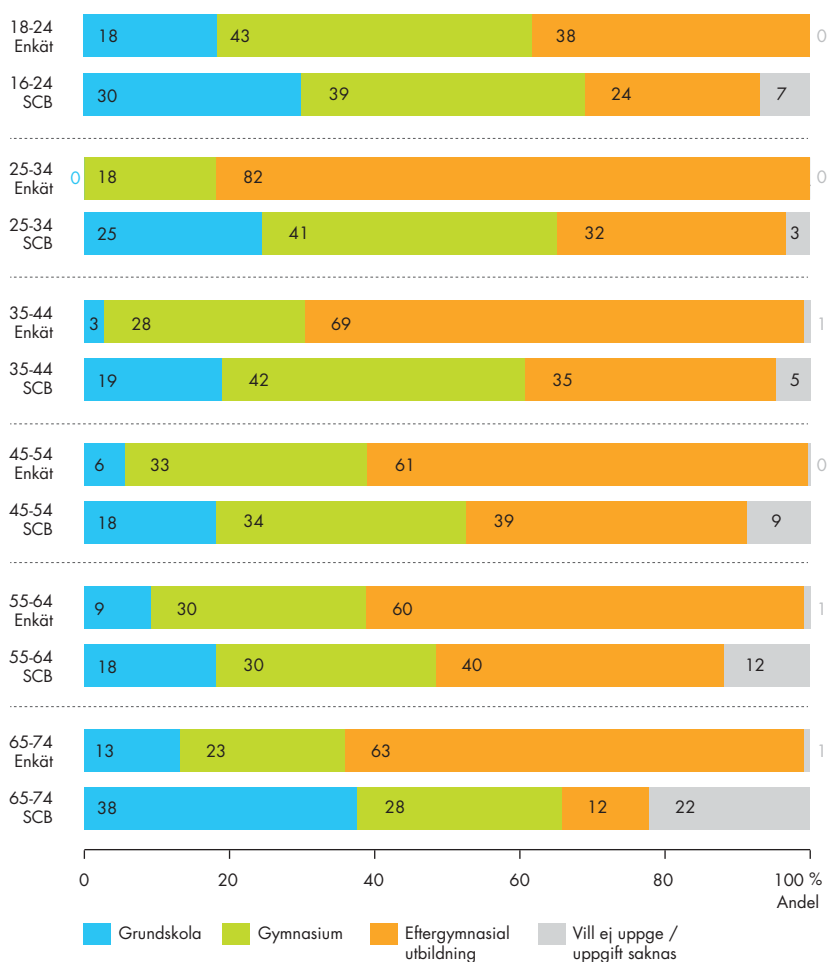
Utbildning

Personer med eftergymnasial utbildning är överrepresenterade i patientenkäten bland både kvinnor och män samt inom alla åldersgrupper, med tonvikt på åldersgrupper från 25 år och uppåt. Personer med endast grundskoleutbildning är mycket få bland både kvinnor och män i åldern 25 till 44 år. Inom samma åldersspann ses en tydlig skillnad i andel personer vars högsta utbildningsnivå är gymnasial utbildning. Den grupp där respondenterna i patientenkäten bäst speglar statistiken från SCB är den yngsta gruppen från 16 (18) till 24 år.

Figur B4.8. Fördelning av utbildningsnivå i olika åldersgrupper jämfört med riket, män

Not: Den yngsta åldern enligt SCB börjar vid 16 års ålder. Endast personer födda i Sverige.

Källa: Vårdanalys Patientenkät och www.scb.se 2014 statistikdatabasen; Befolkning 16-74 år efter kön, ålder, nationell bakgrund, utbildningsnivå och år.

Figur B4.9. Fördelning av utbildningsnivå i olika åldersgrupper jämfört med riket, kvinnor

Not: Den yngsta åldern enligt SCB börjar vid 16 års ålder. Endast personer födda i Sverige.

Källa: Vårddanalys Patientenkät och www.scb.se 2014 statistikdatabasen; Befolkning 16-74 år efter kön, ålder, nationell bakgrund, utbildningsnivå och år.

BILAGA 5 – RESPONDENTANALYS CHEFSENKÄT

Tabell B5.1 Antal respondenter fördelat efter verksamhetsområde och urval

Antal intervjuer totalt	Besvarade		Bortfall		Urval
	Fullständiga	Inte svarat	Nekat deltagande	Ofullständiga	Totalt
Akutsjukvård	7	13		10	30
Ambulanssjukvård	2	10		4	16
Anestesi, operation och iva	14	44	8	6	72
Barn- och ungdomsmedicin	24	29	5	8	66
Barn- och ungdomspsykiatri	27	45	3	7	82
Geriatrisk				1	1
Habilitering	13	8	1	2	24
Hjälpmedel	2	3	1	1	7
Hud	5	17	3	1	26
Hälso- och sjukvårdsledning	1	2			3
Hörselvård	4	4		1	9
Infektion	9	17	1	1	28
Kirurgi	30	68	14	8	120
Klinkem och neurokemlab		1			1
Kvinnosjukvård	13	23	2	2	40
Logopedi	1		2		3
Medicin	60	140	9	12	221
Onkologi	7	24	2	2	35
Ortopedi	20	28	7	2	57
Primärvård	250	474	75	72	871
Psykiatri	26	30	1	1	58
Rehabiliteringsmedicin		1			1
Röntgen	13	40	5	6	64
Syncentraler	2	5			7
Tolkcentral	1	6	1		8
Ögonsjukvård	14	15	2	5	36
Öron- näsa- och hals	6	20	6		32
Övrigt	1	13	3	2	19
Totalt	552	1 080	151	154	1 937

Tabell B5.2 Antal respondenter fördelat efter verksamhet och urval

Antal intervjuer totalt	Besvarade		Bortfall		Urval
	Fullständiga	Inte svarat	Nekat deltagande	Ofullständiga	Totalt
Klinik med enbart slutenvård	10		2	5	17
Klinik med enbart öppenvård	59		1	20	80
Klinik med slutenvård och öppenvård	218		5	39	262
Vårdcentral/hälsocentral	227		11	55	293
Annan	38		3	25	66
-		1 080	129	10	1 219
Totalt	552	1 080	151	154	1 937

Tabell B5.3 Antal respondenter fördelat efter profession och urval

Antal intervjuer totalt	Besvarade		Bortfall		Urval
	Fullständiga	Inte svarat	Nekat deltagande	Ofullständiga	Totalt
Arbetsterapeut	8			2	10
Biomedicinsk analytiker	4			1	5
Ekonom	4		1		5
Fysioterapeut	20			4	24
Kurator	16		1	4	21
Logoped	2				2
Läkare	231		9	39	279
Psykolog	9			5	14
Sjuksköterska	199		7	66	272
Tekniker/Ingenjör			1	1	2
Undersköterska	2				2
Annat	57		3	16	76
-		1 080	129	16	1 225
Totalt	552	1 080	151	154	1 937

Tabell B5.4 Antal respondenter fördelat efter befattning och urval

Antal intervjuer totalt	Besvarade		Bortfall		Urval
	Fullständiga	Inte svarat	Nekat deltagande	Ofullständiga	Totalt
Annan befattning	24		5	21	50
Enhetschef	19		3	9	31
Klinikchef	3				3
T.f. eller biträdande verksamhetschef	20			7	27
Verksamhetschef	486		16	117	619
Uppgift saknas		1 080	127		1 207
Totalt	552	1 080	151	154	1 937

Tabell B5.5 Antal respondenter fördelat efter driftsform och urval

Antal intervjuer totalt	Besvarade		Bortfall		Urval
	Fullständiga	Inte svarat	Nekat deltagande	Ofullständiga	Totalt
Offentlig verksamhet	468		14	103	585
Privat, idéburen verksamhet	11		2	5	18
Privat, vinstdrivande verksamhet	73		6	22	101
-		1 080	129	24	1 233
Totalt	552	1 080	151	154	1 937

Tabell B5.6 Antal respondenter fördelat efter län och urval

Antal intervjuer totalt	Besvarade		Bortfall		Urval
	Fullständiga	Inte svarat	Nekat deltagande	Ofullständiga	Totalt
Stockholms län	77	119	15	13	224
Västerbottens län	14	40	4	3	61
Norrbottnens län	22	30	9	5	66
Uppsala län	26	39	10	2	77
Södermanlands län	29	35	6	9	79
Östergötlands län	29	44	3	13	89
Jönköpings län	23	37	2	4	66
Kronobergs län	13	23	4	2	42
Kalmar län	20	38	5	4	67
Gotlands län	3	6	2		11
Blekinge län	14	21	1	7	43
Skåne län	38	109	13	16	176
Hallands län	15	22	3	4	44
Västra Götaland	65	157	23	16	261
Värmlands län	9	35	5	4	53
Örebro län	18	52	5	8	83
Västmanlands län	8	16	3	2	29
Dalarnas län	24	21	4	5	54
Gävleborgs län	15	43	2	1	61
Västernorrlands län	15	29	1	4	49
Jämtlands län	6	20	1	3	30
Uppgift saknas	69	144	30	29	272
Totalt	552	1 080	151	154	1 937

Patientlagen i praktiken

– en baslinjemätning

Vårdanalys har på regeringens uppdrag gjort en baslinjemätning för att kunna följa patientlagens genomslag och effekter. Denna första mätning visar att många av de bestämmelser som gällt sedan tidigare enligt andra författningar, i många fall i mer än 30 år, inte följs fullt ut. Vårdanalys kommer fram till 2017 att följa utvecklingen med nya mätningar och göra djupare analyser för att identifiera framgångsfaktorer för införandet av patientlagen.

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.

