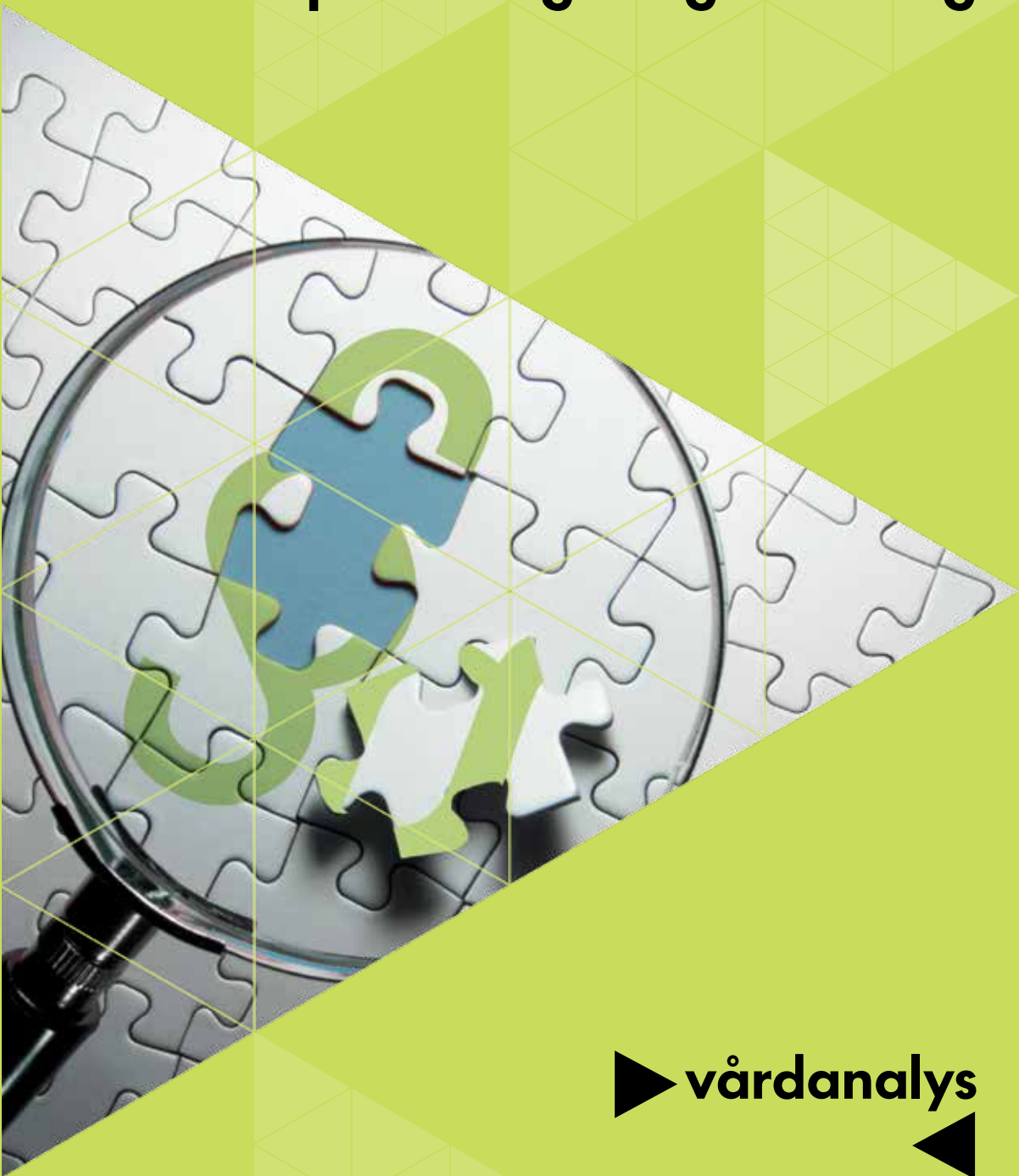


Rapport 2016:1

Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag



► 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 vård- och omsorgsanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: istock/Getty Images

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2016

ISBN 978-91-87213-53-3

Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Håkan Lenhoff har varit föredragande. Analyschef Christofer Montell har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2016-02-17

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Elisabeth Rynning
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Kerstin Wigzell
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Håkan Lenhoff
Föredragande



Sommaren 2014 beslutade riksdagen att införa en ny lag, patientlagen (2014:821). Lagen trädde i kraft den 1 januari 2015. Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har uppdraget att följa införandet av lagen och belysa om lagen får den effekt som avses. Uppföljningen avrapporteras i två delrapporter (2015 och 2016) och en slutrapport (2017). Den första delrapporten beskrev utgångsläget genom att presentera mätningar av hur vården levde upp till patientlagens intentioner *innan* lagen trädde i kraft. Resultaten visade att det finns en betydande förbättringspotential när det gäller frågor som rör exempelvis delaktighet, information och väntetider i hälso- och sjukvården. Liknande resultat har framkommit i flera andra undersökningar under senare år. I den här delrapporten beskriver vi hur landstingen och övriga aktörer har arbetat med införandet av patientlagen under 2015. Vi identifierar de huvudsakliga hindren för att uppnå patientlagens intentioner, och pekar på möjligheter som kan bidra till att stärka patientlagens genomslag i praktiken.

När vi har intervjuat landstingsföreträdare framkommer överlag en positiv syn på patientlagen. Samtidigt gör vi bedömningen att vårdens aktörer hittills inte betraktat patientlagen som en reform som föranleder mer genomgripande förändringar. Snarare ses den som en plattform för att stödja redan pågående utvecklingsarbeten och som ett av många initiativ för att långsiktigt utveckla vården och stärka patientens ställning. Är det nuvarande förhållningssättet till patientlagen ändamålsenligt, eller krävs stärkta insatser för att skapa en utveckling i linje med lagens intentioner? Det blir en nyckelfråga i slutrapporten 2017 då vi kommer att analysera i vilken grad patientlagens intentioner har

uppnåtts samt vid behov lämna rekommendationer till olika aktörer för att stärka lagens genomslag. Vår förhoppning är dock att denna delrapport redan nu kan bidra till en fördjupad diskussion på nationell, regional och lokal nivå kring hindren och möjligheterna för att öka genomslaget för patientlagen.

Delrapporten har tagits fram av en projektgrupp bestående av Håkan Lenhoff, Sofia Wagrell, Marianne Svensson, Hanna Sjöberg och Nils Janlöv. Vi vill särskilt tacka Karin Ahnqvist vid Västerbottens Läns Landsting, Eva Printz vid Stockholms Läns Landsting, Christina Ståhl vid Region Skåne, Lars-Göran Boström vid Landstinget i Värmland och Kjell Norman vid Region Gävleborg. De har generöst bidragit med sakkunskap och synpunkter samt varit särskilt behjälpliga med att identifiera intervjupersoner. Vi vill också rikta ett varmt tack till alla personer som delat med sig av sina erfarenheter i intervjuer och workshops under projektets gång. Utan er medverkan hade denna studie inte varit möjlig att genomföra.

Stockholm i mars 2016

Christofer Montell

Tillförordnad Myndighetschef

Sammanfattning

Trots goda medicinska resultat har svensk hälso- och sjukvård länge brottats med utmaningar kring bland annat tillgänglighet, samordning, patienttillfredsställelse och patientens delaktighet. Under flera årtionden har därför en diskussion förts om att juridiskt stärka patientens ställning på olika sätt. Behovet av en särskild patientlagstiftning har lyfts i dessa sammanhang, men förändringarna som har skett har främst handlat om att tydliggöra och utveckla utförarens och personalens skyldigheter i lagstiftningen. Mot denna bakgrund fick Patientmaktsutredningen 2011 i uppdrag att föreslå hur patientens ställning kunde stärkas ytterligare, bland annat genom att lämna förslag om en ny och samlad patientlagstiftning. Två år senare kom utredningens delbetänkande där en ny patientlag föreslogs.

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. 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. För merparten av bestämmelserna i patientlagen har det sedan tidigare funnits bestämmelser med samma innehåll i sak i andra författningar, medan vissa har justerats och några nya krav har tillkommit. Bestämmelser som funnits sedan tidigare i andra författningar rör till exempel tillgänglighet, patientens delaktighet samt fast vårdkontakt och individuell planering. Lagen innebär bland annat att

- den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas
- det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke

- möjligheten för 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 PATIENTLAGEN

Regeringen har gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) i uppdrag att 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.

Uppföljningen genomförs under åren 2014–2017 och avrapporteras i två delrapporter (2015 och 2016) och en slutrapport (2017). De tre rapporterna berör olika frågeställningar, och först i slutrapporten lämnas en samlad bild av effekterna i vården samt våra rekommendationer till olika aktörer kring det fortsatta arbetet.

DEN FÖRSTA DELRAPPORTEN VISADE UTGÅNGSLÄGET INNAN PATIENTLAGEN TRÄDDE I KRAFT

Som ett första steg i den långsiktiga uppföljningen publicerade Vårdanalys 2015 en delrapport som visade utgångsläget redan innan lagen trädde i kraft, en så kallad baslinjemätning. Den sammantagna bilden var att flera av de bestämmelser som gällt sedan tidigare enligt andra författningar, i många fall i mer än 30 år, inte följdes fullt ut. Att åstadkomma ett ökat genomslag för lagens intentioner framstod därför som en utmaning för hälso- och sjukvården. Exempelvis angav 15 procent av patienterna att de sällan eller aldrig är delaktiga i beslut om utformningen av vård och behandling och var fjärde patient ansåg att deras närstående inte är delaktiga i den mån patienten önskar. Ett förbättringsutrymme sågs också kring de nya bestämmelser som finns i patientlagen. Bland annat ansåg ungefär 20 procent att de inte fått den praktiska hjälp de behövde när de sökt vård i ett annat landsting. Sju procent av patienterna, som själva uppgav att de vårdats för en livshotande sjukdom eller skada, sade att de inte erbjudits en ny medicinsk bedömning trots att de aktivt bett om att få det.

SYFTET MED DEN HÄR DELRAPPORTEN ÄR ATT IDENTIFIERA HINDER OCH MÖJLIGHETER FÖR ETT STÄRKT GENOMSLAG FÖR PATIENTLAGEN

I den här delrapporten beskriver vi de aktiviteter som olika aktörer gjort i samband med införandet av patientlagen under 2015, för att på så vis få en nulägesbild av arbetet. Syftet är också att identifiera eventuella bakomliggande hinder som försvårar för patientlagen att få ett genomslag i praktiken, samt att belysa hur införandet av lagen skulle kunna underlättas.

För att identifiera sådana hinder och möjligheter har vi genomfört en kvalitativ studie. Vi har intervjuat företrädare för sex olika landsting med olika storlek och geografiskt läge om deras arbete med införandet av patientlagen. Vi har också intervjuat företrädare för myndigheter och andra organisationer för att få en bild av hur nationella aktörer arbetar med införandet. Totalt har vi genomfört 61 djupintervjuer. För att stämma av den bild som gavs i intervjuerna genomfördes också en workshop med 19 deltagare. Vi har också använt oss av en rad andra källor som vetenskapliga artiklar och andra rapporter för att komplettera vår förståelse av de hinder och möjligheter som omgärdar ett stärkt genomslag för patientlagen.

PATIENTLAGEN GER STÖD TILL PÅGÅENDE ARBETEN MEN HAR INTE FÖRÄNDRAT LANDSTINGENS STRATEGIER OCH ARBETSSÄTT I STÖRRE UTSTRÄCKNING

Regeringen har avsatt totalt 24 miljoner kronor över tre år för insatser som är direkt kopplade till patientlagens införande. Landstingen har under 2015 genomfört olika utbildnings- och informationsinsatser kring patientlagen – främst till vårdpersonalen. Arbeten har också gjorts, både lokalt och gemensamt med andra landsting, för att stärka möjligheterna för patienterna att söka öppenvård i hela landet. I våra intervjuer med landstingsföreträdare framkommer överlag en positiv syn på patientlagen. Samtidigt är det tydligt att patientlagen inte föranlett några större förändringar i landstingens strategier och arbetssätt.

I propositionen betonades att intentionen med lagen varit att åstadkomma en perspektivförskjutning i vården (prop. 2013/14:106). En utgångspunkt var alltså att införandet av patientlagen skulle ge ett avtryck i hälso- och sjukvårdens arbetssätt och kultur. Sammantaget gör vi bedömningen att vårdens aktörer hittills inte betraktar patientlagen som en kraftfull reform som föranleder stora förändringar. Snarare ses den som en plattform för att stödja redan pågående utvecklingsarbeten och ett av många initiativ för att långsiktigt utveckla vården och stärka patientens ställning. Det är dock för

tidigt att dra slutsatser om detta har varit ett ändamålsenligt förhållningssätt för att nå intentionerna med patientlagen i praktiken.

DET FINNS FLERA BETYDANDE HINDER FÖR ATT ÖKA PATIENTLAGENS GENOMSLAG

Utifrån intervjuerna och de kompletterande källorna har Vårdanalys på befolkningsnivå, verksamhetsnivå, landstingsnivå och nationell nivå identifierat fyra övergripande hinder som försvårar patientlagens genomslag.

Befolkningens kännedom om vårdens skyldigheter är fortsatt låg

Ett sätt för patientlagen att få effekt är att patienter och befolkning – inte bara vårdens personal – känner till vårdens skyldigheter. Resultaten visar att kännedomen om vårdens skyldigheter och patientlagen är låg bland befolkningen som helhet, men också bland de personer som har kontakt med vården. En trolig förklaring är att informationsinsatserna till befolkningen har varit begränsade. En låg kännedom om vårdens skyldigheter minskar möjligheten för patienten att vara en aktiv samarbetspartner. Den bristande kännedomen utgör därför ett hinder för att uppnå lagens syften om att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Verksamheterna har svårt att omsätta lagen i praktiken

På verksamhetsnivå upplevs ett flertal hinder som sammantaget gör att verksamheterna har svårt att omsätta lagen i praktiken. För det första saknas delvis kunskap och samsyn kring hur lagen ska tolkas. Det uppges bland annat gälla bestämmelserna om en förnyad medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och om att inhämta patientens samtycke. Därmed tycks synen på hur lagen efterlevs i dag variera, vilket kan leda till olika uppfattningar om behovet av att utveckla verksamheterna. För det andra är de konkreta verktygen och stödsystemen för att arbeta enligt patientlagens intentioner begränsade, i synnerhet när det gäller ”mjuka” frågor som bemötande och delaktighet. För det tredje uppfattar många att patientlagen konkurrerar om uppmärksamheten med andra uppgifter och styrsignaler som också anses angelägna. För det fjärde tyder resultaten på att professionerna uppfattar att patientlagen kan skapa nya etiska dilemman, exempelvis kring integritet, ansvar och jämlik resursanvändning.

Landstingens strukturella förutsättningar påverkar möjligheterna att uppfylla lagen

De flesta landsting brottas i dag med utmaningar kring kompetensförsörjning och en ansträngd ekonomi. Sådana strukturella förutsättningar kan påverka möjligheten att uppfylla patientlagens intentioner. Exempelvis blir det svårare att upprätthålla kontinuiteten i vården för verksamheter som har begränsat med fast personal. Även landstingens pressade ekonomiska situation kan påverka möjligheten till utvecklings- och införandearbete. Ersättningssystemen i vården är ytterligare en faktor som inte anses stimulera innovation och förnyade arbetssätt, och bristande möjligheter till uppföljning av patientlagen tycks utgöra hinder på landstingsnivå.

Det saknas nationella administrativa lösningar

Behovet av gemensamma administrativa lösningar beskrevs redan i Vårdanalys första lägesrapport om patientlagens införande. Till stora delar tycks samma behov återstå ett år senare. De kvarvarande behoven med tydligast koppling till patientlagen är avsaknaden av en plattform för utbudsinformation för att kunna beskriva vårdens verksamheter på ett enhetligt sätt, en nationell listningstjänst samt vissa aspekter kring remissförfarandet och hanteringen av högkostnadsskydd. Även avsaknaden av en samlad journalföring har framkommit som ett hinder i intervjuer.

SEX MÖJLIGHETER ATT STÄRKA PATIENTLAGENS GENOMSLAG

Vi kan konstatera att vården – innan patientlagen infördes – inte fullt ut levde upp till de gamla lagkrav som nu anges i patientlagen. Även kring lagens nya bestämmelser sågs en förbättringspotential. Vi ser också att patientlagen ännu inte i någon större omfattning tycks ha förändrat landstingens strategier och arbetssätt, och att det finns hinder på flera nivåer för att fullt ut kunna efterleva patientlagen i praktiken.

Samtidigt har vi inom ramen för vår studie identifierat ett flertal möjliga sätt att öka genomslaget för patientlagen. De olika möjligheterna varierar i karaktär beroende på vilka av lagens olika delar som avses. Att förändra vårdens förhållningssätt till patienten kräver långsiktiga insatser och kommer inte att ske över en natt. Däremot borde insatser för att till exempel åtgärda administrativa problem kunna ske på kortare sikt. Utöver de möjligheter som beskrivs nedan påverkas möjligheterna att uppnå patientlagens intentioner av en rad andra faktorer. Till exempel kan ett bättre resursutnyttjande och en

mer ändamålsenlig kompetensförsörjning öka förutsättningarna för vården att leva upp till patientlagens intentioner. Det är därför viktigt att betona att de möjligheter som listas nedan inte är heltäckande – det finns en rad andra tänkbara strategier som kan övervägas.

Underlätta för patienterna att påverka vården – som individer eller kollektiv

Patienter kan både som enskilda individer och genom patientorganisationer söka påverka vårdens följsamhet till patientlagen. Patientlagen utgår på många sätt ifrån att patienter är aktiva, men Vårdanalys tidigare studier visar att så inte alltid är fallet. Det är därför angeläget att vården tar ett större ansvar för att involvera patienten, utifrån vad hen önskar eller förmår, för att få del av patientens kunskap om sin sjukdom och sin egen vård. Patientorganisationerna har stor kunskap om sina medlemmars behov och kan därmed också understödja att patientlagen översätts till praktisk verklighet i enlighet med patienternas preferenser.

Ett starkt ledarskap och långsiktiga strategier

Ett starkt och engagerat ledarskap är en nyckelfaktor vid införandet av patient- eller personcentrerad vård enligt flera studier. För att lagens olika delar ska etableras i praktiken är det angeläget att det sker utifrån ett långsiktigt perspektiv och att förhållningssättet integreras i landstingens övriga strategier och styrsystem. Forskning har också visat att just kontinuitet är en nyckelfaktor för att lyckas med införandet av ny kunskap i vården. Resultaten från intervjuerna indikerar också att både ledarskapet och kontinuiteten är centrala delar för att vården bättre ska kunna arbeta utifrån patientens perspektiv.

Bredare kunskap om effekterna av patient- och personcentrerad vård

En stor del av patientlagens intentioner handlar om att stärka patientens ställning i vården genom en ökad delaktighet i den egna behandlingen. I praktiken förknippas detta ofta med begrepp som patient- eller personcentrerad vård.

Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet där krav på evidens eller beprövad erfarenhet är en utgångspunkt i det traditionellt kliniska arbetet. Men för att nya metoder och arbetssätt som syftar till en mer

patient- och personcentrerad vård ska få större spridning behövs sannolikt mer forskning och kunskap om effekterna.

En utökad nationell samordning och investeringar i gemensamma administrativa lösningar

Det finns ett tydligt behov av en stärkt nationell samordning kring lagens genomförande, både i tolknings- och praxisfrågor och i framtagandet av tekniska lösningar. Exempelvis har möjligheten att välja öppenvård över landstingsgränser ökat behovet av gemensamma administrativa lösningar mellan landstingen. Landstingens möjligheter att uppfylla lagens krav kan underlättas av att gemensamma administrativa lösningar kommer på plats, exempelvis en plattform för utbudsinformation, samsyn kring remissregler och en nationell listningstjänst.

Ansvarsfördelningen för det fortsatta införandet av lagen är överlag otydlig, och det saknas en aktör på nationell nivå som har mandat att fullt ut ta ansvar för de frågor som bör hanteras gemensamt.

En stärkt uppföljning av lagens effekter med redan befintliga verktyg

En stärkt uppföljning kan bidra till att patienternas synpunkter och åsikter om vården bättre kan tas tillvara av vården. Vår undersökning har visat att uppföljningen av patientlagens efterlevnad ofta upplevs som utmanande. Här vill vi peka på att det finns förnyade och stärkta möjligheter till uppföljning, bland annat via förändringen av Nationell Patientenkät – en förändring som delvis tagit sin utgångspunkt i lagen.

Tydligare incitament för förändrade arbetssätt

Att arbeta i enlighet med patientlagens intentioner innebär att vården kommer att behöva förändra sina arbetssätt för att individanpassa vårderbjudandet och inse att det som fungerar för en patient inte alltid är den optimala lösningen för andra patienter (prop. 2013/14:106). Resultaten i den här rapporten pekar på att det i dag till viss del saknas incitament för förändrade arbetssätt. Det tydligaste exemplet som uppges i intervjuer är att ersättningsystemen inte anses främja nya metoder och tekniker i vården.

Det pågår en rad förbättringsarbeten i landstingen som ligger i linje med lagens intentioner, ofta i en mindre skala. En del kan betraktas som initiativ på verksamhetsnivå som kan behöva ytterligare stöttning från ledningshåll.

Förändringar av den här typen innefattar inte bara nya processer och arbetsmetoder. Även nya tekniska lösningar eller andra hjälpmedel som underlättar för vården att anpassa sig till individens behov kan innebära möjligheter. Men då behöver också vården anpassas – dels i synen på hur vård kan ges inom ramen för ny teknik, dels i ersättnings- och styrsystem.

VÅRDANALYS FORTSATT ARBETE

I den här delrapporten har vi fokuserat på att undersöka vilka hinder och möjligheter som finns för att stärka patientlagens genomslag.

Den tredje rapporten, som också är vår slutrapportering kring patientlagen, ska lämnas till regeringen den 15 mars 2017. Slutrapporten ska ge en samlad bild av Vårdanalys långsiktiga uppdrag att följa patientlagens införande. Slutrapporteringen kommer att beskriva och analysera i vilken grad patientlagens intentioner har nåtts och rikta rekommendationer till olika aktörer för att stärka lagens genomslag.

I slutrapporten kommer vi också särskilt att fokusera på de effekter som möjligheten att välja utförare över landstingsgränser har medfört samt eventuella ytterligare områden där lagens effekter behöver analyseras djupare.

1. Inledning	21
1.1 Patientlagen trädde i kraft 2015	21
1.2 Vårdanalys har i uppdrag att följa införandet av lagen	23
1.3 Vårdanalys första delrapport visade utgångsläget för lagens bestämmelser redan innan lagen trädde i kraft.....	24
1.4 Den här rapporten undersöker hinder och möjligheter för att stärka lagens genomslag	28
1.5 Så här är rapporten disponerad.....	30
2. Synen på lagen och hur införandet bedrivits	33
2.1 Synen på lagen är överlag positiv	33
2.2 Information och utbildning har hittills varit de största insatserna	35
2.3 Patientlagen ger stöd till pågående arbeten men har inte förändrat landstingens strategier och arbetssätt i större utsträckning.....	41
3. Det finns ett antal hinder för att öka patientlagens genomslag.....	45
3.1 Befolkningens kännedom om vårdens skyldigheter är fortsatt låg	45
3.2 Verksamheterna har svårt att omsätta lagen i praktiken	46
3.3 Landstingens strukturella förutsättningar gör det svårt att uppfylla lagens krav	53
3.4 Det saknas nationella administrativa lösningar	57
4. Sex möjligheter att stärka patientlagens genomslag	63
4.1 Underlätta för patienterna att påverka vården – som individer eller kollektiv	63
4.2 Ett starkt ledarskap och långsiktiga strategier	65
4.3 Bredare kunskap om effekterna av patient- och personcentrerad vård	68
4.4 En utökad nationell samordning och investeringar i gemensamma administrativa lösningar	68
4.5 En stärkt uppföljning av lagens effekter med redan befintliga verktyg.....	69
4.6 Tydligare incitament för förändrade arbetssätt	70



5. Vårdanalys fortsatta arbete	77
6. Referenser	81
Bilagor	89
Bilaga A. Metod – Analytiska utgångspunkter och studiens genomförande	89
Bilaga B. Fördjupning om möjligheten till öppenvård i andra landsting.....	99



Inledning

1.1 PATIENTLAGEN TRÄDDE I KRAFT 2015

Trots goda medicinska resultat har svensk hälso- och sjukvård länge brottats med utmaningar kring bland annat tillgänglighet, samordning, patienttillfredsställelse och patientens delaktighet (Health Consumer Powerhouse 2016, SKL 2015d). Under flera årtionden har därför en diskussion förts om att juridiskt stärka patientens ställning på olika sätt (Rynning 2011). En rad tillvägagångssätt har övervägts:

- Att utforma en renodlad rättighetslagstiftning.
- Att samla befintliga bestämmelser kring patientens ställning och på så vis tillgängliggöra patientfokuserad information.
- Att tydliggöra eller utveckla utförarens och personalens skyldigheter mot patienten.
- Att stärka patientens möjligheter att till exempel lämna klagomål eller få kompensation i efterhand.

I olika utsträckning har de här strategierna och verktygen diskuterats och använts (Rynning 2011). De främsta argumenten mot en rättighetslagstiftning har rört svårigheter hur ett sådant system ska utformas samt att det skulle bli tidsödande och resurskrävande (SOU 1997:154). De faktiska förändringar som gjorts över tid för att stärka patientens ställning har därför främst handlat om att tydliggöra och utveckla utförarens och personalens skyldigheter i lagstiftningen, även om behovet av och nyttan med en särskild patientlagstiftning diskuterats. Mot denna bakgrund fick Patientmaktsutredningen 2011 i uppdrag att föreslå hur patientens ställning kunde stärkas, bland annat genom att lämna förslag om en ny patientlagstiftning (dir. 2011:25). Två år senare kom utredningens delbetänkande där en ny patientlag föreslogs (SOU 2013:2).



Riksdagen beslutade under sommaren 2014 om lagen (prop. 2013/14:106). I propositionen framhölls bland annat att patientens ställning under de senaste åren hade förtydligats och stärkts i många avseenden men att det fortfarande fanns en rad områden där patientens ställning behövde stärkas. Det var till exempel svårt att få en tydlig bild av bestämmelserna på området eftersom Sverige saknade en lagstiftning som samlat beskrev patientens ställning i vården. Vidare angav lagstiftningen i princip genomgående sjukvårdshuvudmännens, vårdgivarnas och personalens skyldigheter gentemot patienten, i stället för att ange vilka möjligheter till inflytande och delaktighet patienten har. Det fanns därför behov av en patientlag som samlade bestämmelser av betydelse för patientens ställning. Syftet var att förtydliga och stärka patientens ställning samtidigt som överskådligheten och tillgängligheten ökar för medborgarna. Patienten behövde också synliggöras som aktör och inte bara som ett objekt för vårdgivarens agerande.

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen i kraft. I enlighet med vad som angavs i propositionen är i dag lagens övergripande syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning men också att vidare främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen ska också stödja patientens möjligheter att medverka och vara medskapande i sin egen vårdprocess. Många bestämmelser med motsvarande innehåll gäller sedan tidigare enligt andra författningar, några har justerats och ytterligare några är nya i patientlagen. Många av paragraferna är också dubbelreglerade genom att de fortfarande finns kvar i andra författningar. Bestämmelser som funnits sedan tidigare i andra författningar rör till exempel tillgänglighet, patientens delaktighet samt fast vårdkontakt och individuell planering. 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.

I sin helhet innehåller patientlagen elva olika kapitel. Det första kapitlet 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.

Patientlagen

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.

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.).

Källa: Patientlagen (2014:281)

1.2 VÅRDANALYS HAR I UPPDRAG ATT FÖLJA INFÖRANDET AV LAGEN

Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp införandet av patientlagen (S2014/2207/FS). Uppföljningen ska 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 uppföljningen ingår särskilt att se över de nya möjligheterna att välja öppenvård och om detta påverkar medicinska behov och prioriteringar.

Uppföljningen genomförs under åren 2014-2017 och avrapporteras i två delrapporter (2015 och 2016) och en slutrapport (15 mars 2017). För att svara mot det samlade uppdraget har vi formulerat ett antal övergripande frågeställningar:

- Hur var utgångsläget innan lagen trädde i kraft?
- Hur har införandet av lagen bedrivits?
- Vilka faktorer påverkar lagens genomslag?
- Vilka effekter har lagen gett?
- Vilka rekommendationer kan ges till olika aktörer för att stärka lagens genomslag?



Varje rapport kommer att beröra en eller flera av ovanstående frågeställningar. Den första delrapporten visade utgångsläget innan patientlagen trädde i kraft och belyste de insatser som då genomfördes. Den andra delrapporten fokuserar på vilka faktorer som påverkar patientlagens införande och genomslag. Slutrapporten ska visa om patientlagens intentioner har gett effekter i vården, ge en samlad bild av uppföljningen samt lämna rekommendationer till olika aktörer kring det fortsatta arbetet.

1.3 VÅRDANALYS FÖRSTA DELRAPPORT VISADE UTGÅNGSLÄGET FÖR LAGENS BESTÄMMELSER REDAN INNAN LAGEN TRÄDDE I KRAFT

Den första av Vårdanalys delrapporter kring patientlagen (Vårdanalys 2015a) beskriver i vilken omfattning vården arbetade på det sätt patientlagen föreskriver redan innan den trädde i kraft. Rapporten berörde därmed de två första frågeställningar som uppföljningen omfattar. Genom att fråga patienter och verksamhetschefer om hur de upplevde att vården levde upp till de skyldigheter som patientlagen omfattar, fick vi en värdemätare på lagens genomslag redan innan lagen trädde i kraft. Inför slutrapporteringen år 2017 kommer nya mätningar göras för att fånga patientlagens genomslag och effekter.

Den sammantagna bilden av baslinjemätningen var att många av de skyldigheter som regleras i patientlagen, och som gällt sedan tidigare enligt andra författningar, i många fall i mer än 30 år, inte följdes fullt ut. Att åstadkomma ett ökat genomslag framstod därför som en utmaning för samtliga aktörer med ansvar i sektorn. I rapporten konstaterades att det kommer att krävas ett brett och innovativt arbete för att åstadkomma en ökad efterlevnad till patientlagen.

Nedan sammanfattas några centrala resultat från baslinjemätningen utifrån patientlagens olika bestämmelser. Inom samtliga områden som lagen omfattar sågs en förbättringspotential.

Tillgänglighet – Patienter upplevde att tillgängligheten var sämre än vad de inrapporterade väntetiderna visade

Patienterna uppgav att vården många gånger inte var tillgänglig, trots att bestämmelserna om tillgänglighet funnits sedan länge i annan lagstiftning. Knappt 80 procent av patienterna angav 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 skiljde sig från Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) väntetidsdatabas som visade att 91 procent av patienterna fått besöka primärvården inom 7 dagar respektive att

86 procent fått behandling inom 90 dagar. Få patienter angav att också de erbjudits behandling i något annat landsting när vårdgarantin inte uppfyllts.

Information – *Cirka 20 procent av patienterna fick sällan eller aldrig information om vad de skulle vara uppmärksamma på när de kom hem*

Var femte patient informerades sällan eller aldrig om sin eftervård och vilka symptom de skulle vara uppmärksamma på när de kom hem och 60 procent hade sällan eller aldrig fått information om vårdgarantin. Liknande resultat sågs för lagens krav att informera om möjligheten att välja en annan utförare samt att informera om möjligheterna till en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt.

Många, drygt 90 procent av patienterna, uppfattade att den information de fått var lätt att förstå. I stort sett lika många patienter ansåg också att de oftast fått tillräckligt med information och vid rätt tillfälle. Men det var färre (cirka 50 procent) som ansåg att de alltid fick tillräckligt med information vid rätt tillfälle än som alltid (cirka 70 procent) upplevde att informationen var lätt att förstå. Svårt sjuka patienter upplevde i något lägre grad än övriga patienter att de blev tillräckligt informerade.

Samtycke – *Sju av tio patienter ansåg att de blev bemötta med respekt*
Cirka 70 procent av patienterna upplevde att de alltid blev behandlade med respekt och hänsyn och cirka 25 procent svarade att de blev det ibland. Svårt sjuka patienter upplevde i något lägre grad ett respektfullt bemötande.

Delaktighet – *Knappt 15 procent av patienterna upplevde att de inte var delaktiga i hur vården utformades*

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



Fast vårdkontakt och individuell planering – Var fjärde saknade en fast läkarkontakt

Många patienter ansåg att möjligheten till fast vårdkontakt är viktig. Av de svårt sjuka hade 20 procent en fast vårdkontakt. En lika stor andel av de svårt sjuka skulle vilja ha en sådan kontakt medan 30 procent angav att de inte hade det behovet.

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

Lagstiftningens krav om samordning efterlevdes inte heller fullt ut, trots att de gällde sedan tidigare enligt andra bestämmelser. Knappt 30 procent av patienterna sade att samordningen inte sker på ett ändamålsenligt sätt och än lägre resultat sågs för svårt sjuka patienter. Av de patienter som uppgav att de hade behov av insatser från både vården och socialtjänsten (cirka 3 procent) sade 30 procent att de hade en samordnad individuell plan i enlighet med lagen.

Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel – Cirka 30 procent av patienterna upplevde inte att de var delaktiga vid val av behandling

Tre av tio patienter, som kände till att det fanns alternativa behandlingar, sade att de sällan eller aldrig var delaktiga i valet och för barn var delaktigheten lägre.

Av de patienter som var i behov av hjälpmedel sade cirka tio procent att alternativa hjälpmedel presenterades men att de inte var delaktiga i beslutet. Samtidigt sade var tionde patient att inga alternativa hjälpmedel diskuterades trots att de kände till att alternativ fanns. Bilden delades av verksamhetscheferna – endast varannan chef ansåg att verksamheten i hög grad levde upp till kraven på patientens delaktighet i valet av behandling.

Ny medicinsk bedömning – Sju procent av patienterna som vårdats för en livshotande sjukdom hade bett om en ny medicinsk bedömning men inte fått det

Bestämmelsen om ny medicinsk bedömning har funnits tidigare, men utvidgades i patientlagen för att göra det lättare för patienten att få en sådan bedömning. Trots utvidgningen angav 60 procent av verksamhetscheferna

att verksamheten i hög grad levde upp till kravet redan innan lagen trädde i kraft. Efterlevnaden var, enligt cheferna, högre jämfört med andra delar av lagstiftningen.

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

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

Patienter uppfattade möjligheten att kunna välja utförare som viktig. Patientlagen utökade 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 ett annat landsting, ansåg ungefär 20 procent att de inte fått den praktiska hjälp de behövde. Närmare var tionde patient avstod för att de själva fick stå för vissa kostnader. Val av utförare i hela landet var också det område som verksamhetscheferna ansåg att de tillgodosåg i lägst grad och endast var femte verksamhet hade fastställda rutiner för att hjälpa patienterna i dessa val. Resultatet var förväntat eftersom lagen inte hade trätt i kraft vid frågetillfället.

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

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

Flertalet av de patienter som lämnade klagomål hade synpunkter på vårdens tillgänglighet. Bland svårt sjuka patienter var en fördröjd diagnos eller behandling den vanligaste orsaken till klagomål. Det främsta syftet med att lämna synpunkter var att förebygga att andra patienter råkade ut för samma sak, följt av syftet att få en lösning på sitt eget problem. De flesta som lämnat klagomål eller synpunkter uppgav att de gjort det direkt till den enhet som klagomålet gällde. Generellt var det få patienter som var helt nöjda med hjälpen de fått från den organisation de vänt sig till med sina klagomål eller synpunkter.



Yngre och kvinnor upplevde i lägre grad att de var nöjda med vården

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

Män ansåg oftare än kvinnor att de var nöjda med den information de hade fått och tidpunkten då den gavs. Män kände sig också mer delaktiga i vården och ansåg sig oftare bemötas med respekt och hänsyn. Kvinnor uppfattade möjligheter till medbestämmande, att välja utförare samt tid hos vårdpersonalen som viktigare än män gjorde för att stärka sin ställning i vården. Kvinnor uppgav också oftare än män att de hade velat framföra klagomål eller synpunkter till vården för egen eller någons annans räkning.

1.4 DEN HÄR RAPPORTEN UNDERSÖKER HINDER OCH MÖJLIGHETER FÖR ATT STÄRKA LAGENS GENOMSLAG

Utifrån Vårdanalys första delrapport var det tydligt att det fanns ett behov av att djupare undersöka de faktorer som påverkar lagens efterlevnad och genomslag. Syftet med den här rapporten är därför att identifiera faktorer som hindrar och möjliggör patientlagens genomslag. Fokus för rapporten är att besvara uppdragets tredje frågeställning: Vilka faktorer påverkar lagens genomslag? Målet är att bidra med ny kunskap samt att påskynda och stärka lagens genomslag. Rapportens huvudfrågeställningar är:

- Hur har landstingen hittills arbetat för att stärka patientlagens genomslag?
- Vilka är de huvudsakliga hindren för patientlagens genomslag?
- Finns exempel på möjligheter som kan bidra till att stärka patientlagens genomslag?

1.4.1 Så här har uppdraget genomförts

För att kunna svara på projektets frågeställningar har Vårdanalys genomfört 61 intervjuer med verksamhetsföreträdare på olika nivåer i hälso- och sjukvården. Intervjuerna genomfördes huvudsakligen under september och

oktober 2015 med företrädare i sex landsting samt andra relevanta aktörer inom området. Landstingen har valts för att spegla delvis olika förutsättningar, som befolkningsmängd och geografisk storlek. De landstingen där intervjuer genomförts är:

- Landstinget i Kalmar län
- Landstinget i Värmland
- Region Gävleborg
- Region Skåne
- Stockholms läns landsting
- Västerbottens läns landsting

Hinder och möjligheter har vi identifierat genom återkommande mönster i svaren från vår intervjustudie. Dessa mönster från intervjuerna har därefter kompletterats med information från andra relevanta källor. Materialet sammanställdes på tre nivåer – nationell nivå, övergripande landstingsnivå och verksamhetsnivå – innan den sammanvägda analysen genomfördes.

Intervjuundersökningen har gjorts i ett begränsat antal landsting och representerar därför inte landstingen generellt. Däremot fångar resultaten återkommande mönster i svaren och kan därigenom visa vilka svårigheter som verksamheterna i dag upplever på området. Vidare är insatserna fortfarande i ett tidigt skede och det finns därför inte möjlighet att göra en samlad bedömning av lagens genomslag i alla delar. Detta belyses istället i slutrapporten.

Som en avstämning av preliminära resultat från intervjuerna och en möjlighet till ytterligare informationsinhämtning genomfördes också en workshop med 19 externa deltagare. Landstingens kontaktpersoner för patientlagen var inbjudna tillsammans med företrädare för nationella organisationer verksamma på området. För mer information om hur vi har genomfört arbetet se bilaga A.

1.4.2 Centrala begrepp i rapporten

Både regioner och landsting är huvudmän för hälso- och sjukvård i Sverige. I rapporten har vi genomgående använt begreppet *landsting* som benämning för huvudmännen.



1.4.3 Avgränsningar och närliggande arbeten

Socialstyrelsen har ett omfattande regeringsuppdrag på hjälpmedelsområdet. Uppdraget består i att bland annat följa upp hur valfriheten av hjälpmedel inom landstingen och kommunerna utvecklas (S2014/8959/FST). Med anledning av Socialstyrelsens uppdrag berör vi inte hjälpmedel särskilt i denna rapport.

Det är också av vikt att betona att rapporten inte gör anspråk på att ha identifierat samtliga hinder och möjligheter för patientlagens genomslag. Inte heller samtliga landstings arbete kring lagen kartläggs. Även om studien bygger på ett stort antal intervjuer kan det finnas ytterligare faktorer som påverkar genomslaget. De faktorer som redovisas bygger på vad som återkommande har kommit fram i intervjuerna och som upplevs som viktigast.

1.5 SÅ HÄR ÄR RAPPORTEN DISPONERAD

I kapitel 2 gör vi en kortfattad genomgång av vilka insatser olika aktörer gjort för att stärka genomförande av patientlagen och respondenternas syn på lagen. Kapitel 3 redovisar de hinder för patientlagens genomslag som har identifierats utifrån intervjuerna i projektet. I kapitel 4 redovisas ett flertal möjligheter för att stärka lagens genomslag. Avslutningsvis redovisar vi i kapitel 5 inriktningen på det fortsatta arbetet.



Synen på lagen och hur införandet bedrivits

2.1 SYNEN PÅ LAGEN ÄR ÖVERLAG POSITIV

I våra intervjuer framkommer överlag en positiv syn på patientlagen. Flera intervjupersoner menar att den ger stöd till pågående arbeten och visar en riktning för vården. I intervjuvaren beskrivs patientlagen ofta som bestående av hårda och mjuka delar – delar som ställer olika krav på hur lagens intentioner kan uppfyllas och hur effekterna kan följas upp.

2.1.1 Patientlagens bestämmelser delas ofta upp i två huvudgrupper

De styrmedel som staten förfogar över kan klassificeras i två huvudgrupper: *reglering* och *annan styrning*. Med *reglering* avses lagar, förordningar och föreskrifter. Dessa styrmedel benämns ofta som ”hårda” och kan ses som tvingande eftersom staten kan se till att den som styrs lever upp till regelverket. Med *annan styrning* avses exempelvis statsbidrag, nationella handlingsplaner, regleringsbrev till myndigheter samt kunskapsproduktion och forskning (Vårdanalys 2015b).

Patientlagen är sammantaget att betrakta som ett hårt styrmedel. Lagen i sig består dock av flera olika bestämmelser som en del intervjupersoner karaktäriserat som ”mjuka” eller ”hårda”.

Med de mjuka delarna avses lagens bestämmelser kring vårdens förhållningssätt till patienten, det vill säga vårdens bemötande av patienten och patientens ökade medbestämmande om sin egen vård. Delaktighet, samtycke, hur informationen ska anpassas till mottagaren och att barnets bästa



ska beaktas är några exempel på bestämmelser i lagen som respondenterna upplever som lagens mjuka delar.

Med hårda delar avses de strukturella förutsättningar som ska finnas för att uppfylla lagens syfte. Det är bestämmelser som också kan vara enklare att kvantifiera. Val av utförare, vårdgaranti samt fast läkar- och vårdkontakt är exempel på vad som beskrivs som lagens hårdare delar i intervjuerna.

En enskild bestämmelse kan avse både mjuka och hårda värden, men distinktionen är ändå viktig att göra eftersom våra resultat visar att det kan behövas olika angreppssätt för att ta sig an dem.

2.1.2 Patientcentrerad och personcentrerad vård anges ofta som utgångspunkt för arbetet med mjuka värden

I intervjuerna säger flera personer att de redan innan patientlagen trädde i kraft arbetat kring patient- eller personcentrerad vård, det vill säga ett arbete som upplevs ligga i linje med patientlagens intentioner och mjukare värden. Att arbeta med *patient-* eller *personcentrerad* vård likställs ofta med att arbeta med patientlagens olika delar.

I intervjuerna blir det tydligt att personcentrerad vård är ett koncept som i dag fått en ökad spridning, inte minst i en svensk kontext. Men det finns även en rad ytterligare koncept och termer som används för att studera ett ökat medbestämmande för patienten. *Relationscentrerad*, *familjecentrerad* och *konsumentcentrerad* är koncept som används för att undersöka och beskriva värden ur patientens perspektiv (ACSQHC 2011). *Patienten i centrum* eller *patienten i fokus* är också begrepp som använts. Eftersom både patient- och personcentrerad vård använts av intervjupersoner ges en kort beskrivning av konceptens definitioner i box 1.

Box 1. Definitioner av patient- och personcentrerad vård.

Vårdanalys ramverk för patientcentrerad vård

I en studie från 2012 presenterar Vårdanalys ett analytiskt ramverk för att utvärdera graden av patientcentrerad vård i Sverige (Vårdanalys 2012). Eftersom det inte fanns någon internationellt erkänd standard eller modell för att beskriva och mäta graden av patientcentrering, användes istället ett flertal olika modeller. Var och en av dessa pekade ut olika dimensioner eller aspekter av patientcentrering. Rapporten använder därmed ett ramverk som speglar de vanligaste dimensionerna för att definiera patientcentrering. Ramverket är en syntes av ledande internationella definitioner av och kriterier för patientcentrering vid tidpunkten för studien. Det består av följande fem dimensioner (Vårdanalys 2012):

1. patienter som medaktörer i vården genom information och utbildning
2. respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar
3. samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg
4. helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke medicinska (till exempel sociala, emotionella och andliga) behov
5. involvering av familj och närstående i vården enligt patienters önskemål.

Personcentrerad vård får bredare spridning

Ett närliggande begrepp till patientcentrerad vård är personcentrerad vård som i dag börjar få ökad spridning i Sverige (SKL 2015c). Centrum för personcentrerad vård definierar begreppet så här (GPCC 2016): "Personcentrering är en etik som vägleder oss i praktiska handlingar som medmänniska och yrkesperson. Personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan patienter/anhörigvårdare och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering. Baserat på patientens berättelse (ofta tillsammans med närstående) och övriga undersökningar skrivs en hälsoplan, som innehåller mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning."

2.2 INFORMATION OCH UTBILDNING HAR HITTILLS VARIT DE STÖRSTA INSATSERNA

Landstingen har genomfört olika utbildnings- och informationsinsatser kring patientlagen till vårdpersonalen under hela 2015, men framför allt under våren. Under samma tid genomförde 1177 Vårdguiden en informationskampanj om lagen till både vårdpersonal och befolkning, och har också arbetat med att förbättra informationen om vårdens verksamheter, främst på 1177.se. SKL har varit en central part i insatserna genom att de drivit arbetsgrupper, samordnat och besvarat frågor om lagens innehåll och tolkning. Sammantaget tycks aktiviteten ha varit som störst i samband med lagens ikraftträdande.



2.2.1 Utbildningar och information i landsting och regioner

De flesta landsting har hittills fokuserat på information om lagen till anställda. Genom en digital projektplats har landstingen delat material med varandra (Vårdanalys 2015a). Den generella arbetsordningen är ungefär densamma i samtliga landsting och kan sammanfattas i nedanstående punkter:

- Landstingen har tillsatt en arbetsgrupp för patientlagens införande. Gruppens storlek, sammansättning samt i vilken omfattning arbetet utförts i gruppen beror på landstingens individuella organisering och storlek.
- Landstingen har erbjudit information och utbildningar om den nya lagen och dess innebörd i praktiken.
- Information till personalen har ofta gjorts tillgänglig via intranät och de allra flesta har arbetat med egna patientfall som visar på goda exempel i patientmötet. Informationsbroschyrer har också gjorts tillgängliga.
- De allra flesta har också inrättat en telefonlinje eller mejlbox dit personal kunnat vända sig med frågor som uppstår efter hand.

Huvudsakligen har informationen i landstingen skett inom en traditionell linjeorganisation, det vill säga att informationen först har gått till verksamhetschefer som sedan ska förmedla informationen vidare till medarbetarna. Vissa landsting har valt att sprida informationen på mer informell basis för verksamheterna medan andra valt att kalla till särskilda informationsmöten. Men flera olika vägar har använts för informationen, exempelvis har några av landstingen tagit fram filmer om lagen riktade till medarbetare.

Information till patienter om vårdens skyldigheter enligt patientlagen ges via landstingens hemsidor eller 1177.se. Vissa har utöver detta förmedlat nationellt framtagna informationsbroschyrer till patienterna som de kan läsa till exempel i väntrummen. Landstingen har inte sett det som sin uppgift att informera befolkningen i stort om patientlagen, även om sådana insatser förekommit (Vårdanalys 2015a). Det arbetet har huvudsakligen uppfattats som 1177 Vårdguidens uppdrag.

2.2.2 SKL har drivit arbetsgrupper och tillgängliggjort lagen genom att sammanfatta de olika delarna

SKL har tillsammans med landstingen varit en central del vid införandet av lagen. Bland annat har SKL samordnat ett flertal arbetsgrupper som har arbetat med frågor kring information och kommunikation, administrativa frågor (som rutiner vid listning i annat län än hemlänet) samt fakturafrågor

för att stödja införandet. SKL har också varit ett genomgående stöd för landsting och regioner i tolkningen och tillämpningen av lagen. Utifrån detta har en gemensam kunskapsbas tagits fram (SKL 2015b).

För att kunna hantera ersättning mellan landstingen när patientlagen trädde i kraft beslutade SKL:s styrelse om ett reviderat riksavtal i oktober 2014 och tog fram ett beslutsstöd i frågan om utomlänserättning i samband med listning utanför det egna hemlandstinget (Vårdanalys 2015a). Det finns också ett fortsatt utvecklingsarbete kring ersättningssystem.

2.2.3 En treårig statlig satsning

I samband med att patientlagen beslutades 2014 planerades också en treårig satsning med olika insatser för att stödja införandet. Regeringens satsning är på totalt 24 miljoner kronor fördelat över de tre åren.

Merparten av finansieringen har rört informationsinsatser och utveckling av 1177.se via Stockholms läns landsting och sedermera 1177 Vårdguiden.

Tabell 1. Fördelning av Socialdepartementets satsning kring patientlagens införande, miljoner kronor.

	2014	2015	2016	Kommentar
Stockholms läns landsting	6	–	–	Informations- och kommunikationsinsatser kopplade till Patientlagen
SKL	–	4,5	5	Förbättra utbuds- och valfrihetsinformationen på 1177.se m.m.
Socialstyrelsen	–	1,5	–	Utveckla kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och tandvården gällande bedömningar av barns mognad
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	1	2	3	Följa upp implementeringen av patientlagen
Inte fördelat	1	–	–	
Patientlag (ram) Socialdepartementet	8	8	8	Total ram

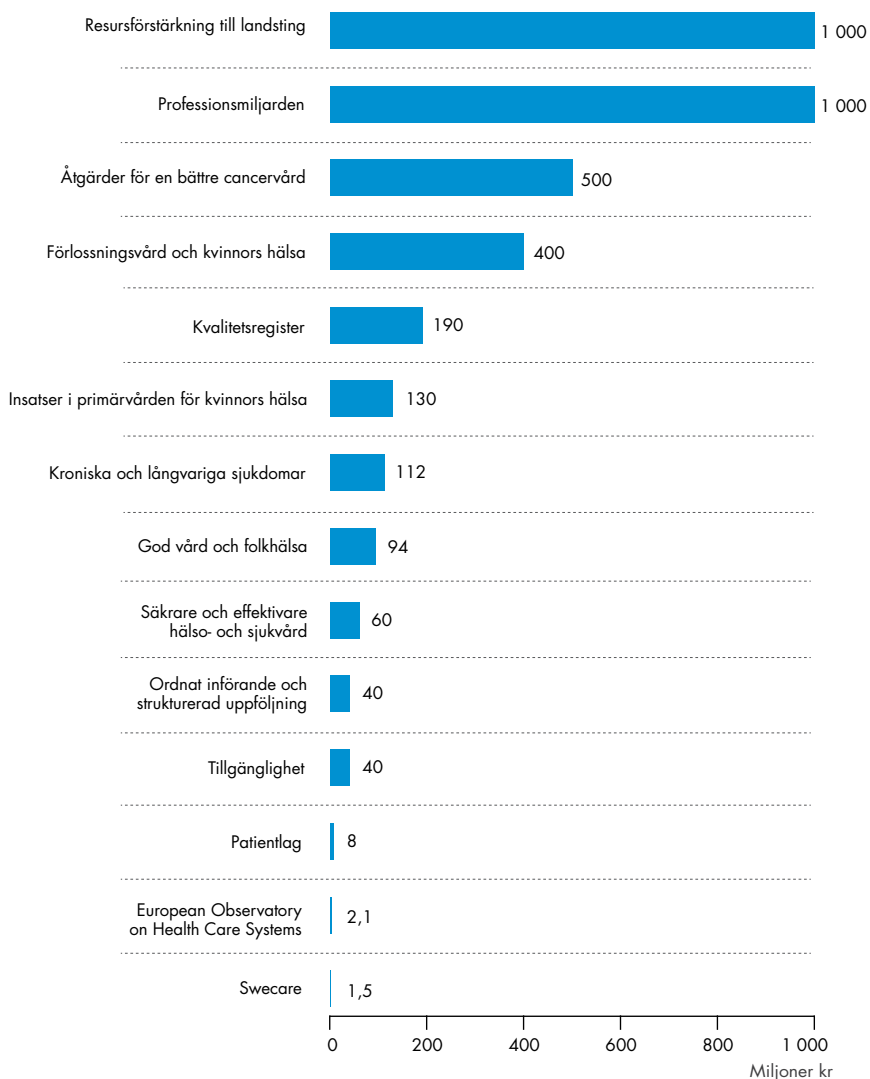
Källa: (S2015/07488/FS, S2015/08135/RS, S2014/6504/FS)

Förutom de medel som regeringen har avsatt för patientlagens införande gör staten ett flertal andra satsningar i hälso- och sjukvården under 2016. Dessa satsningar syftar till att stärka områden som kan skapa bättre förutsättningar även för patientlagens genomslag, trots att det inte varit huvudsyftet. En del av intervjupersonerna upplever emellertid att den statliga satsningen för patientlagens införande är alltför begränsad jämfört med andra satsningar sett till anslagens storlek.



Figur 1. Ramanslag för statliga anslagsposter inom folkhälsa och sjukvård 2016 i urval, miljoner kronor.

Ramanslag för statliga anslagsposter inom folkhälsa och sjukvård 2016 i urval



Källa: S2015/08135/RS

2.2.4 1177 Vårdguiden har genomfört en kampanj om lagen och tagit fram information till personal

1177 Vårdguiden har fått medel för att ge information om den nya lagen. Det som huvudsakligen gjorts inom ramen för de tilldelade medlen är följande:

- En målgruppsanalys tillsammans med en uppföljande digital kampanj för att nå de mest relevanta målgrupperna.
- En uppdaterad valfrihetsinformation, struktur och funktionalitet (bland annat sökmöjligheter) på hemsidan för att underlätta för patienter att hitta vård i hela landet.
- Uppdaterade texter på hemsidan, till exempel om sjukdomstillstånd, så att information från lagen finns direkt i sjukdomsbaserade informationstexter eller kopplad till dessa.

Resultatet från 1177 Vårdguidens målgruppsanalys tolkades som en större efterfrågan i befolkningen än väntat kring lagen. Särskilt kvinnor, sjuka och äldre framstod som motiverade att ta del av den nya lagens möjligheter. Information om specialistvård var särskilt efterfrågad. Specifik information till barn efterfrågades av alla grupper, inklusive dem utan barn. Utifrån resultaten i målgruppsanalysen beslöt 1177 Vårdguiden att fokusera informationen mot dem med hög motivation samt sämre socioekonomiska förutsättningar (1177 Vårdguiden 2015).

Kampanjen gjordes i två delar. I den första delen riktades informationen till vårdpersonal och hur de kan använda 1177.se i mötet med patienten för att enklare uppfylla informationsplikten. I den andra delen genomfördes en nationell digital kampanj som vände sig till invånare och syftade till att få besök till 1177:s information om patientlagen. Den digitala kampanjen bedrevs under mars till och med maj 2015. På 1177.se finns fortsatt information om patientlagen till både vårdpersonal och patienter. Exempelvis finns informationsfilmer om lagen till vårdpersonal.

1177 Vårdguiden har också genomfört ett relaterat utvecklingsarbete som främst rört funktionen *Hitta och jämför vård* på 1177.se. Detta utvecklingsarbete bottnar i att jämförelser mellan verksamheter i olika landsting inte har varit möjliga på grund av olika definitioner och tekniska lösningar. Arbetet påbörjades redan innan patientlagens ikraftträdande och fortsätter också under 2016.



2.2.5 Socialstyrelsen utvecklar kunskapsstöd

Under 2015 genomförde Socialstyrelsen ett projekt för att utveckla kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och tandvården vid bedömningar av barns mognad. Projektet har sammanställt den kunskap som finns om barns kognitiva och språkliga utveckling, samt beskrivit faktorer som behövs för att bedöma barns mognad. Uppdraget finansierades inom ramen för Socialdepartementets satsning kring patientlagen. De tre delar som utgör kunskapsstödet är:

- mognadsbedömning och barns delaktighet
- barns utveckling – en översikt
- fallbeskrivningar och diskussionsfrågor.

Mognadsbedömning är en viktig del i att kunna avgöra hur delaktig ett barn kan vara. Eftersom det finns många olika sätt att bedöma ett barns mognad ger inte Socialstyrelsen rekommendationer kring hur bedömningar ska göras utan har fokus på att sammanställa kunskap (Socialstyrelsen 2015a).

Socialstyrelsen har också genomfört en del egeninitierat arbete. Ett tydligt exempel är den reviderade upplagan av handboken *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* som uppdaterats utifrån patientlagens bestämmelser (Socialstyrelsen 2015b). Framför allt har det handlat om att uppdatera handböcker så att de stämmer överens med patientlagens syfte och bestämmelser, men kopplingar finns också till Socialstyrelsens strategi för ökad patientsäkerhet.

2.2.6 Patientorganisationer anknyter sitt arbete till lagen

Det finns exempel på patientorganisationer som i sitt arbete för att stärka patientens ställning tagit en utgångspunkt i lagen. Neuroförbundet har exempelvis genomfört en egen undersökning för att se om personer med neurologisk diagnos upplever att vården bemött dem på det sätt som lagen föreskriver. Undersökningen används som ett underlag i diskussionen med politiker för att skynda på lagens genomslag. Ett av de resultat som särskilt lyfts fram i deras kampanj är att av 1 672 respondenter uppgav endast 24 personer att de hade fått information om att patientlagen finns vid deras senaste besök (Neuroförbundet 2016).

2.3 PATIENTLAGEN GER STÖD TILL PÅGÅENDE ARBETEN MEN HAR INTE FÖRÄNDRAT LANDSTINGENS STRATEGIER OCH ARBETSSÄTT I STÖRRE UTSTRÄCKNING

Regeringen har avsatt totalt 24 miljoner kronor över tre år för insatser som är direkt kopplade till patientlagens införande. Landstingen har under 2015 genomfört olika utbildnings- och informationsinsatser kring patientlagen – främst till vårdpersonalen. Arbeten har också gjorts, både lokalt och gemensamt med andra landsting, för att stärka möjligheterna för patienterna att söka öppenvård i hela landet. I våra intervjuer med landstingsföreträdare framkommer överlag en positiv syn på patientlagen. Samtidigt är det tydligt att patientlagen inte föranlett några större förändringar i landstingens strategier och arbetssätt.

I propositionen betonades att intentionen med lagen varit att åstadkomma en perspektivförskjutning i vården (prop. 2013/14:106). En utgångspunkt var alltså att införandet av patientlagen skulle ge ett avtryck i hälso- och sjukvårdens arbetssätt och kultur. Sammantaget gör vi bedömningen att vårdens aktörer hittills inte betraktar patientlagen som en kraftfull reform som föranleder stora förändringar. Snarare ser de den som en plattform för att stödja redan pågående utvecklingsarbeten och ett av många initiativ för att långsiktigt utveckla vården och stärka patientens ställning. Det är dock för tidigt att dra slutsatser om detta har varit ett ändamålsenligt förhållningssätt för att öka genomslaget för patientlagen i praktiken.





Det finns ett antal hinder för att öka patientlagens genomslag

Vi har identifierat ett antal hinder för patientlagens genomslag. Dessa hinder finns på alla nivåer – det vill säga i verksamheten, på landstingsnivå och nationell nivå men också på befolkningsnivå eftersom bristande kännedom om lagen bland allmänheten upplevs som en begränsning för lagens genomslag.

De övergripande hinder som framkom i intervjuerna är:

- Befolkningens kännedom om vårdens skyldigheter är fortsatt låg.
- Verksamheterna har svårt att omsätta lagen i praktiken.
- Landstingens strukturella förutsättningar påverkar möjligheterna att uppfylla lagen.
- Det saknas nationella administrativa lösningar.

3.1 BEFOLKNINGENS KÄNNEDOM OM VÅRDENS SKYLDIGHETER ÄR FORTSATT LÅG

I våra intervjuer framkommer att kännedomen och kunskapen om patientlagen upplevs som låg i befolkningen i stort men även hos den majoritet av befolkningen som kommer i kontakt med vården. Bilden bekräftas också av en revision som genomfördes i Dalarna hösten 2015 samt av Neuroförbundets enkätundersökning (Helseplan 2015, Neuroförbundet 2016). Neuroförbundets undersökning visar att få patienter uppger att de fått information om lagen vid själva patientmötet.

Genom intervjuer med aktörer på nationell nivå och i landstingen kan vi också konstatera att informationsinsatserna till allmänhet och patienter varit



begränsade. Vissa insatser har dock skett. Exempelvis har 1177 Vårdguiden under våren 2015 genomfört en digital kampanj, vilken huvudsakligen varit på svenska. Den del av befolkningen som inte är svensktalande eller inte nås av digital information har alltså inte omfattats av kampanjen. Sammantaget innebär det att informationen inte nått ut brett till befolkningen. Att kampanjen gjordes digitalt grundades främst på budgetbegränsningar. Flera intervjupersoner beskriver att de hade väntat sig ett ökat tryck kring patientlagen i samband med kampanjen, men att den effekten uteblev.

Landstingen själva har i liten utsträckning genomfört egna kampanjer riktade till befolkningen eftersom de uppfattat att detta varit 1177 Vårdguidens uppdrag. En intervjuperson beskrev det så här: "Det finns informationsblad ute på vårdcentralerna, men annars har landstinget inte sett det som sin uppgift att informera patienter, de har jobbat med verksamheten."

Ett sätt för patientlagen att få effekt är att patienter och befolkning – inte bara vårdens personal – känner till vårdens skyldigheter. "Nyckeln är att patienterna själva måste efterfråga det", menade en intervjuperson. "Även om inte alla kan så blir det ändå tryck från de andra." I en tidigare rapport pekar Vårdanalys (2012) på att rätt verktyg är en förutsättning för att skapa ett gemensamt beslutsfattande mellan patienten och vårdgivaren. Sådana verktyg får patienter främst genom utbildning. Utbildning har samtidigt visat sig ge positiva effekter på patientens ställning i vården samt ökade möjligheter för patienten att ta hand om sin egen hälsa. Utan kännedom och kunskap om vårdens skyldigheter finns därmed en risk för att patienten inte fullt ut får möjlighet att vara en aktiv samarbetspartner och patientens kunskap blir svårare att ta tillvara i mötet med vården. Med en låg kännedom om vårdens skyldigheter minskar möjligheten för patienterna att vara aktiva i beslut om sin egen vård. Samtidigt är det vårdens ansvar att patienten oavsett förutsättningar görs delaktig i vården efter vad hen önskar.

3.2 VERKSAMHETERNA HAR SVÅRT ATT OMSÄTTA LAGEN I PRAKTIKEN

Landstingen har sett det som sin uppgift att informera verksamheterna om lagens olika delar och dess intentioner. Däremot har de i stor utsträckning delegerat ansvaret för att få till stånd en förändring i praktiken till verksamheterna. Våra resultat visar att verksamheterna själva har viss kunskap om lagens olika delar men att det finns svårigheter i att omsätta information om lagen till en praktik som uppfyller lagens intentioner.

Följande hinder har identifierats för lagens genomslag i praktiken:

- Det saknas viss kunskap och samsyn om patientlagen.
- Flera aktörer saknar konkreta verktyg för att arbeta enligt patientlagens intentioner.
- Patientlagen konkurrerar om uppmärksamheten med många andra uppgifter och förändringar i verksamheterna.
- Patientlagen kan medföra etiska dilemman i arbetet.

3.2.1 Det saknas viss kunskap och samsyn om lagen

Landstingen har i samband med lagens införande informerat verksamheter och genomfört utbildningar för personal om lagen och dess intentioner. Flera intervjupersoner beskriver dock att informationen inte nått ut till alla verksamheter. En landstingsrepresentant nämner till exempel följande: ”Svårt att nå ut till alla chefer, alla kommer inte. Och vi kan inte besöka alla.” Andra upplever också att informationen inte varit helt samstämmig: ”Det behövs en mer sammanhållen information från central nivå, nu vet man inte vilken information som gått ut i varje landsting och detta kan därmed variera en hel del.” Kunskapen om lagen och hur den tolkats av landstingen samt vilka delar landstingen valt att fokusera på kan därmed antas variera.

Resultaten från den första lägesrapporten indikerar exempelvis att vården i ganska liten utsträckning arbetar patientcentrerat. En liknande bild ges också i det nyligen publicerade slutbetänkandet kring effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Samtidigt upplever intervjupersoner i den här undersökningen att de arbetar enligt lagens intentioner i förhållandevis stor utsträckning, men svaren varierar. Vissa uppger att patientcentrerad vård är något som de arbetat med länge, medan andra upplever en successiv förändring under de senaste 15 åren där de i dag på ett tydligare sätt arbetar med patientens delaktighet i sin egen vård. Ytterligare andra anser att det finns mycket förbättringsarbete kvar för att uppnå en genomgående god patientcentrerad vård. Därmed tycks synen på hur lagen efterlevs i dag variera, vilket också kan leda till olika uppfattningar om behovet av att utveckla verksamheterna.

Intervjupersoner beskriver också att det finns oklarheter i hur de ska tillämpa lagen. ”Problemet är att det finns ett stort tolkningsutrymme i vissa delar och det blir mycket diskussioner och svårt att sätta ner foten i vissa frågor, främst gällande second opinion.” En möjlighet för landstingen är att vända sig till SKL med frågor om tolkning och tillämpning av lagen. SKL

har också tillhandahållit material kring lagen som använts i landstingen. I intervjuerna efterfrågas dock en instans som mer sammanhållet kan hantera tolkning och tillämpning av lagen: "Vi kunde ha tagit vissa beslut gemensamt, till exempel i hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk. Alla vänder sig till SKL med frågor om tolkningar. Det hade varit bra om HSD kunde ha bestämt tolkningar tillsammans."

Vi finner alltså att varierande kunskap kring lagen, tillsammans med olika uppfattningar om hur lagens efterlevs i dag och bristande samsyn riskerar att hindra ett brett och likvärdigt genomslag av lagen.

3.2.2 Flera aktörer saknar konkreta verktyg för att arbeta enligt patientlagens intentioner

Som tidigare nämnts har informationsinsatser varit det tydligaste tillvägagångssättet för att införa lagen. I utbildningarna har många försökt konkretisera lagens intentioner, bland annat med hjälp av patientfall och praktisk tillämpning. Även om informationsinsatserna bidragit till att öka kunskapen i verksamheterna är det inte säkert att det varit tillräckligt för att kunna översätta lagen till praktiken. I våra intervjusvar framkommer att det fortfarande saknas konkreta verktyg för att arbeta enligt patientlagens intentioner. En intervjuperson uppger exempelvis: "Landstingen behöver konkreta verktyg för att förstå vad som ska göras, det behövs processer och precisa styrdokument." En annan informant beskriver att hen "... efterlyser mer kunskapsstöd kring patientcentrerad vård."

Resultatet från intervjuerna tycks därför vara att det saknas konkreta verktyg för att arbeta enligt patientlagens intentioner och att frånvaron utgör ett hinder för att kunna omsätta lagen i praktiken. En intervjuperson beskriver det så här: "Det borde finnas riktlinjer för personcentrering precis som det gör för den medicinska bedömningen. Det blir svårt att säkerställa att alla patienter får likvärdigt bemötande i vården med 21 landsting som gör olika."

3.2.3 Patientlagen konkurrerar om uppmärksamheten med många andra uppgifter och förändringar i verksamheterna

I intervjumaterialet framkommer tydligt att patientlagen och dess intentioner ses som ett utvecklingsarbete bland andra. Lagstiftningen som sådan tycks därför inte ha medfört att lagen upplevs som ett obligatorium. En delförklaring kan finnas i de många andra utvecklingsarbeten, lagar, regler och riktlinjer som

verksamheterna har att förhålla sig till. Förutom att mängden i sig kan medföra att det är svårt att få tid för genomförandet kan det också vara ottydligt kring hur de olika delarna ska prioriteras sinsemellan. En verksamhetsrepresentant beskrev det så här: "Jag upplever att det kommer en ny grej och en ny grej, patientlagen är inte så svår. Men det är så mycket vi ska göra. Alla ska gå [en webbaserad] miljöutbildning, vilket tar 30 minuter. Av 240 medarbetare är det 16 som har gjort den. Utbildningstid till personal, jättesvårt! Vi hinner inte göra det. Läkarna har 15 minuters möte på måndagar."

En enkätundersökning till verksamhetschefer visade att patientlagen är lågt prioriterad jämfört med andra områden vid förbättringsåtgärder i verksamheterna (Vardanalys 2015a). Samtidigt visar samma rapport att vissa delar av lagen prioriteras i större utsträckning – om än inte lagen i sin helhet. En tolkning är att patientlagen som sådan av många inte betraktas som en prioriterad grund för förbättrings- och utvecklingsarbete – utan snarare (delar av) det faktiska innehållet i bestämmelserna. Det kan förklara att frågan om "patientlagen är prioriterad i förbättringsarbetet" hamnade längst ner på listan av förbättringsåtgärder medan andra centrala delar av lagen, som att stärka patientens ställning och tillgänglighet, hamnade betydligt högre. Resultaten bör tolkas med försiktighet, men de liksom andra studier indikerar ändå att lagen i sig är lågt prioriterad bland andra förbättringsåtgärder (Wihlborg m.fl. 2014).



Det finns ett antal hinder för att öka patientlagens genomslag

Figur 2. 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



Källa: Vårdanalys 2015a

Som figuren visar har vårdens chefer flera olika åtgärder att hantera parallellt. Konkurrensen om uppmärksamhet med många andra uppgifter och förändringar är därför ett tänkbart hinder för lagens genomförande, både av resurs- och prioriteringsskäl.

3.2.4 Professionerna upplever att det finns etiska dilemman att ta ställning till

Frågan om hur vården ska förhålla sig till att patienten får mer makt att påverka sin behandling och på så vis blir mer delaktig i besluten nämns i flera intervjuer. Detta är något som också diskuterats i forskning och bland professionsföreträdare (Gustavsson m.fl. 2015, Munthe m.fl. 2012, Ternstedt m.fl. 2013). Diskussionen handlar bland annat om ansvarsförskjutning, integritetsrisker och jämlik resursanvändning i förhållande till patientlagens intentioner om ökad patientmedverkan och delaktighet.

Ansvarsförskjutning

När det biomedicinska perspektivet och det socialmedicinska perspektivet möts skapas frågor kring ansvar. Vem bär det slutliga ansvaret om en behandling till exempel modifierats så att den avviker från medicinska riktlinjer men ligger i linje med patientens önskemål?

Det behöver inte alls vara problematiskt att patienten tar ansvar för sin sjukdom och sin behandling men det kan uppstå etiskt svåra situationer för läkaren som anser sig ha ett ansvar för att patienten får bästa möjliga behandling (Munthe m.fl. 2012).

Integritetsrisker

Att göra en helhetsbedömning av en patient kan innebära att vårdgivaren behöver information om mer än en persons sjukdomshistoria för att exempelvis kunna ställa en diagnos. Läkaren kan till exempel behöva information om personens vanor och andra sociala aspekter som inte är direkt relaterade till sjukdomen.

Med en omfattande informationsinhämtning om varje patient behöver vården kunna hantera en stor mängd data och känslig information. Därmed finns större integritetsrisker kopplade till en större mängd känslig information (Munthe m.fl. 2012).



Jämlik resursanvändning

Om vården antar en patientcentrerad syn på patienten upplevs det kunna det leda till en ojämlik resursanvändning, där personer med högre förväntningar på vården och högre samhällspositioner får en större andel av vårdens samlade resurser. I en artikel resonerar forskare så här: "Låt oss säga att Stina, utöver att vara socialt och fysiskt aktiv, även är pensionerad konsertpianist som levt för möjligheten att spela musik, råkar ut för en cykelolycka och bryter handen. Normal operation och rehabilitering är dock inte tillräcklig för att återställa Stinas hand till sin tidigare funktion, och ska hon kunna fortsätta som pianist krävs det en mer omfattande operation och framför allt mer omfattande rehabilitering – naturligtvis till en högre kostnad. Givet de skrivningar som finns i den etiska plattformen om att vi inte bör ta hänsyn till patienters sociala situation eller ställning förefaller en sådan mer omfattande resursanvändning problematisk, eftersom den riskerar leda till att personer med större förväntningar och mer avancerade positioner i samhället kan få oövertälig större andel av resurserna." (Gustavsson m.fl. 2015)

Debatten grundar sig i att vården i enlighet med patientlagen ska ha en helhetssyn som sträcker sig utanför sjukdomen i sin bedömning av patienten. Detta skiljer sig från ett sjukdomsorierat förhållningssätt, vad som också brukar benämnas som ett biomedicinskt perspektiv (Vårdhandboken 2016, Mullen 1997). Där grundar sig oftast vårdens bedömning på uppfattningar om vad som visats vara mest effektivt för de flesta patienter, vad som kan benämnas som evidensbaserad medicin där en så hög objektivitet som möjligt eftersträvas.

I diskussionen uttrycks att patientcentrering förändrar premisserna för den biomedicinska bedömningen. När bedömningen inkluderar hela människan och dess sociala situation utökas bedömningen från att enbart gälla det biomedicinska till att även inkludera socialmedicinska aspekter (Gustavsson m.fl. 2015). Det innebär att delvis nya frågor väckts bland olika vårdprofessioner (Sharkey och Gillam 2010, Andersson 2012, Gustavsson m.fl. 2015).

I en tidigare rapport från Vårdanalys konstateras att det är vården som har ansvaret för att omotiverade skillnader inte uppstår i patientmötet (Vårdanalys 2014a): "Sammantaget innebär detta att patienters olika egenskaper och förutsättningar inte ska påverka vilken vård som ges (såvida inte skilda medicinska förutsättningar eller medicinska behov föreligger), och vården ska anpassas efter patienten. Även om patienten utgör en central del av vårdmötet och även om patientens egenskaper och förutsättningar ingår som

en del av mötet, är det vårdens uppgift att anpassa sig utifrån dessa skillnader och arbeta för att de jämnas ut.”

3.3 LANDSTINGENS STRUKTURELLA FÖRUTSÄTTNINGAR GÖR DET SVÅRT ATT UPPFYLLA LAGENS KRAV

För att lagen ska få fullt genomslag är det inte bara verksamhetsnivåerna som behöver anpassas och förändras. Organiseringen av hälso- och sjukvården måste skapa förutsättningar för att lagen ska få önskade effekter. Ett antal utmaningar som hindrar lagen från ett större genomslag beskrivs återkommande i intervjuerna. Dessa är:

- en bristande kompetensförsörjning
- ansträngd ekonomi i landsting och regioner
- ersättningssystem som inte anses främja innovation och förnyade arbetssätt
- uppföljning som upplevs som utmanande och därför prioriteras lågt.

3.3.1 En bristande kompetensförsörjning försvårar ett långsiktigt arbete med lagen

Hälso- och sjukvårdens bristande kompetensförsörjning utpekas av intervjupersoner i samtliga landsting som ett hinder för patientlagens genomslag. Socialstyrelsens lägesrapport om hälso- och sjukvården och socialtjänst pekar i detta avseende på kompetensbrist inom ett stort antal verksamheter, till exempel primärvård och barn- och ungdomspsykiatri (Socialstyrelsen 2014). SCB:s arbetskraftsbarometer, som visar arbetsgivarnas uppfattning om kompetensförsörjningen för olika utbildningar, pekar också relativt genomgående på en bristsituation inom de vanligt förekommande yrkeskategorierna i hälso- och sjukvården. Störst tycks bristen vara för vissa specialistutbildningar för sjuksköterskor, till exempel anestesi-, intensiv- och operationssjukvård.



Tabell 2. Urval av yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård från arbetskraftsbarometern 2014.

	Nyutexaminerade	Erfarna	Behov om 3 år
Läkare	Balans/brist	Brist	Ökat
Sjuksköterskor	Brist	Brist	Ökat
Specialistsjuksköterskor (olika specialiteter)	Balans/brist	Brist	Ökat

Källa: SCB 2014

Kompetensförsörjningen inom primärvården upplevs som särskilt utmanande

Flera intervjupersoner lyfte fram primärvården som en verksamhet med särskilt stora problem kring kompetensförsörjning och bemanning. En intervjuperson säger: ”99 procent av min tid går åt till att fundera på bemannings-situationen. [...] Det ger både sämre vård och kontinuitet. Symtom på att det är fel. ST-tjänster fyller inte ens pensionsavgångar. Bra primärvård bygger på teamarbete, går inte om inte bemanningen finns.”

Andra källor visar att Sverige har ett stort antal läkare per invånare men att antalet allmänläkare är lägre än i många andra länder (Vårdanalys 2013b). I Läkarförbundets primärvårdsenkät uppger en tredjedel av de svarande att vårdcentralen är fullbemannad, medan ungefär var åttonde anger att färre än hälften av tjänsterna är bemannade (Sveriges läkarförbund 2015). Det framkommer också att det i dag är svårt att bemanna allmänläkartjänster inom samtliga landsting, om än i olika utsträckning. I Dalarna uppger 43 procent att mindre än hälften av tjänsterna är bemannade. I Stockholm är den andelen klart lägre: tre procent.

Den bestämmelse i patientlagen som flera intervjupersoner menar tydligast påverkas av bemanningssituationen inom primärvården är fast läkarkontakt (6 kap. 3§). Bland annat beskrev en intervjuperson det som mycket svårt att uppnå: ”Fast läkarkontakt – det är en utopi.” I Vårdanalys baslinjemätning uppgav drygt 40 procent av patienterna att de hade en fast läkarkontakt. Drygt 20 procent sade att de inte hade en fast läkarkontakt, men att de skulle vilja ha en. Sju procent svarade att de inte kände till möjligheten till fast läkarkontakt. En grundförutsättning för att kunna erbjuda fast läkarkontakt är att det finns bemanning för att möta efterfrågan.

Särskilt svårt med tillfällig bemanning

Flera intervjupersoner anser att tillfällig bemanning är särskilt problematiskt i relation till patientlagens intentioner. Det anses vara särskilt svårt att nå ut till den tillfälliga personalen med mjuka värden, som verksamhetens värdegrund. Bland annat beskriver en intervjuperson: "Alltid en utmaning med hyrläkare, men det gäller inte specifikt kring patientlagen. Vi har ett intropaket, men jag tror inte patientlagen berörs där. Den gäller ju överallt." I en annan av intervjuerna nämns: "Om vi inte får med dem då är det ett problem att efterleva lagen. Jättemånga har inga fasta läkare på vissa vårdcentraler. Vet inte vilka som informerar dem."

När det gäller bemanning och värdegrundsarbete säger en intervjuperson: "Patientsäker vård är avhängig på det. Man tar inte ansvar för värden om man inte är anställd och tar inte del av sådant som värdegrunder." Utan en fungerande kompetensförsörjning och en fast bemanning kan kultur och värdegrundsarbete som behövs för att arbeta enligt lagens intentioner försvåras.

3.3.2 En ansträngd ekonomi i landsting och regioner kan hindra utvecklingsarbete

Flera av de intervjuade personerna lyfter ekonomin som en av de största utmaningarna i hälso- och sjukvården. De flesta landsting har höjt landstingsskatten under senare år. Men SKL:s ekonomirapport från oktober 2015 visade ändå att prognosen för landstingens samlade underskott uppgår till drygt en miljard kronor. Bedömningen är också att kostnadstrycket kan komma att tillta. Bemanningsproblemen, som diskuterades i föregående avsnitt, anges som en av anledningarna till de ökade kostnaderna.

En god ekonomisk situation kan underlätta för att bedriva utvecklingsarbete och åstadkomma förändringar i verksamheterna. Samtliga landsting har i en inledande fas avsatt resurser för utbildningsarbete kring patientlagen, men arbete kvarstår för att patientlagens intentioner ska kunna uppfyllas i samtliga delar av hälso- och sjukvårdens verksamheter. En ansträngd ekonomisk situation kan försvåra att genomförandet av patientlagen ges en hög prioritering. I ett landsting beskriver flera intervjupersoner denna utmaning med orden: "Vi måste både gasa och bromsa".



3.3.3 Ersättningsystemen anses inte främja innovation och förnyade arbetssätt

För att vårdgivare ska kunna hitta nya och mer effektiva vägar att ge vård behöver hälso- och sjukvården ha ersättningssystem som främjar innovation. Intervjuerna pekar på att vårdgivare inte uppfattar att ersättningssystemen underlättar sådana förändringar. Uppfattningen är snarare att de i stor utsträckning är ett hinder för förändring och innovation. En intervjuperson sa till exempel: "Ersättningssystemet är inte utformat efter de möjligheter som finns tillgängliga i dag utan bygger i hög utsträckning på gamla metoder om ersättning". En kritik består till exempel i att ersättningssystemen inte stödjer telemedicin eller e-hälsotjänster. I en rapport från Leading Health Care beskrivs ersättningssystem som innovationsbroms utifrån ett flertal olika aspekter (Vinnova 2015):

- Ersättningen är för detaljerad – ger ingen flexibilitet.
- Ersättningen är konserverande – nya arbetssätt ersätts inte.
- Ersättningen är för produktionsinriktad – ger inga incitament till effektivisering.
- Ersättningen är för snäv – premierar inte innovationer vars värde realiserar mellan mer än en resultatenhet.
- Ersättningen är för kortsiktig – premierar inte innovationer vars värde realiserar över lång tid.

Under de senaste decennierna har ersättningssystemen förändrats och utvecklats på flera sätt, och flertalet klassificeringssystem som DRG och ACG används nu som grund för att beräkna ersättningen (SKL 2008). Inom specialistvården är anslagsfinansiering ändå den huvudsakliga ersättningsformen, medan primärvården i stor utsträckning ersätts genom kapitering. Dessa modeller har positiva effekter men ger i liten utsträckning förutsättningar för innovationer som ger bättre utfall eller minskad resursanvändning inom hela hälso- och sjukvården (Lindgren 2014).

Utvecklingsprojekt kring ersättningssystem som kan främja innovation

Utmaningarna kring ersättningssystemen har identifierats av många aktörer inom hälso- och sjukvården, och det pågår ett flertal projekt för att utveckla systemen. SKL har fått medel av regeringen för att analysera om befintliga system stödjer patientlagens intentioner och om det kan finnas behov av nya former av ersättning. Projektet ska fortsätta under 2016.

Vinnova utlyste 2014 medel för "Ersättningsmodeller som främjar inno-

vation i vård och omsorg”. Totalt ingår sex projekt i satsningen, varav fyra främst berör hälso- och sjukvården. Syftet är att utveckla och på sikt etablera nya ersättningssystem som stärker möjligheterna för att innovativa produkter och tjänster (Vinnova 2015).

Ett ytterligare exempel är Sveus – Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården – ett utvecklingsprojekt som samlar ett stort antal aktörer. Ett av Sveus syften är att utveckla ersättnings-system som i ökad omfattning möjliggör och stimulerar till innovation och verksamhetsutveckling (Sveus 2015).

3.3.4 Uppföljningen av patientlagen upplevs som utmanande och prioriteras därför lågt

I Vårdanalys första rapport om patientlagen beskrevs att det finns en osäkerhet kring hur patientlagens efterlevnad kan följas upp och att det saknas planer för hur uppföljningen ska ske (Vårdanalys 2015:1). Detta är en bild som också ges i flera av våra intervjuer. Endast ett fåtal intervjupersoner uppger att det görs någon systematisk uppföljning av lagen. ”Uppföljning? Det är väl alltid det vi är sämst på. Det är ett dåligt samvete. Gör inte någon strukturell uppföljning. Men skulle kunna se om informationsplikten uppfylls.”

Uppföljning kring delar av lagen, framför allt tillgänglighet och val av utförare, görs dock redan i samtliga landsting. Det som uppfattas som svårt handlar snarare om patientmötet och vad som sker i detta.

Uppföljning kan vara ett sätt att driva på utveckling. En intervjuperson beskriver: ”Verksamhetschefer följs upp med uppföljning på massa andra områden: får mer tryck. Vi gör ingen systematisk uppföljning kring patientlagen.” Att uppföljningen upplevs som svår kan därför ses som ett hinder för patientlagens genomslag.

3.4 DET SAKNAS NATIONELLA ADMINISTRATIVA LÖSNINGAR

I Vårdanalys rapport från 2015 konstateras att det saknas flera nationellt gemensamma administrativa lösningar för att främja ett ökat genomslag av patientlagen. Det är en bild som kvarstår ett år senare och som nämns av nästan samtliga intervjupersoner. I stället för gemensamma helhetslösningar har det ofta skapats lokala rutiner för att lösa behoven. En följd är att det blir svåröverskådligt för både patienter och personal. Behoven av administrativa lösningar är framför allt kopplade till bestämmelsen om Val av utförare (9 kap.).



De hinder som identifierats kring nationellt gemensamma administrativa lösningar är:

- Samordningen av utbudsinformation är begränsad.
- Det saknas en nationell listningstjänst.
- Det saknas samordning kring högkostnadsskydd.
- Det saknas ett gemensamt system för remisshantering.

I intervjuerna diskuteras i vissa fall en sammanhållen journalföring och journalen som arbetsverktyg som en förutsättning för patientagens införande. Jämfört med de hinder som presenteras ovan uppfattas inte journalföringen som ett lika tydligt hinder i förhållande till patientlagens införande.

3.4.1 Begränsad samordning av utbudsinformation

Val av utförare skapar nya förutsättningar för patienten, men det kräver också att vården förhåller sig till det samlade utbudet av vårdtjänster på nationell nivå. Olikheter mellan landstingen i hur utbudet kategoriseras kan potentiellt skapa negativa effekter för patienterna. Om patienter ska kunna få, eller själva tillgodogöra sig, information om befintliga behandlingsmetoder på nationell nivå krävs att vårdgivaren är väl informerad och har kännedom om vad varje landsting erbjuder. En specialist i allmänmedicin har svårt att hålla sig uppdaterad inom samtliga områden och täcka in alla befintliga behandlingsmetoder i landet. ”Men det vi är dåliga på nationellt är att presentera vårdens utbud. Om patienten får välja öppenvård var man vill – hur kan man då se vilket utbud som finns var? Då vill man ju komma till det landsting som är bäst. Då vill man ju veta var specialisterna finns – annars kan man ju inte välja.”

Svårtillgänglig utbudsinformation är med andra ord ett hinder för både patienter och vården. 1177 Vårdguiden har fått finansiering av regeringen för att vidareutveckla tjänster kring utbudsinformation.

Andra utmaningar är att det inte finns en gemensam kategorisering eller att den inte innehåller tillräcklig information. En intervjuperson beskriver: ”Men det kräver att alla börjar förhålla sig på samma sätt till olika vårdalternativ, eller att detta åtminstone klargörs på ett tydligt sätt. Vad som är öppen specialistvård eller dagkirurgi i ett landsting kan kategoriseras som slutenvård i ett annat. Då blir det svårt att jämföra.” En gemensam katalogisering av utbudet skulle potentiellt kunna underlätta både information och samordning av vårdutbudet över landstingsgränserna.

3.4.2 En nationell listningstjänst saknas

Möjligheten att välja vårdcentral i det egna landstinget har funnits sedan 2010. Med patientlagen kom också möjligheten att välja en vårdcentral i ett annat landsting än hemlandstinget. I dag görs listning över landstingsgränser manuellt i de flesta landsting, vilket tar tid. Inera gör under början av 2016 en förstudie kring en gemensam listningstjänst (Inera 2015).

En del av utmaningen med att ta fram tjänsten är att det utbud som är knutet till det så kallade vårdvalet kan variera mellan landsting. Det är därför många grundstrukturer som behöver harmoniseras mellan landstingen innan en nationell lösning kan komma på plats. Det gäller även rent tekniska lösningar där olika system behöver kunna kommunicera med varandra. Detta försvårar arbetet kring en gemensam nationell listningstjänst och har gjort att tidigare arbeten stannat av. I praktiken kan det skapa problem för den patient som vill lista sig i ett annat landsting än hemlandstinget.

3.4.3 Det saknas samordning kring högkostnadsskydd

Än så länge finns ingen gemensam lösning för samtliga landsting vad gäller att hantera högkostnadsskydd och frikort. Det gör det svårare för patienterna att utnyttja skyddet när de söker vård över landstingsgränserna, och det riskerar att ta mer tid från vårdens personal. Men även inom detta område har nya lösningar börjat ta form. Flera landsting har påbörjat eller gjort en övergång till elektroniska frikort för att underlätta för patienterna att utnyttja skyddet.

3.4.4 Gemensamt system kring remisshantering saknas

Reglerna kring remisshanteringen vid vård i annat landsting än hemlandstinget beskrivs i intervjuerna som svåra att hantera för både patienter och vårdgivare. Remissregler skiljer sig åt mellan landstingen och även om det finns information om detta tillgängligt via SKL, uppger flera intervjupersoner att mycket tid läggs på att hantera de remisser som går över landstingsgränserna. De olika reglerna är varken tydliga eller lättillgängliga för patienten.

I princip gäller att remissreglerna i vårdlandstinget ska följas. Men om patientens hemlandsting har remisskrav för vården och detta inte följs, får vårdlandstinget stå för kostnaderna. I praktiken behöver därför båda landstingens remisskrav följas. För patientens del kan det vara svårt att veta om de behöver ha en remiss från hemlandstinget när de söker vård i annat landsting, om de ska begära en remiss från öppenvården i det landsting där de söker vård eller om det behövs en remiss från båda landstingen.



För vårdgivarna kan det finnas osäkerheter kring ersättningen för utomlänspatienter. En intervjuperson beskriver: "Remisskravet till exempel är en sådan grej som vi måste ha koll på. Varit några gånger då vi inte haft koll på det och patienter fått vård trots att hemlandstinget har remisskrav. Då har vi blivit utan ersättning. Det är komplicerat." Resultaten från undersökningen pekar på att det är tidskrävande att kontrollera att remisskraven följs och att det finns osäkerhet kring ersättningen. Men också för remitterande enheter finns ekonomiska incitament som påverkar remisshanteringen: "Vi i primärvården är annars mer positiva till att skriva remiss till annat landsting då vi inte belastas med den kostnaden utan specialistvården gör det. Så de är mer angelägna om att behålla patienterna."

För en remitterande enhet beskrivs även att processen kan vara tidskrävande, delvis på grund av avsaknad av utbudsinformation. En verksamhetsrepresentant beskriver hanteringen kring en patient som vill ha remiss till annat landsting: "Då måste vi ringa och kolla upp att de faktiskt erbjuder det innan vi skickar remiss, ibland stämmer det inte, patienten kan ha fått fel information. Det blir mycket extraarbete."

Flera landsting har efter lagens ikraftträdande förändrat sina remissregler och infört egenremiss eller egen vårdbegäran. Dock är det flera intervjupersoner som pekar på att borttagandet av remissreglerna inte alltid har någon effekt i praktiken. För att få komma på besök i specialistvården behöver mottagande remissinstans ha information om patientens tillstånd. Hur omfattande utredningen är varierar mellan olika specialiteter. Till exempel kan en relativt omfattande utredning behövas innan en patient får komma på besök inom psykiatrisk specialistvård och patienten har sällan utretts tillräckligt för att själv kunna söka sådan specialistvård. Andra specialiteter kräver ofta att blodtryck, sänka eller att annan likvärdig grundläggande hälsokontroll är utförd för att ta emot en remiss, vilket får till följd att patienten trots allt behöver uppsöka primärvården för att genomgå kontroll och få en remiss från vårdcentralen.

Avsaknaden av ett gemensamt system kring remisshantering utgör alltså ett hinder för patientlagens införande i flera delar. Dels består det i skillnader i regelverk och hur hanteringen av remittering sköts vilket försvårar för både patienter och verksamhet. Dels finns en mer teknisk del kring en avsaknad av nationellt sammanhållen remisshantering.



Sex möjligheter att stärka patientlagens genomslag

Vi kan konstatera att vården – innan patientlagen infördes – inte fullt ut levde upp till de lagkrav som nu omfattas av patientlagen. Vi ser också att patientlagen ännu inte tycks ha förändrat landstingens strategier och arbetssätt i någon större omfattning, och att det finns hinder på flera nivåer som gör det utmanande att följa patientlagen i praktiken.

Samtidigt har vi identifierat ett flertal möjligheter att öka genomslaget för patientlagen. Utöver de möjligheter som beskrivs nedan påverkas möjligheterna att uppnå patientlagens intentioner av en rad andra faktorer. Till exempel kan ett bättre resursutnyttjande och en mer ändamålsenlig kompetensförsörjning öka förutsättningarna för vården att leva upp till patientlagens intentioner. Det är därför viktigt att betona att de möjligheter som listas nedan inte är heltäckande – det finns en rad andra tänkbara strategier som kan övervägas.

De möjligheter – eller lösningar – som finns för att stärka genomslaget kan också variera för lagens olika delar, både avseende karaktär och vilken tidshorisont det går att förvänta sig en förändring. Exempelvis kräver arbete med kulturfrågor en längre tidshorisont, medan vissa administrativa problem sannolikt går att åtgärda på kortare sikt.

4.1 UNDERLÄTTA FÖR PATIENTERNA ATT PÅVERKA VÅRDEN – SOM INDIVIDER ELLER KOLLEKTIV

Aktiva och välinformerade patienter är en av flera drivkrafter för en mer patientcentrerad vård. Det understryker bland annat Vårdanalys i en tidigare

rapport om patientcentrering (Vårdanalys 2012). För att undvika att det främst är resursstarka patienter som får ökade möjligheter att vara delaktiga är det ytterst vårdens ansvar att aktivt söka involvera patienter efter individens förutsättningar och vilja.

4.1.1 Patientorganisationerna kan bidra till ett stärkt genomslag för patientlagen

I underlaget för den här rapporten har vi talat med ett antal representanter för patientorganisationer. Samtliga intervjuade är positiva till patientlagen och vill verka för att lagen får genomslag så snart som möjligt.

Patientorganisationerna fyller flera viktiga funktioner, bland annat att utbilda och stötta sina medlemmar. På så vis kan de komplettera den utbildning och information som vården svarar för. Patientorganisationerna kan också genom en samlad kunskap om sina medlemmars behov samt genom upparbetade kontaktytor med landsting och statliga myndigheter driva på den förändringsprocess som vården nu står inför. För att fullt ut kunna ta del av patientorganisationernas kunskaper har Vårdanalys i en tidigare rapport pekat på att vården behöver tydligare strategier och rutiner för samverkan med patient- och funktionshindersrörelsen (Vårdanalys 2015c).

4.1.2 Enskilda individers möjlighet att påverka vården

Även enskilda patienter har möjlighet att påverka vården. En landstingsföreträdare säger exempelvis: "Jag tycker mycket arbete sker men egentligen inte utifrån patientlagen. Det görs ändå. Det som kan hjälpa är om patienten efterfrågar."

Patientlagen utgår på många sätt från att patienterna är aktiva och gör aktiva val. Studier visar att så inte alltid är fallet (Vårdanalys 2013a, Vårdanalys 2014c). Till exempel tenderar friska medborgare som har få kontakter med vården att inte engagera sig i vårdfrågor (Wihlborg m.fl. 2014). Medborgare som är sjuka kan å andra sidan ha liten ork att själva exempelvis uppsöka bästa möjliga vård. Det innebär att den enskilde individens möjlighet att påverka sin egen vård kan vara begränsad.

Även om aktiva patienter är en drivkraft till förändring så är det vården som har det yttersta ansvaret för att fånga upp patienternas åsikter och tillgodose en individuell anpassad vård i enlighet med lagen – inte minst för de som själva har sämre förutsättning att aktivt kunna påverka sin vård.

4.2 ETT STARKT LEDARSKAP OCH LÅNGSIKTIGA STRATEGIER

Det finns forskning som visar att införandet av ett patientcentrerat arbetssätt underlättas av chefer som kontinuerligt driver frågan samt att patientcentrering varit del av den verksamhetens samlade strategi (Luxford m.fl. 2011, Bodenheimer och Grumbach 2007). Likaså är en tydlig kommunikationsstrategi en central aspekt. Det visar en amerikansk studie som identifierat hinder och framgångsfaktorer vid införandet av patientcentrerad vård vid flertalet amerikanska sjukhus (Luxford m.fl. 2011). Genom en sammanställning av forskning på området organisatorisk förändring visar en annan studie att i projekt som avslutas för tidigt – innan de nått fullt genomslag – har även de initiala förändringarna svårt att överleva (Scheirer 2005).

Undersökningen visar också att landstingen har kommit olika långt i sitt patientcentreringsarbete. En förklaring är att arbetet kring patientcentrering, det vill säga att arbeta med lagens mjukare delar, har pågått i olika omfattning redan innan patientlagen trädde i kraft. I några fall har det dessutom varit en del av landstingets strategi för utveckling av vården. Kalmar är ett exempel (se box 2) där intervjupersoners beskrivning av landstingets utvecklingsarbete generellt ligger i linje med vad forskningen på området visar – det vill säga att ett engagerat ledarskap och långsiktighet är viktiga drivkrafter för ett genomslag av patientcentrerad vård (Bodenheimer och Grumbach 2007, SOU 2016:2). Vi vill dock understryka att vår undersökning rör patientlagens intentioner och inte ska ses som en genomlysning av landstingets verksamhet i sin helhet.



Box 2. Kalmar läns landsting.

Kalmar läns landsting utgör exempel på ett landsting som driver ett kontinuerligt personcenteringsarbete

Enligt verksamhetsföreträdare i Landstinget i Kalmar län var personcentrerad vård redan en integrerad del av utvecklingsarbetet i länet. När patientlagen trädde i kraft ansågs det därför inte behövas nya processer för att införa lagen. Införandet passade till stora delar in i det redan påbörjade arbetet i landstinget.

Landstinget i Kalmar län utmärker sig i Vårdanalys tidigare mätningar och i Nationell patientenkät (NPE 2016). Patienterna tycks vara mer nöjda och de patientrelaterade utfallsmåtten är bättre än i många andra landsting. I intervjuerna nämns deras långsiktiga förhållningssätt till patientcentrerad vård i strategiarbetet som en tänkbar förklaring till de goda resultaten.

”Varje dag lite bättre” är landstingets ledord kring utveckling som kommuniceras inom organisationen. I flertalet intervjuer upprepades detta. Det handlar om att vården aldrig anses färdigutvecklad utan befinner sig i kontinuerlig förändring. Några intervjupersoner menar att det är ett enkelt och tydligt sätt att kommunicera landstingets övergripande strategi där förändring ska vara något ständigt pågående. Det är ett synsätt som anses passa med lagens intentioner, där en mer individanpassad vård blir lättare att hantera i en organisation med hög anpassningsförmåga.

Vår undersökning tyder på fyra centrala faktorer som utmärker landstingets arbete:

- kontinuitet i arbetet kring personcentrerad vård
- kontinuitet i ledarskapet
- genomgående samsyn kring patientens roll i vården på organisatoriska nivåer
- användande av mjuka styrmedel i högre utsträckning än andra landsting i undersökningen.

4.2.1 Värdegrundsarbete är exempel på ett mjukt styrmedel som tycks stödja lagens införande

Resultaten från vår undersökning visar att alla landsting bedriver någon form av värdegrundsarbete, men att omfattningen och innehållet varierar mellan verksamheterna och landstingen. Värdegrundsarbetet verkar också påverka verksamheter i olika hög grad. I ett landsting handlade värdegrunden till exempel om att dela med sig av sin kunskap till kollegor och att ha ett tätt samarbete över professionsgränserna. I ett annat landsting gav värdegrunden större avtryck i vårdprocesserna, till exempel genom att inte låta patienterna vänta på labbsvar samt att ha en hög tillgänglighet och rimliga väntetider. En intervjuperson uttryckte också att värdegrunden gör att alla tar sitt jobb på största allvar och ser till patientens bästa även när vården går för högtryck. ”Man får bara inte gå hem utan att ha fixat de där provsvaren. Patienten är orolig och har rätt att få ett svar. Alla måste arbeta efter den devisen, vi är här för patienten.”

När våra intervjupersoner beskriver värdegrunden associerar de till olika

värden. Inom forskning på området anses kommunikationen vara avgörande för ett lyckat värdegrundsarbete (Bodenheimer och Grumbach 2007). Värdegrundsarbete kan, när det fungerar väl, bidra till att skapa en samsyn på samtliga organisatoriska nivåer – det blir ett sätt att få alla i organisationen att sträva åt samma håll (Gustafsson 2008). En samsyn kring hur patienten behandlas i vårdmötet har också identifierats som en förutsättning för att lyckas införa patientcentrerad vård (Luxford m.fl. 2011, Bodenheimer och Grumbach 2008, Gustafsson 2008). Givet att de flesta landsting i dag har ett värdegrundsarbete kan det finnas möjligheter att stärka patientlagen genom att ännu tydligare koppla lagen till det befintliga värdegrundsarbetet.

Box 3. Värdegrund i vården.

Vad är värdegrund i vården?

Kortfattat kan värdegrund beskrivas som ett mjukt styrmedel där vården skapar organisationsgemensamma värderingar. Värderingarna får sedan forma vårdprocessernas innehåll men utan att precisera eller detaljstyra vården (Gustafsson 2008). I vår undersökning anser intervjupersoner att värdegrunden ger utrymme för flexibilitet i hur vården utförs men att den samtidigt skapar ramar för värden som vården ska uppfylla. Värdegrund bygger ofta på värderingar om humanism och omvårdnad och därmed hur varje individ bemöts i vården.

Det bör samtidigt påpekas att värdegrund i offentlig verksamhet kan betyda olika saker. Värdegrund fungerar ibland som ett samlingsbegrepp för de flesta värdefrågor, så som moral- och etikfrågor, normfrågor, demokratifrågor, relationsfrågor och livsåskådningsfrågor (Colnerud 2004). Därmed är det svårt att fastställa begreppets betydelse på ett entydigt sätt som inkluderar alla verksamheters syn på värdegrund. Tolkningen och användningen kan variera.

Tidigare förändringar i hälso- och sjukvården har ibland följts av hårdare styrmedel, till exempel vid vårdgarantin och den så kallade kömiljarden, där ekonomiska incitament använts. Patientmaktsutredningen konstaterar att ekonomiska styrmedel kan vara effektiva i vissa fall och kan övervägas tillsammans med lagstiftning. Det finns dock forskning som visar att ekonomiska drivkrafter, som prestationsbaserade ersättningssystem, kan konkurrera ut drivkrafter som yrkes stolthet (Deci m.fl. 1999). Särskilt tydligt tycks det vara när det gäller lagens mjuka delar och person- och patientcentrerad vård. Samtidigt ser vi att patientlagen inte fullt ut efterlevs och att förändringen tar tid. Därför finns det goda skäl att noga analysera förutsättningarna vid prestationsbaserade ersättningssystem (Vårdanalys 2014b).

Utredningen *Effektiv vård* använder begreppet kultur för de värderingar och förhållningssätt som skapar synliga arbetssätt och beteenden i vården



(SOU 2016:2). Utredningen nämner också att arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som ”kommer uppifrån”. Kulturfrågorna är därför centrala för förståelsen och utformningen av styrningen. Ledarskapet har en central roll i att långsiktigt utveckla kulturen i en riktning som stärker patientens ställning.

4.3 BREDARE KUNSKAP OM EFFEKTERNA AV PATIENT- OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

Flertalet undersökningar har visat att Sverige, trots goda medicinska resultat, uppvisar låga betyg kring hur patienter uppfattar mötet med vården (SKL 2015d, Vårdanalys 2014d). Det har varit ett viktigt skäl för tillkomsten av patientlagen. Hälso- och sjukvårdens utveckling påverkas av flera olika drivkrafter. Till exempel formar kulturfrågor och professionens betydelse den kunskap som används i praktiken (Hasselberg 2012, SOU 2016:2). En intervjuperson säger: ”Det finns ett viktigt symboliskt värde i lagen, men i praktiken är det andra saker som bestämmer spridningen.” Krav på evidens eller beprövad erfarenhet är en utgångspunkt för det medicinska arbetet. Likaså förväntas vårdprofessionerna kunna tillgängliggöra sig ny forskning för att upprätthålla ett evidensbaserat arbetssätt.

I vår intervjuundersökning framkom att förändringsarbeten till stor del kom till genom att verksamhetschefen eller någon annan inom verksamheten tagit del av forskningsresultat kring personcentrerad vård. Det indikerar alltså att forskningen fungerar som en drivkraft för att sprida kunskap och bidra till förändring av vården i linje med patientlagens intentioner.

Utöver att bidra till en stärkt ställning för patienten har patient- och personcentrerad vård visat sig ha positiva effekter som förbättrad livskvalitet, minskade slutenvårdskostnader samt positiva ekonomiska effekter genom exempelvis färre återbesök (Olsson m.fl. 2007, Ekman m.fl. 2012, Huygen m.fl. 1992, Beckman m.fl. 1989). Men för att nya arbetssätt och metoder ska få större spridning behövs sannolikt mer forskning och kunskap om effekterna.

4.4 EN UTÖKAD NATIONELL SAMORDNING OCH INVESTERINGAR I GEMENSAMMA ADMINISTRATIVA LÖSNINGAR

Vår intervjuundersökning har visat att det finns delar i lagen som kan tolkas olika och att den praktiska tillämpningen skiljer sig mellan både landsting och verksamhet. Det gäller bland annat ny medicinsk bedömning, att inhämta

patientens samtycke och fast vårdkontakt (se kapitel 3.2). Praxis riskerar därför att bli olika över landet.

Ytterligare ett hinder som lyfts fram är att det saknas nationella lösningar om till exempel gemensam remisshantering, nationell listning och nationell utbudsinformation. Samma problematik noterades i Vårdanalys första lägesrapport (Vårdanalys 2015a).

I exemplen finns dels mer tekniska delar som behöver komma på plats, dels delar av annan samordningskaraktär. I intervjuerna framkommer att SKL:s stöd och material varit uppskattat i landstingen. Samtidigt förekommer uppfattningen att det inte via SKL varit möjligt att lösa angelägna landstingsgemensamma frågor.

Ansvar för det fortsatta införandet av lagen är överlag otydligt, och det saknas en aktör på nationell nivå som har mandat att ta ansvar för de frågor som bör hanteras gemensamt. Det finns alltså ett behov av en stärkt nationell samordning, både kring tolknings- och praxisfrågor och kring tekniska lösningar. Även den statliga utredningen *Effektiv vård* konstaterar att det finns gemensamma utmaningar när det gäller exempelvis verksamhetsstöd, och att landstingen sällan agerar gemensamt i dessa frågor (SOU 2016:2). Det kommer att bli lättare för landstingen att leva upp till lagens bestämmelser om vissa gemensamma administrativa lösningar kommer på plats.

4.5 EN STÄRKT UPPFÖLJNING AV LAGENS EFFEKTER MED REDAN BEFINTLIGA VERKTYG

Det är angeläget med uppföljning eftersom det är ett sätt att få reda på om förändringar leder till förbättringar och att visa hur utvecklingen går. I vår första rapport om patientlagen (Vårdanalys 2015a) uppger verksamhetschefer att möjligheten till uppföljning är begränsad. Den här rapporten visar att uppföljning av patientlagen fortfarande upplevs som utmanande, framför allt när det gäller vad som händer i patientmötet. I vår undersökning finns det ändå exempel på verksamheter som hittat verktyg för att följa upp vad som händer i patientmötet. En intervjuperson berättade hur de följer upp patienternas åsikter: "Bemötandet är det vi får kritik för, det pratar vi mycket om. Vi följer upp på touchscreen efter varje besök, om mötet var bra."

Nationell Patientenkät har gjorts om med patientlagen som en utgångspunkt. I och med förändringen finns möjlighet till att bättre följa hur vården följer dess skyldigheter.



4.6 TYDLIGARE INCITAMENT FÖR FÖRÄNDRADE ARBETSSÄTT

I våra intervjuer framkommer att vården kan behöva förändra sina arbetssätt för att arbeta mer i enlighet med patientlagens intentioner och lättare kunna tillgodose patienters individuella behov av vård. Förändringarna kan också stödjas av tekniska lösningar eller andra hjälpmedel som gör vården lättare att anpassa till individens behov.

I vår undersökning har vi stött på flera initiativ till förändrade arbetssätt. Intervjupersonerna har också uttryckt att de har många idéer om hur de skulle kunna utveckla sin verksamhet så att den blir både mer effektiv och mer i linje med patientlagens intentioner. Men samtidigt som patientlagen anges som ett stöd i förändringsarbetet så anser många att andra drivkrafter saknas.

I våra intervjuer beskrivs speciellt ersättningssystemen i hälso- och sjukvården som konserverande, vilket till viss del också bekräftas av andra studier (Lindgren 2014 och Anell 2010). De anses inte ge möjlighet till förändrade arbetssätt eller till att utveckla verksamheten. Inte minst gäller detta inom primärvården. Det tycks därmed finnas möjligheter att fortsätta utveckla incitament som främjar nya metoder och arbetssätt.

4.6.1 Olika metoder för att arbeta med patientlagen i praktiken

Att arbeta i enlighet med patientlagens intentioner innebär att vården kommer att behöva förändra sina arbetssätt för att individanpassa vårderbjudandet och inse att det som fungerar för en patient inte alltid är den optimala lösningen för andra patienter (prop. 2013/14:106). Eftersom både förutsättningar och behov ser olika ut mellan olika landsting och verksamheter kan även vägarna mot en patientcentrerad vård se ut på olika sätt.

I våra intervjuer lyfts exempel på nya arbetsmetoder för att stärka patientens ställning, till exempel teamarbete, samtalsmetodik eller nya sätt att informera patienterna om sin sjukdom och behandling. Exempelen som ges är inte allmängiltiga på grund av att sjukvårdens olika verksamheter har olika förutsättningar och i grunden utför olika typer av arbete där patienternas behov också varierar.

Oavsett vilken arbetsmetod som olika kliniker och vårdcentraler har lyft fram och betonat i vår undersökning, vill vi understryka vikten av att ledningen uppmärksammar och tar tillvara på den förbättringsvilja som finns hos verksamheterna. Forskning visar att organisationers kapacitet att ta vara på förbättringsarbeten hos den egna personalen har en positiv effekt på patientcentrerad vård (Luxford m.fl. 2011). Nedan beskriver vi exempel på arbetsmetodiker som intervjuerpersoner anser kan främja patientcentrering.

Teamarbete

Flera vårdcentraler och kliniker som vi har talat med har aktivt ändrat sina rutiner och arbetar i allt högre utsträckning i team kring patienten, vissa mer utpräglade än andra. Flera anser att teamarbetet leder till en högre effektivitet eftersom det blir lättare att göra en helhetsbedömning av patienten och snabbare möta patientens olika behov när flera olika yrkesgrupper kompletterar varandra. Vi har också i vår intervjuundersökning stött på verksamheter som anser att teamarbete tar för mycket tid och är "ett slöseri på värdefulla resurser". Bilden av teamarbetets effekter tycks alltså variera mellan olika verksamheter.

Samtalsmetodik

I intervjuerna har också samtalsmetodik lyfts upp som ett verktyg att stärka patientmötet (se exempel från Västerbotten i faktarutan nedan). Samtalsmetodik är ett verktyg som syftar till att patientmötet ska bli mer gynnsamt både för vårdpersonal och patient och minska risken för bristande kommunikation (Byrne och Long 1976). Genom att vårdgivaren tidigt fångar patientens förväntningar, föreställningar och farhågor med besöket blir det enklare att möta patienten efter dennes behov (Mead m.fl. 2002, Henebest 1989). Tanken är att samtalsmetodiken eller konsultation ska hjälpa vårdpersonal att synliggöra patientens agenda så att det blir lättare att anpassa vården. Studier visar att samtalsmetodik som verktyg vid patientcentrering ger ett bättre utfall på behandlingen eftersom det också är ett pedagogiskt verktyg för att involvera patienten och göra denne delaktig i behandlingen (Mead m.fl. 2002, Yedida 2003, Marvel 1989).

Samtalsmetodiken kan exemplifieras med en patient som söker för värk i armen, men egentligen oroar sig för skelettcancer. Patienten är i detta fall kanske inte hjälpt av att träffa en sjukgymnast, även om det synliga behovet är att träffa en sjukgymnast. Patientens uttalade behov motsvarar inte alltid patientens förväntningar och bakomliggande motiv till att hen söker vård. Om vården kan fånga upp patientens förväntningar i ett tidigt skede är det lättare att anpassa insatserna från början och därmed också hjälpa patienten på dennes villkor (Barry m.fl. 2000).



Box 4. Kåge-Moröbacke hälsocentral.

Ett exempel på konsultationsmetodik och teamarbete på Kåge-Moröbackes hälsocentral i Västerbotten

Hälsocentralen Kåge-Moröbacke i Skellefteå har på grund av hög belastning och låg bemanning varit tvungna att hitta nya arbetssätt. Dels arbetar de i team kring patienten och dels med konsultationsmetodik som går ut på att förstå patientens tankar och oro kring sina symtom och dennes förväntningar på vården.

Teamarbetet är ett sätt att minska antalet patienter till läkarbesök och istället redan vid första kontakt dirigera patienterna till rätt kompetens. För att patienten ska få vård av rätt kompetens krävs en träffsäker bedömning vid första kontakten. Innan patienten bokas in för ett vårdmöte träffas teamet i dagliga teammöten och gör en gemensam bedömning. På detta sätt behöver inte patienter träffa en läkare för att slussas vidare till en sjukgymnast eller psykolog, och många behov går att möta via exempelvis provtagning med efterföljande telefonkontakt.

Ytterligare en viktig faktor för att få systemet att fungera är den patientcentrerade konsultationsmetodiken. Genom att kunna möta patientens egna tankar och oro får man en högre acceptans för andra vårdinsatser än det ursprungligen efterfrågade läkarbesöket. Verksamhetschefen anser att kombinationen av de nya verktygen gett en bra arbetsmetod som möjliggjort fortsatt verksamhet trots periodvis mycket låg läkarbemanning.

Nya sätt att ge information

Både vårdcentraler och öppen specialistvård anger i vår undersökning att de i högre utsträckning ger information i grupp i dag jämfört med för några år sedan. Fördelen sågs vara att patienterna kan få mer omfattande information än under ett kortare patientmöte hos läkaren och att de därmed får en bättre grund för att fatta beslut om sin egen behandling. För vissa patienter är det bra att träffa andra med samma sjukdom för att få perspektiv på sitt eget tillstånd och kunna fatta beslut därefter. Det ger också möjlighet för läkaren att bättre förbereda informationen till de grupper som behöver anpassad information, till exempel på sitt modersmål.

En intervjuperson anser att information i grupp lett till en högre involvering av patientens åsikter. Hen säger att sedan de börjat med information i större grupp är det fler patienter som aktivt avstår från operation för sina besvär. Tidigare skickade vården mer rutinmässigt alla med en viss typ av besvär till operation. På detta sätt anser hen att vården blivit mer patientcentrerad och att vården har tvingats ta ett steg tillbaka i beslut om behandling.

4.6.2 Tekniska lösningar som kan underlätta för vården att efterleva lagens intentioner

I dag finns utökade möjligheter att ge vård på nya sätt genom tekniska lösningar. I vår undersökning har flera intervjupersoner påpekat att nya tekniska lösningar kan understödja ett mer patientcentrerat arbetssätt.

I en inventering av SKL identifierades 74 olika behandlingsprogram för internetbehandling (SKL 2015a). Flera av programmen anges visa goda resultat. Särskilt vanligt är internetbaserad kognitiv beteendeterapi. SKL konstaterar att det finns en stor potential men att lösningarna är okända bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

Inera har utvecklat en teknisk behandlingsplattform, *Stöd och behandling*, för internetbehandling. 1177 Vårdguiden har fått uppdraget att utveckla den nationellt och ge vårdgivare möjlighet att ansluta sig.

Vårdrelaterade mobilappar är exempel på en teknisk lösning som ökat avsevärt. Appar kan i dag erbjuda bredare och fler tjänster – det finns en rad olika lösningar för både vårdgivare och patienter. Apparna kan tillhandahålla både individuellt anpassad vårdinformation och bredare information om till exempel säsongsinfluensa.

I vår undersökning har vi bland annat varit i kontakt med Riddarens vårdcentral i Kista. Det är en ny vårdcentral som försöker att förnya arbets-sätten inom primärvården med stort fokus på nya tekniska lösningar. Bland annat håller de på att utveckla en ny vårdapp för att underlätta kontakten med sina patienter.

Ett annat exempel är att patienterna vid vårdcentralerna Bra Liv i Jönköpings län sedan december 2015 kan ha videomöte med läkare via en app (Vårdcentralerna Bra liv 2016). Den här typen av tekniska lösningar anses ge en större möjlighet att efterleva flera av bestämmelserna i patientlagen, till exempel kring tillgänglighet. Det är också tänkbart att videomöten ökar möjligheten att välja öppenvård i hela landet. Genom videomöten undviker patienten kostnader för resa och logi, kostnader som patienten annars står för själv. I början av 2016 infördes videomöten med patienter i primärvården i flera landsting.

Utvecklingen är dock inte oproblematiske. För användaren kan det vara svårt att veta vilka produkter som uppfyller säkerhetskraven (Läkemedelsverket 2015). Utvecklingen av mobilappar har varit så pass snabb att SLL Innovation kommer att starta ett projekt under 2016 där konsulter stöttar företag för att göra appar patientsäkra (Maaherra 2015). Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg och Läkemedelsverket kommer att delta som samarbetspartners i projektet.





Vårdanalys fortsatta arbete

I den här rapporten har Vårdanalys fokuserat på att undersöka vilka hinder och möjligheter som finns för att stärka patientlagens genomslag.

Den tredje rapporten, som också är vår slutrapportering kring patientlagen, ska lämnas till regeringen den 15 mars 2017. Slutrapporten ska ge en samlad bild av Vårdanalys långsiktiga uppdrag att följa patientlagens införande. Den kommer att beskriva och analysera i vilken grad patientlagens intentioner har nåtts och rikta rekommendationer till olika aktörer för att stärka lagens genomslag.

I slutrapporten kommer vi också särskilt att fokusera på de effekter som möjligheten att välja utförare över landstingsgränser har medfört samt eventuella ytterligare områden där lagens effekter behöver analyseras djupare.





Referenser

- ACSQHC – Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2011). *Patient centered care: Improving quality and safety through partnerships with patients*.
- Andersson, EL.(2012). *Sjuksköterskans roll i patientcentrerad vård*. Kandidatuppsats, Institute of health and care sciences, Göteborgsuniversitet
- Anell, A. (2010). *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7. Stockholm, Finansdepartementet.
- Beckman H, Kaplan SH, Frankel R. (1989). *Outcome based research on doctor–patient Communication*. In: Stewart M, Roter D, editors. *Communication with medical patients*. Newsbury Park: Sage Publ; p. 223-7.
- Barry, CA, Bradley, CP., Britten, N., Stevenson, FA., Barber, N. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. May 6;320(7244):1246-50.
- Bodenheimer, T. Grumbach, K. (2007). *Understanding health policy: A clinical approach*. Lange/McGraw/Hill, New York
- Byrne, PS. , Long, BE., (1976). *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behavior of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*. London: Her Majesty's Stationery Office [HMSO], 1976. 195 p
- Carman, K. L., et al. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs* 32(2): 223-231.
- Colnerud, G. (2004). *Värdegrund som pedagogisk praktik och forskningsdiskurs*. Pedagogisk Forskning i Sverige, vol. 9 nr 2 s 81–98 issn 1401-6788

- Maaherra, V. (2015). *Apptillverkare får kurs i medicinsk teknik*. Dagens Medicin 2015-12-08. <http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/12/08/apptillverkare-far-kurs-i-medicinsk-teknik/>
- Wikström, G. (2015). Vården behöver fler undersköterskor. Dagens samhälle debatt 2015-12-03. <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/varden-behoe-ver-fler-underskoeterskor-20700>
- Deci, EL. Koestner, R. Ryan, RM. (1999) A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull.* 1999 Nov;125(6):627-68; discussion 692-700.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*, 33(9), 1112–1119.
- En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (2016). *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Stockholm: Socialdepartementet
- Eriksson L.T, Wiedersheim-Paul, F. (2006). *Att utreda forska och rapportera*. Liber Ab Malmö
- Frampton, S., Goodrich, J. (2014). Current initiatives for transforming organizational cultures and improving the patient experience. *I Providing Compassionate Healthcare: Challenges in Policy and Practice* Eds. Shea, S., Wynyard, R., Lionis, C. Routledge
- GPCC – Centrum för personcentrerad vård (2016). *Personcentrerad vård* <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>, [2016-02-04]
- Greer, A. L. (1985). Adoption of medical technology: the hospital's three decision systems. *International journal of technology assessment in health care*, 1, 669-680.
- Gustafsson, B-Å. (2008). *Gemensam värdegrund i några politiskt styrda organisationer*. Växjö universitet, Samhällsvetenskapliga institutionen
- Gustavsson, E., Juth, N., Munthe, C., Sandman, L. (2015). *Etiska och praktiska utmaningar med ökat patientinflytande*. *Läkartidningen* 2015;112: DD3x
- Gustavsson, E., Sandman, L. (2015). Health care needs and shared decision making in priority setting. *Med Health Care Philosophy*. 2015;18:13-22.
- Hasselberg, Y. (2012). *Vetenskap som arbete: Normer och arbetsorganisation i den komodifierade vetenskapen*. Gidlunds förlag, Möklinta
- Health Consumer Powerhouse (2015). *Euro Health Consumer Index 2015*.
- Helesplan (2015). *Granskning av hälso- och sjukvårdens efterlevnad av patientlagen – Granskning på uppdrag av Landstinget Dalarna*.
- Henbest R, Stewart M. (1989). Patient-Centeredness in the Consultation. 1: A Method for Measurement. *Family Medicine* Volume 6, Issue 4 pp 249-53.

- Huygen F, Mookink H, Smits A, et al. (1992). Relationship between working styles of general practitioners and the health status of their patients. *British Journal General Practitioners* 1992;42:141-
- Inera (2015). *Idébeskrivning – Utomlänslistning*. http://www.inera.se/Documents/KONTAKT_KUNDSERVICE/Programkontoret/Idebeskrivning-Utomlans_listning.pdf [2015-12-12]
- Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (1997). *Patienten har rätt* (SOU 1997:154). Stockholm: Socialdepartementet
- Lindgren P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. SNS förlag: Stockholm
- Luxford, K., Safran, D.G., DelBlanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*: mzr024.
- Läkemedelsverket (2015). *Medicinska appar ska följa regelverkets krav för att vara säkra*. <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2015/Medicinska-appar-ska-folja-regelverkets-krav-for-att-vara-sakra/> [2016-02-09]
- McIntosh, N., et al. (2014). Impact of Provider Coordination on Nurse and Physician Perceptions of Patient Care Quality. *Journal of nursing care quality* 29 (3): 269-279.
- Marinkovic, S., S. Tjernberg (2012). *Patientdelaktighet – ur ett patientperspektiv*. Examensarbete omvårdnad, Malmö högskola, fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap
- Marvel, MK., Epstein, RM., Flowers, K., Beckman, HB. (1999). Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. Sep 8; 282(10):942-3
- Mead, N., Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient education and counselling*, vol. 48 issue 1 pp 51-61
- Mead, N. Bower, P., Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social science and medicine* vol 55 issue 2 283-299
- Mullen, PD. (1997). Compliance becomes concordance - Making a change in terminology produce a change in behaviour. *British Medical Journal* 1997;314:691.
- Munthe, C., Sandman, L., Cutas, D. (2012). Person Centred Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research. *Health Care Analysis* vol 20 Issue 3 pp 231-249
- Neuroförbundet (2016). *#patientlagen*. <http://neuroforbundet.se/patient-lagen/> [2016-02-03]

- NPE – Nationell patientenkät (2016). *Primärvården 2015*. <https://patient-enkat.se/sv/resultat/ta-del-av-resultat/> [2016-02-09]
- Olsson, L. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 58, pp. 116–125).
- Patientmaktsutredningen (2013). *Patientlag* (SOU 2013:2). Stockholm: Socialdepartementet
- Rynning, E. (2011). Still no Patients Act in Sweden – Reasons and Implications. *Nordic Health Law in a European Context – WelfareState Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine* (red. Rynning, E. & Hartlev, M.) Liber, Malmö s. 122-136
- SCB (2014). *Arbetskraftsbarometern 2014 – Utsikterna på arbetsmarknaden för 71 utbildningar*. SCB-Tryck, Örebro
- Scott, w. R. (1990). Innovation in medical care organizations: a synthetic review. *Medical care research and Review*, 47, 165-192.
- Scheirer M.A. (2005). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation* September 2005 vol. 26 no. 3 320-347
- Sharkey K, Gillam L. (2010). Should patients with self-inflicted illness receive lower priority in access to healthcare resources? Mapping out the debate. *Journal of Medical Ethics*.2010;36:661-5.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text, and interaction*. Sage Publications Ltd.
- Sjukhusläkaren (2015). Tema: Bristen på specialistläkare – *Sjukhusläkaren* Del 2, Nr 6/2014 s. 17-34
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2008). *Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården: en kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter*.
- SKL – Sveriges Kommuner och landsting (2015a). *Internetbaserade behandlingsmetoder*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015b). *Patientlagen ska stärka patientens ställning*. <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen.2083.html> [2015-12-08]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015c). *SKL:s kongress 2015 Motion 61 – Personcentrerad vård*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015d). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*.
- Socialstyrelsen (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Lägesrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen

- Socialstyrelsen (2015a). *Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2015b). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sveriges läkarförbund (2015). *Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015 – Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverksamheter*.
- Sveus (2015). *Värdebaserad uppföljning av vården för planerad kirurgi vid ledsjukdom – analys från framtagande av nya uppföljningssystem. Presentation av historiska resultat för att tydliggöra möjligheter och utmaningar i framtida uppföljning av vården*. Sveus; Stockholm
- Ternstedt, B., Andershed, B.M., Håkansson, C. (2013). *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik*. eds. Birgitta Andershed Lund: Studentlitteratur
- Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur, Lund
- Vinnova (2015). *Ersättningsystem för innovation i vård och omsorg – en studie av 8 projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller*. VR 2015:08 ISSN: 1650-3104
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso-och sjukvård*. Rapport 2012:5, Stockholm; Vårdanalys
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a). *Vad vill patienten veta för att välja?* rapport 2013:4, Stockholm; Vårdanalys
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b). *Vem har vårdvalet gynnat?* Rapport 2013:1, Stockholm; Vårdanalys
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *En mer jämlik vård är möjlig*. Rapport 2014:7, Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *Låt den rätte komma in*. Rapport 2014:3, Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014c). *Vem vill veta vad för att välja?* Rapport 2014:1, Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014d). *Vården ur patienternas perspektiv*. Rapport 2014:11, Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015a). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning*. Rapport 2015:1, Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015b). *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar*. Rapport 2015:10, Stockholm: Vårdanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015c). *Sjukt engagerad*. Rapport 2015:10, Stockholm: Vårdanalys
- Vårdcentralerna Bra Liv (2016). *Bra Liv nära - alltid nära dig*. <http://www.rjl.se/varldcentralernabraliv/Utbud-och-tjanster/bralinvara/> [2016-03-01]
- Vårdhandboken (2016). *Bemötande i vård och omsorg – patientperspektiv*. http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-patientperspektiv/Vardares_perspektiv/ [2016-02-08]
- Wihlborg E, Hansson L, Örnerheim M. (2014) *Implementering av patientlagstiftning – en lång resa från goda intentioner till nya förhållningssätt i vårdvardagen*. Inkommen handling Vårdanalys
- Yedida, MJ., Gillespie, CC., Kachur E., Schwartz MD., Ockene J., Chepaitis AE., et al. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003;290:1157-65.
- 1177 Vårdguiden (2015). Presentationsmaterial nya patientlagen [ej publicerat]



BILAGA A. METOD – ANALYTISKA UTGÅNGSPUNKTER OCH STUDIENS GENOMFÖRANDE

Rapportens utvärdering och analys bygger på en kvalitativ ansats och data har samlats in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Intervjuunderlaget består av djupintervjuer i sex olika landsting, samt intervjuer med aktörer på central nivå som 1177 Vårdguiden, Socialstyrelsen, SKL och Neuroförbundet.

A.1 ANALYTISKT RAMVERK OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

För att besvara huvudfrågeställningarna i rapporten behövdes en dynamisk modell som utgångspunkt för insamling av data samt för att senare kunna sortera och analysera data (Eriksson och Wiedersheim-Paul, 2006). Studiens design följde därför ett på förhand angivet ramverk.

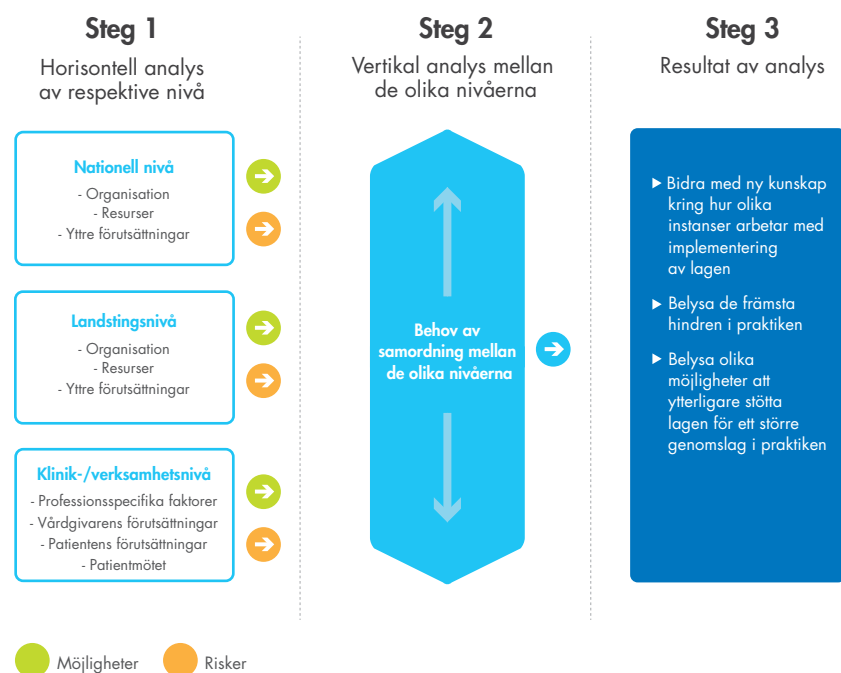
En av utgångspunkterna i ramverket var att hälso- och sjukvården påverkas av flera olika organisatoriska nivåer som var och en inför ny kunskap i organisationen. Varje nivå antas också ha olika perspektiv och verktyg som stämmer med varje organisatorisk nivåns logik (Scott 1990, Greer 1985). Analysen delades därför in i följande tre organisatoriska nivåer;

- 1) Nationell nivå (Myndigheter, intresseorganisationer, regeringen)
- 2) Landstingsnivå (Ledningsnivå landsting och regioner, politiker och tjänstemän)
- 3) Verksamhetsnivå (Verksamhetschefer, medarbetare, enskilda klinikers eller vårdcentralers perspektiv)

Syftet med att undersöka olika organisatoriska nivåer var att förstå vilka olika typer av åtgärder som genomförts på respektive nivå samt hur varje nivå uppfattat sitt ansvar för lagens införande.

Utredningen syftar till att undersöka vilka de huvudsakliga hindren är för lagens införande i praktiken samt att samtidigt peka på olika möjligheter som kan stötta lagen ytterligare. Därför har det analytiska arbetet utgått från att samla in data på varje organisatorisk nivå för att identifiera hinder på respektive organisatorisk nivå. Men arbetet har också gått ut på att fånga möjligheter. Därmed har undersökningen medvetet letat efter initiativ där verksamheterna förändrat sina arbetssätt i enlighet med lagens intentioner.

Figur A.1. Analysmodell för bearbetning av det empiriska materialet.



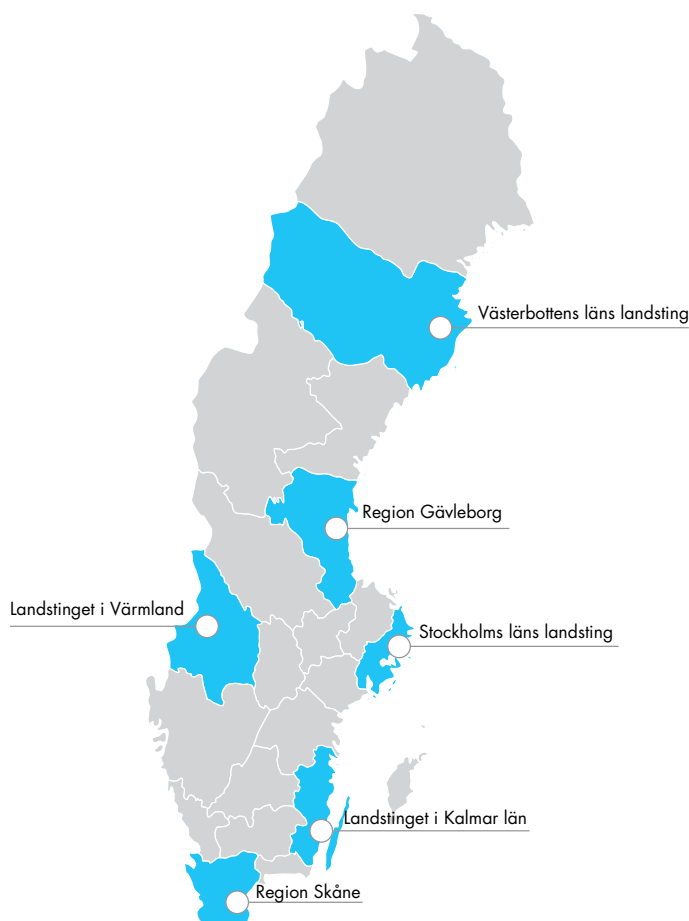
A.2 URVAL OCH KÄLLOR

För den här rapporten har vi valt ut sex landsting, Skåne, Kalmar, Värmland, Stockholm, Gävleborg och Västerbotten. Landstingen valdes efter logiken två större landsting och fyra mindre med en geografisk spridning i Sverige.

För att fånga hinder och möjligheter har vi genomfört djupintervjuer i

samtliga landsting i studien. Intervjuerna var semistrukturerade vilket innebär att intervjuaren utgår från en uppsättning frågor eller teman utifrån vilka en diskussion förs med intervjugpersonen (se intervjuguiden nedan). Intervjuaren har med denna metodik möjlighet att ställa följdfrågor och utveckla samtalet i en ny riktning om så önskas. Den semistrukturerade intervjumetodiken tillåter nya aspekter av det centrala tema som undersöks att träda fram vid intervjutillfället (Silverman, 2006). Metoden valdes eftersom rapporten syftar till att urskilja hinder och möjligheter som inte var identifierade på förhand och behövde därför en metod som tillåter intervjugpersonerna att leda intervjun i nya inriktningar och öppna upp för nya aspekter av det som studeras.

Figur A.2. Karta över deltagande landsting i studien.



Antalet personer som intervjuats har varierat något mellan landstingen men ambitionen var att minst en representant från varje organisatorisk nivå ska ha medverkat. Variationen beror på faktorer som att landstingen organiserat sig olika, skiljer sig åt i storlek samt att ansvarsfördelningen för införandet av lagen har sett olika ut. Generellt har intervjuer genomförts på tre olika nivåer; *politisk nivå*, *tjänstemannanivå* och *verksamhetsnivå*. Intervjupersonerna valdes i så stor utsträckning som möjligt efter deras grad av involvering i arbetet med lagen.

Djupintervjuer med övriga aktörer på central nivå

För att fånga upp vad som gjorts på central nivå intervjuades även nationella aktörer som SKL, Socialstyrelsen, Vårdföretagarna, 1177 Vårdguiden, Neuroförbundet. Djupintervjuer genomfördes även här med hjälp av semi-strukturerade intervjuer med ännu mer öppna guider än de som använts för landstingen. Dessa intervjuer hade i högre utsträckning teman kring de insatser som gjorts kring patientlagen samt vilka övriga behov intervjupersonerna i dessa organisationer såg för att lagen ska få ett större genomslag.

Intervjuguider

Intervjuguiden var utformad efter lagens olika delar, detta för att försöka få en heltäckande bild av vilka delar av lagen som upplevts som mer eller mindre problematiska samt vilka som verkar ha prioriterats vid införandet. Att använda lagen som utgångspunkt för utformningen av intervjuguiden gav en naturlig avgränsning av frågeområdet. Tre olika typer av intervjuguider har använts, anpassade och avvägda för politiker, tjänstemän samt verksamhetsrepresentanter.

Övrigt material och sekundärkällor

Rapporten använder sig inte bara av primärkällor i den empiriska beskrivningen utan även av sekundärkällor så som processdokument, redovisningsdokument, informationsmaterial och andra sammanställningar från de landsting och organisationer som deltagit i studien.

Empirin baseras även på tidigare forskning och Vårdanalys tidigare utredningar. Detta har fungerat som en teoretisk grund och utgångspunkt då studien initierades.

Kvalitetsgranskning

Vårdanalys har i december 2015 genomfört en workshop för att stämma av preliminära resultat och slutsatser. I workshopen deltog representanter från landstingen som arbetat med lagen, men även personer från centrala aktörer så som SKL och vårdföretagarna (se tabell 2 nedan för närmare beskrivning av deltagarna).

Delar av det empiriska materialet som presenteras i rapporten har i vissa fall stämts av med intervjupersoner som granskat innehållet.

Hantering av kritiska faktorer som kan påverka studiens resultat

De som intervjuats i den här rapporten är företrädesvis personer som aktivt arbetat med lagen. Vi är medvetna om att detta kan ha påverkat resultatet för undersökningen framför allt i landstingen där vi troligtvis främst intervjuat dem med högst kunskap om lagen.

Vi har dock försökt att förhålla oss kritiska till en eventuell partiskhet i studiens material främst genom att enbart ta fasta på *återkommande* mönster i materialet. De svar som är ständigt återkommande och därmed skapar tydliga mönster har vi lyft som resultat och vidare granskat och analyserat genom tillgänglig forskning.

Tabell A.1. Intervjupersoner.

Intervjuperson	Organisation
Linda Fleetwood	Landstinget i Kalmar län
Lena Segerberg	Landstinget i Kalmar län
Maria Skoog Fredriksson	Landstinget i Kalmar län
Ingeborg Eriksson Gunnarsson	Landstinget i Kalmar län
Lars Mattsson	Landstinget i Kalmar län
Christina Edward	Landstinget i Kalmar län
Birgitta Hjalmarsson	Landstinget i Kalmar län
Bengt Öberg	Landstinget i Kalmar län
Karin Lundström	Västerbottens läns landsting
Karin Ahnqvist	Västerbottens läns landsting
Lena Grundberg	Västerbottens läns landsting
Sofie Tängman	Västerbottens läns landsting
Jonas Claesson	Västerbottens läns landsting
Karin Brännström	Västerbottens läns landsting
Håkan Lindström	Västerbottens läns landsting
Annika Larsson	Västerbottens läns landsting
Anna Starbrink	Stockholms läns landsting
Henrik Gaunitz	Stockholms läns landsting
Ewa Printz	Stockholms läns landsting
Anna Nergårdh	Stockholms läns landsting
Annika Åsberg	Stockholms läns landsting
Magnus Röjvall	Stockholms läns landsting
Oili Dahl	Stockholms läns landsting
Madeleine Ahlberg	Stockholms läns landsting
Mia Bergenmar	Stockholms läns landsting
Hammad Al Saaid	Stockholms läns landsting
Elisabeth Kihlström	Landstinget i Värmland
Karin Malmqvist	Landstinget i Värmland
Karin Haster	Landstinget i Värmland
Lars-Göran Boström	Landstinget i Värmland
Agneta Gustavsson	Landstinget i Värmland
Anders Olsson	Landstinget i Värmland
Hannah-Karin Linck	Region Gävleborg
Kjell Norman	Region Gävleborg
Ulla Waxin	Region Gävleborg
Helena Björkman	Region Gävleborg
Roger O Nilsson	Region Gävleborg
Maria Lindberg	Region Gävleborg
Elin Rosengren	Region Gävleborg
Joakim Sandell	Region Skåne
Christina Ståhl	Region Skåne
Elin Fahlström	Region Skåne
Catharina Borna	Region Skåne
Peter Jerntorp	Region Skåne
Lars-Olof Tobiasson	Region Skåne
Jan Neiderud	Region Skåne
Petra Bovide	Region Skåne
Charlotta George	Socialstyrelsen

Tabell A.1 , forts.

Intervjuperson	Organisation
Ulrika Freiholtz	Socialstyrelsen
Irène Carlsson	Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	Socialstyrelsen
Max Ney	Neuroförbundet
Anna Mannberg	1177 Vårdguiden
Anette Thalén	1177 Vårdguiden
Teresa Nilsson	1177 Vårdguiden
Karin Liljeblad	Värd företagarna
Eszter Horváth Tóthné	Move and Walk
Josefin Landgård	Kry
Sofia Tullberg	SKL
Charlotte Hedberg	Karolinska Institutet

TABELL A.2. Deltagare Workshop.

Deltagare	Organisation
Karin Nedfors	Landstinget Blekinge
Sam Karlström	Landstinget Dalarna
Asghar Farahani	Landstinget Sörmland
Lars-Göran Boström	Landstinget i Värmland
Peter Jerntorp	Region Skåne
Eva Printz	Stockholms läns landsting
Carolina Sandberg	Stockholms läns landsting
Karin Ahnqvist	Västerbottens läns landsting
Margareta Axelsson	Västra Götalandsregionen
Karin Lennartson	Västra Götalandsregionen
Gunnel Åkesson	Region Örebro län
Emma Garpenholt	Region Örebro län
Kerstin Andersson-Thorell	Region Jämtland Härjedalen
Anette Thalén	1177
Brita Nilsson-Engström	1177
Hasse Knutsson	SKL
Karin Liljeblad	Värd företagarna
Torie Palm Ernsäter	Svensk sjuksköterskeförening
Sara Johansson	Socialdepartementet
Marianne Svensson	Vårdanalys
Sofia Wagrell	Vårdanalys
Karin Sandström	Vårdanalys
Håkan Lenhoff	Vårdanalys

Exempel på frågeområden i intervjuguide

Övergripande frågor

Hur har ni arbetat med att införa Patientlagens bestämmelser i verksamheten?

- När påbörjade ni arbetet kring patientlagen?
- Vilken roll har ni?
- Hur har ansvaret för implementeringen fördelats?
- Har det avsatts resurser för arbetet? (Ekonomiskt/Personal/Tid/Kompetens)

Finns det några delar av lagen ni särskilt arbetat med?

- Val av utförare? (Ny)
- Information? (Ny)
- Ny medicinsk bedömning? (Ny)
- Samtycke? (Ny)
- När hälso- och sjukvård ges till barn? (Ny)
- Tidigare bestämmelser?

Varför dessa delar?

Följdfrågor kring relevanta delar

- På vilket sätt har ni arbetat med detta?
- Vad finns det för hinder i arbetet?
- Vad är det som fungerar?
- Finns det områden där ni förväntar er mer effekter?

Finns det delar som ni ser är särskilt svåra att arbeta med?

Är det något som ni redan nu kan se har fått ett bra utfall?

Vilket stöd finns för verksamheterna i ert landsting/organisation?

Finns det verksamheter som kommit längre eller kortare med implementeringen?

- Vad beror det på?

Vilket stöd upplever du finns från nationellt håll?

- Är det något ni efterfrågar?
- Är det något som saknas?

Hur arbetar ni gentemot befolkningen i länet?

- Speciella insatser?

Hur ser ni på patienternas och befolkningens möjlighet till påverkan.

- Har ni funderat i termer av organisering mot ett mer patientcentrerat arbetssätt?

Kan lagen innebära förskjutningar mellan grupper som inte är önskvärd? Ändrade medicinska prioriteringar?

Har ni märkt av ändring av patientflöden?

- Har det skett utbudsförändringar i samband med detta?

Har ni ändrat era remissregler? På vilket sätt?

Har ni varit tvungna att ändra på era administrativa rutiner för att hantera de nya reglerna?

I vilken utsträckning märker ni av en förändring av listning över landstingsgränser?

Vad tror du krävs för att patientlagen ska få genomslag?

- I form av resurser? Organisatoriskt?
- Vilka faktorer ser du som särskilt viktiga?
- Hur har ni möjlighet att stödja detta?

Vad tror du det finns för hinder som gör att patientlagens olika delar inte får avsedd effekt?

- Vad tror du är svårast att få till?

Hur följer ni upp att lagen efterlevs?

- Vilka möjligheter har ni till uppföljning?

Hur ser du på att försöka styra hälso- och sjukvården med den här typen av lagstiftning?

- Hur förhåller det sig till andra sätt att styra? (Riktlinjer, nationella satsningar, m.m.)

Finns det delar i lagen du skulle vilja se förändringar i?

Vilka speciella förutsättningar finns i ert landsting/region som påverkar arbetet?

- (Tidigare arbeten, behov, ekonomi, kompetens)

Vilka eventuella vinster ser du med nya patientlagen för ert landsting er organisation?

Något mer du vill tillägga?

Har du frågor eller synpunkter kring studien?

BILAGA B. FÖRDJUPNING OM MÖJLIGHETEN TILL ÖPPENVÅRD I ANDRA LANDSTING

B.1 OSÄKERHET KRING EFFEKTERNA AV VAL AV UTFÖRARE INNAN LAGEN TRÄDDE I KRAFT

När patientlagen trädde i kraft fick patienter möjlighet att välja utförare av öppenvård också i andra landsting än hemlandstinget. (9 kap. 1 § patientlagen) Denna del av lagen var en av de förändringar som gjorts sedan tidigare lagstiftning. Även om det inte var säkert att förändringen skulle leda till stora patientströmmar mellan landstingen, var det en av de delar där konsekvenserna diskuterades mest (Vårdanalys 2015:1).

B.1.1 Stor påverkan bland enskilda verksamheter men liten på totalen

Den generella uppfattningen i de intervjuer som vi gjort är att förändringarna i antalet patienter som söker öppenvård i annat landsting inte har varit så stora under den första tid som lagen gällt. Men ofta lyfts ändå någon specifik verksamhet fram där en större förändring har setts än i andra verksamheter. Först i nästa rapport om patientlagen kommer uppgifter finnas tillgängliga för att göra en mer heltäckande kvantitativ analys, men exempel från enskilda landsting visar ändå till stor del överensstämmelse med denna uppfattning.

Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting är ett av landstingen med störst vårdutbud och ett stort antal arbetspendlare från andra län. Detta är faktorer som skulle kunna ge en ökning av antalet patienter från andra landsting i öppenvården. Data från Stockholm läns landsting för årets första sju månader visar en ökning på nästan 17 procent av antalet utomlänspatienter som fått specialiserad öppen vård i SLL. Samtidigt går det att notera att antalet patienter från Stockholms län som fått specialiserad öppen vård i andra landsting minskat med drygt nio procent, en minskning svår att förklara utifrån bestämmelserna i den nya lagen.

Tabell B.1. Antal besök för patienter i öppen specialiserad vård från och till Stockholm under perioden januari till juli år 2012-2015.

	2012	2013	2014	2015
Från SLL	105 323	104 673	104 532	95 112
Till SLL	127 239	128 230	126 409	147 273

Men sett till enskilda vårdområden och åtgärder finns flera exempel där antalet utomlänspatienter mer än fördubblats, exempelvis kataraktoperationer och specialiserad sjukgymnastik.

Tabell B.2. Antal besök för patienter som kommer till Stockholm fördelat på vårdområden i urval under perioden januari till juli 2015.

Vårdområden	2013	2014	2015
IVF-behandling	-	2	-
Obstetriska Ultraljud Vårdval	295	298	405
Primärvårdsrehab. Vårdval	3 147	3 619	3 951
Spec. sjukgymnastik Vårdval	548	564	1 393
Barn- o ungdomspsykiatri	483	376	733
Lokal integrerad beroendevård	241	381	447
Kataraktoperationer Vårdval	190	168	418
Specialiserad Öron Näsa Hals	679	764	1 375
Specialiserad Hud	643	639	1 453
Specialiserad Gyn	1 603	1 715	2 669

B.1.2 Risk för ojämnt våldsökande över landstingsgränserna

Det finns många faktorer som påverkar sannolikheten för att en patient ska söka sig till ett annat landsting för vård. Den geografiska faktorn är förstas av vikt, i Skåne uppgav till exempel flera respondenter att de inte väntade sig något större inflöde av utomlänspatienter trots ett stort vårdutbud, då länet inte angränsar till så många andra landsting. Transportmöjligheter, information och remissregler är andra faktorer som påverkar. Patientens ansvar att själv stå för kostnader för resa och boende lär också påverka antalet patienter som är beredda att söka sig till ett annat landsting för vård.

Patientens kostnadsansvar för resa och boende medför också att det finns en risk för ett ojämnt våldsökande över landstingsgränserna. Detta är en aspekt som återkommer i många intervjuer under projektets gång. Flera av de hinder som beskrivits i kapitel 3 i rapporten medför också att det kan krävas starka patienter som själva kan ta sig fram i hälso- och sjukvården för att få vård i annat landsting. Dels ger varierande remissregler i vissa fall

en oklarhet för patienten kring vilka regler och reella möjligheter som finns. Dels är det svårt att få information om vilken vård och vilka åtgärder som erbjuds i olika delar av landet. Än svårare är det att jämföra verksamheter utifrån medicinska resultat och andra faktorer. Detta medför att det framför allt anses vara mer resursstarka individer som har möjlighet att få tag på och tillgodogöra sig information samt kunna bekosta kringkostnader för vård i annat landsting.

B.1.3 Utjämningsseffekt på vårdtjänster uppges ge landstingen svårare att styra utbudet

Intervjupersoner menar att lagen skapar en viss utjämningsseffekt på utbudet av vårdtjänster mellan landstingen vilket kan påverka landstingens verksamheter. Det finns behandlingar som vissa landsting valt att inte utföra i sitt åtagande, till exempel sterilisering. Om sterilisering finns tillgängligt kostnadsfritt – bortsett från patientavgift – i ett annat landsting än hemlandstinget, kan patienten bli behandlad utan att behöva betala, bortsett från patientavgiften, för behandlingen. Hemlandstinget får i ett sådant fall trots allt stå för kostnaderna av behandlingen, under förutsättning att remissregler följs. Detta kan i sin tur ge effekter på övriga behandlingar som landstinget valt att prioritera före till exempel sterilisering. Utjämningsseffekten som är positiv för en grupp av patienter, kan därför samtidigt skapa problem för andra patientgrupper i de landsting som får prioritera annorlunda på grund av en redan ansträngd ekonomisk situation.

Hur kostnaderna för utomlänsvården hanteras varierar också mellan landsting. Vissa har en central budgetpost för att hantera kostnaderna, medan andra har ett mer decentraliserat system. Några intervjupersoner har pekat på att i det decentraliserade systemet, kan också enskilda verksamheter riskera att få svårt att styra och prioritera i sin verksamhet som effekt av nya kostnader för utomlänspatienter.

Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag

Vårdanalys följer på regeringens uppdrag införandet av patientlagen. I den här andra delrapporten beskrivs vilka faktorer som påverkar patientlagens genomslag i praktiken. Rapporten visar hinder för införandet på fyra olika nivåer. Rapporten redovisar också sex möjligheter för att stärka genomslaget av lagen och därmed patientens ställning i vården.

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

