

Patientens delaktighet i val av vårdgivare. En litteratur review

Madeleine Nilsson, Lillemor Lindwall, Jan Nilsson og Ingrid From

Madeleine Nilsson, leg ssk, FM, doktorand, Åbo Akademi, Enheten för Vårdvetenskap, Vasa, Finland, madeleine_nilsson@telia.com

Lillemor Lindwall, leg ssk, Fil Dr, professor, Karlstad Universitet, Institutionen för Hälsovetenskaper, Karlstad, Sverige

Jan Nilsson, leg ssk, Med Dr, docent, Karlstad Universitet, Institutionen för Hälsovetenskaper, Karlstad, Sverige, och Sophiahemmet Högskola, Institutionen för hälsofrämjande vetenskap, Stockholm, Sverige

Ingrid From, leg ssk, Fil Dr, lektor, Högskolan i Dalarna, Akademin Utbildning, hälsa och samhälle, Falun, Sverige

Abstract

Patient's participating in choice of healthcare provider. A literature review

The idea behind care choice is that healthcare providers would be more responsive to patients' health problems and needs and in doing so compete with increased quality and that patients should be able to choose from this. The question is how patients choose a healthcare provider by themselves. The aim was to describe what affected when patients chose healthcare providers. A literature review was carried out. The results showed that patients' choice of healthcare providers depended on the following three themes: their own care experiences, caring relationships with staff and service provided by caregivers. The underlying idea of care choice is competition based on quality of care, but the results show that patients make their choices based on other factors as described in the result and therefore improvement can be achieved if focus is placed on being responsive for patient care needs.

Keyword/Nøkkelord

patient participation; primary care; caring needs; quality of care; care choice; caring science

pasientdeltakelse; primæromsorg; omsorgsbehov; kvalitet på omsorg; omsorg valg; omsorgsfull vitenskap

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4440>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduktion

I denna artikel är fokus på hur patienten själv väljer vårdgivare. Människans förväntningar på hälso- och sjukvård är höga både internationellt och nationellt. Sverige framstår som bra i jämförelser med andra länder vad gäller vårdens resultat och kvalitet (Anell, Glenngård & Merkur, 2012). Svensk hälso- och vård presterar exempelvis väl i olika internationella jämförelser över sjukdomsorienterade indikatorer av vårdkvalitet, såsom överlevnad efter bland annat hjärtinfarkt och stroke. Däremot bedöms vårdens tillgänglighet som mer bristfällig. När det gäller väntetider presterar Sverige sämre än vid jämförelser av olika behandlingsresultat (Sveriges kommuner och landsting - SKL, 2015). En jämförande internationell enkätundersökning (EU-kommissionen, 2007) visade att den svenska befolkningen uppfattar tillgängligheten till hälso- och sjukvården som mindre jämfört med de allra flesta EU-länder, både avseende tillgång till sjukhus och specialister samt avseende primärvårsläkare (EU-kommissionen, 2007). Den svaga punkten, inom svensk hälso- och sjukvård, har varit långa väntetider för diagnos och behandling men även skillnader i vårdkvalitet mellan regioner (EU-kommissionen, 2007). I en återkommande befolkningsundersökning mellan 11 jämförbara länder angav 48 procent av de tillfrågade i Sverige att de fick träffa en läkare eller sjuksköterska samma eller efterföljande dag som de sökt kontakt med vården, vilket är lågt i jämförelse med övriga länder i studien (The Commonwealth Fund, 2013). I ett internationellt perspektiv framkommer också att Sverige har jämförelsevis få läkarbesök per invånare (avseende både primär- och specialiserad vård), trots att den svenska sjukvården uppvisar ett stort antal läkare per invånare i förhållande till andra länder (OECD, 2015). Det totala antalet öppenvårdsbesök hos läkare för varje svensk är i snitt färre än vad som gäller för befolkningen i en rad andra jämförbara länder. En anledning till de låga svenska siffrorna kan vara att en större andel av besöken, särskilt i primärvården, utförs av andra personalkategorier än läkare, såsom sjuksköterskor och barnmorskor. En annan förklaring kan vara att antalet allmänläkare per invånare, vilka huvudsakligen arbetar inom den besöksorienterade primärvården, bland annat är lägre än genomsnittet per invånare i OECD - Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD, 2015) och lägst i jämförelse med andra nordiska länder samt Storbritannien och Nederländerna (Anell, 2015). Detta kan ha att göra med att den svenska hälso- och sjukvården är mer koncentrerad till sjukhus och att kopplingen mellan läkare och patient inom primärvården därmed är svagare (Anell, 2015).

Under det senaste decenniet har flera nationella reformer införts i Sverige vilka initierats av vårdgivare som valt att fokusera bland annat på utveckling av primärvården och äldreomsorg. Reformerna på nationell nivå har fokuserat till exempel på hälsosystemens ansvar, satsningar på olika patientgrupper, fortsatt

specialisering och centralisering av sjukhusvården, privatisering inom apotekssektorn samt införande av valfrihetssystem inom primärvården. Det sistnämnda kan innebära ökad jämförelse av kvalitet och effektivitet. Historiskt sett har patientens rätt att välja vårdgivare inte varit lagstadgat i Sverige utan snarare tillämpats på frivillig basis (Anell, Glenngård & Merkur, 2012). Under de senaste decennierna har patientens valfrihet i allt högre grad kommit att inta en central plats i debatten om hur hälso- och sjukvården ska organiseras (Winblad, Isaksson & Bergman, 2012). Även internationellt förekommer olika valfrihetsreformer inom hälso- och sjukvård (Winblad, Isaksson & Bergman, 2012). I Sverige finns ett lagstadgat fritt vårdval inom primärvården från 2010. Reformen med vårdval innebär att alla vårdgivare som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig på valfri geografisk plats och att patienters val styr ersättningen till vårdgivaren (Winblad, Isaksson & Bergman, 2012). Det finns säkert fler skäl till patientens val av vårdgivare.

Anell, Glenngård och Merkur (2012) beskriver valfrihetssystem inom primärvården som en reform med ökat fokus på utförande och värde. Det exemplifieras av den ökade uppmärksamheten på utförande och konkurrens, incitament för kvalitetsförbättringar hos vårdgivarna och patienters valmöjligheter. Syftet med införandet av Lagen om valfrihetssystem (LOV), var enligt Fredriksson (2013) förutom att förbättra hälso- och sjukvårdssystemet, att stärka patientens makt. Ahgren (2010) menade dock att det kunde uppstå svårigheter att utveckla och dela gemensamma värderingar mellan vårdgivarna i ett valfrihetssystem på grund av decentralisering och specialisering.

Förutom det tidigare nämnda vårdvalet inom primärvården är det upp till regionala beslutsfattare att genom politiska beslut avgöra om valfrihetssystem skall införas eller ej i vårdverksamheterna (SKL, 2009). LOV bygger på fem EU-rättsliga principer som skall ge bra förutsättningar för konkurrens: icke-diskriminering, öppenhet, proportionalitet, likabehandling och ömsesidigt erkännande. LOV är en procedurlag och inte en lag som styr eller begränsar hur valfrihetssystemet utformas och de krav som ställs på vårdgivarna utöver de EU-rättsliga principerna. LOV innebär att priset är fastställt på förhand, ersättningen är lika för alla och att vårdgivarna konkurrerar med kvalitet. Lagen har ingen begränsning för hur många vårdgivare som kan ingå i ett valfrihetssystem utan alla vårdgivare som uppfyller kraven i det på förhand fastställda förfrågningsunderlaget får delta (SKL, 2009).

Grundidén bakom LOV var att vårdgivare skulle vara mer lyhörd för patientens problem, behov och önsknings, och med detta konkurrera med ökad kvalitet och tillgänglighet (Fredriksson, 2013). Ahgrens (2010) studie beskriver att ett valfrihetssystem är självsanerande där de vårdgivare som inte håller måttet automatiskt sällas bort genom kvalitetskonkurrensen. Vårdgivare skall uppfylla de krav som ställs i ett på förhand fastställt förfrågningsunderlag. Förfrågnings-

underlaget måste innehålla alla de krav som ställs genom lagar, förordningar och föreskrifter. Kvalitetsfrågan i offentliga sektorn utgår oftast ifrån hur verksamheterna bedrivs, med hänsyn till förutsättningarna samt vad som uppnås. I den offentliga sektorn har de nationella målen en central betydelse vid kvalitetsdiskussioner. Måluppfyllelse av de nationella målen ses ofta som lika med en hög kvalitet (Ahgren, 2010).

Begreppet vårdkvalitet

Intresset för vårdkvalitet har funnits sedan mitten av 1800-talet då Florence Nightingale började utvärdera sjukvården (Andersson, 1995). Resultaten användes sedan för förbättringar av vården och vårdmiljön. På 1950-talet påbörjades strukturerad utvärdering och bestämning av vårdkvaliteten i USA. Europa följde efter på 1960-talet (Andersson, 1995).

Begreppet kvalitet är i teorin neutralt och associeras till något positivt önskvärt och är känslomässigt laddat (Wilde, 1994). I den internationella kvalitetsstandard ISO 9000:2008 definieras kvalitet som ”Grad till vilken inneboende egenskap uppfyller krav” (ISO 9000:2008). En bred och allmän beskrivning av vårdkvalitet gjordes av Lee och Jones (1933) ”att kriterier för kvalitet är inte något mer än värderingar som tillämpas på olika aspekter, egenskaper, innehåll och dimensioner i processen som kallas sjukvård. På så sätt kan definitionen på kvalitet vara vad var och en önskar att den ska vara” (översättning Lee & Jones (1933)).

Gällande vårdkvalitet är det konsekventa vårdkvalitetskriteriet svårt att definiera och ingen allmän definition finns tillgänglig. Vårdkvalitet har sina rötter i Donabedians forskningsteori, där vårdkvalitet beskrivs som en kombination av struktur, process och resultat (Larson & Muller, 2002). Donabedian (1966) beskrev att vårdkvaliteten är anmärkningsvärt svår att definiera och betonade de många fördelar som uppnåtts genom användningen av prestation som kriterier för kvalitet i vården. Studien pekade dock på att detta har sina begränsningar. Ibland kan ett visst resultat inte vara relevant, till exempel när överlevnad väljs som ett kriterium för goda resultat (Donabedian 1966).

Vårdbehov

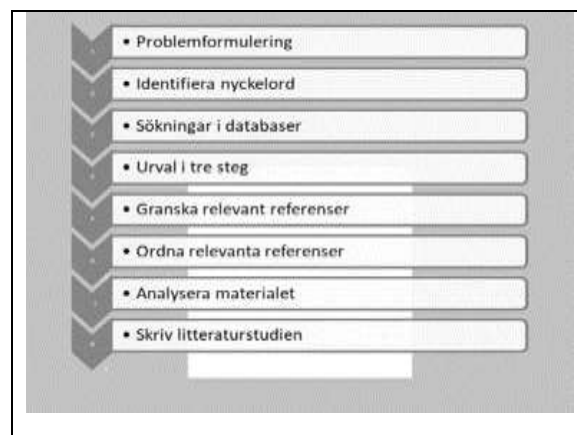
Glenngård (2013) menade att patienters val skulle vara drivkraften för kvalitet, men begreppet kvalitet är svårdefinierat. Istället borde patientens behov vara vägvisaren mot kvalitetsförbättringar. Tidigare forskning har genomförts för att undersöka vad vårdbehoven är. Fagerström (2000) fann att de vårdbehov som visade sig bland patienter var hälsa, tillit, kunskaper och holistisk vård. Andra behov som framkom i studien handlade om att känna trygghet, ha hopp och få vägledning, att kunna uttrycka andliga behov nämndes också, liksom att vårdare upprätthåller den andres värdighet, att den andre blir bekräftad, behandlas med respekt, uppleva mötet med en annan människa och uppleva närhet. Utgångs-

punkten i att förstå patientens vårdbehov var att ha en helhetssyn på människan som en odelbar helhet som består i kropp, själ och ande.

Sammanfattningsvis handlar införandet av vårdval om att förbättra för patienter genom att vårdgivarna skulle konkurrera med vårdkvalitet, och att patienter skulle kunna välja vårdgivare utifrån detta. Men hur väljer patienter egentligen? Syftet med den föreliggande litteraturöversikten var att beskriva vad som påverkade när patienter valde vårdgivare.

Metod

Studien är en litteraturöversikt över tidigare empirisk forskning och följer stegen för litteraturöversikt enligt Polit och Beck (2017), där studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats har granskats och analyserats. Likheter och skillnader har sedan jämförts och sammanställts i resultatet. Första steget är problemformuleringen som inleddes med identifiering av nyckelord i enlighet med ord och begrepp i syftet. Sökningar i databaserna gjordes utifrån valda nyckelord. Urvalet skedde i tre steg, som beskrivs under Urval och granskning. De referenser som blev kvar i steg tre i urvalet granskades och ordnades i en matris. Materialet analyserades och till sist skrevs litteraturöversikten. (se Figur 1).



Figur 1. Illustration av de olika stegen i litteraturöversikten baserad på Polit och Beck

Genomförandet av litteraturöversikten innebar att data samlas in från tidigare studier och är av vikt som underlag när forskare planerar nya empiriska studier (Yin, 2011). Insamlingen av data kräver noggrannhet, eftersom insamlingsförfarandet är sådant att rimliga och tillförlitliga uppgifter skall erhållas och att slutsatser skall vara möjliga att dra (Forsman, 2004).

Enligt Forsberg och Wengström (2013) har översikter ett värde för forskning och utveckling, och drivs i allt större utsträckning inom kunskapsområde omvårdnad. Den stora mängden publicerade artiklar gör det svårt för enskilda utövaren att hålla sig uppdaterad med kunskapsläget på olika områden. Därför

är det av stort värde i att resultaten av flera vetenskapliga studier systematiskt sammanställs. I den föreliggande litteraturöversikten har forskning använts som publicerats i det angivna området.

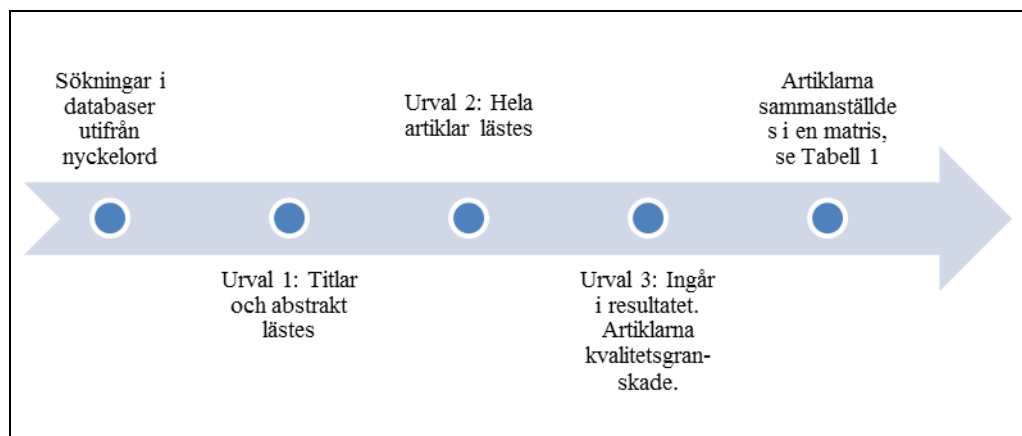
Sökstrategier

En litteratursökning utfördes med hjälp av MEDLINE, PubMed och CINAHL. Sökningarna utfördes med hjälp av följande nyckelord i olika kombinationer: patientdelaktighet (patient participation), primärvård (primary care); vårdbehov (caring needs); vårdkvalitet (quality of care); vårdval (care choice) vårdvetenskap (caring science).

Studien omfattade följande inkluderingskriterier: vårdval och patienters val av vårdgivare, relaterat till syftet för denna litteraturöversikt. Dessutom att artiklarna var referegranskade och skrivna på engelska. Totalt ingår tretton studier i översikten.

Urval och granskning

Inledningsvis lästes artiklarnas titlar. Titlar inom området för studien ledde vidare till läsning av abstrakt. Abstrakten studerades i förhållande till studiens syfte. De abstrakt som ansågs relevanta för syftet behölls, och fulltextversionen hämtades för ytterligare granskning (figur 2).



Figur 2: Urvalsprocessen

Efter en granskning av artiklarna i fulltext sammanställdes en lista över inkluderade studier. I studien ingår både kvalitativa och kvantitativa studier för att ge ett så brett underlag som möjligt. Utvärdering av kvalitet för de valda artiklarna (n = 13) gjordes av första författaren, baserat på de kriterier för relevans som Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) presenterat. Utvärderingen synar studiernas population (är populationen beskriven, är inklusions- respektive exklusionskriterier adekvat beskrivna) samt undersökt intervention (är den relevant, genomförd på ett reproducerbart sätt). Kriterierna för de artiklar som skulle ingå i denna studie var att de hade hög eller

medelhög hög kvalitet. Kvaliteten baserades på nivåerna hög, mellan och låg. Gränserna bestämdes att under 60% poäng var låga, 61-80% var medel och 81-100% var hög kvalitetsnivå. Av de 13 artiklarna i denna litteraturoversikt bedömdes elva ha hög kvalitet och två medelhög kvalitet. Därefter organiserade de 13 utvalda artiklarna i en matris (Tabell 1).

Tabell 1: Matris som beskriver valda artiklar som ingår i resultatet

Författare, land	Syfte	Urval	Design/Metod	Kvalitet nivå
Ahgren, B. & Nordgren, L. (2012). Sverige	att undersöka hur patienter väljer inom vårdval	21 personer	Kvalitativ studie Gruppintervjuer	Hög
Antoun, J.M., Hamadeh, G.N. & Adib, S.M. (2014) Libanon	att belysa vad patienterna prioriterade för att besöka samma vårdgivare inom primärvården igen	400 personer	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Ashworth, M. & Armstrong, D. (2006). England	att illustrera sambandet mellan vårdkvalitet i primärvården, social deprivation och praxis	Data från 8480 vårdcentraler var insamlade	Kvantitativ studie	Hög
Glenngård, A.H. (2013). Sverige	att analysera variationen i patientnöjdhet med avseende på organisatoriska och strukturella faktorer inom primärvården	Data källa: Nationella patientenkäten	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Glenngård, A.H., Anell, A. & Beckman, A. (2011). Sverige	att svara på frågorna hur patienter väljer vårdgivare och hur de får information innan de väljer.	3000 enkäter 50% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Harris, K. (2003). USA	att beskriva processen där patienter söker och väljer läkare	33 000 enkäter 56% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Hjelmgren, J. & Anell, A. (2007). Sverige	att undersöka vilka faktorer som var viktiga när individer väljer primärvård	1600 enkäter 58% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Medel

Nordgren, L. & Åhgren, B. (2010). Sverige	att göra en undersökning om hur patienter väljer i primärvården och vilka faktorer valen beror på	4 paneler med 5-7 deltagare och några enskilda intervjuer som komplement	Kvalitativ studie Intervjuer	Hög
Ranstad, K., Midlöv, P. & Halling, A. (2014) Sverige	att studera sambanden mellan aktiva val inom primärvården och utnyttjande, kön, multisjukdom, ålder	Invånarna i Blekinge (151 731 st)	Kvantitativ studie Beskrivande tvärsnittsstudie.	Hög
Razzouk, N., Seitz, V. & Webb, JM. (2004). USA	att undersöka vilka faktorer som var viktiga när patienter väljer läkare i primärvården	992 deltagare	Kvantitativ studie Enkät	Medel
Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P., Hall, N. (2006). England	att undersöka patienternas preferenser när de bokade en tid inom primärvården	1153 patienter	Kvantitativ studie Discrete Choice Experiment Val av alternativ, statistik	Hög
Wilde-Larsson, B. & Larsson, G. (2009). Sverige	att undersöka sambandet mellan hur patienter upplevde vårdkvalitet och deras vilja att besöka samma vårdgivare igen	22 170 enkäter 75% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Zielinski, A., Håkansson, A., Beckman, A. & Halling, A. (2011). Sverige	att undersöka om ålder, kön och multisjukdom var av betydelse när patienter väljer primärvård	12 696 individer var studerade	Kvantitativ studie Register baserad kohortstudie	Hög

Analys

Analysen bygger på Polit och Becks (2017) beskrivning av tematisk analys. Den föreliggande studien baseras på 13 vetenskapliga artiklar. Analysen genomfördes genom att de empiriska studiernas metodologiska egenskaper, inkluderat ursprungslandet, syftet, urval, design, använt forskningsinstrumentet och studiernas resultat granskades. Genomläsning gjordes flertalet gånger för att verkligen förstå och ha en korrekt översättning, då alla artiklar var skrivna på engelska, erhöles en fördjupad förståelse om varje studie, samtidigt fördes

anteckningar i syfte att identifiera kategorier. Fynd som berörde liknande ämnen sammanställdes till en gemensam kategori. Kategorierna döptes efter de gemensamma nämnare som gick att urskilja från fynden. Analysen resulterade i nio kategorier som slutligen bildade tre teman som svarar mot litteraturöversiktens syfte.

Forskningsetiska överväganden

De vetenskapliga artiklarna som ingår i översikten har granskats utifrån ett etiskt förhållningssätt och följt de etiska principerna. De etiska principerna har sitt ursprung i FN:s mänskliga rättigheter (Northern Nurses Federation, 2003 och Helsingforsdeklarationen, 2014). Det etiska ställningstagandet som gjorts är att inte förvanska eller ändra källans textmaterial utan återge det på ett så korrekt sätt som möjligt. Genomförandet av litteraturöversikten har skett objektivt och översättningarna beaktats noggrant. Inga egna åsikter har vägts in. Artiklarna valdes objektivt oberoende av resultatet i studierna och informationen framställdes så sanningsenligt som möjligt för att undvika förvanskning eller snedvridning av översiktens resultat (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturöversiktens genomförande har utgått ifrån att göra gott och med god vetenskaplig praxis samt grundlig genomgång av den vetenskapliga litteraturen (Helsingforsdeklarationen, 2014).

Resultat

Resultatet visar att patientens delaktighet i valet av vårdgivare utgår från vårderfarenhet, vårdrelationer med professionella vårdgivare och erhållen service.

Vårderfarenhet

Temat vårderfarenhet inkluderar två kategorier: patientens ålder och tidigare erfarenheter av vård.

Patientens ålder

I en svensk studie av Ahgren och Nordgren (2012) framkom att unga patienter var passiva i valet av vårdgivare. I studien använde forskarna gruppintervjuer för att samla data. De unga var inte så noga med avseendet på kontinuitet i vården utan värderade korta väntetider högre, oavsett vem de träffade när de sökte vård.

Sannolikheten att patienter valde en offentlig vårdgivare istället för en privat vårdgivare ökade med ålder och med ökad nivå av multisjukdom (Zielinski, Håkansson, Beckman & Halling, 2011). Studien genomfördes med data från en registerbaserad kohortstudie där 12 696 personer deltog. Samma resultat framkom i en enkätundersökning av Hjelmgren och Anell (2007). 1 600 informanter från Sverige deltog och resultatet visar att äldre patienter och personer med kroniska sjukdomar oftare valde en offentlig vårdgivare.

Antal konsultationer, multisjukdom, ålder och kön visade sig påverka i valet av vårdgivare genom en enkät genomförd i Blekinge i Sverige (Ranstad, Midlöv & Halling, 2014).

Tidigare erfarenheter av vård

Patienter lägger ofta större vikt vid egen erfarenhet av vård än jämförande information. I Sverige genomfördes en studie (Nordgren & Åhgren, 2010) som använde fyra paneler med medborgare. Panelerna genomfördes som halvstrukturerade gruppintervjuer. Varje panel bestod av 5-7 personer och inkluderade "familjer med barn", "människor mitt i livet" och "äldre". Dessutom var invånare i större och mindre kommuner representerade i panelerna. Som ett komplement genomfördes individuella halvstrukturerade intervjuer med ett antal personer baserat på samma frågeområden som användes i panelerna. Författarna drog slutsatsen att patienternas egna vårderfarenheter vägde tungt i valet av vårdgivare. Detta var oberoende av ålder och bosättningsort (Nordgren & Åhgren, 2010).

Vårdrelation med professionella vårdgivare

Temat för vårdrelationer med professionella vårdgivare omfattar kategorierna: bemötande, delaktighet och möjligheten att påverka den egna vården.

Bemötande

Bemötande var en viktig aspekt för äldre personer vid val av vårdgivare. Detta visades i en studie (Åhgren & Nordgren, 2012) som utfördes som gruppintervjuer på fyra platser i Sverige med totalt 21 personer. Resultatet visar hur patienterna bemöttes av vårdpersonal var en viktig faktor vid valet av vårdgivare, men speciellt som en viktig faktor när patienterna valde att välja bort en vårdgivare (Nordgren & Åhgren, 2010).

Delaktighet och möjlighet att påverka den egna vården

Relationen mellan patienters uppfattning om vårdkvalitet och deras vilja att återvända till samma vårdgivare inom primärvården undersöktes i en studie av Wilde-Larsson och Larsson (2009). Resultatet, som baserat på 22 170 patienters svar, visade att patienternas erfarenheter av delaktighet påverkades om de ville återvända till vårdgivaren igen. Enligt studien var det 10% som tvekade att återvända till samma vårdgivare. Variabeln i undersökningen som fick lägst rankning (62%) var "Jag hade ett bra tillfälle att delta i beslut om min vård". "Jag fick möjlighet att prata med läkaren om min vård och hur jag ville ha det" rankades högst (91,8%).

Patienternas förmåga att påverka sin egen hälso- och sjukvård uppskattades i valet av vårdgivare och visades i en undersökning (Hjelmgren & Anell, 2007) som inkluderade 1600 deltagare i Sverige.

Antoun, Hamadeh och Adib (2014) studie handlar om vad som spelade in när patienter fattade beslut att besöka samma vårdgivare inom primärvården igen. Enkätstudien visade på att en doktor som ger patienten adekvat tid för diskussion rankades högt av patienterna.

Erhållen service

Temat för erhållen service innefattar kategorierna: uppfattningar av vårdgivare, tillgänglighet, kontinuitet och patientnöjdhet.

Uppfattningar av vårdgivare

En svensk enkätstudie (Glenngård, Anell & Beckman, 2011) visade att mer än 70% av patienterna uppgav att deras val av vårdgivare var förknippat med en positiv uppfattning av vårdgivaren. Resultatet var baserat på en enkätundersökning som genomfördes i nio kommuner i tre län i Sverige

Faktorer som amerikanska patienter inom primärvård ansåg vara viktigast vid valet av vårdgivare studerades bland 992 deltagare (Razzouk, Seitz & Webb, 2004). Studiens resultat visade att patienternas uppfattning av vårdkvaliteten påverkades av hur andra patienter bedömde bemötande av personal, utbildning och kompetens hos personalen samt tillgänglighet. Patienterna uppgav också att rekommendationer från vänner, familj och läkare och fortlöpande medicinsk utbildning var viktiga vid val av vårdgivare inom primärvården.

En minoritet av patienterna valde aktivt sin läkare, vilket framgår av en enkätstudie i USA (Harris, 2003). Nedsatt hälsa och starka band till sin läkare gjorde patienterna mindre benägna att aktivt söka andra medicinska alternativ. Det fanns dock ökad aktivitet bland etniska minoritetspatienter, där de använde informationen om läkare när de fattade beslut om sina val. Detsamma sågs hos dem som var missnöjda med den medicinska behandling som de hade mottagit någon gång under de senaste fem åren (Harris, 2003).

Tillgänglighet

I Rubin, Bate, Shackley och Hall (2006) engelska studie med 1153 deltagare undersöktes vikten av väntetiden i förhållande till att kunna välja en vårdgivare och välja tid för ett besök. Observationen innehöll tre attribut: väntetid, val av tid för besök och val av läkare. Resultaten visade att kortare väntetider var av intresse för patienterna, men andra faktorer, som att kunna välja en läkare och eller tid för ett besök vägde lika tungt eller tyngre. Korta väntetider uppskattades för barn under fem år och patienter med nya hälsoproblem.

För att primärvården skulle uppfattas som geografiskt tillgänglig var kort avstånd av avgörande betydelse. Ambulerande patienter accepterade längre avstånd till vårdgivare, medan äldre patienter med nedsatt rörlighet och eller med

ökad ålder värderade kortare avstånd till vårdgivaren högre (Nordgren & Åhgren, 2010).

Det har visat sig att yngre patienter upplevde tillgängligheten som viktig, vilket huvudsakligen sågs hos patienter (ålder 20-45 år). Tillgänglighet innebar korta väntetider men också möjlighet att boka ett besök efter kontorstid (Ahgren & Nordgren, 2012).

Kontinuitet

För kvinnor, äldre och personer med en lång sjukdomshistoria var kontinuitet viktigare än korta väntetider. En engelsk observationsstudie av patienters val av vårdgivare (Rubin et al., 2006) visade att äldre var beredda att vänta upp till 2,5 dagar för att få träffa "sin egen läkare" och kvinnor var villiga att vänta två extra dagar. Detta indikerar att vissa grupper av patienter värderade kontinuitet och flexibilitet högre än snabb tillgänglighet.

Hjelmgren och Anell (2007) genomförde en svensk enkätstudie av äldre och kroniskt sjuka personer. Resultatet visade att flertalet deltagare föredrog kontinuitet i kontakt med vårdgivare. Frågeformuläret omfattades av ett utskick till 1600 deltagare i Sverige. Resultaten av en annan studie (Ahgren & Nordgren, 2012) som utfördes som gruppintervjuer visade också att kontinuitet är en variabel som är viktig vid valet av vårdgivare. Nordgren och Åhgren (2010) fann också i sin studie om vad som avgör patienters val av vårdgivare att kontinuitet bidrar till valet av vårdgivare.

Patientnöjdhet

Glenngård (2013) visade att patienterna var mest nöjda med små vårdcentraler där de flesta besöken var till läkaren ($p < .000$). Större patientnöjdhet uttrycktes också vid vårdcentraler med en hög andel patienter från lägre sociala klasser, liksom en stor andel multisjuka patienter ($p < .000$). Vidare framkom i Glenngård (2013) studie att patientnöjdheten hade ett samband med privata vårdgivare, både gällande besök hos doktor och sjuksköterska.

En annan studie (Ashworth & Armstrong, 2006) visade att kvaliteten på primärvården var lägre i fattiga områden. Indikatorer av bättre kvalitet enligt denna studie, som högre utbildning bland personal, var sällsynta inom dessa områden.

Diskussion

I den föreliggande litteraturöversikten var fokus på att beskriva patienters val av vårdgivare inom vårdval. I denna studie framkom att patienters val av vårdgivare görs utifrån vårderfarenhet, vårdrelationer med professionella vårdgivare och erhållen service. De underliggande kategorierna var: ålder och tidigare erfarenhet av vård, bemötande av vårdpersonal, delaktighet, möjlighet att påverka

egen vård, oppfattninger av vårdgivare, tillgänglighet, kontinuitet och patientnöjdhet.

Ålder är en faktor som har visat sig vara viktig för valet av vårdgivare. Äldre människor och patienter med flera diagnoser och kroniska sjukdomar är förmodligen villiga att vänta längre för att få ett möte med sin ordinarie läkare. Ålder har också visat sig vara en variabel som påverkar valet av offentliga och privata vårdgivare. Resultatet visar att patienter med ökad ålder och ökad nivå av multisjukdom är mer benägna att välja offentliga vårdgivare istället för privata vårdgivare (Hjelmgren & Anell, 2007). Andra forskare (Zielinski et al., 2011) har föreslagit att mätning av graden av multisjukdom skulle ge en bättre förståelse för kroniskt sjuka patienter, deras val av vårdgivare och för att förbättra vården för äldre människor (Zielinski et al., 2011). Det finns behov av att utveckla vården av äldre människor och att geriatrisk kompetens är en nödvändighet, särskilt i den offentliga sjukvården. Det är också av vikt med teamarbete mellan olika professioner för att möta patienters behov.

Tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvårdvård är en faktor som påverkar valet av vårdgivare. I denna studie framkom att patienternas egna vårderfarenheter vägde tungt i valet av vårdgivare; Detta var oberoende av ålder och var patienten bor. Här av kan slutsatsen dras enligt ett citat (Victoor, Delnoij, Friele & Rademakers, 2012) att "det finns inget sådant som en vanlig patient; alla gör olika val i olika situationer". Det innebär att alla har en egen upplevelse av vård, både bra och dåligt, vilket leder till helt individuella val. Detta visar att en mångfald och bredare utbud av vårdgivare är nödvändiga för att uppfylla patienternas olika behov och önskningar för att uppnå tillfredsställelse i vårdsituationer.

Hur patienterna bemöttes av vårdpersonalen var oerhört viktigt i valet av vårdgivare. För de flesta deltagarna i studien var gott bemötande i telefon och i personliga möten avgörande faktorer vid val av vårdgivare (Socialstyrelsen, 2012).

Resultatet visar att patienter är mer benägna att välja att återvända till en vårdgivare om de upplever att de kan påverka och vara delaktiga. Hur delaktighet skall implementeras i klinisk praxis verkar dock ej klarlagt. I en svensk studie (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2006) visade forskarna att sjuksköterskor uppfattade att patienter i högre grad bad om delaktighet än de faktiskt gjorde. Skillnader i patienters önskemål hittades i förhållande till ålder och social status, men inte i förhållande till kön. Sjuksköterskorna var inte alltid medvetna om patientperspektivet och hade en tendens att överskatta patienternas vilja att ta en aktiv roll i sin egenvård (Florin et al., 2006). Här föreslås en ökad lyhördhet för att möta patienternas vårdbehov. Återigen är det av betydelse att personalen har ambitionen att ta reda på patienternas uttryckta önskningar när vården planeras.

Tillgänglighet anses som en angelägen variabel för valet av vårdgivare. Studien visar att korta väntetider är viktiga, liksom möjligheten att boka en tid efter kontorstid. Geografisk tillgänglighet är också av betydelse, särskilt när ålder ökar och rörligheten minskar. Det har framkommit att det måste vara lätt att komma i kontakt med vårdgivare. God bemanning under telefontid och ett telefonsystem där personalen ringde tillbaka sågs positivt. Förutom god tillgänglighet var det också viktigt att vårdgivaren kunde erbjuda tid samma dag eller nästa dag. Om patienterna fick tala direkt med läkaren gav detta ett mervärde (Socialstyrelsen, 2012).

Resultatet speglar betydelsen av kontinuitet; Äldre människor var beredda att vänta upp till 2,5 dagar för att träffa "sin egen läkare" och kvinnor var villiga att vänta två extra dagar. För kvinnor, äldre människor och patienter med lång sjukdomshistoria var kontinuitet viktigare än korta väntetider. Det visades att en majoritet av befolkningen ansåg att det var viktigt att ha en väletablerad läkare i primärvården. Följaktligen kan detta vara något som är nödvändigt att granska när personalomsättningen är hög och tillfälliga läkare är ofta anställda. Enligt Eriksson och Lindström (2003) innebär det att förtroende och tillit måste upprätthållas inom en vårdrelation. Det är mänskligt att möta varandra med förtroende och att kunna lita på en annan. Om det skall vara möjligt för tillit och förtroende att växa behövs det kontinuitet. Kontinuitet i vården är en förutsättning för att förtroendet ska fungera i praktiken.

Victoor et al. (2012) rapporterade i en studie att jämförande information kring vårdgivare verkade ha relativt begränsad inverkan på de val som många patienter gjorde. I Socialstyrelsens rapport (2012) visades att informerade val kräver att medborgarna lätt kan få tillgång till information om kvaliteten och effektiviteten hos vårdgivarna. I dessa avseenden är informationsutbudet mycket begränsat och vårdgivarna verkar inte ha funnit effektiva sätt att marknadsföra sig.

Patientnöjdhet ger ett visst mått på kvaliteten hos en vårdgivare, vilket framgår av resultatet. Ett exempel på detta var att patienterna uttryckte större nöjdhet med små vårdcentraler och vårdcentraler där den största andelen besök var till läkaren, även där det fanns en stor andel patienter från lägre sociala klasser samt en stor andel patienter med multisjukdom. Patienter med hög social status var mest missnöjda. En rapport (Manian, Gillman & Spitznagel, 2012) visade att patienter med dålig eller mycket dålig hälsa hade det lägsta förtroendet för och var minst nöjda med sina vårdgivare. Det fanns också skillnader mellan olika åldersgrupper. De som var 70 år och äldre hade det största förtroendet för sin offentliga vårdgivare (75%). Motsvarande siffra i åldersgruppen 30-39 var 52%. De främsta orsakerna till bristen på förtroende bland de 2190 personer som undersöktes var "du får inte den hjälp du behöver" (24%), "dåliga kunskaper hos läkare" (23%) och "olika läkare vid besöken" (13%) (Manian et al., 2012). Här kan ses att det finns ett behov av utveckling avseende kontinuitet.

Få studier som ingick i översikten undersökte effekter av vårdval och dess inverkan på vårdkvalitet, både när det gäller primär och specialiserad sjukvård. Studier utförda i Sverige visar att patientnöjdheten har ökat något sedan reformen av vårdvalet infördes. Dock kan slutsatsen inte dras att ökningen beror på reformen med vårdval. I det svenska sammanhanget har det inte undersökts huruvida medicinsk kvalitet också påverkats, troligen på grund av brist på giltig och godkänd medicinsk kvalitetsmätning i primärvården (Winblad et al., 2012). Ett sätt att kategorisera olika aspekter av kvalitet är att skilja mellan struktur, process och resultat (Donabedian, 1966). Ett resultat som härrör från kvalitet är de förbättringar som kan tillskrivas struktur och process och beskriver vad som ska uppnås. Resultaten kan delas in i underkategorier, till exempel hälsovård, funktionella och kliniska resultat och patientnöjdhet. Patientens nöjdhet kan vara påverkad av tillgänglighet och väntetid (Örnerheim, 2013).

Studiens begränsningar

Det fanns relativt få vetenskapliga artiklar som publicerats inom vårdval. I litteratursökningen valdes databaser utifrån antagandet att val av vård kan innebära mer forskning än de medicinska aspekterna, således sökningar också i mer generella databaser. Sökningarna har gjorts i olika databaser för att samla så mycket material som möjligt. Det var emellertid inte lätt att söka efter artiklar som kunde motsvara syftet med litteraturöversikten eftersom det inte gav många relevanta resultat när sökningarna specificerades. Det är möjligt att det fanns andra användbara nyckelord som skulle gett mer data. De artiklar som ingår i studien är från Sverige, England, Libanon och USA. Studien genomfördes enligt Polit och Becks (2017) metod för genomförandet av en litteraturöversikt, vilket kan ha betydelse för överförbarheten. Det har varit vår ambition att göra databehandlingen objektivt och inga personliga synpunkter har vägts in.

Konklusion

Den bakomliggande idén kring vårdval är konkurrens baserad på vårdkvalitet, men resultaten visar att patienterna gör sina val utifrån andra faktorer som deras egna vårderfarenheter, vårdrelationer med personal och erhållen service hos vårdgivarna. Reformen, vårdvalet, som har utgångspunkten att vårdkvaliteten skall öka, har ett utrymme för förbättring om istället fokuset lades på lyhörighet för patienternas vårdbehov. En viktig grupp är äldre människor med ökade vårdbehov med önskan om kontinuitet och vårdpersonal med unik kompetens inom geriatrisk vård. Det innebär även att ytterligare forskning är nödvändig, till exempel kring patienternas delaktighet och möjlighet att påverka egen vård, vilket är ett aktuellt ämne.

Författarnas bidrag

MN designade studien och genomförde litteratursökningarna, analyserade materialet och deltog i skrivandet av manuskriptet. IF fungerade som

huvudhandledare, JN och LL som bihandledare och deltog i analys av materialet och skivandet av manuskriptet. Alla författarna har läst och godkänt det slutliga manuskriptet.

Litteratur

- Ahgren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy*, 96: 91-97.
- Ahgren, B. & Nordgren, L. (2012). Is choice of care compatible with integrated health care? An exploratory study in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27, 162-172.
<http://dx.10.1002/hpm.2104>
- Andersson, I.S. (1995). *Utveckling av metoder för mätning av vårdkvalitet – med inriktning mot omvårdnad*. Avhandling: Linköpings universitet.
- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt*. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4).
- Anell, A., Glenngård, A.H. & Merkur, S. (2012). Sweden. Health system review. *Health Systems in Transition*, 14, 5.
- Antoun, J.M., Hamadeh, G.N. & Adib, S.M. (2014). What matters in the patients' decision to revisit the same primary care physician? *Le Journal Medical Libanais*, 62(4), 198-202.
- Ashworth, M. & Armstrong, D. (2006). The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework. *BMC Family Practice*, 7, 1-8.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691-729.
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2003). *Gryning II*. Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- EU-kommissionen (2007). *Health and long-term care in the European Union*.
- Fagerström, L. (2000). *Patientens vårdbehov. Att förstå och mäta det omätbara*. Finland: Avhandling, Åbo Akademi.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses and patients perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1498-1508.
<http://dx.doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forsman, B. (2004). *Forskarens frihet. Om makt och moral*. Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, M. (2013). Is patient choice democratizing Swedish primary care? *Health Policy*, 111, 95-98.
- Glenngård, A. H. (2013). Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings

- based on data from the national patient survey in Sweden. *Health Economics, Policy and Law*, 8, 317-333.
- Glenngård, A. H., Anell, A. & Beckman, A. (2011). Choice of primary care provider: Results from population survey in three Swedish counties. *Health Policy*, 103, 31-37.
- Harris, K. (2003). How Do Patients Choose Physicians? Evidence from a National Survey of Enrollees in Employment-Related Health Plans. *Health Services Research*, 38(2), 711-732.
- Helsingforsdeklarationen: 06, februari, 2014 från <http://www.codex.Vr.se/manniska2>
- Hjelmgren, J. & Anell, A. (2007). Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy*, 83, 314-322. <http://dx.10.1016/j.healthpol.2007.02.006>, ISO 9000:2008
- Larson, J. S. & Muller, A. (2002). Managing the quality of health care. *Journal of Health & Human Services Administration*, 262-280.
- Lee, R. I. & Jones, L.W.V. (1933). *The fundamentals of good medical care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Manian, F. A, Gillman, M. & Spitznagel, E. L. (2012). A Comparaison Between Rankings of Top Hospitals by the U.S. News & World Report and the Consumer Reports Patient Ratings: Clarity of Confusion for the Empowered Consumer? *Journal of Consumer Health on the Internet*, 16(2),162-169. <http://dx.doi.org/10.1080/15398285.2012.673462>
- Nordgren, L. & Åhgren, B. (2010). *Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler*. Uppdragsforskningsrapport: 2010:3, Konkurrensverket
- Northern Nurses Federation: Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003).
- OECD (2015). *OECD health statistics – health care utilisation*.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ranstad, K., Midlöv, P. & Halling, A. (2014). Importance of healthcare utilization and multimorbidity level in choosing a primary care provider in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32, 99-105.
- Razzouk, N., Seitz, V. & Webb, J. M. (2004). What's important in choosing a primary care physician: an analysis of consumer response. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 17(4),205–11. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860410541522>
- Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P. & Hall, N. (2006). Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. *The British Journal of General Practice*, 56 (531), 743–8.
- Socialstyrelsen (2012). *Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv*. Slutredovisning.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Valfrihetssystem för nybörjare och andra nyfikna*.

- Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*.
- The Commonwealth Fund (2013). *International Health Policy Survey*.
- Victoor, A., Delnoij, D., Friele, R. & Rademakers, J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *Health Services Research*, 12, 272.
- Wilde, B. (1994). *Quality of care: models, instruments, and empirical results among elderly*. Avhandling: Karlstads universitet.
- Wilde-Larsson, B. & Larsson, G. (2009). Patients views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22, 600-611.
<http://dx.doi.10.1108/09526860910986867.x>
- Winblad, U., Isaksson, D. & Bergman, P. (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård– en kartläggning av kunskapsläget*. Rapport 2012:2. Myndigheten för vårdanalys.
- Yin, R. K. (2011). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.
- Zielinski, A., Håkansson, A., Beckman, A. & Halling, A. (2011). Impact of comorbidity on the individual' s choice of primary health care provider. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, 104–109.
<http://dx.10.3109/02813432.2011.562363>
- Örnerheim, M. (2013). *Kvalitetsbegreppet i lagstiftningen inom den mänskliga sektorn. En översikt*. Linköping: Linköping University Electronic Press.