



Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler

En rapport skriven av
Lars Nordgren och Bengt Åhgren
på uppdrag av Konkurrensverket

Uppdragsforskningsrapport: 2010:3
Lars Nordgren och Bengt Åhgren
ISSN-nr 1652-8069
Konkurrensverket, Stockholm 2010

Förord

I Konkurrensverkets uppdrag ligger bland annat att främja forskning på konkurrens- och upphandlingsområdet.

Konkurrensverket har gett docenterna Lars Nordgren och Bengt Åhgren i uppdrag att genomföra en brukarundersökning om invånarnas benägenhet att aktivt välja vårdtagare inom primärvården, samt vilka faktorer som spelar in om ett aktivt val görs.

Till projektet har knutits en referensgrupp. Den har bestått Sofia Lundberg vid Umeå universitet, Christina Fleetwood, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Olle Olsson och Lena Svensson, Sveriges Kommuner och Landsting, Ted Ekman och Sara Öberg, Almega samt Johan Hedelin, Stefan Sagebro och Joakim Wallenklint, samtliga vid Konkurrensverket.

Det är författarna som svarar för slutsatser och bedömningar i rapporten.

Stockholm, november 2010

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	8
1 Inledning	9
2 Teori om val av sjukvårdstjänster	11
2.1 Tillgänglighet i primärvård	12
2.2 Kontinuitet i vården.....	13
2.3 Stöd för samordning av vårdbehov och vårdinsatser	13
2.4 Marknadsföring och skapande av marknader	14
2.5 Vetenskapssyn	15
3 Metod och deltagare	17
3.1 Etiskt förhållningssätt.....	18
3.2 Frågeområden.....	19
4 Resultat	20
4.1 Innehållsanalys	20
4.1.1 Avgörande faktorer vid val av vårdcentral	20
4.1.2 Avgörande faktorer vid byte av vårdcentral.....	21
4.2 Diskursanalys.....	21
4.2.1 Diskursanalys av brukarpanel i Kronoberg	22
4.2.2 Diskursanalys av brukarpaneler i Skåne	26
4.2.3 Diskursanalys av intervjuer i Stockholm	27
4.2.4 Jämförelse mellan Kronoberg, Skåne och Stockholm.....	27
5 Diskussion	28
5.1 Metoddiskussion	28
5.2 Diskussion avseende innehållsanalysen	28
5.3 Diskussion avseende diskursanalysen	30
5.3.1 Ökat inflytande för brukare?	30
5.3.2 Aktiva val	31
5.3.3 Närhet och personligt bemötande	31
5.3.4 Behålla samma läkare	32
5.3.5 Dialog och koordineringsstöd	32
5.3.6 Vårdpengen är okänd	33
5.4 Översiktlig sammanhållen diskussion	33
6 Jämförelse med andra konsumentmarknader - skola och hemtjänst	34

7	Slutkommentarer.....	36
8	Tack och vites.....	37
9	Referenser	38

Sammanfattning

Från och med 1 januari 2010 har landstingen en skyldighet att låta medborgare välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att följa hur landstingens införande av dessa vårdvals-system påverkar konkurrensen mellan utförare, förutsättningar för en mångfald av utförare inom primärvård och främjande av en kvalitetskonkurrens mellan dessa. En viktig förutsättning för att valfrihetssystemen ska bidra till en väl fungerande konkurrens är att invånarna/patienterna har vilja och förutsättning att aktivt välja vårdmottagning. Föreliggande brukarundersökning, som är baserad på invånarpaneler, är ett led i ovan nämnda uppdrag och syftar till att bidra till en djupare förståelse av val av primärvård. Frågeställningarna handlar om varför och hur brukare väljer respektive inte väljer vårdgivare samt vilka förklaringsvariabler som eventuellt kan kopplas till aktiva val. Undersökningen har utförts av Lars Nordgren och Bengt Åhgren.

Metod och deltagare

Undersökningen har getts en deduktiv utformning baserad på teori kring val av sjukvårdstjänster, såsom t.ex. tillgänglighet, kontinuitet, samordning och marknadsföring. Utifrån teorigenomgången har ett antal frågeområden formulerats. Dessa blev diskuterade i fyra invånarpaneler i Region Skåne och Landstinget Kronoberg. Panelerna genomfördes som semistrukturerade gruppintervjuer, vilket innebär att deltagarna svarade fritt, utan svarsalternativ, på varje enskilt frågeområde.

Varje invånarpanel bestod av 5-7 individer. Urvalet av dessa invånare gjordes strategiskt och inkluderade "barnfamiljsåldrar", "invånare mitt i livet" och ålderspensionärer. Dessutom var invånare från storstad och mindre kommun representerade i panelerna. Som komplement till invånarpanelerna genomfördes enskilda semistrukturerade intervjuer med några invånare i Stockholms läns landsting; baserade på samma frågeområden användes som i invånarpanelerna. Svaren från de intervjuade bearbetades med stöd av kvalitativ metodik dels innehållsanalys dels diskursanalys, som kompletterade varandra.

Resultat

Innehållsanalysen visar att oavsett vilken grupp av invånare eller bostadsort man tillhör så väger de egna vårdupplevelserna tungt i valet av vårdcentral. För småbarnsföräldrar tycks tillgänglighet värderas högst, medan yrkesverksamma och ålderspensionärer framförallt kommenterar behovet av kontinuitet kopplat till tidigare läkarbesök. Bland ålderspensionärer är dessutom bemötandet man fått tidigare en viktig faktor i valet av vårdcentral. Denna invånargrupp tycks även

uppskatta den samverkan primärvården har med andra vårdgivare. Bland småbarnsföräldrar har deras egen medverkan i behandlingen betydelse för valet av vårdcentral. Andra viktiga faktorer vid valet av vårdcentral är vissa objektiva fakta. Oavsett invånargrupp beaktas t.ex. avståndet till vårdcentralen.

Orsakerna till att man byter vårdcentral beror helt på egna dåliga erfarenheter med vården på den tidigare vårdcentralen. Som påpekats prioriterar ålderspensionärer läkarkontinuitet i val av vårdcentral. Detta innebär att de kan tänka sig att följa läkaren som man etablerat kontakt med om denne flyttar till annan vårdcentral.

Enligt diskursanalysen finns följande dominerande teman inom de utsagor som analyserats avseende invånare i "barnfamiljsåldrar": kunna göra ett aktivt val; läkare och annan personal ska ha tydlig professionell kunskap; det är mycket viktigt med snabb och tillgänglig service; det personliga bemötandet värdesätts högt; ryktet om en vårdcentral sprids fort på en mindre ort och påverkar starkt det val man gör; det ska vara möjligt att visa sitt missnöje genom att aktivt välja bort en vårdcentral samt att man uppskattar och tar för givet att det är möjligt att göra fria val över landstingsgränser.

För ålderspensionärer återfanns följande dominerande teman bland utsagorna: samtliga säger sig ha gjort ett aktivt val; vårdval är något positivt i sig själv; det ska gå att behålla samma läkare som man har förtroende för; det är viktigt att bli personligt och väl bemött; läkare och annan personal har tydlig professionell kunskap, som att lyssna noga och att hänvisa till annan specialist när det behövs; ryktet om en vårdcentral sprids fort på en mindre ort och påverkar det val man gör; det är möjligt att visa sitt missnöje genom att välja bort en vårdcentral samt att det är viktigt med rimliga väntetider.

Konkluderande kommentarer

Diskursanalysen indikerar att invånarna, med vårdvalssystemen, har förbättrat sina möjligheter att välja den vårdgivare som man föredrar, alternativt att välja bort den vårdgivare som man är missnöjd med, vilket kan betraktas som att invånare gör aktiva val. Enligt innehållsanalysen är dessa val erfarenhetsbaserade. Vidare så är vårdgivarkontinuitet och olika former av tillgänglighet avgörande när invånare gör aktiva val av vårdgivare.

Invånare som inte har aktuella vårderfarenheter av primärvården är i gengäld mindre intresserade av att göra vårdval. Innehållsanalysen antyder att man trots allt väljer vårdgivare i primärvård på grund av att det förväntas av en som medborgare. Denna attityd kan kopplas till invånarnas förtroende till att sjukvårdssystemet fungerar om jag blir sjuk. Tilltro till den professionella kompetensen i sjukvården är en central utsaga i diskursanalysen, samtidigt som det tycks finnas behov av att koordinera insatser, utifrån ett helhetsansvar, om dessa sker på fler ställen än i primärvård.

Rekryteringen till invånarpanelerna har inte haft ambitionen att skapa representativa urval av befolkningen lokalt eller nationellt. Detta kan svårligen göras i denna typ av gruppintervjuer och därmed kan resultaten inte sägas spegla befolkningens synpunkter. Invånarpanelerna ska istället ses som ett bidrag till en ökad förståelse för, och kunskap om, faktorer och drivkrafter som påverkar invånares val av primärvård. En kvalitativ metodik av detta slag ger inte möjligheter till att generalisera resultaten, men om det finns en samstämmighet med resultat från andra studier ökar deras allmänna betydelse. Förhoppningsvis kan studiens resultat inspirera till andra studier om vårdval baserade på annan metodik, d.v.s. att det etableras en så kallad sekventiell metodtriangulering för utforskandet av fenomenet vårdval. En annan intressant studie skulle kunna vara att jämföra med utvecklingen inom andra tjänsteverksamheter med valfrihet som tandvård, pensioner och försäkringar.

Summary

Free choice of primary care has successively been introduced, and during 2010 the entire Swedish primary care is expected to have had implemented schemes of this kind. The purpose of this national reform is to enhance freedom of choice for the citizens and facilitate for new providers to establish themselves in publicly financed primary care.

According to the assignment of the Swedish Competition Authority, the aim of this study is delimited to explore the motivational factors, which influence citizens' active choice of primary care. For this purpose, group interviews (organised as "panels") were administered in four locations in the south of Sweden. They were strategically designed to on the whole include individuals with following characteristics: age between 20-45 years, 46-64 years, and 65 year or older, and also living in a big city or a small community. Supplementary individual interviews were carried out in the County Council of Stockholm.

Guided by theories about key issues for patients choosing health care, the following question topics about choice of care were drawn up. The experienced or perceived importance of: continuity of interpersonal contacts, care service convenience, patient empowerment, care provider demeanour, quality of care, and care provider image. The interviewees reflected and commented on these topics. The interviews were thus semi-structured; without any predetermined codes. The verbatim transcripts of these interviews were processed according to Content Analysis and Discursive Analysis.

The Content Analysis shows that regardless of age and domicile of the interviewees, one's own experiences are of outmost importance when active choices are executed. These experienced determinants of choice were distributed into the following main categories: accessibility of care, continuity of care and care provider treatment.

According to the Discursive Analysis following examples of dominating themes emerged: be able to make active choices, choice of care is something positive by itself, the health care staff should have distinct knowledge, the reputation of a primary care unit is rapidly spread out in a small community and it influences the choice of care, and, finally, it should be possible to demonstrate disappointment by actively dropping a primary care unit.

Thus, it seems like choice of care has improved the possibilities of the citizens to choose a preferred care provider, or drop one due to dissatisfaction. That is, to exercise active choices. These are to a large extent influenced by experiences about continuity, accessibility and treatment.

1 Inledning

Från och med 1 januari 2010 har landstingen en skyldighet att låta medborgare välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Före detta datum omfattades invånare i 8 av landets 21 landsting/regioner av vårdvals-system (Åhgren 2010). Många av dessa och tillkommande vårdvalssystem är inspirerade av pionjärbetet i Hallands läns landsting, vilket var först ut med att lansera en vårdvalsmodell i primärvård. Detta skedde år 2007, och landstingen i Stockholms län och Västmanland implementerade sina motsvarande modeller under 2008. Därefter införde sålunda ytterligare fem landsting/regioner vårdvalssystem innan detta blev ett obligatorium.

I detta sammanhang bör framhållas att invånare i Sverige sedan början av 1990-talet har erfarenheter av att välja vårdgivare i primärvård. 1993 introducerades en nationell husläkarreform som innebar att varje invånare hade laglig rätt till att välja sin husläkare. 1994 blev det maktskifte i Sveriges riksdag och den nya socialdemokratiska regeringen avskaffade husläkarlagen år 1996 (Åhgren 2010). Möjligheterna att välja husläkare försvann dock inte därmed helt. I några landsting, t.ex. Stockholm, kvarstod möjligheten och har sedermera inkluderats i Vårdval Stockholm.

Även om Hallands vårdvalsmodell är en inspirationskälla, kan man konstatera att utformningen av de efterföljande modellerna varierar med avseende på omfattningen av primärvårdsuppdraget, t.ex. om det inkluderar eller exkluderar barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, hemsjukvård och medicinsk fotvård (Socialstyrelsen 2010), samt hur kapiteringsprinciper och den rörliga ersättningen utformas (Anell 2008). Grunderna i vårdvalssystemen är dock att ersättningen följer den enskildes val av vårdgivare och att privata och offentliga utförare behandlas lika (Nordgren 2010 b). Detta möjliggörs med stöd av lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:763), vilken infördes den 1 januari 2009. Lagen ger kommuner och landsting möjlighet att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren/patienten. Förutom primärvård har valmöjligheter införts inom skola, omsorg och hemtjänst. Även om dessa verksamheter är annorlunda kan det finnas lärdom att inhämta från dessa sektorer (Kastberg 2010). Bland annat gäller det hur system för val av tjänster implementeras, t.ex. hur support- och stödsystem bör byggas upp för att underlätta val.

En viktig förutsättning för att valfrihetssystemen ska bidra till en väl fungerande konkurrens är att invånarna/patienterna har vilja och förutsättning att aktivt välja vårdmottagning. Konkurrensverket har därför gett Lars Nordgren (projektledare) och Bengt Åhgren i uppdrag att genomföra en brukarundersökning baserat på invånarpaneler (KKV Dnr 296/2010).

Det övergripande syftet är att bidra till en djupare förståelse av val av primärvård. Undersökningens resultat och frågan om aktiva val ska relateras till forskningsteori om vad som påverkar konsumenter att välja respektive inte välja.

Undersökningen har getts en kvalitativ inriktning med fokus på varför och hur brukare väljer respektive inte väljer vårdgivare, samt vilka förklaringsvariabler som eventuellt kan kopplas till aktiva val. Det har varit angeläget att använda en metod som möjliggör att brukarnas egna utsagor om vårdval också kan framgå "ofiltrerade" i texten. Undersökningens syfte är även att belysa eventuella beröringspunkter mellan vårdvalssystem inom primärvården och val på andra konsumentmarknader som präglas av valfrihet.

2 Teori om val av sjukvårdstjänster

Hur brukare själva värderar möjligheten att kunna välja vårdgivare har studerats i mycket begränsad omfattning såväl i Sverige som internationellt. Överhuvudtaget har värdeskapande i relationer mellan kunder och professionella, som t.ex. värdet av att göra egna val av vårdcentral, läkare och behandling, studerats i begränsad omfattning inom professionella tjänsteorganisationer som bl.a. hälso- och sjukvård och försäkringsbranschen. Det är sällan som brukarnas¹ egna uppfattningar och utsagor har kommit till tals. En anledning till detta har varit att professionella tjänsteverksamheter utmärks av en informationsasymmetri som innebär att de professionella har ett kunskapsövertag i förhållande till kunderna. Dessa är därför tvingade att ha ett förtroende för och lita till de professionellas kunskaper (Howden, Pressey 2008, sid. 789).²

När det gäller sjukvård konkluderar flera internationella studier rörande patientval i skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem att patienter hittills har visat relativt lite intresse för att välja vårdgivare, förutom när de är missnöjda med vården, t.ex. att väntetiderna är oacceptabelt långa. Istället tycks patienter i allmänhet vara mer intresserade av att vara delaktiga i valet av behandlingsalternativ, samtidigt som de deltar i denna beslutsprocess i mindre omfattning än vad de skulle vilja göra (Fotaki *et al* 2006; Fotaki *et al* 2008; Goodwin 2006). Patienter med hög utbildning tycks använda information i större utsträckning och är också mer benägna att göra val i hälso- och sjukvård. Vårdvalssystem tycks således generellt inte omfatta den typ av val som är vanliga för merparten patienter. Unga, välutbildade och mobila patienter tycks dock vara mer angelägna att kunna välja vårdgivare jämfört med många andra patientgrupper, vilka ofta är mer konservativa och föredrar att behålla sina etablerade vårdgivarkontakter (Thomson, Dixon 2006; Fotaki *et al* 2008).

Dessa slutsatser från internationell forskning understöds av liknade resultat från svensk primärvård:

- Patientinflytande över den behandling man genomgår värderas högt av svenska primärvårdspatienter (Hjelmgren, Anell 2007).
- En studie i Stockholms läns landsting visade att enbart en liten andel av patienterna har utnyttjat sin möjlighet att byta primärvårdsenhet, och om detta sker så väljer man en ny vårdgivare i närområdet (Berggren *et al* 2009).
- Rosén *et al* (2001) konkluderar att patienter i yngre åldrar och bosatta i städer är mer angelägna om att kunna välja vårdgivare i primärvård i jämförelse med andra patientgrupper. Berggren *et al* (2009) kommer fram till en liknande slutsats avseende valbenägenheten i Vårdval Stockholm.

¹ Olika benämningar på den vårdsökande som brukare, kund, klient och patient förekommer i litteraturen. För en begreppsgenomgång se Nordgren (2003) som avhandlar patient- och kundbegreppen samt Kastberg (2010).

² Kundvärden inom professionella tjänsteorganisationer kan delas upp på olika sätt. Enligt Howden & Pressey (2008) kan kundvärden indelas i utförarens kunskap, förtroende, personlig interaktion, hur ett åtagande fullföljs, lokalisering samt kostnad.

Försiktigheten eller konservatismen vad gäller val av sjukvård framkommer även inom länssjukvården (SKL 2009(a); Knutsson 2006), vilket innebär att system med patientval inte kan betraktas som en traditionell konsumentmarknad, karakteriserad av en hög grad av utbytbarhet av leverantörer (Ahgren 2010).

2.1 Tillgänglighet i primärvård

Rörliga patienter, t.ex. de som har tillgång till eget transportmedel eller saknar rörelsehandikapp, har i många fall en utvidgad referensram vad gäller tillgänglighet kopplat till avståndet mellan bostad och vårdgivaren. Dessa patienter kan sålunda välja mellan flera vårdalternativ och ändå uppfatta att dessa är tillgängliga ur transportsynpunkt (Ahgren 2010). Dessutom har antalet vårdgivare i primärvården ökat på grund av att vårdvalssystem successivt implementeras. Enligt Konkurrensverkets uppföljning har antalet vårdmottagningar i primärvård ökat med 19 % sedan vårdvalssystemen lanserades. Hela denna ökning härstammar från privata entreprenörer som har blivit ackrediterade att ingå i landstingens vårdvalssystem (Konkurrensverket 2010). Volymökningen ökar mobila patienters möjligheter att hitta ett transportmässigt tillgängligt vårdalternativ. Samtidigt kan konstateras att landsting med en stor andel glesbyggd har ett lägre tillskott av nya vårdenheter, vilket gör den högre graden av denna typ av tillgänglighet till ett fenomen som i första hand finns i storstäder (Vårdföretagarna 2010).

Äldre patienter, som är en av de viktigaste målgrupperna i primärvården, minskar å andra sidan generellt sin rörlighet i takt med stigande ålder. För dessa patienter har därmed korta avstånd en avgörande betydelse om primärvården ska uppfattas som geografiskt tillgänglig. Detta minskar därmed deras reella valmöjligheter och gör därmed vårdvalssystemen mindre väsentliga för denna grupp (Ahgren 2010).

Dessutom tycks vårdvalssystemen initialt stimulera vårdgivarna till att korta väntetider till mottagningsbesök (Lövtrup 2009) och göra primärvården allmänt mer tillgänglig (SKL 2009(b)), vilket är allmänt uppskattat av primärvårdspatienter (Hjelmgren, Anell 2007). När mobila patienter väljer primärvårdenhet som de uppfattar har rimliga väntetider, realiserar de aktivt målet att göra primärvården tidsmässigt tillgänglig. Äldre och handikappade patienter med begränsad rörelseförmåga har inte motsvarande möjlighet att minimera sina väntetider, vilket kan innebära otillräcklig matchning och även ett ojämnt utbud av primärvård i förhållande till behoven i befolkningen (Nordgren 2009). Likartade förutsättningar kan även uppstå när patienter är temporärt otrogna den vårdcentral man valt om väntetiderna tillfälligt ökar på grund av till exempel personalvakanser. Det är möjligt för patienter i de flesta landstingen att vara illojal på detta sätt och det extra arbetet regleras genom en omfördelning av kapiteringsersättningen mellan de berörda enheterna (Anell 2008).

2.2 Kontinuitet i vården

Patienter med regelbundna behov av att träffa vårdgivare i primärvården, till exempel äldre personer med multipla sjukdomar samt kroniker, föredrar interpersonell kontinuitet för att underlätta dessa besök. Patienter med denna sjukdomssituation vill sålunda ogärna träffa okända distriktsläkare vid varje nytt besök (Hjelmgren, Anell 2007; Rosén et al 2001). Detta innebär i sin tur att denna grupp av patienter troligtvis inte kommer ändra sina val av vårdgivare ofta, eftersom det skulle försvåra ambitionen att upprätthålla till exempel en hög patient-läkare kontinuitet (Ahgren 2010).

Det finns dock vissa patienter som ser fördelar med att frekvent kunna ompröva sin val eller söka annan vårdgivare än den man är listad hos. Incitamentet för en del av dessa "patient-vagabonder" är till exempel att hitta en läkare som är villig att skriva ut en specifik medicin eller sjukskriva patienten. Vårdvals-system som tillåter frekventa byten (omval), och att man kan besöka andra vårdgivare än den man primärt har valt, underlättar för denna typ av diskontinuitet (Ahgren 2010).

2.3 Stöd för samordning av vårdbehov och vårdinsatser

Eftersom vissa brukare har svårt att axla en roll som aktiv kund (se även nästa avsnitt) diskuteras olika typer av stöd i en valsituation. Det kan handla om olika funktioner som lots och guide eller som handläggare inom hemtjänsten (Kastberg 2010). Ofta ses även information som ett sätt att stödja brukaren. Dock visar flera studier att informationen ofta är bristfällig och av låg kvalitet.

Beträffande stöd till brukaren visar preliminära resultat från en opublicerad studie om vårdval i primärvården (Anell 2010) att kompetens i att koordinera vårdbehov för patienten spelar en viktig roll för honom/henne. Enligt Svensson och Edebalk (2010) skulle man inom äldreomsorgen kunna komplettera biståndsbedömning med ett personligt ombud för de brukare som har svårigheter att göra egna val. Det finns ett önskemål från brukarna att de önskar ett stöd i sin valsituation. Internationella studier visar på samma typ av behov.

I Nordgren (2010c) visar grunderna i hur en matchningsfunktion inom hälso- och sjukvården skulle kunna konstrueras. Tjänsten innebär matchning av vårdinsatser, t.ex. i samband med vårdgarantin, till patienten utifrån dennes vårdbehov och är tänkt att öka tillgängligheten och att underlätta möjligheterna att välja vård över landstingsgränser. Genom att ge vårderbjödanden till patienten underlättas för denne att göra egna val. Därmed tar också vårdgivaren på sig ett ökat ansvar i valprocessen, som kan vara svår för patienten. Likvärdigheten för vårdsökande bör då kunna ökas genom ett förbättrat samutnyttjande av kompetens lokalt och nationellt (ibid.).

Beträffande information spelar informella nätverk och kontakter med släkt och vänner en viktig roll. Sammantaget tycks det finnas ett behov av att ge stöd till brukare i en valsituation.

2.4 Marknadsföring och skapande av marknader

En förutsättning för en kundvalsmodell är enkelt uttryckt att det finns alternativ att välja mellan och att man väljer. Detta betyder att kunder gör någon form av val (mer eller mindre aktivt) mellan minst två producenter. Om inga val görs och om inga byten av producent sker skapas ingen konkurrenssituation och inga möjligheter för nya producenter att etablera sig. Kundernas agerande och kundbegreppet, i dess mening av att göra val, är därför centrala delar i förverkligandet av kundval (Kastberg 2010; Nordgren 2003, 2008).

Kundbegreppet leder tankarna till en person som aktivt väljer och väljer bort. Det finns förväntningar på att allt fler skall fungera som kunder i olika sammanhang. Det finns dock en tendens i diskursen om kundval att förenkla resonemanget och lyfta fram de positiva sidorna i en kundroll medan mer problematiska aspekter av kundval tonas ner (Nordgren, 2010a, Kastberg 2010). Lidande, beroende och sårbarhet förknippas vanligen inte med kundbegreppet, däremot med brukare, klienter och patienter som är i behov av välfärdsstatens tjänster. Även om det sker en förskjutning av språkbruket förändras inte de praktiska förutsättningarna för kundval i motsvarande utsträckning (ibid.). Förutsättningar för marknadsmodeller kan därmed inte alltid tas för givna i ett inledande skede utan "aktiva kunder" måste s.a.s. skapas. Hur kan detta ske?

Ett sätt är att ta del av hur multidisciplinär forskning inom ekonomi, marknadsföring och sociologi har visat hur olika marknader konstrueras genom att ekonomiska marknadsmodeller sprids, påverkar och skapar ramar för aktörer samt praktiska handlingsätt på dessa marknader (Callon 1998, 2007; Kastberg 2005; Nordgren 2010b). Marknaden kan inte betraktas som något givet eller naturligt utan som något som konstrueras och måste vidmakthållas (Callon 1998). Vilka ansträngningar leder till en mer marknadslik situation? Med det perspektivet kan marknadsteorier snarare ses som något som formar praktiken än något som avbildar den (MacKenzie, 2004). Begrepp som val och kund kan därmed beskrivas som performativa eftersom det är med referens till dessa begrepp som försök görs att omdana verksamheten i kommuner och landsting (Kastberg 2010). Mot bakgrund av detta teoretiska resonemang liknas försöken att etablera kundvalsmodeller vid försök att skapa en spelplan där interaktionen sker på ett marknadslikt sätt. Marknaden ses som ett förlopp och det intressanta är formandet av marknaden och hur väl den fungerar i praktiken. Bland aktörerna ingår brukaren som kan formas till att bli aktiv på marknaden. Kastberg (2005) har t.ex. visat hur kundvalsmarknader skapas inom hälso- och sjukvård och omsorg, medan Nordgren (2010b) fokuserar på hur ekonomiska begrepp som vårdpeng respektive skolpeng (en form av

vouchermodell) bidrar till att utveckla marknader inom hälso- och sjukvård och skola.³

I marknadsföringen av vårdcentralen kan faktorer som patienters och anhörigas upplevelser av bemötande och kommunikation, varumärke samt även information spela en viktig roll. Marknadsföringen kan ske i direktkontakt med brukaren, på rekommendation av andra brukare, inom nätverk, via hemsidor och utskick (se vidare Gummesson 2004, 2007). Rykten om brukares olika erfarenheter och varumärke spelar också en viktig roll i marknadsföringen av vårdgivaren. Brukarens aktiva val kommer dock till stånd först vid ett medvetande om det egna behovet eller anhörigs behov och sker ofta i kontakt med andra brukare.

2.5 Vetenskapssyn

Forskning om val inom hälso- och sjukvård har dominerats av ett s.k. positivistiskt paradigm, som kan sägas ha präglat den vetenskapssyn som fått inflytande på ekonomi, ekonomisk politik, organisering och management, socialpolitik, hälso-politik och social antropologi. I förgrunden har, inte minst, legat en syn på människan som rationell och villig att göra egna val samt att kalkylera olika alternativ, en vetenskapssyn som härstammar från neoklassisk ekonomisk teori.

Människan som mindre villig att välja och mera påverkad av det affektiva, symboliska och andra psykologiska faktorer samt av språkliga förskjutningar, en syn som är mer förekommande inom psykoanalytisk teori och inom språkteorier (poststrukturalism), har därmed inte fått spela en större roll i hälso- och sjukvårdsforskningen om att göra val (Fotaki 2006). Enligt psykoanalytisk teori påverkas människor mer av det affektiva (i betydelsen det som väcker människors starka känslor, som gamla minnen), dvs. av det känslomässiga snarare än av det rationella. Människor har i allmänhet enligt denna teori svårt att av egen kraft göra de rationella val och ta det omfattande egna ansvar som ekonomiska modeller som vårdval förutsätter. Förmågan och viljan att uppträda som en kund som deltar och väljer varierar också från människa till människa (ibid.) Däremot kan människor påverkas till att göra sådana val. För att visa hur detta kan gå till kan så kallad performativitetsteori användas. Denna teori visar hur människor påverkas och formas till att bli aktörer som tar ansvar och gör val (se föregående avsnitt).

En breddad teorianvändning, som utgår från hur människor påverkas och själva påverkar, bör således kunna bidra till att förstå och förklara hur människor gör val eller avstår från att välja. Ett exempel på detta är Fotaki's artikel "Valet är ditt..." (2006), i vilken Fotaki med stöd av psykoanalytisk teori visar att människors sårbarhet och känsla av oro och rädsla i samband med sjukdom påverkar deras relation till hälso- och sjukvården, bl.a. vad det innebär att val görs eller inte. En konsekvens av att välja förknippas med ett ökat ansvar för sin egen hälsa. Detta gäller i

³ Se vidare MacKenzie et. al. (2007)

första hand mer komplicerade val inom hälso- och sjukvården, men kanske inte val av sjukhus eller vårdcentral. Fotaki argumenterar för att de relationer som människor har till hälso- och sjukvården är komplexa och mångtydiga och inte så enkla som en konsumtionsdiskurs kombinerad med ökad patientmakt innebär. Några uttryck för detta är dels informationsasymetrin mellan patient och läkare dels patientens beroendeförhållande till de professionella, som betyder att i första hand "synen på läkaren" tenderar att upphöjas till en form av omnipotens. Båda aspekterna påverkar hur människor ser på sin valsituation.

3 Metod och deltagare

Uppdragsgivarens direktiv har gett undersökningen en deduktiv utformning. Baserat på ovan redovisad teori om val av sjukvårdstjänster har sålunda ett antal frågeområden formulerats, se nedan. De identifierade frågeområden blev diskuterade i fyra invånarpaneler. Dessa genomfördes som semistrukturerade gruppintervjuer (Bowling 2002), det vill säga deltagarna svarade fritt, utan svarsalternativ, på varje enskilt frågeområde.

Varje invånarpanel bestod av 5-7 individer. Urvalet skedde strategiskt och inkluderade följande kategorier av invånare:

- Ålder 25-44 år ("barnfamiljsåldrar").
- Ålder 45-64 år.
- Ålder 65-85 år ("ålderspensionärer").
- Från landsbygd/mindre kommun.
- Från storstad.

Som ett komplement till invånarpanelerna intervjuades fyra invånare i Stockholms läns landsting enskilt. Även dessa intervjuer var semistrukturerade och samma frågeområden användes som i invånarpanelerna. Rekryteringen av deltagarna skedde via internetportalen Vårdguiden.

Varje invånarpanel träffades under 1-1,5 timmar. Gruppernas diskussion blev elektroniskt inspelat och sedan utskrivet. Dokumenten blev därefter utforskade med stöd av Innehållsanalys (Bowling 2002) och Diskursanalys (Howarth 2000; Foucault 1972). Innehållsanalys betonar innehållet i det som sägs och utmynnar i ett antal kategorier av utsagor. Diskursanalys betonar hur det sägs och av vem, t.ex. om det går att finna regelbundet återkommande fraser, begrepp eller teman, genom att analysera respondenternas utsagor.

Med stöd av resurspersoner i Region Skåne och Landstinget Kronoberg konstituerades fyra invånarpaneler. I Region Skåne var invånarepanelerna redan utförda och sammanställda av regionen, vilket betyder att resultaten baseras på sekundärdata. Panelerna har delvis olika sammansättningar för att bättre kunna belysa skilda invånargrupperns förmodade olika syn på vårdval, det vill säga även rekryteringen till invånarpanelerna är teoristyrd. Sammanställning i tabell 1 ger en översiktlig beskrivning av invånarpanelernas landstingstillhörighet och demografiska sammansättning.

Tabell1. Invånarpanelernas härkomst och sammansättning.

	Invånarpanel				Enskilda intervjuer
	Region Skåne 1	Region Skåne 2	Region Skåne 3	Kronoberg	Stockholm
Invånargrupp					
Småbarnsföräldrar	X			X	X
Förvärvsarbetande			X	X	
Ålderspensionärer		X		X	
Boendeort					
Mindre ort	X		X	X	
Storstad		X			X

År 2009 introducerade Region Skåne sitt valsysteem "Hälsoval Skåne", med möjligheter att välja följande typer av vård: vårdcentral, barnvårdscentral samt, om patienten har en remiss, KBT-behandlare och smärtbehandlare. Från och med 1 april 2011 kommer även mödrahälsovård att vara inkluderad i Hälsoval Skåne.

Vårdval Kronoberg lanserades även det år 2009. Vårdvalet är i detta fall begränsat till val av vårdcentral. Vårdval Stockholm infördes, som tidigare nämnts, år 2008. Detta vårdvalssystem möjliggör val av ett stort antal olika vårdgivare. Hösten 2010 inkluderade Vårdval Stockholm följande verksamheter: husläkarmottagning, barnmorskemottagning/ mödravårdscentral (MVC), ultraljudsmottagning för gravida, förlossning, barnvårdscentral (BVC), fotsjukvård, gråstarrsoperation höft- och knäprotesoperation, logopedverksamhet, ögonbottenfotografering för diabetiker, läkarinsatser i särskilda boenden, specialiserad rehabilitering inom cancervård, specialiserad rehabilitering inom lymfödem, specialiserad rehabilitering inom neurologisk sjukdom/skada, allmäntandvård för barn, tandreglering för barn samt vaccination nya influensan.

3.1 Etiskt förhållningssätt

Deltagandet i de fyra invånarpanelerna bedömdes inte innebära någon risk för informanterna att skadas varken fysiskt, mentalt eller integritetsmässigt. Någon etisk prövning har därför inte varit aktuell. Deltagarna har blivit informerade om undersökningens syfte och de har lämnat sitt samtycke att ingå i invånarpanelen. Insamlade data kan inte kopplas till identifierbara individer och kommer enbart att användas för att belysa fenomenet vårdval i primärvård. Undersökningen uppfyller därmed Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

3.2 Frågeområden

Följande frågeområden har utformats med ledning av den redovisade teorin:

- **Vad betyder ordet Vårdval/Hälsoval för er? Vad lägger ni in i detta begrepp?**
- **Anser ni att ni har aktivt valt en vårdcentral/distriktsläkare? Varför/varför inte?**
- **Hur viktigt var det för er att kunna välja den vårdgivare som ni vill bli behandlad av?**
 - Önskar du att det fanns fler vårdcentraler/läkare att välja mellan?
 - Vad får dig att stanna kvar på vårdcentralen? Vilken betydelse har ditt inflytande i mötet med läkaren/sköterskan och att dina önskemål blir uppfyllda?
- **Vad styrde era val av vårdgivare?**
 - Behålla en etablerad kontakt (”kontinuitet”)?
 - Skulle du göra ett omval och följa en distriktsläkare om denne flyttar till en annan vårdcentral? Största hindret för detta?
 - Vårdgivarens tillgänglighet?
 - Har väntetider för besök till vårdgivare någon betydelse?
 - Är det viktigt att vårdgivaren finns i ditt geografiska närområde?
 - Anser du dig vara mobil, eller känner du dig begränsad p.g.a. handikapp eller andra orsaker? Vilken betydelse har detta för ditt val av vårdcentral/vårdgivare?
 - Vårdgivarens kompetens (distriktsläkare med vis profil, distriktsköterska med specialutbildning)?
 - Är medicinsk kvalitet eller bemötande avgörande för ditt val?
 - Har vårdgivarens tillgång till röntgen och annan medicinsk service någon betydelse för ditt val?
 - Har vårdgivarens image och rykte haft någon betydelse för ditt val?
 - Vilken betydelse har din upplevelse av mottagandet och av mötet med vårdcentralen för att du ska stanna kvar?
 - Vet du att ditt val innebär att vårdcentralen får ”din vårdpeng”? Om ja – vilken betydelse har detta?
- **Finns det andra val som du skulle vilja göra i vården?**
 - Val av behandlingsmetod (i dialog med din läkare), läkemedel, sjukhus, vårdenhet i annat landsting, etc.?
 - Finns det andra verksamheter där man gör motsvarande eller liknande val?

Beroende på invånarpanelernas sammansättning och intresse varierade djupet och bredden av diskussionen kring varje frågeområde.

4 Resultat

4.1 Innehållsanalys

Innehållsanalysen startar med att så kallade meningsbyggande enheter kondenseras. Dessa kodas och kategoriseras därefter deduktivt i enlighet med frågeområdena.

4.1.1 Avgörande faktorer vid val av vårdcentral

Oavsett vilken grupp av invånare eller bostadsort man tillhör väger de egna vårdupplevelsorna tungt i valet av vårdcentral. För småbarnsföräldrar tycks *tillgängligheten* värderas högt:

”det är jättebra med kvällstider” och ”jag söker inte hit för läkarens skull, utan för att få snabb service”,

medan yrkesverksamma och ålderspensionärer framförallt kommenterar behovet av *kontinuitet* kopplat till tidigare läkarbesök:

”det är tryggt att vara känd”, ”man känner läkaren och han känner mig” och ”det viktigaste är vilken läkare man får och sedan försöka hålla fast i honom”.

Bland ålderspensionärer är dessutom det *bemötande* man fått tidigare en viktig faktor i valet av vårdcentral:

”det verkar som om de bryr sig om en” och ”hela personalen är positiv, glad och engagerad – det uppskattar jag väldigt”.

Denna invånargrupp tycks även premiera den *samverkan* primärvården har med andra vårdgivare:

”kan de inte så skickar de vidare – det är ju ett plus”.

Bland småbarnsföräldrar har deras egen *medverkan* en betydelse för valet av vårdcentral:

”de litar på en som förälder” och ”jag är expert på mig själv och vill därför påverka min vård”.

Förutom de egna upplevelsorna värderar invånare även information som de har tillgång till i samband med valet av vårdcentral. Samtliga invånargrupper med undantag för småbarnsföräldrar lyssnar och tar till sig *information* från familj, vänner och bekanta:

”jag fick goda råd. Ett var att uppsöka denna vårdcentral”, ”jag har träffat människor som var väldigt nöjda med vårdcentralen” och ”jag tror att många har gjort sitt val utifrån vad andra har sagt”.

Småbarnsföräldrar lyfter istället fram informationsmaterial av olika slag:

”jag fick information av olika slag, t.ex. vårdtidningen”.

Ålderspensionärer tycks också ta intryck av vad som står i de lokala tidningarna:

”jag läste i tidningen om den här vårdcentralen” och ”en helsida i Småläningen, som handlade om denna vårdcentral, det har gjort mycket”.

Andra viktiga faktorer vid valet av vårdcentral är vissa objektiva fakta. Oavsett invånargrupp beaktas t.ex. *avstånd* till vårdcentralen:

”jag bor bara några kvarter från vårdcentralen”, ”jag bor 50 meter från vårdcentralen” och ”har man besvär med att gå, så väljer man naturligtvis den närmaste”.

Andra objektiva fakta har mindre betydelse. Tillgång till eventuell medicinsk service på vårdcentralen tycks inte vara väsentligt för invånarnas val av vårdcentral.

4.1.2 Avgörande faktorer vid byte av vårdcentral

Aktivt byte/omval av vårdcentral diskuterades företrädesvis i invånarpanelerna Kronoberg och Region Skåne 2 samt i Stockholm (se tabell1). Orsakerna till att man väljer en annan vårdcentral beror helt på egna dåliga erfarenheter med vården på den tidigare vårdcentralen. Som tidigare redovisats prioriterar ålderspensionärer läkarkontinuitet i val av vårdcentral. Detta innebär att de kan tänka sig att *följa läkaren* som man etablerat kontakt med om denne flyttar till annan vårdcentral:

”... och det var där jag fick förtroendet och det var därför som jag följde efter”.

Detta förutsätter att det eventuellt längre avståndet till den nya vårdcentralen inte helt motverkar fördelen med att behålla en etablerad läkarkontakt.

Bemötandet på vårdcentralen är en viktig anledning till att byta vårdcentral:

”jag var mer till besvär än att de ville hjälpa mig, det kändes så” och ”den förre läkaren hade en kvinnlig läkarkandidat, hon var mer intressant än mitt ben”.

För befolkningen på mindre orter är även *tillgänglighet* centralt:

”Det gick inte att komma till överhuvudtaget” och ”tillgängligheten till doktorn blev sämre och sämre”.

4.2 Diskursanalys

I diskursanalysen fokuseras på vilka utsagor inkl. begrepp som framkommer i panelerna och intervjuerna. Analysen sker på utsagornas nivå och visar därmed hur brukarna själva resonerar kring vårdval. Här visas hur *vissa utsagor* tycks förstärka

varandras budskap samt på *dominerande teman och begrepp* bland dessa utsagor. Analysen är gjord för brukarpanelerna i Skåne och Kronoberg samt för intervjuerna i Stockholm. Eftersom materialet i Kronoberg har visat sig vara bäst lämpat för att göra en diskursanalys, med avseende på kontext, rikligt med utsagor och rimligt urval av personer i panelen, så har valet gjorts att redovisa denna diskursanalys mera utförligt. Analysen har delats in i ”Invånare med barnfamilj” resp. i ”Ålderspensionärer”. En jämförelse görs med analysen för Skåne och för Stockholm. I sammanställningen är medtaget brukares utsagor, för att dessa ska kunna läsas ”utan filter”.

4.2.1 Diskursanalys av brukarpanel i Kronoberg

Invånare med barnfamilj

Dominerande teman bland barnfamiljerna kan sammanfattas till:

Kunna göra ett aktivt val

”Jag gjorde ju ett aktivt val och flyttade, för när han flyttade från Markaryd till Knäred så följde jag efter liksom, men sen så när tillgängligheten och det blev för dålig, då fick jag tänka om och välja om. Så.., absolut följa med om det...” (Man)

”Jag ska inte säga så mycket, för det har blivit att i det yrket jag hade så har jag haft detta som min företagshälsa och eftersom de vet det mesta om mig så är det lika bra att fortsätta. Så att det har väl också varit ett aktivt val i det sättet att mina barn har velat gå här.” (Kvinna)

Läkare och annan personal ska ha tydlig professionell kunskap, som att lyssna noga och att hänvisa till annan specialist när det behövs

”Det är ju jätteviktigt. För det är ju trots allt jag som är sjuk. Och det är min kropp, och jag känner väl förhoppningsvis den bättre än någon annan, det är väl lite det man ..., om vi nu ska prata lite illa om den andra läkarstationen, att många gånger så kunde jag komma dit och säga att jag har en urinvägsinfektion. ”Neej, hur vet du det?” ”Jo, jag har ju haft det 11 gånger innan, så jag vet det”. ”Neej, det har du inte, det får vi kolla först”. Men här känns det lite som att de lyssnar, ”men vad bra att du vet symptomen och vet vad det är och ...”, de följer upp. Så att jag tycker det är..., de lyssnar på mina små krämpor också. Och jag behöver inte vara livshotande sjuk, utan jag kan ha någonting annat att komma med. (Kvinna)

”Jaa, alltså det här med att lyssna tycker jag inte de är sådär jättebra på. Från december till februari kan jag säga, gick jag här, dag ut och dag in, och bad till slut om att skicka mig vidare till Ljungby ortoped och röntgen, men det hände inte. Och till slut så blev det för mycket, utan att det liksom klarade upp sig. Och från december till februari är ganska lång tid, till slut kom jag till en ortoped, det tar honom 20 minuter att hitta problemet och då känner jag att då har man nog inte lyssnat, för det är ändå jag som känner min tumme och inte... sådär. Så den har blivit iproppad lite fel saker, som den inte skulle..., så det här med att lyssna det vet jag inte riktigt om jag kan hålla med om. Faktiskt.” (Kvinna)

Det är mycket viktigt med snabb och tillgänglig service

”Ja, jag var ju i Knäred här innan, så det är först nu jag har kommit hit, här då. Och anledningen att jag bytte, det var helt enkelt tillgängligheten till den doktorn som jag vill ha där då. Den blev sämre och sämre, och jag tyckte inte jag blev bemött som..., jag var mer till besvär än att det var

att de ville hjälpa mig, det kändes så. Ringde man inte precis rätt så fick man ingen tid. Så då kände jag att jag skulle välja något annat. Och då valde jag detta”(Man)

”Men där kan jag hålla med (namn), liksom att jag söker nog inte hit för läkarens skull, utan jag söker hit för att få en snabb service och vem det sedan är som tar emot mig, men nu ska jag väl säga att jag tillhör den lyckligt lottade skaran att de få grejer jag har behövt gå hit med, det har inte spelat någon roll. Hade jag valt någon annan läkarstation så hade jag inte kunnat begära att den läkare skulle vara kvar, för jag är där kanske vart 4:e år. Så att jag tycker att det är ... liksom tillgängligheten.” (Kvinna)

Det personliga bemötandet värdesätts högt

”Om vi nu ska prata bara om de här två vi har i kommunen, här i Markaryd, här kommer man in, där sitter en person direkt i dörren: Hej, välkommen. Vad kan jag stå till tjänst med? Istället för att jag ska gå fram, ringa på en klocka, vänta på att någon ska komma och öppna den här lilla luckan och titta lite uppgivet på mig och säga: jaha, var det du som ringde? Alltså, det är den här personliga kontakten som man... som jag upplever här. Och likadant att här en liten ort, alla känner alla, och lite det här att: Hej, hej! Man känner ändå det här, jag kommer hit och jag får vara anonym, men ändå är jag inte så pass anonym utan att alla kan hälsa på mig och jag kan hälsa på dem. Sedan är det slut där. Det värdesätter jag.” (Kvinna)

”Nej, men det här positiva, det är ju viktigt att få det bemötandet liksom, att man inte är till besvär. Man är ju redan i underläge när man kommer hit, för man har ju något problem, om man säger så. Och blir man då positivt bemött så känner man sig mer tillfreds..., ja, jag kommer att få hjälp här. Istället för att känna sig till besvär och känna att: jaha, vad gör du här nu igen, ungefär.” (Man)

Ryktet om en vårdcentral sprids fort på en mindre ort och påverkar starkt det val man gör

”Det gör ju att den som tappar patienter måste ju ändra sig på något sätt och ryktet säger ju att det har blivit betydligt bättre, även på den andra vårdcentralen då. Att de som går där säger att det har blivit annorlunda. Och det är ju positivt. Så att tappar man och tappar man, så måste det vara något fel. Så att det är ju aldrig fel om man kan ha något att välja mellan. Det blir ju bättre nog för alla till slut tror jag.” (Man)

”Det var det som gjorde att jag valde hit. Det var så himla bra. Men...Och vem har sagt att det var så himla bra? Min mamma och min pappa. Båda två går här och har verkligen fått den hjälpen, alltså som de behöver. Och då kände jag att det är ju jättebra. Alltså det är ju så det ska vara, man går till något ställe och så verkligen får den hjälpen. Men..., nej.” (Kvinna)

Det ska vara möjligt att visa sitt missnöje genom att aktivt välja bort en vårdcentral

”Alltså, jag har varit på Läkarstationen i Knäred och här för en och samma sak under 1 års tid. Till slut funkade det ju här. Men alltså man byter ju när man känner liksom, det funkar inte. Alltså, ni ska vara mer utbildade än jag och jag fattar mer än dem, då byter jag, för att då funkar det inte riktigt. Så att..., jaa, ett besök i Knäred hann jag med. Ja, det var lite som du säger så där, ringer du inte i rätt tid så...” (Kvinna)

”Jag kan väl tycka att det positiva i det hela det är att nu kan jag på ett aktivt sätt visa att jag är missnöjd, jag går härifrån. Innan så kunde man liksom bara..., man hade inget att välja på. Blev jag sjuk igen så hade jag bara en station att gå till, och det fick gå som det ville. Men nu kan jag

visa mitt missnöje, om jag har något, känns det som lite, att det här..., att nej, nu väljer jag en ny. Det tycker jag är det positiva med det här vårdvalet." (Kvinna)

Man uppskattar och tar för givet att det är möjligt att göra fria val över landstingsgränser

"Men då måste jag fråga, har vi inte den valmöjligheten i dag att välja om vi vill ha en specialistvård någon annanstans? Eller det har man inte...?" (Kvinna)

"Men då har jag lyckats. Så det var därför jag liksom tyckte..., för jag har .., vi tillhör Kronoberg men jag har fått till Lund, för där var den vården jag behövde. Inte jag, men i min närhet behövde. Och det var så enkelt så jag var nästan 100 på att det där var inget..., det fick man göra utan att det var några betänkligheter." (Kvinna)

Ålderspensionärer

Dominerande teman bland utsagorna var;

Samtliga säger sig ha gjort ett aktivt val

"Ja, vi har verkligen gjort själva, ett aktivt val, min hustru och jag på en annan vårdcentral där vi var mycket missnöjda med dem, pga. olika anledningar. Det fanns ingen läkare fast tid var beställd. Så vi åkte direkt hit och jag knatade in här och frågade om vi kunde bli patienter här. Och de sa ja, så det är vi också och trivs jättebra här." (Man)

Vårdval är något positivt i sig självt

"Jag kunde göra val beroende på att jag gick i Halland, men jag tycker det här..., kan säga att jag gått och väntat på att det skulle bli vårdvalet här. Så man hade möjlighet att välja just den jag ville ha, vaa. Annars hade jag bara möjligheten att välja i Halland. Jag hade väntat på det, jag tycker det är jättebra." (Man)

"Här finns ju bara vad jag förstår två vårdcentraler, i Markaryd. Och har man lite besvär med att gå, så väljer man naturligtvis den närmaste, i första hand. Och jag vet ingenting om den andra vårdcentralen, inte ett dugg. Men jag trivs med denna." (Man)

Det ska gå att behålla samma läkare som man har förtroende för

"Ja, instämmer helt med dig. Jag säger också att går du till en mindre vårdcentral som vi har här, så är alltid samma läkare här, när vi kommer hit. Och det är ju väldigt värdefullt. Och framför allt då en läkare som jag har stort förtroende för och litar på till 100 %. Det är för mig lagen om valfrihet, för det finns ju vårdcentraler som jag kanske inte vill gå till och då har jag möjlighet att välja bort dem." (Man)

"Jaa, det viktigaste var väl kanske vilken läkare det var. Och sen försöka hålla kvar honom. Det var lite annorlunda på Helsingborgs lasarett, på ..., jag har varit på ögonkliniken på Helsingborgs lasarett, och där träffar man på ungefär 10-12 olika läkare. Och det är inte så särskilt lustigt. Men det är inte mycket att göra åt." (Man)

Det är viktigt att bli personligt och väl bemött

"Någonting som är väldigt positivt också, vi går här både min hustru och jag, och jag är en sån här föreningsidiot som lever på att sitta i sammanträden. Och ibland så har hon varit inne före

mig och kommit ut och fått en tid, men när jag kommer ut och de vill ge mig samma tid så tittar jag i almanackan att den dagen vill jag bara inte snacka om, så är det aldrig några problem. Det går att ändra direkt så att vi båda får en tid en annan dag, då vi är lediga, och det tycker jag är superbra alltså." (Man)

"Jo, jag instämmer. Och jag tycker dessutom att hela personalen är positiv och glad, och engagerad. Det uppskattar jag väldigt." (Man)

Läkare och annan personal har tydlig professionell kunskap, som att lyssna noga och att hänvisa till annan specialist när det behövs

"Ja, jag kan berätta då att om man får välja, om man känner att man har ont i ryggen, jag har haft ryggskott för 2 år sedan, eller diskbräck egentligen, då var det att jag skulle få en magnetröntgen men det fick jag inte. Jag fick en vanlig röntgen och där såg de ingenting. De såg att ryggen var utsliten. Med påföljd att jag satt då i 3 veckor och kunde varken göra bu eller bä. Så till slut så fick jag ringa och tigga och be att få en magnetröntgen. Och det visade sig att jag hade ett diskbräck. Och därefter kunde jag gå till sjukgymnast och få hjälp. Jaha..., det ville ju jag från början, gå och få en magnetröntgen." (Kvinna)

"Jag har bara varit patient här sedan i början på februari, men att jag har upplevt att han har lyssnat på mig och det kanske inte alltid har stämt det jag fått höra i hela mitt liv, utan det har visat sig att det kanske inte var så, utan någonting annat istället. Men det får vi ju se hur det utvecklar sig i framtiden. Jag har hela tiden i hela mitt liv hört att jag har astma, men det har A talat om för mig att jag har ingen astma. Så nu ska vi se hur det här..." (Man)

Ryktet om en vårdcentral sprids fort på en mindre ort och påverkar det val man gör

"Ja, jag skulle vilja säga, att eftersom jag är nyinflyttad till Markaryd, kommer från Helsingborg, så är det första..., jag ska inte säga så, utan ..., när jag kom hit så fick jag goda råd och ett av råden var att uppsöka just denna vårdcentral. Därför att de hade positiva, mycket positiva åsikter om den och då ville jag också prova det. Och det har jag gjort med mycket god erfarenhet." (Man)

"Jag kan väl också säga att jag har hört väldigt mycket goda ord, men naturligtvis har ju inte allt varit gott ju. Men för ett antal år sedan, jag jobbade i Laholm, bodde här, och jag fick ett njurstensanfall. Och jag fick inte gå till vår företagsläkare, utan jag åkte till Knäred istället och X jobbade där. Och X hade semester, jag skulle till X, det hade jag bestämt mig för. Så jag hamnade hos hans kollega och fick den hjälp jag ville ha. Och sedan splittrades ju den vårdcentralen tyvärr, och jag försökte följa med kollegan för X startade ju företagshälsovård här, och försökte följa med den andra läkaren, men jag har gett upp. Det var Laholm, hans senaste vistelseort, och jag tyckte det var lite långt att ha en läkare i Laholm. Och då när min hustru var i Knäred och tyckte sig illa behandlad så bestämde vi oss för att nu väljer vi här för att vi har hört så mycket gott. Och det där som jag hade hört som var negativt, det kan jag bekräfta att det var lögn från början till slut, i alla fall har inte jag upplevt det. Utan det har varit det positiva som jag har upplevt istället." (Man)

Det är möjligt att visa sitt missnöje genom att välja bort en vårdcentral

"Jag gjorde ju ett aktivt val och flyttade, för när han flyttade från Markaryd till Knäred så följde jag efter liksom, men sen så när tillgängligheten och det blev för dålig, då fick jag tänka om och välja om. Så..., absolut följa med om det..., (Man)

"Det får ju inte bli för stort för då kommer kanske fler läkare och då får man inte den läkare man vill ha. Men när jag valde så gick jag ju på den andra vårdcentralen och jag hade beställt tid och

när jag kom dit så fick jag inte träffa den läkaren. Då var det ju såna här, vad heter det, ambulerande som bara kanske... stafettläkare? Ja, och det var jag inte nöjd med. Nej, så därför så valde jag..." (Kvinna)

Det är viktigt med rimliga väntetider

"Jag säger det att det beror på vilken krämpa man har, vad man .., varför man söker läkaren. Är den obetydlig, eller man tycker själv den är betydande. Men om den är ur läkarens synpunkt, så där obetydlig, då kan man vänta. Det behöver inte vara några snabba ryck där inte. Men är det däremot något akut som, då är det liksom något annat." (Man)

"Ja, några dagar kan man ju vänta om det inte är akut, men jag kan också ta ett exempel härifrån när min hustru ringde hit och hörde inte vad de sa i telefonsvararen. Så när hon hade ringt tredje gången för att få riktigt klart för sig vad de sa, så ringer de härifrån och undrade om någonting var akut för de såg ju telefonnumret då. De ringde upp oss och vi var där en halvtimme - timme efteråt fast det inte var sådär..., det var inget livshotande i alla fall. Så att det går att få snabba tider." (Man)

Vårdpengen (kapiteringsersättningen) är i stort sett okänd

4.2.2 Diskursanalys av brukarpaneler i Skåne

Följande teman dominerar bland utsagorna.

Yrkesverksamma

Det är viktigt med tryggheten att vara känd på vårdcentralen

Betydelsen av marknadsföring, kontakt och dialog betonas

Synen på patienten/kunden utgår från upplevelsen av att vara sedd och personligt bemött

Det är svårt att göra val därför att man är ovan vid detta

Ålderspensionärer

Det har skett en attitydförändring sedan vårdvalet kom med en betoning av det personliga bemötandet och att personalen bryr sig om patienten (att bli sedd och förstådd)

Närheten till vårdcentralen är viktig vid val av vårdcentral

det är viktigt med kontinuitet, vilket bl.a. innebär att följa sin läkare om denne flyttar till en annan vårdcentral men också om att vara känd på vårdcentralen

kontakten och dialogen med vårdcentralen, som att enkelt kunna få en initial kontakt med sin vårdcentral och att kunna ha en fortlöpande dialog, t.ex. om provsvar

Vid byte av vårdcentral kan vänner och bekantas berättelser om sina erfarenheter påverka hur man väljer en ny vårdcentral

Småbarnsföräldrar

Det bör vara möjligt att välja läkare

Det är viktigt att träffa samma läkare då det är jobbigt för barnen att möta nya hela tiden

Ett välkomnande bemötande som skapar förtroende och trygghet är viktigt

4.2.3 Diskursanalys av intervjuer⁴ i Stockholm

I diskursanalysen fokuseras på följande teman

man ska ha möjlighet att göra val av vårdgivare och vårdcentral vid ett upplevt behov

Det är viktigt med snabb och nära tillgänglig service som är lätt att nå

Läkare och annan personal ska ha tydlig professionell kompetens, t.ex. att hänvisa till en annan specialist när det behövs

Det ska finnas någon som har ett ansvar för helhetskontroll och som koordinerar vårdens insatser, kontakter och det administrativa

Det personliga bemötandet är viktigt

Det är möjligt att visa sitt missnöje genom att välja bort en vårdcentral, som en kund väljer

4.2.4 Jämförelse mellan Kronoberg, Skåne och Stockholm.

I huvudsak finns det en överensstämmelse mellan dominerande teman inom de tre geografiska områdena. De flesta temana tycks vara gemensamma och återkommande även om vissa smärre skillnader finns, som dock inte analyseras här.

⁴ Alla intervjuade tillhör invånargruppen "barnfamiljsåldrar".

5 Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Rekryteringen till invånarpanelerna har inte haft ambitionen att skapa representativa urval av befolkningen varken lokalt eller nationellt. Detta kan svårligen göras i denna typ av gruppintervjuer och därmed kan resultaten inte sägas vara en spegel av befolkningens synpunkter. Invånarpanelerna ska istället ses som ett bidrag till en ökad förståelse för, och kunskapen om, faktorer och drivkrafter som påverkar invånares val av primärvård. En kvalitativ metodik av detta slag ger inte möjligheter till att generalisera resultaten, men om det finns en samstämmighet med resultat från andra studier ökar deras allmänna betydelse (Kvale 1997).

Resultatet av invånarpanelerna visar hur invånare resonerar, vilket möjliggör för läsaren att dra egna slutsatser från materialet.

Deltagarna i invånarpanelerna besvarade semistrukturerade frågor, vilka var härledda deduktivt från relevanta teorier. Ostrukturerade intervjuer med invånare är en metod som ger mer djupgående information om det studerade fenomenet (Bowling 2002), d.v.s. "vårdval". Uppdraget från Konkurrensverket är dock tydligt inriktat mot att utforska vilka förklaringsfaktorer som kan kopplas till val av primärvård, därför valdes en deduktiv metoddesign.

Genom att använda både innehållsanalys och diskursanalys har det varit möjligt att visa dels vilka faktorer som förklarar vårdval dels visa hur invånare själva uttrycker sig om vårdval, dvs. vilken innebörd vårdval har för dem. Utsagorna ska kunna läsas ofiltrerade.

5.2 Diskussion avseende innehållsanalysen

De som anser att de gjort ett aktivt val av vårdgivare har undantagslöst egna aktuella erfarenheter av primärvård, det vill säga man väljer mer utifrån rollen som patient i, och konsument av, primärvård än som invånare med eventuella framtida behov av att besöka primärvården. De med inaktuella erfarenheter av primärvård anser att vårdvalet är mer eller mindre ointressant, men man tycks välja eftersom det förväntas av en. Denna typ av val skiljer sig från val som görs till exempel av skola med stöd av en skattefinansierad skolpeng eller val av utförare avseende beviljade insatser inom äldreomsorg. I dessa exempel, liksom aktuella erfarenhetsbaserade val av primärvård, finns en pågående eller nära förestående konsumtion av välfärdstjänster, vilket ökar incitamentet och intresset för att välja bäst möjliga utförare.

De som gör aktiva val av primärvård, baserade på sina erfarenheter, beaktar framförallt två faktorer: kontinuitet och tillgänglighet. Sistnämnda förhållande inklud-

erar dels möjligheter till att snabbt kunna få en tid till en läkare eller annan vårdpersonal vid den valda vårdcentralen, men också det geografiska avståndet till vårdgivaren. För yngre personer tycks det vara viktigt att snabbt kunna få en tid för läkarbesök till sig själv eller till sina barn. Att man därmed riskerar att få träffa olika läkare är mindre betydelsefullt; korta väntetider anses vara mest väsentligt. Möjligheterna att kunna uppfylla dessa krav för denna befolkningsgrupp har delvis förbättrats genom den nyetablering i primärvård som har skett i storstäder och tät bebyggda områden (Vårdföretagarna 2010). För de äldre i samhället verkar kort avstånd till vårdcentralen vara den viktigaste aspekten på tillgänglighet. Enligt Ahgren (2010) minskar detta de äldres reella valmöjligheter och därmed reduceras också dynamiken i vårdvalet.

Patienter som behåller sin vårdgivare, trots att man har möjligheten att välja en ny på ett annat ställe i landstinget, torde sålunda främst gälla äldre personer som har aktuella kontakter med en vårdcentral i närområdet. Detta konservativa förhållningssätt förstärks av att denna befolkningsgrupp också rankar patient-läkare kontinuitet högt, vilket också framkommer bland annat i studien av Hjelmgren & Anell (2007), och markeras av att flera kan tänka sig följa efter en läkare om denne flyttar till en annan vårdcentral. Detta under förutsättning att den avståndsmässiga tillgängligheten inte försämras avsevärt. Många i denna grupp, exklusive invånarna i Stockholm, anser dessutom att det är märkligt att de inte kan lista sig hos en läkare utan måste välja en vårdcentral.

Erfarenheter av att medverka i behandlingsarbetet tycks i första hand gälla yngre människor och det kan i sin tur påverka deras val av primärvård. Medverkan är en av flera viktiga ingredienser i strävan att bemyndiga (empower) patienter, men möjlighet till patientmedverkan verkar endast ha en marginell betydelse i valet av primärvård. Det finns rentav tecken på att patienter inte vill medverka i patientarbetet. Många uttrycker tilltro till att läkare och annan vårdpersonal vet vad som är bäst för mig som patient och att man inte vill lägga sig i behandlingsarbetet, receptförskrivningen, etc. Detta paternalistiska förhållningssätt förekommer i alla åldersgrupper, men tycks öka med stigande ålder på patienterna.

Bemötandet som man får vid besök i primärvården kan spela roll vid valet av vårdcentral, men framförallt kan denna faktor vara avgörande för om man byter vårdcentral. Känsligheten för dåligt bemötande tycks vara högre bland äldre personer och de som har kroniska sjukdomar. Bemötandet är sålunda erfarenhetsbaserat och i första hand en exkluderande faktor i samband med vårdval.

Invånare som inte har någon aktuell erfarenhet av primärvård beaktar och värderar istället information som de får från familj, vänner, bekanta, tidningar och officiell information. Dessa värderingar tycks dock ofta vara fragmentariska och ytliga, vilket sannolikt beror på det svala intresse denna befolkningsgrupp verkar ha inför valet av primärvård. Det finns inte något verkligt incitament att samla in mer information eller gå djupare i den som är tillgänglig, eftersom ett val för en eventuell framtida kontakt med primärvården är en "icke-existerande situation".

5.3 Diskussion avseende diskursanalysen

5.3.1 Ökat inflytande för brukare?

Val av primärvård, som ett uttryck för valfrihet, innebär bl.a. att kunna välja vårdgivare; antingen vårdcentral eller läkare. Det innebär också att kunna välja bort leverantören av servicen. De flesta av de intervjuade ser valfriheten som något positivt, t.ex. att kunna följa samma läkare eller att ha en nära tillgång till sin vårdcentral. Några ser valfriheten mer som en politisk vision utan någon djupare innebörd. För några kopplas den ökade valfriheten till att det har skett en attitydförändring bland personalen som har lett till ett förbättrat bemötande och en ökad tillgänglighet. Några menar att man upplever sig ha fått ett ökat eget ansvar för sin egen hälsa genom vårdval, ett ansvar som man vill ta under förutsättning att det finns någon (helst en läkare) som kan vara ett stöd till patienten. För att det ska vara värdefullt att välja läkare så bör denna också ta på sig ett helhetsansvar tillbaka, säger några intervjupersoner. Sammanfattningsvis kan man säga att det som vårdval utger sig för att vara inte alltid motsvaras av hur brukarna ser det.

Vårdval uppfattas som ett positivt värde i sig eftersom det anses öka sjukvårdens följsamhet inför önskemål och krav bland patienter. Även om inte valfriheten utnyttjas av alla och andelen som väljer aktivt ibland är låg är valfrihet något som upplevs som positivt vilket ligger i linje med Kastberg (2010). Det rimmar även med den allmänt önskvärda utvecklingen av att bemyndiga patienter och ge dem röst att kunna välja och också avbryta en vårdrelation (Nordgren 2009, 2010a). Kundvalsmodeller, som vårdval, introduceras ofta med motivet att kundinflytandet ska öka. Modellerna i sig behöver emellertid inte innebära att kunden får något reellt inflytande över innehållet. Det beror istället på hur utformningen av modellen sker. Valfriheten kan inskränka sig till val av producent och möjligheten att välja och att välja bort leverantören av servicen (Kastberg 2010). Den kan också, som diskursanalysen visar, uppfattas som något betydligt vidare, dvs. som en positiv känsla av inflytande och förtroende (tillit). På grund av restriktioner i lagstiftningen och bristande information kring vårdval har dock vårdval strikt sett knappast inneburit att ett bemyndigande av patienten har ägt rum (Nordgren 2010a). Även om reformen tycks ha bidragit till ett visst ökat inflytande för brukare, kan reformen vårdval ge en illusion av ett större inflytande och valfrihet för brukare, som inte står i proportion till det reella innehållet.

Sammanfattningsvis indikerar diskursanalysen ett ökat inflytande för brukare, detta kan dock ha ett samband med urvalet av intervjupersoner och att panelerna i sig kan ha påverkat deltagarna på ett positivt sätt.

5.3.2 Aktiva val

Att säga sig göra aktiva val av vårdcentral eller av läkare är knappast en ny diskurs (i betydelsen hur man talar om något) bland de intervjuade i Stockholm. Däremot framträder den tydligt i brukarpanelen i Kronoberg. I Stockholm gör man aktiva val när man anser att det finns behov av detta och sätter även ett högt värde på möjligheten att byta vårdcentral. En förklaring till detta kan vara att i Stockholm har det funnits en vana av att kunna välja vårdcentral och läkare redan innan den senaste vårdvalsreformen genomfördes, medan man i Kronoberg säger sig ha väntat på vårdvalsreformen och upplever den genomgående som värdefull.

En framträdande diskurs i paneler och intervjusvar är att det är och ska vara möjligt och enkelt att visa sitt missnöje genom att välja bort en vårdcentral. Skälen att välja bort kan handla om bristande läkarkontinuitet eller dåligt bemötande. Yngre (företrädesvis manliga) deltagare i Stockholm uttrycker sig med en vokabulär i samband med byte av vårdcentral som tycks vara inspirerad av ett rationellt kundtänkande. Man säger "När jag blir dåligt behandlad så byter jag, som en kund". Även att stanna kvar på sin gamla vårdcentral kan naturligtvis vara ett aktivt val.

Någon uttrycker att det är svårt att göra aktiva val. Enligt Ankarloo (2008) är det svårt att göra omval inom sociala verksamheter vid tillfällen som brukaren är missnöjd med tjänsten, exempel som ges är bypassoperation och byte av sjukhem för äldre personer. Valsituationen karakteriseras av att "man har stor frihet att välja, men små möjligheter att välja om. Man är helt enkelt av praktiska och logiska skäl mer eller mindre bunden att vid det första val man gjort på en sådan marknad. I företagsekonomisk teori kallas detta "inlåsnings effekter" eller "spårbundenhet"..." (ibid. sid. 178). Ankarloos utsaga förefaller rimlig och hans exempel med bypass och sjukhem är trovärdiga. Att byta vårdcentral tycks dock, enligt brukarnas utsagor, vara relativt enkelt att göra, även om inlåsnings effekten också finns företrädd i knytningen till en viss vårdcentral och till en viss läkare främst för ålderspensionärer och för barnfamiljer.

Sammanfattningsvis har vårdval möjliggjort att på ett enklare sätt kunna byta vårdcentral.

5.3.3 Närhet och personligt bemötande

Regelbundet återkommande utsagor handlar om att "närheten till vårdcentralen är viktig vid val av vårdcentral" och att vid byte av vårdcentral så påverkar "vänners och bekantas berättelser om sina erfarenheter" hur man väljer sin nya vårdcentral (Gummesson 2004, 2007). En annan återkommande utsaga är att "att det är möjligt att visa sitt missnöje genom att välja bort en vårdcentral". Det ska därför vara enkelt att byta vårdcentral. En ytterligare är vikten av att "att bli personligt och väl

bemött” kanske t.o.m. att vara känd på vårdcentralen. Får man inte ett bra bemötande så ligger det nära till hands att vilja byta vårdcentral.

Ett genomgående tema är också att intervjupersonerna utgår ifrån att ”att läkare och annan personal ska ha tydlig professionell kompetens, t.ex. att man lyssnar väl och hänvisar till annan specialist när det behövs”. De intervjuade säger sig vanligen ha förtroende för och lita på personalens professionella kompetens, något som är utmärkande för diskursen om professionell serviceverksamhet (Howden, Pressey 2008). Detta är naturligt eftersom de professionella har ett kunskapsövertag i förhållande till kunderna. Bland några av de intervjuade uttrycktes dock ett missnöje med en del av kompetensen (som saknades) och med att man inte remitterade tillräckligt snabbt till en högre specialistnivå. Har man inte kompetensen själv så bör den med andra ord införskaffas.

5.3.4 Behålla samma läkare

Ålderspensionärer betonar att det är viktigt att kunna behålla samma läkare på mindre enheter, vilket även kan innebära att följa sin läkare om denne flyttar till en annan vårdcentral. Detta betonas även av småbarnsföräldrar. Detta kan förstås som att dessa grupper föredrar en ”husläkarvariant”. Yrkesverksamma säger däremot sig lägga större vikt vid att få snabb och tillgänglig service utförd av kompetent personal, en variant som påminner om en välutbyggd vårdcentral.

5.3.5 Dialog och koordineringsstöd

Kontinuitet och kommunikation i vårdprocessen ses generellt som viktig. Det handlar om att patienten ska kunna ha en initial kontakt och fortlöpande dialog som möjliggör uppföljning med vårdgivaren, men det handlar också om att denne kontrollerar hälsotillståndet och säkerställer kontakten (remisser, svar etc.) med andra specialister i hälso- och sjukvården. Man vill inte som patient administrera alla sina olika vårdkontakter själv eller för en nära anhörig (som en agent skulle göra för sig själv) utan vill få stöd i denna matchningsfunktion.

Det framhålls ”att det saknas någon som har en helhetskontroll” och som koordinerar vårdens insatser, patientinformation och kontakter (Nordgren 2009, 2010 c). Det sistnämnda innebär att man ser primärvården som en del i ett större åtagande av hälsa- och vårdinsatser och det är tydligt att man önskar att det finns en funktion som kan ta på sig ett koordineringsansvar vad gäller remisser, svar etc. (ibid.). Det kan också handla om att ge råd om vilken vårdcentral som bör väljas.

5.3.6 Vårdpengen är okänd

Vårdpengen tycks inte vara känd av brukarna, som därför inte uppfattar sig vara påverkad av den. Om de kände till den skulle en fråga vara om den skulle räcka till för dem och en annan skulle handla om vårdpengen kan tänkas leda till oskäliga vinster för vårdcentralen?

5.4 Översiktlig sammanhållen diskussion

Diskursanalysen indikerar att invånarna, med vårdvalssystemen, har förbättrat sina möjligheter att välja den vårdgivare som man föredrar, alternativt att välja bort den vårdgivare som man är missnöjd med, vilket kan betraktas som att invånare gör aktiva val. Enligt innehållsanalysen är dessa val erfarenhetsbaserade. Vidare så är vårdgivarkontinuitet och olika former av tillgänglighet avgörande när invånare gör aktiva val av vårdgivare.

Invånare som inte har aktuella vårderfarenheter av primärvården är i gengäld mindre intresserade av att göra vårdval. Innehållsanalysen antyder att man trots allt väljer vårdgivare i primärvård på grund av att det förväntas av en som medborgare. Denna attityd kan kopplas till invånarnas förtroende till att sjukvårdssystemet fungerar om jag blir sjuk. Tilltro till den professionella kompetensen i sjukvården är en central utsaga i diskursanalysen, samtidigt som det tycks finnas behov av att koordinera insatser, utifrån ett helhetsansvar, om dessa sker på fler ställen än i primärvård.

6 Beskrivning av val inom andra konsumentmarknader - skola, hemtjänst och äldreomsorg

Kastberg (2010) konstaterar att valfrihet ses som något positivt oberoende av samhällssektor eller om valfriheten utnyttjas eller inte av brukare. Värdet av att ha valfrihet handlar ofta om tron på att det ska kunna bli "bättre än tidigare". I första hand är det faktorerna ålder, social tillhörighet och utbildning som tycks förklara brukares val.

En första fråga handlar ifall aktiva val görs. Inom hälso- och sjukvård utövar patienterna i liten utsträckning sin valfrihet. Liknande erfarenheter finns från införandet av vårdvalssystem för primärvården i Norge, där benägenheten att byta läkare uppgår till mellan 1.5 - 2.0 procent varje kvartal (Sjögren 2009). En liknande iakttagelse gör Winblad Spångberg *et al* (2009) i en studie av svensk hemtjänst.

Inom skolans område utnyttjas valfriheten i större utsträckning än inom hälso- och sjukvård, vilket både internationella studier samt erfarenheter från Sverige indikerar. Även om valfriheten inte utnyttjas eller återspeglas i aktiva val slås det fast i flera studier att möjligheten att välja är något som uppfattas som positivt. Detta gäller inom olika områden som personlig assistans, hemtjänst och skola.

En andra fråga handlar om vilka faktorer som styr valet. Beträffande hemtjänst har Sveriges Kommuner och Landsting (Winblad *et al* 2009) studerat kundval i *hemtjänsten* och bl.a. analyserat byte av utförare och orsaker till omval. Det är få brukare som gör omval, det vill säga i detta avseende finns stora likheter med vårdval i primärvården. Många äldre upplever byte av utförare som påfrestande praktiskt och känslomässigt. Brukarna behöver inte motivera sina omval, vilket betyder att kunskap om orsaker till dessa är bristfällig. Enligt avdelningschefer och biståndshandläggare vid förvaltningar kan orsaker till byte av utförare vara att brukarna är missnöjda med insatsernas genomförande eller att det är för många personer som utför servicen. Det kan också handla om bristande information om t.ex. ändrade tider för insatserna. Andra orsaker kan vara viljan att prova något nytt, eller att man hört från grannen om att en viss utförare fungerar väl. Det framkommer att flera av de intervjuade framhåller att kundvalet inneburit en positiv förändring för både brukare och biståndshandläggare tack vare möjligheten att byta utförare för brukaren och att erbjuda flera alternativ för biståndshandläggaren.

Inom *skolans område* indikerar överlag de studier som gjorts att det är de som är bättre socialt situerade och med hög utbildning som är mest aktiva. Samtidigt väljer man mer aktivt inom skolans område än inom exempelvis hemtjänsten. Faktorer som påverkar valet inom främst skola är graden av närhet. Hur bra skolan presterar upplevs som mindre viktigt än dess sociala status, etniska sammansättning och rykte. Inom *hemtjänsten* kan flera olika aspekter vara viktiga för äldre när de väljer.

Det handlar om geografiskt närhet, trygghet, utförarnas rykte eller att det antingen är privat eller offentligt, vilket kan vara ideologiskt betingat (ibid).

Svensson och Edebalk (2010) ställer med stöd av en enkätstudie frågan om införande av kundval i *äldreomsorgen* stärker brukarens ställning i ett valfrihetssystem? Svaret är att man inte med säkerhet kan säga att så har skett (ibid. sid. 29). Studien visar dock att brukarens förutsättningar för ett ökat inflytande över valet av utförare och möjligheten att byta utförare tycks stärkas genom införande av kundval. Internationella studier tyder på att brukarens ställning generellt har stärkts vad gäller självbestämmande och inflytande över vad, vem och hur den vardagliga hjälpen ska ges. Dessa valfrihetssystem omfattar dock, till skillnad från de svenska, kontantersättning och en personlig budget och liknar därigenom det svenska systemet med personlig assistans (ibid.).

Då det inte har funnits ett motsvarande underlag (brukarundersökning) att tillgå för att kunna jämföra och analysera resultaten från denna undersökning med motsvarande undersökningar inom skola, hemtjänst och omsorg görs ingen analys eller konkludering av beskrivningen av hemtjänst, skola och omsorg.

7 Slutkommentarer

Det tycks råda en viss sammanblandning (begreppsförvirring) mellan hur fraserna "vårdval inom primärvården" respektive "fritt vårdval" ibland används av brukare. Grundprincipen om fritt vårdval lanserades i slutet på 1980-talet och genomfördes 1991, genom att alla landstingen införde en reform som innebar att medborgare fritt kunde välja sjukhus och vårdcentral. Andra valfrihetsreformer var husläkarreformen under början av 1990-talet samt vårdgarantireformen.

Med fritt vårdval menas vanligen att en medborgare har rätt att fritt välja vårdgivare inom det egna landstinget eller inom regionen, till exempel mellan olika vårdcentraler eller läkare i primärvården. Genom vårdval får invånarna möjlighet att fritt välja vårdcentral. Vårdvalsmodellerna bygger alltså på det fria vårdvalet som grund. Med fritt vårdval inom den specialiserade sjukvården avses rätten att välja sjukhus/klinik inom det egna landstinget eller inom ett annat. Detta fria vårdval är dock tydligt villkorat och begränsat, till exempel så att det gäller för vissa specificerade diagnoser, att det finns en remiss, och att om inte vårdgarantin kan infrias inom det egna landstinget så kan vård erbjudas inom ett annat.

En intressant aspekt på vårdval handlar om att brukarna enligt denna undersökning associerar begreppet även till värden som helhetsansvar och dialog, professionalitet samt bemötande, alltså till andra värden än att enbart välja vårdgivare eller läkare. Vårdval, i sin strikta mening, är dock begränsat just till att välja vårdcentral eller läkare, och omfattar inte innehållet i tjänsten eller den service som ges. Vad som skulle kunna ingå i serviceerbjudandet skulle därför, utifrån brukarnas syn på vårdval också kunna vara av intresse att undersöka djupare.

Syftet har inte varit att dra generella slutsatser från denna kvalitativa studie. Avsikten har främst varit att försöka bidra till förståelsen av hur invånare ser på val inom primärvården genom att invånarnas egna röster om detta ämne ska framgå tydligt. Förhoppningsvis kan studien också inspirera till andra studier om vårdval baserade på annan metodik. Kunskapen som rapporten presenterar kan eventuellt tas som teoretisk utgångspunkt för till exempel enkätundersökningar till breda befolkningsgrupper.

Ett annat område värt att studera är om det är troligt att vårdval i förlängningen kommer att leda till att marknad/er skapas samt hur detta i så fall sker och vad det medför? En jämförelse skulle då kunna göras med utvecklingen inom andra professionella tjänsteverksamheter som tandvård, pensioner och försäkringar.

8 Tack och vitea

Vi tackar för den hjälp vi har fått av resurspersoner i de landsting som intervjuerna blev genomförda: Direktör Birgitta Wiklund och Strateg Johan Lidmark i Region Skåne, Hälso- och sjukvårdsdirektör Ove Löfqvist och Planeringssekreterare Agneta Ryberg i Landstinget Kronoberg samt Webbredaktör Pelle Östberg i Stockholms läns landsting.

Vitea

Lars Nordgren är ekonomie doktor, docent i tjänstvetenskap och universitetslektor vid Lunds Universitet. Lars har varit inriktningsansvarig för inriktningen Health Management vid Institutionen för Service Management 2003-2008. Hans forskningsfält sträcker sig över service management, utveckling av marknader samt organisering och ledning riktat mot tjänsteverksamhet, speciellt hälsa och sjukvård. En central del har varit att analysera den komplexa och ömsesidiga relationen kund/konsument/patient och professionella medarbetare inom hälso- och sjukvård. Lars har sedan tidigare lång praktisk erfarenhet som sjukhusdirektör och ledningskonsult.

Bengt Åhgren är docent vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Hans forskningsarbete ligger inom området Health Management, med speciell inriktning mot formering, ledning och utvärdering av samverkan i hälso- och sjukvården. Bland annat har Bengt studerat under vilka förutsättningar som konkurrensutsättning och samverkan mellan vårdgivare går att kombinera i praktiken. Bengt har dessutom arbetat ett flertal år som ledningskonsult i hälso- och sjukvård. Bland tidigare uppdragsgivare finns en lång rad europeiska sjukvårdsorganisationer.

9 Referenser

- Ahgren B. Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy* 2010; 96(2):91–97.
- Anell A. *Vårdval i primärvården - Modeller och utvecklingsbehov*. Lund: KEFU; 2008.
- Anell A. En studie om vårdval i primärvården i Landstinget Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen, preliminär, 2010.
- Ankarloo D. *Marknadsmyster*. Stockholm: ETC; 2008.
- Berggren AM, Sandberg C, Bogestam N. *Vårdval Stockholm 2008*. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2009.
- Bowling A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (2nd edn). Open University Press: Maidenhead; 2002.
- Callon, M. Introduction: the embeddedness of economic markets in economics, in, Callon, M. *The Laws of the Market*, Oxford: Blackwell Publishers; 1998; sid. 1-57.
- Callon M. 'What does it mean to say that economics is performative?', in *Do Economists Make Markets?*, eds D. MacKenzie, F. Muniesa & L. Siu, Princeton University Press, Princeton, NJ, 2007, pp. 311-357.
- Fotaki, M. (2006) "Choice is yours: A psychodynamic exploration of health policymaking and its consequences for the English National Health Service", *Human Relations*; 59(12): 1711-1744.
- Fotaki M, Boyd A, Smith L, et al. *Patient choice and the organisation and delivery of health services: scoping review. Report for the NHS SDO R&D Programme*. Manchester: University of Manchester; 2006.
- Fotaki M., Roland M., Boyd A., McDonald R., Scheaff R., Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2008; 13 (3):178-84.
- Foucault, M. *The Archaeology of Knowledge*, London, Tavistock; 1972.
- Goodwin N. Patient choice: as attractive as it seems? *Journal of Health Services Research & Policy* 2006;11(3):129.
- Gummesson E. Many-to-Many Marketing. Från one-to-one till many-to-many, I *nätverksekonomin marknadsföring*, Liber Ekonomi, Malmö; 2004.
- Gummesson, E. Exit services marketing – enter service marketing. *Journal of Consumer Behaviour*, 2007; 6 (2):113-141.
- Howden, C., Pressey, A.D. Customer value creation in professional service relationships: the case of credence goods. *The Service Industries Journal* 2008; 28 (6): 789-812
- Hjelmgren J, Anell A. Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 2007; 83:314–22.

- Howarth D. *Discourse*, Open University Press, Buckingham; 2000
- Kastberg G. *Kundvalsmodeller. En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting*, Göteborgs universitet, Förvaltningshögskolan; 2005.
- Kastberg G. Vad vet vi egentligen om kundval? En kunskapsöversikt, Sveriges kommuner och landsting; 2010.
- Knutsson H. *Vård av patienter från andra landsting samt EU-vård*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2006.
- Konkurrensverket. *Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2*. Stockholm: Konkurrensverket; 2010.
- Konkurrensverket. *Brukarundersökning av valfrihetssystem inom primärvården, Uppdragsbeskrivning, Dnr 296;2010*.
- Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 1997.
- Lövtrup M. Vårdtunga patientgrupper får stå tillbaka i alla modeller. *Läkartidningen* 2009;106:264–6.
- MacKenzie D. The big, bad wolf and the rational market: portfolio insurance, the 1987 crash and the performativity of economics. *Economy and society* 2004; 33, August, 31; 2004.
- MacKenzie D., Muniesa F. & Siu L. *Do Economists Make Markets?* Princeton NJ: Princeton University Press; 2007, pp. 311-357.
- Nordgren L. *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Doktorsavhandling i företagsekonomi. Lund: Lunds universitet, Lund Business Press; 2003.
- Nordgren L. Value creation in health care services – developing service productivity. *International Journal of Public Sector Management* 2009; 22(2):114–27.
- Nordgren L. Mostly empty words - What 'freedom of choice' in health care does. *Journal of Health Organization and Management*, 2010 a; 24 (2):109-126.
- Nordgren L. The Healthcare Voucher - emergence, formation and dissemination. *Financial Accountability & Management* 2010 b; 26(4):443-464.
- Nordgren L. Vårdmatchning. Utveckling av en tjänst som matchar vårdens insatser till effektiva och samordnade vårdtjänster, accepterad för publicering i *Socialmedicinsk tidskrift* 2010c.
- Rosén P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001; 55:121–8.
- SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem*. Stockholm: Svensk författningssamling; 2008.
- Sjögren E. Föredrag i samband med Socialutskottets utfrågning "Vårdval i primärvården" 2009-01-27

- SKL. *Vårdbarometern. Årsrapport för 2008*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2009(a).
- SKL. *Patientvald väntan*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2009(b).
- Socialstyrelsen *Införandet av vårdval i primärvården – slutredovisning*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
- Svensson M, Edebalk PG. *Kundval i äldreomsorgen. Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem?* Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2010.
- Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research & Policy* 2006; 11(3):167–71.
- Vårdföretagarna. *Vårdutbudet och vårdvalet*. Stockholm: Vårdföretagarna; 2010.
- Winblad Spångberg U., Andersson C. & Isaksson D. *Kundval i hemtjänsten. Erfarenheter av information och uppföljning*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2009.