



2025-05-14

# Kvalitetsskillnader mellan offentligt och privat ägd primärvård

En kartläggande litteraturoversikt efter den svenska  
vårdvalsreformen

Författare:

Martin Sköld, ST-Läkare i allmänmedicin

Vårdcentralen Carlanderska Sjukhuset

Rapport: 284465 (rapportnr FoU i VGR), 2025

## **Litteraturstudie 2025**

FoU i VGR: [www.researchweb.org/is/vgr/project/284465](http://www.researchweb.org/is/vgr/project/284465)

Utförd inom Grundläggande kurs i forskningsmetodik under ST i allmänmedicin

Kursort: Göteborg

### **Vetenskaplig Handledare:**

Elvira Lange, Med. dr., leg. fysioterapeut

FoU-strateg, FoU primär och nära vård Göteborg och Södra Bohuslän

Marcus Praetorius Björk, Fil. dr. psykologi

FoU-strateg, FoU primär och nära vård Göteborg och Södra Bohuslän

### **Studierektor:**

Francisco Hernández, Specialist i allmänmedicin, ST-studierektor

Primärvårdens Utbildningsenhet

# Sammanfattning

## Bakgrund

Den svenska vårdvalsreformen 2007–2010 gav patienten rätt att själv välja vårdgivare inom primärvården och har lett till att många privatägda vårdcentraler etablerats. Syften med reformen var att öka innovation, utveckling, tillgänglighet och effektivitet och på så sätt förbättra kvaliteten medan en farhåga var att jämlikheten i vården skulle bli sämre.

## Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie var att kartlägga och sammanställa befintlig forskning om skillnader i kvalitet mellan offentligt och privat ägd primärvård i Sverige.

- Vilka aspekter av vårdkvalitet i svensk primärvård har undersökts i tidigare studier?
- Vilka skillnader och likheter avseende kvalitet mellan offentligt och privat ägd primärvård har identifierats i tidigare forskning?
- Finns det kunskapsluckor eller områden som behöver ytterligare forskning?

## Metod

Studien gjordes som en kartläggande litteraturoversikt där sökning i två öppna databaser (PubMed och Web of Science) genomfördes och relevanta artiklar valdes ut. Från dessa sammanställdes nyckelinformation och resultaten syntetiserades utifrån frågeställningarna.

## Resultat

Sju originalartiklar inkluderades och sammanställdes. Få kvalitetsaspekter är undersökta, varav patientnöjdhet är vanligast. Tre artiklar fann större patientnöjdhet på privatägda vårdcentraler, medan två artiklar ej fann signifikanta skillnader. Tre studier visade att privatägda vårdcentraler forskriver mer antibiotika. Enstaka artiklar visade att privatägda vårdcentraler har bättre ledarskap och tillgänglighet men sämre följsamhet till riktlinjer och har etablerats på ett sätt som kan ha minskat jämlikheten.

## Konklusion

Forskningen har i mycket begränsad omfattning studerat kvalitetsskillnader mellan privat och offentligt ägda vårdcentraler. Vårdvalsreformen har inneburit stora förändringar i svensk primärvård och behöver undersökas med mer heltäckande och fördjupande forskning för att skapa underlag för framtida politiska beslut och myndighetsstyrning.

## Nyckelord

Primärvård, kvalitet, privat ägande, offentligt ägande, vårdval

# Bakgrund

Primärvården i Sverige har ett brett ansvar för alla patienter, från prevention och tidig upptäckt av sjukdomar till behandling av akuta och kroniska tillstånd (1,2). Den är därför en central del av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med över 40 miljoner fysiska besök och 18 miljoner distanskontakter under 2023. Det finns dessutom en önskan från beslutsfattare att allt mer vård flyttas till primärvården (2).

Primärvården i Sverige är till allra största del skattefinansierad och drivs av både offentliga (regionerna själva, utan krav på vinst) och privata (vinstdrivna och icke vinstdrivna) aktörer, där den offentliga vården traditionellt dominerat men den privata sektorn har vuxit kraftigt sedan Vårdvalsreformen 2007–2010 (1), reglerad i Lag (2008:962) om valfrihetssystem (3). Denna reform gav patienter rätt att inom den skattefinansierade primärvården välja vårdgivare som fick rätt att etablera sig där de önskade men också utsattes för konkurrens. Centrala syften med reformen var att öka tillgängligheten, stärka patientens roll i vården och därmed öka kvaliteten genom ökad effektivitet och innovation. En farhåga var att reformen skulle leda till ökad ojämlikhet i vården, t ex att delar av landet eller grupper i samhället skulle få ökad tillgång till vård på bekostnad av andra geografiska delar och svagare grupper, såsom multisjuka och äldre (4).

Grundläggande principer för den svenska sjukvården, definierade i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (5) och Patientsäkerhetslagen (PSL) (6) är bland annat att vården ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande, integritet och delaktighet. Vården ska vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet. Centrala principer är att resurser ska fördelas utifrån behovsprincipen, där den med störst behov ska prioriteras och att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kvalitet inom sjukvård är ett brett begrepp där olika intressenter använder olika definitioner, mått och utfall. Enligt WHO (7) är hög kvalitet inom primärvård en kombination av säkerhet, effektivitet i att nå medicinska mål, resurseffektivitet, personcentrering, tillgänglighet, sammanhållen vård (mellan olika delar av vården), rättvisa, vård i läglig tid och kontinuitet. Starfield et al (8) har gjort en omfattande genomgång av forskningen inom området och visar att primärvården kan bidra till mer effektiva, säkra och patientcentrerade vårdssystem genom att främja kontinuitet, koordinering, prevention och tillgänglighet. Kontinuitetens betydelse för en högkvalitativ, säker och effektiv primärvård har belysts i ett flertal studier (9–12). WHO (7) och Starfield et al (8) betonar att investeringar i primärvård inte bara förbättrar hälsoutfall för hela befolkningen utan också kan leda till kostnadsbesparingar i det bredare hälso- och sjukvårdssystemet.

Vårdvalsreformen innebar stora förändringar och ökad variation i organisations- och ägarform med förhoppningar och farhågor om effekter

som kan påverka kvaliteten. Det finns ett behov att undersöka hur förändringarna påverkat kvaliteten och därmed ge underlag för framtida forskning och möjligen politiska beslut.

## Syfte

Syftet med denna studie var att kartlägga och sammanställa befintlig forskning om skillnader i kvalitet mellan offentligt och privat ägd primärvård i Sverige.

### Frågeställningar

Vilka aspekter av vårdkvalitet i svensk primärvård har undersökts i tidigare studier?

Vilka skillnader och likheter avseende kvalitet mellan offentligt och privat ägd primärvård har identifierats i tidigare forskning?

Finns det kunskapsluckor eller områden som behöver ytterligare forskning?

## Metod

Studien designades som en kartläggande litteraturöversikt enligt Arksey och O'Malley (13) och genomfördes delvis med stöd av Prisma-ScR checklista (14).

Forskningsfrågan formulerades enligt PCC-ramverket (15) där Patient (P) var alla patienter i primärvård Concept (C) var kvalitetsutfall och Context (C) var de två organisationsformerna offentligt och privat ägd skattefinansierad primärvård i Sverige sedan vårdvalsreformen.

### Kartläggning av data

Relevanta studier identifierades genom sökning i två databaser (PubMed och Web of Science) med söksträngar enligt nedan och med filter för perioden 2010-01-01 till 2025-02-04, eftersom Vårdvalsreformen trädde i kraft under 2009. Söksträngarna togs fram med stöd av bibliotekarie på biomedicinska biblioteket vid Göteborgs universitet. Dessutom granskades referenslistan för relevanta översiktsartiklar för identifiering av lämpliga artiklar.

### Urval

Inklusionskriterier:

- studerar någon form av kvalitet i primärvård
- studerar svensk sjukvård efter vårdvalsreformen
- studerar perioden efter 2010
- jämför privat och offentligt ägd primärvård

- artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter som genomgått "peer-review"
- artiklar skrivna på svenska eller engelska.

Exklusionskriterier:

- jämförelse endast innan och efter vårdvalsreformen
- kartläggande litteraturöversikt med bredare ansats, där ingående originalartiklar som studerat kvalitet inkluderats
- gör ej jämförelse mellan olika primärvårdsenheter utan jämför endast på regionnivå hur andel privat ägande påverkar kvalitet mm.

### **Söksträng PubMed**

("primary care" OR "primary health care" OR "family medicine" OR "general practition") AND ("Sweden"[MESH]) AND ("public" OR "private" OR "privatization") AND quality – med filter 2010-01-01 till 2025-02-04. Att söka med MeSH-term gav färre träffar än vid sökning med "Sweden" eller "Swedish" men lika många artiklar av intresse för denna kartläggande litteraturöversikt.

En uppdatering av sökningen gjordes 2025-04-12 som gav tre träffar ytterligare, men ingen som uppfyllde inklusionskriterier nedan.

### **Söksträng Web of Science**

("primary care" OR "primary health care" OR "family medicine" OR "general practition") AND (Sweden OR Swedish) AND ("public" OR "private" OR "privatization") AND quality - med filter 2010-01-01 till 2025-02-04.

Det är i Web of Science inte möjligt att använda MeSH-termer vid sökning. En uppdatering av sökningen gjordes 2025-04-12 som gav tre träffar ytterligare, men ingen som uppfyllde inklusionskriterier nedan.

### **Sammanställning och rapportering av resultat**

Sökresultat från de båda databaserna importerades till Zotero där först dubletter identifierades. Därefter genomfördes en screening där inklusionskriterierna tillämpades på rubrik och abstract och slutligen lästes hela artiklar för eventuell exklusion.

De utvalda artiklarna kartlades utifrån

- titel
- författare
- tidskrift
- publikationsår
- typ av studie
- syfte
- population

- metod
- huvudsakliga resultat.

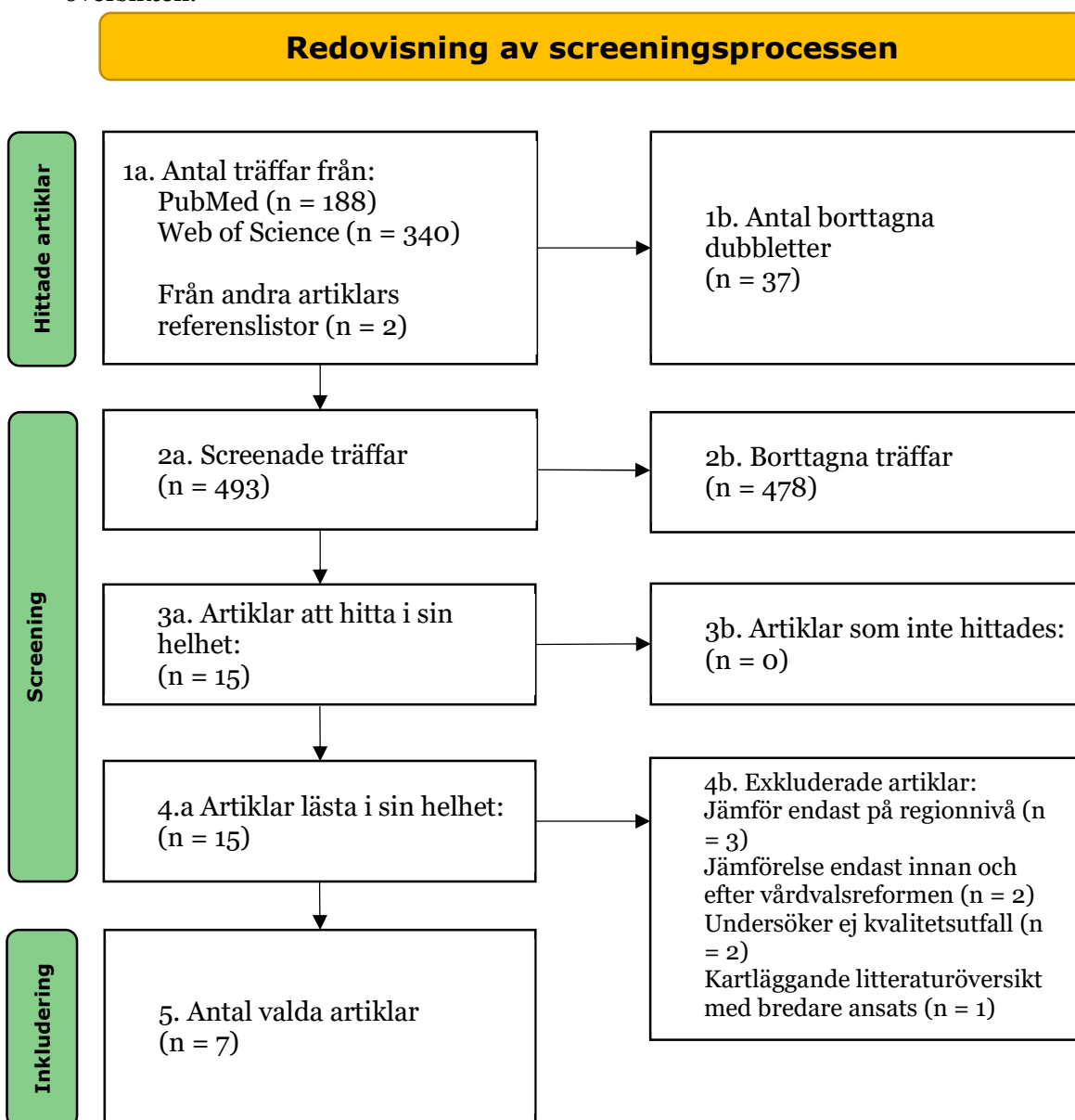
Kartläggning presenterades med nyckelinformation i en tabell och därefter syntetiserades resultaten utifrån frågeställningarna.

### **Etiska överväganden**

Det var inte aktuellt med en etisk prövning då denna studie är en litteraturöversikt över redan godkända studier. Etikprövning för respektive inkluderad studie redovisas under resultat.

# Resultat

Sökningen resulterade i 493 unika screenade träffar, där 478 sorterades bort då de inte uppfyllde inklusionskriterierna vid granskning av titel och abstract. Ytterligare åtta artiklar exkluderades därefter då de inte skulle bidra till studiens syfte. Slutligen inkluderades sju artiklar i den slutliga översikten.



Figur 1 Flödesdiagram för urvalet av artiklar till litteraturöversikten enligt PRISMA (9).

De inkluderade artiklarna sammanställda i Tabell 1 är alla originalstudier. De är observationsstudier antingen av tvärsnittstyp (16–18), longitudinella med jämförelser mellan två tvärsnitt (19,20) eller retrospektiva under en period (21,22). De använder alla öppna och offentligt tillgängliga data som är aggregerade på vårdcentralnivå eller geografiska områden. Utöver detta

baseras en av studierna (18) även på intervjuer med vårdcentraler. Samtliga artiklar är publicerade i tidskrifter med fokus på kvalitet i hälsosystem, hälsoekonomi samt offentlig ledning och styrning.

Fyra (16,18,19,21) undersöker mer än ett kvalitetsutfall. Det mest använda utfallet är patientnöjdhet (16,18–21) och där samtliga studier använt data från Nationella Patientenkäten (NPE). Måttet ”Helhetsintryck” används i alla dessa studier. Två av studierna (16,19) undersöker även andra kvalitetsmått från NPE men det är få som faller ut med statistiskt signifikanta skillnader mellan olika vårdgivare. Kontinuitet är ett annat mått från NPE som flera undersökt (16,19). En studie undersöker även väntetider baserat på data från en nationell enkät just för detta (18).

Tre studier (19,21,22) undersöker aspekter av kvalitet med fokus på medicinska utfall med hjälp av data från förskrivningsregistret (alla uthämtade recept på läkemedel) och kvalitetsregister i regioner. Studierna analyserar förskrivning av antibiotika (19,21,22) och bensodiazepinderivat (21) samt följsamhet till riktlinjer (19) och hur man följer upp patienter med kroniska sjukdomar (21). Skillnader i kvalitet i styrning och ledarskap studeras i en artikel (18) och en annan undersöker skillnader i jämlikhet i vården genom att kartlägga var nya och till allra största del privat ägda vårdcentraler etableras (17).

Här nedan följer avsnitt med sammanställningar av resultaten för respektive kvalitetsutfall.

### **Patientnöjdhet**

De fem studier (16,18–21) som undersöker patientnöjdhet visar inte samstämmiga resultat, men de tre större studierna (16,20,21) visar på ett samband mellan privat ägda vårdcentraler och större patientnöjdhet. Den omfattande undersökningen (20) med >80 000 patienter (alla svarande från hela landet) som svarat på NPE för år 2017 är den enda som gör en jämförelse mellan offentligt ägda och olika typer av privat ägda vårdgivare; koncerner med och utan vinstintresse, fristående med och utan vinstintresse. Det finns även en redovisning av patientnöjdhet för respektive vårdgivartyp uppdelat på regioner. Studien gör inga statistiska analyser men visar på skillnader där mindre privata aktörer med vinstintresse har nöjdare patienter än privata koncerner med vinstintresse och de små privata vinstdrivna enheterna har också nöjdare patienter än de offentligt ägda. Andelen privata vårdcentraler (fristående eller i koncern) som drivs utan vinstintresse är mycket liten och därför svår att jämföra med övriga, men de få som finns har mycket nöjda patienter. Den studie med mest avancerad statistik (linjär mixad regressionsmodell) (21) visar med hjälp av omfattande data från Västra Götalandsregionen och justeringar för flera faktorer på ett samband mellan privat ägda vårdcentraler och större patientnöjdhet (2,24 procentenheter högre än offentligt ägd vårdcentral, 95% konfidensintervall 3,93 – 0,56). De båda studierna av Glenngård (16,19) bygger delvis på samma data, där den första studerat region Skåne och Västra Götaland 2010 och den andra följer upp hur patientnöjdhet förändrats i region Skåne till 2019. I båda studierna görs regressionsanalyser som försöker justera för sjukdomsburda, Adjusted

Clinical Groups (ACG), och socioekonomiska faktorer, Care Need Index (CNI). I den första studien (16) fanns skillnader mellan offentlig och privat ägda vårdcentraler vad gäller patienternas nöjdhet (helhetsintrycket) men även antal besök hos läkare och kontinuitet, till de privata enheternas fördel. Den uppföljande studien 2019 (19) studerade enbart data från Skåne och då fanns inte skillnaden i nöjdhet längre kvar. Andra faktorer som starkare påverkade patienternas nöjdhet var högre ACG vilket gav mer nöjdhet och högre CNI som gav mindre nöjdhet. Den minsta av studierna som undersöker patientnöjdhet (18) kan inte påvisa några skillnader i patientnöjdhet, men istället andra skillnader vad gäller ledarskapet.

### **Ledarskap och väntetider**

J. Angelis et al (18) undersöker både kvalitet i ledarskap och organisation samt patientnöjdhet hos olika vårdgivare. Deras data kommer delvis från intervjuer enligt "the World Management Survey" (en metod att utvärdera kvalitet i ledarskap) och urvalet är begränsat då färre än tio procent av tillfrågade chefer på vårdcentraler har svarat. Med regressionsanalys påvisas skillnader mellan vårdgivare där de privatägda och de som finns i områden med sämre socioekonomi har ett bättre ledarskap. Ledarskapet korrelerade också med kortare väntetider men inte med mer nöjda patienter.

### **Kontinuitet**

I studien från 2013 med data från NPE för både Skåne och Västra Götaland (16) finns en statistiskt signifikant skillnad där patienter på privat ägda vårdcentraler uppgav bättre kontinuitet. I den uppföljande studien från 2019 (19) där dock endast Skåne är med finns inte längre några skillnader i kontinuitet mellan vårdgivarna.

### **Medicinska kvalitetsutfall**

De tre studier som undersöker skillnader i antibiotikaförskrivning (19,21,22) visar alla att privat ägda vårdcentraler i genomsnitt förskriver mer antibiotika. Studierna är gjorda på populationer i regionerna Skåne 2019 (19), Västerbotten 2011-2015 (22) och Västra Götaland 2011-2014 (21) och samtliga har använt regressionsanalyser för att justera för andra faktorer. D. Granlund et al (22) visar dessutom att de privata vårdgivarna i högre utsträckning förskriver bredspektrumantibiotika.

För förskrivningen av bensodiazepinderivat fanns inga signifikanta skillnader i den enda studie som undersökte detta (21).

Privat ägda vårdcentraler visades ha sämre följsamhet till medicinska riktlinjer i den enda studie som undersökte detta (19). Studien visar med statistisk signifikans att privata vårdgivare har större förskrivning av läkemedel som kan medföra skada hos äldre, men ingen skillnad i vaccinationsgrad för riskgrupper. En studie (21) kunde visa att offentligt ägda vårdcentraler oftare gjorde uppföljningar vid kroniska sjukdomar (diabetes mellitus typ 2, ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni) men i studien gjordes inte några statistiska tester för att pröva om skillnaderna var statistiskt signifikanta.

## **Jämlikhet**

En studie har försökt undersöka hur privata vårdgivare påverkar jämlikhet i vården (17). Med regressionsanalyser undersöks socioekonomiska faktorer i de valdistrikt där nya vårdcentraler etablerats. Analyserna visar att tillgängligheten till vård förändrats olika mycket för olika delar av befolkningen. Eftersom 95% av de nytillkomna vårdgivarna är privatägda så är det denna ägarform som förändrat tillgängligheten. I studien visas att det är områden med signifikant färre ensamstående föräldrar och färre ensamboende äldre som fått ökad tillgänglighet. Faktorer där man inte kunde fastställa ett samband är inkomstnivå, utbildningsnivå, andel invandrare, barn under fem år.

## **Etik i studierna**

Enligt svensk lag behövs inget etikgodkännande när endast aggregerade data på befolknings- eller vårdenhetsnivå används i studier då dessa är avidentifierade och allmänt tillgängliga. Detta kommenteras i en studie (21), men lämnas okommenterat i flera (16,17,19,20). En studies metod har granskats och godkänts av etikkommittén vid Umeå Universitet (22). Den enda studien som samlat in egna data via intervjuer skriver ej om etiska överväganden (18). Intervjuerna är med chefer och inte patienter och för patienter används endast aggregerade, offentligt tillgängliga data.

Tabell 1 Sammanställning av studiens inkluderade artiklar.

Författare, År, Tidskrift	Studiedesign	Syfte	Kvalitetsutfall studerade	Population	Metod	Huvudsakliga resultat	Etiskt godkännande
Glenngård, A. H., 2013, Health Economics, Policy, and Law (16)	Observationsstudie/tvårsnitt med data från 2010	Att analysera hur strukturella och organisationsfaktorer inkl de listade patienternas egenskaper påverkar patienternas nöjdhet.	Patientnöjdhet, däribland, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet, bemötande och medicinsk kvalitet.	Alla som svarat på NPE i regionerna Halland, Skåne och Västra Götaland.	Data från NPE för de tre regionerna samt information om vårdgivarna (VC) hämtades från regionerna. Information om ACG och CNI hämtades från region Skåne och Västra Götaland. Regressionsanalyser gjordes för att undersöka olika aspekter av patientnöjdhet kunde förklaras av faktorer hos vårdgivaren eller patientgruppen.	Många olika resultat men där sämre socioekonomi (CNI) gav mindre nöjdhet i flera aspekter medan högre sjukdomsbörda gav mer. Privat VC gav bättre nöjdhet med kontinuitet och även den sammanvägda nöjdheten - helhetsintryck (overall satisfactory).	Behövdes ej (kommenteras ej)
Glenngård, A. H., 2023, Health Economics, Policy, and Law (19)	Observationsstudie /2xTvårsnitt, 2010 och 2019 med jämförelse.	Utforska skillnader i prestation och egenskaper hos privat och offentligt ägda VC och om dessa skillnader består över tid.	Patientnöjdhet, däribland, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet, bemötande och medicinsk kvalitet samt följsamhet till riktlinjer och antibiotikaförskrivning.	Patienter i primärvård i Region Skåne åren 2010 och 2019.	Enkel och multivariat linjär regression (OLS) där beroende variabel var flera olika prestationsmått. Data är från NPE och Region Skånes register över kvalitet, behandlingar, diagnoser mm samt struktur- och organisationsdata som ägandeform, antal listade, ACG, CNI, antal besök, kommun, andel äldre mm	Skillnaderna minskade över tid. 2010 hade privata VC patienter med bättre socioekonomi, träffade dem oftare, med bättre kontinuitet och patienterna var nöjdare, men dessa skillnader försvann förutom antalet läkarbesök och kontinuitet. 2019 följde privata medicinska riktlinjer signifikant sämre och förskrev AB signifikant mer.	Behövdes ej (kommenteras ej)
Maun, A.; Wessman, C.; Sundvall, P.; Thorn, J.; Björkelund, C., 2015, BMC HEALTH SERVICES RESEARCH (21)	Retrospektiv deskriptiv observationsstudie, 2011-2014	Att på gruppnivå jämföra privat och offentligt ägda VC i en region avseende kvalitet i vården - patientupplevd kvalitet (NPE), förskrivning av antibiotika och bensodiazepinderivat samt uppföljning vid vissa kroniska sjukdomar.	Patientnöjdhet, enbart helhetsintryck samt förskrivning av antibiotika, bensodiazepinderivat (totalt samt till äldre) och andel uppföljningar vid kroniska sjukdomar.	Alla patienter listade på vårdcentraler i Västra Götalandsregionen under april 2011 till januari 2014. 49,7% var kvinnor.	Aggregerade data hämtades från Västra Götalandsregionens kvalitetssystem, SCB, nationella förskrivningsregistret, E-hälsomyndigheten, NDR och regionens kvalitetsregister för kroniska sjukdomar. Deskriptiva statistik beräknades för ett stort antal variabler. En linjär mixad regressionsmodell användes för att undersöka olika variabelers inverkan på kvalitetsutfall.	Patienter var mer nöjda med privat ägda VC även efter justering för ett flertal faktorer såsom CNI, storlek på VC och geografisk plats. De privata VC skrev ut mer antibiotika medan det fanns icke signifikanta skillnader vad gäller bensodiazepinderivat. För uppföljningar redovisas inga statistiska tester.	Behövdes ej (kommenteras)

Andersson, T.; Eriksson, N.; Mullern, T., 2021, JOURNAL OF HEALTH ORGANIZATION AND MANAGEMENT (20)	Observationsstudie/jämförelse av 2 tvärsnitt, 2015 och 2017	Att beskriva och analysera skillnader i patientupplevd kvalitet mellan privat och offentligt ägda VC.	Patientnöjdhet, enbart helhetsintryck	Alla patienter listade på vårdcentraler i Sverige under 2017 och 2015. 2017 80 000 valida svar.	De VC som hade valida svar för kategorin Helhetsintryck i Nationella patientenkäten för åren 2015 och 2017 inkluderades. Helhetsintrycket jämförs mellan VC med 5 olika ägarformer, privat koncern med och utan vinstintresse, privat fristående med och utan vinstintresse samt offentligt ägd. Analyser görs både på regionnivå och nationellt. Endast beskrivande data och inga statistiska analyser.	VC som drivs av fristående aktörer med vinstintresse visar bättre resultat i upplevd kvalitet jämfört med koncerner och offentligt ägda VC. Det finns väldigt få VC som drivs utan vinstintresse och därför är det svårt att göra jämförelser med denna grupp men de har bra siffror på upplevd kvalitet.	Behövdes ej (kommenteras ej)
Angelis, J.; Glennard, A. H.; Jordahl, H., 2021, PUBLIC MONEY & MANAGEMENT (18)	Observationsstudie /tvärsnittsstudie/intervjustudie	Undersöka samband mellan typ och kvalitet på ledarskap på VC med ägandeform och kvalitetsutfall.	Kvalitet i ledarskap och organisation samt patientnöjdhet (helhetsintryck) och tillgänglighet	Ledare inom alla vårdcentraler i Sverige	Alla VC i Sverige kontaktades, 119 svarade och blev telefonintervjuade med en justerad variant av "the World Management Survey". Dessutom inhämtades VC storlek, anställda mm samt CNI, sammanlagd patientnöjdhet från patientenkät och väntetid ifrån nationell enkät. Regressionsanalys användes för att hitta korrelationer.	Privat ägda VC visade bättre ledarskapskvalitet och det var även bättre ledarskapskvalitet vid VC i områden med sämre socioekonomi, dock med låg signifikans. Bättre kvalitet i ledarskapet var korrelerat med kortare väntetider med 95% signifikans, men ej för patientnöjdhet.	Saknas
Granlund, D.; Zykova, Yana V., 2021, PharmacoEconomics – Open (22)	Retrospektiv observationssstudie, 2011-2015	Skriver läkare på privat ägd VC ut mer AB (och bredspektrum-AB) än läkare på offentligt ägd VC?	Förskrivning av antibiotika, totalt samt - bredspektrum	Hela befolkningen i Västerbotten 2011-2015	Andelen AB (samt bredspektrum-AB) bland alla recept undersöktes med logistisk regression. Sannolikheten för att ett recept skulle vara AB från en privat ägd jämfört med offentligt ägd VC när man kontrollerat för ålder, kön, kommun och totala antalet recept.	6% mer sannolikt att läkare på privat ägd VC skriver AB och 9% mer sannolikt att det är bredspektrum.	Ja
Isaksson, D.; Blomqvist, P.; Winblad, U., 2016, BMC HEALTH SERVICES RESEARCH (17)	Observationsstudie /tvärsnittsstudie	Genom att undersöka var nya VC etablerats undersöka om vårdvalsreformen lett till ökad geografisk ojämlikhet i tillgång till vård.	Ändring av jämlikhet genom undersökning av var nya VC etableras.	Alla primärvårdspatienter och vårdcentraler i Sverige	Data för socioekonomi för alla valdistrikt där det finns en vårdcentral hämtas från SCB. Nyetablerade vårdcentraler och om de är privata eller offentliga identifieras. Jämförelse med en anpassad regressionsmodell (GEE) som kan ta hänsyn till olika nivåer av data (distrikt, kommun, region mm då dessa kan ha olika systematiska korrelationer) används för att identifiera om nyetablerade VC finns i områden med avvikande socioekonomi.	Många fler VC etablerade i (stor-)städer och 95% privata. Med regressionsmodellen visas att nya (privata) VC etablerats där det är färre ensamstående föräldrar och färre ensamma äldre. Det finns ingen signifikant skillnad i inkomst, andel invandrare, barn under 5 år eller utbildningsnivå.	Behövdes ej (kommenteras ej)

VC=Vårdcentral, AB=Antibiotika, ACG=Adjusted Clinical Groups (viktat mått på sjukdomsburda hos en patient eller en patientgrupp), CNI=Care Need Index (viktat mått på förväntat risk för ohälsa utifrån socioekonomiska faktorer), NPE=Nationella Patientenkäten, SCB=Statistiska Centralbyrån, NDR=Nationella Diabetesregistret

## Diskussion

Denna kartläggande litteraturöversikt identifierade sju studier (16–22) som undersöker kvalitetsskillnader i svensk primärvård efter vårdvalsreformen 2007-2010. Det mest studerade kvalitetsutfallet är patientnöjdhet (16,18–21) där de mer omfattande studierna finner en större nöjdhet hos privatägda vårdgivare (16,20,21), möjligen allra mest hos fristående privata aktörer (20). Det finns dock mindre studier som ej finner signifikanta skillnader (18,19). Några studier undersöker följsamhet till riktlinjer och förskrivning av läkemedel såsom förskrivning av antibiotika (19,21,22). Där konkluderas att privatägda vårdcentraler förskriver mer än offentligt ägda. En studie visar dessutom att privatägda vårdcentraler förskriver mer läkemedel som kan skada äldre (19) samt följer medicinska riktlinjer i lägre grad. Ett annat studerat kvalitetsutfall är jämlikhet som undersöktes endast i en studie (17). Den visar att nya och framför allt privatägda vårdcentraler har etablerats med en geografisk fördelning som kan försämra jämlikhet. Därigenom fick områden med fler ensamstående föräldrar och ensamboende äldre färre nyetableringar. De privatägda vårdcentralerna har enligt en studie (18) bättre ledarskap och styrning, vilket också tycks ge bättre tillgänglighet. I en tidig undersökning från 2010 (16) fann man ökad kontinuitet hos privata vårdgivare. I en uppföljande och mindre studie 2019 (19) kunde man inte längre finna denna skillnad.

I en tidigare genomförd kartläggande litteraturöversikt (23) har forskning om fler effekter av vårdvalsreformen belysts. Där gjordes även en sammanställning av den forskning som försökt jämföra före och efter reformen. Denna kartläggning innehåller bland annat en mindre genomgång av kvalitetsskillnader och förändringar. Slutsatserna från översikten är att vårdvalsreformen resulterat i ökad tillgång till primärvård, men på ett ojämnt och ojämnt sätt. Patienter på privat ägda vårdcentraler tenderar att vara nöjdare men får mer antibiotika förskrivna. En annan slutsats från översikten är att de önskade kvalitetsförbättringarna som varit ett mål med reformen har uteblivit. En annan kartläggande litteraturöversikt (24) fokuserar på förändring av jämlikhet från innan till efter vårdvalsreformen. Slutsatsen som där redovisas är att antalet besök inom primärvården ökat, men främst för grupper med mindre vårdbehov samtidigt som grupper med mer komplexa behov fått sämre tillgång till vård. Enligt studien allokeras resurser mer utifrån patienters önskemål och efterfrågan och mindre utifrån faktiskt vårdbehov.

Förhållandena för primärvården skiljer sig något åt mellan olika regioner i Sverige men är ändå till stora delar så lika att resultaten i den aktuella litteraturöversikten får anses vara generaliserbara till andra regioner än de som faktiskt studerats. Då tidsperioden är relativt kort är också generaliserbarheten över tid god.

Omfattningen av den kartlagda forskningen är begränsad, vilket kan förstås av att vårdvalsreformen endast genomfördes i ett litet land och därmed omfattade en mindre population. Det är ändå förvånande att en så omfattande och genomgripande förändring av en grundpelare i ett modernt välfärdssamhälle inte föranlett en större och mer strukturerad utvärdering

av fristående forskare. I Sverige finns å andra sidan ett flertal myndigheter och även medlems- och arbetsgivareorganisationen Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som undersöker och utvärderar bland annat kvaliteten i primärvård. SKR menar i sin stora rapport om Sveriges primärvård från 2024 (2, sid 40) att det finns omfattande forskning på vårdvalsreformens effekter och hänvisar till en studie (25) som visat att det finns en liten ökad nöjdhet med vården men inga andra kvarvarande kvalitetsskillnader jämfört med innan reformen. Att detta är en omfattande forskning är en motstridig slutsats jämfört med den aktuella översikten. Dock är resultaten och slutsatserna avseende patientnöjdhet i stora drag överensstämmande med det redovisade i denna översikt. Rapporten från SKR tar dessutom upp en effekt av vårdvalssystemet som påverkar jämlikhet och hur resurser prioriteras och som hittills inte studerats i forskning: Etablering av digitala vårdgivare som debiterar enligt utomlänstaxan (2, sid 41-42). SKR skriver också att det finns ett bredare problem med att mer digifysisk vård kan bidra till att resurser styrs över till vård för grupper med ett lägre vårdbehov men med stor efterfrågan.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys finner i sina rapporter att vårdvalsreformen till viss del ökat tillgängligheten och möjligen patientnöjdheten men att jämlikheten försämrats och resurser riskerar att fördelas till grupper med mindre medicinska behov (4,26). Dessa slutsatser är till stora delar samma som forskningen i denna översikt kommit fram till, även om myndigheten inte lika tydligt undersöker kvalitetsskillnader mellan enskilda vårdgivare. För att det ska vara möjligt för patienterna att välja vård behöver det finnas tillräckliga underlag. Detta har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konkluderat och föreslår en tjänst för att jämföra kvalitetsindikatorer (27).

Riksrevisionen kommer med liknande slutsatser som denna översikt och som Myndigheten för vård och omsorgsanalys samt visar på ytterligare följder av vårdvalet. I sin utvärdering av vårdvalet redan 2014 (28) kommer revisionen fram till att tillgängligheten ökat och antalet vårdcentraler blivit fler, men på bekostnad av jämlikhet, vårdens etiska principer och vårdkostnaderna. Vårdvalsreformens mål om ökad innovation och utveckling har uteblivit. Riksrevisionen menar att det i vårdvalssystemet finns en inbyggd målkonflikt då både patienters efterfrågan och deras medicinska behov ska styra. De kritiserar också hur reformen sjösattes med för lite och för dåligt planerad uppföljning och utvärdering, av exempelvis kontinuitet eller hur kostnader i olika delar av sjukvårdssystemet påverkats.

De områden som WHO (7) identifierar som utmärkande för hög kvalitet inom primärvård (säkerhet, effektivitet i att nå medicinska mål, resurseffektivitet, personcentrering, tillgänglighet, sammanhållen vård, rättvisa, vård i läglig tid och kontinuitet) är endast delvis undersökta i den tillgängliga forskningen som undersöker skillnader i kvalitet mellan olika ägandeformer. Vårdvalsreformen innebar att efterfrågan på vård, själva valet av vårdgivare och patientnöjdheten blev viktigare faktorer för hur vårdresurser fördelas, vilket avspeglas i vad forskningen fokuserar på. Patientnöjdhet är i sig dock inget som enligt WHO utmärker god kvalitet, men kan ändå vara ett mått som delvis täcker in personcentrering och kan

även spegla andra delar. I de inkluderade studierna är det endast två (16,19) som undersöker kontinuitet och då endast med data från NPE. Detta trots att omfattande internationell forskning finner att kontinuitet är en mycket viktig faktor för kvalitet i primärvård (9–12,29). Ingen studie har försökt undersöka kontinuitet på annat sätt än genom NPE trots att det finns många sätt beskrivna och undersökta (12,30–36). Det är också svårt att i det svenska systemet använda en liknande metod som i den norska studien av Sandvik et al (11) då vi inte har krav på listning på specifik läkare. Studien visar bland annat sjunkande mortalitet vid längre patient-läkarkontinuitet. Det finns inte heller några studier som undersökt skillnader i resurseffektivitet mellan vårdcentraler med olika ägarskap.

Studierna som undersöker skillnader i antibiotikaförskrivning (19,21,22) använder väl studerade data som kontinuerligt följs upp inom STRAMA-arbetet (37) och av Folkhälsomyndigheten (38). Genom rationell användning av antibiotika kan infektioner behandlas effektivt samtidigt som biverkningar och resistensutveckling minimeras. Data på antibiotikaförskrivning följs regelbundet inom primärvården och är väl studerade bland annat genom jämförelser mellan olika vårdgivare. Bredspektrumantibiotika driver resistensutveckling mer än smalare preparat och användningen av detta bör därför minimeras. Att undersöka skillnader i antibiotikaförskrivning och specifikt bredspektrumvarianter kan vara ett bra sätt att undersöka vårdkvalitet men är samtidigt för smalt för att generalisera till helhetsbedömningar av kvalitet. Dessutom saknas kompletterande analyser som exempelvis vilka diagnoser som behandlats med vilken antibiotika och vilka andra sjukdomar patienterna har. En rimlig anledning till att privata vårdcentraler har en högre förskrivning är att de ofta har större tillgänglighet och en mindre andel av deras patienter söker till jourcentral eller läkare via digitala vårdtjänster(37,38). Studierna (19,21,22) har inte undersökt denna möjliga orsak.

Att använda följsamhet till riktlinjer som ett kvalitetsmått (19) bör inte göras utan ytterligare problematisering. Det finns inom främst primärvården idag en omfattande debatt om att tiden omöjligen räcker till för att följa alla riktlinjer (39,40). I studien (19) används andelen i riskgrupp som får influensavaccin och förskrivning av läkemedel som kan innebära risker hos äldre som proxymått för vårdkvalitet. Dessa riktlinjer får anses vara mindre problematiska vad gäller exempelvis risk för undanträngning eller fördelning av vårdresurser, men det blir svårt att dra generella slutsatser med dem som grund där analyser inte tar hänsyn till patienters individuella faktorer.

### **Metoddiskussion**

En styrka i denna litteraturoversikt är att de ingående studierna samtliga har frågeställningar som undersöker kvalitetsskillnader i svensk primärvård under den aktuella tidsperioden och inte endast redovisar detta som bifynd. En svaghet i flertalet av studierna och därmed i översikten är att de baserar stora delar av utfallsmåtten på data från enkätundersökningen NPE. Det är en mycket stor, regelbundet återkommande undersökning, men den har bara ca 40% svarsfrekvens (2024) (41) och har andra brister som att till exempel patienters förväntningar innan kontakt med vården kan påverka

mycket och inte bara själva vårdbesöket. Enligt SKR finns det inte heller någon forskning som undersökt enkätens reliabilitet eller validitet (42,43). Resultaten från NPE redovisas endast på värdenhetsnivå och inte på individnivå. Regressionsanalyser som använder NPE kan därför inte på individnivå justera för till exempel sjukdomsburda, socioekonomi eller bara så uppenbara faktorer som kön och ålder. Det är rimligt att anta att en flernivå regressionsmodell som kan justera även för individuella faktorer skulle kunna finna tydligare och mer robusta skillnader mellan vårdgivare. Dessutom är det troligt att helt andra samband skulle kunna upptäckas.

Denna litteraturöversikt har en reproducerbar metod (13) med tydligt angivna söksträngar använda i öppna databaser. En svaghet med översikten är att den genomfördes endast av en person. Då riskeras att artiklar eller fakta ej inkluderas eller behandlas. Om minst två personer gör urval och sammanställning av artiklarna separat och sedan sammanför resultat kan fler aspekter lyftas och möjligen fler slutsatser dras.

## Konklusion

Denna kartläggande litteraturöversikt som inkluderat sju originalartiklar visar att endast en mindre del av det som kännetecknar kvalitet i primärvård undersöks i forskningen om skillnader mellan privat och offentligt ägda vårdcentraler. Studierna finner i några fall små skillnader och dessutom i några fall motstridiga resultat.

Forskningen inom området är mycket begränsad. De studier som finns använder data och metoder som gör det svårt att dra skarpa slutsatser och vi kan därför inte veta hur vårt primärvårdssystem påverkar kvaliteten. Vårdvalsreformen har inneburit stora förändringar i svensk primärvård och behöver undersökas med mer heltäckande och fördjupande forskning för att skapa underlag för framtida politiska beslut och myndighetsstyrning.

## Deklarationer

Författaren är anställd vid en vårdcentral som är stiftelseägd och drivs utan vinstintresse. Författaren har tidigare arbetat på både offentligt ägda vårdcentraler och privatägda vårdcentraler med vinstintresse.

Författaren fick ingen ersättning utöver sin lön som ST-läkare på vårdcentral och arbetet genomfördes på betald arbetstid som del i ST-utbildningen i allmänmedicin i Västra Götalandsregionen i Sverige.

I övrigt finns inga jäv att deklarerat.

# Referenslista

1. Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Sweden: Health System Review. Health Syst Transit. september 2023;25(4):1–236.
2. Primärvård i Sverige [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024 dec [citerad 29 januari 2025]. Report No.: 978-91-8047-325-5. Tillgänglig vid: [https://skr.se/download/18.476206301938615cb1cb7f60/1734336431878/SKR\\_A4\\_Primarvardsrapporten\\_2024\\_webbpdf.pdf](https://skr.se/download/18.476206301938615cb1cb7f60/1734336431878/SKR_A4_Primarvardsrapporten_2024_webbpdf.pdf)
3. Lag (2008:962) om valfrihetssystem [Internet]. Finansdepartementet OU jan 1, 2009. Tillgänglig vid: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem\\_sfs-2008-962/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962/)
4. Janlöv Nils, Beckman Anders, Andersson Agneta, Sveréus Sofia, Wiréhn Ann-Britt, Rehnberg Clas. Vem har vårdvalet gynnat? [Internet]. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2012 dec [citerad 12 februari 2025] s. 196. Report No.: ISBN: 978-91-87213-05-2. Tillgänglig vid: <https://www.vardanalys.se/rapporter/vem-har-vardvalet-gynnat/>
5. Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30) [Internet]. Svensk författningssamling Socialdepartementet apr 1, 2017. Tillgänglig vid: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/#K13a](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/#K13a)
6. Patientsäkerhetslag (2010:659) [Internet]. Svensk författningssamling Socialdepartementet jan 1, 2011. Tillgänglig vid: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)
7. Kelley E. Quality in primary health care [Internet]. Genève: World Health Organization; 2018 [citerad 11 februari 2025]. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.54. Tillgänglig vid: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.

9. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* september 2020;70(698):e600–11.
10. Cj H, C B. Effects of quality on outcomes in primary care: a review of the literature. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual [Internet].* augusti 2008 [citerad 21 februari 2025];23(4). Tillgänglig vid: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18487421/>
11. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* februari 2022;72(715):e84–90.
12. Swanson JO, Vogt V, Sundmacher L, Hagen TP, Moger TA. Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: A comparative study of Norway and Germany. *Health Policy Amst Neth.* juli 2018;122(7):737–45.
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 01 februari 2005;8(1):19–32.
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, m.fl. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 02 oktober 2018;169(7):467–73.
15. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2015 [citerad 28 april 2025]. Tillgänglig vid: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/5e8cac53-d709-4797-971f-263153570eb5/SOARES%2C+C+B+doc+150.pdf>
16. Glenngård AH. 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 Econ Policy Law.* juli 2013;8(3):317–33.
17. Isaksson D, Blomqvist P, Winblad U. Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *Bmc Health Serv Res.* 23 januari 2016;16.
18. Angelis J, Glenngård AH, Jordahl H. Management practices and the quality of primary care. *Public Money Manag.* 03 april 2021;41(3, SI):264–71.

19. Glengård AH. Exploring differences between public and private providers in primary care: findings from a large Swedish region. *Health Econ Policy Law*. juli 2023;18(3):219–33.
20. Andersson T, Eriksson N, Mullern T. Patients' perceptions of quality in Swedish primary care - a study of differences between private and public ownership. *J Health Organ Manag*. 22 mars 2021;35(9):85–100.
21. Maun A, Wessman C, Sundvall PD, Thorn J, Bjorkelund C. Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership?-An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. *Bmc Health Serv Res*. 26 september 2015;15.
22. Granlund D, Zykova YV. Can Private Provision of Primary Care Contribute to the Spread of Antibiotic Resistance? A Study of Antibiotic Prescription in Sweden. *PharmacoEconomics - Open*. juni 2021;5(2):187–95.
23. Fredriksson M, Isaksson D. Fifteen years with patient choice and free establishment in Swedish primary healthcare: what do we know? *Scand J Public Health*. november 2022;50(7, SI):852–63.
24. Burström B, Burström K, Nilsson G, Tomson G, Whitehead M, Winblad U. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden - a scoping review. *Int J Equity Health*. 28 januari 2017;16(1):29.
25. Dietrichson J, Ellegård LM, Kjellsson G. Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms. *Health Econ*. juni 2020;29(6):716–30.
26. Nyström I. En lag som kräver omtag, Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet [Internet]. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021 sep [citerad 01 april 2025]. Report No.: 978-91-88935-38-0. Tillgänglig vid: <https://www.vardanalys.se/rapporter/en-lag-som-kraver-omtag/>
27. Blume S. Veta för att välja. Förslag till utformning av en nationell jämförelsetjänst för vårdval i primärvården [Internet]. Stockholm; 2024 dec [citerad 01 april 2025]. Report No.: 978-91-89933-11-8. Tillgänglig vid: <https://www.vardanalys.se/rapporter/veta-for-att-valja/>

28. Segerpalm H, Landahl J. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? [Internet]. Riksrevisionen; 2014 okt [citerad 01 april 2025]. Report No.: RiR 2014:22. Tillgänglig vid: [https://www.riksrevisionen.se/download/18.2008b69c18bdof6ed3f25cbc/1518435446126/RIR\\_2014\\_22\\_%20v%C3%A5rdval\\_Anpassad\\_2.pdf](https://www.riksrevisionen.se/download/18.2008b69c18bdof6ed3f25cbc/1518435446126/RIR_2014_22_%20v%C3%A5rdval_Anpassad_2.pdf)
29. Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz JW. The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review. *Ann Fam Med*. 2023;21(3):274–9.
30. Bice TW, Boxerman SB. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care*. april 1977;15(4):347–9.
31. Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. *J Med Educ*. oktober 1975;50(10):965–9.
32. Steinwachs DM. Measuring provider continuity in ambulatory care: an assessment of alternative approaches. *Med Care*. juni 1979;17(6):551–65.
33. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134–43.
34. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev MCCR*. april 2006;63(2):158–88.
35. Eriksson EA, Mattsson LG. Quantitative measurement of continuity of care. Measures in use and an alternative approach. *Med Care*. september 1983;21(9):858–75.
36. Ejlertsson G, Berg S. Continuity-of-care measures. An analytic and empirical comparison. *Med Care*. mars 1984;22(3):231–9.
37. Rapport antibiotikaförskrivning 2024 Strama Västra Götaland [Internet]. 2025 feb [citerad 03 april 2025]. Tillgänglig vid: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs4864-931547094-643/surrogate/Receptf%c3%b6rskrivning%20%c3%85ret%202024%20webb.pdf>
38. SWEDRES | SVARM Sales of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Sweden [Internet]. Solna och Uppsala: Public Health Agency of Sweden and Swedish Veterinary Agency;

2024 juni [citerad 03 april 2025]. Report No.: ISSN2001-7901.  
Tillgänglig vid: <https://www.sva.se/media/cegdew24/swedres-svarm-2023.pdf>

39. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 03 januari 2023;380:e072953.
40. Johansson M, Niklasson A, Albarqouni L, Jørgensen KJ, Guyatt G, Montori VM. Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes: A Popular but Questionable Approach to Improve Public Health. *Ann Intern Med*. oktober 2024;177(10):1425–7.
41. Nationell Patientenkät Primärvård 2024 [Internet]. 2025 [citerad 02 april 2025]. Tillgänglig vid: <https://resultat.patientenkät.se/Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/2024#filter=periods:2024>
42. Sarv L. Forskning som undersöker Nationella patientenkäten [Internet]. 2025. Tillgänglig vid: [info@skr.se](mailto:info@skr.se)
43. Okänt O. Nationell patientenkät Rapport Analysuppdrag: Modellutveckling, utvärdering samt tidigare studier och enkäter [Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner; [citerad 07 april 2025]. Report No.: Okänt. Tillgänglig vid: [info@skr.se](mailto:info@skr.se)