



eHälsa – en möjlighet till den gränsöverskridande hälsovården

Anne Declunder

Examensarbete

Vård

2017

| | |
|--|--|
| EXAMENSARBETE | |
| Arcada | |
| Utbildningsprogram: | Vård |
| Identifikationsnummer: | 5882 |
| Författare: | Anne Declunder |
| Arbetets namn: | eHälsa – en möjlighet till den gränsöverskridande hälsovården |
| Handledare (Arcada): | Gun-Britt Lejonqvist |
| Uppdragsgivare: | DeDiWe-projekt |
| <p>Sammandrag:</p> <p>Allt flera människor söker sig utomlands för att få vård, särskilt efter tillämpningen av patientdirektivet 2011/24/EU. Också användningen av eHälsa ökar stadigt och den erbjuder möjligheter som kunde utnyttjas inom hälsovården över gränser. Detta examensarbete försöker kombinera teman eHälsa och den gränsöverskridande hälsovården inom EU. Studien ingår i DeDiWe-projekt, vars mål är att skapa en ny studieplan där studerande får utveckla eHälsa. Arbetets syfte är att kartlägga vilka digitala tjänster används och hur de kan förbättra kvaliteten och kontinuiteten i vården. Forskningsfrågorna i detta arbete är: ”Hurudana digitala tjänster erbjuds inom den gränsöverskridande hälsovården?” och ”Förverkligas kvaliteten och kontinuiteten i vården genom gränsöverskridande digitala hälsotjänster?” I bakgrundskapitlet presenteras de centrala begreppen och några forskningar kring den praktiska sidan av den gränsöverskridande hälsovården, patientperspektivet samt användningen av eHälsa. Som teoretiskt perspektiv valdes klientorienterad vård. Forskningsmetoden i detta arbete är en deskriptiv litteraturstudie och resultatet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Material söktes i olika databaser på nätet. Till innehållsanalysen valdes tio vetenskapliga artiklar och resultatet presenteras i tre huvudkategorier: eHälsa, kvalitet och kontinuitet. eHälsa och kvalitet har fyra underkategorier och kontinuitet presenteras i tre underkategorier. Utgående från artiklarna kan konkluderas att digitala tjänster används fortfarande lite inom den gränsöverskridande hälsovården och att det finns faktorer som förhindrar samarbetet mellan EU-länder. Det finns ändå flera välfungerande samarbetsmodeller och de flesta patienterna är nöjda med vården utomlands. Däremot är kontinuiteten svårare att förverkliga, eftersom det finns problem med bl.a. informationsutbyte och kommunikation. På det hela taget har eHälsa inte ännu nått sin fulla potential inom den gränsöverskridande hälsovården.</p> | |
| Nyckelord: | gränsöverskridande hälsovård, Europeiska unionen, eHälsa, kvalitet, kontinuitet, klientorienterad vård, DeDiWe-projekt, litteraturstudie |
| Sidantal: | 52 |
| Språk: | svenska |
| Datum för godkännande: | 18.4.2017 |

| | |
|--|--|
| DEGREE THESIS | |
| Arcada | |
| Degree Programme: | Nursing |
| Identification number: | 5882 |
| Author: | Anne Declunder |
| Title: | eHealth – A Possibility for Cross-Border Healthcare |
| Supervisor (Arcada): | Gun-Britt Lejonqvist |
| Commissioned by: | Project DeDiWe |
| <p>Abstract:</p> <p>More and more people decide to travel abroad for care, especially after the implementation of the patient directive 2011/24/EU. Moreover, the use of eHealth is steadily growing and it offers possibilities that could be valuable in cross-border healthcare. This thesis combines eHealth and cross-border healthcare within the EU. The thesis is a part of the project DeDiWe, which aims at creating a study plan where students are included in developing eHealth. The purpose of the thesis is to map out what kinds of digital services are available and how these can improve quality and continuity of healthcare. The research questions in this thesis are: “What kinds of digital services are offered in cross-border healthcare?” and “Are quality and continuity of healthcare realised through digital cross-border health services?” The central concepts as well as some earlier research on the practical side of cross-border healthcare, patient perspective and the use of eHealth are presented in the background section. Client-oriented care was chosen as the theoretical framework of this study. The research method is descriptive literature review and the results were analysed with the help of a qualitative content analysis. The data was searched in various internet databases. Ten scientific articles were chosen for the content analysis and the results are presented in three main categories: eHealth, quality and continuity. eHealth and quality both are divided into four subcategories and continuity into three subcategories. Based on the articles it can be concluded that digital services are still used only a little in cross-border healthcare and that there are factors which prevent co-operation between EU countries. There are nevertheless multiple well-functioning models of co-operation and most patients are satisfied with the care abroad. However, continuity is more difficult to realise due to problems with e.g. information exchange and communication. All in all, eHealth has not yet reached its full potential in cross-border healthcare.</p> | |
| Keywords: | cross-border healthcare, European Union, eHealth, quality, continuity, client-oriented care, project DeDiWe, literature review |
| Number of pages: | 52 |
| Language: | Swedish |
| Date of acceptance: | 18.4.2017 |

| | |
|---|--|
| OPINNÄYTE | |
| Arcada | |
| Koulutusohjelma: | Hoitotyö |
| Tunnistenumero: | 5882 |
| Tekijä: | Anne Declunder |
| Työn nimi: | eTerveys - mahdollisuus rajat ylittävälle terveydenhuol- lolle |
| Työn ohjaaja (Arcada): | Gun-Britt Lejonqvist |
| Toimeksiantaja: | DeDiWe-projekti |
| Tiivistelmä: | |
| <p>Ihmiset matkustavat ulkomaille yhä enemmän hakemaan hoitoa, etenkin potilasdirektiivin 2011/24/EU toimeenpanon jälkeen. Lisäksi digitaalisten terveystalveluiden käyttö kasvaa tasaisesti ja nämä palvelut tarjoavat mahdollisuuksia, joita voitaisiin hyödyntää rajat ylittävissä terveydenhuollossa. Tämä opinnäytetyö yhdistää eTerveiden ja EU:n rajat ylittävän terveydenhuollon. Työ on osa DeDiWe-projektia, jonka tavoitteena on luoda uusi opintosuunnitelma, jossa opiskelijat osallistuvat eTerveiden kehittämiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, minkälaisia digitaalisia palveluita on olemassa ja miten nämä voisivat parantaa hoidon laatua ja jatkuvuutta. Tutkimuskysymykset ovat: ”Millaisia digitaalisia palveluita on tarjolla rajat ylittävissä terveydenhuollossa?” ja ”Toteutuvatko hoidon laatu ja jatkuvuus digitaalisten rajat ylittävien terveystalveluiden kautta?”. Taustiosiossa esitellään työn keskeisiä käsitteitä sekä joitakin aikaisempia tutkimuksia rajat ylittävän terveydenhuollon käytäntöihin, potilasnäkökulmaan ja digitaalisten terveystalveluiden käyttöön liittyen. Asiakaslähtöinen hoitotyö on valittu opinnäytetyön teoreettiseksi lähtökohdaksi. Työn tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja tulokset on analysoitu kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla. Aineistoa haettiin useista hakukannoista internetissä. Sisällönanalyysiin valittiin kymmenen tieteellistä artikkelia ja tulokset esitellään kolmessa pääluokassa: eTerveys, laatu ja jatkuvuus. Sekä eTerveys että laatu on jaettu neljään alaluokkaan ja jatkuvuus kolmeen alaluokkaan. Artikkelien perusteella voidaan todeta, että digitaalisia palveluita käytetään edelleen vähän rajat ylittävissä terveydenhuollossa ja lisäksi EU-maiden välillä on yhteistyötä ehkäiseviä tekijöitä. Tästä huolimatta on olemassa useita hyvin toimivia yhteistyömalleja ja suurin osa potilaista on tyytyväisiä ulkomailla saamaansa hoitoon. Jatkuvuus on kuitenkin vaikeampaa toteuttaa esim. tiedonsiirtoon ja kommunikaation liittyvien ongelmien vuoksi. Yleisesti ottaen rajat ylittävissä terveydenhuollossa ei ole vielä hyödynnetty kaikkia eTerveiden tarjoamia mahdollisuuksia.</p> | |
| Avainsanat: | rajat ylittävä terveydenhuolto, Euroopan unioni, eTerveys, laatu, jatkuvuus, asiakaslähtöinen hoitotyö, DeDiWe-projekti, kirjallisuuskatsaus |
| Sivumäärä: | 52 |
| Kieli: | ruotsi |
| Hyväksymispäivämäärä: | 18.4.2017 |

INNEHÅLL

| | |
|---|-----------|
| INNEHÅLL | 5 |
| 1 Inledning..... | 8 |
| 2 Projektet DeDiWe..... | 9 |
| 3 Bakgrund..... | 9 |
| 3.1 Den gränsöverskridande hälsovården inom Europeiska unionen..... | 10 |
| 3.2 eHälsa | 12 |
| 3.3 Kvalitet och kontinuitet i vården..... | 13 |
| 4 Tidigare forskning | 16 |
| 5 Teoretiskt perspektiv..... | 18 |
| 6 Syfte och frågeställningar | 19 |
| 7 Forskningsmetod..... | 20 |
| 8 Val av material..... | 21 |
| 8.1 Materialsökning | 21 |
| 8.2 Dataanalys..... | 26 |
| 9 Etisk reflektion | 27 |
| 10 Resultat..... | 28 |
| 10.1 eHälsa | 29 |
| 10.1.1 Dataöverföring..... | 29 |
| 10.1.2 e-Receipt..... | 29 |
| 10.1.3 Telemedicin | 29 |
| 10.1.4 Interoperabilitet..... | 30 |
| 10.2 Kvalitet..... | 31 |
| 10.2.1 Välfungerande modeller | 31 |
| 10.2.2 Patientupplevelser av kvalitet..... | 31 |
| 10.2.3 Kvalitet av vården utomlands | 32 |
| 10.2.4 Läkemedel..... | 33 |
| 10.3 Kontinuitet..... | 33 |
| 10.3.1 Fortsatt vård | 33 |
| 10.3.2 Informationsutbyte..... | 34 |
| 10.3.3 Kommunikation..... | 35 |
| 11 Diskussion..... | 36 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 12 | Kritisk granskning..... | 39 |
| | Källor | 42 |
| | Bilaga 1 Materialsökningen..... | 48 |
| | Bilaga 2 Innehållsanalysen | 50 |

Figurer

| | |
|--------------------------------------|----|
| Figur 1. Figur över resultatet | 28 |
|--------------------------------------|----|

Tabeller

| | |
|---|----|
| Tabell 1. Resultat av materialsökning | 22 |
| Tabell 2. Utvalda artiklar..... | 23 |

1 INLEDNING

Att söka sig till ett annat land för vård är inget nytt fenomen. Finländare har länge rest till Estland för billigare hälso-tjänster. Mer nyligen lockar den finska privata hälsovården patienter från bl.a. Ryssland och de baltiska staterna hit för krävande operationer (Olsoni-Broman 2012; Lumme 2016). Dessa så kallade hälsoturister reser över landsgränser för att få vård. De vanligaste behandlingarna i världen är tandvård, kosmetisk och elektiv kirurgi och infertilitetsbehandlingar. (Kelley 2013.)

I många andra länder i Europa, särskilt i gränsområden, har det redan länge funnits samarbete och patientströmmar eftersom människor arbetar och bor mellan två länder eller eftersom de av någon anledning föredrar grannlandets tjänster. Nuförtiden bor också tusentals finländare i Spanien eller i andra EU-länder och använder där lokala hälsovårdstjänster. Inom Europeiska unionen har medborgare i princip desamma rättigheter och således har alla rätt att söka vård i andra medlemsstater. Detta skiljer hälsoturismen och EU:s gränsöverskridande hälsovård från varandra, trots att det inte finns någon allmän definition på hälsoturism (Kelley 2013; Lunt et al. 2011 s. 8).

En ny trend inom hälsovården är digitaliseringen. Nuförtiden har vi alla sannolikt bekantat oss med e-recept eller Kanta-sidor och åtminstone hört av olika digitala tjänster såsom nätläkare eller mobila hälsoapplikationer. Detta examensarbete strävar efter att kombinera denna aktuella trend inom hälsovården med EU:s grundläggande principer. Arbetet är en del av DeDiWe-projektet vilket har som fokus utveckling av digitala tjänster inom hälsovården.

Ämnet eHälsa inom den gränsöverskridande hälsovården anknyter flera områden, t.ex. patientmobiliteten och patientdirektivet, klientorienterade tjänster men även tillväxten av digitala tjänster inom hälsovården. Fokuset av arbetet ligger på kvalitet och kontinuitet, vilket lyftes fram vid preliminära litteratursökningar. Kvalitet och kontinuitet erbjuder en intressant synvinkel, eftersom de ger en fingervisning om hur effektiv vården över gränser är angående både kostnader och patientens välmående. Om samarbete och kommunikation fungerar bra mellan tjänstegivare, kan t.ex. dubbla medicinska tester undvikas och får patienter att utnyttja smidigare hälsotjänster.

2 PROJEKTET DEDIWE

Detta examensarbete är en del i DeDiWe-projektet (*Developer of Digital Welfare Services*). DeDiWe-projektet är en ny form av studieplan där studerande och blivande experter inom hälsovården får kunskaper att utveckla tjänster i eHälsa. Syftet med DeDiWe-projektet är att beskriva, granska och skapa digitala tjänster inom hälsovården. DeDiWe baserar sig på ”Learning by Developing”, ett koncept som försöker få studerande att lära sig genom att samtidigt utveckla och samarbeta med arbetslivet. Projektet är tvärvetenskapligt och har med experter och studerande från vård, ekonomi, IT och sociala studier. Projektet är en del av EU och Central Baltic. Deltagande länder inom projektet är Finland, Estland och Lettland. (Arcada Research 2016.)

3 BAKGRUND

Det är mycket som håller på att ändras i Europa eller globalt, till exempel i teknologi eller ekonomi. I många länder i Västvärlden ser vi förändringar i demografin och försörjningskvoten och samtidigt ökar pressen för mera effektivitet och kvalitet. Dessa förändringar och utvecklingar har sin effekt också inom hälso- och sjukvårdsbranschen. Till exempel i Finland skall hälso- och sjukvården förändras i framtiden på grund av social- och hälsovårdsreformen och därför skall också digitala tjänster få större betydelse inom sektorn.

Det finns flera former av samarbete inom EU bl.a. kring miljö- och energifrågor eller ekonomi (Europeiska kommissionen 2015; Europeiska kommissionen 2016). Samarbete kring hälsovården mellan EU-regioner, särskilt gränsområden, har vuxit stadigt sedan 1950- och 60-talen. Särskilt sedan början av 2000-talet har utvecklingen varit snabb. (Brand et al. 2007.) Teknologisk utveckling blir allt viktigare inom EU och man önskar att den skall öka flexibilitet inom hälso- och sjukvården. Samtidigt vill man också att utvecklingen skulle ge mera kvalitet och säkerhet för patienter och trygghet för hälsoexperter att fatta beslut. Detta teorikapitel handlar om begrepp som är viktiga för arbetet och hjälper att förtydliga arbetet och ämnet.

3.1 Den gränsöverskridande hälsovården inom Europeiska unionen

Den gränsöverskridande hälso- och sjukvården har varit ett politiskt tema i Europeiska unionen särskilt under de senaste åren. Men redan tidigare fick hälsovården över gränserna uppmärksamhet i EU:s institutioner och organ. På 1990- och 2000-talen inleddes många EU-program kring den gränsöverskridande hälsovården, t.ex. *Interreg* och "*EU-REGIO – Evaluation of border regions in the European Union*" (Brand et al. 2007). *Interreg* försökte öka samarbetet mellan medlemsstaterna och främja ekonomiska, sociala och regionala utvecklingen (Europeiska kommissionen 2015). EUREGIO:s målsättning var att öka samarbete, evaluera olika hälsoprojekt och identifiera välfungerande modeller samt granska underlättande eller hindrande faktorer (Brand et al. 2007). Det finns fortfarande många EU-regioner som har hälsorelaterade projekt tillsammans. Sådana aktiva regioner finns bland annat mellan Tyskland och Holland, eller i gränstrakten av Tyskland, Belgien och Holland. Det finns också projekt i Norden och mellan Spanien och Portugal. (Brand et al. 2007.)

1998 bestämde EU-domstolen i två fall, de så kallade Kohll och Deckers fallen, att hälsovården var en del av den inre marknaden och att personer i fråga kunde åka till ett annat EU-land för att söka vård och att vården skulle bli ersatt (Europeiska kommissionen 2008; Brand et al. 2007; Footman et al. 2014 s. 5–6, 8). Sedan dess har EU-domstolen tagit ställning till några andra fall också (Brand et al. 2007). I verkligheten blev hälso- och sjukvården en del av den inre marknaden 2011, då direktivet 2011/24/EU, det så kallade patientdirektivet, om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård trädde i kraft. Direktivet gäller alla EU- eller EES-länderna och Schweiz. Patienter får välja i vilket land de vill söka vård och skall få kostnaderna ersatta. Ersättningen gäller enkelt vården som skulle ersättas i patientens hemland också. (Lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård 1201/2013; STM 2016a.)

Tillämpningen av patientdirektivet skedde på olika sätt i olika EU-länder. I Finland föreskrevs lagen 1201/2013 om den gränsöverskridande hälso- och sjukvården 2013 och den trädde i kraft 2014. Lagen ger patienter stärkare rättigheter samt nya möjligheter att ta hand om sin hälsa. (Lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård 1201/2013; STM

2016a.) Nödvändig vård i EU-länderna skall i huvudsaken ersättas enligt den offentliga sektorn i Finland. Enklast är att patienten har med sig det europeiska sjukvårdskortet när han/hon åker utomlands. På det viset betalar patienten enkelt en lokal klientavgift. Den ersätts visserligen inte av FPA. (Vårdenhetsval.fi 2016.)

Planerad vård i EU-länderna ersätts i Finland enligt sjukförsäkringslagen. Det vill säga att patienten som söker planerad vård utomlands antingen på den offentliga eller privata sektorn skall få en ersättning av FPA för kostnaderna på samma sätt som vården inom den privata hälso- och sjukvården i Finland skulle bli ersatt. (FPA 2016a; Vårdenhetsval.fi 2016.) Denna modell skiljer sig från många andra EU-länder och deras modeller. Finlands utmaning med tillämpningen av direktivet var att vårt hälso- och sjukvårdssystem är delat i två delar: den offentliga och den privata sektorn. Därför skall planerad vård i andra EU-länder inte ersättas enligt den finska offentliga, utan privata vården. (STM 2016a; Vainikainen 2014; EK 2013; Europeiska kommissionens representation i Finland 2016.) Enligt EU-kommissionen har Finland inte verkställt hela direktivet vilket gör att patienträttigheter inte uppfyllas såsom direktivet förutsätter. (Europeiska kommissionens representation i Finland 2016; Vainikainen 2014.)

I alla EU-länder finns det officiella instanser eller kontaktpunkter som samlar information om den gränsöverskridande hälsovården (Europa.eu 2016). I Finland är tjänstegivaren FPA. På FPA:s webbtjänst Vårdenhetsval.fi finns det information om bl.a. patienträttigheter, ersättningar och kostnader. Också information om hälsovården i andra länder erbjuds. Dessutom finns det information om valfriheten inom hälsovården i Finland. (FPA 2016b.)

Enligt Glinos et al. (2010 s. 1147) finns det fyra orsaker varför patienter söker vård utomlands. Den första orsaken är tillgänglighet. Detta betyder att patienter väljer vård i ett annat land på grund av antalet eller typen av tjänster som de inte får i hemlandet. Tjänster kan vara otillgängliga på geografiska, juridiska eller ekonomiska grunder. Den andra motivationen är kostnader. Detta kan innebära t.ex. otillräcklig social försäkring eller höga allmänna kostnader i hemlandet. Den tredje orsaken för att söka vård utomlands är bekantskap angående kultur, språk, historia eller religion. Människor i gränstrakter kan vara vana att åka över gränsen också för andra tjänster än hälsotjänster. Den sista motivationen

är uppfattad kvalitet, som kan innebära bättre utrustning eller teknologiska färdigheter men också hälsovårdens rykte i landet i fråga. Här gäller mer de uppfattningarna som personer har än den verkliga kvaliteten.

3.2 eHälsa

EU började med att främja eHälsa 2004 genom att införa eHealth Action Plan – ett projekt som löpte från 2004 till 2010. Målet med detta projekt var att öka interoperabiliteten mellan EU-länderna och utveckla standarder kring eHälsa. Sedan dess har mycket utvecklats kring temat och många andra projekt och pilotprogram har inleddes. (Currie & Seddon 2014.)

Enligt EU:s definition är digitala sjuk- och hälsotjänster sådana tjänster som använder IKT i olika hälsorelaterade produkter, tjänster och processer (Europeiska kommissionen 2012 s. 3–4). Dessa tjänster kallas ofta för e-Hälsa. De går väsentligen ihop med organisationsförändringar, nya funktioner och nya nödvändiga kunskaper (Europeiska kommissionen 2012 s. 3–4; Reponen 2015). Målet är att främja och förbättra medborgarnas hälsa men också att kunna besvara kostnadsfrågor genom att erbjuda tjänster på ett effektivare och produktivare sätt (Europeiska kommissionen 2012 s. 3–4; Reponen 2015).

Nuförtiden finns det många tillgängliga digitala tjänster inom social- och hälsovården och antalet ökar. De flesta tjänsterna som finns för klienter är förknippade med informationsökning, tidsbeställning, egenvård och hälsofrämjande. Feedback kan också lämnas på ett elektroniskt sätt. (THL 2015.) Några av digitala tjänster riktade till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är elektroniska patientjournaler, elektroniska databaser, recept, datasystem och distanskonsultering (Reponen 2015).

Utvecklingen av digitala tjänster har varit snabb och man strävar efter att vidare utveckla och förbättra utbudet. Målet med digitala tjänster är att öka klientorientering och stöda patientens egenvård. (STM 2016b.) Dessutom finns det olika aktuella projekt och planer på nationell nivå för att utveckla dessa tjänster. En av dem är ODA-projektet (Egenvård och digitala mervärdestjänster), vilket har som mål att få digitala tjänster inom medborgarnas kommunala basservice och primärvård. ODA-projektet lanseras under 2017–18 i

flera kommuner och sjukvårdsdistrikten. (STM 2016b.) Projektet strävar efter att öka produktivitet, tillgång och tillgänglighet (Finlands Kommunförbund 2017).

Utvecklingen av e-Hälsa stöds intensivt på EU-nivå. Också i patientdirektivet betonas bl.a. säker dataöverföring och interoperabilitet mellan medlemsstaterna angående IKT-system (Europeiska unionens officiella tidning 2011). T.ex. EU:s projekt epSOS (*Smart Open Services for European Patients*) åren 2008–2014 försökte förbättra vården för patienter som sökte sig utomlands. Detta skedde genom att hälsovårdsexperter fick ta hand om patientinformation i en digital och säker form. Målsättningen var att bygga upp och evaluera infrastrukturen av tjänster och således erbjuda helgjutna hälsovårdstjänster inom EU. (EPSOS 2014.) Resultat av detta sex års projekt var bl.a. inledningen och verkställandet av samarbete inom hälsovården mellan EU-länderna och utvecklingen av nya digitala tjänster, t.ex. e-recept och elektroniska patientjournaler (EPSOS 2014; EPSOS 2017a).

Vanligen omfattar ett patientdokument nyckelinformation om patienten och hans/hennes hälsotillstånd, vilket betyder att omsorg kan inledas eller fortsättas i en akut eller planerad situation. Ett epSOS-patientdokument innehåller personuppgifter, sammandrag av patientens hälsotillstånd och patientuppgifter samt en lista av patientens medicinering. (EPSOS 2017b.) I epSOS-projektet testades också e-recept eller ordination och utdelning av läkemedel mellan epSOS-länderna. Den elektroniska ordinationen sker via ett godkänt datasystem och genom detta får apoteket information om det ordinerade läkemedlet. Den elektroniska utdelningen av läkemedel betyder att ordinationen hämtas ut ur systemet och att läkemedlet delas ut åt patienten enligt ordinationen. (EPSOS 2017c.) Det genomfördes också ett försök mellan Sverige och Finland, då användningen av e-receptet testades i Tornedalen till slutet av juni 2014. I försöket kunde svenska och finska klienter hämta ut ordinerade läkemedel på vissa deltagande apotek över riksgränsen. (EPSOS 2017d; Kanta 2017.)

3.3 Kvalitet och kontinuitet i vården

Kvaliteten är en väsentlig del av vården och den antyds också i lagen (Vårdenhetsval.fi 2016). T.ex. enligt hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010 måste kvaliteten, behörigheten

och säkerheten vara säkerställda inom hälsovården. Kvaliteten och säkerheten styr all verksamhet inom hälsovården. (Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326.) Patientdirektivet betonar värdet av kvaliteten och kontinuiteten i vården i flera artiklar angående t.ex. vård mellan länderna, digitala tjänster och dataöverföring (Europeiska unionens officiella tidning 2011).

I Kommunförbundets kvalitetshandbok (Koivuranta-Vaara 2011) beskrivs kvalitet på olika sätt. Produkter och tjänster är av god kvalitet, om de uppfyller klientens krav eller behov. Om produkters eller tjänsters mål och resultat motsvarar varandra, kan man kalla dem för kvalitetsprodukter eller -tjänster. Kvaliteten i vården betyder att resurser används på ett optimalt, effektivt, riskfritt och exakt sätt. (Koivuranta-Vaara 2011.) God vård är en välfungerande helhet, som strävar efter att minska risker och att främja hälsa och välbefinnande (THL 2014). Kvaliteten kan granskas ur olika synvinklar, t.ex. från tjänsternas, kliniska omvårdnadens eller processernas synpunkt. (Koivuranta-Vaara 2011.)

Ur patientens synvinkel innebär vård av god kvalitet att patienten får rätt vård, på rätt plats, vid rätt tidpunkt och på ett tryggt sätt. Patienten måste själv kunna välja sin vårdenhet och måste få tillräckligt med information för att kunna fatta beslut som gäller sin egen hälsa. Detta ökar patientens motivation och deltagande i vården. Målsättningen är att patienten upplever att han/hon får den vården som behövs och att han/hon är nöjd med tjänsten. För hälsovårdsexperten ligger klientorientering centralt, eftersom t.ex. vårdbedömning, beslut gällande vården och rehabilitering grundar sig på klienten. Effektivitetsbedömningen och uppföljningen av patienten antyder att vården är av god kvalitet. Kvalitet från patientens synpunkt kan uppmätas genom patientrespons eller patientskadeuppgifter men också genom subjektiva patienterfarenheter. (Koivuranta-Vaara 2011; THL 2014.)

Till kvaliteten hör också patientsäkerhet, som är en väsentlig del av den egentliga kliniska vården. Patientsäkerheten består av t.ex. yrkeskunnighet av hälsovårdsexperten och säker läkemedelsbehandling. (THL 2014.) Hälsovård av god kvalitet kräver tillräckliga resurser. Också kontinuitet och helgjutenhet av vården är viktiga. Patienten bör få information och stöd för att kunna ta hand om sin hälsa. Multiprofessionellt samarbete är viktigt. Kliniska vården utvecklas fortfarande, vilket försvårar kvalitetsuppföljning. Därför är det

viktigt att följa upp och utveckla verksamheten tillsammans med vårdenheten. Man bör evaluera yrkeskunnigheten och utvecklingsbehoven av personalen och stöda dem att utveckla sig och sin kunnsighet. Den kliniska kvaliteten kan förbättras och mätas genom ordentlig inskolning, fortbildning och utvecklingssamtal. (Koivuranta-Vaara 2011.)

Enligt Kommunförbundets kvalitetshandbok kan kvaliteten också mätas genom att granska hur smidigt processer inom vården fungerar. Patienten eller klienten bör ha tillträde till vården utan dröjsmål eller dubbla åtgärder eller undersökningar. Vården borde vara en välfungerande och planmässig helhet, där patienten är delaktig och har beslutanderätt i sin egen vård. Processer kan endast vara smidiga om det finns tillräckligt med resurser och om processerna är tydliga för experter som jobbar inom vården. Man bör specificera och utveckla processerna inom enheten. Detta ökar patientsäkerheten och effektiviteten, men samtidigt också underlättar ansvarstagandet och hjälper organisationen att nå sina målsättningar. Processer kan mätas t.ex. genom patientenkäter och statistiker. Den objektiva effektiviteten kan mätas genom att använda information om ekonomi eller statistiker gällande hela folket. (Koivuranta-Vaara 2011.)

Kontinuitet i vården anses i regel som en del av kvaliteten och patientsäkerheten. I officiella finska anvisningar eller kvalitetsguider verkar man ändå inte rakt nämna kontinuiteten i vården. Kontinuiteten i vården anses vara en del av primär omvårdnad, som är en av de mest använda metoder inom vårdarbetet (Nyman 2006). Kontinuiteten har med informationens gång mellan enheter eller experter att göra t.ex. i slutet av skift. Dessutom är det viktigt att patienten får rättidig och tillräckligt med information om sin vård och sitt hälsotillstånd. Primär omvårdnad använder ofta ett egenskötarsystem, vilket betyder att patienten får en egen skötare som säkerställer kontinuiteten av vården när enheten eller personalen bytas. (Nyman 2006.)

Kontinuiteten i vården förutsätter att informationens gång fungerar inom och mellan organisationer och att dataöverföring och dokumentation är bra (Ahonen et al. 2014 s. 44, 60.) Vårdsammanfattningar används nuförtiden för att förtydliga behovet och målet av vården och resultat som har uppnåtts genom vårdarbete. Också vårdplanen för fortsatt vård och värdering av patientens hälsotillstånd ingår i begreppet kontinuitet. (Ahonen et al. 2014 s. 56–57.) När patient flyttar till en annan enhet, område eller sjukvårdsdistrikt

ökar möjligheten att vårdkedjan bryts. Kontinuiteten förutsätter samarbete och tillräcklig dataöverföring mellan olika aktörer. (Ahonen et al. 2014 s. 60.) Enligt patientdirektivet bör patientdata överföras mellan EU-länderna för att kunna säkerställa kontinuiteten i vården. Det krävs således välfungerande datasystem och dokumentation inom EU. (Europeiska unionens officiella tidning 2011.)

4 TIDIGARE FORSKNING

Fokuset av flera forskningar ligger på hur den gränsöverskridande hälsovården organiseras eller hur patientdirektivet har tillämpats i medlemsstaterna. Det finns relativt mycket forskning kring temat och några av dem presenteras i detta kapitel. Också forskning om eHälsa och patientens synvinkel har inkluderats.

I Glinos & Baetens (2006) forskning beskrivs hurdana arrangemang av samarbete och vilka typer av patienter eller gränsområden det finns inom EU. I forskningen kommer det fram att patienter som söker planerad vård i andra länder oftast antingen bor i gränstrakten eller anser att det finns någon svaghet i det nationella systemet, t.ex. lägre kvalitet av vården, långa väntetider, höga kostnader eller mindre tillgänglighet. Forskningen fokuserar på vissa gränsregioner inom EU där det finns något slags samarbete inom hälsovården. Forskningen går tillbaka i tiden före inledningen av patientdirektivet och visar att det har redan länge funnits olika modeller av samarbete och att patienterna har rört sig åtminstone mellan grannländerna, om inte ännu i större skala.

I en annan forskning utförd av Glinos & Baeten (2014) analyseras EU:s roll vid understödande av den gränsöverskridande hälsovården. Forskningen fokuserar på hur vården mellan EU-länder förverkligas och om den kan fungera bra. Forskningen visar realiteten genom sju fallstudier i olika regioner inom EU där det finns samarbete mellan olika nationella hälsovårdssystem. Enligt Glinos & Baeten utförs samarbete mellan länderna oftast inte för patienternas skull utan eftersom det är finansiellt, politiskt och symboliskt nyttigt för lokala aktörer. Forskningen visar olika exempel där samarbete har slutats eftersom det inte mera var ekonomiskt eller politiskt fördelaktigt fastän tusentals människor regelbundet använder dessa tjänster. Glinos & Baeten anger att samarbete mellan hälsovårdssystemet och andra aktörer kan vara svårt att få att fungera i praktiken. Av de sju fallen som

presenteras i forskningen endast ett verkade fungera utan större problem. Samarbete kräver att det finns ett genuint behov för det men också likadana intressen och motivation att få det att fungera. I praktiken har olika regler, standarder och normer mellan olika organisationer och länder också bevisat sig vara problematiska. EU spelar ändå en stor roll genom att stöda den gränsöverskridande hälsovården finansiellt och juridiskt trots att det också finns samarbete som inte beror på EU:s stöd. (Glinos & Baeten 2014.)

Också eHälsa inom EU har det skrivits mycket om. Den aktuella situationen kring eHälsa och tillgänglighet beskrivs i Quaglios et al. (2016) granskning. Quaglio et al. sammanfattar olikheter som finns mellan EU-länder och hurdana utmaningar dessa olikheter lyfter fram. Medlemsstater är inte jämställda gällande användning och tillgänglighet av IKT och digitala tjänster. Det finns också juridiska och finansiella frågor som står i vägen för eHälsan. Även hälsovårdssystemen, deras struktur och finansiering skiljer sig mellan EU-länder, vilket betyder att det blir svårt att skapa ett välfungerande och integrerat system som passar alla. (Quaglio et al. 2016.)

Hur utvecklingen av eHälsa påverkar patientens roll inom hälsovården har forskats av Andreassen (2012). eHälsa ger patienter en aktivare roll och möjligheter att ta hand om sin egen hälsa och få mera information. eHälsa ger också mera flexibilitet. Andreassen anger likväl att eHälsa gör att patienter blir konsumenter som själv fattar beslut om sin hälsa. Trots det har patienter i praktiken inte lika mycket kännedom och kunnande att fatta sådana beslut när det gäller hälsofrågor och medicin vilket betyder att de inte kan göra annat än att lyda läkarens råd.

Calnans et al. (1997) forskning visade att gränsarbetare som jobbar i ett EU-land men bor i ett annat land inte alltid känner sina rättigheter för att använda båda hälsovårdssystemen. I vissa fall har också familjemedlemmar rätt att använda dessa tjänster. Forskningen utfördes mellan Belgien och Frankrike där det då redan i den tiden fanns ett samarbetsarrangemang för gränsarbetare. De använde hälsovårdstjänster från grannlandet för att köpa läkemedel, för sjukhusbesök och för besök hos en specialist. I forskningen lyftes också fram att belgiska patienter använde franska tjänster om tjänsterna var fördelaktigare för dem medan franska patienter föredrog den nationella hälsovården och använde belgiska tjänster endast om de var tvungna t.ex. efter ett arbetsolycksfall. (Calnan et al. 1997.)

5 TEORETISKT PERSPEKTIV

I detta kapitel beskrivs det teoretiska perspektivet för examensarbetet. Klientorienterad vård har valts som teoribakgrund, eftersom den ligger i kärnan av dagens vårdarbete oberoende på typ av vård, patient eller sjukdom. Termerna klient- eller kundorientering och -centrering används ofta parallellt (Kiikkala 2000 s. 115). Andra termer är patientorientering och patientcentrering. I detta arbete används termen klientorienterad vård.

Enligt Kiikkala (2000) har man talat om klientorienterad vård i Finland sedan 1980-talet. Lagen om patientens ställning och rättigheter trädde i kraft 1992 och den beaktade patienten som en individ och efterlyste individuell vård (Kiikkala 2000 s. 112–113). Lagen kräver också att patienten får information om sin vård, hälsa och hälsotillstånd (Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785 5 §). Också andra lagar har stiftats för att förbättra patientens ställning, t.ex. lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (Niemi 2006 s. 17).

I 1990-talet fanns det mycket offentlig debatt att patienter borde få mera möjligheter om att påverka sin egen vård och att vården borde bli klientorienterad i stället för förvaltnings- eller åtgärdscentrerad. I början av 2000-talet var fokus på hälsofrämjandet, välmåendet och deltagandet av patienter. (Kiikkala 2000 s. 113–115.) Tjänster inom den offentliga sektorn har traditionellt erbjudits kollektivt för det hela folket, inte för individer. Konkurrenten och tillväxten av den privata sektorn har betytt att patienten har blivit en konsument som har möjligheter att göra val beträffande sin vård. Därmed har kravet på klientorientering också blivit större. (Niemi 2006 s. 19–21.) Samtidigt har patienten själv fått mera ansvar för sin hälsa. Att patienten har blivit en konsument betyder också att kravet på den offentliga sektorns tjänster har ökat eftersom sektorn finansieras med skattemedel. (Virtanen et al. 2011 s. 16). Hälsovården har blivit ännu mera klientorienterad genom utvecklingen och användningen av IKT och digitala tjänster (Kiikkala 2000 s. 115).

De grundprinciperna för klientorienterad vård är respekt, individuell vård, egenvård, autonomi, helhetsvård, integritet, familjecentrering, hälsocentrering, trygghet och kontinuitet (Rautava-Nurmi et al. 2013 s. 22). Enligt Kiikkala (2000 s. 116–119) kan klientorientering undersökas ur fyra synvinklar. För det första är verksamheten och värdena inom hälsovården baserad på klientorientering. Patienten är en individ och helhet, inte endast en sjukdom eller diagnos. Patienten och experten är likvärdiga. För det andra är patienten inte endast en individ men också en del av sin familj och samhället. Patienten är den bästa experten på sitt eget liv. Den tredje synpunkten är att vård och tjänster börjar med patienten, hans/hennes frågor och behov. Verksamhet är interaktiv, framåtriktad och gemensamt planerad tillsammans med patienten. Den fjärde synpunkten är att också experten måste anpassa sig för att kunna garantera klientorienterad vård. Experten måste vara närvarande för patienten och utveckla sina yrkeskunskaper.

Klientorienterad vård har ofta varit ett tecken på vård av god kvalitet. Trots att klientorienterad vård har olika definitioner, har de flesta definitioner en gemensam utgångspunkt. I klientorienterad vård ligger fokuset på likvärdig interaktion, tillräcklig information och kommunikation mellan hälsoexperter och patienten samt egenvård av patienten (Kvist 2004 s. 27). Patienten borde delta aktivt i sin vård och vara jämställd med hälsoexperter (Kiikkala 2000 s. 120; Virtanen et al. 2011 s. 39). Framgången i klientorienterad vård har varit långsam eftersom organisering av tjänster fungerar ofta hindrande. Attityder bland vårdpersonalen och hälsoexperterna står inte ännu heller lika med målsättningarna. Det finns inte heller tillräckligt med samarbete mellan experter och medborgare. Digitala tjänster borde underlätta ändringen och utvecklingen och skapa smidigare tjänster. (Kiikkala 2000 s. 120.) Digitala tjänster kunde också öka effektiviteten och flexibiliteten av vården genom att rikta och anpassa tjänster för klienter som använder dem. Digitala tjänster har möjliggjort mera interaktion mellan klienten och tjänstegivaren och nuförtiden är det klienten som styr tjänsterna framåt, inte tvärtom. (Virtanen et al. 2011 s. 38–39.)

6 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med examensarbetet är att kartlägga vilka slags digitala tjänster finns inom den gränsöverskridande hälsovården och hur dessa tjänster kan förbättra kvaliteten och kontinuiteten i vården. Examensarbetet skall försöka besvara följande forskningsfrågor:

- Hurudana digitala tjänster erbjuds inom den gränsöverskridande hälsovården?
- Förverkligas kvaliteten och kontinuiteten i vården genom gränsöverskridande digitala hälsotjänster?

Examensarbetet kommer att behandla digitala tjänster inom den gränsöverskridande hälsovården inom EU och fokusera på kvaliteten och kontinuiteten av vården. Examensarbetet skall inte begränsa sig till vissa länder utan söka information på en allmän nivå. Man skall försöka hitta olika synvinklar från befintliga forskningar. Meningen är att inkludera olika klientgrupper och inte endast fokusera på vissa sjukdomar. Den tekniska nivån eller det tekniska förverkligandet av digitala tjänster kommer inte att tas i beaktande.

7 FORSKNINGSMETOD

Litteraturstudie används vanligen som en preliminär forskningsmetod men också som en självständig forskningsmetod. Med hjälp av en litteraturstudie kan man skapa en översikt av temat och fastställa vilka förbindelser mellan olika forskningar finns och var de står inom forskningsfältet. Litteraturstudier ger nya synvinklar genom att tolka utvalda forskningar tillsammans och jämföra dem med varandra. (Aveyard 2010 s. 2–6.) Litteraturstudier används nuförtiden allt mera inom vård- och hälsovetenskaplig forskning. Litteraturstudier stöder också evidensbaserad vård. Vid examensarbeten används litteraturstudier allt mera som en forskningsmetod, eftersom de möjliggör vetenskaplig forskning utan insamling av primärdata. (Aveyard 2010 s. 2; Kangasniemi et al. 2013 s. 293.)

I detta examensarbete används deskriptiv litteraturstudie, som också kallas för narrativ eller allmän litteraturstudie (Forsberg et al 2008 s. 29–30). Denna typ av litteraturstudie kan bäst används när det inte behövs någon numerisk information eller evidensgrad. Fokuset ligger då på själva fenomenet eller data i sig. (Kangasniemi et al 2013 s. 293.) Deskriptiva litteraturstudier ger kumulativa data och hjälper att bygga nya teorier, hitta problem och granska historiska utvecklingar av teorier (Kangasniemi et al 2013 s. 293; Salminen 2011 s. 3). En deskriptiv litteraturstudie består av fyra faser: problemformulering, val av material, beskrivning av fenomen och analys av resultat. Materialet som väljs kan komma från olika källor och sökningen är mera flexibel än vid många andra typer av

litteraturstudier. Huvudsaken är att beskrivningen och analysen av material och resultat sker på ett induktivt och oftast kvalitativt sätt. (Kangasniemi et al 2013 s. 294–298.) Deskriptiva litteraturstudier har ibland haft ett dåligt rykte och man har ansett dem som en subjektiv, inexakt och otillförlitlig metod (Kangasniemi et al 2013 s. 293). Risken med deskriptiva litteraturstudier är att datainsamlingen och -analysen inte alltid sker på ett systematiskt sätt och slutsatser kan således dras på en för allmän nivå (Forsberg et al 2008 s. 29–30). Dokumentation av den hela processen från datainsamlingen till dataanalysen spelar därför en stor roll i tillförlitligheten av forskningen (Kangasniemi et al 2013 s. 293).

8 VAL AV MATERIAL

8.1 Materialsökning

Material till arbetet söktes på olika databaser. Redan i ett tidigt skede gjordes förberedande sökningar på kända databaser för att få en bättre idé om ämnet. Alla databaser fungerar på olika sätt och genom att bli bekantad med instruktioner på dessa webbsidor var det enklare att optimera sökningar. Eftersom databaser är olika var det svårt att använda identiska sökningar. Därför har man använt t.ex. citattecken på vissa databaser men inte på alla. I alla sökningar användes det så kallade Booleska operatorer för att få bättre resultat.

Materialsökningen utfördes i januari 2017. Databaserna som använts är Academic Search, Cinahl, PubMed, Medic, ScienceDirect ja Google Scholar. Sökningen gjordes på engelska, eftersom enligt förberedande sökningar finns mesta materialet om ämnet på engelska. Ämnet är internationellt, så antagligen finns en stor del av materialet på engelska. Eftersom patientdirektivet trädde i kraft 2013, finns det inte ännu oändligt mycket undersökningar om det. Därför var det också nyttigt att använda en deskriptiv litteraturstudie som metod för att få en översikt av temat.

Sökord som användes vid materialsökningen var *cross-border*, *cross-border healthcare*, *frontier worker*, *cross-border worker*, *quality of care*, *continuity of care*, *eHealth*, *electronic health record(s)*, *epSOS*, *patient summary* och *directive 2011/24/EU*. Dessa sökord

användes i olika kombinationer beroende på databas. För att förtydliga sökningen visas en sammanfattning av artiklar per databas efter vissa inklusionkriterier hade mötts i tabell 1 nedan. Den detaljerade materialsökningen med alla träffar från alla kombinationer presenteras noggrant i bilaga 1.

Tabell 1. Resultat av materialsökning

| Databas | Antalet utvalda artiklar med begränsning till rubrik och abstrakt | Antalet utvalda artiklar med begränsning till "full text" | Antalet exkluderade artiklar | Antalet inkluderade artiklar |
|--|---|---|------------------------------|------------------------------|
| Cinahl | 13 | 3 | 3 | 0 |
| Medic | 4 | 4 | 4 | 0 |
| PubMed | 23 | 7 | 6 | 1 |
| ScienceDirect | 19 | 19 | 15 | 4 |
| Google Scholar | 12 | 12 | 9 | 3 |
| Academic Search + Cinahl | 4 | 2 | 1 | 1 |
| Springer Link (manuell sökning) | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Sammanlagda antalet artiklar | 76 | 48 | 38 | 10 |

Inklusionskriterier för materialet var det engelska språket, åren 2006–2016 och tillgängligheten av abstrakt. Exklusionskriterier var material publicerat före 2006, andra språk än engelska och andra länder än EU- eller EES-länderna. Materialet borde också vara avgiftsfritt och tillgängligt på nätet. Efter att ha valt bort irrelevant material genom att läsa rubriken och sedan abstrakten, kunde man söka efter material som var kostnadsfritt och tillgänglig i fulltext. Man läste igenom valt material och sökte efter ord och avsnitt som skulle besvara forskningsfrågor av detta examensarbete. Många av utvalda artiklar besvarar endast en av forskningsfrågorna, några få de båda. Efter att materialet valts lästes det noggrant igenom. På det sättet var det totala antalet material slutligen 10 artiklar. Vissa artiklar hittades i flera databaser. I resultaten noterades den första gången och databasen där artikeln hittades. I tabell 2 presenteras dessa utvalda artiklar i detalj.

Tabell 2. Utvalda artiklar

| | Författare, år | Rubrik | Databas | Syfte | Metod | Resultat |
|----------|---|--|----------------|--|--|---|
| 1 | Panteli, Dimitra; Wagner, Caroline; Verheyen, Frank & Busse, Reinhard. 2015 | Continuity of care in the cross-border context: insights from a survey of German patients treated abroad | PubMed | Undersöka tyska patienters erfarenheter av kontinuiteten i vården efter de fått vård i andra EU-länder. | En postenkät skickad 2012 av Techniker Krankenkasse till 45189 personer som hade fått vård utomlands. Svarsprocent 41 % (17453 personer). | Majoriteten (81 %) fick oplanerad vård, 19 % planerad vård. Fanns några problem med läkemedel eller ordinationer mellan länder. Inget informationsflöde i 80 % av fallen, ifall väl, omskött av själva patienten. |
| 2 | Glonti, Ketevan; Hawkesworth, Sophie; Footman, Katharine; Doering, Nora; Schmidt, Andrea E.; Destrebecq, Frédéric; Cluzeau, Françoise; McKee, Martin & Knai, Cecile. 2014 | European health professionals' experience of cross-border care through the lens of three common conditions | Science-Direct | Fastställa hälsoexperternas erfarenheter av den gränsöverskridande hälsovården och kontinuiteten i vården inom EU. Fokus på tre vanliga sjukdomar bland patienter. | En tvärsnittsenkät med frågor över tre möjliga situationer där patienter söker vård i andra EU-länder skickad till 592 experter på valda sjukhus. Svarsprocent 13 % (77 personer). Enkäten var också tillgänglig på vissa professionella webbsidor. Sammanlagt 342 svar från 14 EU-länder. | 82 % av experter haft patienter från andra EU-länder men endast 12 % fått information om handling av den gränsöverskridande hälsovården. Enligt 54 % är epikris den enda formen av kontinuitet i vård. |
| 3 | Verra, Sanne Elise; Kroeze, Renske & Ruggeri, Kai. 2016 | Facilitating safe and successful cross-border healthcare in the European Union | Science-Direct | Undersöka patienters erfarenheter av planerad vård utomlands. Fokus på möjliga problem som hindrar säker och effektiv vård inom EU. | En online tvärsnittsenkät i Holland 2014 som mätte överföring av data, kvaliteten av vård, fortsatt vård och ersättning inom EU. | 50,5 % rest till ett annat EU-land för vård efter tillämpningen av direktivet. I flesta fallen fanns det ingen överföring av data i förväg, men ifall väl, var det av patient själv. |

| | | | | | | |
|---|--|--|----------------|--|--|--|
| | | | | | Inkluderade i analysen: 101 patienter. | Kvalitet av vården aktades högre än hemma. 50 % fått fortsatt vård i hemland. |
| 4 | Vollaard, Hans; van de Bovenkamp, Hester M. & Vrangbæk, Karsten. 2013 | The emerging EU quality of care policy: From sharing information to enforcement | Science-Direct | Beskriva och analysera hur EU har blivit mer delaktig i hälsovård och hur fokuset av EU nuförtiden ligger på kvalitet av vården. | En artikel baserad på 1) litteratur av EU:s politik gällande folkhälsa och den gränsöverskridande hälsovården, 2) politiska dokument på kvalitet av vård och 3) 33 intervjuer med experter i EU politik eller forskare inom hälsovården. | EU har tagit en större roll i hälsovårdspolitik och kvalitet har fått mera uppmärksamhet. EU:s engagemang startade med mjuk lagstiftning men hårda lagar har också börjats stifta. |
| 5 | Kierkegaard, Patrick. 2011 | Electronic health record: Wiring Europe's healthcare | Science-Direct | Beskriva de möjliga hot som uppstår vid ibruktagning av elektroniska patientjournaler. | En översikt baserad på lagar, litteratur och forskning. | Tillämpningen av direktivet möjliggör större användning av eHälsa men samtidigt ökar risken för missbruk av personliga data. |
| 6 | Döring, Nora; Doupi, Persephone; Glonti, Ket; Winkelmann, Juliane; Warren, Emily; McKee, Martin & Knai, Cécile. 2014 | Electronic discharge summaries in cross-border care in the European Union: How close are we to making it happen? | Google Scholar | Undersöka vilka problem finns vid utveckling och tillämpning av elektroniska patientjournaler inom gränsöverskridande vården. | En analys baserad på 25 politiska dokument och 14 projekt på elektroniska patientjournaler inom EU. | Det finns redan några framgångar angående eHälsa inom EU men skapning och användning av t.ex. elektroniska patientjournaler över gränser är fortfarande inte |

| | | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|---|--|---|
| | | | | | | möjligt i praktiken. |
| 7 | den Exter, André; Santurari, Alceste & Sokol, Tomislav. 2015 | One Year after the EU Patient Mobility Directive: A Three-Country Analysis | Google Scholar | Utreda teman som finns i direktivet och samtidigt analysera hälsosystem av tre valda EU-länder och deras sätt av att tillämpa direktivet. | En artikel baserad på olika forskningar, lagar osv. | Trots de många positiva ändringarna sedan tillämpningen av direktivet finns det ännu ett flertal tekniska, juridiska och praktiska hinder. |
| 8 | Footman, Katharine; Knai, Cécile; Baeten, Rita; Glonti, Ketevan & McKee, Martin. 2014 | Cross-border health care in Europe | Google Scholar | Sammanfatta vilka aktuella frågor det finns kring gränsöverskridande hälsovården med fokus på patienter, experter och kvalitet av vård. | En litteraturstudie och material från ECAB-projektet. | Den gränsöverskridande hälsovården är ännu ett marginellt fenomen inom EU, men innebär vissa risker för dem som använder den. |
| 9 | Kierkegaard, Patrick. 2012 | E-Prescription across Europe | Springer-Link (manuell sökning) | Undersöka frågor och svårigheter kring driftskompatibiliteten av eHälsa med fokus på e-recept. | En undersökning baserad på litteraturstudier och officiella rapporter. | E-recept, särskilt inom den gränsöverskridande hälsovården, anses vara viktigt men i praktiken har EU-länder olika standarder och färdigheter. Säkerhet och integritet är de största hindren. |

| | | | | | | |
|----|---|---|-----------------|---|--|---|
| 10 | Moharra, Montse; Almazán, Cari; Decool, Marie; Nilsson, Anna-Lena, Allegretti, Natalia & Seven, Merik. 2015 | Implementation of a cross-border health service: physician and pharmacists' opinions from the epSOS project | Academic Search | Undersöka faktorer som förhindrar eller underlättar tillämpningen av epSOS eller digitala hälso-tjänster inom EU. | En kvalitativ, semi-strukturerad intervju med 7 läkare och 7 apotekare från olika epSOS pilotländer. | Elektronisk sammanfattning av vård och e-recept ansågs vara användarvänliga och förbättra beslutsfattande och kommunikation med patienten och andra experter. Utmaningar med integritet och brist på interoperabilitet med nationella system uppstod. |
|----|---|---|-----------------|---|--|---|

8.2 Dataanalys

Materialet för detta examensarbete analyseras med innehållsanalys. Det finns olika typer av innehållsanalys beroende på vilken metod och synpunkt skall användas (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 101–102). I detta arbete valdes det att utföra en kvalitativ analys. Slutsatserna skall dras med hjälp av en induktiv metod, d.v.s. utgående från själva materialet i stället för teorin (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 95). Innehållsanalys används för att samla information och att upptäcka något fenomen i materialet. Materialet sammanfattas för att generaliseringar kan göras. Innehållet analyseras, beskrivs och tolkas. Med hjälp av en innehållsanalys kan nya betydelser, syften, konsekvenser och samband skapas. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003 s. 21–23.)

En kvalitativ innehållsanalys består av olika faser. Analysen inleds genom att välja vilken analysenhet skall användas och att bekanta sig med materialet. Därefter skall materialet koda eller förenklas genom att dela upp det enligt problemställningar eller teman och kategoriseras så att varje kategori innehåller likadana begrepp eller teman. Varje klass eller begrepp får ett namn och hör till någon underklass. Dessa begrepp kopplas ihop med en eller flera överklasser. Det kan finnas olika antal klasser beroende på materialet och själva forskaren. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 137; Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 92, 101; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003 s. 24-30.)

Efter kategorisering skall man tolka materialet och dra slutsatser av resultatet. Meningen är att genom att generalisera fenomenen i materialet kan man skapa en översikt och beskrivning. Efteråt skall också trovärdigheten av analysen, kvaliteten av materialet och även resultaten granskas så att validiteten kan bedömas. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 92, 101; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003 s. 36–38.) Kvalitativ innehållsanalys kan också vidgas på ett kvantitativt sätt genom att kvantifiera hur många gånger något fenomen, tema eller kategori förekommer i materialet. Likheter och skillnader kan jämföras och resultat kan även presenteras i en tabell. (Jacobsen 2007 s. 139.) Kvantifiering används för att fylla på en kvalitativ innehållsanalys och ge en annan synvinkel på materialet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003 s. 35).

9 ETISK REFLEKTION

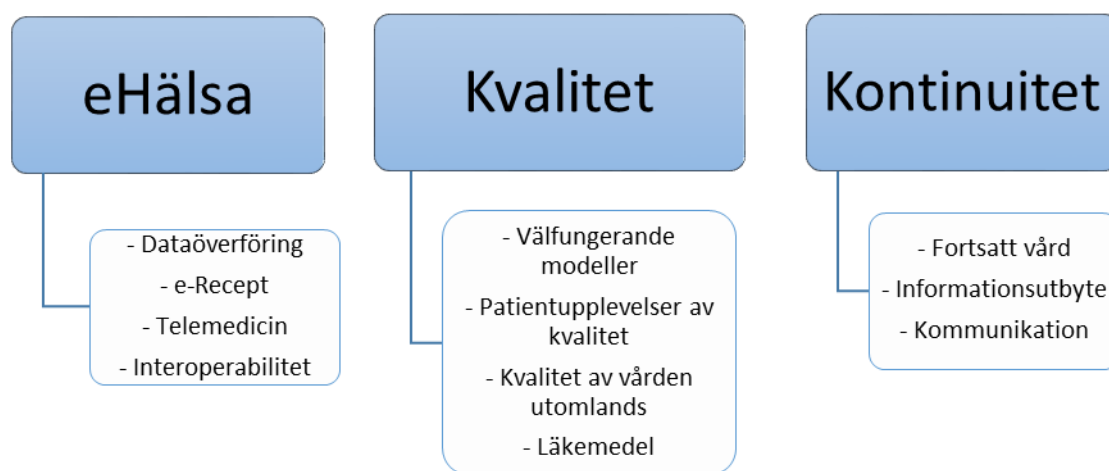
Enligt god vetenskaplig praxis måste forskare vara noggrann, ärlig och omsorgsfull och arbeta på ett etiskt hållbart sätt. Forskaren skall hålla sig till etiska regler som används på deras eget område och respektera andra forskare och deras arbeten. Forskningen bör vara planerad, utförd och rapporterad på ett öppet och detaljerat sätt. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 130–133.) Man bör presentera resultatet i sin kontext och helhet, och ta hand om att data är tillgängliga för dem som vill granska forskningsprocessen (Jacobsen 2007 s. 22–27). All vetenskaplig forskning baserar sig på etik och etiska regler (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 172). Till och med valet av forskningsämne innehåller etiska frågor som forskaren bör besvara, eftersom forskaren bestämmer då ur vilken synvinkel och på vems villkor undersökning utförs. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 129.) Etiska krav måste strävas efter trots att de kan vara svåra att följa vid varje tidpunkt. Etik bör i alla fall alltid styra verksamheten inom forskning. (Jacobsen 2007 s. 28.)

Eftersom detta examensarbete är en litteraturstudie, har inga människor deltagit i forskningsprocessen och har det inte varit nödvändig att skaffa ett undersökningslov eller att ta hänsyn till informerat samtycke av deltagare. Arbetet är utfört enligt Arcadas regler som följer de etiska riktlinjerna av den Forskningsetiska delegationen i Finland (Arcada 2014). Examensarbetet är gjort inom DeDiWe-projektet och ämnet har således blivit godkänt av både handledaren och projektet. I examensarbetet har använts redan publicerat

material som därför också är anonymt. Materialet har sökts från trovärdiga databaser med de bästa kunskaper som skribenten haft i det skedet. Forskningsprocessen har skett på ett systematiskt sätt så att endast för detta arbete relevant material har valts. Eftersom detta arbete inte är en systematisk litteraturstudie, har skribenten varit medveten om hur viktig en tydlig processbeskrivning är. Processen har därför beskrivits noggrant och materialet som har använts som källor hänvisas i texten och i källförteckningen enligt Arcadas skrivregler. Examensarbetet har inte behövt och inte heller fått finansiering.

10 RESULTAT

Under denna rubrik presenteras resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen. Utgående från forskningsfrågorna lyftes fram tre olika huvudkategorier som alla innehåller underkategorier. Resultatet av innehållsanalysen finns i en detaljerade form i bilaga 2. Resultaten i kategorierna överlappar varandra till en viss mån. Kategorierna presenteras i figur 1 nedan.



Figur 1. Figur över resultatet

10.1 eHälsa

10.1.1 Dataöverföring

Enligt Footman et al. (2014) fungerar elektroniskt samarbete bra mellan maltesiska och brittiska hälsoexperter. Inför operationer av maltesiska patienter i Storbritannien förs relevant medicinsk information elektroniskt över, men detaljerade patientjournaler följer fysiskt. Ett annat exempel av välfungerande dataöverföring finns i Italien, där 34 % av italienska tjänstegivare inom hälsovården för patientdata över till utländska tjänstegivare (den Exter et al. 2015). Dessa siffror är relativt höga i Italien, där t.ex. e-recept fungerar endast regionalt (den Exter et al. 2015). Moharra et al. (2015) undersökte läkares och apotekares erfarenheter av epSOS-projektet, där e-recept och elektronisk patientöversikt testades i EU-länder. Enligt läkare och apotekare var både e-receptet och patientöversikten användarvänliga och informationen i dem välstrukturerad.

10.1.2 e-Recept

e-Recept används relativt lite i allmänhet inom EU (den Exter et al. 2015), trots att det används mycket i många EU-länder varken regionalt eller på nationell nivå. Nästan alla länder har haft åtminstone ett pilotprojekt kring e-recept. Till exempel i Danmark, Sverige, Holland och Estland används e-recept fullständigt och säkert. (Kierkegaard 2012.) Gränsöverskridande användning av e-receptet fungerar inte lika bra och enligt utvalda artiklar finns det nästan inget samarbete kring e-recept mellan medlemsstater. Mellan Belgien och Frankrike finns det någon användning av internationellt e-recept, nämligen när franska kvinnor fött barn i Frankrike. Men enligt Footman et al. (2014) finns det problem kring samarbetet med läkemedelordinerings, eftersom läkemedel i Belgien ordinerar med medicinnamn och i Frankrike enligt molekyler.

10.1.3 Telemedicin

I Footmans et al. (2014) artikel lyftes fram några välfungerande exempel av användningen av telemedicin inom Europa. Telemedicin använder IKT som möjliggör användning av tjänster på distans, t.ex. med hjälp av video eller audio. I Storbritannien används radiologitjänster som anskaffas från utomlands eftersom lönekostnader i många andra EU-länder

är lägre än i Storbritannien. Telemedicin används också i samarbetet mellan Maastricht universitet, tre tyska sjukhus och ett schweiziskt sjukhus. Där deltar olika experter i krävande neurokirurgiska operationer på distans. Sådana operationer krävs sällan och användningen av telemedicinska lösningar gör dem mera kostnadseffektiva. (Footman et al. 2014.)

10.1.4 Interoperabilitet

Ett av de största problemen kring den gränsöverskridande hälsovården är interoperabilitet. I de utvalda artiklarna kom fram att det finns brister på både tekniska och semantiska sidan av interoperabiliteten av elektroniska tjänster (Kierkegaard 2011). Semantiska problem finns t.ex. kring terminologi och datastrukturer och den tekniska sidan gäller t.ex. säker identifikation, elektronisk underskrift och dataöverföring (Döring et al. 2014). Kommunikation mellan tjänstegivare sker fortfarande i hög grad manuellt, vilket naturligtvis har sina nackdelar. Manuell kommunikation kräver nämligen mera tid men ökar också risken för fel. (Döring et al. 2014.)

I de utvalda artiklarna lyftes fram många praktiska hinder inom den gränsöverskridande hälsovården. T.ex. erbjudande av fortsatt vård kan vara problematisk i Holland p.g.a. inkompatibilitet med betalningssystem (Verra et al. 2016). Det finns problem med patientjournaler mellan Frankrike och Belgien p.g.a. olika system för att skapa och överföra patientjournaler (Footman et al. 2014). I epSOS-projektet visade det sig att också ICD-klassificering och användning därav skiljer sig i olika länder och det beror också på användare själv vilken kodning skall användas. Likaså fanns problem med ID-kort mellan länder. (Moharra et al. 2015.) Enligt Footman et al. (2014) fungerar telehälsa inte heller utan problem p.g.a. olika riktlinjer eller brister på interoperabilitet men det finns naturligtvis också kultur- och språkhinder. Kierkegaard (2011) påminner att bristande interoperabilitet av patientjournalssystem är ett av de största hindren som motverkar fullföljande av alla möjligheter som eHälsa kan erbjuda. Enligt Kierkegaard gäller det både sociala och ekonomiska potentialer.

10.2 Kvalitet

10.2.1 Välfungerande modeller

Det kom fram flera exempel av välfungerande hälsovården över gränser i de utvalda artiklarna. I Footmans et al (2014) artikel beskrivs hur franska kvinnor som bor nära den belgiska staden Dinant föder barn i Belgien enligt arrangemangen vid gränsen. Kvinnor bor närmare till ett belgiskt än ett franskt sjukhus. I Venetoregionen i Italien får turister som behöver dialys använda dialystjänster i ett dialyscentrum under deras semester. I Ungern opereras patienter från t.ex. Rumänien, Kroatien, Ukraina och Österrike. Operationer är elektiva, t.ex. knä- eller höftoperationer. Det finns också samarbete mellan Storbritannien och Malta, där maltesiska patienter med sällsynta sjukdomar transporteras till Storbritannien för att få vård. (Footman et al. 2014.) Enligt Moharra et al. (2015) var upplevelser efter epSOS-projektet positiva. Projektet påverkade kommunikation, patientinformation, språkfrågor och interaktion på ett positivt sätt (Moharra et al. 2015).

10.2.2 Patientupplevelser av kvalitet

I regel är patienter nöjda med hälsovården utomlands enligt resultaten i de utvalda artiklarna. De flesta patientupplevelser är positiva och orsaker om att söka vård utomlands är mångsidiga. Flera patienter konstaterar att patient-läkare-relation är bättre utomlands än hemma (Footman et al. 2014) och att en förtrolig relation med tjänstegivaren är en grund att återvända utomlands för 20 % av patienter (Panteli et al. 2015). Många patienter far utomlands till en vårdenhet som är geografiskt närmare än i deras hemland (Footman et al. 2014). Också läkartjänster är effektivare och väntetider ofta kortare utomlands än hemma (Footman et al. 2014). Patienter gav vården en högre värdering då patientjournaler var kända före eller under vårdperioden (Verra et al. 2016). e-Recept ökar flexibilitet för patienter, eftersom läkemedel är tillgängliga i alla apotek. Detta ökar således också kvaliteten för patienter. (Kierkegaard 2012.) Också tillgängligheten av tjänster utomlands betyder mycket. Till exempel patienters livskvalitet förbättras genom att ha tillgång till dialys under semester utomlands (Footman et al. 2014). Själva kvaliteten av vården utomlands är bättre än i hemlandet enligt många patienter (Footman et al. 2014; Verra et al. 2016.) Även om många patienter tycker att vården utomlands är av bättre kvalitet, är deras

färdigheter för att värdera och bedöma vårdens kvalitet ofta tvivelaktiga (Verra et al. 2016).

10.2.3 Kvalitet av vården utomlands

I Footmans et al. (2014) artikel kom fram att patienter som söker vård i Ungern för ortopediska operationer var i allmänhet nöjda med själva vården men också med tillgängligheten. Vården i Ungern möjliggör vård av hög kvalitet som kanske inte skulle vara tillgänglig i deras hemland. Hälsovården i Ungern håller sig till europeiska riktlinjer, vilket betyder att kvaliteten av vården är detsamma för inhemska eller utländska patienter. Vården av maltesiska patienter i Storbritannien leder till många praktiska problem även om processen fungerar i regel bra. Det finns logistiska problem p.g.a. avståndet och finansiella utmaningar för patienter och deras familj eftersom livet i Storbritannien är dyrare än i Malta. Det finns också kulturella problem för familjer för att anpassa sig till livet i Storbritannien om vårdperioden blir lång. Dessutom fungerar det nationella hälsosystemet i Storbritannien på ett annat sätt än hälsovården i Malta, vilket i sin tur kan leda till oklarheter och stress. (Footman et al. 2014.)

Enligt Vollaard et al. (2013) har EU blivit mer engagerad i kvalitetsfrågor inom hälsovården under de senaste åren. Kvaliteten av vården har blivit ett politiskt tema, vilket gör att EU använder både mjuka och hårda lagar för att reglera hälsovården. Eftersom hälsovården och kvaliteten av vården är nuförtiden gemensamma teman inom EU, har alla medlemsstater möjligheter att lära sig och få information från EU:s del men också från varandra. (Vollaard et al. 2013.) Kvalitetsriktlinjer skiljer sig från varandra i de olika medlemsstaterna, vilket förhindrar fastställandet av god kvalitet (Vollaard et al. 2013). Vården utomlands fyller inte alltid de samma kvalitetsaspekterna än i hemlandet. Kvalitetsstandarder kan också vara bristande och ofta ojämförbara i olika länder och regioner. (Verra et al. 2016.) Enligt Footman et al (2014) finns det praktiska hinder t.ex. mellan Frankrike och Belgien, eftersom de inte har samma riktlinjer inom hälsovården vilket skulle säkerställa kvaliteten och underlätta samarbetet.

Kvalitet av vården kan förbättras med användning och tillgång till digitala tjänster. E-recept minskar också misstag och ökar noggrannhet och kontroll. (Kierkegaard 2012.)

Kvalitet av vården kan också ökas genom fungerande tjänster och uppmärksamhet. Enligt Glonti et al. (2014) kan patienten stödas med de resurserna som finns, t.ex. genom att möjliggöra tillgång till en dator så att patienten kan hitta information på nätet på sitt eget språk.

10.2.4 Läkemedel

Läkemedel är en utmaning vid patientsäkerheten även om e-recept inte används vanligen mellan EU-länder. Enligt några tyska patienter fanns det olika problem med läkemedel som ordinerades utomlands (Panteli et al. 2015). Ordineringsmed märkesnamn är fortfarande vanligt i många länder och det kan vara svårt att identifiera rätta läkemedel från nationella märken. Överhuvudtaget finns det olika nationella regler angående läkemedelutdelningen mellan länderna, vilket riskerar patienters hälsa och för sin del förhindrar fri rörlighet. (den Exter et al. 2015.)

10.3 Kontinuitet

10.3.1 Fortsatt vård

Fortsatt vård lyftes fram flera gånger i de utvalda artiklarna. Fortsatt vård är en stor del av kontinuiteten. I Verras et al. (2016) artikel undersöktes holländska patienters upplevelser efter de fått antingen planerad eller oplanerad vård i andra EU-länder. Det kom fram att hälften av patienterna krävde fortsatt vård i hemlandet, men 29,6 % hade några slags problem t.ex. eftersom de behandlingarna som de hade fått utomlands blev avvisade i Holland eller eftersom läkaren i hemlandet hade olika professionella åsikter än läkaren utomlands. En femtedel (22,2 %) av dem som krävde fortsatt vård, fick först ett negativt svar men hälften blev senare godkända och fick slutligen vård. Mer än två tredjedelar av alla (70,4 %) hade inga problem med fortsatt vård utan var nöjda med den. 13,5 % gav vården en negativ respons p.g.a. avvisning eller andra svårigheter med fortsatta vården. I akuta fall är fortsatt vård sällan avvisad, eftersom då handlar det om patientens liv. (Verra et al. 2016.)

Av de tyska patienterna som hade fått oplanerad vård utomlands, krävde 10 % akut fortsatt vård i hemlandet p.g.a. komplikationer (Panteli et al. 2015). Bland patienter som fick planerad vård var antalet 2 %. Enligt Panteli et al. är dessa siffror inte direkt jämförbara, eftersom många av dem som söker vård utomlands söker t.ex. tandläkartjänster, som sällan kräver fortsatt vård. Oplanerad vård gäller ofta akutvård och då är behovet av fortsatt vård också större. (Panteli et al. 2015.) Det finns också brister kring fortsatt vård p.g.a. otillräckliga kontakter mellan länderna. När franska kvinnor föder barn i Belgien, är kvaliteten av fortsatt vård problematisk, eftersom det inte finns någon kontaktperson i Frankrike. (Footman et al. 2014.)

10.3.2 Informationsutbyte

Ett annat tema som frekvent lyftes fram i artiklarna var informationsutbyte mellan tjänstgivare i olika länder. I flera artiklar blev det tydligt att patientjournaler, epikriser eller vårdsammanfattningar sällan skickas till utländska tjänstgivare eller tillbaka till patientens hemland (Footman et al. 2014; den Exter et al. 2015; Panteli et al. 2015). Hälften av europeiska hälsoexperter påstod att epikriser och sammanfattningar är den enda metoden för att garantera kontinuiteten. Enligt en tredjedel finns det ingen metod om att försäkra den. (Glonti et al. 2014.) Enligt den Exter et al. (2015) uppdateras patientdata inte nödvändigtvis hemma om patienten fått vård i ett annat land. Viktig information kan då saknas i patientjournalen. Enligt Kierkegaard (2011) sker medicinska dataöverföring över gränser inte anmärkningsvärt, d.v.s. bara i 0,7 % av fallen skickas patientdata elektroniskt mellan länder. På en nationell nivå finns det flera välfungerade modeller där e-recept eller patientjournaler förs elektroniskt utan problem, t.ex. i Danmark, Sverige och Holland (Kierkegaard 2011).

I Pantelis et al. forskning (2015) förekom informationsutbyte i 21 % av fallen inom planerad vård och i 16 % av oplanerad vård. Man skickade patientjournaler till den utländska tjänstgivaren på förhand i 26,2 % av fallen bland de holländska patienterna som sökte vård utomlands. Vid inskrivning av patient lärde ytterligare 63,1 % av tjänstgivare känna patientjournaler. Men i 10,7 % av fallen var patientjournaler alldeles inte överförda. (Verra et al. 2016.) I de flesta fallen var patienter själva ansvariga för dataöverföringen av sina egna dokument antingen före eller under behandlingen utomlands (Panteli et al.

2015; Verra et al. 2016). Några brittiska experter konstaterade att patienter får kopior av sina patientjournaler och radiologiska bilder vid utskrivning (Glonti et al. 2014). Det finns också exempel av välfungerade samarbete, nämligen mellan belgiska och franska hälsoexperter. Franska läkare är nöjda med samarbetet med det belgiska sjukhuset där franska kvinnor åker om att föda sina barn. Franska läkare har tillgång till data av sina patienter i Dinant sjukhus, vilket underlättar konsulteringen och ökar deras uppföljning. (Footman et al. 2014.) I fallet med dialyspatienter som åker till Italien brukar hälsovårdscentraler skicka vårdplanen över till dialyscentrumet två veckor före resan för att försäkra synkroniseringen av patientens dialysvård (Footman et al. 2014).

10.3.3 Kommunikation

Glonti et al. (2014) frågade om hälsoexperters upplevelser av den gränsöverskridande hälsovården. I deras artikel kom fram att 16 % av hälsoexperter som tar hand om utländska patienter försöker ta kontakt med patienters primärvårdsläkare. Detta sker för det mesta ifall patienten inte kan återvända till hemlandet. (Glonti et al. 2014.) I Footmans et al. (2014) artikel kom också fram att det inte finns någon kommunikation mellan italienska läkare och deras kollegor utomlands när dialyspatienter skötas i Venetoregionen. Däremot mellan maltesiska och brittiska läkare fungerar kommunikationen bra, då maltesiska patienter får vård i Storbritannien. Detta fungerar bra, eftersom det bara finns en enda kontaktperson i Malta som sköter patientens ärenden. (Footman et al. 2014.)

I flera artiklar blev det tydligt att kommunikation skulle kunna fungera bra om båda parter skulle vilja förbättra den. T.ex. holländska läkare kunde vara motvilliga att ta hand om patienten hemma när han/hon hade fått vård utomlands (Verra et al. 2016.) Det finns också dålig kommunikation och misstro mellan belgiska och franska tjänstegivare även om samarbetet fungerar bra och patienter är nöjda med vården (Footman et al. 2014). Å andra sidan är många hälsoexperter villiga att samarbeta med utländska kollegor. T.ex. i Ungern finns det inga specifika arrangemang mellan ungerska och utländska läkare, men samarbetet och kommunikationen fungerar ändå bra (Footman et al. 2014). Samarbetsmodellen mellan Malta och Storbritannien är funktionell, eftersom patientvården anses vara en gemensam sak när det handlar om gemensamma patienter (Footman et al. 2014).

Språkfrågor kan också vara ett problem inom den gränsöverskridande hälsovården. Enligt Footman et al. (2014) finns det inget gemensamt språk mellan turister som kommer på dialys och hälsoexperter som sköter dem, vilket kan leda till oro. Vissa patienter som åker till Ungern för ortopediska operationer ordnar själv en tolk under hela resan. Det finns också möjligheter att få epikriser eller vårdsammanfattningar översatta mot en tilläggsavgift. (Footman et al. 2014.) Enligt Glonti et al. (2014) översätts åtminstone i Österrike och Finland epikriser eller vårdsammanfattningar till engelska eller svenska beroende på patientens modersmål.

11 DISKUSSION

I detta kapitel presenteras examensarbetets syfte och huvudresultat kort sammanfattat och resultatet återspeglas mot det teoretiska perspektivet och bakgrunden. Avsikten med detta examensarbete var att kartlägga hurdana digitala tjänster erbjuds inom den gränsöverskridande hälsovården och hur dessa tjänster kan förbättra kvalitet och kontinuitet och om de förverkligas med hjälp av dessa tjänster.

I allmänhet fanns det relativt lite skrivet över gränsöverskridande digitala lösningar i de tio artiklarna som valdes för arbetet. Utifrån artiklarna kan konkluderas att eHälsa används tämligen lite på EU-nivå. Till exempel e-Recept fungerar bra i vissa länder och används åtminstone delvis i många andra länder, men det finns ändå få länder som aktivt deltar i användningen av e-Recept över gränser. Dessutom finns det också problem på grund av olika sätt att ordinera läkemedel. Brist på interoperabilitet på både semantiskt och tekniskt sätt lyftes fram i flera artiklar. I allmänhet är elektronisk dataöverföring och interoperabilitet fortfarande outvecklade mellan de olika nationella hälsovårdssystemen trots att det finns välfungerande samarbetsmodeller mellan vissa organisationer. Dessa modeller verkar emellertid vara lokalt eller regionalt organiserade och inte fungera på en nationell nivå.

Med hänsyn till kvaliteten av vården finns det flera exempel inom EU där samarbete fungerar bra och både patienter och hälsoexperter är nöjda. Samarbetet verkar fungera bäst i gränsområden mellan två länder. Samarbete kan dessutom också fungera trots geografiska eller logistiska utmaningar. I vissa regioner har samarbete skett redan länge före

tillämpningen av patientdirektivet. Även om EU:s roll inom hälsovården har vuxit och vården har blivit tillgängligare, är kvalitetsstandarder och -riktlinjer fortfarande olika mellan medlemsstaterna. Patienterna är i allmänhet nöjda med vården utomlands och de upplever ofta att kvaliteten av vården är bättre utomlands, vilket inte alltid motsvarar verkligheten. Patienter söker sig utomlands p.g.a. bra relationer, kortare väntetider och effektiviteten, men också eftersom tjänster över gränsen ligger närmare till deras hem. Digitala tjänster som e-Recept eller elektronisk dataöverföring ökar kvaliteten. Trots att elektroniska tjänster ökar patientsäkerheten och underlättar samarbetet till en viss mån, finns det i verkligheten fortfarande många praktiska hinder vid den gränsöverskridande hälsovården.

Kontinuitet av vården verkar inte alltid att förverkligas i praktiken. Om patienten kräver fortsatt vård i hemlandet, kan han/hon först bli avvisad eftersom han/hon har blivit omskött utomlands. Också informationsutbyte var ett av de största hindren vid den gränsöverskridande hälsovården. Dataöverföring eller något annat slags informationsutbyte mellan tjänstegivare sker endast sällan, trots att flera EU-länder har välfungerande elektroniska tjänster på nationell nivå. Epikriser eller vårdsummanfattningar överförs ibland av tjänstegivare men i de mesta fallen har patienten själv ansvaret för informationsutbytet. Information bytas fortfarande mest per mejl eller telefon. Detta betyder att kommunikation mellan tjänstegivare sker i flera fall ännu manuellt, vilket kräver mera tid och ökar mänskliga fel och missförstånd. Olika nationella standarder och system hindrar skapandet av en gemensam modell som kunde betjäna alla. Vid samarbetet i en internationell miljö såsom EU kan språkproblem förekomma. Detta kunde kanske underlättas genom elektroniska applikationer såsom översättningstjänster eller videosamtal med tolkar. Också tydliga arbetsuppgifter och kontaktpersoner på båda sidorna kunde hjälpa situationen.

Som teoretiskt perspektiv valdes klientorienterad vård, eftersom den ligger centralt i dagens hälsovård oberoende på vilken vård det handlar om. Patienten har blivit en klient eller en konsument, som själv tar ansvaret för sin vård (Niemi 2006 s. 19–21). Det finns också mer konkurrens inom hälsovårdssektorn nuförtiden och kravet för effektivitet har blivit större (Virtanen et al. 2011 s. 16). I den gränsöverskridande hälsovården söker klienten den bästa eller lämpligaste vården för sig själv. I artiklarna kom fram att patienterna

tycker att bl.a. bra relationer, korta väntetider och effektiv vård är viktiga och således är det värt besväret att söka sig utomlands. IKT och utvecklingen av elektroniska tjänster ökar klientorientering och klientens roll (Kiikkala 2000 s. 115). Utgående från artiklarna kan konkluderas att elektroniska tjänster har flera funktioner som stöder klientorienterad vård. De ökar effektiviteten inom hälsovården, förbättrar patientsäkerheten och kvaliteten och även ger klienten kunskaper att ta hand om sin egen hälsa genom att erbjuda användarvänlig service. eHälsa ger möjligheter för smidigare och individuella hälsovårdstjänster.

I praktiken har klientorienterad vård varit svårt att förverkliga. Detta har t.ex. med otillräckliga resurser men också med ålderdomliga attityder att göra. Digitalisering borde understödja utvecklingen av klientorienterade vården eftersom tjänster blir då lättare att nå och utnyttjas. De kan också minska klyftan mellan tjänstegivare och klienter. (Kiikkala 2000 s. 120.) Det blir samtidigt lättare för klienterna att välja var de vill få sin vård men samtidigt också svårare att hålla kontroll över helheten. Detta ger mera ansvar för klienten. Därför blir det ännu viktigare att digitala tjänster och datasystem är integrerade och kompatibla med varandra, så att den som har ansvar för klientens vård och beslutsfattandet också har tillgång till viktig information som gäller klientens hälsa. Om information är fragmenterad, ökar risken att något viktigt inte märks. Detta kräver resurser och samarbete mellan tjänstegivare, hälsoexperter och klienter.

Till slut kan sammanfattas att fastän patientmobiliteten har promotats och även eHälsa har understötts mycket inom EU, förblir den gränsöverskridande hälsovården ett marginellt fenomen och eHälsa har inte ännu heller nått sin fulla potential. Människor som använder dessa möjligheter är överhuvudtaget oftast nöjda med tjänsterna och resultaten. Även om eHälsa fungerar nationellt bra i flera EU-länder, används den inte ännu allmänt i alla medlemsstater och elektroniskt samarbete mellan länder är fortfarande relativt minimalt. Kvaliteten som garanteras i lagar förverkligas i princip inom den gränsöverskridande hälsovården trots att standarder och riktlinjer är olika mellan länder och att läkemedels säkerheten inte alltid verkar bli verklighet. Däremot verkar kontinuitet ofta inte förverkligas, eftersom tjänsterna mellan länder inte skapar en smidig helhet och klienten måste fortfarande själv ta ansvaret t.ex. för dataöverföringen. Artiklarna bevisar att det

ännu finns juridiska, praktiska och finansiella hinder som står i vägen för ett verkligt väl-fungerande system. I tidigare forskningar lyftes det också fram att ett integrerat system kanske inte ens skulle vara möjligt eller realistiskt.

12 KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel granskas examensarbetet och arbetsprocessen och genomföringen av arbetet värderas. Litteraturstudie valdes som metod till detta examensarbete eftersom det inte fanns många forskningar kring temat och det kändes viktigt att få en översikt över själva ämnet. Patientmobiliteten inom EU har forskats samt användning av eHälsa eller EU:s roll, men det fanns lite material kring klientperspektivet eller kontinuiteten av vården. I hälsovården är klienten utgångspunkten för all verksamhet och det var intressant att kasta en blick på den gränsöverskridande hälsovården ur en sådan synvinkel. Fastän den gränsöverskridande hälsovården fortfarande är ett marginellt fenomen, är det dock viktigt att ha kännedom om fenomenet och hur det framträder i praktiken. Som en vårdstuderande är klientperspektivet naturligtvis alltid intresseväckande. Kopplat till eHälsa var tanken bakom studien att kanske kunna lyfta upp något nytt. Genom att välja en annan forskningsmetod, t.ex. en intervju, skulle den gränsöverskridande hälsovården ha granskats från en annorlunda synpunkt och resultatet skulle ha givit en annan bild på saken. Till följd av detta skulle arbetet troligen ha utförts från ett finskt perspektiv, eftersom en intervju på EU-nivå inte skulle ha varit möjligt att genomföra. Dessutom skulle resultatet antagligen ha blivit mycket annorlunda med en mera begränsad fokusgrupp såsom gränsarbetare eller patienter med vissa sjukdomar.

Till en början var syftet med studien svårt att förtydliga, eftersom det krävde tid att hitta en lämplig koppling till vården. Kvaliteten och kontinuiteten av vården lyftes upp i tidigare forskningar, vilket ledde till formuleringen av forskningsfrågorna. Rubriken motsvarar innehållet i arbetet, eftersom den inte tar någon ställning till nuläget av eHälsa medan den ändå betonar den stora potentialen som eHälsa kunde ge åt den gränsöverskridande hälsovården. Bakgrunden och de centrala begreppen som presenteras i arbetet ger en tydlig utgångspunkt för att förstå vad arbetet kommer att handla om. Bakgrundsdelen

är omfattande och troligen också mindre skulle ha varit tillräckligt. Det teoretiska perspektivet passar bra i sammanhanget och materialet, eftersom tanken var att granska temat ur patientens synvinkel.

Trots att materialsökningen gjordes i flera databaser, hade själva sökningen kunnat ske på ett mera systematiskt sätt för att få ett bredare urval av forskningar, vilket kan anses vara en svaghet i detta arbete. Att hålla sig till ett visst antal sökord hade troligen varit mera konsekvent, men ingen garanti eftersom databaser fungerar på olika sätt. Tillgängligheten av vetenskapliga artiklar avgiftsfritt och i fulltext på nätet är också en begränsning i sig och det är klart att arbetet lider en aning av denna begränsning. Materialet som användes i studien gav slutligen kanske inte något direkt svar till forskningsfrågorna, vilket kan bevisa att det borde forskas mera kring temat eller att materialsökningen inte lyckades hitta rätta forskningar för att kunna besvara frågorna. Detta försvagar ändå inte arbetets resultat vilket visar att eHälsa inte ännu fungerar inom den gränsöverskridande hälsovården på samma nivå som inom nationella hälsovårdssystemen. Faktumet är att ett integrerat elektroniskt system inom EU kanske inte ännu är realiserbart. Detta kom också fram i tidigare forskningar, vilket i sin tur bekräftar trovärdigheten av detta examensarbete.

Skribenten har försökt att vara systematisk och att beskriva hela arbetsprocessen så noggrant som möjligt, vilket ökar arbetets tillförlitlighet och reliabilitet. Arbetsprocessen har tagit en relativt lång tid men målet har varit tydligt under hela processen trots att arbetet inte alltid genomfördes på ett logiskt sätt. Skribenten hade ingen förförståelse för ämnet men var från början intresserad av det. Ämnet kändes ibland nog krävande att behandla från vårdens synpunkt eftersom det är kopplat till flera andra fält såsom juridik, ekonomi och IKT. En direkt anknytning till vårdarbete var alltså då och då utmanande att hitta.

Som sagt kan en koppling till hälsovården och praktiskt arbete vara svårt att hitta inom ämnet, men med tanke på dagens vårdarbete är kännedom av saken det viktigaste. I Finland förblir den gränsöverskridande hälsovården kanske ett ännu mera begränsat fenomen än i några andra EU-länder men målet inom EU verkar vara att öka mobiliteten i framtiden. Detta skulle betyda att också inom den finska hälsovården kommer antalet utländska patienter att öka. Användningen av eHälsa och digitala tjänster kommer sannolikt att öka

i framtiden, trots att de inte ännu används mycket på EU-nivån. Kvaliteten och kontinuiteten däremot kan tas i beaktande redan före eller utan användning av eHälsa. Enligt forskningar verkar elektroniska tjänster nog förbättra kvaliteten, men både kvaliteten och kontinuiteten kan också ökas genom att ta hänsyn till klienten och hans/hennes behov i första hand. Detta kräver naturligtvis tillräckligt med resurser inom hälsovården men också attityder och vilja spelar en betydande roll. Vidare forskning behövs kring eHälsa och den gränsöverskridande hälsovården, eftersom det tydligen finns ett flertal hinder medan stora investeringar görs på EU-nivå. Samtidigt får man inte glömma att beslutsfattandet och skapandet av nya tjänster borde ske till klientens fördel. Det vore intressant att ta en närmare titt på några välfungerande modeller av gränsöverskridande samarbete eller inrikta forskningen på en viss klientgrupp såsom barn eller gränsarbetare.

KÄLLOR

Ahonen, Outi; Blek-Vehkaluoto, Mari; Ekola, Sirkka; Partamies, Sanna; Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija. 2014, *Klininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*, 1-4. uppl., Helsingfors: Sanoma Pro Oy, 792 s.

Andreassen, Hege K. 2012, ICT and patient roles; contradictions in e-health policy, *Health Policy and Technology*, vol. 1, s. 86-92. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 14.11.2016.

Arcada. 2014, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf. Hämtad 25.2.2017.

Arcada Research. 2016, *The Developer of Digital Health and Welfare Services*, Arcada Research, Development & Innovation. Tillgänglig: <http://rdi.arcada.fi/dediwe/en/>. Hämtad 19.11.2016.

Aveyard, Helen. 2010, *Doing A Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 2 uppl., Maidenhead, Berkshire, UK: Open University Press/ McGraw-Hill Education, 180 s. Tillgänglig: Ebrary. Hämtad 31.10.2016.

Brand, Helmut; Hollederer, Alfons; Wolf, Ulrike & Brand, Angela. 2007, Cross-border health activities in the Euregios: Good practice for better health, *Health Policy* 2008, vol. 86, s. 245-254. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 10.11.2016.

Calnan, Michael; Palm, Willy; Sohy, Françoise & Quaghebeur, D.N.A. 1997, Cross-border use of health care. A survey of frontier workers' knowledge, attitudes and use, *European Journal of Public Health*, vol. 7, s. 26-32. Tillgänglig: Google Scholar. Hämtad 11.11.2016.

Currie, Wendy L. & Seddon, Jonathan J.M. 2014, A cross-national analysis of eHealth in the European Union: Some policy and research directions, *Information & Management*, vol. 51, s. 783-797. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 13.1.2017.

den Exter, André; Santuari, Alceste & Sokol, Tomislav. 2015, One Year after the EU Patient Mobility Directive: A Three-Country Analysis, *European Law Review*, Issue 2, 2015. Tillgänglig: Google Scholar. Hämtad 13.1.2017.

Döring, Nora; Doupi, Persephone; Glonti, Ketii; Winkelmann, Juliane; Warren, Emily; McKee, Martin & Knai, Cécile. 2014, Electronic discharge summaries in cross-border care in the European Union: How close are we to making it happen?, *International Journal of Care Coordination*, vol. 17 (1-2), s. 38-51. Tillgänglig: Google Scholar. Hämtad 13.1.2017.

- EK. 2013, *Potilasdirektiivin täytäntöönpano haasteellista Suomessa*, Finlands Näringsliv rf. Tillgänglig: <https://ek.fi/ajankohtaista/uutiset/2013/03/08/potilasdirektiivin-taytantonpano-haasteellista-suomessa/>. Hämtad 18.12.2016.
- EPSOS. 2014, *Smart Open Services for European Patients*. Tillgänglig: http://www.epsos.eu/fileadmin/content/pdf/epSOS_Flyer_2014_V3_01.pdf. Hämtad 5.1.2017.
- EPSOS. 2017a, *epSOS Services*. Tillgänglig: <http://www.epsos.eu/epsos-services.html>. Hämtad 5.1.2017.
- EPSOS. 2017b, *Patient Summary*. Tillgänglig: <http://www.epsos.eu/epsos-services/patient-summary.html>. Hämtad 5.1.2017.
- EPSOS. 2017c, *ePrescription*. Tillgänglig: <http://www.epsos.eu/epsos-services/eprescription.html>. Hämtad 5.1.2017.
- EPSOS. 2017d, *Pilottihanke Pohjois-Suomessa 2013–2014*. Tillgänglig: <http://www.epsos.eu/wwwepsosuseuomi/epsos-palvelut-suomalaisille.html>. Hämtad 5.1.2017.
- Europa.eu. 2016, *Planerad vård – kontaktpunkter*. Tillgänglig: http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/get-more-info/index_sv.htm. Hämtad 19.12.2016.
- Europeiska kommissionen. 2008, *Questions and Answers on the draft Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. Tillgänglig: http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-08-473_en.htm?locale=en. Hämtad 14.2.2017.
- Europeiska kommissionen. 2012, *Handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020 - Innovativ hälsovård för det 21:a århundradet*, Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt regionkommittén. Tillgänglig: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=EN>. Hämtad 9.1.2017.
- Europeiska kommissionen. 2015, *Interreg: European Territorial Co-operation*. Tillgänglig: http://ec.europa.eu/regional_policy/en/policy/cooperation/european-territorial/. Hämtad 14.2.2017.
- Europeiska kommissionen. 2016, *Regional cooperation*. Tillgänglig: https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/policy/regional-cooperation_en. Hämtad 14.2.2017.
- Europeiska kommissionens representation i Finland. 2016, *Kommissionen ger Finland en varning om att öppna den offentliga sektorns information och om utländska hälso- och sjukvårdersättningar*. Tillgänglig: https://ec.europa.eu/finland/news/infringement_health_care_160428_sv. Hämtad 18.12.2016.

Europeiska unionens officiella tidning. 2011, *Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård*. Tillgänglig: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>. Hämtad 3.2.2017.

Finlands Kommunförbund. 2017, *ODA-palvelujen kautta sosiaali- ja terveystalvet loikkaavat digiaikaan*. Tillgänglig: <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/akusti/akustiprojektit/omahoito/Sivut/default.aspx>. Hämtad 10.1.2017.

Footman, Katharine; Knai, Cécile; Baeten, Rita; Glonti, Ketevan & McKee, Martin. 2014, *Cross-border health care in Europe*, WHO Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies, Policy summary 14. Tillgänglig: Google Scholar. Hämtad 13.1.2017.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 1 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 215 s.

FPA. 2016a, *Söka vård utan förhandstillstånd*, Tillgänglig: <http://www.kela.fi/web/sv/utan-forhandstillstand1?inheritRedirect=true>. Hämtad 18.12.2016.

FPA. 2016b, *Kontaktpunkt för gränsöverskridande hälso- och sjukvård*. Tillgänglig: <http://www.kela.fi/web/sv/kontaktpunkt>. Hämtad 19.12.2016.

Glinos, Irene A. & Baeten, Rita. 2006, *A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*, Observatoire social européen, The Future for Patients in Europe, 115 s. Tillgänglig: Google Scholar. Hämtad 15.11.2016.

Glinos, Irene A.; Baeten, Rita; Helble, Matthias & Maarse, Hans. 2010, A typology of cross-border patient mobility, *Health & Place*, vol. 16, s. 1145-1155. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad: 12.11.2016.

Glinos, Irene A. & Baeten, Rita. 2014, Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe, *Social Science & Medicine*, vol. 117, s. 18-24. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad: 10.11.2016.

Glonti, Ketevan; Hawkesworth, Sophie; Footman, Katharine; Doering, Nora; Schmidt, Andrea E.; Destrebeq, Frédéric; Cluzeau, Françoise; McKee, Martin & Knai, Cecile. 2014, European health professionals' experience of cross-border care through the lens of three common conditions, *European Journal of Integrative Medicine*, 7 (2015), s. 29-35. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 12.1.2017.

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326, Finlands författningssamling. Tillgänglig: Finlex <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>. Hämtad 10.1.2017.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Studentlitteratur. 316 s.

Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati; Ahonen, Sanna-Mari; Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva. 2013, Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon, *Hoitotiede*, nr 25 (4), s. 291-301.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009, *Tutkimus hoitotieteessä*, 1 uppl., Helsingfors: WSOYpro. 213 s.

Kanta. 2017, *epSOS-försök mellan Finland och Sverige*. Tillgänglig: <http://www.kanta.fi/sv/suomen-ja-ruotsin-epsos-kokeilu>. Hämtad 5.1.2017.

Kelley, Edward. 2013, *Medical Tourism*, WHO Patient Safety Programme, World Health Organization. Tillgänglig: http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf. Hämtad 15.4.2017.

Kierkegaard, Patrick. 2011, Electronic health record: Wiring Europe's healthcare, *Computer Law & Security Review*, 27 (2011), s. 503-515. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 13.1.2017.

Kierkegaard, Patrick. 2012, E-Prescription across Europe, *Health and Technology*, (2013) 3, s. 205-219. Tillgänglig: SpringerLink. Hämtad 13.1.2017.

Kiikkala, Irma. 2000, Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. I: S. Nouko-Juvonen; P. Ruotsalainen & I. Kiikkala, red., *Hyvinvointivaltion palveluketjut*, Helsingfors: Tammi, s. 112-121.

Koivuranta-Vaara, Päivi. (red.) 2011, *Terveysturismien laatuopas*, Kommunförbundet. Tillgänglig: <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>. Hämtad 10.1.2017.

Kvist, Tarja. 2004, *Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Doktorsavhandling, Kuopio: Kuopio universitet, Vårdvetenskap.

Lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård 1201/2013, Finlands författningssamling. Tillgänglig: Finlex <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2013/20131201>. Hämtad 19.11.2016.

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785, Finlands författningssamling. Tillgänglig: Finlex <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>. Hämtad 4.3.2017.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa. 2003, Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. I: S. Janhonen & M. Nikkonen, red., *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, Helsingfors: WSOY, s. 21-43.

Lumme, Marika. 2016, Terveysturismi on kasvava bisnes, *Länsiväylä*, 22.7.2016. Tillgänglig: <http://www.lansivayla.fi/artikkeli/415838-terveysturismi-on-kasvava-bisnes>. Hämtad 7.11.2016.

Lunt, Neil; Smith, Richard; Exworthy, Mark; Green, Stephen T.; Horsfall, Daniel & Mannion, Russell. 2011, *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, OECD. Tillgänglig: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>. Hämtad 15.4.2017.

Moharra, Montse; Almazán, Cari; Decool, Marie; Nilsson, Anna-Lena; Allegretti, Natalia & Seven, Merik. 2015, Implementation of a cross-border health service: physician and pharmacists' opinions from the epSOS project, *Family Practice*, vol. 32 nr 5, s. 564-567. Tillgänglig: Academic Search Elite. Hämtad 20.1.2017.

Niemi, Annukka. 2006, *Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä*. Pro Gradu, Kuopio: Kuopio universitet, Vårdvetenskap.

Nyman, Anu. 2006, *Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana*. Pro Gradu, Tammerfors: Tammerfors universitet, Vårdvetenskap.

Olsoni-Broman, Mimma. 2012, AL: Privathälsovården lockar ryska turister, *Svenska Yle*, 29.3.2012. Tillgänglig: <https://svenska.yle.fi/artikel/2012/03/29/al-privathalsovar-den-lockar-ryska-turister>. Hämtad 15.4.2017.

Panteli, Dimitra; Wagner, Caroline; Verheyen, Frank & Busse, Reinhard. 2015, Continuity of care in the cross-border context: insights from a survey of German patients treated abroad, *European Journal of Public Health*, vol. 25 nr 4, s. 557-563. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 12.1.2017.

Quaglio, Gianluca; McCormack, Sarah; Karapiperis, Theodoros; Dario, Claudio; Stafylas, Panos; Tiik, Madis; Zilgalvis, Pēteris; d'Angelantonio, Marco; Saccavini, Claudio; Kaili, Eva; Bertinato, Luigi; Bowis, John; Currie, Wendy L. & Hoerbst, Alexander. 2016, E-Health in Europe: Current situation and challenges ahead, *Health Policy and Technology*, vol. 5, s. 314-317. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 14.11.2016.

Rautava-Nurmi, Hanna; Westergård, Airi; Henttonen, Tarja; Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka. 2013, *Hoitotyön taidot ja toiminnot*, 1-2 uppl., Helsingfors: Sanoma Pro, 429 s.

Reponen, Jarmo. 2015, *Terveystalouden sähköiset palvelut murroksessa*, Duodecim 2015;131:1275-6. Tillgänglig: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12323.pdf>. Hämtad 9.1.2017.

Salminen, Ari. 2011. *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*, Vaasan yliopiston julkaisuja, Opetusjulkaisuja 62, Julkisjohtaminen 4, Vasa: Vasa universitet. Tillgänglig: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf. Hämtad 15.12.2016.

STM. 2016a, *Patientdirektiv (gränsöverskridande hälso- och sjukvård)*, Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig: http://stm.fi/potilasdirektiivi?p_p_id=56_IN-STANCE_7SjjYVdYeJHp&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2&_56_IN-STANCE_7SjjYVdYeJHp_languageId=sv_SE. Hämtad 19.11.2016.

STM. 2016b, *Nya elektroniska tjänster för social- och hälsovården utvecklas*, Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuoltoon-kehitetaan-uusia-sahkoisia-palveluja?_101_IN-STANCE_yr7QpNmlJmSj_languageId=sv_SE. Hämtad 9.1.2017.

THL. 2014, *Kvalitet*, Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/kvalitet-och-patientsakerhet/kvalitet>. Hämtad 10.1.2017.

THL. 2015, *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiset asiakaspalvelut*, Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/mita-tiedonhallinta-on-/sosiaali-ja-terveydenhuollon-sahkoiset-asiakaspalvelut>. Hämtad 9.1.2017.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 10 uppl., Helsingfors: Tammi. 182 s.

Vainikainen, Kimmo. 2014, *Verkställandet av patientdirektivet väcker diskussion*, Statsrådet. Tillgänglig: http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/implementation-of-patients-directive-under-discussion?_101_IN-STANCE_3wyslLo1Z0ni_languageId=sv_SE. Hämtad 18.12.2016.

Verra, Sanne Elise; Kroeze, Renske & Ruggeri, Kai. 2016, Facilitating safe and successful cross-border healthcare in the European Union, *Health Policy*, 120 (2016), s. 718-727. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 13.1.2017.

Virtanen, Petri; Suoheimo, Maria; Lamminmäki, Sara; Ahonen, Päivi & Suokas, Markku. 2011, *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen*, Tekesin katsaus 28/2011, Tekes. Tillgänglig: <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>. Hämtad 2.3.2017.

Vollaard, Hans; van de Bovenkamp, Hester M. & Vrangbæk, Karsten. 2013, The emerging EU quality of care policy: From sharing information to enforcement, *Health Policy*, 111 (2013), s. 226-233. Tillgänglig: ScienceDirect. Hämtad 13.1.2017.

Vårdenhetsval.fi. 2016, *Ersättning för vård utomlands*. Tillgänglig: <https://www.var-denhetsval.fi/dina-kostnader/ersattning-for-var-d-utomlands/>. Hämtad 18.12.2016.

BILAGA 1 MATERIALSÖKNINGEN

| Databas | Kombinationer av sökord | Träffar efter inklusionskriterier* | Antalet utvalda artiklar med begränsning till rubrik | Antalet utvalda artiklar med begränsning till abstrakt | Antalet utvalda artiklar med begränsning till "full text" | Antalet utvalda artiklar efter exklusionskriterier | Antalet utvalda artiklar efter genomläsning | Antalet utvalda artiklar utan dubbla träffar |
|---------------------------------|--|------------------------------------|--|--|---|--|---|--|
| Cinahl | cross border AND health OR healthcare AND EU | N=178 | N=16 | N=4 | N=2 | N=1 | | |
| | electronic health records AND EU | N=2 | N=0 | | | | | |
| | ehealth AND EU AND frontier OR cross-border AND worker* | N=7 | N=0 | | | | | |
| | ehealth AND EU | N=1 | N=1 | N=1 | N=0 | | | |
| | continuity of care AND EU | N=5 | N=3 | N=3 | N=0 | | | |
| | quality of care AND EU AND cross-border | N=3 | N=3 | N=3 | N=1 | N=1 | | |
| | continuity of care AND EU AND cross-border | N=2 | N=2 | N=2 | N=0 | | | |
| | electronic health records AND EU | N=2 | N=0 | | | | | |
| | electronic health records AND cross border | N=2 | N=0 | | | | | |
| | electronic health records AND cross border AND EU | N=0 | | | | | | |
| | ehealth AND continuity | N=3 | N=0 | | | | | |
| | ehealth AND continuity AND cross-border OR crossborder | N=4 | N=0 | | | | | |
| Academic Search + Cinahl | electronic health record AND EU | N=6 | N=4 | N=1 | N=0 | | | |
| | "continuity of care" AND EU AND "cross-border" | N=3 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 | |
| | "quality of care" AND EU AND "cross-border" | N=5 | N=0 | | | | | |
| | ehealth AND continuity | N=19 | N=2 | N=0 | | | | |
| | "patient mobility" AND "electronic health record" and EU OR Europe | N=195446 | | | | | | |
| | "cross-border" AND "patient mobility" AND "electronic health record" AND EU OR Europe | N=195446 | | | | | | |
| | "cross-border" AND "patient mobility" AND "electronic health record" AND EU | N=17590 | | | | | | |
| | "2011/24/EU" AND "cross-border" AND "patient mobility" AND "electronic health record" AND EU | N=0 | | | | | | |
| | 2011/24/EU AND "cross-border" AND "electronic health record" AND EU | N=1 | N=1 | N=1 | N=0 | | | |
| | patient AND epsOS and EU OR Europe | N=195446 | | | | | | |
| | patient AND epsOS AND EU | N=12 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 |
| Medic | ehealth | N=14 | N=9 | N=4 | N=4 | N=1 | | |
| | cross-border AND healthcare | N=139 | N=2 | N=0 | | | | |
| | "patient summary" | N=1 | N=0 | | | | | |
| PubMed | electronic health records AND EU | N=94 | N=5 | N=1 | N=1 | N=1 | | |
| | cross-border AND quality AND EU | N=27 | N=9 | N=7 | N=1 | N=1 | | |
| | electronic health records AND cross border AND EU | N=6 | N=3 | N=3 | N=2 | N=2 | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---------|------|-----|-----|-----|-----|------------|
| | "continuity of care" AND EU | N=11 | N=5 | N=5 | N=2 | N=2 | N=1 | N=1 |
| | "quality of care" AND EU | N=54 | N=4 | N=2 | N=0 | | | |
| | "Directive 2011/24/EU " | N=13 | N=10 | N=5 | N=1 | N=0 | | |
| ScienceDirect | patient AND epsOS and EU OR Europe | N=34 | N=5 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 |
| | "continuity of care" AND "ehealth" and "cross-border" | N=17 | N=6 | N=4 | N=4 | N=4 | N=2 | N=1 |
| | "patient mobility" AND "electronic health record" and EU OR Europe | N=14 | N=3 | N=2 | N=2 | N=1 | | |
| | cross-border AND health OR healthcare AND EU | N=2174 | | | | | | |
| | ehealth AND EU AND frontier OR "cross-border" AND worker* | N=37 | N=5 | N=3 | N=3 | N=3 | N=2 | N=2 |
| | electronic health records AND EU | N=467 | | | | | | |
| | "Directive 2011/24/EU" | N=12587 | | | | | | |
| | quality of care AND EU AND "cross-border healthcare" | N=42 | N=15 | N=6 | N=6 | N=6 | N=3 | |
| | "electronic health record" AND "cross-border healthcare" | N=15 | N=7 | N=3 | N=3 | N=3 | N=1 | |
| Google Scholar | "electronic health record* OR EHR AND EU or europe AND "patient mobility" AND "2011/24/EU" | N=29 | N=6 | N=6 | | N=3 | N=2 | N=2 |
| | "continuity of care" AND "patient mobility" AND EU OR europe AND "EHR" OR "summary" AND "cross-border" | N=108 | N=10 | N=6 | N=6 | N=6 | N=2 | N=1 |
| Manuella sökningar: | | | | | | | | |
| Finna/SFX (SpringerLink) | Kierkegaard E-Prescription | N=1 | | | | N=1 | N=1 | N=1 |
| Google Scholar | Footman "Cross-border health care in Europe" | N=1 | | | | N=1 | N=1 | |
| *På ScienceDirect finns inget språkfilter. | | | | | | | | |

BILAGA 2 INNEHÅLLSANALYSEN

| Meningsbärande enhet | Kondenserad mening | Kod | Huvudkategori |
|---|---|--------------------------------|---------------|
| Dataöverföring mellan italienska och utländska hälsoexperter är ganska hög (34 %) | Elektroniskt samarbete fungerar bra | Dataöverföring | eHälsa |
| Medicinsk dataöverföring sker elektroniskt eller fysiskt | | | |
| epSOS-projekt var användarvänlig och information var välstrukturerad | Hälsoexperter erfarenheter | | |
| e-Receipt används relativt litet inom EU | Delvis användning av e-recept inom EU | e-Receipt | |
| Olika metoder av läkemedelordning mellan belgiska och franska hälsovården | e-Receipt fungerar inte såsom det borde | | |
| I Storbritannien används radiologitjänster från utomlands | Omfattande användning av elektroniska tjänster | Telemedicin | |
| Samarbete mellan Maastricht University Medical Centre+, tre tyska sjukhus och ett schweiziskt sjukhus inom telemedicin | | Interoperabilitet | |
| Fortsatt vård kan vara ett problem i (t.ex.) Holland p.g.a. inkompatibilitet med betalningssystem | Problem vid interoperabilitet | | |
| Bristande interoperabilitet av patientjournalssystem är ett av de största hindren för realisering av sociala och finansiella förmåner av eHälsa | | | |
| Brister på teknisk och semantisk interoperabilitet | | | |
| Telehälsa fungerar inte utan problem (interoperabilitet, politik, kultur- och språkhinder) | | Interoperabilitet | |
| Kommunikation mellan hälsoexperter sker oftast manuellt inom gränsöverskridande hälsovård | Oftast ingen elektronisk kommunikation mellan länder | | |
| Det fanns problem med användning av ICD-klassificering p.g.a. olikheter mellan länder och användare | Utmaningar inom gränsöverskridande hälsovården | | |
| Det fanns problem med ID-kort p.g.a. olikheter mellan länder och användare | | | |
| Olika patientjournalssystem mellan Belgien och Frankrike | | | |
| epSOS påverkade kommunikation, patientinformation, språkfrågor och interaktion på ett positivt sätt | Bra exempel på gränsöverskridande hälsovården | Välfungerande modeller | Kvalitet |
| Det finns gränsöverskridande arrangemang för gravida franska kvinnor från några städer i ett belgiskt sjukhus | | | |
| Dialys för utländska turister i Veneto region i Italien | | | |
| Patienter med ovanliga sjukdomar från Malta transporterade till Storbritannien för specialiserad vård | | | |
| Ortopediska operationer i Ungern för patienter från grannländer | | Patient-läkare-relation | |
| 20 % av patienter motiverade av en förtrolig relation med tjänstegivaren | | | |
| Bättre relationer mellan patienter och läkare utomlands | | | |
| Kvalitet av vård bättre utomlands än i hemland | Uppfattad kvalitet utomlands | Patientupplevelser av kvalitet | |
| Patientens färdigheter för att värdera och bedöma kvalitet är ofta tvivelaktiga | | | |
| Livskvalitet förbättras genom dialys på semester | Positiva effekter av välfungerande tjänster utomlands | | |
| Patientupplevelser positiva; geografisk närmare, bättre uppfattad kvalitet av vården, mindre väntetider, effektivare läkartjänster | Motivation för att söka vård utomlands | | |
| e-Receipt ökar flexibilitet för patienten | Flexibla tjänster p.g.a. e-recept | Kvalitet av vården utomlands | |
| Kvalitet av vård bättre om patientjournaler kända | Betydelse av patientjournaler på kvalitet | | |
| Vård utomlands kanske inte uppfyller samma kvalitetsaspekter än i hemland | | | |
| Det finns variation av kvalitetsriktlinjer mellan medlemsstater | Kvalitetsstandarder och -riktlinjer utomlands | Kvalitet av vården utomlands | |
| Inga gemensamma riktlinjer mellan belgiska och franska hälsovården | | | |
| Kvalitetsstandarder bristande och ofta ojämförbara i olika regioner och länder | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------|--------------------|
| Det finns större engagemang på EU:s vägnar för att reglera kvalitet av vården inom EU | EU:s ökad roll inom hälsovården | | |
| EU delar information om kvaliteten i vården | | | |
| Kvalitet detsamma för utländska patienter | Samma rättigheter för patienter inom EU | | |
| Vård är tillgänglig för utländska patienter | | | |
| Styra patienter att hitta information på nätet på deras eget språk och stöda dem genom att möjliggöra tillgång till en dator | Stöda patient med de resurserna som finns | | |
| e-Recept förbättrar kvaliteten av vården genom att minska misstag och öka noggrannhet och kontroll | Mindre mänskliga fel p.g.a e-recept | | |
| Utmaningar vid logistik, finans, kultur och kommunikation | Praktiska problem inom gränsöverskridande hälsovården | | |
| Flera problem med medicinering hemma | Patienterfarenheter av läkemedelordinerings utomlands | Läkemedel | |
| Det finns olika nationella regler angående utdelning av läkemedel som riskerar patienters hälsa och förhindrar fri rörlighet | Reglering och regulering av läkemedel | | |
| Svårigheter att identifiera rätta läkemedel från nationella märken | Problem mellan ordinerings och utdelning av läkemedel | | |
| Ordinerings med märkesnamn är fortfarande vanligt i många länder | | | |
| | | | |
| 10 % av patienter vid oplanerad vård behövde akut fortsatt vård p.g.a. komplikationer | Behov av fortsatt vård | Fortsatt vård | Kontinuitet |
| 50 % av patienter krävde fortsatt vård | | | |
| 29,6 % av patienter fick problem med fortsatt vård t.ex. genom olika åsikter eller avvisade behandlingar | Komplikationer vid fortsatt vård | | |
| 70,4 % hade inga problem under fortsatt vård | Bra erfarenheter av fortsatt vård | | |
| Fortsatt vård fungerar bra särskilt vid akuta fall | | | |
| 22,2 % blev först avvisad men hälften av dem slutligen fick fortsatt vård | Patient avvisad fortsatt vård | | |
| 13,5 % av dem som krävde fortsatt vård gav vården en negativ respons | Dåliga erfarenheter av fortsatt vård | | |
| Svårigheter med fortsatt vård i Frankrike p.g.a. brist på kontaktpersoner | Ingen kontaktperson i hemlandet | | |
| Informationsutbytet mellan länderna var ovanlig | Informationens gång otillräcklig | Informationsutbyte | |
| Hälsoexperter kan avvisa information från hälsoexperter utomlands | | | |
| Ge patienter kopior av patientjournal och radiologiska bilder vid utskrivning | Patientens roll vid dataöverföring | | |
| Informationsutbytet utfört av själva patienten | | | |
| Patient ansvarig för överföring av patientjournal | | | |
| Patientjournaler kända på förhand för 26,2 % av hälsoexperter | Överföring av journalhandlingar | | |
| Patientjournaler kända vid inskrivning av patient i 63,1 % av fallen | | | |
| Patientjournaler inte kända i 10,7 % av fallen | | | |
| Medicinska dataöverföring över gränser sker inte anmärkningsvärt (0,7 %) | Överföring av patientdata sker sällan | | |
| Epikris eller vårdssammanfattning sällan skickats till hemlandet | Journalhandlingar inte överförda | | |
| Gränsöverskridande tillgång till patientjournaler finns nästan inte | | | |
| Elektroniskt samarbete mellan sjukhus i fråga | Elektroniskt samarbete fungerar bra | | |
| Patientens hälsovård hemma skickar vårdplanen till Italien på förhand | Vårdplan skickad i förväg till utländsk vårdenhet | | |
| Enligt 54 % hälsoexperter är vårdssammanfattning det enda medlet för att försäkra kontinuitet | Vårdssammanfattning kan garantera kontinuiteten | | |
| Enligt 33 % hälsoexperter finns ingen metod om att försäkra kontinuitet | Kontinuitet kan inte garanteras | | |
| 16 % av hälsoexperter försöker få kontakt med patientens primärvårdsläkare hemma | Informationens gång otillräcklig | Kommunikation | |
| Ingen vidare kommunikation mellan hemland och italienska tjänstgivaren | Brister vid kommunikation | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Kommunikation fungerar bra p.g.a. en enda kontaktperson | Bra exempel av tillräcklig kommunikation | | |
| Läkare motvilliga att behandla patienter efter patienten fått vård utomlands | Negativa attityder av hälsoexperter | | |
| Dålig kommunikation och misstro mellan tjänstgivare i Belgien och Frankrike | | | |
| Vård för patienterna är en gemensam sak | Positiva attityder av hälsoexperter | | |
| Inga specifika arrangemang mellan länderna men det finns bra kommunikation mellan läkare | | | |
| Epikriser/vårdsammanfattningar översatta mot en tilläggsavgift | Översättning av dokument | | |
| Vårdsammanfattningar översatta till engelska eller svenska | | | |
| Inget gemensamt språk mellan många turister och hälsoexperter | Språkbärrär | | |
| Inget gemensamt språk men tolkar används | | | |