

Förändringar i det diagnostiska panoramat efter vårdvalet

DIAGNOSREGISTRERINGAR I SVENSK PRIMÄRVÅRD – EN RETROSPEKTIV STUDIE

Hälso- och sjukvårdens mål är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, med lagstadgat företräde för dem med störst behov sedan 1997. I praktiken har denna behovsstyrning varit svår att realisera, då basåtagandet ofta uppfattas som ottydligt, öppna prioriteringar är ovanliga och satsningar på ökad tillgänglighet ofta krockar med riktlinjer för medicinska prioriteringar [1].

Införandet av vårdval i primärvården 2010 var en reform med stor betydelse för vårdens styrning. Syftet var att öka tillgängligheten och stärka patientens roll

»Efter införandet av vårdvalet tillkom cirka 200 vårdcentraler ... främst i städer och i områden med lägre förväntat vårdbehov ...«

genom konkurrens mellan vårdcentraler. Reformen innebar att regionerna blev skyldiga att erbjuda val av vårdcentral och tillåta fri etablering av privata aktörer som uppfyllde ackrediteringskraven, vilket försköt styrningen från regional kontroll till ersättningsmodeller och marknadsmekanismer.

Behovsbaserad primärvård förutsätter att insatser anpassas efter patientens förutsättningar, men vårdnyttjandet påverkas även av resursbegränsningar, geografisk tillgång och kontinuitet [2, 3]. Efter införandet av vårdvalet tillkom cirka 200 vårdcentraler [4], främst i städer och i områden med lägre förväntat

Hannes Kohnke, med dr, distriktsläkare, enheten för allmänmedicin och samhällsmedicin, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet

• hannes.kohnke@med.lu.se

Björn Ribman, ST-läkare, Bräkne-Hoby vårdcentral, Region Blekinge

Andrzej Zielinski, med dr, distriktsläkare, Blekinge kompetenscentrum, Region Blekinge

Anders Beckman, docent, distriktsläkare, enheten för allmänmedicin och samhällsmedicin, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet

Henrik Ohlsson, docent, biostatistiker, Centrum för primärvårdsforskning, enheten för allmänmedicin och samhällsmedicin, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet

tat vårdbehov [5-7], medan nedläggningar skedde i områden med högre behov [5]. Samtidigt ökade vårdnyttjandet, särskilt bland patienter med lindriga symptom, och tidigare analyser har visat att ökningen varit störst i storstadsområden [5, 8, 9]. Huruvida detta speglar ökat vårdutbud och förbättrad tillgänglighet eller ett faktiskt ökat vårdbehov är oklart.

Effekterna av vårdvalet på vårdutbud och vårdnyttjande har tidigare beskrivits av forskare, myndigheter och regioner, men studier av kvalitativa aspekter är ovanliga. Med utgångspunkt i samma datamaterial som i vår tidigare trendanalys [9] var syftet med denna studie att identifiera de diagnoser som visade den största ökningen i registreringar i primärvården under en femårsperiod efter införandet av vårdvalssystemet.

METOD

Administrativa data om vårdkontakter inhämtades retrospektivt från Region Skånes patientdataregister. Materialet omfattade kontakter med offentligt finansierad vård oavsett driftsform. Privatfinansierad vård inkluderades inte, då den utgör mindre än 1 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden i Sverige.

Studiepopulation

Data avsåg åren 2012 och 2017, motsvarande 2,5 och 7,5 år efter införandet av vårdvalsmodellen i Region Skåne (1 maj 2009). Tiden 2,5 år valdes för att minimera effekter av administrativa övergångar. Inkluderade var samtliga folkbokförda individer i Skåne, 20 år eller äldre under respektive år, med minst 1 registrerat läkarbesök i primärvården. För jämförelser delades populationen in i 6 grupper baserat på kön och ålder.

Utfallsvariabel

Utfallet definierades som huvuddiagnos, det vill säga den först registrerade diagnosen, vid läkarbesök i primärvården. Endast sjukvårdsbesök inkluderades; hälsovårdsbesök (till exempel mödravård) exkluderades. Huvuddiagnoser registrerades oavsett om samma diagnos registrerats hos samma patient vid tidigare besök.

Oberoende variabler

Ålder, kön och bostadskommun definierades separat för respektive år (1 januari 2012 och 1 januari 2017). Bostadskommun klassificerades enligt Sveriges Kommuner och regioners (SKR) kommungruppsindelning baserad på bland annat tätortsstorlek, närhet till stör-

HUVUDBUDSKAP

- Antalet registrerade huvuddiagnoser i primärvården ökade generellt mellan 2012 och 2017, vilket skulle kunna avspejla ökat vårdnyttjande.
- Bland de registrerade huvuddiagnoser som ökade mest i antal mellan 2012 och 2017 var sådana relaterade till psykisk ohälsa överrepresenterade.
- Resultaten stödjer tidigare fynd som indikerar ett ökat nyttjande av primärvården för relativt lindrigare hälso- och sjukvård, men kan även vara ett uttryck för förändrade arbetssätt med ökade krav på diagnosställning.

re tätort och pendlingsmönster. Indelning reducerades till tre kategorier:

- Storstad: kommuner med >200 000 invånare samt större städer (>50 000 invånare),
- Småstad: kommuner med >15 000 invånare samt pendlingskommuner nära storstäder,
- Landsbygd: kommuner med <15 000 invånare samt pendlingskommuner nära större och mindre städer.

Kategorisering och identifiering av dem som ökat mest

Under uppföljningsperioden användes i Region Skåne kodverket KSH97-P, en ICD-10-baserad klassifikation framtagen av Socialstyrelsen och anpassad till svenska förhållanden. Koderna är alfanumeriska, med en bokstav som anger sjukdomskapitel följt av siffror (00–99).

Analysen genomfördes hierarkiskt. Först beräknades absoluta och relativa skillnader i antal registrerade diagnoser mellan 2012 och 2017 på kapitelnivå. Kapitlet med minst 60 procent relativ ökning (dubbelt mot genomsnittet) och minst 30 000 fler registreringar gick vidare till analys på kodnivå (andra och tredje positionen). Därefter identifierades enskilda diagnoser som ökat med mer än 5 000 registreringar.

Etik

Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten (dnr 2019-00168).

RESULTAT

Datamaterialet omfattade 552 427 individer år 2012 och 570 138 år 2017, motsvarande 57 procent respektive 55 procent av Skånes befolkning i studerat åldersspann. Antalet läkarbesök ökade från 1 292 351 år 2012 till 1 348 417 år 2017, en ökning med 4,3 procent. Vid båda årtalen stod kvinnor för 60 procent av besöken.

Andelen besök utan registrerad diagnos minskade från 32 procent år 2012 till 2 procent år 2017. 7 diagnoskoder ökade med mer än 5 000 registreringar (Tabell 1), varav 3 var relaterade till psykisk ohälsa (F-diagnoser) och 4 var symtom (R-diagnoser).

Sett till boendekommun ökade läkarbesöken mest i

»Bland individer 20–44 och 45–65 år var ökningen klart högre i storstad än i icke-storstad, där antalet besök i stället minskade något.«

storstadsområden, där den relativa ökningen var dubbelt så hög som genomsnittet (Tabell 2). Ökningen var likartad för kvinnor och män, med undantag för äldre män, där ökningen var betydligt större. Bland individer 20–44 och 45–65 år var ökningen klart högre i storstad än i icke-storstad, där antalet besök i stället minskade något. För individer över 65 år var skillnaderna små mellan storstad och icke-storstad.

För de diagnoser som ökade mest var den relativa ökningen störst hos kvinnor 20–44 år, följt av kvinnor 45–65 år och män över 65 år (Tabell 2). Dessa dia-

TABELL 1. De diagnoser som i absoluta tal ökat med mer än 5 000 mellan 2012 och 2017. Diagnoserna definieras enligt KSH97-P.

Diagnoskod	Diagnoser	Absolut ökning (antal)	Relativ ökning (procent)
R52	smärta	21 683	165
F43	PTSD utmattningssyndrom stressreaktion	18 553	154
F51	sömnstörning	7 298	127
F41	paniksyndrom generaliserat ångestsyndrom ångestillstånd	14 699	100
R53	trötthet	7 591	92
R05	hosta	7 407	76
R10	akut buk smärta i övre delen av buken smärta i nedre delen av buken buksmärta	8 951	46

TABELL 2. Relativ ökning (procent) av antalet besök och identifierade diagnoser där antalet registreringar ökat mest mellan 2012 och 2017

		Kvinnor			Män			
Åldersgrupp		20–44	45–65	>65	20–44	45–65	>65	Totalt
Alla besök	storstad	7,7	8,1	7,8	7,8	6,3	14,9	8,5
	småstad	–1,2	–0,9	11,2	–8,0	–2,8	14,1	2,9
	landsbygd	–3,7	–3,1	5,4	–6,1	–4,8	8,2	–0,2
	samtliga	2,4	2,1	8,1	–0,1	0,1	12,4	4,3
Identifierade diagnoser	storstad	157,1	140,5	125,2	124,0	129,7	135,4	139,2
	småstad	115,3	122,4	126,9	90,6	107,0	134,6	115,8
	landsbygd	115,5	127,0	122,1	119,8	117,6	125,3	120,8
	samtliga	135,1	131,5	124,8	114,2	119,6	132,1	127,6

gnoser utgjorde störst andel av alla besök hos kvinnor 20–44 och 45–65 år samt män 20–44 år, både 2012 och 2017, med högst andel (17,7 procent) hos kvinnor 20–44 år 2017 (Tabell 3). Inom respektive köns- och åldersgrupp sågs inga skillnader mellan boende i storstad, småstad eller landsbygd, ett mönster som var stabilt över tid.

Andelen identifierade diagnoser av det totala antalet besök ökade i alla köns- och åldersgrupper mellan 2012 och 2017, med en likartad proportionell ökning oavsett grupp (Tabell 3).

DISKUSSION

Införandet av vårdvalsmodeller i primärvården har delvis motiverats av ambitionen att förbättra tillgängligheten. Uppföljningar visar ett ökat vårdnyttjande i befolkningen [5, 9–11]. Trots omfattande studier av vårdvalets effekter på tillgång och användning är forskningen om kliniska kvalitetsmått begränsad, vilket gör de kvalitativa konsekvenserna av ökad användning oklara.

I denna studie identifierades de diagnoser som ökade mest under en femårsperiod efter införandet av

TABELL 3. Andelen registreringar (procent) för identifierade diagnoser där antalet registreringar ökat mest mellan 2012 och 2017, i förhållande till det totala antalet läkarbesök. Den proportionella ökningen mellan dessa år presenteras nederst i tabellen.

		Kvinnor			Män			
Åldersgrupp		20–44	45–65	>65	20–44	45–65	>65	Totalt
2012	storstad	7,6	7,2	4,2	7,6	5,5	3,2	6,1
	småstad	8,0	6,7	4,0	6,9	5,0	2,9	5,6
	landsbygd	7,6	6,1	3,7	6,0	4,4	2,8	5,1
	samtliga	7,7	6,7	4,0	7,0	5,0	3,0	5,7
2017	storstad	18,2	15,9	8,8	15,8	12,0	6,6	13,4
	småstad	17,5	15,1	8,2	14,2	10,7	6,1	11,8
	landsbygd	17,0	14,2	7,8	13,9	10,0	5,8	11,2
	samtliga	17,7	15,2	8,3	14,9	11,0	6,2	12,3
Proportionell ökning mellan 2012 och 2017	storstad	2,4	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	2,2
	småstad	2,2	2,3	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
	landsbygd	2,2	2,3	2,1	2,3	2,3	2,1	2,2
	samtliga	2,3	2,3	2,1	2,1	2,2	2,1	2,2

vårdval i Region Skåne. Resultaten indikerar att psykisk ohälsa utgör en betydande del av denna utveckling. Att flera av diagnoserna som ökade mest tillhörde kategorin »Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar« kan spegla en ökad uppmärksamhet och benägenhet att diagnostisera psykiska tillstånd i primärvården. Även tillstånd som »trötthet« och »smärta« kan tolkas i ljuset av denna trend, då de ofta har en psykisk eller stressrelaterad komponent. I linje med tidigare fynd [12], var dessa diagnoser vanligare hos individer i åldersgruppen 20–44 år, särskilt kvinnor. Huruvida ökad diagnosställning kopplad till psykisk ohälsa hos unga vuxna är relaterad till vårdvalet är oklart, då detta tycks vara en trend som pågått under längre tid [13] och även noterats internationellt [14].

Givet den utmaning som det innebär att balansera förbättrad tillgänglighet med principer för medicinsk prioritering [1] är det oklart om det ökade nyttjandet speglar förbättrade hälsoutfall eller snarare en omfördelning av resurser utan tydlig medicinsk prioritering. Evidens pekar på att yngre vuxna allt oftare söker primärvård för lindrigare besvär [10]. Baserat på identifierade diagnoser i denna studie kan inga definitiva slutsatser dras om symtomens allvarlighetsgrad eller eventuell funktionsnedsättning, eftersom sådana aspekter ej kan fastställas enbart med diagnoskoder. Däremot antyder det faktum att de identifierade diagnoserna är överrepresenterade hos individer i åldersspannet 20–44 år att det rör sig om relativt lindriga hälsoproblem. Detta stärks ytterligare av att ingen av de identifierade diagnoserna representerade kroniska somatiska tillstånd. En annan egenskap hos de identifierade diagnoserna är att majoriteten utgörs av symtomdiagnoser, det vill säga diagnoser som representerar definierade symtom där relevanta diagnostiska kriterier för en sjukdom ännu inte är uppfyllda. Detta kan tolkas som en indikation om vårdutnyttjande för lindriga hälsoproblem, men det kan ock-

så spegla förändrade regionala diagnoskrav i samband med patientvalreformen [15].

Trots den ojämna geografiska spridningen av nyöppnade vårdcentraler efter införandet av vårdvalet – majoriteten etablerades i städer och i områden med relativt sett lägre förväntat vårdbehov [5–7] – visade denna studie inga skillnader mellan boende i storstad, småstad eller landsbygd vad gäller andelen av de identifierade diagnoserna i relation till det totala antalet läkarbesök inom respektive köns- och åldersgrupp. Detta kan indikera att den observerade ökningen av diagnoser, särskilt de som är relaterade till psykisk ohälsa och lindrigare symtom, är ett genomgående fenomen oberoende av geografisk kontext. En möjlig tolkning är att vårdseekande beteendet och de diagnosmönster som identifierats påverkas mer av generella trender i befolkningen och förändrade vårdstrukturer än av den fysiska närheten till vårdcentraler.

En begränsning vid tolkning av resultaten är att skillnader mellan kön, åldersgrupper och boendekommunens storlek inte testades för statistisk signifikans. Datamaterialets omfattning gör det dock sannolikt att de relativt stora skillnader som observerats även skulle vara statistiskt signifikanta vid eventuell testning [16]. En annan begränsning är att identifieringen av de diagnoser som ökat mest i antal registreringar inte beaktar antalet unika individer med respektive diagnos. Ökningen av de identifierade diagnoserna kan bero på ett ökat antal besök

»Resultaten ... väcker viktiga frågor om styrningen av primärvården och i vilken utsträckning den är behovsbaserad ...«

som genererat någon av dessa diagnoser, oberoende av antalet patienter med den aktuella diagnosen. Även skillnader i andelen läkarbesök där en diagnos registrerades kan ha betydelse för tolkningen av resultaten. Anledningen till att huvuddiagnos saknades vid 32 procent av läkarbesöken år 2012 är oklar, men avsaknaden innebär osäkerhet i analysen av förändringar i diagnospanoramata. Ökningen av symtomdiagnoser 2017 skulle kunna relateras till ändrade arbetssätt och skärpta krav på diagnosställning efter vårdvalets införande [15]. Att studien endast inkluderar fysiska och ej virtuella läkarbesök bedöms ej som en svaghet, då endast 2 procent av det totala antalet läkarbesök år 2017 utgjordes av virtuella besök [17].

Slutligen bör man notera att analys av ändringar av registrerade diagnoser ger en begränsad bild av vårdutnyttjandet. För att kunna uttala sig närmare om förändringar i vårdutnyttjande baserat på diagnos, symtom eller sjukdomsbild bör framtida studier kompletteras med individkopplade diagnosdata eller andra mått på sjuklighet. Resultaten i denna studie är sannolikt överförbara till andra svenska regioner, med hänsyn till lokala skillnader i demografi, vårdvalets omfattning och ersättningsmodeller.

KONKLUSION

Denna analys av de registrerade primärvårdsdiagnoser som ökat mest efter införande av vårdval visar en ökning av diagnoser avseende psykisk ohälsa och allmänna symtom. Resultaten stödjer tidigare fynd som indikerar ett ökat nyttjande av primärvården för relativt lindrigare hälsobesvär, men de kan även vara ett uttryck för förändrade arbetssätt med ökade krav på diagnosställning. Även om denna studie inte syftar till att påvisa en direkt kausalitet med vårdvalet, bör re-

sultaten begrundas i denna kontext. De väcker viktiga frågor om styrningen av primärvården och i vilken utsträckning den är behovsbaserad – något som, med tanke på den förväntade demografiska utvecklingen och den pågående utbyggnaden av vårdvalsmodeller, motiverar vidare forskning. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2026;123:25118

REFERENSER

1. Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Riksrevisionen; 2004. RiR 2004:9.
2. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973;51(1):95-124.
3. Nicolet A, Al-Gobari M, Perraudin C, et al. Association between continuity of care (COC), healthcare use and costs: what can we learn from claims data? A rapid review. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):658.
4. Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Stockholm: Konkurrensverket; 2014. Rapport 2014:2.
5. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Stockholm: Riksrevisionen; 2014. RiR 2014:22.
6. Ellegård LM, Dackehag M. Competition, capitation, and coding: do public primary care providers respond to increased competition? *CESifo Economic Studies.* 2019;65(4):402-23.
7. Isaksson D, Blomqvist P, Winblad U. Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:28.
8. Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, et al. Equity impact of a choice reform and change in reimbursement system in primary care in Stockholm County Council. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:420.
9. Kohnke H, Zielinski A, Beckman A, et al. Trajectories of primary health care utilization: a 10-year follow-up after the Swedish Patient Choice Reform of primary health care. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):1294.
10. Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015. Rapport 2015:6.
11. Sveresus S, Kjellsson G, Rehnberg C. Socio-economic distribution of GP visits following patient choice reform and differences in reimbursement models: evidence from Sweden. *Health Policy.* 2018;122(9):949-56.
12. Lundin A, Forsell Y, Dalman C. Mental health service use, depression, panic disorder and life events among Swedish young adults in 2000 and 2010: a repeated cross-sectional population study in Stockholm County, Sweden. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(5):510-8.
13. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnr 2017-12-29.
14. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(2):137-50.
15. Anell A. Översyn av primärvårdens utveckling efter införandet av hälsoval Skåne. KEFU Skriftserie 2016(4).
16. Lantz B. The large sample size fallacy. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(2):487-92.
17. Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. Rapport 2022:1.

SUMMARY

Changes in the diagnostic panorama after the Patient Choice Reform – a retrospective study of diagnosis registrations in Swedish primary health care

In 2010, the Patient Choice Reform of Swedish primary health care established free entry for private primary health care providers and strengthened patient choice. Following the reform, an overall increase in primary health care utilization has been recorded. As quality aspects of the reform remain understudied, the aim of this study was to identify the diagnoses with the greatest increase in registrations in primary health care over a five-year period following the reform. The study is a retrospective analysis of administrative register data from Region Skåne, Sweden. Of identified diagnosis groups, there was an overrepresentation of diagnoses related to mental health issues. Identified diagnoses were more common in the younger part of the population. The findings of this study align with previous research indicating increased utilization of primary health care services for minor symptoms. However, the results may also reflect changes in diagnostic routines.