

## Kommentar på Västra Götalandsregionens rapport: VG primärvård i förhållande till riksrevisionens rapport

Riksrevisionen har granskat hur de statliga reformerna för vårdval och vårdgaranti påverkar primärvården. Resultatet av granskningen publicerades i rapporten "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?".<sup>1</sup> Våra slutsatser är att socioekonomiskt svaga områden och vårdkrävande personer missgynnas i primärvården. De positiva resultaten av reformerna i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser har i större utsträckning kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del.

Västra Götalandsregionen har gjort en uppföljning för att studera om de förhållanden som vi uppmärksammade också finns inom Västra Götalandsregionen, "VG primärvård i förhållande till riksrevisionens rapport 'Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?'".<sup>2</sup>

Då vi tagit del av rapporten har vi noterat att Västra Götalandsregionen får liknande resultat på många punkter men att resultaten också skiljer sig åt i flera avseenden. Vi har reflekterat lite över varför det är så.

Men innan vi går in på skillnader i resultat vill vi kommentera Västra Götalandsregionens skrivning att "Riksrevisionens rapport ställer sig starkt kritisk till vårdvalsreformen". Vad Riksrevisionen gör är att kritisera vissa aspekter av vårdvalsreformen och hur den påverkat vårdens möjlighet att agera efter de etiska principer som ska styra vården. De beskriver själva samma dilemma, de skriver: "En faktor att ta hänsyn till är att avreglering och konkurrensutsättning av primärvården sannolikt har medfört att vårdgivarna fokuserar på att erbjuda de tjänster som bedöms vara mest efterfrågade." Detta ligger väl i linje med Riksrevisionens resonemang att det finns en potentiell målkonflikt mellan vård baserad på efterfrågan och vård baserad på behov. Riksrevisionen föreslår inte heller att vårdvalsreformen ska avvecklas, snarare utvecklas.

---

<sup>1</sup> RIR 2014:22.

<sup>2</sup> Hälso- och sjukvårdsavdelningen: Vårdvalsenheten/Område Uppföljning och Analys Västra Götalandsregionen, december 2014.

Vad gäller etablering och bemanning så är Riksrevisionens analyser gjorda på nationell nivå. Vi kan därför inte uttala oss om Västra Götalandsregionens resultat i dessa delar. Däremot kan vi säga något om de metoder regionen har använt sig av. Västra Götalandsregionen ger intryck av att ha replikerat Riksrevisionens analyser. Regionens metoder avviker dock i många avseenden och det är därför svårt att tala om en replikering. Som framgår nedan ifrågasätter vi också författarnas metodval på flera punkter.

## Analys av vårdcentralernas etablering

Riksrevisionens analys av vårdcentralernas etablering efter vårdvalsreformens införande visar att etableringsmönstret i Sverige främst påverkas av befolkningstäthet, inkomstnivå och ålderssammansättning.<sup>3</sup> Ingen av dessa variabler finns med i regionens analys av utvecklingen i Västra Götaland. De har istället använt det utfallsmått som gav ett nollresultat i Riksrevisionens analys, nämligen CNI.

Västra Götalandsregionens analyser är deskriptiva medan Riksrevisionen gått steget längre och gjort regressionsanalyser. I etableringsanalysen har författarna inte kontrollerat för befolkningstäthet, som är den klart mest inflytelserika variabeln enligt Riksrevisionens analys. Västra Götalandsregionen säger att vårdcentraler etableras i svaga områden. Det kan dock vara så att vårdcentraler etableras i befolkningsrika områden, och att dessa områden tenderar att vara socioekonomiskt svagare än mer glesbefolkade områden. Om så är fallet finns risk för att Västra Götalandsregionen felaktigt tolkar effekten av befolkningstäthet som en (positiv) effekt av socioekonomi.

Huvudresultatet i Riksrevisionens etableringsanalys är att en vårdföretagare som väljer mellan två områden med likartad befolkningstäthet tenderar att välja det område som har en mer gynnsam socioekonomisk profil, dvs. där befolkningen förväntas vara mindre vårdkrävande. Förväntat vårdbehov har således en självständigt negativ effekt på etableringsmönstret i Sverige. Västra Götalandsregionens deskriptiva analys besvarar inte denna fråga.

---

<sup>3</sup> Disponibel inkomst är i sammanhanget kanske den enskilt viktigaste variabeln att studera. Folkhälsomyndigheten (2014, s. 75f.) skriver i sin senaste årsrapport att låg inkomst är förknippad med en rad sociala omständigheter som gör individen mer sårbar och utsatt för hälsorisker. Eftersom inkomstnivån stabiliseras relativt sent i livscykeln kan man se inkomstnivån som den samlade effekten av en rad faktorer som alla var för sig påverkar hälsan, som t.ex. social ställning under uppväxten, utbildning och yrke. Men även när man kontrollerar för sådana variabler så har låg inkomst en direkt effekt på ohälsa och dödlighet.

I regionens analys har Västra Götaland delats in i tolv områden, som vart och ett omfattar en eller flera kommuner (regionen har nästan 50 kommuner). De tar därmed inte hänsyn till de socioekonomiska skiktningar som finns inom kommuner och till och med stadsdelar. Riksrevisionens analys utgår från en indelning av Sverige i 9 200 områden, där varje område oftast är mindre än en stadsdel.

Att utgå från de vårdcentraler som faktiskt har etablerats innebär att områden som inte har fått någon etablering helt exkluderas från analysen. Nu har författarna delat in regionen i så stora områden att samtliga har fått minst en ny vårdcentral, men det är värt att påpeka denna metodsvaghet om författarna skulle välja att göra om sin analys utifrån Riksrevisionens områdesindelning. Riksrevisionen har utgått från områden och har således även inkluderat de områden som inte har någon vårdcentral.

Västra Götalandsregionen menar att befolkningens sammansättning har betydelse för var vårdcentraler etablerar sig men inte på det sätt som Riksrevisionen visar. Västra Götalandsregionen tycks dock inte ha något mått på befolkningens sammansättning. Istället verkar man ha utgått från de vårdcentraler som har etablerats och undersöker vilka CNI-värden deras listade patienter har.

Västra Götalandsregionen redovisar att det har etablerats minst en vårdcentral i vart och ett av regionens tolv områden. Det framgår dock inte om det har lagts ner vårdcentraler och vilka områden som i så fall har drabbats. Riksrevisionen har undersökt nettoförändringen av etablering och nedläggning vilket vi anser ger en mer relevant bild av situationen för de boende i området.

## Analys av vårdcentralernas bemanning

Västra Götalandsregionens analys bekräftar att primärvården har en generellt svag läkarbemanning. Läkarbemanningen i Västra Götaland tycks vara ännu sämre än det riksgenomsnitt som redovisas i Riksrevisionens granskning.

Västra Götalandsregionen menar att privata vårdcentraler i regionen har en stabilare bemanning och mer vårdkrävande patienter (utifrån CNI) i jämförelse med offentliga vårdcentraler. Skillnaden i CNI uppgår till 0,03 enheter, vilket med tanke på bortfallet i underlaget nog bör beskrivas som ett nollresultat. Här gör författarna av Västra Götalandsregionens rapport en välvillig tolkning av sitt resultat.

Syftet med Riksrevisionens bemanningsanalys är också att undersöka stabiliteten i bemanningen (andelen fast anställda läkare) mellan glesbygd och tätort. I Riksrevisionens rapport framgår det att senare års förändringar i Västra Götalandsregionens primärvård kan ha inneburit en omfördelning av resurser mellan

olika delar av regionen. Studierektorer för ST- och AT-läkare i Skaraborg och Älvsborg menar att det på många vårdcentraler utanför städerna har blivit svårare att rekrytera läkare och behålla dem på sikt. Vårdvalet har skapat flera etableringar i Göteborg och läkarna söker sig in till staden. Detta menar man har bidragit till större skillnader mellan stad och landsbygd. Detta borde kanske regionen analysera närmare.

## Analys av patienternas vårdutnyttjande

När författarna av regionens rapport undersöker vårdutnyttjandet i Västra Götalandsregionen hävdar de att metoderna är desamma som i Riksrevisionens analys. Vi har funnit att det i själva verket finns betydande skillnader i både metod och underlag. Det tydligaste exemplet är att regionen har en halv miljon färre personer i sitt befolkningsunderlag. Att exkludera en tredjedel av invånarna från analysen kan givetvis påverka resultaten. Författarna nämner att alla är i livet före och efter reformen, men de beskriver inte om de tagit hänsyn till födselar, inflyttning och utflyttning.

Riksrevisionen har med hjälp av regressionsanalys undersökt hur graden av sjuklighet påverkar sannolikheten för att bli en läkarbesökare, både avseende all offentligt finansierad vård och för primärvården specifikt. Västra Götalandsregionen har genom deskriptiva jämförelser studerat hur volymer av läkarbesök har förändrats. Man använder därmed en enklare analysmetod och ett utfallsmått som kan ifrågasättas (se motivering till ifrågasättande i Riksrevisionens rapport s. 37 f.).

Det framgår inte om Västra Götalandsregionen i sin analys har hämtat diagnosdata endast från primärvården eller även specialistsjukvården. Riksrevisionens diagnosuppgifter hämtas från *hela* vården, både primär- och specialistvård. En sådan metodskillnad kan påverka resultaten.

Västra Götalandsregionen kritiserar Riksrevisionen för att använda diagnosuppgifter från tiden före vårdvalet och inte uppdatera uppgifterna för tiden efter reformens införande. Man menar att Riksrevisionen felaktigt antar att sjukdomen är bestående över tid medan många patienter i själva verket blir friskare. Regionens anser att Riksrevisionen istället skulle ha studerat de personer som enligt statistiken är lika sjuka efter reformen som före reformen.

Det finns ett principiellt metodproblem med det förfarande som regionen föreslår. För att få en ny diagnos eller förnya en gammal diagnos krävs att man är i kontakt med vården. Om en reform bidrar till att vissa patientgrupper har färre vårdkontakter så minskar också antalet tillfällen då dessa patienter kan få en diagnos registrerad eller förnyad. Detta skapar risk för att ett antal patienter blir "statistiskt friska" utan att deras faktiska

hälsotillstånd har förändrats. Syftet med både Riksrevisionens och regionens analys är att undersöka hur sjuklighet påverkar besöksfrekvens men regionens metod öppnar upp för en omvänd kausalitet, dvs. att besöksfrekvensen också påverkar sjuklighetsmättet. Metodmässigt anser vi att detta blir problematiskt.

Det viktigaste skälet för vårt metodval är att det har skett stora förändringar i diagnostisering sedan vårdvalet genomfördes, både i Skåne och Västra Götaland. Båda regionerna har infört ersättningssystem som bland annat ger vårdcentraler betalt per registrerad diagnos (ACG-systemet). Regionen redovisar själva att antalet diagnoser har ökat med 200 %. Ingen kan säkert svara på om denna diagnosökning är motiverad eller inte men kritik har riktats mot vad som tros vara en medicinskt omotiverad överdiagnostisering.

Forskarna Hjerpe et al har gjort en studie som visar att det i just Västra Götalandsregionen är de diagnoser som ger störst ersättning som har ökat mest i antal.<sup>4</sup> Forskarna menar därför att varje diagnos måste kvalitetssäkras innan den används för forskningsändamål. Forskarna Lindström och Engström har i en studie visat att ACG manipuleras för att få högre ersättning i Jönköpings län.<sup>5</sup> Vidare uppger närmare 60 % av läkarna i Jönköpings län att de känner sig pressade att sätta fler diagnoser än vad som är medicinskt motiverat. Riksrevisionens intervjuer med flera läkare i Västra Götaland bekräftar denna bild. Riksrevisionen ser därför skäl att vara försiktig med att använda uppgifter om läkarbesökarnas sjuklighet baserade på ACG-systemet.

Även om Västra Götalandsregionen skulle ha rätt i att diagnossättningen är mer rättvisande efter vårdvalet så blir den så kallade RUB-hoppning som har skett under denna period svårtolkad. Beror den på förändrad sjuklighet eller beror den på att principerna för diagnossättning har förändrats? På grund av den stora osäkerheten om diagnosernas informationsvärde valde Riksrevisionen att använda de diagnosuppgifter som förelåg före vårdvalsreformens införande.

Riksrevisionen har studerat hur diagnosstatistiken har förändrats över tid. För de allvarligt sjuka är nedklassificeringen av sjukdomsgrad mycket begränsad. Knappt fem procent har enligt statistiken blivit betydligt friskare och det är som sagt oklart huruvida detta är en effekt av att de gör färre vårdbesök eller om de faktiskt har blivit friskare. Oavsett vilket så är sjuklighetsgraden i huvudsak bestående för mest sjuka patienterna.

---

<sup>4</sup> Hjerpe, Per et al, *Increased registration of hypertension and cancer diagnoses after the introduction of a new reimbursement system*, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012; 30: 222–228.

<sup>5</sup> Lindström, Kjell, *Kan ACG manipuleras?* Allmänmedicin, tidskrift för svensk förening för allmänmedicin, nr 3 2013; Lindström, Kjell – Engström, Sven, *ACG – Kejsarens nya kläder?*, Allmänmedicin, tidskrift för svensk förening för allmänmedicin, nr 4 2013.

I en intervju i tidskriften Ny tid (2015-01-16) nämner Västra Götalandsregionens huvudförfattare särskilt att gravida kvinnor med komplikationer är en grupp som kan klassificeras som mycket resurskrävande men tillfrisknar relativt kort tid efter barnets födelse. Riksrevisionen kunde i sin analys konstatera att denna grupp mycket riktigt minskade sin sjuklighet efter barnets födelse men att gruppen var så numerärt liten att den inte hade någon påverkan på de övergripande resultaten.

Som framgår ovan har Västra Götalandsregionen använt ett annorlunda underlag och andra metoder. Det finns skäl att ifrågasätta ett flertal av de metoder regionen har valt. Det är förståeligt att de med kort tid till sitt förfogande har tvingats göra enklare analyser, men det är anmärkningsvärt att de inte kommenterar att de avvikande metoderna kan förklara de avvikande resultaten.