

PM 2017:3

Första linjens vård

Likheter och skillnader i kontaktmönster
mellan olika grupper

 **vårdanalys**



Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

ISBN: 978-91-87213-70-0

www.vardanalys.se

Första linjens vård

Likheter och skillnader i kontaktmönster
mellan olika grupper



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektör Fredrik Lennartsson. Projektdirektör Marianne Svensson har varit föredragande.

Stockholm 2017-08-22

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson

Generaldirektör

Marianne Svensson

Föredragande

Förord

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsunderlag som analyserar förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. I uppdraget har vi genomfört flera delstudier med utgångspunkt i befintlig kunskap och data. Baserat på dessa studier sammanfattar vi kunskapen och identifierar lärdomar för den fortsatta utvecklingen av primärvården. Vi identifierar tre utvecklingsområden för att primärvården ska bli den tydliga bas i hälso- och sjukvården som den är tänkt att vara - primärvårdens uppdrag och funktion behöver tydliggöras, den behöver få en ändamålsenlig kompetens och resurser samtidigt som dess utvecklingskraft och förutsättningar för lärande behöver stärkas. Resultaten presenteras i rapporten *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (2017:3)*.

Som en del i detta uppdrag vände sig Vårdanalys till professor Clas Rehnberg och doktorand Sofia Sveréus vid Karolinska Institutet, för att göra en studie av vad som karakteriserar de personer som har, respektive inte har, haft kontakt med första linjens vård, det vill säga primärvård, remissfri öppenvård som inte är primärvård och oplanerad vård på akutsjukhus. Målsättningen är att identifiera likheter och skillnader i kontaktmönster och vårdkontakter mellan olika grupper i första linjens vård. Denna promemoria är deras redovisning av detta arbete och är ett underlag till Vårdanalys huvudrapport (Rapport 2017:3). Delar av analysen redovisas i huvudrapporten, men redovisas här i sin helhet. Det är vår förhoppning att denna promemoria kan tjäna som ett kunskapsunderlag i den pågående diskussionen om hur svensk primärvård kan stärkas.

Stockholm i augusti 2017

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson

Generaldirektör

Innehåll

1 Inledning	5
2 Data och metod	6
2.1 Data.....	6
2.2 Metod.....	9
3 Resultat	11
3.1 Kontaktmönster för befolkningen som helhet.....	11
3.2 Kontaktmönster för individer med olika sjuklighet.....	22
3.3 Individer utan kontakt med första linjens vård.....	26
4 Avslutande synpunkter	30

1 Inledning

Denna promemoria är en del av Vårdanalys uppdrag att analysera förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård. Syftet med detta deluppdrag är att beskriva vad som karaktäriserar de personer som har, respektive inte har, haft kontakt med första linjens vård. Målsättningen är att identifiera likheter och skillnader i kontaktmönster och vårdkontakter mellan olika grupper i första linjens vård.

Vad som avses med och ingår i första linjens vård är inte tydligt definierat, och i olika sjukvårdssystem utgörs den av olika aktörer och vårdtyper. Primärvården, och i viss mån akutmottagningar, har helt naturligt en central roll men sedan finns betydande variationer beroende på remisskrav och andra restriktioner för att kunna söka vård direkt. Därtill skiljer dessa restriktioners utformning mellan landstingen och för olika specialiteter.

Den här delstudien ska belysa frågorna:

1. Vad karaktäriserar patienter i första linjens vård?
2. Vilka personer kommer inte i kontakt med första linjens vård?

Delstudien beskriver i vilken utsträckning olika grupper har varit i kontakt med primärvården, med öppen specialistvård och med akutsjukvård, samt om det finns skillnader i kontaktmönster mellan olika grupper. Analyserna baseras på individkaraktäristika såsom ålder, kön och sjuklighet samt socioekonomisk bakgrund och födelseland.

I uppdraget har bearbetning och analys genomförts av redan tillgängliga data från Stockholms läns landsting, Socialstyrelsens patientregister (PAR) samt SCB:s befolkningsstatistik för 2012.

2 Data och metod

2.1 DATA

2.1.1 Länkning av tre olika register

Studien är baserad på registerdata från tre olika register. Från Statistiska centralbyråns (SCB) longitudinella integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) har vi hämtat information om vilka individer som bodde i Stockholms län vid slutet av 2012, samt deras ålder, kön, inkomst, utbildningsnivå och födelseland. Denna databas är därefter länkad till Patientregistret från Socialstyrelsen, samt till VAL-databasen från Stockholms läns landsting (figur 1). Studien inkluderar läkarbesök som skett under 2012. Länkningen har skett via anonymiserade personnummer och studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer 2016/1542-31/5).

Figur 1. Länkning av register.



Patientregistret innehåller information om läkarbesök och vårdtillfällen i specialiserad öppen- och slutenvård. Vårt utdrag från VAL-databasen innehåller läkarbesök i primärvården, uppdelat på olika verksamheter, som husläkarverksamhet och närakuter. Studien omfattar de 1 602 250 individer som var över 20 år och bodde i Stockholms län i slutet av 2012.

2.1.2 Definition av första linjens vård

Det finns ingen tydlig definition av vad som är första linjens vård. Det finns också utmaningar med att definiera första linjens vård utifrån registerdata. I den här studien har vi valt att fokusera på tre olika vårdtyper inom första linjens vård:

- primärvård
- remissfri öppenvård som inte är primärvård
- oplanerad vård på akutsjukhus.

Primärvård definieras som läkarbesök på mottagning inom husläkarverksamhet, basal hemsjukvård, samt olika typer av primärvårdsjourer, lättakuter och närakuter.

Remissfri öppenvård som inte är primärvård ("remissfri vård") definieras som öppenvårdsbesök som inte är primärvård och som uppfyller följande två kriterier: (1) besöket sker inte utanför de sex akutsjukhusen, och (2) besöket sker inom något av verksamhetsområdena öppenvårdspsykiatri, hud- och könssjukvård, gynekologi, obstetrik, sjukgymnastikverksamhet, ögonsjukvård eller öron-, näs- och halssjukvård. Vi har valt att inkludera dessa verksamhetsområden då det är de som framstår som remissfria för en patient som letar information på till exempel 1177 vårdguiden.

Oplanerad vård på akutsjukhus definieras utifrån Patientregistrets variabel "planerad vård". Vi inkluderar besök på akutsjukhusen (Karolinska universitetssjukhuset Huddinge och Solna, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, S:t Görans sjukhus och Södertälje sjukhus), som markerats som "oplanerade" i Patientregistret. Det innebär sannolikt att vi fångar både besök på akutmottagningar och andra oplanerade öppenvårdsbesök. Oplanerad vård på akutsjukhus är således ett bredare begrepp än vård på akutmottagning. Det är dock inte möjligt med befintliga data att specifikt välja ut vård på akutmottagning. Besök på akutmottagningar registrerades på olika sätt vid olika sjukhus inom Stockholms län, och definierades ofta inte specifikt ut i Patientregistret under år 2012. En särskild variabel för besök på akutmottagning infördes i registret under år 2015, men så långt sträcker sig tyvärr inte vår data. Akutmottagningsbesök som leder till inskrivning i slutenvården rapporteras inte i Patientregistret och ingår därför inte.

I alla kategorier inkluderar vi endast vård som personer bosatta i Stockholms län fått hos vårdgivare i länet under 2012. På grund av osäkerheterna i definitionerna av remissfri vård och oplanerad vård på akutsjukhus presenterar vi i vissa analyser också en fjärde typ av vård, "vård som kräver remiss", som innefattar all specialiserad öppenvård som inte klassificerats in i någon av de andra tre kategorierna.

Då fokus för studien är "kontakt med första linjens vård", snarare än antalet besök, har vi valt att fokusera på om individen haft någon kontakt (1) eller ingen kontakt (0) med respektive typ av vård. Vi räknar således inte antalet besök – en individ som haft kontakt kan ha gjort ett, eller flera, besök.

2.1.3 Besök med "lätt" eller psykiatrisk diagnos

I de huvudsakliga analyserna inkluderar vi alla kontakter inom respektive vårdtyp, oavsett vad besöket har för diagnos. I en underanalys har vi också valt att titta specifikt på besök med "lätta" diagnoser, samt besök med psykiatriska diagnoser. Det vi definierar som lätta diagnoser är i huvudsak övre luftvägsinfektioner, som snuva och halsfluss, och ospecificerade virusinfektioner. Psykiatriska diagnoser är alla diagnoser som ryms inom diagnoskapitlet "Psykiiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar". För varje individ markerar vi om hen gjort noll respektive minst ett besök inom respektive vårdtyp och diagnos enligt tabell 1.

Tabell 1. Besöken klassificeras utifrån vårdtyp och diagnos.

	Primärvård	Remissfri öppenvård	Oplanerad vård på akutsjukhus	Vård som kräver remiss
Alla besök oavsett diagnos	0 1	0 1	0 1	0 1
Besök med "lätt" diagnos*	0 1	0 1	0 1	0 1
Besök med psykiatrisk diagnos**	0 1	0 1	0 1	0 1

* ICD10: J00-J06, Z03, B34, med underkategorier. Specifikationen har tidigare använts i Vårdanalys rapport *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården* (2013).

** ICD10: F00-F99, med underkategorier.

2.1.4 Sjuklighet

Vi använt ett internationellt etablerat mått – Charlson index – för att indikera om en individ har en högre grad av sjuklighet. Måttet har ursprungligen utvecklats för att bedöma sannolikheten för ettårig dödlighet för en patient med samtidiga sjukdomar. Charlson Index baserar sig på förekomsten av ett antal diagnoser (tabell 2). Varje diagnos poängsätts och om en individ har flera allvarliga sjukdomstillstånd summeras sedan den totala vikten. Ju högre totalpoäng, desto mer sannolikt är det att patienten inte kommer att överleva i ett år. Om Charlson Index är större än noll innebär det att individen har minst en av dessa diagnoser registrerade för något besök eller slutenvårdstillfälle under året.

Vi har valt att söka efter alla diagnoser som fanns registrerade som huvud- eller bidiagnos i Patientregistret 2012. Detta innebär att vi fångar många, men inte alla, individer som faktiskt har någon av dessa diagnoser (alla individer gör inte besök för t.ex. en kronisk sjukdom varje år). Totalt har cirka 8 procent av befolkningen Charlson Index motsvarande 1 eller högre. Vi analyserar skillnader mellan de 92 procent av befolkningen som har Charlson Index vikt 0 jämfört med de 8 procent som har vikt 1 eller högre.

Tabell 2. Diagnoser som ingår i Charlson Index.

Diagnoser som ingår i Charlson Index	
Hjärtinfarkt	Mild leversjukdom
Hjärtsvikt	Diabetes utan komplikationer
Kärlsjukdom	Diabetes med komplikationer
Cerebrovaskulär sjukdom	Paraplegi eller hemiplegi, njursjukdom
Demens	Cancer
Lungsjukdom	Måttlig eller svår leversjukdom
Bindvävssjukdom/reumatisk sjukdom	Metastaserande tumörsjukdom
Magsår	AIDS/HIV

2.1.5 Socioekonomi – utbildning, inkomst, födelse-land

De socioekonomiska variabler vi valt att fokusera på är utbildning och inkomst. Vi har också gjort analyser uppdelat på födelse-land. Utbildning definieras som högsta avslutande utbildning och kategoriseras som max grundskola, max gymnasium respektive högskoleutbildning. Inkomst definieras som disponibel inkomst viktat med familjestorlek och delas upp i fem inkomstgrupper. Disponibel inkomst viktat med familjestorlek är den summerade totala disponibla årsinkomsten (arbetsinkomst, kapitalinkomst och pension efter skatt och transfere-ringar) för alla individer i ett hushåll dividerat med antalet personer som bor i hushållet, viktat för om personerna är barn eller vuxna. Individer som har noll eller negativ inkomst med detta mått (ca 2 procent av individerna) har inte tagits med i uppdelningen av inkomst-grupper, eftersom de som grupp skiljer sig från andra individer med låga inkomster. I den lägsta inkomstgruppen (kvintil 1) ingår den femtedel av alla individer som har lägst inkomst, och i den högsta inkomstgruppen (kvintil 5) ingår den femtedel som har högst inkomst. Födelse-land definieras som att antingen vara född i Norden (inklusive Sverige), i Europa (ex-klusive Norden) eller utanför Europa.

2.2 METOD

2.2.1 Andel med minst en kontakt

Vi presenterar måttet andel med minst en kontakt inom respektive typ av vård. Om till exempel andelen med minst en kontakt i primärvård för individer med max gymnasieutbildning är 60 procent så innebär det att sex av tio individer i gruppen med max gymnasieutbildning gjort minst ett besök i primärvården under året. Dessa andelar är inte ömsesidigt uteslutande, det vill säga samtidigt som 60 procent haft minst en kontakt i primärvården så kan lika många också haft kontakt med någon annan vårdtyp.

2.2.2 Kontaktmönster

Förutom andel med minst en kontakt presenterar vi även vad vi kallar för kontaktmönster. De visar vilken kombination av olika vårdtyper respektive individ har, samt hur vanlig denna typ av kombination är inom olika socioekonomiska grupper. Detta mått ger med andra ord en indikation på hur olika vårdtyper överlappar varandra, och gör det möjligt att se t.ex. vilka individer som inte har kontakt alls med första linjens vård, vilka som har kontakt med alla typer av vård, vilka som endast har kontakt med primärvården och så vidare. Varje individ har ett av åtta möjliga kontaktmönster:

- ingen kontakt med första linjens vård
- endast kontakt med primärvård
- endast kontakt med remissfri vård
- endast kontakt med oplanerad vård på akutsjukhus
- kontakt med primärvård samt remissfri vård
- kontakt med primärvård samt oplanerad vård på akutsjukhus
- kontakt med remissfri vård samt oplanerad vård på akutsjukhus
- kontakt med alla vårdtyper inom första linjens vård.

Vi summerar andelen individer inom respektive socioekonomisk grupp som har respektive mönster och jämför om den skiljer sig åt.

2.2.3 Standardisering för ålder och kön

För att göra andelar och kontaktmönster i olika grupper mer jämförbara standardiserar vi resultaten för gruppens ålder- och könssammansättning. Den högsta inkomstgruppen har t.ex. en mindre andel både mycket unga individer och mycket gamla individer. Vi vill kunna jämföra den lägsta och den högsta inkomstgruppen utan att dessa skillnader i ålderssammansättning mellan grupperna stör jämförelsen. Därför tillämpar vi direkt standardisering med totalbefolkningen som referenspopulation. Det innebär att i stället för att visa faktiska andelar och kontaktmönster för den lägsta respektive högsta inkomstgruppen så visar vi de andelar och kontaktmönster respektive grupp skulle ha haft om deras köns- och ålderssammansättning vore densamma som totalpopulationens. Konkret innebär detta att vi först beräknar andelar och kontaktmönster per åldersgrupp och kön inom en socioekonomisk grupp, och därefter viktat dessa resultat med hur stor andel respektive åldersgrupp och kön utgör i totalpopulationen. Slutligen summerar vi de viktade resultaten till en total för den socioekonomiska gruppen.

Standardisering för ålder och kön är inte detsamma som att ta hänsyn till skillnader i behov av vård mellan olika grupper. Skillnaderna i behov är mer komplexa än vad vi kan mäta med hjälp av kunskap om personens ålder och kön.

3 Resultat

I avsnitt 3.1. analyserar vi kontaktmönster i första linjens vård för befolkningen som helhet, och uppdelat utifrån faktorer som inkomst, utbildning, födelseland och sjuklighet. I avsnitt 3.2 gör vi samma analyser, men specifikt för individer med en högre nivå av sjuklighet. I avsnitt 3.3 tittar vi slutligen lite närmare på vilka personer som inte varit i kontakt med första linjens vård. Samtliga resultat som presenteras avser befolkningen i Stockholms län 2012 och är standardiserade för ålder och kön.

3.1 KONTAKTMÖNSTER FÖR BEFOLKNINGEN SOM HELHET

3.1.1 Primärvården dominerar för befolkningen som helhet

I sammanställningen nedan presenteras hur stor andel av befolkningen som helhet som haft minst en kontakt per vårdtyp för

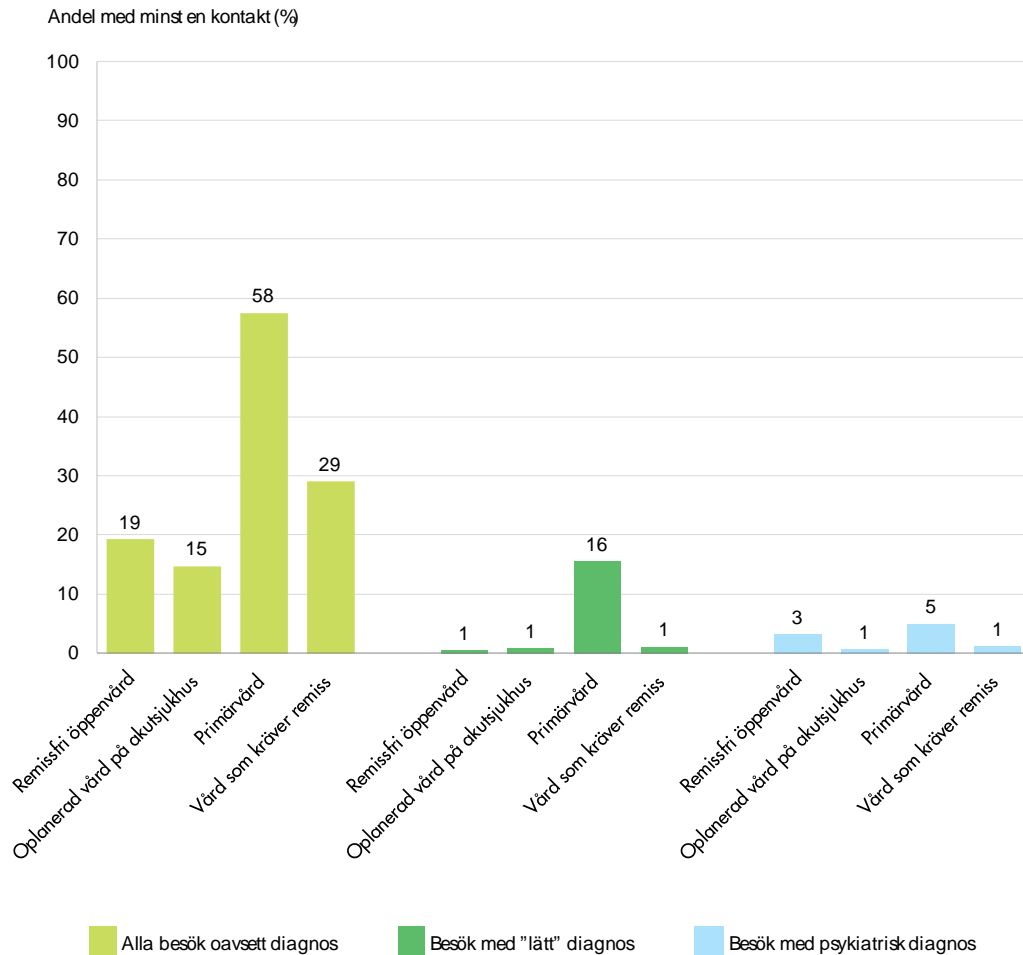
- samtliga besök oavsett registrerad diagnos
- besök med registrerad "lätt" diagnos
- besök med registrerad psykiatrisk diagnos.

Det är viktigt att komma ihåg att en enda kontakt räknas lika mycket som ett stort antal kontakter – vi har bara kvantifierat *minst en* kontakt och inte *antalet* kontakter.

Det är vanligast att ha haft kontakt med primärvården (figur 2). Totalt har 58 procent av den vuxna befolkningen i Stockholm 2012 haft minst en kontakt med primärvården, jämfört med 19 procent i remissfri öppenvård och 15 procent i oplanerad vård på akutsjukhus. Som jämförelse har 29 procent haft minst en kontakt med i vård som kräver remiss (det vill säga den typ av öppenvård som vi inte räknar in i första linjens vård).

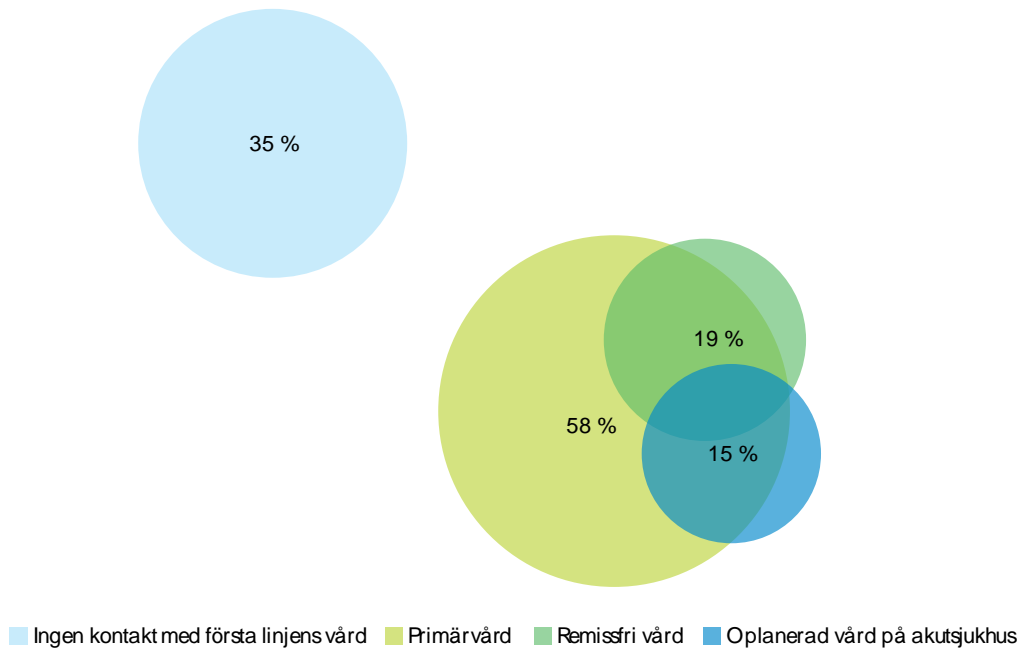
Primärvårdens dominans är särskilt stor när det gäller besök med lätta diagnoser. Ungefär 16 procent av befolkningen har haft minst en kontakt med "lätt" diagnos i primärvården, jämfört med ungefär 1 procent i övriga vårdtyper. För psykiatriska diagnoser är mönstret något annorlunda och primärvårdens roll inte lika dominerande.

Figur 2. Andel av befolkningen i Stockholms län som haft minst en kontakt, fördelat på vårdtyp och besökets diagnos.



Staplarna i figur 2 är inte ömsesidigt uteslutande. Med andra ord kan samma individ förekomma i flera vårdtyper. Figur 3 ger en möjlighet att studera hur olika vårdtyper överlappar varandra. Om vi tar hänsyn till vilka olika *kombinationer* av kontakter olika individer har är primärvården fortfarande helt central (figur 3). Många har endast haft kontakt med primärvården, men det är också vanligt med kombinationer av flera vårdtyper. Ungefär fyra procent av befolkningen har haft kontakt med alla de tre vårdtyper som vi klassificerar som första linjens vård. Samtidigt har ungefär 35 procent av befolkningen inte haft någon kontakt alls med första linjens vård.

I tabell 3 finns en detaljerad beskrivning av förekomsten av olika kontaktmönster. Väns-terkolumnen visar samma siffror som i figur 3. I höger kolumn ingår endast de 65 procent av befolkningen som haft kontakt med första linjens vård. Där framkommer primärvårdens dominans ännu tydligare: av alla som har haft minst en kontakt i någon vårdtyp hade 89 procent kontakt med primärvården (antingen med endast primärvården, eller med primärvården i kombination med någon annan vårdtyp).

Figur 3. Kontaktmönster i första linjens vård, befolkningen i Stockholms län totalt

Not: Befolkningen i Stockholms län med "Ingen kontakt med första linjens vård" kan ha haft kontakt med andra vårdtyper. I avsnitt 3.3 framkommer till exempel att ungefär en åttondel av dem utan kontakt med första linjens vård har haft kontakt med vård som kräver remiss.

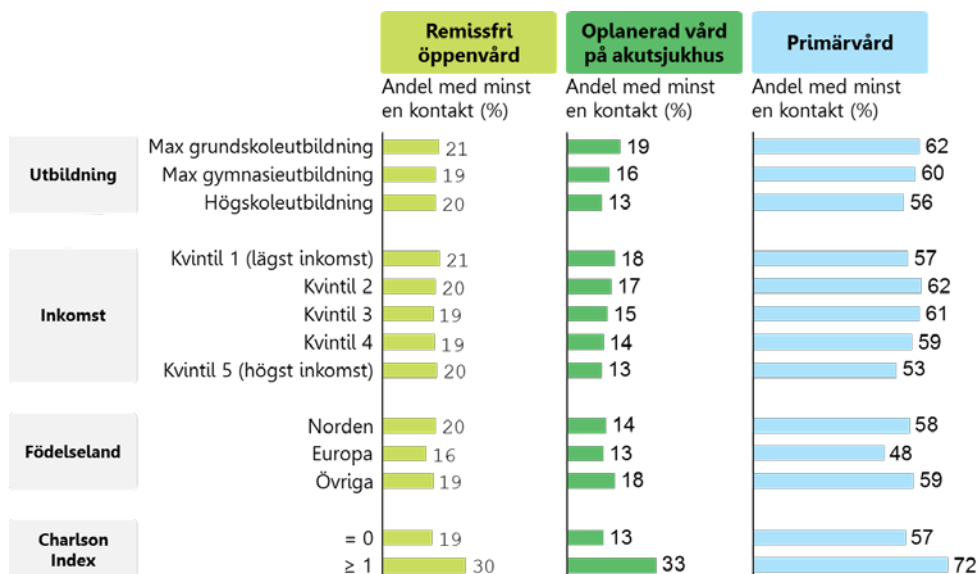
Tabell 3. Kontaktmönster i första linjens vård, andelar av befolkningen totalt respektive andelar av dem som haft kontakt.

	Andel av befolkningen totalt	Andel av dem som haft kontakt med första linjens vård
Ingen kontakt med första linjens vård	35 %	
Bara oplanerad vård på akutsjukhus	3 %	4 %
Bara remissfri vård	4 %	6 %
Bara primärvård	35 %	54 %
Primärvård + oplanerad vård på akutsjukhus	8 %	12 %
Primärvård + remissfri	11 %	17 %
Remissfri + oplanerad vård på akutsjukhus	1 %	1 %
Kontakt med alla vårdtyper i första linjens vård	4 %	6 %
Summa	100 %	100 %
Alla kombinationer där primärvård ingår	58 %	89 %
Alla kombinationer där remissfri vård ingår	19 %	30 %
Alla kombinationer där oplanerad vård på akutsjukhus ingår	15 %	23 %

3.1.2 Det finns socioekonomiska skillnader i kontakter med första linjens vård

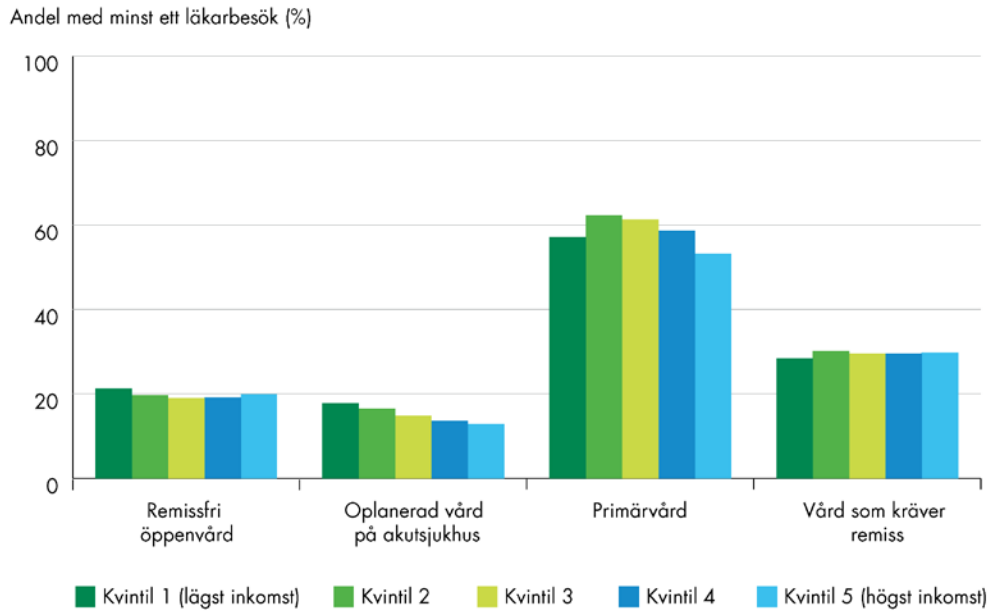
Föregående avsnitt visar hur kontakterna ser ut i befolkningen som helhet. En del i uppdraget är också att belysa skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Överlag finns en socioekonomisk gradient där individer med lägre utbildning och inkomst i större utsträckning haft minst en kontakt än individer med högre utbildning och inkomst. Denna gradient är starkast för oplanerad vård på akutsjukhus (figur 4).

Figur 4. Andel med minst en kontakt, per vårdtyp och socioekonomi, födelse land och sjuklighet



Den socioekonomiska gradienten är dock inte helt tydlig för alla vårdtyper. Detta framkommer särskilt tydligt om vi tittar på inkomstgrupper. En mindre andel i den lägsta, jämfört med den näst lägsta, inkomstgruppen har haft minst en kontakt med primärvård (figur4). Om vi dessutom inkluderar vård som kräver remiss framkommer närmast en omvänd gradient (figur 5).

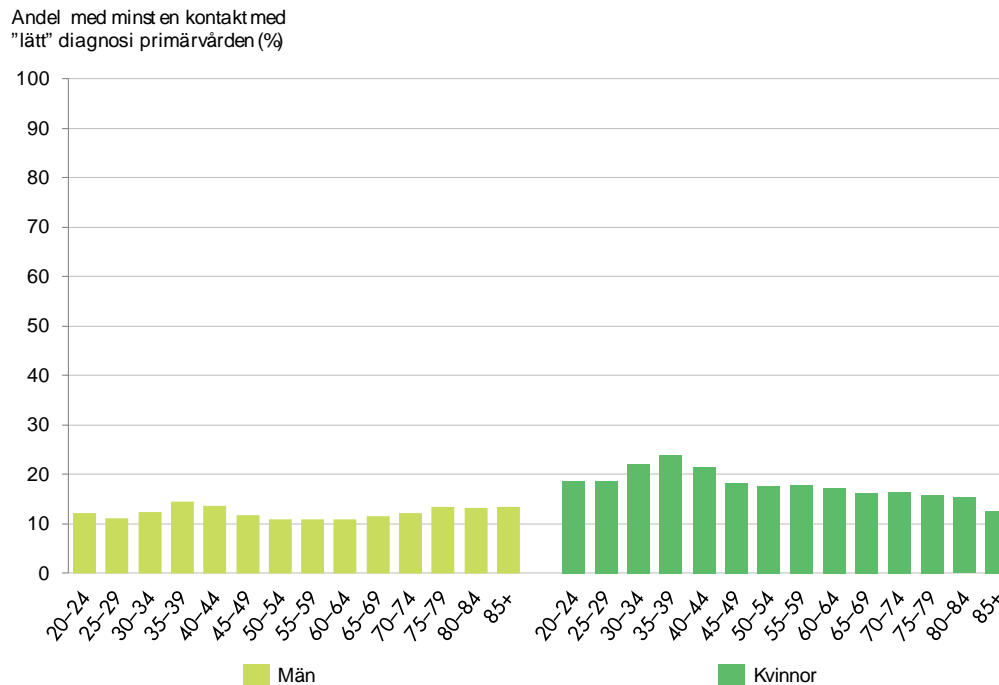
Figur 5. Andel i befolkningen med minst en kontakt, per vårdtyp och inkomstgrupp, befolkning i Stockholm län



3.1.3 Minst en kontakt med registrerad "lätt" diagnos är vanligast bland kvinnor mellan 30 och 40 år

Med "lätta" diagnoser avses främst olika typer av övre luftvägsinfektioner. Som framgår av figur 6 är minst en kontakt med registrerad "lätt" diagnos vanligare bland kvinnor än män, framför allt i yngre åldersgrupper.

Figur 6. Andel i befolkningen med minst en kontakt med registrerad "lätt" diagnos i primärvården, per kön och åldersgrupp



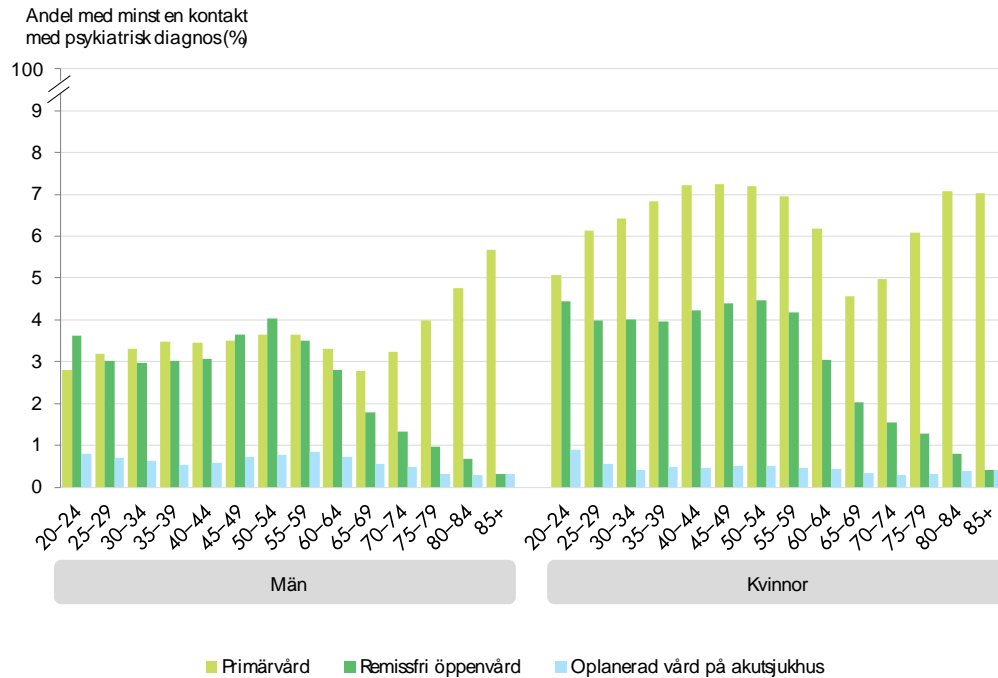
En nedbrytning för kontakter med registrerade "lätta" diagnoser på socioekonomiska grupper och födelseland visar ungefär samma resultat som för samtliga diagnoser (se tidigare avsnitt). Det finns till exempel ett mönster att andelen med minst en kontakt är större för lägre socioekonomiska grupper, med undantag för den lägsta inkomstkvarnten (visas ej).

3.1.4 Minst en kontakt med registrerad psykiatrisk diagnos är vanligast bland lågutbildade och låginkomsttagare

I figur 2 framkom att ungefär 5 procent av befolkningen har haft minst en kontakt med registrerad psykiatrisk diagnos i primärvården, samt en något mindre andel i övriga vårdtyper. Det finns dock skillnader mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper.

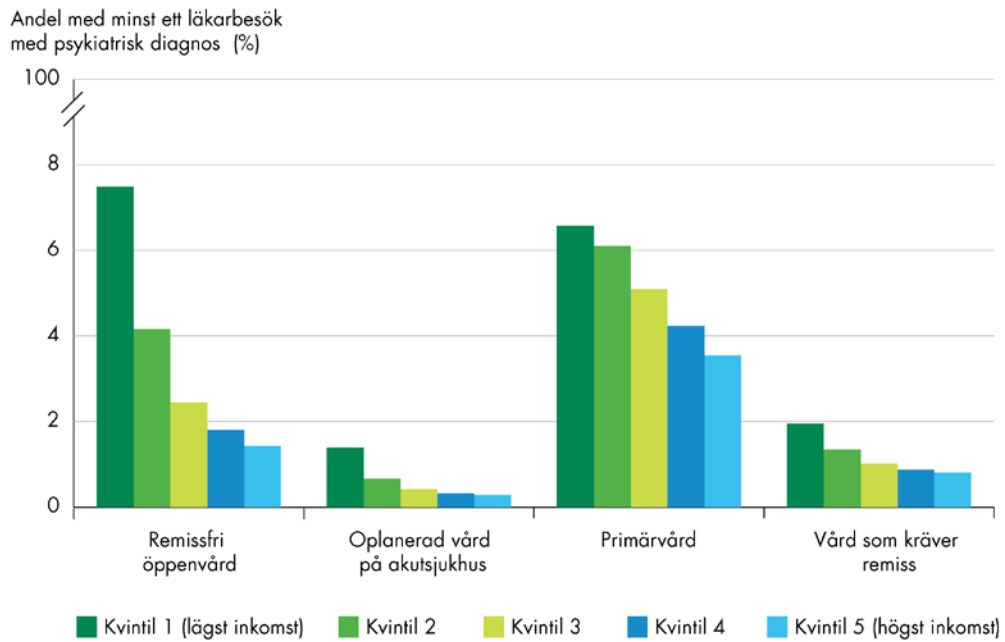
I figur 7 redovisas hur stor andel inom respektive åldersgrupp och kön som haft minst en kontakt med psykiatrisk diagnos per olika vårdtyper. De större andelarna i äldre åldersgrupper beror sannolikt delvis på att demenssjukdomar räknas in i kategorin psykiatriska diagnoser.

Figur 7. Andel i befolkningen med minst en kontakt med registrerad psykiatrisk diagnos, per kön och åldersgrupp.



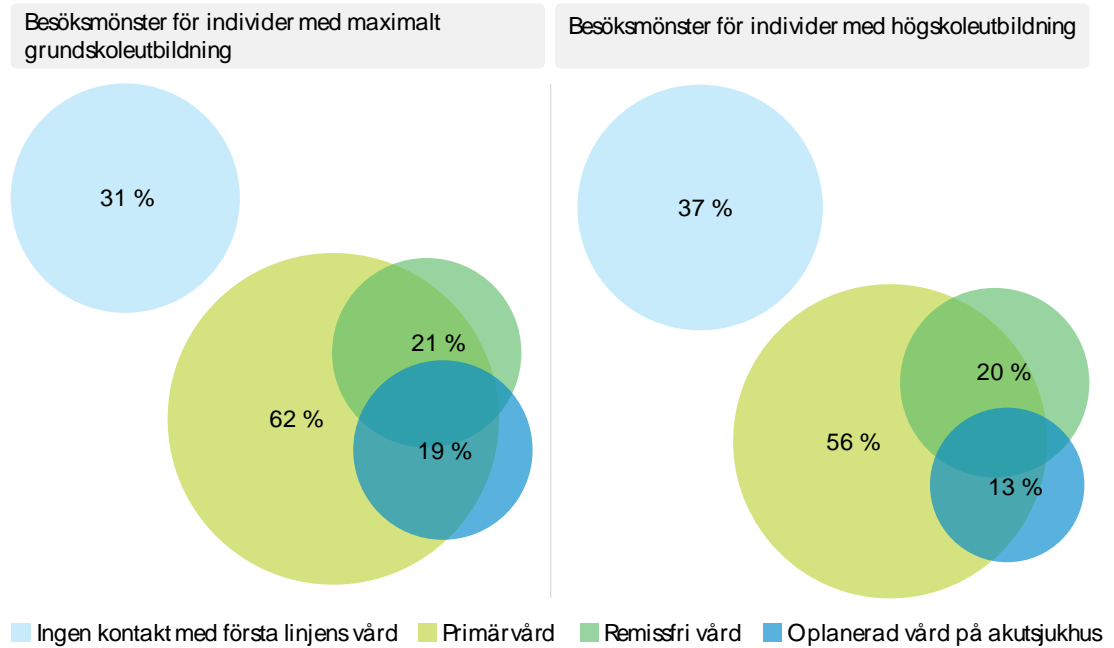
Från figur 7 framgår att öppen remissfri vård spelar en stor roll vid sidan av primärvården för besök med registrerade psykiatriska diagnoser. Det gäller samtliga åldersgrupper och båda könen. Primärvården dominerar dock bland kvinnor i alla åldrar samt för medelålders och äldre för båda könen. En mindre andel individer har haft minst en kontakt med psykiatrisk diagnos i oplanerad vård vid akutsjukhus.

De socioekonomiska skillnaderna för kontakt med psykiatrisk diagnos följer ett tydligt mönster där en klart större andel bland individer med låg utbildning och låg inkomst haft minst en kontakt (figur 8). Den socioekonomiska gradienten är starkast för remissfri öppenvård, men är tydlig även för de övriga vårdtyperna.

Figur 8. Andel med minst en kontakt med registrerad psykiatrisk diagnos, per vårdtyp och inkomstgrupp.

3.1.5 Det är mindre skillnader mellan socioekonomiska grupper i kombinationer av besök

I detta avsnitt presenteras resultat för kontaktmönster för olika grupper av individer. Förekomsten av olika kombinationer av kontakter är ungefär densamma oavsett utbildningsgrupp (figur 9). Skillnaderna mellan grupperna utgörs alltså inte av att endera gruppen har ett mer renodlat kontaktmönster till en speciell vårdtyp.

Figur 9. Kontaktmönster för individer med olika utbildningsnivå.

Not: Befolkningsgruppen med gymnasieutbildning presenteras inte i diagrammet men ligger i samtliga fall mellan de två andra grupperna.

Däremot finns det skillnader när det gäller andelen individer som inte haft kontakt med någon vårdtyp i första linjens vård (figur 9). För grundskoleutbildade är andelen 31 procent, medan andelen för högskoleutbildade är 37 procent.

Tabell 4 presenterar samma typ av information som figur 9, det vill säga kombinationer av kontakter, men uppdelat utifrån födelse-land. En större andel inom gruppen födda i Europa har inte haft någon kontakt med första linjens vård. Inom gruppen födda i Norden respektive gruppen födda utanför Europa är den totala andelen med minst en kontakt i första linjens vård ungefär densamma, men besöksmönstret i form av kombinationer av vårdtyper skiljer sig något. Individer födda i Norden har fler kombinationer där primärvård ingår, medan det är något vanligare för individer födda utanför Europa att ha haft minst en kontakt med oplanerad vård vid sjukhus. De relativa skillnaderna mellan vårdtyper är dock små.

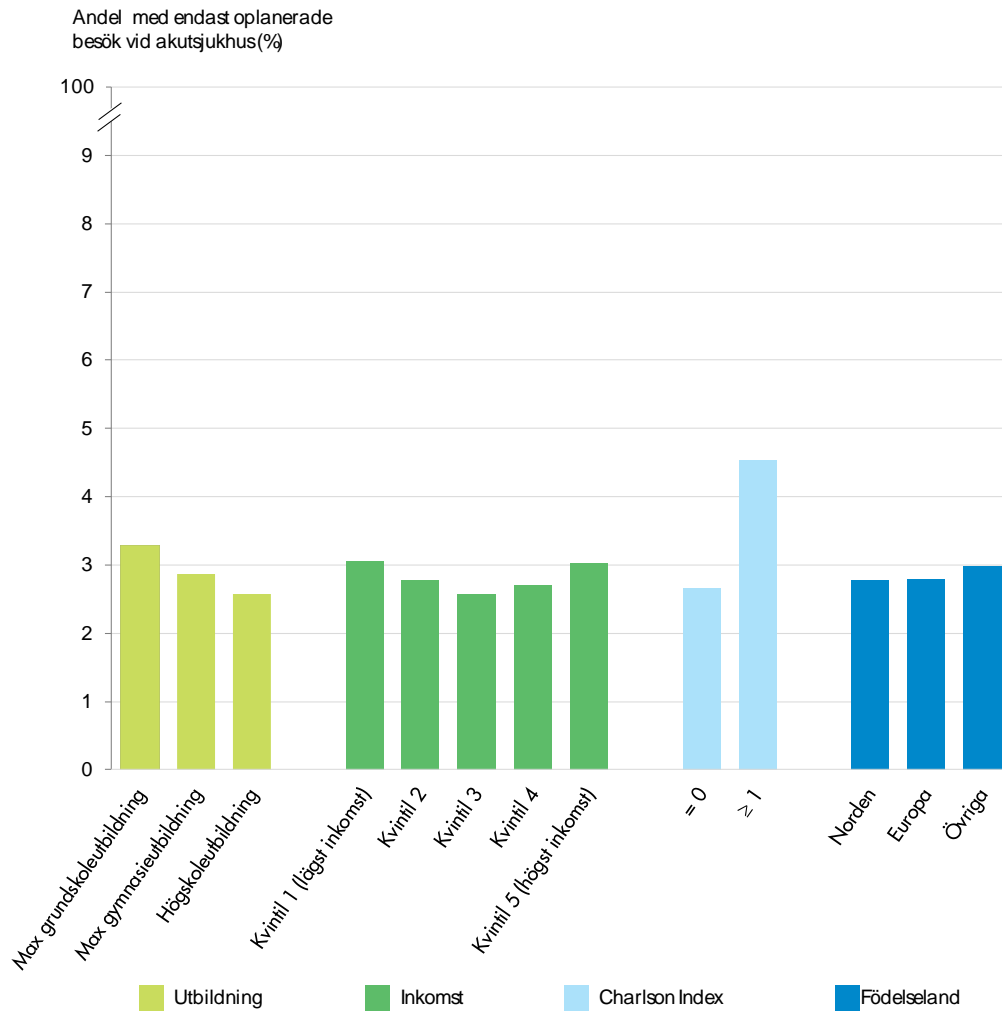
Tabell 4. Kontaktmönster för individer med olika födelse-land.

	Norden	Europa	Övriga
Ingen kontakt med första linjens vård	34 %	45 %	35 %
Bara oplanerad vård på akutsjukhus	3 %	3 %	3 %
Bara remissfri vård	4 %	3 %	3 %
Bara primärvård	36 %	29 %	34 %
Primärvård + sjukhus	7 %	7 %	10 %
Primärvård + remissfri	11 %	9 %	11 %
Remissfri + sjukhus	1 %	1 %	1 %
Kontakt med alla vårdformer	3 %	3 %	5 %
Totalt	100 %	100 %	100 %

3.1.6 Vissa individer har endast kontakt med oplanerad vård på akutsjukhus

Utifrån kombinationerna av besök kan vi också utläsa vilka som endast haft kontakt med *en* vårdtyp. En intressant vårdtyp att följa är oplanerad vård på akutsjukhus. I vissa fall är denna vårdtyp ändamålsenlig och oundviklig, medan den i andra fall skulle kunna ersättas med till exempel besök i primärvården. Som framkommit av figur 2 har ungefär 3 procent av befolkningen endast haft kontakt med oplanerad vård på akutsjukhus. Uppdelat på olika grupper ser vi att detta kontaktmönster är något vanligare för individer med endast grundskoleutbildning, medan trenden inte är lika tydlig för inkomst (figur 11).

Figur 10. Andel med endast oplanerade besök vid akutsjukhus, per socioekonomi, födelse-land och sjuklighet.



Något förvånande finns det även här ett tydligt mönster att det är vanligare för individer med högre sjuklighet, mätt som Charlson Index, att endast ha haft kontakt med oplanerad vård på akutsjukhus. Det skulle kunna bero på att individer med en känd sjuklighet redan har en etablerad kontakt med specialläkare och därför endast kommer i kontakt med första linjens vård i situationer som kräver ett akut omhändertagande.

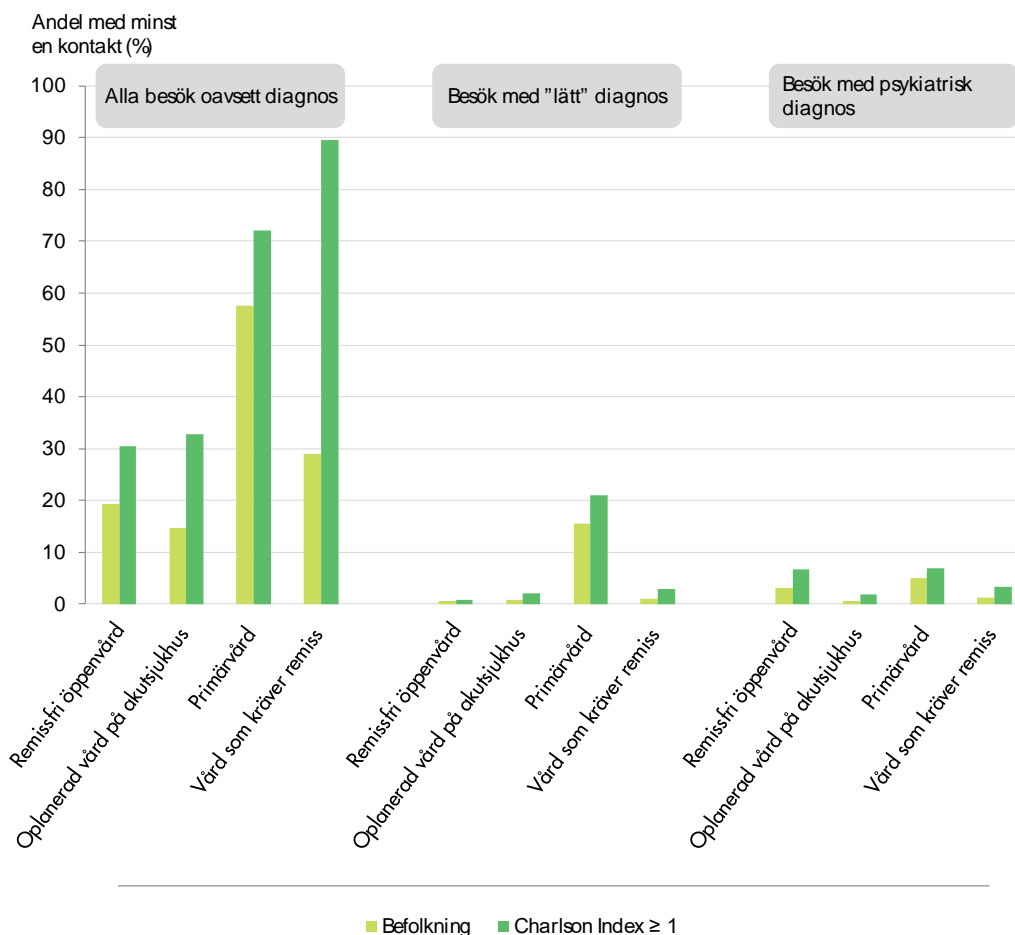
3.2 KONTAKTMÖNSTER FÖR INDIVIDER MED OLIKA SJUKLIGHET

Som framkommit i tidigare avsnitt finns ett tydligt mönster att gruppen av personer med högre sjuklighet mätt med Charlson Index överlag har en större andel med kontakt än gruppen personer med lägre sjuklighet. I detta avsnitt fördjupar vi också analyserna genom att undersöka om fördelningen över socioekonomiska grupper skiljer sig inom gruppen individer med högre sjuklighet jämfört med i befolkningen som helhet.

3.2.1 Det är vanligare att individer med högre sjuklighet har kontakt

Personer med högre sjuklighet (Charlson Index ≥ 1) har i större utsträckning haft minst en kontakt, oavsett vårdtyp eller diagnos. Skillnaden är störst för vård som kräver remiss (figur 12).

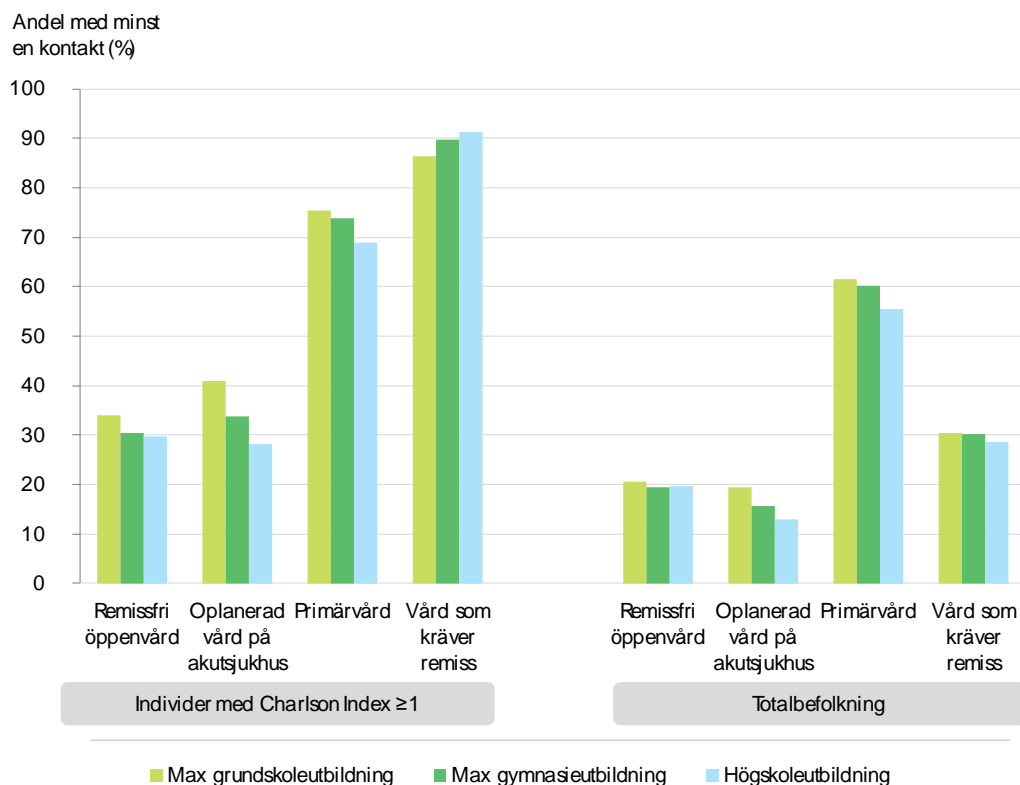
Figur 12. Andel med minst en kontakt, bland dem som har Charlson Index ≥ 1 jämfört med i totalbefolkningen.



Det finns vissa skillnader i fördelning mellan socioekonomiska grupper beroende på om vi intresserar oss specifikt för individer med högre sjuklighet, eller för befolkningen som helhet (det vill säga alla individer med såväl ingen/låg som hög sjuklighet). Inom gruppen med

högre sjuklighet har personer med lägre utbildning i mindre utsträckning gjort minst ett besök i vård som kräver remiss jämfört med personer med högre utbildning, medan trenden är den motsatta mellan motsvarande grupper i totalbefolkningen (figur 13). I övriga typer av vård har individer med lägre utbildning i större utsträckning gjort minst ett besök, såväl i gruppen med högre sjuklighet som i totalbefolkningen. Samma trend finns även för inkomstgrupper (visas ej).

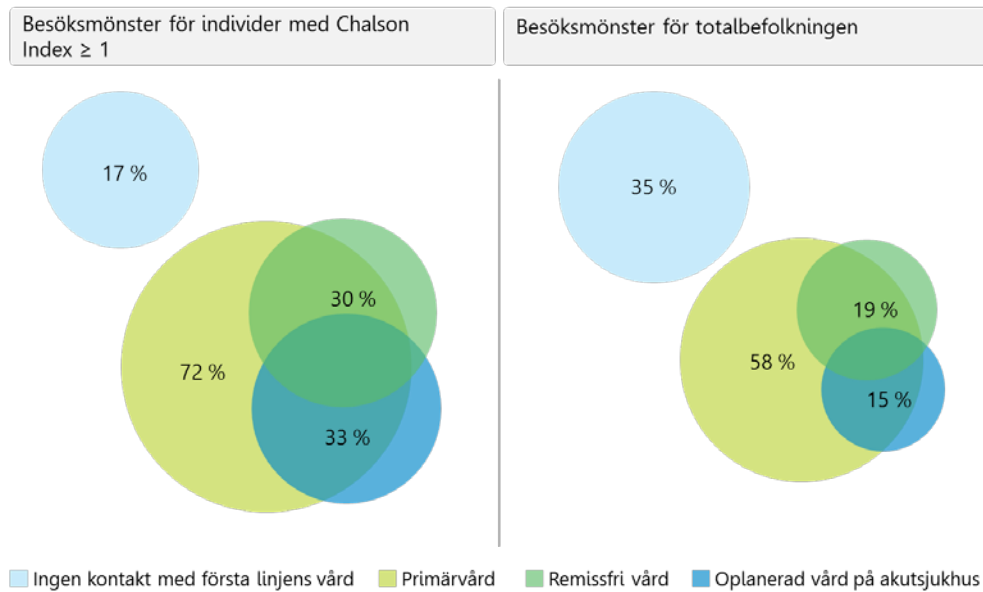
Figur 13. Skillnader i andel med minst en kontakt, per utbildningsnivå, bland dem som har Charlson Index ≥ 1 jämfört med i totalbefolkningen.



3.2.2 Lågutbildade med högre sjuklighet har i större utsträckning haft kontakt med alla vårdtyper

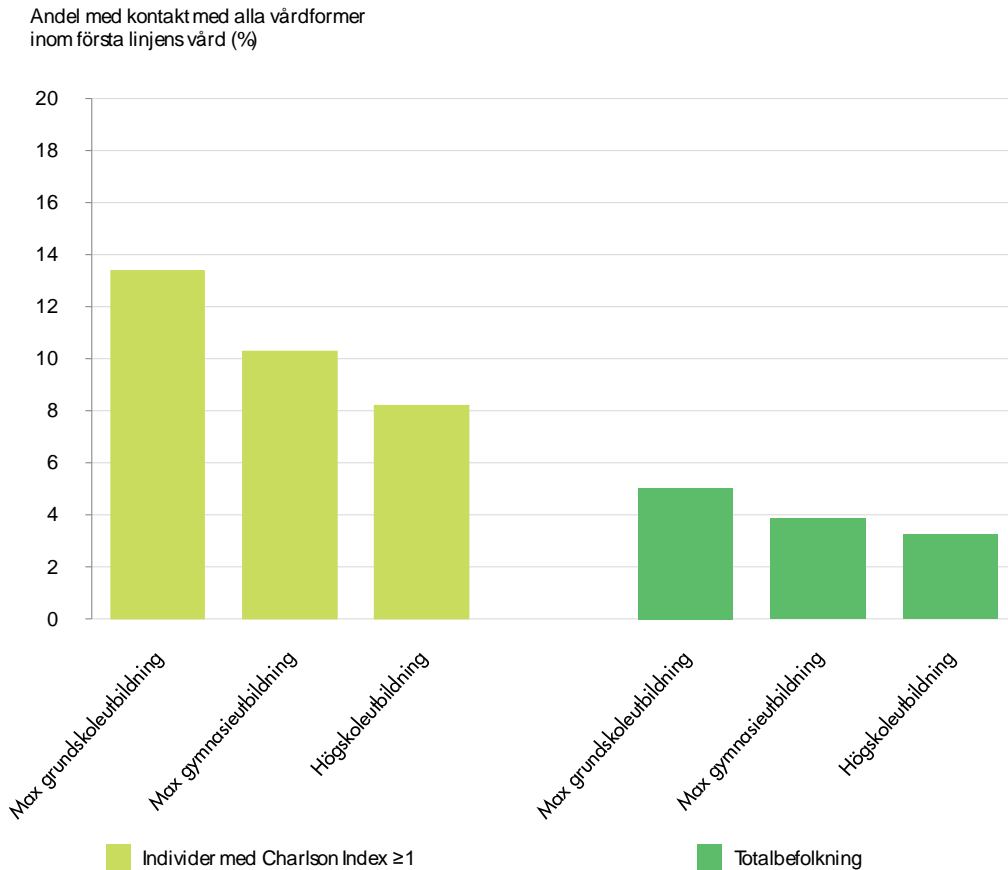
Bland individer med högre sjuklighet är det en mindre andel som inte har haft någon kontakt med första linjens vård, samt en större andel som haft kontakt med alla vårdtyper inom första linjens vård, jämfört med befolkningen totalt (figur 14).

Figur 14. Kontaktmönster för dem som har Charlson Index ≥ 1 jämfört med i totalbefolkningen.



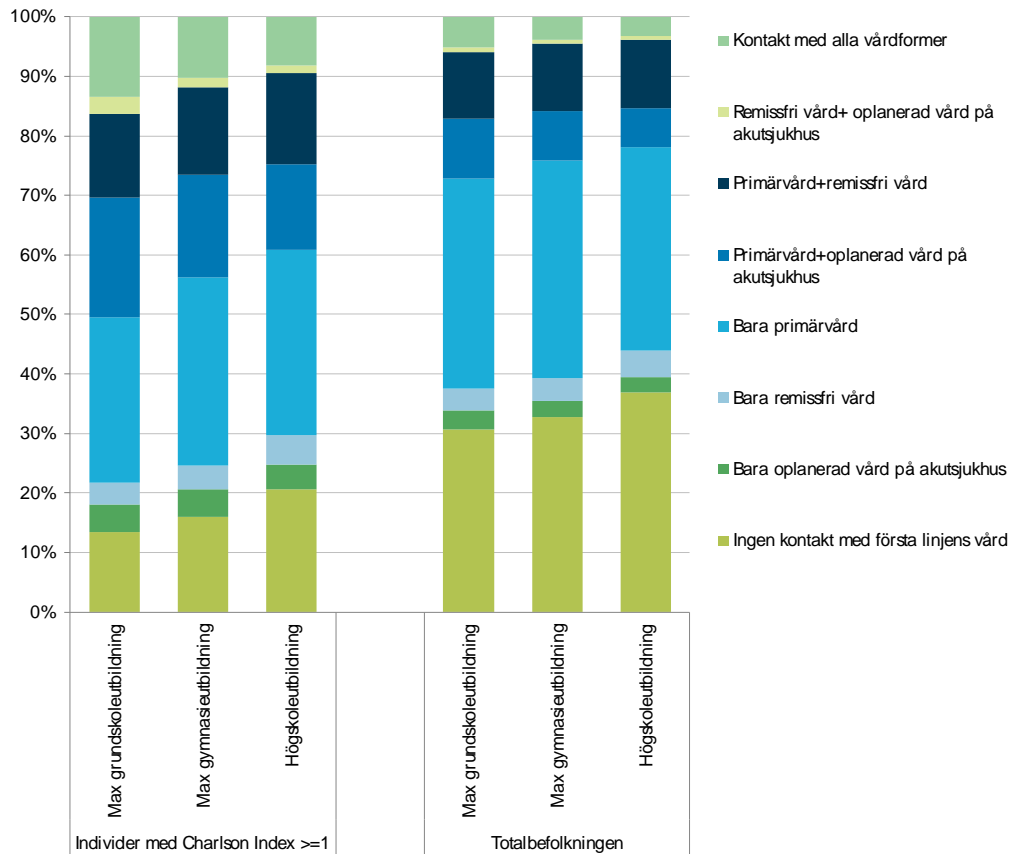
Hur stor andel som haft kontakt med alla vårdtyper följer ett tydligt mönster över utbildningsgrupper, både inom gruppen med högre sjuklighet och i totalbefolkningen (figur 15). Detsamma gäller även över inkomstgrupper och födelseland (visas inte).

Figur 15. Andel med kontakt med alla vårdtyper i första linjens vård, per utbildningsnivå, bland dem som har Charlson Index ≥ 1 jämfört med i totalbefolkningen.



Även kombinationen av primärvård och oplanerad vård på akutsjukhus är vanligare bland individer med lägre utbildning. Andelen som haft minst en kontakt i remissfri öppenvård (som inte är primärvård), men inte i någon annan vårdtyp, är däremot relativt konstant på cirka 4 procent av befolkningen i alla grupper – oavsett sjuklighet eller utbildningsnivå (figur 16).

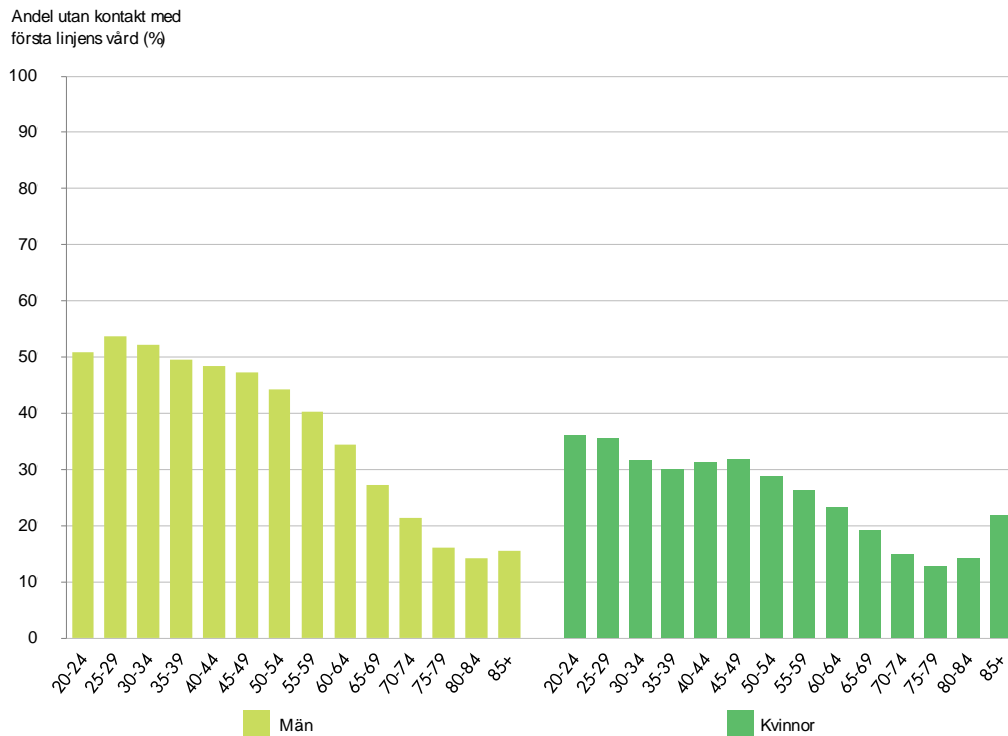
Figur 16. Kontaktmönster per utbildningsgrupp för dem som har Charlson Index ≥ 1 jämfört med i totalbefolkningen.



3.3 INDIVIDER UTAN KONTAKT MED FÖRSTA LINJENS VÅRD

3.3.1 Unga män har störst andel utan kontakt med första linjens vård

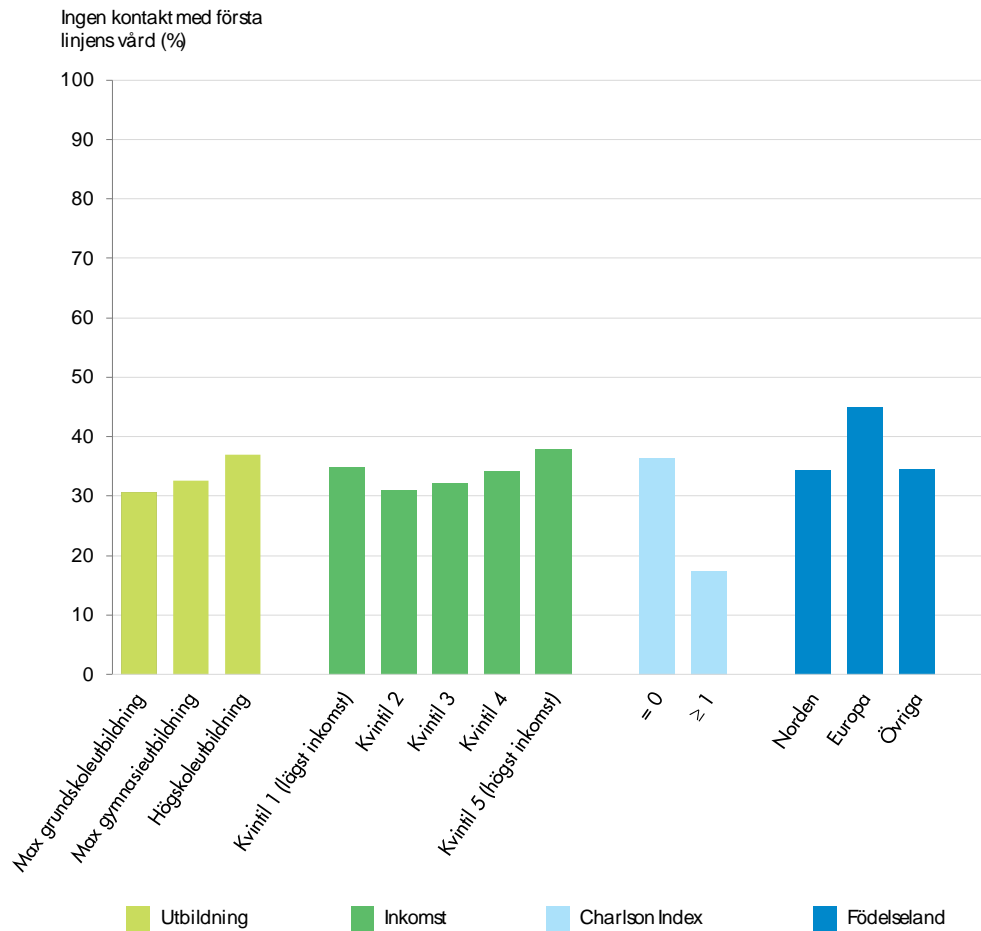
I den inledande redovisningen framgick att 35 procent av befolkningen inte hade kontakt med någon vårdtyp i första linjens vård. I detta avsnitt redovisas hur denna grupp fördelas mellan olika subkategorier. Inledningsvis redovisas fördelningen mellan olika åldersgrupper och kön.

Figur 17. Andel utan någon kontakt med första linjens vård, per kön och åldersgrupp.

Som framgår av figur 17 är det främst yngre män som inte har någon kontakt med första linjens vård. Andelen utan någon kontakt minskar med stigande ålder. Kvinnor i åldersgruppen 30–39 år har också helt naturligt en mindre andel utan kontakt med första linjens vård, då de i högre utsträckning har kontakt med t.ex. mödra- och förlossningsvården.

3.3.2 Den lägsta inkomstgruppen har en relativt stor andel utan kontakt med första linjens vård

I figur 18 redovisas motsvarande fördelning av individer som inte haft någon kontakt utifrån socioekonomi, sjuklighet och födelse-land.

Figur 18. Andel utan någon kontakt med första linjens vård, per socioekonomi, sjuklighet och födelse land.

Det är vanligare bland socioekonomiskt starkare individer, med hög utbildning eller hög inkomst, att inte ha haft någon kontakt med första linjens vård. Ett undantag är dock inkomstkvintil 1 som också uppvisar en relativt stor andel utan kontakt med första linjens vård. Det samma gäller för gruppen födda i Europa (förutom Norden). Individer med ett Charlson Index ≥ 1 har, som förväntat, en liten andel utan kontakt med första linjens vård.

3.3.3 Det är vanligare att bland höginkomsttagare att ha haft kontakt med vård som kräver remiss utan att ha haft kontakt med första linjens vård

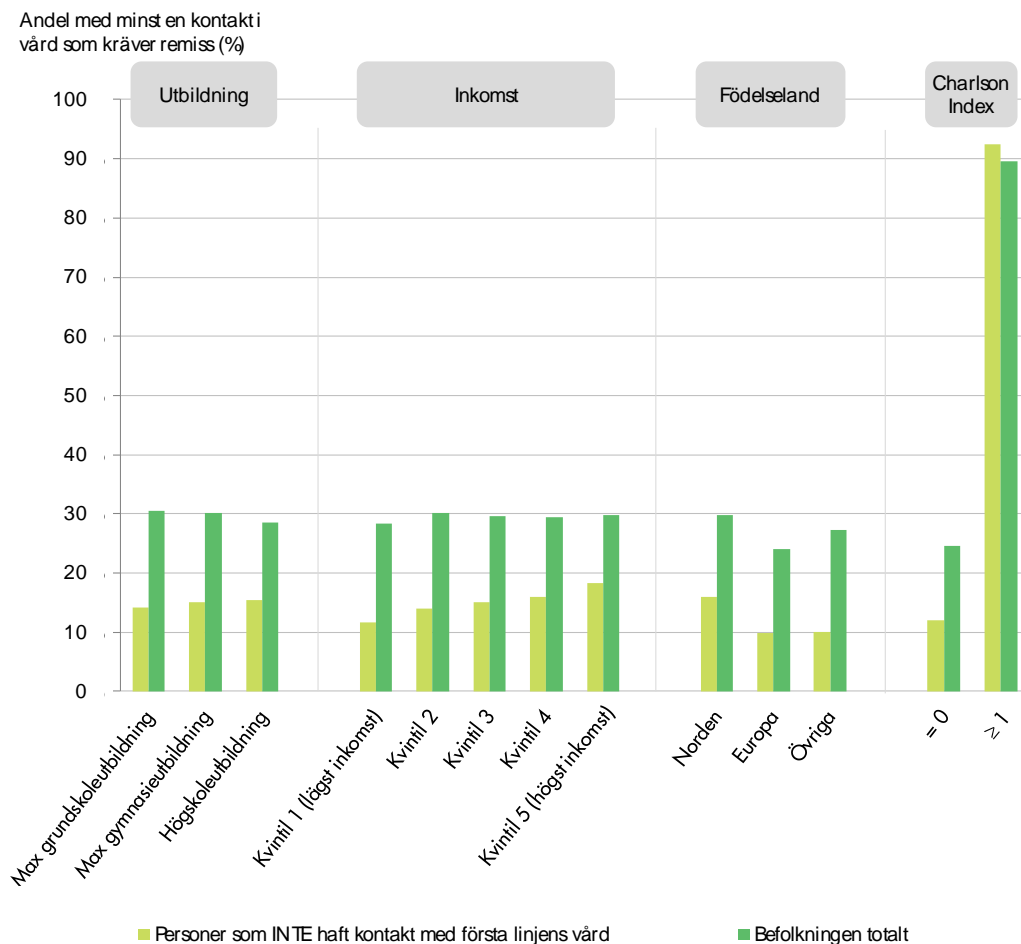
En mindre andel (cirka 13 procent) av de som inte haft kontakt med första linjens vård har ändå haft kontakt med vård som kräver remiss. Det kan bero på flera faktorer, till exempel variationer i vilken vård som faktiskt kräver remiss (det vill säga att en del av den vård vi klassificerat som att den kräver remiss faktiskt är remissfri), att remisser löper över årsskifte (det vill säga att personen hade kontakt med första linjens vård föregående år, och fick en

remiss till besök kommande år), eller att personer på ett eller annat sätt "tagit sig förbi" remisskravet.

Det är vanligare att personer i den högsta inkomstgruppen har besök i vård som kräver remiss utan att ha haft besök i första linjens vård (figur 19).

Inom gruppen med Charlson index ≥ 1 är det något vanligare att ha haft kontakt med vård som kräver remiss bland dem som saknar kontakt med första linjens vård, jämfört med gruppen som helhet. Detta skulle kunna förklaras med samma mekanismer som vi föreslagit gällande oplanerade besök på akutsjukhus i avsnitt 3.1.6., det vill säga att vissa patienter som har en kronisk sjukdom har en fast läkarkontakt direkt med specialistvården och därför inte behöver kontakten med första linjens vård i samma utsträckning.

Figur 19. Andel med kontakt med vård som kräver remiss, bland dem utan kontakt med första linjens vård, respektive för gruppen som helhet.



4 Avslutande synpunkter

I denna studie har utgångspunkten varit att studera kontakter med vad som kallas första linjens vård. Även om begreppet är vanligt förekommande är det inte självklart att definiera. En svårighet är att definiera vilken vård som kräver remiss. Remiss för vård skiljer sig inte bara mellan landsting utan även mellan vårdtyper. Det finns även olika tillämpningar inom en och samma vårdtyp mellan olika vårdgivare. Det kan vara skillnader mellan öppenvård vid sjukhus och öppenvård utanför sjukhus. Andra skillnader beträffande remissförfarandet kan finnas mellan privata och offentliga vårdgivare.

I rapporten konstateras att primärvården är central i första linjens vård. Av invånarna som haft minst en kontakt i första linjens vård hade nästan 90 procent haft kontakt med primärvården. Detta mönster gäller särskilt för lätta diagnoser och i mindre utsträckning för psykiatriska diagnoser.

Beträffande skillnader mellan socioekonomiska grupper finns ett mönster där lågutbildade och låginkomsttagare i större utsträckning har kontakt med första linjens vård. Ett undantag är dock den lägsta inkomstgruppen, som har en mindre andel individer med minst en kontakt. Även i gruppen födda i Europa, men inte i Norden, har en mindre andel haft kontakt med första linjens vård. Den socioekonomiska gradienten är tydligast för oplanerad vård på akutsjukhus och minst tydlig för remissfri vård. För besök med psykiatrisk diagnos finns en tydlig socioekonomisk gradient.

Det är vanligare bland höginkomsttagare att ha kontakt med vård som kräver remiss utan att först ha haft någon kontakt med första linjens vård.

Rapporten beskriver kontaktmönster till första linjens vård med utgångspunkt från hur stor andel av befolkningen i olika grupper som haft *minst en* kontakt med de olika vårdtyperna inom första linjens vård. *Antalet* kontakter, och hur de fördelas över olika grupper, beskrivs inte i denna studie.

Första linjens vård

Likheter och skillnader i kontaktmönster mellan olika grupper

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har vänt sig till professor Clas Rehnberg och doktorand Sofia Sveréus vid Karolinska Institutet för att göra en studie av vad som karaktäriserar de personer som har, respektive inte har, haft kontakt med första linjens vård, det vill säga primärvård, remissfri öppenvård som inte är primärvård och oplanerad vård på akutsjukhus. Denna promemoria ett underlag till Vårdanalys rapport En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (Rapport 2017:3).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.