

Tre perspektiv på digitala vårdbesök

– befolkningens, patienternas
och vårdpersonalens uppfattningar



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Getty Images International

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-88935-10-6



Tre perspektiv på digitala vårdbesök

Befolkningens, patienternas och
vårdpersonalens uppfattningar

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Projektledaren Ida Ahlin har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv och analyschefen Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2019-12-12

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anna Dunér
Styrelseordförande

Anders Anell
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Ida Ahlin
Föredragande

Förord

Utvecklingen av digitala vårdbesök går snabbt och de förväntas få en allt större roll i primärvården. Det är därför betydelsefullt att, i ett tidigt skede av utvecklingen, undersöka hur befolkningen, patienter och vårdpersonal ser på digitala vårdbesök.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har därför gjort en befolkningsundersökning där vi tar reda på hur befolkningen och patienter värderar videobesök i relation till fysiska vårdbesök i primärvården. Vi undersöker också hur olika kvalitetsaspekter i ett videobesök värderas i relation till varandra. För att ta reda på läkares syn på digitala vårdbesök har vi genomfört en enkätundersökning riktad till läkare på fysiska vårdcentraler. Vi har också gjort en mindre gruppintervju med sjuksköterskor och läkare.

Syftet med rapporten är att bidra med kunskap om hur befolkning, patienter och vårdpersonal ser på digitala vårdbesök i primärvården. Vår förhoppning är att underlaget används i den fortsatta utvecklingen av besöksformen och digitala arbetsätt.

Arbetet vid Vårdanalys har letts och genomförts av projektledare Ida Ahlin och analytiker Johan Frisk. Utredarna Simon Jehrlander och Peter Nilsson samt analytikern Emma Spånberg har också bidragit. Konsultföretagen Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har bidragit vid utformningen av befolkningsenkäten samt kvalitetssäkring av analysen och Kantar Sifo har bistått i arbetet med enkäten och administrerat enkätutskicket. Vi redovisar också resultat från studien International Health Policy Survey (IHP) som Vårdanalys genomför i samarbete med den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund.

Vi vill rikta ett stort tack till alla som har svarat på våra enkäter och som har deltagit i intervjuer. Vi vill också rikta ett stort tack till Charlotte Pihl (Socialstyrelsen), Emma Stradalovs (Inspektionen för vård och omsorg), Agneta Rönn (Sveriges Kommuner och Regioner), Nasim Farrokhnia (eHälsoläkarföreningen) samt Saad Rammo och Elin Karlsson (Sveriges läkarförbund) för betydelsefulla synpunkter på arbetet.

Stockholm i februari 2020

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Utvecklingen av digitala vårdbesök går snabbt och förväntas få en allt större roll i primärvården. Därför är det betydelsefullt att undersöka befolkningens, patienternas och vårdpersonalens erfarenheter av och uppfattningar om digitala besöksformer. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört två enkätundersökningar, en som visar befolkningens och patienters uppfattningar om videobesök i sig respektive gentemot fysiska besök vid några sjukdomstillstånd och en som visar hur läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar ser på digitala vårdbesök.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Befolkningen använder digitala vårdbesök i varierande grad och området är lite belyst i forskningen.
- ▶ Korta väntetider är den kvalitetsaspekt i digitala videobesök som värderas högst.
- ▶ Svarande föredrar fysiska vårdbesök framför digitala videobesök.
- ▶ Primärvårdsläkare ser risker med digitala vårdbesök – men samtidigt även möjligheter.
- ▶ Patienter och primärvårdsläkare som har erfarenhet av videobesök är mer positiva till besöksformen.

Vi ger följande rekommendationer:

- ▶ Regionerna bör se till att digitala vårdbesök kan användas utifrån individens digitala förutsättningar och medicinska behov.
- ▶ Regeringen och regionerna bör stärka kunskapen om när digitala vårdbesök är lämpliga och hur de kan användas på ett effektivt sätt.
- ▶ Regionerna och regeringen bör se till att patientinformation kan delas mellan vårdgivare på ett säkert sätt.
- ▶ Regeringen bör se till att det finns en samlad nationell statistik över användningen och utvecklingen av den digitala vårdformen över tid.

Sammanfattning

Introduktion av digitala kontaktvägar i primärvården har gått snabbt. Antalet genomförda så kallade digitala vårdbesök har ökat markant på kort tid och allt fler vårdgivare, både privata och offentliga, erbjuder möjligheten att söka vård digitalt. I huvudsak innebär besöksformen att patienter kan möta vårdpersonal genom mobilapplikationer för rådgivning, diagnostisering, viss behandling eller medicinering och eventuellt vidare hänvisning i vården. Kommunikationen kan ske endera i realtid eller med fördröjning.

Till följd av den snabba utvecklingen pågår i dag en intensiv kunskapsinhämtning om besöksformen. Vår bild är att mycket av kunskapsinhämtningen har tagit fasta på besöksformens roll och styrning ur medicinska och organisatoriska perspektiv, och att mindre fokus varit på att undersöka befolkningens erfarenheter och upplevelser av att söka vård digitalt. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) vill med den här rapporten därför bidra till att belysa patienternas uppfattning och erfarenhet av digitala vårdbesök som sker via videosamtal, och i vidare bemärkelse också befolkningens syn på besöksformen. I ett tillägg till detta undersöker vi vårdpersonalens uppfattning om digitala besök i primärvården. Målet är att i ett tidigt skede bidra med kunskap om hur besöksformen kan utformas utifrån befolkningens och patienternas perspektiv, i samspel med professionen.

I den här rapporten har vi genomfört en befolkningsenkät som undersöker hur befolkningen och patienter värderar digitala vårdbesök genom videosamtal i sig och jämfört med fysiska vårdbesök i primärvården. Kort sammanfattat har de svarande ställts inför hypotetiska valsituationer där de först väljer mellan olika videobesök och sedan om de föredrar ett videobesök eller ett fysiskt vårdbesök. Vårdbesöken beskrivs med hjälp av



fyra kvalitetsaspekter. Inför de fiktiva valen av vårdbesök har de svarande blivit tilldelade ett sjukdomstillstånd som de ska föreställa sig att de söker vård för. Genom detta försöker vi ta reda på om värderingen av vårdbesök och kvalitetsaspekter i videobesök påverkas av vilket sjukdomstillstånd svarande föreställer sig att de ska söka vård för. I den här undersökningen fokuserar vi på tillstånden övre luftvägsinfektion (hos antingen barn eller vuxna), lindrig depression och astma. Eftersom valen är fiktiva innebär det att vi inte har studerat faktiska val som personer har gjort i verkligheten, utan vi studerar hur personer tänker att de skulle göra om de ställdes inför situationen.

Dessutom har vi genomfört en enkät till samtliga primärvårdsläkare på vårdcentraler om deras erfarenhet och uppfattning av digitala vårdbesök och tillhörande arbetssätt. Till sist har vi även arrangerat en gruppintervju om besöksformen med sjuksköterskor och läkare som arbetar med digital och fysisk vård.

RESULTAT OCH SLUTSATSER

Nedan sammanfattar vi våra slutsatser och rekommendationer. I kapitlet hänvisar vi till resultat som våra undersökningar visar. Resultat från enkätundersökningen som syftar till att ta reda på befolkningens och patienternas erfarenheter av och uppfattningar om digitala vårdbesök är inriktade på digitala vårdbesök som sker genom video. När vi hänvisar till befintlig besöksstatistik, vår litteraturgenomgång och vårdpersonalens uppfattningar fokuserar vi på digitala vårdbesök som kan ske genom till exempel video- eller telefonsamtal eller sms.

Analysen av befolkningsenkäten visar att samtliga kvalitetsaspekter som ingår i den här studien påverkar respondenternas upplevda värdering av ett digitalt videobesök. De inkluderade kvalitetsaspekterna är väntetider, personlig kontinuitet, vilken vårdpersonal som deltar i besöket och om den samlade journalen är tillgänglig för vårdpersonalen. Analysen tyder också på att befolkning och patienter föredrar ett fysiskt vårdbesök när de föreställer sig att de ska söka vård för övre luftvägsinfektion, astma eller lindrig depression. Vi ser även att preferenserna för fysiska vårdbesök och videobesök varierar mellan befolkningsgrupper och att de skiljer sig beroende på vilket av sjukdomstillstånden de svarande föreställer sig att de ska söka vård för.

Enkäten till läkare i primärvården visar på möjligheter med digitala vårdbesök men också risker. Till exempel tror en stor del av läkarna som har svarat på enkäten att det finns en risk att hälso- och sjukvården överutnyttjas när digitala vårdbesök erbjuds. Ett annat exempel är att läkarnas bedömning

av om det är effektivt att ställa diagnos genom digitala vårdbesök varierar beroende på sjukdomstillstånd. För både läkare och patienter är tidigare erfarenhet av att arbeta med eller använda digitala vårdbesök förknippat med en mer positiv uppfattning om besöksformen.

Befolkningen använder digitala vårdbesök i varierande grad och området är lite belyst i forskningen

Besöksstatistik visar att användningen av digitala vårdbesök i Sverige är ojämnt fördelad. Yngre är överrepresenterade i besöksstatistiken, medan äldre konsumerar lite digital vård jämfört med gruppens storlek. Användningen av digitala vårdbesök varierar också mellan regionerna. Patienter från Region Stockholm, följt av patienter från Västra Götalandsregionen och Region Skåne svarar för den största delen av användningen per invånare. Vidare använde kvinnor flest digitala vårdbesök under perioden 2016–2018, bortsett från de allra yngsta barnen där pojkar svarar för en större andel besök. Liknande mönster går att urskilja i den fysiska vården.

Vi har genomfört en litteraturgenomgång för att få veta hur digitala vårdbesök och motsvarande kontaktformer värderas av patienter. Sammanfattningsvis konstaterar vi att området är lite belyst i forskningen i dag och vi får liten vägledning i frågor om hur digitala vårdbesök värderas i olika sammanhang. Studierna varierar även utifrån sjukdomstillstånd och mellan länder, vilket försvårar jämförelser med svenska förhållanden.

Korta väntetider är den kvalitetsaspekt i digitala videobesök som värderas högst

Enligt svarande i vår enkät är väntetider till besök, vilken vårdpersonal som deltar i besöket, personlig kontinuitet och vårdpersonalens tillgång till den samlade journalen alla viktiga kvalitetsaspekter i ett videobesök. I vår enkät är däremot korta väntetider den kvalitetsaspekt som värderas högst jämfört med övriga kvalitetsaspekter

Resultaten visar också att de svarande har en högre upplevd värdering av att besöket sker med en sjuksköterska som vid behov kan konsultera läkare samt utfärda remiss och vissa recept, men inte sjukintyg, än att träffa en läkare i ett digitalt videobesök. Detta föredras av svarande som föreställer sig att de söker vård för astma eller övre luftvägsinfektion. För personer som utgår från att de ska söka vård för lindrig depression är preferenserna för läkare högre.



De svarande värderar också att digitala videobesök sker med vårdpersonal som man känner till sedan tidigare lägre jämfört med övriga kvalitetsaspekter. Det gäller oavsett vilket sjukdomstillstånd de svarande föreställde sig som sökorsak till vårdbesöket. När svarande utgår från sitt eget hälsotillstånd pekar däremot våra resultat på att personlig kontinuitet är viktigare för personer med kronisk sjukdom och sämre rörlighet samt för äldre personer.

Svarande föredrar fysiska vårdbesök framför digitala videobesök

Våra analyser av enkäten och de hypotetiska valsituationerna visar att de svarande vid de tre angivna sjukdomstillstånden föredrar att göra ett fysiskt vårdbesök i primärvården. Resultaten visar också att preferenserna för att göra ett fysiskt vårdbesök varierar beroende på vilket sjukdomstillstånd de svarande utgick från. Fysiska vårdbesök värderas högst av svarande som antar att de ska söka vård för lindrig depression. Därefter kommer vuxna personer som föreställer sig att de söker vård för övre luftvägsinfektion och sedan astma. Lägst värderas fysiska vårdbesök jämfört med digitala videobesök av föräldrar som antar att de söker vård för barn som har övre luftvägsinfektion.

Våra analyser visar också att det finns skillnader mellan grupper i befolkningen, där vissa är mer benägna att välja ett digitalt videobesök. Personer som antingen är under 60 år, med högre utbildning, med högre inkomst, med tidigare erfarenhet av digitala videobesök eller personer som använder internet för att söka råd vid sjukdom är mer benägna att välja ett videobesök.

Primärvårdsläkare ser risker med digitala vårdbesök

Resultaten från enkäten som besvarades av läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar tyder på att läkare ser ett flertal risker kopplade till introduktionen av digitala vårdbesök. En klar majoritet av läkarna som har svarat på vår enkät tror till exempel att det finns en risk att hälso- och sjukvårdssystemet överutnyttjas till följd av att digitala vårdbesök erbjuds. Resultaten visar också att tre av tio läkare svarar att digitala vårdbesök kan tillåta hälso- och sjukvården att allokera mer tid för resursintensiva patienter. Det är också till exempel en mindre andel läkare som tror att digitala vårdbesök leder till bättre vårdkvalitet.

Vidare är det relativt få läkare som tror att digitala vårdbesök är effektiva för att diagnostisera ett antal tillstånd vid första besöket. Urinvägsinfektion är det hälsotillstånd som flest läkare anser att det vanligtvis eller ofta är effektivt att diagnostisera genom ett digitalt vårdbesök. För andra tillstånd bedömer upp till 15 procent av läkarna att digitala vårdbesök är effektiva för att ställa diagnos vid det första besöket.

Primärvårdsläkare ser samtidigt möjligheter med digitala vårdbesök

Resultaten från enkäten till läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar visar inte ensidigt upp en bild av att läkare ser risker med digitala vårdbesök. Resultaten visar bland annat att det finns ett intresse för att arbeta med digitala vårdbesök. Något över hälften av läkarna svarar att de vill arbeta mer med digitala vårdbesök i någon utsträckning.

Den aspekt som flest läkare tror kan förbättras med hjälp av digitala vårdbesök är att det kan leda till mindre resbehov för patienterna i stor eller viss utsträckning. Vidare anger sex av tio läkare att patienter kan få snabbare vård och att det sparar tid och pengar för patienterna i stor eller viss utsträckning.

Patienter och primärvårdsläkare som har erfarenhet av videobesök är mer positiva till besöksformen

Vi ser ett samband mellan att ha erfarenhet av digitala videobesök och att ha en mer positiv inställning till besöksformen. Analysen av befolkningsstudien pekar på att personer med erfarenhet av digitala vårdbesök via videosamtal är mer benägna att välja ett digitalt videobesök jämfört med personer utan erfarenhet. På motsvarande sätt visar enkäten till läkare som arbetar på fysiska mottagningar i primärvården att de läkare som arbetar med videobesök i dag har en mer positiv inställning till besöksformen. Sannolikheten att se större förbättringspotential i vården med digitala vårdbesök är högre bland läkare som ofta arbetar med videobesök i dag än de som inte gör det. På samma sätt är sannolikheten lägre att läkare med erfarenhet av videobesök anser att digitala vårdbesök kan leda till stora problem i vården. Sammantaget tyder resultaten på att det kan finnas skäl att vänta sig att allt fler patienter och läkare i primärvården kommer att se en större potential med digitala vårdbesök framöver.



VÅRA REKOMMENDATIONER

► *Regionerna bör se till att digitala vårdbesök kan användas utifrån individens digitala förutsättningar och medicinska behov*

Den digitala besöksformen är under snabb utveckling och förväntas få en större roll i hälso- och sjukvården. Samtidigt ser vi att användningen i dag varierar stort mellan olika grupper. Vi rekommenderar regionerna att säkerställa att digitala vårdbesök kan användas av personer med olika medicinska behov och digitala förutsättningar. Det kan till exempel handla om att öka kunskapen bland befolkningen om hur den digitala tekniken kan användas. Av speciell vikt är att regionerna ser till att patienter som av särskilda anledningar inte kan använda digitala vårdbesök får sina behov tillgodosedda i den fortsatta digitaliseringen i hälso- och sjukvården.

Den här studien har delvis syftat till att undersöka om det finns skillnader i preferenser för vårdbesök och kvalitetsaspekter beroende på vilket sjukdomstillstånd de svarande antar att de ska söka vård för. Tillstånden har till viss del speglat mindre komplexa behov, men vi ser även att det finns stor potential med digitala vårdbesök och digitala tjänster i bredare bemärkelse för patienter med kroniska och mer komplexa behov. På liknande sätt ser vi att digitala vårdbesök och andra digitala tjänster också kan användas i andra sammanhang än primärvården, som den här studien är inriktad på.

► *Regeringen och regionerna bör stärka kunskapen om när digitala vårdbesök är lämpliga och hur de kan användas på ett effektivt sätt*

Vi ser att det finns ett behov av ökad kunskap och mer forskning om hur digitala vårdbesök kan användas på bästa sätt. Ökad kunskap om medicinska och patientupplevda resultat av digitala vårdbesök är viktigt för att närmare ringa in vilka sjukdomstillstånd som passar för digitala vårdbesök samt vid utformandet av triagering av patienter till olika vårdformer och vårdnivåer. I förlängningen kan det även bidra till underlag för beräkningar av under vilka förutsättningar digitala vårdbesök är en kostnadseffektiv besöksform.

Vi ser också ett behov av att stärka kunskapen om hur olika vårdprofessioner kan användas vid digitala vårdbesök, och hur det beror på vilket sjukdomstillstånd patienterna söker vård för. Vår analys av de fiktiva valsituationerna visar att svarande föredrar att ha ett videobesök med en sjuksköterska som vid behov kan konsultera läkare

samt utfärda remiss och vissa recept, men inte sjukintyg. Ett sådant videobesök värderades högre än ett videobesök med en läkare. Utifrån vår undersökning saknar vi i dag djupare kunskap om patienternas värdering av under vilka omständigheter som ett läkarlett eller ett sjuksköterskelett videobesök föredras. Ett första steg kan därför vara att se hur den befintliga forskningen har belyst detta och om resultaten går att upprepa i nya studier.

► *Regionerna och regeringen bör se till att patientinformation kan delas mellan vårdgivare på ett säkert sätt*

Det finns i dag ett stort utrymme att dela journalinformation genom sammanhållen journalföring. Trots den möjligheten finns det fortfarande både tekniska och organisatoriska hinder för att journalinformation ska kunna vara tillgänglig. Regionerna bör arbeta för att undanröja de begränsningar som finns för att dela journalinformation mellan vårdgivare som erbjuder både digital och fysisk vård. Regeringen bör följa utvecklingen av hur arbetet fortgår. Om det fortsättningsvis finns hinder som begränsar möjligheten att ta del av journalinformation bör regeringen se över vad som krävs för att undanröja sådana hinder.

Våra analyser pekar på att vårdpersonalens tillgång till den samlade patientjournalen värderas högt av de svarande i vår befolkningsenkät. Vårdpersonalens tillgång till patientjournalen är också en viktig förutsättning för en patientsäker vård, och för att skapa kontinuitet om patienten besöker olika personer eller vårdgivare. Våra resultat tyder även på att svarande värderar informationskontinuitet genom att vårdpersonalen har tillgång till den samlade journalen högre än personlig kontinuitet i digitala videobesök. Det är särskilt tydligt för vissa sjukdomstillstånd.

► *Regeringen bör se till att det finns en samlad nationell statistik över användningen och utvecklingen av den digitala vårdformen över tid*

Vi ser att det finns behov av att samla nationell statistik för att följa upp användningen av vårdbesök som sker på annat sätt än traditionella fysiska vårdbesök i primärvården. Vårdanalys har tidigare uppmärksammat vikten av att skapa ett nationellt register för primärvården, för att följa upp den medicinska kvaliteten och jämlikheten i primärvården. I ett



sådant nationellt register ser vi även att besöksstatistik och uppföljning av patienternas upplevelser av den digitala vårdformen bör ingå. Vi definierar inte vilken digital kommunikationsform som bör ingå i ett sådant register, eftersom avsikten med statistiken är att kunna följa utvecklingen oberoende av teknikform.



Innehåll

1	Inledning.....	23
1.1	Stort behov av kunskap om hur digitala vårdbesök värderas	23
1.2	Digitala vårdbesök – ett snabbt föränderligt område vilket skapar utmaningar	27
1.3	Rapportens syfte och frågor	28
1.4	Vår definition av digitala vårdbesök och digitala videobesök	30
1.5	Rapportens fokus innebär avgränsningar.....	32
1.6	Bred metodansats för att svara på rapportens frågor.....	33
2	Digital vårdkonsumtion över tid	37
2.1	Fokus på digitala vårdbesök i realtid och med fördröjning i kapitel 2	38
2.2	Så här fungerar ett digitalt vårdbesök	38
2.3	Konsumtionen av digitala vårdbesök har ökat snabbt på kort tid	39
2.4	Yngre använder digitala vårdbesök mer än äldre	40
2.5	Kvinnor genomför fler digitala vårdbesök än män	44
2.6	Flest digitala vårdbesök i de tre mest tätbefolkade länen	46
2.7	Flest digitala vårdbesök sker med läkare	49
2.8	Socioekonomiska förutsättningar och användning av digitala vårdbesök.....	51
3	Vår befolkningsenkät och litteraturgenomgång	55
3.1	Enkätstudie undersöker hur befolkning och patienter värderar digitala videobesök	55
3.2	Fyra kvalitetsaspekter i primärvårdsbesök.....	56
3.3	De svarande ställdes inför tre valsituationer	58



3.4	De svarande fick utgå från övre luftvägsinfektion, lindrig depression eller astma	59
3.5	Låg svarsfrekvens men de svarande är jämförbara med befolkningen....	62
3.6	Tidigare studier ger liten vägledning	64
4	Erfarenheter och åsikter om fysisk och digital primärvård	69
4.1	Så tycker befolkningen och patienterna om fysisk primärvård	70
4.2	Befolkningens och patienternas erfarenhet av digital primärvård	71
4.3	Viktiga kvalitetsaspekter i ett primärvårdsbesök utan att aspekterna rangordnas	75
5	Vad tycker befolkningen och patienterna om videobesök?	79
5.1	Fokus på digitala videobesök i befolkningsenkäten	80
5.2	Hur rangordnas kvalitetsaspekter i ett digitalt videobesök?	80
5.3	Fler väljer fysiskt vårdbesök	87
5.4	Högre betalningsvilja för fysiska vårdbesök när besöksformerna har samma kvalitet	90
5.5	Vi mäter faktiska preferenser och inte slumpmässiga svar	92
6	Vårdpersonalens syn på digitala vårdbesök.....	97
6.1	Fokus på digitala vårdbesök i realtid och med fördröjning i kapitel 6.....	98
6.2	Primärvårdsläkares uppfattning om digitala vårdbesök fångas via en enkätundersökning.....	98
6.3	Primärvårdsläkares erfarenhet av digitala vårdbesök.....	99
6.4	Primärvårdsläkare ser eventuella för- och nackdelar med digitala vårdbesök.....	104
6.5	Primärvårdsläkare med mer erfarenhet av videobesök är i allmänhet mer positiva till digitala vårdbesök.....	107
6.6	Gruppintervju med vårdpersonal för att tolka och bedöma befolkningsenkäten	110
7	Slutsatser och rekommendationer.....	115
7.1	Resultat och slutsatser	115
7.2	Våra rekommendationer.....	122
8	Referenser.....	129

Bilagor	139
Bilaga 1 – Så här genomförde vi litteraturgenomgången.....	139
Bilaga 2 – Enkätstudiens upplägg och metodbeskrivning	147
Bilaga 3 – Resultatavsnittet	162
Bilaga 4 – Gruppintervju med vårdpersonal	180
Bilaga 5 – Relevant lagstiftning	182





Inledning

De senaste fyra åren har digitala kontaktvägar och vårdbesök i primärvården fått ett starkt genomslag. I korthet innebär besöksformen att patienter kan få hjälp med rådgivning, diagnostisering, behandling, medicinering eller vidare hänvisning i vården, på distans till exempel via mobilapplikationer.

Syftet med den här rapporten är att belysa patienters uppfattning om och erfarenhet av digitala vårdbesök med fokus på videobesök i primärvården, och i vidare bemärkelse också befolkningens syn på besöksformen. I ett tillägg till detta kompletterar vi med vårdpersonalens perspektiv på digitala vårdbesök i primärvården. Målet är att i ett tidigt skede bidra med kunskap om hur besöksformen kan användas och utformas utifrån befolkningens och patienternas perspektiv, i samspel med professionen.

1.1 STORT BEHOV AV KUNSKAP OM HUR DIGITALA VÅRDBESÖK VÄRDERAS

De senaste fyra åren har användningen av digitala vårdbesök ökat kraftigt. Digitalisering i en vidare bemärkelse är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda vård som svarar mot befolkningens behov i framtiden. Men kunskapen om digitaliseringens möjligheter och effekter i allmänhet, och i synnerhet de digitala vårdbesökens konsekvenser för vårdens effektivitet och jämlikhet är i praktiken bristfällig.

När det gäller de digitala vårdbesöken så pekar befintliga undersökningar på att patienterna uppskattar besöksformen, men det finns också tecken på att användandet är koncentrerat till vissa grupper. Samtidigt kvarstår frågor om de digitala besöken avlastar den fysiska vården eller om de skapar en ökad efterfrågan av vård för lättare besvär. För närvarande pågår också flera



initiativ för att utveckla vårdens styrning och regelverk, för att på bästa sätt införliva arbetssättet inom vården.

Sammantaget gör detta det intressant att analysera hur digitala vårdbesök värderas i olika befolkningsgrupper och om värderingen skiljer sig åt beroende på vilket sjukdomstillstånd det handlar om. Vidare är det angeläget att öka kunskapen om hur besöksformen och arbetssättet uppfattas ur professionens perspektiv.

1.1.1 Digitala vårdbesök har ökat kraftigt

I dag saknas möjlighet att ge en fullständig bild av hur användningen av digitala vårdbesök har utvecklats, eftersom den statistiken inte sammanställs nationellt. Statistik från Region Jönköpings län, där tre av de största digitala vårdgivarna har varit etablerade och tagit emot besök från hela Sverige, tyder däremot på att besöksformen har ökat kraftigt på kort tid. Siffror från Region Jönköpings län visar att antalet besök ökade från cirka 20 000 till 0,5 miljoner mellan 2016 och 2018 – det motsvarar en 25-faldig ökning (Region Jönköpings län u.å.).

I en undersökning om hur informations- och kommunikationsteknik används i Sverige framgår det att tio procent av befolkningen har använt digitala vårdbesök (Internetstiftelsen 2019). Andra studier visar på lägre siffror. I en studie från Region Jönköpings län har 3 procent av invånarna gjort digitala vårdbesök med läkare och i en studie från Region Skåne har 3,5 procent av ett urval av den vuxna befolkningen använt minst ett digitalt vårdbesök (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019, Läkartidningen 2019b).

Uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR, tidigare SKL) visar i sin tur att regionernas kostnader för digitala vårdbesök i primärvården uppgick till 263 miljoner kronor 2018, vilket motsvarar drygt en procent av de totala kostnaderna för primärvårdens allmänläkarvård (SKL 2019a). Än så länge utgör de digitala vårdbesöken alltså bara en mindre andel av de totala besöken i primärvården. Men den hittills snabba ökningen av både antalet besök och utförare kan tas som intäkt för att besöksformen och arbetssättet är här för att stanna, och att besöken sannolikt kommer fortsätta att öka. Som svar på efterfrågan och kostnadsutvecklingen har dessutom vissa regioner utvecklat egna digitala tjänster (Socialstyrelsen 2018a).

1.1.2 Digitalisering behövs för att klara framtidens utmaningar

Digitalisering och teknikutveckling i en bredare bemärkelse kommer att vara avgörande för att möta människors behov och förväntningar på sjukvården

i framtiden. Den demografiska utvecklingen, med en åldrande och alltmer heterogen befolkning innebär att allt fler individer har komplexa behov och kroniska sjukdomar. Samtidigt innebär ett ökat välbefinnande att förväntningarna och kraven på vården stiger (Vårdanalys 2014). Behovet av vårdpersonal är stort i dag och förväntas öka ytterligare (SKL 2018, Vårdanalys 2014). Eftersom huvuddelen av vården finansieras offentligt och skattekraften inte utvecklas i motsvarande takt, krävs en omstrukturering i sjukvården (SKL 2017a).

Mot den bakgrunden har regeringen och SKR tagit fram en vision om att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter 2025 (Socialdepartementet och SKL u.å.). Här skulle digitala vårdbesök som besöksform och arbetssätt kunna vara en del av lösningen, om de kan avlasta den fysiska vården och effektivisera hälso- och sjukvården (Blix och Levay 2018, Socialdepartementet och SKL u.å.).

I praktiken finns samtidigt ett behov av ökad kunskap om hur digitala vårdbesök påverkar den totala konsumtionen av primärvård. En studie från Region Jönköpings län visar att 90 procent, det vill säga majoriteten av de digitala vårdbesöken, inte har föregåtts eller följts av någon ytterligare kontakt med 1177 Vårdguiden eller ett fysiskt besök i primärvården eller på akuten (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019). Om de digitala vårdbesöken avlastar den fysiska vården går inte att bedöma med utgångspunkt i den studien. Däremot konstaterades det i en studie från Region Skåne att användare av digitala vårdbesök kontakter den fysiska primärvården oftare än andra invånare och de gör minst lika många besök på akutmottagningarna som andra (Läkartidningen 2019b).

1.1.3 Behövs fler studier av hur patienter upplever digitala vårdbesök

Tidigare studier och undersökningar visar att patienter uppskattar digitala vårdbesök och att de överlag är nöjda med sitt besök (Socialstyrelsen 2018a, Stockholms läns sjukvårdsområde 2019, Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019). Kunskapen om hur svenska patienter värderar besöksformen är däremot begränsad. Vi har bara kunnat identifiera en mindre svensk studie, där 26 användare intervjuats om sina erfarenheter av att genomföra ett digitalt vårdbesök. Studien visar att patienter värdesätter att själva kunna välja tid och plats för besöket, att de snabbt kan få kontakt med läkare och att tillgängligheten bedöms som hög. Majoriteten av de patienter som deltog i studien upplevde också att de fick hjälp med sina besvär (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019).

Andra mätningar visar däremot att befolkningen har ett jämförelsevis lågt förtroende för digitala vårdbesök. Enligt hälso- och sjukvårdsbarometern 2018 har 20 procent i befolkningen mycket eller ganska stort förtroende



för den digitala besöksformen. Det kan jämföras med att cirka 60 procent i befolkningen har stort eller mycket stort förtroende för fysiska primärvårdsmottagningar och att ungefär lika stor andel har stort eller mycket stort förtroende för 1177 Vårdguidens tjänster (Vården i siffror u.å.a, u.å.b). Eftersom vi inte vet vilken information som de svarandes förtroendenivåer baseras på, är resultaten delvis svåra att tolka. Men utifrån tidigare studier vet vi att litet förtroende sannolikt kan förklaras av att många i befolkningen ännu inte har erfarenhet av digitala vårdbesök. Utöver egna erfarenheter vet vi sedan tidigare att förtroendet kan påverkas av andras erfarenheter, medierapportering samt kunskap och information om hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2018).

1.1.4 Hur digitala vårdbesök värderas kan variera i olika befolkningsgrupper och vid olika sjukdomsbesvär

Potentiella fördelar som har lyfts med digitala vårdbesök är att de kan öka tillgängligheten i primärvården, minska smittorisken som annars är påtaglig i ett väntrum samt överbrygga socioekonomiska skillnader och funktionsvariationer. De kan också underlätta för personer som har mycket kontakter med vården och för personer som annars inte hade velat söka vård (Blix och Levay 2018, Forum för Health Policy 2018). De digitala vårdbesöken kan också ha lägre indirekta kostnader, till exempel genom lägre reskostnader per besök.

Men argumenten har även varit de omvända, där studier pekat på att digitala vårdbesök kan skapa undanträngningseffekter till förmån för vård av lättare besvär (Ashwood m.fl. 2017, Blix och Levay 2018). Detta trots att utgångspunkten ska vara prioriteringsplattformen, det vill säga att den med störst behov ska få företräde till vården (se 3 kap. 1 § HSL och bilaga 5). Studier har också visat att vissa grupper – till exempel personer med lägre digital vana, äldre, personer med funktionsvariationer eller socioekonomiskt svaga – kan ha sämre förutsättningar att genomföra ett digitalt vårdbesök (CAMTÖ 2018, Blix och Levay 2018, Socialdepartementet och SKL u.å., Forum för Health Policy 2018). Detta ställs i sin tur i ljuset av hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på att vården ska vara tillgänglig och ges på lika villkor (se 3 kap. 1 §, 5 kap. 1 § HSL och 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) (PL) samt bilaga 5). Vidare har kritik riktats mot att de digitala vårdgivarnas marknadsföring av god tillgänglighet riskerar att resultera i besök där egenvård hade varit tillräckligt (SOU 2019:42).

Mot den bakgrunden är det angeläget att undersöka om det finns skillnader mellan hur digitala vårdbesök värderas bland olika befolkningsgrupper och om den skiljer sig mellan olika sjukdomsbesvär.

1.2 DIGITALA VÅRDBESÖK — ETT SNABBT FÖRÄNDERLIGT OMRÅDE VILKET SKAPAR UTMANINGAR

Digitala vårdbesök är ett föränderligt område där både andelen besök och antalet utförare i offentlig och privat regi har expanderat snabbt. Parallellt pågår även arbete med att utveckla styrning och regelverk inom området. Dessutom ser vi att de digitala vårdgivarna etablerar sig i nya regioner (Dagens medicin 2019b, d). Ytterligare exempel som kan beskriva den snabba utvecklingen är att digitala vårdgivare har inlett samarbeten med fysiska vårdcentraler och apotekskedjor, och det blir allt vanligare att kunna söka vård hos andra yrkesgrupper än läkare (Region Jönköpings län u.å., Dagens medicin 2018, 2019a, Läkartidningen 2019a, SOU 2019:42).

Att det är ett snabbt föränderligt område åskådliggörs också genom att det pågår flera initiativ parallellt med vårt arbete. När vi färdigställde rapporten i december 2019 fanns till exempel två konkreta exempel med implikationer för utvecklingen av digitala vårdbesök. Ett konkret exempel är att utredningen Styrning för en mer jämlik vård överlämnade ett slutbetänkande under hösten 2019. Man gav bland annat förslag på hur digitala vårdbesök i primärvården bör regleras (SOU 2019:42). Mycket kortfattat föreslår utredningen en ny vårdvalsreform där möjligheten att erbjuda enstaka besök utan att patienterna är listade begränsas. Om förslagen förverkligas kommer det att innebära förändringar för digitala vårdgivare som i dag driver vård genom systemet för utomlänsvård. Bland annat kommer de inte att kunna vara etablerade i en region och erbjuda vård till hela befolkningen.

Ett annat konkret exempel är utvecklingen av 1177 Vårdguiden, som är en del av Regeringens och SKR:s arbete inom Vision e-hälsa 2025. Utvecklingen innebär delvis att invånare ska kunna beskriva sina symtom digitalt och guidas fram till egenvårdsråd eller till ett digitalt eller fysiskt vårdbesök. Även andra delar av 1177 Vårdguiden ska utvecklas, till exempel webbtidsbokning och provtagning i hemmet. Det här beskrivs som en del av arbetet för att stödja omställningen till en nära vård och att det ska öppna upp för en ökad tillgänglighet (Regeringen 2019).

En risk med att studera ett föränderligt område, är att kunskapen kan bli inaktuell. Vi ser ändå att det är betydelsefullt att relativt tidigt i utvecklingen belysa befolkningens, patienternas och professionens erfarenheter av och



uppfattning om besöksformen. Vår förhoppning är att vår rapport ska vara en viktig informationskälla i diskussionen om hur de digitala vårdbesöken kan utvecklas och inordnas i vården. Det är också viktigt att ha i åtanke att en stor del av befolkningen ännu inte har gjort ett digitalt vårdbesök och att uppfattningen om besöksformen kan variera beroende på om man har eller inte har erfarenhet. På sikt kommer dessutom sannolikt flera och nya grupper i befolkningen söka vård digitalt, vilket kan påverka framtida uppfattningar.

1.3 RAPPORTENS SYFTE OCH FRÅGOR

Flera initiativ har redan tagits för att kartlägga, analysera och bedöma betydelsen av de digitala vårdbesökens intåg i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2018b, SKL 2017b, 2019b, IVO 2019, Socialstyrelsen 2018a, SOU 2019:42). Dessa kan ses som en del i en generell kunskapsinhämtning och avser allt från att definiera begreppet digitala vårdbesök, analysera dess roll, innebörd och mätbara effekter samt att utreda hur besöksformen bör regleras och inordnas i sjukvården. Ett fåtal studier har även analyserat patienters upplevelser av digitala vårdbesök där resultat pekar på att patienter uppskattar besöksformen (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019). Vi ser ändå ett fortsatt behov av att fördjupa kunskapen om befolkningens och patienternas syn på digitala vårdbesök i stort.

Syftet med rapporten är att i vid bemärkelse undersöka befolkningens och patienternas preferenser för digitala vårdbesök i primärvården i sig och gentemot traditionella fysiska primärvårdsbesök. Närmare bestämt fokuserar vi på befolkningens och patienternas syn på digitala vårdbesök som sker genom videosamtal. I kommande avsnitt redogör vi för hur vi definierar digitala vårdbesök och hur olika digitala tjänster och kommunikationsmedel kan förstås i den här studien.

Vi studerar till exempel vilka kvalitetsaspekter som är särskilt värdefulla vid ett digitalt videobesök, om värderingen varierar utifrån olika sjukvårdsbehov, och när videobesök föredras framför ett fysiskt besök. Vår undersökning inkluderar både patienter som har använt digitala videobesök och personer i befolkningen som inte har erfarenhet av besöksformen.

Ett ytterligare syfte är att belysa vårdpersonalens uppfattning om och erfarenhet av digitala vårdbesök som besöksform och arbets sätt i primärvården. När vi studerar digitala vårdbesök ur vårdpersonalens perspektiv tar vi fasta på digitala vårdbesök ur ett bredare perspektiv som inkluderar fler kommunikationsformer. Gruppernas bilder och uppfattningar om besöksformen kan sedan relateras och jämföras. Sammantaget är målet att i ett tidigt skede i utvecklingen bidra med kunskap om hur digitala vårdbesök kan

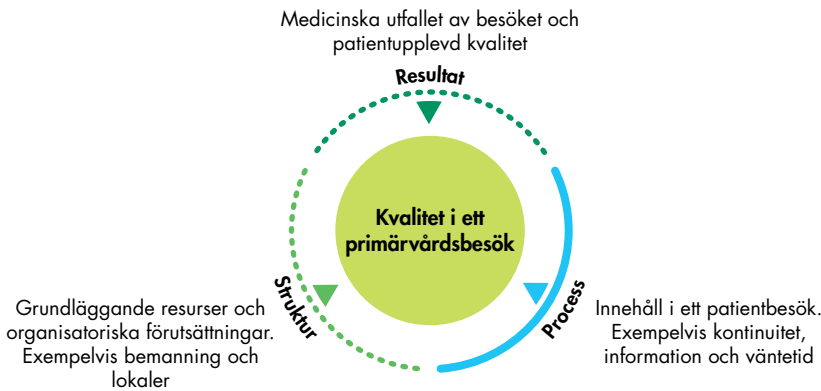
användas och utformas utifrån befolkningens och patienternas perspektiv, i samspel med professionen.

Mer konkret analyseras följande fem frågor i rapporten:

- Hur värdesätter patienter och befolkningen olika kvalitetsaspekter i det digitala videobesöket, som väntetider och kontinuitet?
- Skiljer sig värderingen av dessa kvalitetsaspekter beroende på vilket sjukdomstillstånd de svarande föreställer sig att de ska söka digital vård för?
- Hur bedömer och värderar befolkningen tillgången till digitala videobesök och fysiska vårdbesök jämfört med varandra, och beror den bedömningen på vilket sjukdomstillstånd de svarande föreställer sig att de ska söka vård för?
- Finns det skillnader i uppfattning om digitala videobesök mellan olika grupper i befolkningen?
- Vad är vårdpersonalens erfarenheter, uppfattningar och reflektioner om digitala vårdbesök?

På en övergripande nivå kan kvaliteten i ett primärvårdsbesök utvärderas utifrån tre dimensioner: struktur, process och resultat (se figur 1).

Figur 1. Tre dimensioner av kvalitet i ett primärvårdsbesök.



Källa: Donabedian (2005) och egen bearbetning.

I den här rapporten analyserar vi hur patienter och befolkning värderar ett antal processrelaterade kvalitetsaspekter (processkvalitet), det vill säga kvalitetsaspekter som tar fasta på hur besöket går till, som i sin tur kan påverka den sammantagna vårdkvaliteten och hälsoutfallet (resultatkvaliteten). Mer bestämt undersöker vi i en enkät hur befolkning och patienter värderar betydelsen av fyra kvalitetsaspekter vid ett digitalt videobesök: väntetid till



att få ett besök, vårdpersonalens tillgång till patientjournalen, vilken typ av vårdpersonal som patienten träffar och om vårdpersonalen känner patienten sedan tidigare.

Att vi väljer att fördjupa oss i hur just de här aspekterna värderas, motiveras utifrån vår förstudie som visade att de är särskilt viktiga vid valet av digital och fysisk vård. För att fastställa vilka kvalitetsaspekter som kan vara särskilt viktiga genomförde vi en litteraturstudie och en enkätundersökning. En enkät skickades till 100 personer i befolkningen och ytterligare en enkät skickades till verksamhetschefer och läkare (motiven till varför vi valde dessa kvalitetsaspekter redovisas mer utförligt i bilaga 2).

1.4 VÅR DEFINITION AV DIGITALA VÅRDBESÖK OCH DIGITALA VIDEOBESÖK

I dag saknas en allmänt vedertagen definition av begreppet digitalt vårdbesök. Vi har ändå valt att utgå från Socialstyrelsens (2018a) tidigare definitionsarbete, där begreppet digitala vårdtjänster definieras så här:

Hälso- och sjukvård som sker genom digital distanskontakt, det vill säga genom någon form av digital kommunikation där en identifierad patient och hälso- och sjukvårdspersonalen är rumsligt åtskilda.

I den här rapporten använder vi begreppet digitala vårdbesök i stället för digitala vårdtjänster. Det finns också snarlika begrepp som kan användas i till exempel andra rapporter. Några av dessa begrepp är digitala vårdmöten, digitala vårdkontakter, distanskontakter och digital konsultation.

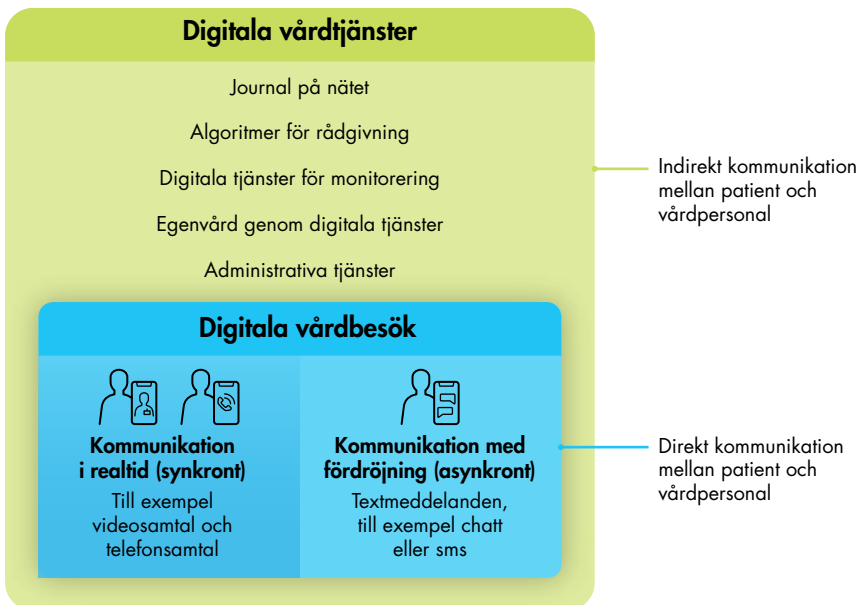
I vissa delar av rapporten fokuserar vi ensidigt på digitala vårdbesök generellt och i andra delar på digitala vårdbesök som sker genom video. Delarna av rapporten som handlar om befolkningsundersökningen är i huvudsak koncentrerade på just videobesök. Det här innebär att vi i vissa delar av rapporten nästan genomgående talar om det bredare begreppet digitala vårdbesök, och i andra delar digitala vårdbesök som sker genom videosamtal. I våra slutsatser och rekommendationer hänvisar vi till resultat som både är fokuserade på videobesök och på digitala vårdbesök.

I figur 2 beskriver vi vad vi menar med digitala vårdbesök och hur det kan jämföras med andra digitala vårdtjänster. Syftet med figuren är att tydliggöra vilken form av digital vårdtjänst som ligger till fokus för den här rapporten och bör inte tolkas som en heltäckande bild av den digitala utvecklingen. Vi

betraktar digitala vårdtjänster som ett samlingsbegrepp för vårdtjänster som används av patienter inom ramen för sin vård, men där kommunikation mellan patient och vårdpersonal kan vara både direkt eller indirekt. Därmed ser vi digitala vårdbesök med direkt kommunikation mellan patient och vårdpersonal som en delmängd av digitala vårdtjänster. Några exempel på digitala tjänster är hemmonitorering, egenvård och algoritmer för rådgivning, se figur 2. Exempel på hemmonitorering är mätning av hälsodata som eventuellt kan delas med andra, som vårdpersonal eller anhöriga (SKL m.fl. 2019).

Figur 2 illustrerar att digitala vårdbesök är en delmängd av det bredare begreppet digitala vårdtjänster och att besöken kan ske med olika tillvägagångssätt. Begreppet digitala vårdbesök inkluderar digitala kommunikationsformer som kan äga rum både i realtid (synkront) och med fördröjning (asynkront). Kontakten kan antingen ske via till exempel videosamtal, telefon eller sms, men gemensamt för alla former är att de syftar till att ersätta eller motsvara ett traditionellt primärvårdsbesök. Utgångspunkten är att vårdpersonalen i samband med kontakten gör en medicinsk eller psykiatrisk bedömning samt fattar beslut om behandling eller hänvisning till egenvård, ändring av pågående behandling eller behov av ytterligare utredning för en identifierad patient.

Figur 2. Digitala vårdbesök som en delmängd av digitala vårdtjänster.



I begreppet digitala vårdbesök inkluderas inte när patienten genomför ett traditionellt fysiskt besök och inte heller när hälso- och sjukvårdspersonal konsulterar annan hälso- och sjukvårdspersonal via distanskontakter.

I den här rapporten tittar vi inte heller på mobilapplikationer eller andra initiativ som primärt syftar till att stärka patientens förmåga till egenvård och som inte inkluderar någon digital kommunikation mellan vårdpersonal och patient. Dessutom exkluderar vi även information genom digitala kanaler, som rådgivningstexter eller telefonrådgivning från 1177 Vårdguiden. Vi inkluderar inte heller algoritmer som ger råd till patienten utan att bedömas av hälso- och sjukvårdspersonal eller andra distanskontakter där patienten förblir anonym och bara kan ställa frågor anonymt. Slutligen fokuserar vi inte på digitala hjälpmedel i form av algoritmer som riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal.

1.5 RAPPORTENS FOKUS INNEBÄR AVGRÄNSNINGAR

Vi har valt att studera digitala vårdbesök och i vissa delar med särskilt fokus på videobesök. Alltså omfattas bara en delmängd av digitaliseringen i hälso- och sjukvården. Digitalisering är i praktiken ett brett begrepp och innefattar både mer genomgripande systemförändringar och nya konkreta sätt att bedriva vård och omsorg på. I dess enklaste form kan det handla om sms-påminnelser för bokade besök eller medicinering. Det kan även handla om utveckling av konkreta verktyg som robotteknik för kirurgi eller nya arbetssätt, till exempel analys av big data, diagnossättning och triagering med hjälp av artificiell intelligens eller vårdbesök på distans. På systemnivå kan det exempelvis röra etablering av infrastruktur för att dela information, till exempel via elektroniska journaler.

Huvudfokus för den här rapporten är att studera befolkningens värdering av digitala vårdbesök med fokus på videobesök i primärvården jämfört med fysisk primärvård. Vi belyser därmed inte effekten av digitala vårdbesök i ett systemperspektiv. Till exempel studerar vi inte hur introduktionen av digitala vårdbesök påverkar den fysiska vårdkonsumtionen eller under vilka förutsättningar digitala vårdbesök är en kostnadseffektiv besöksform. Vi ser inte heller till hur digitala vårdbesök påverkar vårdens samlade kvalitet för patienter i primärvården. Andra aktuella frågor som inte behandlas relaterar till hur besöks- och arbetsformen bör ersättas, vilka triageringsmodeller som är effektiva och hur marknadsföringen av digitala vårdtjänster bör ske.

Några av dessa frågor kommer vi ändå att närma oss i Vårdanalys kommande arbete om digitala vårdbesök. Här är avsikten att bland annat

analysera användandet av digital vård och studera vilka konsekvenser digitala vårdbesök mer övergripande har på primärvårdens jämlikhet och effektivitet. Ett ytterligare närliggande arbete är vår pågående belysning av hur befolkningen värderar olika aspekter av kontinuitet i primärvården.

1.6 BRED METODANSATS FÖR ATT SVARA PÅ RAPPORTENS FRÅGOR

Utifrån våra frågor genomförs flera delstudier, som är kopplade till rapportens kapitelstruktur. I figur 3 ger vi en övergripande bild av detta.

I kapitel 2 beskriver vi utvecklingen av den digitala vårdkonsumtionen baserat på besöksstatistik. Kapitel 3, 4 och 5 fokuserar sedan på frågor om befolkningens och patienters uppfattning om digitala videobesök i primärvården. Huvudansatsen består i en befolkningsenkät med syftet att studera hur befolkningen och patienter värderar digitala videobesök och fysiska vårdbesök i primärvården.

Kapitel 6 fokuserar på vårdpersonalens perspektiv. Vi redogör för svaren från en enkät riktad till primärvårdsläkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar. Genom enkäten tar vi reda på läkarnas erfarenheter av och uppfattning om digitala vårdbesök. Vi sammanfattar också huvuddragen från en gruppintervju med sjuksköterskor och läkare.

Baserat på resultaten från våra delstudier presenterar vi slutligen våra slutsatser och rekommendationer i kapitel 7.



Figur 3. Rapporten bygger på tre delavsnitt med olika metodval. Den här figuren visar övergripande rapportens delavsnitt och vilka metoder de olika kapitlen baseras på.

Kapitel	Metod	
2 Digital vårdkonsumtion över tid	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sammanställning av befintlig statistik ▶ Litteraturgenomgång 	Bakgrund och utveckling av digitala vårdbesök
3 Vår befolkningsenkät och litteraturgenomgång	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kort introduktion till metodval för befolkningsenkäten ▶ Litteraturgenomgång 	Befolkningens och patienters syn på digitala videobesök
4 Erfarenheter och åsikter om fysisk och digital primärvård	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Beskrivande statistik från befolkningsenkäten 	
5 Vad tycker befolkningen och patienterna om videobesök?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Resultat från regressionsanalys med data från befolkningsenkäten 	
6 Vårdpersonalens syn på digitala vårdbesök	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enkätundersökning till läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar ▶ Gruppintervju 	Vårdpersonalens syn på digitala vårdbesök
▼		
7 Slutsatser och rekommendationer		



Digital vårdkonsumtion över tid

Vi inleder det här kapitlet med en sammanfattad beskrivning av hur ett digitalt vårdbesök går till. Sedan ger vi en bild av hur konsumtionen av digitala vårdbesök har utvecklats över tid och hur besöksmönstret ser ut. I den mån det är möjligt jämför vi statistiken med uppgifter från den traditionella fysiska primärvården där patient och vårdpersonal möts på en vårdcentral. Vi jämför även statistiken med kunskap från internationella studier på området. Bilaga 1 beskriver hur vi har gått tillväga för att hitta relevanta studier.

Utifrån kapitlet konstaterar vi följande:

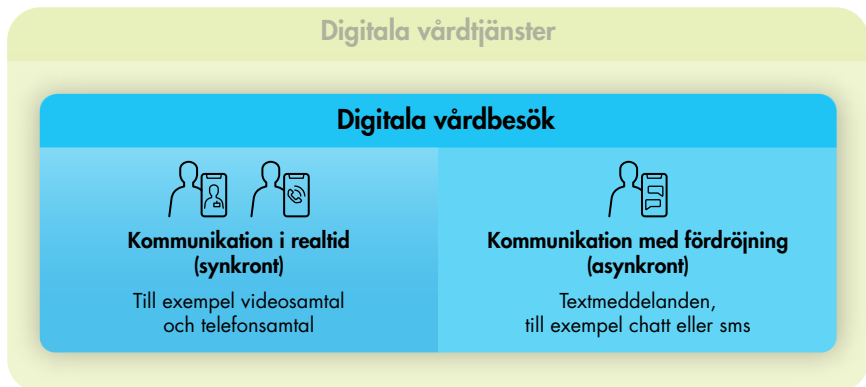
- Antalet digitala vårdbesök ökar markant, men de står fortfarande för en mindre del av den totala verksamheten i primärvården.
- Yngre är överrepresenterade i besöksstatistiken, medan äldre konsumerar lite digital vård i förhållande till gruppens storlek i befolkningen.
- Kvinnor gör fler digitala vårdbesök än män i alla åldrar förutom bland de yngsta barnen. Samma mönster kan vi se i den fysiska primärvården enligt en tidigare rapport från Vårdanalys.
- 40 procent av de digitala vårdbesöken gjordes av patienter från Region Stockholm, följt av patienter från Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Även om man ser till folkmängd genomförs flest besök i dessa regioner, men då tillkommer även Region Uppsala.
- Merparten av de digitala vårdbesöken sker med läkare.



2.1 FOKUS PÅ DIGITALA VÅRDBESÖK I REALTID OCH MED FÖRDRÖJNING I KAPITEL 2

I det här kapitlet fokuserar vi på digitala vårdbesök som kan ske i realtid eller med fördröjning, se figur 4. Detta gäller både när vi presenterar besöksstatistik och när vi sammanfattar resultat från internationella studier.

Figur 4. Fokus på digitala vårdbesök i realtid och med fördröjning i kapitel 2.



2.2 SÅ HÄR FUNGERAR ETT DIGITALT VÅRDBESÖK

Patientlagens införande möjliggjorde för patienter att söka öppenvård i andra regioner än sin hemregion. Det har lagt grunden för den snabba utvecklingen av digitala vårdbesök som i dag bedrivs av både privata och offentliga aktörer. Digitala vårdbesök fungerar till viss del olika, men det finns många gemensamma nämnare. Det här avsnittet beskriver kort hur digitala besök går till.

2.2.1 Lagändring möjliggjorde digitala vårdbesök över regiongränser

När patientlagen infördes blev det möjligt för personer att välja utförare av offentligt finansierad öppenvård både inom den egna hemregionen och i andra regioner (9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) (PL) se även bilaga 5). I samband med detta har även vårdgivare som erbjuder digitala vårdbesök ökat markant (Vårdanalys 2017a). Det finns i dag flera vårdgivare, både privata och offentliga aktörer, som erbjuder digitala vårdbesök (Socialstyrelsen 2018a). Genom systemet för utomlänsvård kan aktörer som bedriver digital vård ta emot patienter från hela landet (Vårdanalys 2017a). De privata digitala

aktörerna kan ta del av den offentliga finansieringen genom att de upprättar ett direktavtal med en region eller verkar som underleverantör åt en befintlig vårdcentral (IVO 2018).

2.2.2 Så här fungerar ett digitalt vårdbesök i korthet

Ett digitalt vårdbesök kan gå till på lite olika sätt beroende på vilken typ av tjänst som används, men i stort fungerar tjänsterna på liknande sätt. Sammanfattat innebär ett digitalt vårdbesök att en patient antingen går in via en webbplats eller laddar ner en mobilapplikation och skapar ett konto som kopplas till personens bank-id. Patienten fyller i bakgrundsinformation om sig själv eller sitt barn och svarar på frågor om symtom och besvär. Ofta triageras patienten till rätt vårdpersonal, egenvårdsråd eller blir hänvisad till ett fysiskt vårdbesök om det behövs med hjälp av ett digitalt beslutsstöd eller artificiell intelligens. Mötet mellan patienten och vårdpersonalen kan sedan ske genom videosamtal eller chatt med eventuellt kompletterande bilder (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019, SOU 2019:42).

Spridningen är bred när det gäller vilka diagnoser som hanteras i den digitala vården. En tidigare kartläggning visar att de tio vanligaste diagnoserna motsvarar 20 procent av det totala antalet diagnoser. De tre vanligaste diagnoserna är akut övre luftvägsinfektion, icke-specifierade hudutslag och hosta. De tio vanligaste besöken i ett digitalt vårdbesök skiljer sig från de tio vanligaste diagnoserna i ett fysiskt primärvårdsbesök som sker inom ramen för jourverksamheten. Till exempel är sårskada, yttlig skada eller annan skada bland de tio vanligaste diagnoserna vid jourcentraler, men inte vid digitala vårdbesök (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019).

Flera av de digitala vårdgivarna är öppna dygnet runt eller har längre öppettider jämfört med de fysiska vårdcentralerna. En genomgång av besöksmönstret visar däremot att besöken främst sker under kontorstid och att de är relativt jämt fördelade över veckans dagar, inklusive helgen (Socialstyrelsen 2018a).

2.3 KONSUMTIONEN AV DIGITALA VÅRDBESÖK HAR ÖKAT SNABBT PÅ KORT TID

Antalet digitala vårdbesök har ökat snabbt sedan de introducerades under hösten 2016. Baserat på statistik från digitala vårdgivare som var registrerade i Region Jönköpings län under perioden 2016–2018 genomfördes 20 876 digitala vårdbesök under 2016. Under 2018 genomfördes 532 017 digitala



vårdbesök, det vill säga en nästintill 25-faldig ökning. I faktarutan nedan beskriver vi varför vi enbart använder statistik från Region Jönköpings län.

De digitala utomlänskontakterna som del av den samlade verksamheten i primärvården var 2017 1,6 procent (IVO 2018). Under 2018 stod besöken hos allmänläkare i primärvården som skedde genom privata digitala utomlänskontakter för 4,6 procent av den totala konsumtionen i primärvården (SKL 2019b). Det visar att det framför allt under 2018 skett en markant ökning av antalet digitala vårdbesök.

Varför använder vi enbart statistik från Region Jönköpings län?

För att sammanställa information om hur användningen av digitala vårdbesök har utvecklats över tid har vi använt statistik från vårdgivare som erbjöd digital vård med bas i Region Jönköpings län. Några av vårdgivarna som erbjöd digitala vårdbesök genom systemet för utomlänsvård hade avtal genom Region Jönköpings län under 2016–2018 (Socialstyrelsen 2018a, Dagens medicin 2019c). Statistiken omfattar information om digitala vårdbesök som sker med patienter från hela Sverige. Vår uppfattning är att en majoritet av de digitala vårdbesöken skedde genom Region Jönköpings län under 2016–2018, eftersom digitala vårdgivare med ett stort antal vårdbesök hade sin bas i Region Jönköpings län under den studerade perioden (Läkartidningen 2019a, c).

2.4 YNGRE ANVÄNDER DIGITALA VÅRDBESÖK MER ÄN ÄLDRE

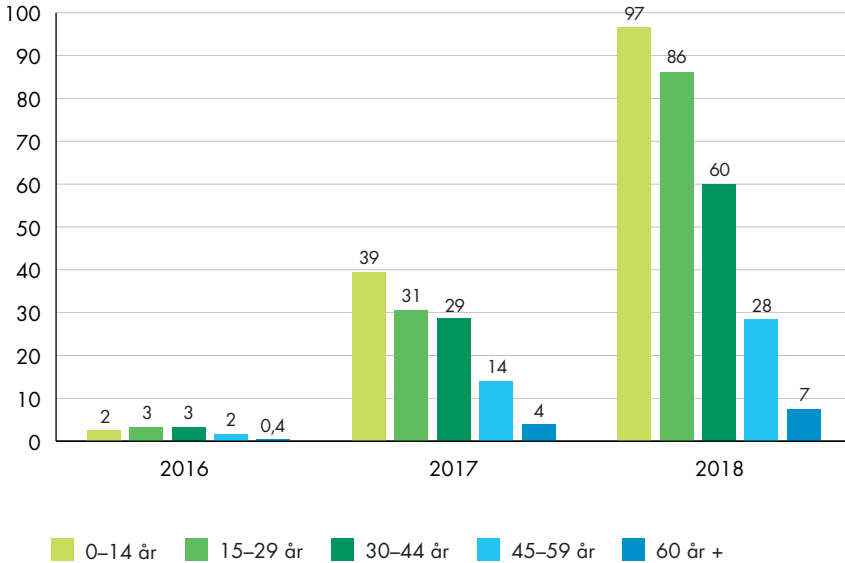
Yngre personer är överrepresenterade bland de digitala vårdkonsumenterna. Internationella studier visar däremot på varierande konsumtionsmönster, där även äldre grupper kan svara för störst del av användningen av digitala vårdbesök.

2.4.1 De allra yngsta gör flest digitala vårdbesök

Med utgångspunkt i statistiken från Region Jönköpings län är det möjligt att få en bild av vilka åldersgrupper som genomför digitala vårdbesök och om det finns skillnader mellan åldersgrupper. Som figur 5 visar genomfördes 97 besök per 1 000 invånare i gruppen 0–14 åringar. Majoriteten av dessa besök sker bland de allra yngsta barnen i åldrarna 0–4 år. Även personer i åldrarna 15–29 år genomför relativt många besök. Antalet digitala vårdbesök för respektive åldersgrupp minskar sedan stadigt, se figur 5.

Figur 5. Antal digitala vårdbesök per 1 000 invånare och åldersklass under 2016–2018.

Antal digitala vårdbesök per 1 000 invånare



Not. Baserat på egen databearbetning.

Källa: Region Jönköpings län (u.å.), ej publicerade data. Befolkningsstatistiken är hämtad från SCB för december 2018.

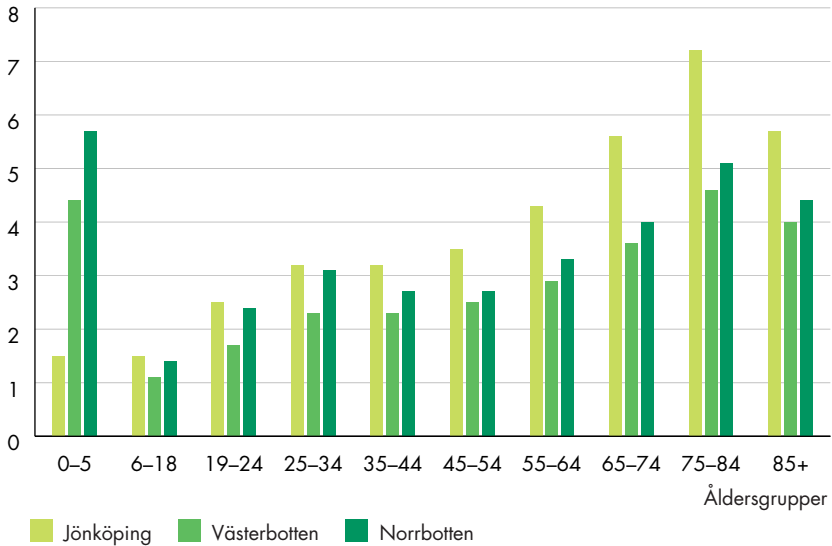
Konsumtionen av digitala vårdbesök bland personer i den äldsta åldersgruppen är låg jämfört med övriga åldersgrupper. Bland personer över 60 år uppgick antalet besök till 7 per 1 000 invånare 2018. Om konsumtionsmönstret som illustreras i figur 5 jämförs med uppgifter om genomförda fysiska primärvårdsbesök framkommer tydliga skillnader i konsumtion mellan besöksformerna för de äldre patienterna. Till exempel framgår det i tidigare studier av Vårdanalys (2017a) att den fysiska vårdkonsumtionen i primärvården är hög bland äldre (se figur 6) medan resultatet i figur 5 visar på det omvända för digitala vårdbesök.

När det gäller barn verkar däremot konsumtionen av digitala och fysiska vårdbesök följa samma mönster, se figur 6. Enligt Vårdanalys (2017a) tidigare studie besöker barn i de yngsta åldrarna den fysiska primärvården i högre utsträckning jämfört med äldre barn och tonåringar, ett mönster som liknar användningen av digitala vårdbesök.



Figur 6. Konsumtion av fysisk primärvård i tre regioner.

Antal fysiska vårdbesök per invånare



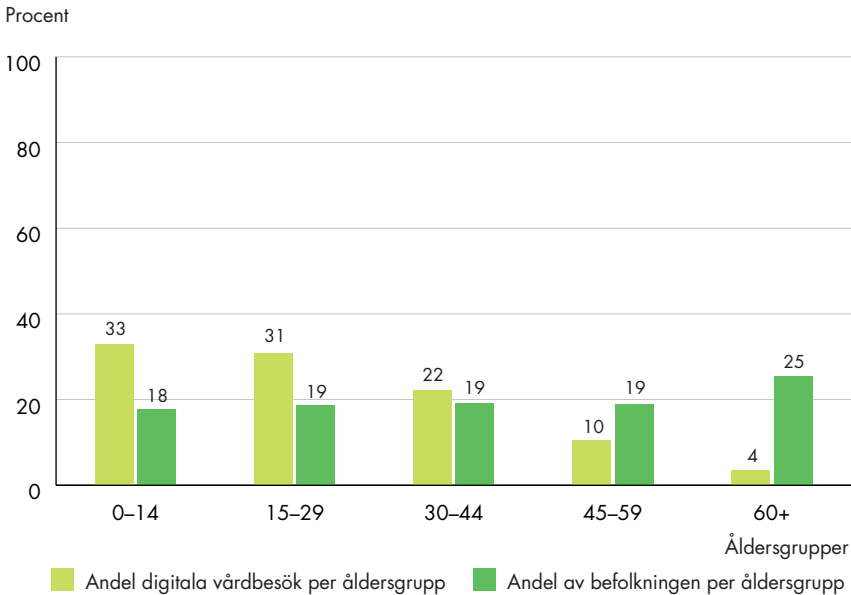
Not. För Jönköping saknas barnhälsovården i primärvårdsstatistiken, vilket innebär att siffrorna för primärvårds-konsumtion är underskattade i åldersgruppen 0-5 år.

Källa: Baserat på uppgifter från Vårdanalys (2017a). Uppgifterna om primärvårdskonsumtion kommer från Jönköping, Västerbotten och Norrbotten 2015.

2.4.2 Konsumtion av digitala vårdbesök jämfört med befolkningsstorleken i olika åldersgrupper

I jämförelse med åldersgruppernas befolkningsstorlek är äldre under-representerade bland de digitala vårdkonsumenterna. Inte mer än 4 procent av de digitala vårdbesöken gjordes av personer som är 60 år och äldre under 2018, samtidigt som gruppen representerar 25 procent av befolkningen som helhet, se figur 7. Även 45-59 åringarna genomför en mindre andel av de digitala vårdbesöken jämfört med gruppens storlek i befolkningen som helhet.

När det i stället gäller åldersgrupperna 0-44 svarar de för en större andel digitala vårdbesök jämfört med gruppernas andel i befolkningen.

Figur 7. Andel digitala vårdbesök jämfört med befolkningen i olika åldersgrupper 2018.

Not. Baserat på egen databearbetning.

Källa: Region Jönköpings län (u.å.), ej publicerade data. Befolkningsstatistiken är hämtad från SCB och anger befolkningsandel 31 december 2018.

2.4.3 Internationella studier visar blandade resultat för ålder och digital vårdkonsumtion

Vi har identifierat åtta internationella studier som med varierande tillvägagångsätt har studerat om användningen av digitala vårdbesök med olika kommunikationsmedel skiljer sig mellan åldersgrupper. Hälften av studierna finner precis som vi stöd för att yngre tenderar att använda digitala tjänster mer än äldre (Mehrotra m.fl. 2013, Jung och Padman 2014, McGrail m.fl. 2017, Newhouse m.fl. 2015). Till exempel visar en studie som undersöker konsumtionen av en asynkron tjänst i primärvården att sannolikheten för att använda tjänsten minskar ju äldre patienterna blir (Jung och Padman 2014). Mehrotra m.fl. (2013) studerar konsumtionen av digitala vårdbesök bland patienter som sökte vård för bihåleinflammation och urinvägsinfektion. Studien visar att äldre patienter var mindre benägna att söka digital vård jämfört med de yngre åldersgrupperna.

Tvärtom visar Gonzalez m.fl. (2018) som studerar utnyttjandet av en tjänst där vårdbesök hålls via telefonsamtal bland personer över 15 år att



konsumtionen är högre bland äldre. Studien visar att andelen telefonkonsultationer i förhållande till samtliga konsultationer i primärvården, både fysiska och via telefon, var högre bland äldre personer.

Två av studierna visar i stället att andelen genomförda digitala besök varierar mellan åldersgrupper (Edwards m.fl. 2017, Martinez m.fl. 2018). Edwards m.fl. (2017) presenterar hur användningen av en asynkron tjänst i primärvården varierar mellan åldersgrupper. Resultatet presenteras däremot inte i förhållande till åldersfördelningen i befolkningen. Liknande situation gäller för Martinez m.fl. (2018) som studerar användningen av videobesök. Åldersgrupperna är inte direkt jämförbara och inte heller relaterade till åldersfördelningen i befolkningen. Kontos m.fl. (2014) visar resultat som verkar peka på att sannolikheten att kommunicera med läkare via till exempel mejl är lägre bland yngre åldersgrupper jämfört med äldre över 65 år. Det framgår däremot inte om resultaten är statistiskt säkerställda.

I de flesta av studierna ingick personer från tonåren och uppåt. I två av studierna ingick barn från 0 år. Av dessa konstaterade McGrail m.fl. (2017) att yngre personer var mer benägna att genomföra digitala vårdbesök och Martinez m.fl. (2018) fann inte något tydligt besöksmönster mellan åldersgrupperna.

2.5 KVINNOR GENOMFÖR FLER DIGITALA VÅRDBESÖK ÄN MÄN

Kvinnor har gjort flest digitala vårdbesök under perioden 2016–2018. Mönstret stämmer överens med internationella studier som visar att kvinnor är mer benägna att göra digitala vårdbesök.

2.5.1 Kvinnor vänder sig till digitala vårdgivare mer än män

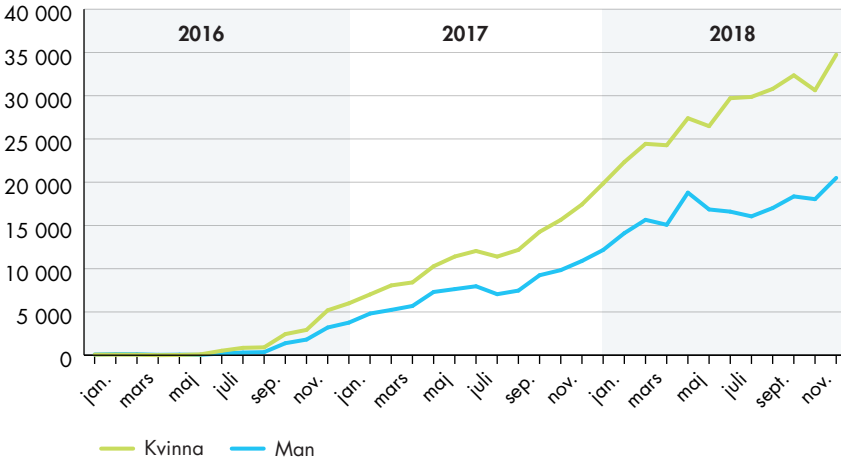
Statistik från Region Jönköpings län visar att kvinnor genomför fler digitala vårdbesök än män, se figur 8. Under de första månaderna 2016 var män den största konsumentgruppen, men sedan dess har de flesta vårdbesöken gjorts av kvinnor. Även sett till antalet digitala vårdbesök per 1 000 invånare har gruppen kvinnor gjort fler besök under 2016, 2017 och 2018, se figur 9.

Tidigare undersökningar visar att digitala vårdbesök i större utsträckning genomförs bland pojkar 0–9 år jämfört med flickor i samma åldersgrupp, men skillnaden är liten. För digitala vårdbesökare över 10 år ändras relationen och bland besökare mellan 20 och 39 år är det betydligt fler kvinnor än män som genomför digitala vårdbesök (Socialstyrelsen 2018a).

Liknande mönster går att urskilja i den fysiska vården, där kvinnor generellt besöker primärvården mer än män (Vårdanalys 2017a).

Figur 8. Digital vårdkonsumtion fördelat på kvinnor och män under åren 2016–2018.

Antal digitala vårdbesök

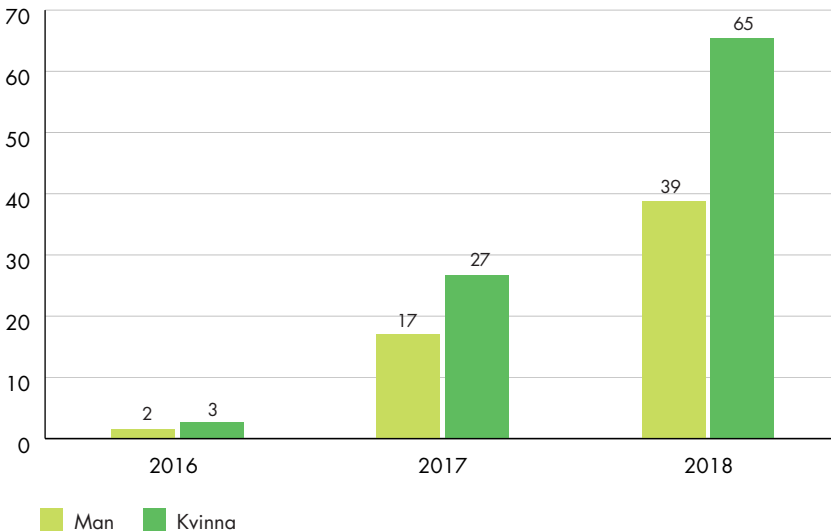


Not. Baserat på egen databearbetning.

Källa: Region Jönköpings län (u.å.), ej publicerade data.

Figur 9. Antal digitala vårdbesök per 1 000 invånare och kön under 2016–2018.

Antal digitala vårdbesök per 1 000 invånare



Not. Baserat på egen databearbetning.

Källa: Region Jönköpings län (u.å.), ej publicerade data. Befolkningsstatistiken är hämtad från SCB och anger befolkningsmängd 31 december 2016, 2017 och 2018.



2.5.2 I sju av åtta studier gör kvinnor mer digitala vårdbesök än män

De identifierade artiklarna som undersöker användningen av digitala vårdbesök i andra länder visar att kvinnor använder digitala vårdbesök mer än män. Av de åtta artiklarna som ingick i vår litteraturstudie finner sju stöd för att kvinnor är mest benägna att söka vård digitalt (Mehrotra m.fl. 2013, Edwards m.fl. 2017, Jung och Padman 2014, McGrail m.fl. 2017, Kontos m.fl. 2014, Gonzalez m.fl. 2018, Martinez m.fl. 2018). McGrail m.fl. (2017) visar till exempel att kvinnor har genomfört en större andel digitala vårdbesök jämfört med män. I samma studie undersöker de dessutom om det finns skillnader mellan patienter som gör ett digitalt vårdbesök med en läkare de träffat tidigare eller med en ny läkare. Resultatet visar på obefintliga skillnader mellan könen.

Bara en studie visar det omvända resultatet där män i större utsträckning har skickat eller tagit emot mejl från sin läkare, sjuksköterska eller från sjukvårdsorganisationen (Newhouse m.fl. 2015).

2.6 FLEST DIGITALA VÅRDBESÖK I DE TRE MEST TÄTBEFOLKADE LÄNEN

Flest digitala vårdbesök registrerades i de mest tätbefolkade länen under 2018. Skillnaderna kan bero på olika faktorer, till exempel demografiska skillnader mellan regionerna eller att tillgängligheten till traditionell fysisk vård varierar mellan regionerna. Bland studierna som ingår i vår genomgång av internationell litteratur ingår tre artiklar som studerar om det finns geografiska skillnader i användandet av digitala vårdbesök. En av studierna finner att längre avstånd till en vårdmottagning resulterar i högre användning av en digital asynkron tjänst.

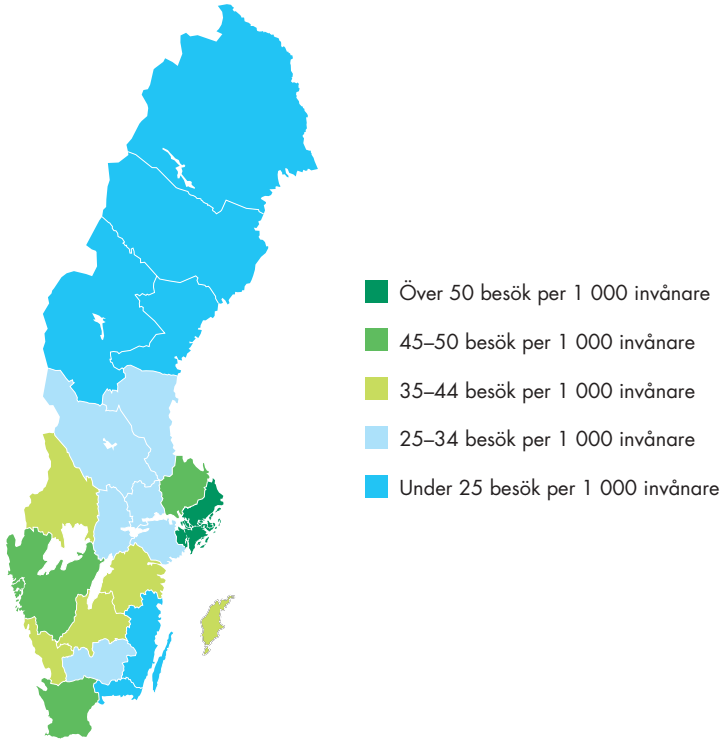
2.6.1 Flest digitala vårdbesök i Stockholm

Majoriteten av de digitala vårdbesöken 2018 genomfördes av patienter i de tre mest tätbefolkade länen. Patienter som tillhör Region Stockholm genomförde 41 procent av de digitala vårdbesöken 2016–2018. Patienter som tillhör Västra Götaland och Skåne svarade för 16 respektive 13 procent av de digitala vårdbesöken.

Sett till folkmängd genomfördes flest digitala vårdbesök bland patienter i dessa tre regioner samt i Region Uppsala, se figur 10. I Region Stockholm genomfördes 90 digitala vårdbesök per 1 000 invånare, medan antalet vårdbesök i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Uppsala var 49, 47 respektive 48 besök per 1 000 invånare. Minst antal besök registrerades

i Norrbotten och Västerbotten. Där genomfördes 22 respektive 20 besök per 1 000 invånare. Värt att notera är att det i flera regioner finns andra former av digitala vårdbesök som kan användas av regionernas invånare, men som däremot inte ingår i besöksstatistiken från Region Jönköpings län.

Figur 10. De digitala vårdbesökens fördelning geografiskt 2018 (besök per 1 000 invånare i samtliga regioner).



Not. Baserat på egen databearbetning.

Källa: Region Jönköpings län (u.å.), ej publicerade data. Befolkningsstatistiken är hämtad från SCB för december 2018.

Flera orsaker till skillnader mellan regioner

Det finns flera möjliga förklaringar till skillnaderna i antalet registrerade digitala vårdbesök mellan regionerna. Varierande grad av tillgänglighet, som väntetider till den fysiska primärvården och reseavstånd till närmaste vårdcentral samt hur bemanningssituationen ser ut, är några exempel på faktorer som skulle kunna påverka konsumtionen av digitala vårdbesök. God tillgänglighet är särskilt reglerat i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, där det bland annat ingår som en av flera beståndsdelar i god vård (se 5 kap. 1 HSL och 2 kap. 1 § PL och bilaga 5). I vilken utsträckning de digitala vårdgivarna

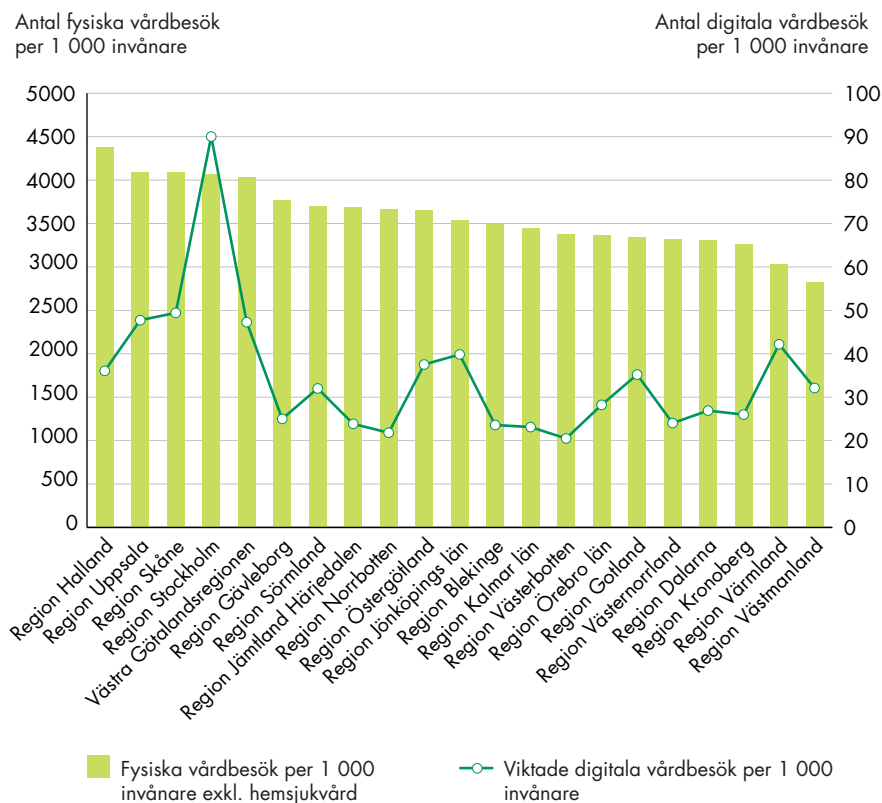


har marknadsfört deras vårdtjänster i respektive region skulle också kunna förklara att konsumtionen varierar.

Vi ser även att användningen av digitala vårdbesök är ojämnt fördelat mellan åldersgrupper. Skillnader i regionernas demografi kan därför vara en förklaring till att antalet digitala vårdbesök skiljer sig mellan regioner. Regioner med större andel äldre borde genom detta resonemang ha färre invånare som genomfört ett digitalt vårdbesök.

En annan faktor som skulle kunna förklara att antalet digitala vårdbesök skiljer sig mellan regionerna är att även antalet fysiska vårdbesök kan variera. I figur 11 presenteras information om dels antalet fysiska vårdbesök per 1 000 invånare i regionerna, dels antalet digitala vårdbesök per 1 000 invånare i regionerna. Den vänstra axeln visar antalet fysiska vårdbesök per 1 000 invånare och den högra axeln visar antalet digitala vårdbesök per 1 000 invånare. Som figuren visar verkar det däremot inte nödvändigtvis finnas någon tydlig relation mellan hur många fysiska och digitala vårdbesök som genomförs i regionerna.

Figur 11. Antal digitala vårdbesök och antal fysiska vårdbesök per 1 000 invånare.



Not. Baserat på egen databearbetning.

Källa: Region Jönköpings län (u.ä.-a), ej publicerade data och SKL (2019c).

2.6.2 Inget tydligt mönster mellan avstånd och digital vårdkonsumtion

Bland de artiklar som identifierades inom ramen för vår litteraturgenomgång av internationell litteratur studerades patienternas geografiska hemvist i tre studier. Mehrotra m.fl. (2013) finner stöd för att det är större sannolikhet att patienter som har längre reseavstånd till närmaste vårdmottagning söker vård hos en digital asynkron tjänst.

McGrail m.fl. (2017) och Martinez m.fl. (2018) undersöker om användningen av digitala vårdbesök varierar mellan personer från olika geografiska platser. De konstaterar att användningen av digitala vårdbesök varierar mellan regioner och geografiska områden. Det är dock svårt att utifrån studierna jämföra resultaten med svenska förhållanden.

2.7 FLEST DIGITALA VÅRDBESÖK SKER MED LÄKARE

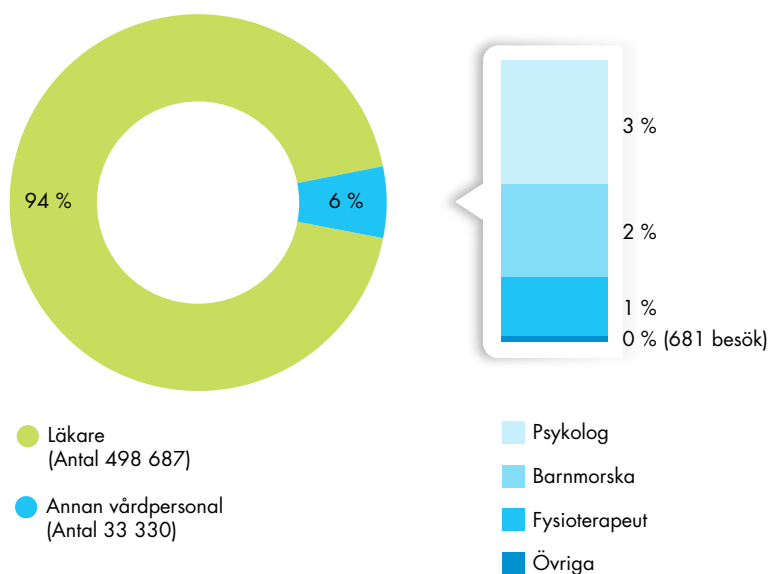
Statistiken visar att merparten av de digitala vårdbesöken har genomförts med läkare. Som figur 12 illustrerar svarade andelen läkarbesök för 94 procent av samtliga besök 2018. Utöver läkarbesök genomfördes även digitala besök hos till exempel psykolog, barnmorska och fysioterapeut.

Sett över tid har det däremot blivit vanligare att digitala vårdbesök genomförs med annan vårdpersonal än läkare. Fram till mitten av 2017 visar besöksstatistiken att de digitala vårdbesöken genomfördes nästan uteslutande med läkare. Därefter har andra vårdpersonalskategorier introducerats i de digitala vårdbesöken. Det är framför allt besök med psykolog, barnmorska och fysioterapeut som har ökat snabbare än andra vårdpersonalskategorier (Region Jönköpings län u.å.).

Jämfört med fysiska mottagningsbesök i primärvården är det betydligt vanligare med läkarbesök i den digitala vården, se figur 13. Till exempel genomfördes 34 procent av de fysiska mottagningsbesöken i primärvården 2018 med en läkare. Nästan lika stor andel av besöken skedde med en sjuksköterska och 20 procent av besöken med en fysioterapeut. Mindre än 2 procent av besöken skedde med barnmorska, undersköterska, psykolog och kurator (SKL 2019c). En tydlig skillnad mellan de fysiska och digitala vårdbesöken är alltså att de digitala besöken i högre utsträckning sker med läkare och en större del av de fysiska besöken sker med sjuksköterska. Samtidigt finns det en skillnad mellan vilka behov som kan tillgodoses i digitala och fysiska vårdbesök som delvis kan påverka vilken vårdpersonal patienterna träffar.



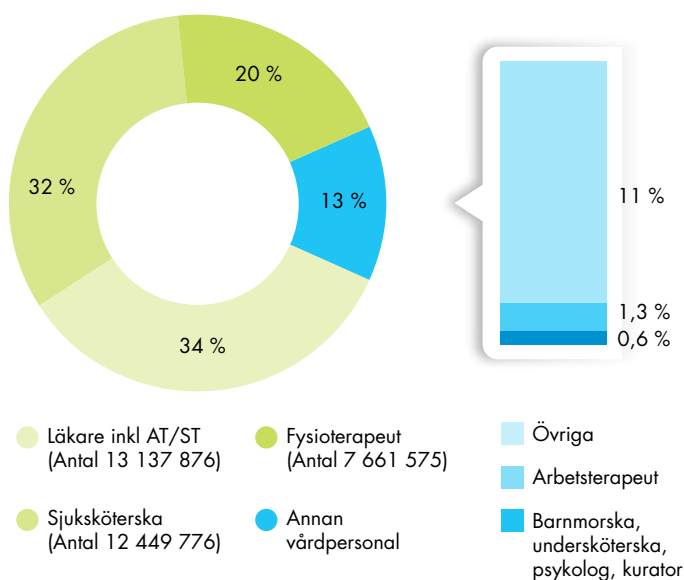
Figur 12. Digitala vårdbesök fördelat efter yrkesgrupp, information från 2018.



Not. I övriga ingår följande professioner: arbetsterapeut (25 besök), kurator (355 besök), sjuksköterska (273 besök), undersköterska (17 besök) och besök som registrerats under kategorin övrigt (11 besök).

Källa: Region Jönköpings län (u.å.), ej publicerade data.

Figur 13. Fysiska vårdbesök fördelat efter yrkesgrupp, information från 2018.



Not. Besök med barnmorska, undersköterska, psykolog och kurator motsvarar färre än 1 procent av det totala antalet besök. Dessa personalkategorier registreras däremot bara av två regioner. Vilka personalkategorier som ingår i yrkesgruppen övrigt är inte specificerat. I uppgifterna ingår inte besök för dagsjukvård, hembesök eller hemsjukvårdsbesök.

Källa: SKL (2019c).

2.8 SOCIOEKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR OCH ANVÄNDNING AV DIGITALA VÅRDBESÖK

Sex av åtta artiklar i vår litteraturstudie som omfattar internationell forskning berör om personer med olika socioekonomiska förutsättningar konsumerar digitala vårdtjänster i olika utsträckning. Kontos m.fl. (2014) och Newhouse m.fl. (2015) finner båda stöd för att personer med högre utbildning använde digitala asynkrona vårdtjänster i större utsträckning än personer med lägre utbildning. Newhouse m.fl. (2015) visar också att studenter är de största användarna, tätt följt av personer som arbetar. Arbetslösa och personer utanför arbetsmarknaden svarar för en mindre del. En studie av Jung och Padman (2014) tyder på att sannolikheten att göra ett digitalt vårdbesök är högre bland heltidsarbetande och arbetslösa jämfört med pensionärer, deltidsarbetande eller studenter. De tre övriga studierna som analyserar konsumtionsmönstret utifrån socioekonomiska bakgrundsfaktorer finner inte stöd för att socioekonomiska faktorer påverkar användningen av digitala vårdtjänster (Mehrotra m.fl. 2013, Edwards m.fl. 2017, McGrail m.fl. 2017).

En studie med svenska data har fördjupat sig i konsumtionsmönster av digitala vårdbesök i Sverige. Resultatet visar en negativ relation mellan användningen av digitala vårdbesök och andelen personer i en kommun som har lägre inkomst än 60 procent av den nationella medianinkomsten. Det innebär alltså att i kommuner med en större andel personer som har relativt sett lägre inkomst är det färre invånare som har sökt vård genom digitala vårdtjänster i Sverige (Ekman m.fl. 2019).





Vår befolkningsenkät och litteraturgenomgång

Vi har genomfört en enkätstudie för att ta reda på hur befolkningen värderar digitala videobesök och fysiska vårdbesök. Med den valda metoden kan vi också analysera de svarandes relativa värdering av ett urval kvalitetsaspekter i ett digitalt videobesök. I det här kapitlet beskriver vi kortfattat vårt metodval, svarsfrekvensen och de personer som deltog i studien.

Vi sammanfattar också en litteraturgenomgång som fokuserade på tidigare studier om befolkningens och patienters preferenser för digitala vårdtjänster. I bilaga 2 ger vi en mer utförlig beskrivning av studiens upplägg och metodval.

3.1 ENKÄTSTUDIE UNDERSÖKER HUR BEFOLKNING OCH PATIENTER VÄRDERAR DIGITALA VIDEOBESÖK

Vi har genomfört en enkätstudie som syftar till att fånga befolkningens erfarenheter och värdering av att ha tillgång till digitala vårdbesök som genomförs genom ett videosamtal. Syftet med att bara fokusera på digitalt videobesök är att minska risken att de svarande skulle tolka besöksformen olika. Dessutom är videobesök en av de nya besöksformerna i primärvården som eventuellt kan ersätta ett traditionellt fysiskt primärvårdsbesök.



3.1.1 Contingent valuation och discrete choice användes för att uppskatta total och relativ värdering av ett vårdbesök

Uppskattning av de svarandes värdering och betalningsvilja av olika kvalitetsaspekter kan göras på olika sätt. I den här studien använde vi en kombination av två metoder: *contingent valuation* och *discrete choice*.

Contingent valuation användes för att undersöka befolkningens och patienters monetära värdering av att ha tillgång till digitala videobesök och fysiska vårdbesök i sin helhet jämfört med en nuvarande situation (Bridges m.fl. 2011). Discrete choice användes för att undersöka befolkningens och patienters relativa värdering av olika kvalitetsaspekter (Bateman m.fl. 2004).

En av fördelarna med att använda discrete choice, i stället för att fokusera på den totala värderingen, är att de svarandes relativa värdering av en kvalitetsaspekt jämfört med en annan kvalitetsaspekt går att beräkna genom att vårdbesökens olika kvalitetsaspekter varierar på ett systematiskt sätt (Hjelmgren m.fl. 2006, Tinelli m.fl. 2015). En annan fördel är att hypotetiska vårdbesök kan jämföras med redan befintliga vårdbesök, vilket betyder att de svarande slipper göra ett val som inte stämmer överens med det verkliga livet (Tinelli m.fl. 2015).

3.1.2 Betalningsvilja som instrument – metod när marknadspriser saknas

För att uppskatta befolkningens monetära värdering av digitala videobesök och fysiska vårdbesök användes betalningsvilja som instrument för värderingen. Betalningsviljan, från engelskans *willingness-to-pay* (WTP), är det högsta belopp en individ är villig att betala för exempelvis ett vårdbesök eller en läkarkontakt.

Metoden har i sig inga kopplingar till hur hälso- och sjukvården finansieras i dag eller i framtiden, utan syftet med att använda instrumentet är att få en kontinuerlig skala av hur befolkningen värderar digitala videobesök och fysiska vårdbesök. Metoden är vanlig vid tillämpningar av att värdera olika insatser inom offentlig sektor när marknadspriser saknas (Bateman m.fl. 2004).

3.2 FYRA KVALITETSASPEKTER I PRIMÄRVÅRDSBESÖK

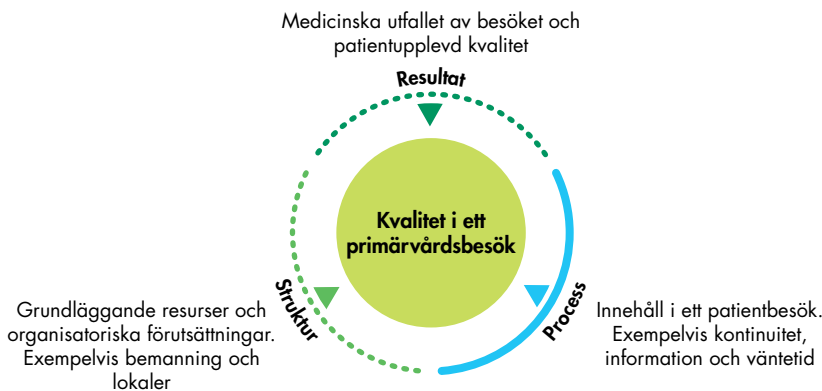
Kvaliteten i ett primärvårdsbesök kan utvärderas i tre dimensioner, se figur 14. Vad som är viktigt för kvaliteten i ett primärvårdsbesök är inte givet på förhand. I den här studien använder vi fyra kvalitetsaspekter som ett mått på kvalitet: väntetid till besök, typ av vårdpersonal, relation till vårdpersonal och vårdpersonalens tillgång till patientens journal. Dessa är mått på hur

vårdbesöket gick till och alltså processrelaterade. Motiven till varför vi valde de här kvalitetsaspekterna finns i bilaga 2. Flera av kvalitetsaspekterna är omgärdade av särskilda lagkrav (se beskrivning i bilaga 5), men de ställer inte nödvändigtvis krav på just det som patienterna ser som prioriterat.

Varje kvalitetsaspekt består av två eller flera nivåer, som i sin tur beskriver hur respektive aspekt varierar. Till exempel antar kvalitetsaspekten väntetid till besök nivåerna en timme, samma dag, tre dagar och sju dagar.

Utifrån kvalitetsaspekterna går det att undersöka vilka delar av ett vårdbesök som individen värderar och hur kvalitetsaspekterna värderas i relation till varandra. Kvalitetsaspekterna och nivåerna presenteras i faktarutan nedan.

Figur 14. Tre dimensioner av kvalitet i ett primärvårdsbesök.



Källa: Donabedian (2005) och egen bearbetning.

Kvalitetsaspekter och nivåer som användes i studien

De kvalitetsaspekter och nivåer som används i den här studien baseras på tidigare studier och en förberedande enkät ställd till ett urval i befolkningen, läkare och verksamhetschefer samt en pilotenkät. I bilaga 2 finns mer information om den förberedande enkäten och om pilotenkäten. I bilaga 5 finns en översikt över de lagkrav som delvis reglerar dessa kvalitetsaspekter.

Väntetid till besök (tid från bokning till ditt vårdbesök)

- Inom en timme.
- Samma dag.
- Om tre dagar.
- Om sju dagar.

(forts.)



Typ av vårdpersonal (den vårdpersonal du får träffa i samband med vårdbesöket)

- Läkare (kan utfärda recept, remiss och sjukintyg).
- Sjuksköterska, som vid behov konsulterar läkare (kan utfärda remiss och vissa recept, men inte sjukintyg).
- Sjuksköterska (kan utfärda vissa remisser, men inte recept och sjukintyg).

Relation till vårdpersonal (om vårdpersonalen känner till dig sedan tidigare)

- Du träffar vårdpersonal som känner till dig sedan tidigare.
- Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare.

Vårdpersonalens tillgång till din journal (det vill säga din samlade medicinska historia)

- Vårdpersonalen har tillgång till din journal och dina egenrapporterade värden (med egenrapporterade värden menas att du själv kan registrera uppgifter om ditt hälsotillstånd till vårdgivaren före vårdbesöket via din mobiltelefon, surfplatta eller dator).
- Vårdpersonalen har tillgång till din journal.
- Vårdpersonalen har inte tillgång till din journal.

Några av dessa kvalitetsaspekter förekommer mer sällan i digitala videobesök i dag. Till exempel förekom digitala vårdbesök med sjuksköterska sällan enligt besöksstatistiken som avser perioden 2016–2018 (se avsnitt 2.7). Men eftersom metoden som används i den här studien bygger upp hypotetiska valsituationer, är det också möjligt att inkludera kvalitetsaspekter som inte är vanliga, eller som inte förekommer i dag. Det skapar en möjlighet att undersöka hur kvalitetsaspekter värderas av befolkning och patienter innan de eventuellt introduceras i primärvården.

3.3 DE SVARANDE STÄLDES INFÖR TRE VALSITUATIONER

Ansatsen i den här studien är att fånga dels en total värdering av digitala videobesök och fysiska vårdbesök, dels den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter som beskriver videobesöken. I det här avsnittet beskriver vi studiens upplägg.

3.3.1 Individen fick välja mellan två typer av digitala videobesök och sitt senaste fysiska vårdbesök

I enkäten ställdes de svarande inför tre hypotetiska valsituationer. I varje valsituation fick de välja dels mellan olika digitala videobesök, dels mellan videobesök och fysiska vårdbesök. Därefter fick de ange sin värdering av vårdbesöket som de föredrog. Värderingen angavs med hjälp av en betalningsvilje fråga. Följande tre steg beskriver hur valsituationerna var utformade.

1. De svarande fick välja mellan två typer av digitala videobesök.
2. De fick de välja mellan det digitala videobesök som föredrogs i steg 1 och sitt senaste fysiska vårdbesök vid en vårdcentral.
3. De fick de uppge sin maximala betalningsvilja för det vårdbesök som de föredrog i steg 2.

3.3.2 Valsituationerna gav information om relativ värdering av olika kvalitetsaspekter och monetär värdering i kronor

Valsituationerna gav information om de svarandes värdering av digital och fysisk vård. Följande tre punkter beskriver vilken information varje steg i respektive valsituation bidrog med:

1. De svarandes relativa värdering av olika kvalitetsaspekter förutsatt att besöksformen är digital. Med andra ord: Vad får en individ att välja ett specifikt digitalt videobesök och vilka kvalitetsaspekter är viktigare än andra?
2. Information om en genomsnittlig person föredrar digitala videobesök eller fysiska vårdbesök. Här kan vi också ta reda på de svarandes relativa värdering av olika kvalitetsaspekter oavsett besöksform.
3. Den monetära värderingen i kronor för digitala videobesök i relation till fysiska vårdbesök. Med andra ord: Vad är de svarande beredda att betala utöver en patientavgift på 100 kronor för att få tillgång till ett digitalt videobesök eller ett fysiskt vårdbesök?

3.4 DE SVARANDE FICK UTGÅ FRÅN ÖVRE LUFTVÄGSINFEKTION, LINDRIG DEPRESSION ELLER ASTMA

I enkäten fick de svarande föreställa sig att de hade ett av tre sjukdomstillstånd som de skulle söka vård för. På så sätt vet vi vad de utgår från när de svarar på enkäten, vilket gör det möjligt att jämföra preferenser beroende på sjukdomstillstånd. Samtidigt finns det en risk att de svarande har svårt att sätta sig in i tillståndet om de saknar egen erfarenhet av det när sökorsakerna är hypotetiska.



3.4.1 När de svarande tänker på specifika sökorsaker kan vi jämföra mellan sjukdomstillstånd

De personer som ingick i urvalet för vår enkätundersökning delades slumpmässigt in i fyra grupper. Tre av grupperna omfattade vuxna personer över 16 år och en grupp omfattade föräldrar till barn i åldrarna 0–15 år. Samtliga grupper fick en specifik enkätversion som skiljde sig åt genom att de svarande blev tilldelade ett enkätspecifikt sjukdomstillstånd som de skulle anta var orsaken till att de behövde göra ett primärvårdsbesök. I enkätversionerna som riktades till vuxna personer skulle de svarande utgå från att de antingen behövde söka vård för astma, lindrig depression eller övre luftvägsinfektion. I enkätversionen som riktades till föräldrar ombads de svarande att föreställa sig att de skulle söka vård för sitt barn med övre luftvägsinfektion.

Syftet med att låta de svarande basera sina val utifrån att de har ett specifikt sjukdomstillstånd som de söker vård för är att vi ska veta vad de svarande utgår ifrån i sina val av vårdbesök. Skälet är att tidigare forskning har visat att benägenheten att söka vård och vilken typ av vård man vill söka kan variera beroende på tillstånd (läs mer om detta i bilaga 2). Genom att de svarande utgår från olika sjukdomstillstånd kan vi också analysera om preferenserna för kvalitetsaspekter i digitala videobesök samt för videobesök och fysiska besök i relation till varandra skiljer sig mellan tillstånden.

Valet av sjukdomstillstånd baserades på hur relevant varje sjukdomstillstånd var för fysisk och digital primärvård. Dessutom valdes sjukdomstillstånden utifrån att ett tillstånd skulle vara lättare och övergående (övre luftvägsinfektion), ett tillstånd långvarigt eller kroniskt (astma) och ett tillstånd psykiskt (lindrig depression).

En annan viktig aspekt var att de svarande skulle förstå och kunna sätta sig in i sjukdomstillståndet. För att försäkra oss om att det gick att förstå beskrivningarna av sjukdomstillstånden genomförde vi en förberedande enkät som ligger till grund för valet av sjukdomstillstånden. Den förberedande enkäten och de valda tillstånden beskrivs mer utförligt i bilaga 2.

3.4.2 De svarande utgår från sjukdomstillstånd som de inte behöver ha egen erfarenhet av

När sjukdomstillstånden är hypotetiska innebär det att vissa av de svarande har erfarenhet av det tilldelade sjukdomstillståndet medan andra inte

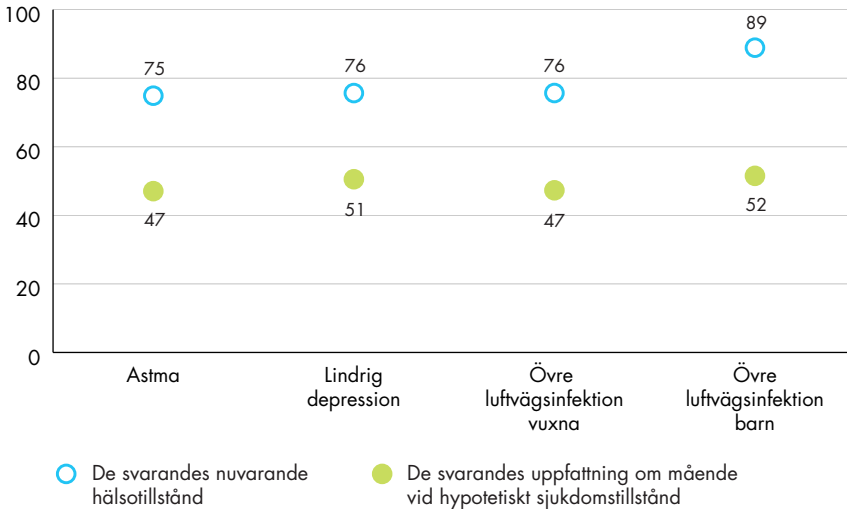
har det. Av de som utgår från sjukdomstillståndet astma har 15 procent erfarenhet av tillståndet. Bland de som föreställer sig att de söker vård för lindrig depression, övre luftvägsinfektion samt att deras barn har övre luftvägsinfektion har 45 procent, 63 procent och 66 procent erfarenhet av sjukdomstillståndet.

Det här innebär att de som saknar erfarenhet av sjukdomstillståndet har fått utgå ifrån sin uppfattning av att ha tillståndet. Detta medför att resultaten inte nödvändigtvis skulle bli desamma om man bara hade frågat personer som har erfarenhet av sjukdomstillstånden.

Det kan också tänkas vara svårt att sätta sig in i att ha en kronisk sjukdom om man själv inte har den erfarenheten. I figur 15 jämförs de svarandes nuvarande upplevda hälsotillstånd med hur de föreställer sig att deras mående skulle vara om de hade det hypotetiska sjukdomstillståndet. Föräldrarna som föreställer sig att de söker vård för sitt barn med övre luftvägsinfektion får bedöma barnets nuvarande hälsotillstånd och hur det skulle vara om barnet hade övre luftvägsinfektion.

Figur 15. De svarandes nuvarande hälsotillstånd jämförs med hur de bedömer att deras mående skulle vara om de hade det hypotetiska hälsotillståndet.

0 = Sämsta tänkbara hälsa, 100 = Bästa tänkbara hälsa



3.5 LÅG SVARFREKVENNS MEN DE SVARANDE ÄR JÄMFÖRBARA MED BEFOLKNINGEN

Av totalt 7 000 personer som ingick i utskicket var det 1 401 personer som skickade in ett svar på enkäten. Det innebär att svarsfrekvensen var cirka 20 procent. Generellt har bortfallet i enkätundersökningar ökat relativt mycket under 2000-talet. I undersökningar som använder discrete choice som metod finns en benägenhet att bortfallet blir ännu större, eftersom enkäterna ofta kan vara omfattande.

Antalet personer som inte alls svarade på enkäten, så kallat externt bortfall, uppgick till 5 599. Inskickade svar där alla frågor inte var fullständigt eller korrekt besvarade kallas för internt bortfall. Det interna bortfallet i den del av befolkningsenkäten som är studiens huvudresultat varierar beroende på vilket steg i analysen som avses. Dessutom finns det ett internt bortfall för ett antal bakgrundsfrågor som de svarande antingen hoppade över eller missade att fylla i. En mer detaljerad bild av svarsfrekvensen och bortfallet finns i bilaga 3.

Med hjälp av uppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB) och i vissa fall andra källor har vi även jämfört personer som har deltagit i vår studie med befolkningen som helhet i Sverige. Sammantaget stämde de svarande som ingår i gruppen vuxna personer över 16 år relativt väl överens med befolkningen som helhet. De är något äldre, har en högre socioekonomisk profil och är något friskare än befolkningen som helhet.

Däremot har vi fångat en grupp föräldrar som inte stämmer lika bra överens med befolkningen i åldern 20–60 år. Gruppen föräldrar i vår enkät går inte att jämföra med föräldrar generellt i befolkningen på grund av att vi inte har tillgång till uppgifter om enbart föräldrar i befolkningen. Därmed jämförs de med personer i samma åldersintervall som föräldrarna som deltar i enkäten. Det innebär att vi jämför grupper som inte är direkt jämförbara med varandra när det gäller gruppen föräldrar. I faktarutan nedan beskriver vi hur vi har jämfört de svarande med befolkningen.

Så här har vi analyserat representativiteten bland de svarande

Karakteristikan bland de svarande i befolkningsenkäten har analyserats och jämförts utifrån ett antal kända parametrar om hela befolkningen i relevanta åldersindelningar i Sverige. Med representativitet menar vi hur bra det går att jämföra de svarande med hela befolkningen. Det är viktigt att känna till representativiteten för att kunna generalisera resultaten till hela befolkningen.

Representativiteten bland de svarande som utgick från sjukdomstillstånden astma, lindrig depression och övre luftvägsinfektion presenteras i tabell 1. Tabell 2 visar representativiteten för föräldrar som utgick från att ett av deras barn hade övre luftvägsinfektion.

(forts.)

Sammanfattningsvis är kvinnor något överrepresenterade. De är också något äldre jämfört med medelåldern i befolkningen. Vidare har de något högre utbildning jämfört med samma åldersgrupp i befolkningen. Andelen personer som bor i Stockholm, Göteborg eller Malmö stämmer relativt väl överens med genomsnittet för samma åldersgrupp i befolkningen. Bilaga 3 ger en mer detaljerad bild av representativiteten för respektive sjukdomstillstånd.

Medelinkomsten har beräknats genom att hushållsinkomsten slås ut på antalet vuxna i hushållet. När det gäller inkomst (före skatt) finns inte någon direkt motsvarande jämförelse. Det är därför svårt att dra några långtgående slutsatser, men de svarande verkar bo i hushåll med något högre inkomst jämfört med genomsnittet i befolkningen.

De svarande framstår även som något friskare än befolkningen som helhet. Det nuvarande hälsotillståndet bland de svarande oavsett åldersindelning ligger högre jämfört med uppskattningen i Folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten 2018). 30 procent har en eller flera långvariga eller kroniska sjukdomar. Det kan jämföras med uppgifter från en tidigare studie av Vårdanalys (2014) om att runt 44 procent har en kronisk sjukdom, eller att 37 procent har någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller något annat långvarigt hälsoproblem (Folkhälsomyndigheten 2018).

Representativiteten mellan enkätversionerna och sjukdomstillstånden stämmer väl överens. Andelen med eftergymnasial utbildning är något lägre bland personer som utgår från att de har astma jämfört med övriga tillstånd.

Tabell 1. Sammanställning av representativiteten bland de svarande som utgår från att de söker vård för astma, lindrig depression eller övre luftvägsinfektion

	Sökorsak			Befolkningen (16 år +)
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	
Kön (kvinnor)	51 %	54 %	54 %	50 %
Medelålder	54	53	55	49
Eftergymnasial utbildning	40 %	49 %	49 %	36 %
Årsinkomst före skatt (medel) ^a	313 003	313 110	319 302	305 041 ^b
Andel boende i Stockholm, Göteborg eller Malmö ^c	17 %	19 %	19 %	18 %
Antal personer per hushåll (medel) ^d	2,4	2,4	2,3	2,2
Andel med tillgång till internet	93 %	95 %	94 %	93 %

Not. ^a Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet. ^b Sammanräknad förvärsinkomst för 2017 (inflationjusterat). ^c Indelningen redovisas i bilaga 3. ^d Avser befolkningen 16–84 år.

Källa: Uppgifter för befolkningen (16 år +) är hämtade från SCB (2019e, b, c, f, d, 2018).

(forts.)

Tabell 2. Sammanställning av representativiteten bland de svarande som utgår från att de söker vård för barn med övre luftvägsinfektion.

	Sökorsak Övre luftvägsinfektion barn	Befolkningen (20-60 år) ^a
Kön (kvinnor)	69 %	49 %
Medelålder	41	40
Eftergymnasial utbildning	70 %	42 %
Årsinkomst före skatt (medel) ^b	379 568	341 654 ^c
Andel boende i Stockholm, Göteborg eller Malmö ^d	17 %	21 %
Antal personer per hushåll (medel)	4	3,8 ^e
Andel med tillgång till internet	99 %	93 % ^f

Not. ^a Vi har inte kunnat kontrollera om jämförelsegruppen är föräldrar eller inte. ^b Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet. ^c Sammanräknad förvärsinkomst 2017 för 20–64 år (inflationjusterat). ^d Indelning redovisas i bilaga 3 ^e Avser hushåll med minst 1 barn. ^f Avser befolkningen 16–84 år.

Källa: Uppgifter för befolkningen (20–60 år) är hämtade från SCB (2019e, a, c, f, d, 2018).

3.6 TIDIGARE STUDIER GER LITEN VÄGLEDNING

Vi har gjort en litteraturgenomgång av tidigare forskning som tar fasta på hur patienter och befolkning uppfattar och värderar digitala vårdtjänster. En svårighet med den typen av litteraturgenomgång är att det är ett område i snabb utveckling och att det i stor utsträckning saknas standardiserade definitioner av enhetliga söktermer för digitala vårdtjänster, vårdkontakter eller vårdbesök. Sammanfattningsvis konstaterar vi att det är svårt att få en vägledning av den befintliga forskningen av digitala vårdtjänster. I faktarutan nedan beskriver vi hur vi genomförde litteraturgenomgången.

Kort om hur litteraturgenomgången genomfördes

I litteraturgenomgången identifierades totalt 102 artiklar, som efter en genomgång av titel, sammanfattning och fulltext minskades till sex artiklar. Utöver dessa sex artiklar inkluderades ytterligare en artikel som vi identifierade i arbetet med enkätutformningen. En sammanställning av sökstrategin som ligger till grund för litteraturgenomgången och en sammanfattning av identifierade studier finns i bilaga 1.

3.6.1 Digitala videobesök vanligare i Sverige

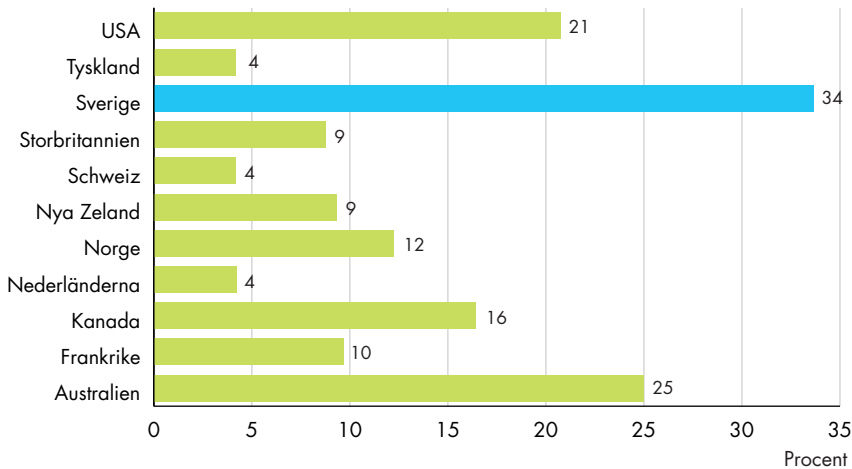
Vi kan inledningsvis konstatera att jämfört med några andra länder är Sverige det land där digitala videobesök är mest utbrett. Runt 30 procent av primärvårdsläkarna svarar att de arbetar med digitala videobesök i någon utsträckning, se figur 16. Det kan jämföras med Australien där runt 20 procent av läkarna arbetar med videobesök i primärvården. I övriga länder som ingår i undersökningen är det bara några få procent av primärvårdsläkarna som gör det. Befolkningens förutsättningar att använda digitala tjänster är också goda, eftersom Sverige är ett av länderna i Europa med högst andel hushåll med tillgång till internet (Eurostat 2019).

Figur 16. Figuren visar hur vanligt det är att arbeta med videobesök på vårdcentraler i elva länder.

Fråga: Ger du och/eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som du arbetar med på din vårdcentral vård på något av följande sätt?

Svarsalternativ: Använder er av videokonsultationer (Ja ofta, och Ja ibland, och Aldrig)

Andel: Ja ofta och Ja ibland



Not. Skillnaden mellan Sverige och övriga länder är statistiskt säkerställd.

Källa: Resultaten baseras på undersökningen International Health Policy Survey (IHP-studien). Vårdanalys har genomfört den svenska delen av undersökningen. IHP-studien beskrivs mer ingående i kapitel 6.

3.6.2 Forskningen ger liten vägledning om värderingen av digitala vårdbesök och skillnader mellan specifika grupper

Inledningsvis är vår bild att det är få länder som vid sidan av Sverige har introducerat digitala vårdbesök genom videosamtal. Att studera preferenser för digitala vårdbesök är ett relativt nytt forskningsområde som inte ger

tydlig vägledning. De inkluderade studierna inriktar sig ofta mot specifika diagnoser eller sjukdomstillstånd. Dessutom är de flesta studier utförda i länder vars sjukvårdssystem inte är direkt jämförbart med det svenska sjukvårdssystemet, och det är svårt att se gemensamma nämnare mellan studierna.

Sammantaget får vi i dag bara kunskap om enskilda situationer och aspekter av digitala vårdtjänster och inte en helhetsbild. De sju identifierade studierna visar att värderingen av digitala vårdtjänster och kvalitetsaspekter som kan beskriva vårdbesöken skiljer sig åt mellan grupper i vissa situationer. Studierna ger däremot liten vägledning om befolkningens och patienternas preferenser för digitala vårdtjänster. Det beror bland annat på att studierna har olika upplägg, tillämpar olika metodval och att de fokuserar på olika digitala vårdtjänster.



Erfarenheter och åsikter om fysisk och digital primärvård

I det här kapitlet sammanfattar vi de svarandes erfarenheter och åsikter om primärvården. Kapitlet består av beskrivande statistik som ger bakgrundsinformation till kapitel 5, där vi presenterar resultatet från regressionsanalyserna. Så här sammanfattar vi det här kapitlet:

- Män i vår studie har i genomsnitt gjort fler fysiska primärvårdsbesök än kvinnor. Nästan samtliga svarande har en ordinarie vårdcentral som de i genomsnitt har gått till i drygt 10 år. Överlag var de svarande nöjda med sitt senaste fysiska primärvårdsbesök.
- När befolkningen inte vill eller har möjlighet att göra ett fysiskt vårdbesök, föredrar majoriteten att göra ett besök genom telefonsamtal. Av de som föredrar ett videosamtal är det främst i de yngre åldersgrupperna.
- Majoriteten vet att man kan göra ett digitalt videobesök. Av dem har störst andel fått information genom reklam från privata vårdgivare.
- 15 procent av de svarande har genomfört ett digitalt videobesök.
- Korta väntetider, att få träffa en läkare, att vårdpersonalen har tillgång till patientens samlade journal är ungefär lika viktiga kvalitetsaspekter i ett vårdbesök, oavsett besöksform, när de svarande får uppge hur betydelsefulla aspekterna är på en femgradig skala. Mindre viktigt är det att vårdpersonalen känner till patienten sedan tidigare.



4.1 SÅ TYCKER BEFOLKNINGEN OCH PATIENTERNA OM FYSISK PRIMÄRVÅRD

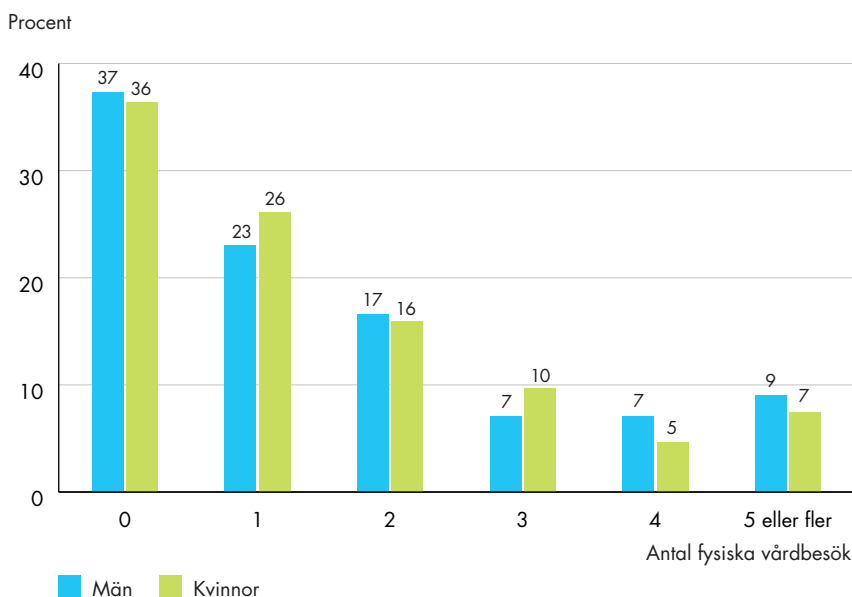
Män som har deltagit i vår enkätundersökning har i genomsnitt gjort 1,5 fysiska vårdbesök och kvinnor 1,4 fysiska vårdbesök under de senaste sex månaderna. Figur 17 illustrerar den fysiska primärvårdskonsumtionen under de senaste sex månaderna bland de svarande. Om man bara räknar med de svarande som har gjort minst ett besök de senaste sex månaderna blir genomsnittet 2,4 fysiska vårdbesök bland män och 2,2 fysiska vårdbesök bland kvinnor.

Vi har inte information om det exakta antalet besök för personer som angett att de gjort mer än 5 besök. Vi har tolkat dessa svar som 5 besök, vilket kan innebära en viss underskattning.

90 procent av männen, respektive 93 procent av kvinnorna, uppgav att de har en ordinarie vårdcentral dit de vanligen går. I genomsnitt har män gått till samma vårdcentral i 12,5 år (median 10 år) och kvinnor 11,5 år (median 8 år).

I vårt material ser vi inte några stora variationer i restid till vårdcentralen, oavsett färdmedel. Restiden varierade mellan 1 till 30 minuter för de flesta. Cirka 10 procent hade en restid över 30 minuter och bara 3 procent över 60 minuter. Restiden varierade inte mellan män och kvinnor eller kommuntyp (landsbygdskommun, tät kommun, storstadskommun).

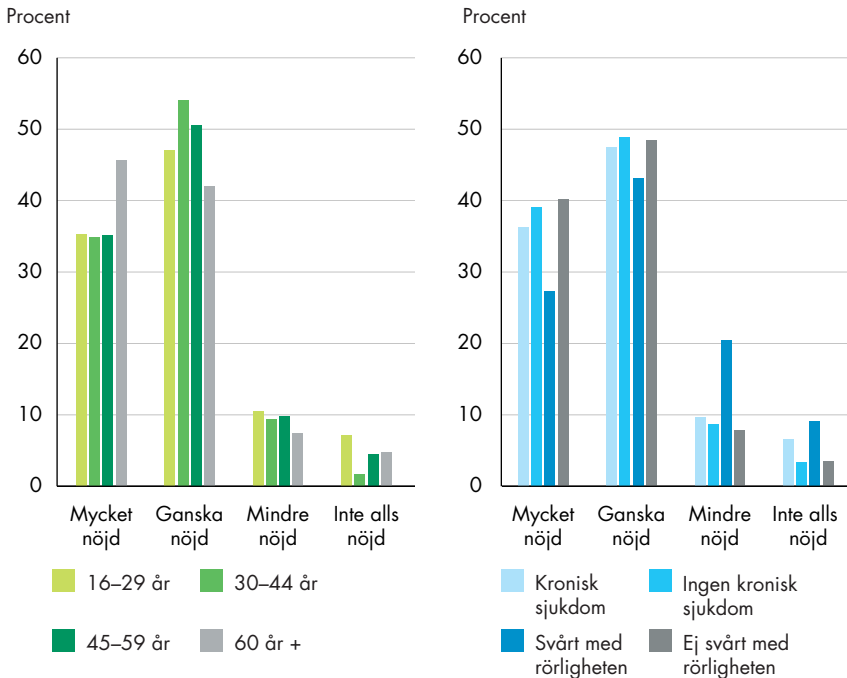
Figur 17. Andel fysiska vårdbesök de senaste sex månaderna uppdelat efter kön.



Not. Antal svar: 1 388.

De svarande var överlag nöjda med sitt senaste fysiska primärvårdsbesök. 86 procent av männen och 87 procent av kvinnorna var mycket eller ganska nöjda. Bara 4 procent av båda könen var inte alls nöjda. Figur 18 presenterar hur nöjda olika grupper är med sina senaste fysiska besök på en vårdcentral. De som anser att deras rörlighet till stor eller till viss del gör det svårt att besöka en vårdcentral är generellt mindre nöjda med sitt senaste fysiska primärvårdsbesök.

Figur 18. Hur nöjda är de svarande med sitt senaste fysiska primärvårdsbesök?



Not. Antal svar: 1 284–1 304.

4.2 BEFOLKNINGENS OCH PATIENTERNAS ERFARENHET AV DIGITAL PRIMÄRVÅRD

När man inte har möjlighet eller vill göra ett fysiskt vårdbesök i primärvården, föredrar den största delen av befolkningen och våra svarande att göra ett vårdbesök via ett telefonsamtal. Därefter kommer ett digitalt vårdbesök genom videosamtal. Majoriteten av de svarande vet om att de kan göra ett digitalt vårdbesök genom videosamtal och bland dem har störst andel fått information genom reklam. Av de som svarat på enkäten har 15 procent någon gång gjort minst ett videobesök.

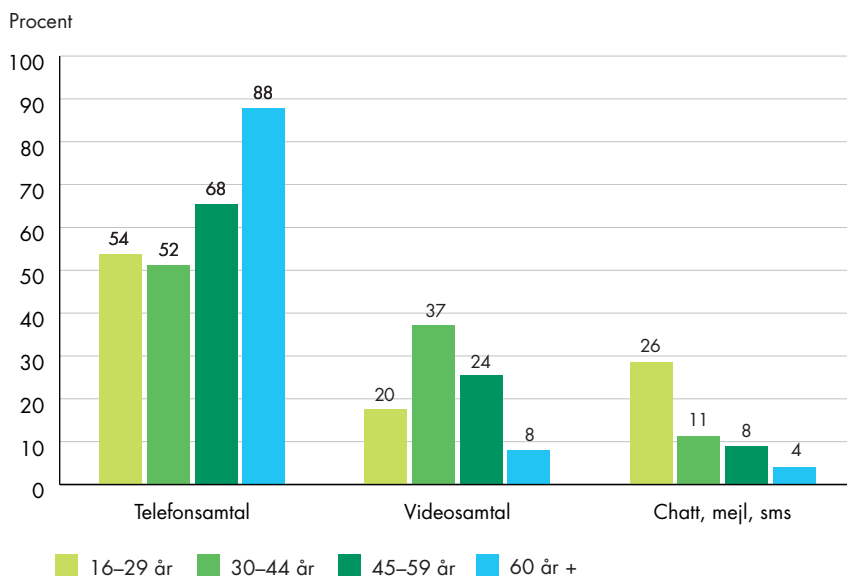


4.2.1 Föredrar telefonsamtal när fysiskt vårdbesök inte är aktuellt

I befolkningsenkäten frågade vi hur man vill genomföra ett primärvårdsbesök om man av någon anledning inte ville eller har möjlighet att genomföra ett fysiskt vårdbesök. Majoriteten skulle då välja att genomföra vårdbesöket genom ett telefonsamtal. Därefter föredrogs videosamtal.

Det finns inga skillnader mellan män och kvinnor i uppfattningen om tillvägagångssättet vid ett vårdbesök om ett fysiskt besök inte är möjligt. Däremot går det att se skillnader mellan olika åldersgrupper, se figur 19. De som är 60 år eller äldre genomför hellre ett vårdbesök genom telefonsamtal framför videosamtal och chatt, mejl eller sms. Yngre föredrar i större utsträckning videosamtal eller chatt, mejl eller sms jämfört med de äldre.

Figur 19. Hur befolkningen vill genomföra ett vårdbesök om ett fysiskt vårdbesök inte är möjligt, uppdelat efter åldersklasser.

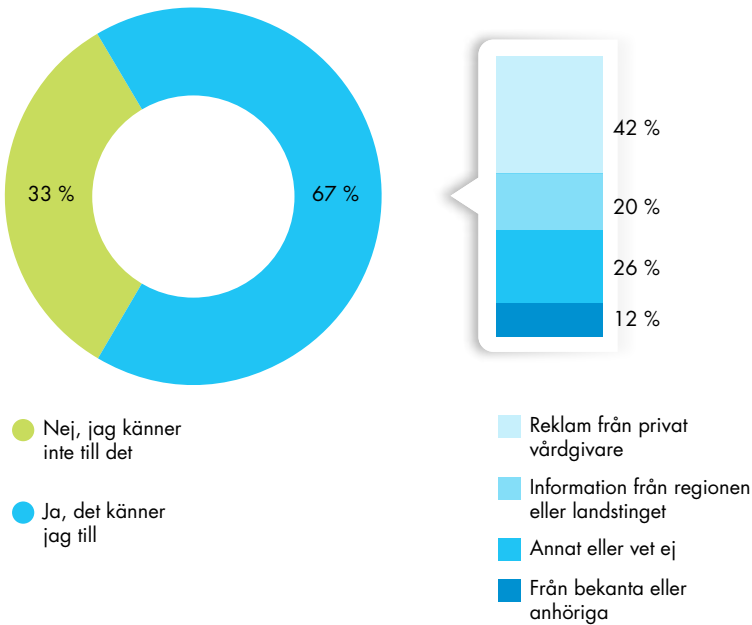


Not. Statistiken är viktad för befolkningen.

4.2.2 Majoriteten av de svarande vet att de kan göra digitala videobesök

Ungefär två tredjedelar av de svarande känner till att det är möjligt att göra digitala vårdbesök genom videosamtal inom primärvården, se figur 20. Cirka 75 procent av de svarande i åldrarna 16–44 år kände till möjligheten att göra videobesök i primärvården. Bland personer över 60 år kände 60 procent till möjligheten till digitala videobesök. Vanligast är att de svarande fått information om möjligheten till videobesök inom primärvården via reklam från privata vårdgivare.

Figur 20. Kännedom om möjlighet att göra digitala vårdbesök genom videosamtal inom primärvården och var informationen kommit från.

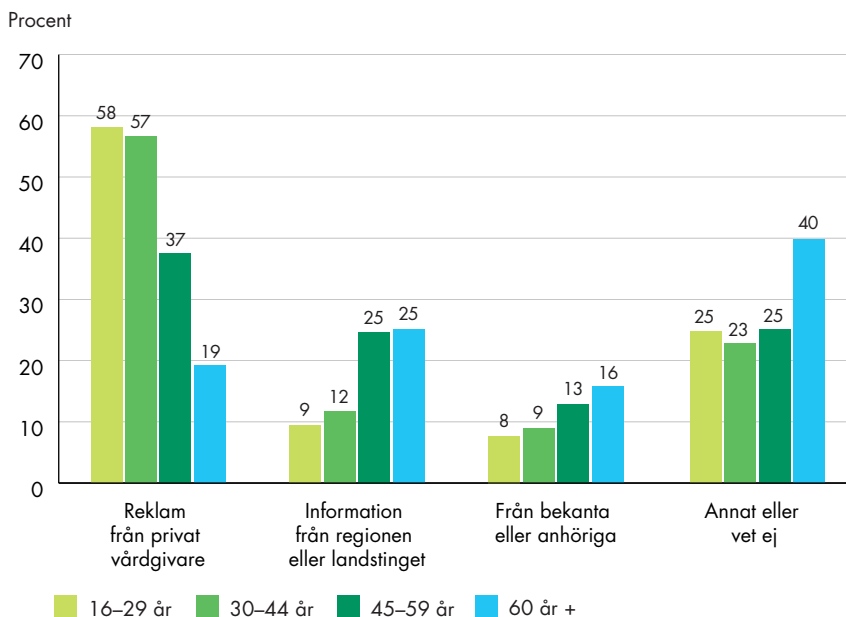


Not. Antal svar: 1 381.

Bland personer 16–44 år har en majoritet fått information om möjligheten till videobesök genom reklam från privata vårdgivare, se figur 21. Äldre har i större utsträckning fått information från en region, exempelvis via vårdpersonal eller 1177 Vårdguiden.



Figur 21. Hur de svarande har mottagit information om att det är möjligt att göra ett digitalt videobesök, uppdelat efter åldersgrupp.



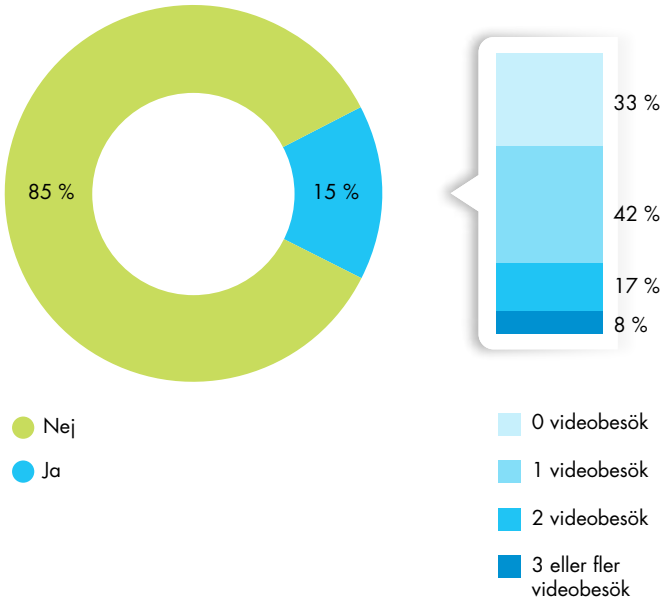
Not. Antal svar: 963.

Bland de svarande uppger totalt 15 procent att de någon gång gjort ett digitalt videobesök. Figur 22 visar fördelningen av de svarande som någon gång har gjort ett videobesök. Kvinnor står för 58 procent av de som har tidigare erfarenhet från ett digitalt videobesök. Framför allt är det personer i åldrarna 16-44 år som har gjort ett videobesök tidigare.

De senaste sex månaderna har män i genomsnitt gjort 1,2 digitala videobesök och kvinnor 0,9 videobesök. Om man bara räknar med personer som har gjort minst ett videobesök de senaste sex månaderna blir genomsnittet 1,7 videobesök bland män och 1,5 videobesök bland kvinnor.

Vi har inte information om det exakta antalet besök för personer som angett att de gjort mer än 3 besök. Vi har tolkat dessa svar som 3 besök, vilket kan innebära en viss underskattning.

Figur 22. Andel som har gjort ett digitalt videobesök och hur många besök de gjort under de senaste sex månaderna.



Not. Antal svar: 971.

4.3 VIKTIGA KVALITETSASPEKTER I ETT PRIMÄRVÅRDSBESÖK UTAN ATT ASPEKTERNA RANGORDNAS

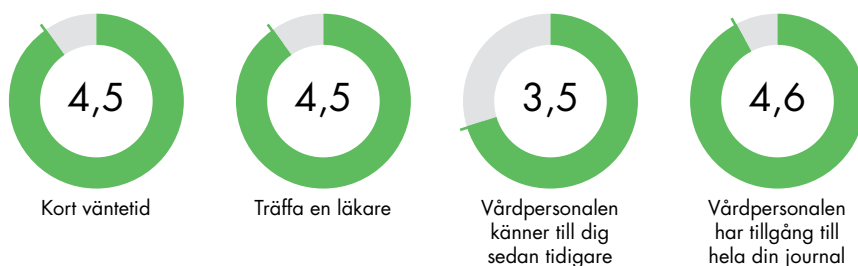
Vi har identifierat fyra kvalitetsaspekter i ett primärvårdsbesök som oavsett besöksform är särskilt relevanta att undersöka närmare. De svarande fick värdera dessa aspekter på en femgradig skala. Kvalitetsaspekterna var kort väntetid, träffa en läkare, om vårdpersonalen känner till dig sedan tidigare och om vårdpersonalen har tillgång till din samlade journal (det vill säga hela din medicinska historia). Skalan varierade från mycket viktigt till helt oviktigt. Resultatet visar på en enskild värdering av respektive kvalitetsaspekt, de svarande behövde alltså inte kompromissa med sin värdering mellan kvalitetsaspekterna.

Figur 23 visar hur viktig de svarande ansåg att varje kvalitetsaspekt var i genomsnitt på den femgradiga skalan. De listar kort väntetid, träffa en läkare och vårdpersonalens tillgång till journal som de viktigaste kvalitetsaspekterna i ett primärvårdsbesök. Jämförelsen visar inte några betydande skillnader mellan ålder, kön eller om de har en eller flera kroniska sjukdomar.



Kvalitetsaspekten som handlar om att vårdpersonalen känner till dig sedan tidigare är viktigare för äldre än yngre. De som har en eller flera kroniska sjukdomar anser också att det är viktigare att känna till vårdpersonalen sedan tidigare.

Figur 23. Hur viktiga fyra kvalitetsaspekter är i ett primärvårdsbesök på en femgradig skala.



Not. Antal svar: 1 339–1 366. Om vi viktar siffrorna för befolkningen blir resultatet 4,4 för kort väntetid, 4,5 för att träffa en läkare, 3,4 för att vårdpersonalen känner till dig sedan tidigare, och 4,5 för att vårdpersonalen har tillgång till hela din journal.



Vad tycker befolkningen och patienterna om videobesök?

I det här kapitlet sammanfattar vi resultat från den delen av vår befolkningsundersökning där de svarande fick ta ställning till hypotetiska valsituationer. Med hjälp av en regressionsanalys har vi tagit reda på hur de svarande värderar fyra kvalitetsaspekter i digitala videobesök i relation till varandra och om de föredrar videobesök eller fysiska vårdbesök i primärvården.

Resultaten baseras på fiktiva val mellan olika former av primärvårdsbesök där de svarande har fått i uppgift att föreställa sig att de ska söka vård för ett specifikt sjukdomstillstånd. Det här gör att resultaten påverkas av hur de hypotetiska valsituationerna är inramade i just den här enkätstudien och bör därför tolkas med viss försiktighet. Resultaten kan däremot ge en fingervisning om hur innehållet i digitala videobesök värderas i sig och jämfört med fysiska primärvårdsbesök.

Så här sammanfattar vi resultatet:

- Samtliga kvalitetsaspekter i den här studien påverkar svarande i deras val av digitalt videobesök, men samtidigt finns det en inneboende rangordning mellan aspekterna. Korta väntetider är den kvalitetsaspekt som de svarande värderar högst.
- En genomsnittlig person i vår undersökning föredrar ett fysiskt vårdbesök framför ett digitalt videobesök. Betalningsviljan för fysiska vårdbesök är också högre än videobesök när besöken utformas lika.
- Vilka kvalitetsaspekter i digitala videobesök som de svarande föredrar och om de föredrar videobesök framför fysiska besök varierar beroende

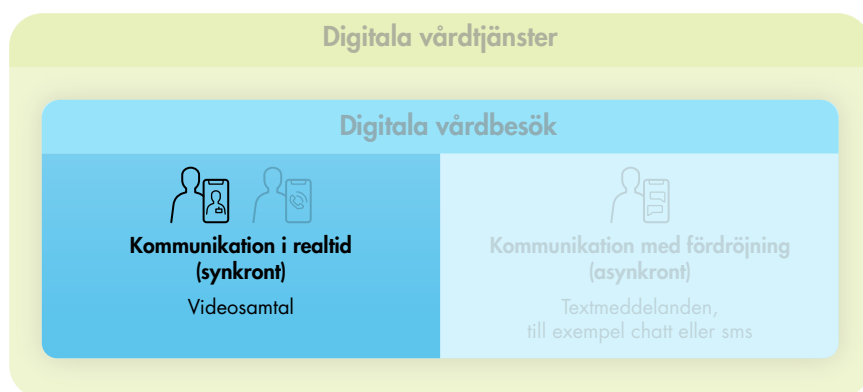


på vilket sjukdomstillstånd de svarande utgår från att de ska söka vård för. Resultaten visar också att vissa grupper i befolkningen, till exempel yngre, är mer benägna att välja videobesök.

5.1 FOKUS PÅ DIGITALA VIDEOBESÖK I BEFOLKNINGSENKÄTEN

I befolkningsenkäten fokuserar vi på digitala vårdbesök som sker genom videosamtal, se figur 24. Syftet med att ensidigt fokusera på just videosamtal som en form av digitalt vårdbesök i enkäten var att försäkra oss om att de svarande utgick från samma form av digitalt vårdbesök när de svarade på frågorna och värderade de olika kvalitetsaspekterna. Dessutom är videobesök en av de nya besöksformerna i primärvården som eventuellt kan ersätta ett traditionellt fysiskt primärvårdsbesök.

Figur 24. Fokus på videobesök i befolkningsenkäten.



5.2 HUR RANGORDNAS KVALITETASPEKTER I ETT DIGITALT VIDEOBESÖK?

I den här delen av befolkningsstudien undersöker vi hur de svarande värderar fyra kvalitetsaspekter i ett digitalt videobesök i relation till varandra. De svarande fick ta ställning till hypotetiska valsituationer där de fick välja mellan digitala videobesök som skiljer sig åt i fyra kvalitetsaspekter:

- väntetid till ett vårdbesök
- vilken typ av vårdpersonal patienten träffar vid besöket
- om patienten och vårdpersonalen känner till varandra sedan tidigare
- om vårdpersonalen har tillgång till hela patientens journal.

Kvalitetsaspekterna antar olika nivåer som beskriver hur delar av ett videobesök går till. Till exempel varierar väntetiderna från en timme till sju dagar. Lagkraven på delar av dessa kvalitetsaspekter beskrivs i bilaga 5.

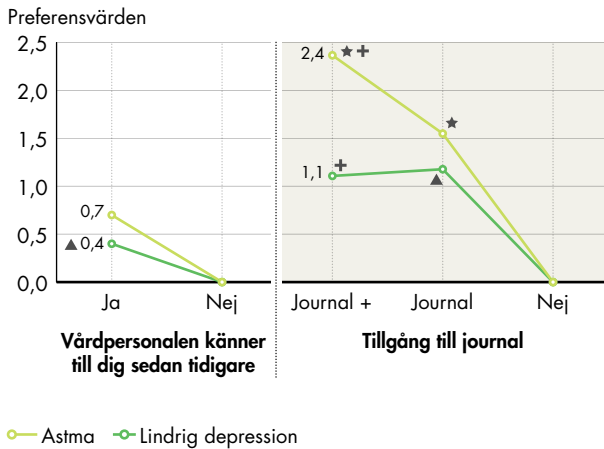
Med hjälp av regressionsanalys tar vi reda på hur de svarande värderar kvalitetsaspekterna och dess nivåer i relation till varandra. Värderingen uttrycks i preferensvärden som visar hur viktiga kvalitetsaspekterna och deras nivåer är jämfört med varandra. Analysen av den relativa värderingen görs genom att jämföra storleken på preferensvärdena.

I faktarutan nedan beskriver vi hur figurerna ska tolkas.

Så här läser du av figuren med preferensvärden

För att visualisera vilka kvalitetsaspekter de svarande föredrar i ett digitalt videobesök använder vi oss av ett linjediagram över preferensvärden som är ett uttryck för en relativ värdering (se figur 25).

Figur 25. Visualisering av kvalitetsaspekternas preferensvärden och den relativa värderingen.



★ Jämförelse inom en kvalitetsaspekt

I figuren ovan kan vi göra jämförelse mellan de svarandes relativa värdering inom en kvalitetsaspekt. Exempelvis ser vi att svarande som utgår från att de söker vård för astma värderar att vårdpersonalen har tillgång till en samlad journal med egenrapporterade värden (journal +) med 2,4 vilket är högre än att vårdpersonalen har tillgång till enbart den samlade journalen (1,6). Tolkningen är att den relativa värderingen av att vårdpersonalen har tillgång till patientens samlade journal med egenrapporterade värden är högre än övriga nivåer.

(forts.)

▲ Jämförelse mellan kvalitetsaspekter

Det är även möjligt att jämföra preferensvärden mellan de olika kvalitetsaspekterna. Då studerar vi den relativa värderingen mellan kvalitetsaspekterna. Ett högre preferensvärde innebär en högre relativ värdering för den kvalitetsaspekten jämfört med en annan kvalitetsaspekt. Till exempel ser vi att svarande som utgår från att de söker vård för en lindrig depression värderar att vårdpersonalen har tillgång till patientens samlade journal högre än att vårdpersonalen känner till patienten sedan tidigare. Preferensvärdet för journaltillgång är 1,2 och preferensvärdet för att vårdpersonalen känner till patienten sedan tidigare är 0,4.

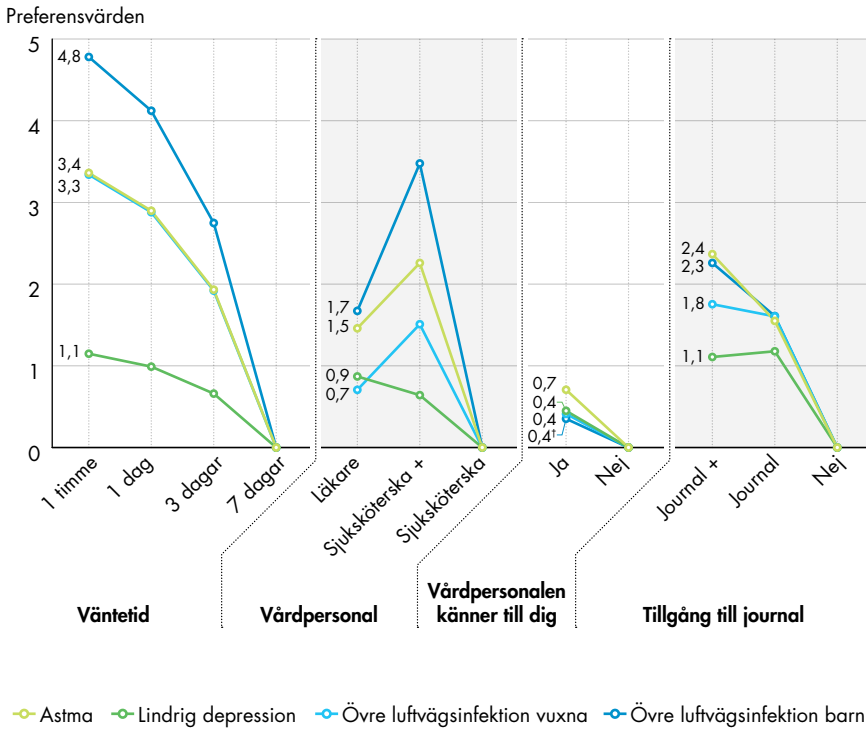
+ Jämförelse mellan sjukdomstillstånd

De jämförelser som beskrivits i punkt 1 är möjligt att göra även mellan sjukdomstillstånden. Exempelvis ser vi att den relativa värderingen av att vårdpersonalen har tillgång till patientens samlade journal med egenrapporterade värden är högre, 2,4, bland svarande som utgår från att de söker vård för astma, jämfört med svarande som utgår från att de söker vård för lindrig depression, 1,1. Det innebär att svarande som utgår från astma har en högre relativ värdering av den kvalitetsaspekten.

Sammanfattningsvis har preferensvärdena för nästan samtliga fyra kvalitetsaspekter och deras tillhörande nivåer en statistiskt säkerställd påverkan på de svarandes val av digitala videobesök. Det är bara preferensvärdet för att vårdpersonalen känner till patienten sedan tidigare för föräldrar som söker vård för att deras barn har övre luftvägsinfektion som inte är statistiskt säkerställd.

Figur 26 visar preferensvärdena för kvalitetsaspekterna och dess nivåer för varje sjukdomstillstånd. Till exempel visar figur 26 att de svarande som utgår från att de ska söka vård för barn med övre luftvägsinfektion värderar korta väntetider högst.

Figur 26. Relativ värdering av kvalitetsaspekter i videobesök.



Not. "Sjuksköterska +" innebär en sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare och som kan utfärda remiss, vissa recept, men inte sjukintyg. "Journal +" innebär journal med egenrapporterade värden. † Kvalitetsaspekten "vårdpersonalen känner till dig" för övre luftvägsinfektion, barn är inte signifikant.

5.2.1 Korta väntetider värderas högst

Korta väntetider är generellt den kvalitetsaspekt som värderas högst bland de svarande. Men preferenserna för väntetid skiljer sig mellan de svarande beroende på vilket sjukdomstillstånd de föreställer sig att de ska söka vård för. Skillnaderna i preferensvärden för väntetid visar att det finns en inneboende skillnad i hur viktigt korta väntetider är beroende på vilken sökorsak som ligger till grund för vårdbesöket.

Vi ser bland annat att personer som föreställer sig att de ska söka vård för övre luftvägsinfektion tycker att en väntetid på en timme är viktigare än de som föreställer sig att de ska söka vård för lindrig depression.

I figur 26 framgår detta genom att preferensvärdena för väntetid inom en timme istället för sju dagar är 3,3 för svarande som utgår från att de söker

vård för övre luftvägsinfektion. Det kan jämföras med ett preferensvärde på 1,1 för svarande som utgår från att de söker vård för lindrig depression. Föräldrar som utgår från att deras barn har övre luftvägsinfektion värderar korta väntetider högst. Deras preferensvärde för en timmes väntetid är högre (4,8) än preferensvärdena för övriga sjukdomstillstånd.

5.2.2 Videobesök med sjuksköterska som har vissa utökade arbetsuppgifter föredras framför läkare

Svarande som föreställer sig att de ska söka vård för astma eller övre luftvägsinfektion värderar ett digitalt videobesök med en sjuksköterska som kan konsultera läkare samt utfärda remiss och vissa recept men inte sjukintyg högst. Den relativa värderingen är alltså högre när besöket sker med en sjuksköterska som har dessa utökade arbetsuppgifter jämfört med om besöket sker med en läkare. Detta illustreras i figur 26 genom att preferensvärdena är högre för sjuksköterskor med utökade arbetsuppgifter.

Parallellt med våra resultat är det intressant att notera att det finns tidigare studier som har konstaterat att patienter varit mer nöjda med besök hos sjuksköterska än läkare (Vårdanalys 2012, Laurant m.fl. 2019). Dessutom kan vi se i fritextkommentarerna i befolkningsenkäten att svarande menar att det inte är lika viktigt att träffa en läkare vid övre luftvägsinfektion.

Svarande som utgår från att de ska söka vård för lindrig depression värderar däremot ett videobesök med läkare högst. Man kan tänka sig att det finns andra personalkategorier som man skulle vilja träffa vid lindrig depression, till exempel psykolog eller terapeut. Men i den här studien har dessa personalkategorier inte ingått.

5.2.3 Personlig kontinuitet är mindre viktigt i valet av videobesök

Resultatet pekar på att de svarande inte värdesätter att känna till vårdpersonalen i ett videobesök lika högt som de övriga kvalitetsaspekterna. Detta synliggörs i figur 26 genom att preferensvärdena för att känna till vårdpersonalen sedan tidigare är lägre jämfört med övriga kvalitetsaspekter inom respektive sjukdomstillstånd.

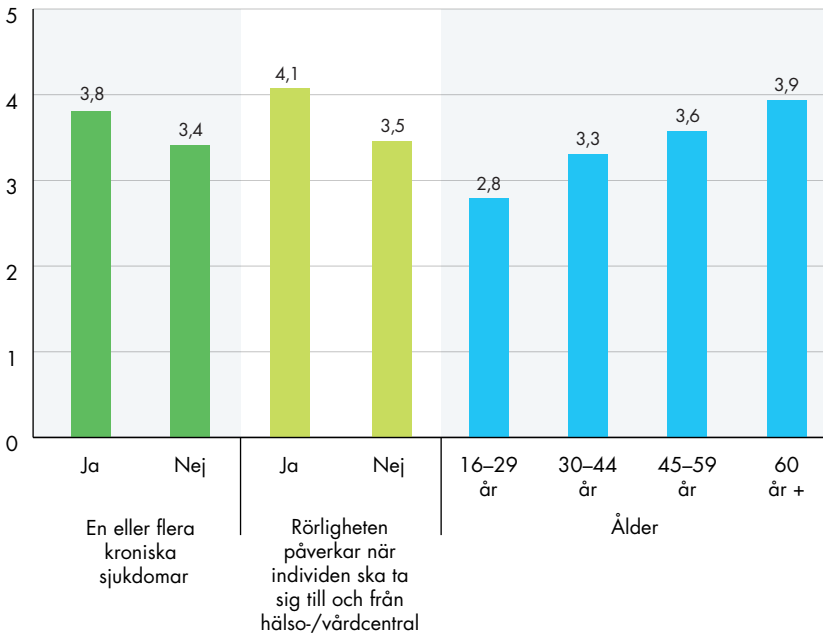
Kvalitetsaspekten som tar fasta på om patienten känner till vårdpersonalen sedan tidigare kan vara ett sätt att undersöka hur personlig kontinuitet värderas i ett nybesök som sker genom videosamtal. Resultatet pekar på att det är av större betydelse att känna till vårdpersonalen sedan

tidigare för personer som utgår från sjukdomstillståndet astma. Astma är en långvarig eller kronisk sjukdom, och därmed kan resultatet tyda på att den här formen av kontinuitet är viktigare för de som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården för samma sjukdomstillstånd.

I enkäten fick de svarande även ange hur viktigt personlig kontinuitet är för dem när de söker digital eller fysisk vård i primärvården för sina egna hälsotillstånd. I den här enkätfrågan behövde de svarande inte utgå från de hypotetiska sjukdomstillstånden i enkäten, och personlig kontinuitet värderades heller inte jämfört med andra kvalitetsaspekter, som i de fiktiva valsituationerna. Resultatet visar att personlig kontinuitet är viktigare bland vissa grupper. Figur 27 visar hur viktig personlig kontinuitet är i primärvården generellt på en femgradig skala för personer med olika hälsotillstånd och ålder.

Figur 27. Hur viktigt personlig kontinuitet är i ett primärvårdsbesök när de svarande utgår från sitt eget hälsotillstånd, det vill säga bortsett från enkätsituationen. De svarande fick ange hur viktig personlig kontinuitet är på en femgradig skala.

Medelvärde



Not. Antal svar: 1 304 – 1 325. Skillnaderna inom respektive grupp är signifikanta.



5.2.4 Informationskontinuitet värdesätts av de svarande

Vid samtliga tillstånd värderar de svarande att vårdpersonalen har tillgång till journal med eller utan egenrapporterade värden högre jämfört med att inte ha tillgång till journal, se figur 26.

De svarande föredrog att personalen har tillgång till journal och egenrapporterade värden framför att personalen bara har tillgång till journal utan egenrapporterade värden. De som utgår från att de söker vård för lindrig depression anser att det är mindre viktigt att journalen är tillgänglig för personalen jämfört med övriga sjukdomstillstånd.

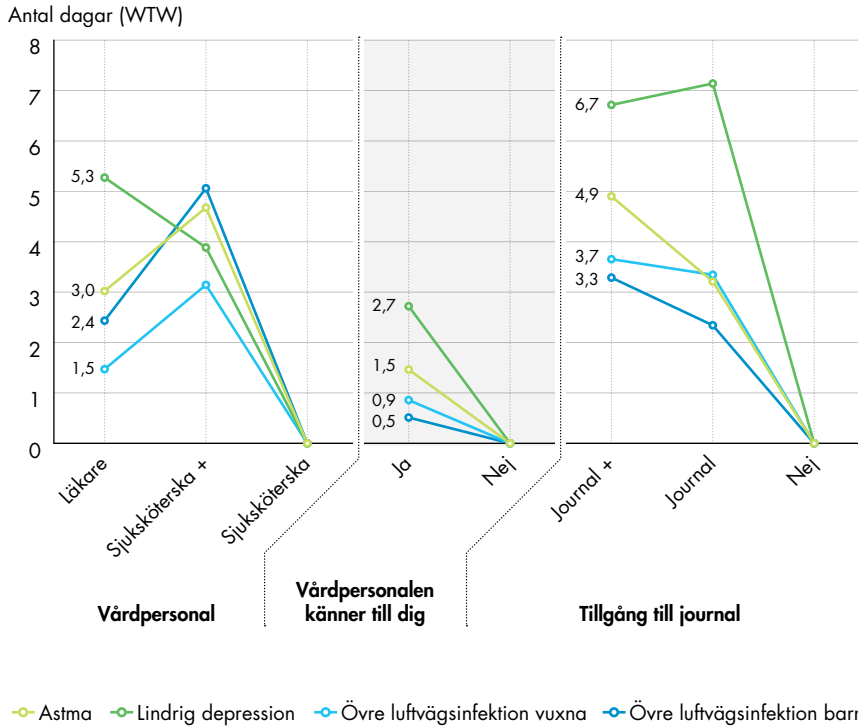
Att vårdpersonalen har tillgång till patientens samlade journal kan också definieras som informationskontinuitet. Resultatet tyder på att informationskontinuitet framstår som viktigare än personlig kontinuitet i ett videobesök, men att det varierar mellan hypotetiska sjukdomstillstånd. Vid lindrig depression är dessa kvalitetsaspekter mer likvärdiga.

5.2.5 Olika benägenhet att vänta på videobesök med viss kvalitet

Preferenserna för varje kvalitetsaspekt kan också uttryckas i väntetid. På samma sätt som att priset för en vara eller tjänst uttrycks i kronor kan valutan i stället bestå av tid. Det ger svar på hur länge de svarande kan tänka sig att vänta för att få tillgång till ett videobesök med en specifik kvalitetsaspekt. Benägenheten att vänta, eller hur länge de svarande kan tänka sig att vänta, är en kvot mellan preferensvärdet för väntetid och övriga kvalitetsaspekter. Det kallas vanligtvis för *willingness-to-wait* (WTW).

Vi kan sammanfattningsvis konstatera att det finns en benägenhet att vänta olika länge för att få tillgång till ett videobesök med kvalitetsaspekter som man föredrar. Analysen visar att personer som utgår från att de ska söka vård för lindrig depression är benägna att vänta längst för att få tillgång till ett videobesök med sina högst rankade kvalitetsaspekter. Till exempel visar figur 28 att personer som föreställer sig att de ska söka vård för lindrig depression är benägna att vänta lite över 5 dagar för att få träffa en läkare. Personer som antar att de ska söka vård för övre luftvägsinfektion för sig själva eller sina barn vill få vård snabbare jämfört med övriga sjukdomstillstånd.

Figur 28. Benägenheten att vänta för att få tillgång till ett digitalt videobesök med specifika kvalitetsaspekter.



Not. "Sjuksköterska +" innebär en sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare och som kan utfärda remiss och vissa recept, men inte sjukintyg. "Journal +" innebär journal med egenrapporterade värden.

5.3 FLER VÄLJER FYSISKT VÅRDBESÖK

I nästa steg i enkätstudien ställdes de svarande inför ett fiktivt val mellan ett digitalt videobesök och ett fysiskt vårdbesök. Resultatet visar att svarande som föreställer sig att de ska göra ett nybesök i primärvården för något av sjukdomstillstånden föredrar ett fysiskt vårdbesök.

Personer som utgår från att de söker vård för lindrig depression är mest benägna att välja ett fysiskt vårdbesök. Därefter kommer vuxna personer som utgår från att de söker vård för övre luftvägsinfektion, sedan personer som söker vård för astma. Lägst benägenhet att välja ett fysiskt vårdbesök jämfört med digitala videobesök har föräldrar som utgår från att de ska söka vård för att deras barn har övre luftvägsinfektion.

Även om en genomsnittlig person föredrar ett fysiskt vårdbesök visar analysen att det finns grupper som är mer benägna än andra att välja ett videobesök. Bland annat är personer med högre utbildning, högre inkomst, personer med erfarenhet av videobesök och personer som söker råd på internet vid sjukdom och besvär mer benägna att välja ett videobesök. Personer över 60 år värderar digitala videobesök lägre jämfört med yngre personer. Skillnaderna i preferenser för videobesök mellan grupper framgår av tabell 3. Vi ser till exempel att personer som är 30–44 år och utgår från tillståndet astma värderar digitala videobesök högre jämfört med referensgruppen som är personer i åldrarna 45–59.

Vi har även analyserat om avståndet till patienternas ordinarie vårdcentral påverkar valet av digitala eller fysiska vårdbesök. Vi ser inte någon skillnad mellan personer som har kortare än 30 minuter till vårdcentralen jämfört med dem som har längre än 30 minuters resväg.

Det digitala videobesöket jämförs med ett fysiskt vårdbesök som går till på liknande sätt som de svarandes senaste fysiska vårdbesök. Däremot antar de fortfarande att de söker vård för det hypotetiska sjukdomstillståndet, och inte det tillstånd som de faktiskt hade den senaste gången de besökte en primärvårdsmottagning. I faktarutan nedan presenterar vi hur de svarande beskriver sitt senaste fysiska vårdbesök utifrån de kvalitetsaspekter som enkätstudien fokuserar på.

Tabell 3. Benägenhet att välja digitala videobesök utifrån olika grupper i befolkningen.

		Sökorsak			
		Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	Övre luftvägsinfektion barn
Kön (referens: kvinnor)	Män	–			
Barnets ålder (referens: 0-7 år)	8-15 år				
Ålder (referens: 45-59 år)	16-29 år	+			–
	30-44 år	+			
	60 år +	–	–	–	
Utbildning (referens: förgymnasial utbildning)	Gymnasial	+		+	
	Eftergymnasial	+	+	+	
Inkomst (referens: låg inkomst)	Medel	+	+		
	Hög	+	+	+	
Kommuntyp (referens: landsbygds-kommuner)	Täta kommuner				+
	Storstadskommuner		+		+
	Stockholm, Göteborg, Malmö	+			
Tidigare erfarenhet av digital vård (referens: nej)	Ja	+	+		+
Sitt senaste fysiska besök (referens: mindre nöjd eller inte alls nöjd)	Mycket nöjd eller ganska nöjd	–			–
Använder internet för att söka om råd vid sjukdom och besvär (referens: nej)	Ja (alltid och ibland)	+	+	+	

Not. Endast statistiskt säkerställda skillnader redovisas. Ett plustecken innebär att en grupp är mer benägen att välja ett videobesök jämfört med referensgruppen. Ett minustecken innebär att en grupp är mindre benägen att välja ett videobesök jämfört med referensgruppen.



Hur upplevde de svarande sitt senaste fysiska vårdbesök?

I befolkningsenkäten fick de svarande svara på frågor om hur deras senaste fysiska vårdbesök gick till med utgångspunkt i de fyra kvalitetsaspekterna. Tabell 4 visar en sammanställning av hur de svarande beskriver sitt senaste fysiska vårdbesök. Sökorsaken för det senaste fysiska vårdbesöket behöver inte vara samma sjukdomstillstånd som de skulle utgå från i de hypotetiska valsituationerna. Men syftet var att de skulle applicera sitt hypotetiska sjukdomstillstånd på sitt senaste fysiska vårdbesök i valsituationerna.

Tabell 4. Så här gick de svarandes senaste fysiska primärvårdsbesök till uppdelat efter de hypotetiska sjukdomstillstånden som de fick i enkätstudien.

	Sökorsak			
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	Övre luftvägsinfektion barn
Genomsnittlig väntetid (dagar)	6	5	6	3
Träffade en läkare	73 %	75 %	70 %	64 %
Träffade vårdpersonal som känner till dig	43 %	38 %	38 %	33 %
Upplevde att vårdpersonalen läst din journal	58 %	52 %	51 %	48 %

5.4 HÖGRE BETALNINGSVILJA FÖR FYSISKA VÅRDBESÖK NÄR BESÖKSFORMERNA HAR SAMMA KVALITET

Tidigare har vi undersökt de svarandes relativa värdering av digital och fysisk vårdform genom att de fick ta ställning till vilken besöksform de föredrar genom att de ställdes inför hypotetiska val. Vi såg då att en genomsnittlig person väljer ett fysiskt vårdbesök som går till på samma sätt som sitt senaste fysiska besök.

Ett annat sätt att mäta värderingen av digitala videobesök och fysiska vårdbesök är med monetära preferenser genom de svarandes betalningsvilja. Betalningsviljan kan också översättas som ett mått på deras efterfrågan på fysiska vårdbesök eller digitala videobesök.

Regressionsanalysen visar att de svarande har en genomgående högre (genomsnittlig) betalningsvilja för ett fysiskt vårdbesök jämfört med ett digitalt vårdbesök genom videosamtal. Storleken på värderingen skiljer sig åt beroende på sjukdomstillstånd och även om de har tidigare erfarenheter av digitala videobesök eller inte.

I bilaga 3 gör vi en mer detaljerad beskrivning av regressionsanalysen.

5.4.1 Betalningsviljan för fysiska vårdbesök varierar mellan 107 och 162 kronor

Värderingen av vårdbesök kan mätas med hjälp av betalningsvilja, det vill säga vad ett vårdbesök är värt mätt i pengar jämfört med ett annat vårdbesök. Den genomsnittliga betalningsviljan är högre för fysiska vårdbesök än för digitala videobesök. Det betyder att fysiska vårdbesök värderas högre än digitala videobesök när de svarande ställs inför den här hypotetiska situationen.

Tabell 5 visar hur mycket mer de svarande har angett att de är villiga att betala för att få ett fysiskt vårdbesök om videobesöket antas kosta 100 kronor. Om digitala videobesök och fysiska vårdbesök har samma kvalitetsaspekter och nivåer värderas fysiska vårdbesök med 107 till 162 kronor mer än digitala videobesök beroende på vilket sjukdomstillstånd de svarande utgår från. Föräldrar som utgår från att de ska söka vård för ett barn med övre luftvägsinfektion värderar det fysiska vårdbesöket till 107 kronor mer än videobesöket som antas kosta 100 kronor. Personer som utgår från att de ska söka vård för lindrig depression värderar det fysiska vårdbesöket till 162 kronor mer än det digitala videobesöket. Vuxna som utgår från att de har övre luftvägsinfektion värderar det fysiska vårdbesöket till 134 kronor mer än det digitala videobesöket och personer som utgår från astma värderar det fysiska vårdbesöket till 152 kronor mer.

5.4.2 Betalningsviljan påverkas av tidigare erfarenheter av digital vård

När analysen delas upp efter de svarandes erfarenhet av att ha gjort ett videobesök ändras resultatet något, se tabell 5. Om vi antar att videobesöken och de fysiska vårdbesöken går till på exakt samma sätt värderas fysiska vårdbesök med 131 till 171 kronor mer än videobesök bland personer som inte har erfarenhet av videobesök.

Bland svarande med erfarenhet av digitala videobesök är betalningsviljan för fysiska vårdbesök bara statistiskt säkerställd bland dem som utgick från att de söker vård för lindrig depression. De har en betalningsvilja för fysiska vårdbesök på 89 kronor mer än videobesök som här antas kosta 100 kronor. Det är relativt få personer i vårt underlag som har tidigare erfarenhet av videobesök, vilket kan förklara varför få resultat blir statistiskt säkerställda.

En annan intressant, men inte statistiskt säkerställd, iakttagelse är att föräldrar med barn som har övre luftvägsinfektion och som har tidigare erfarenhet av digitala videobesök värderar videobesök högre än ett fysiskt vårdbesök.



Tabell 5. Sammanställning av den extra genomsnittliga betalningsviljan för att få ett fysiskt vårdbesök i stället för ett digitalt videobesök (som antas kosta 100 kr).

	Sökorsak			
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	Övre luftvägsinfektion barn
Samtliga svarande, med och utan erfarenhet	152**	162**	134**	107**
Utän tidigare erfarenhet	163**	171**	131**	145**
Tidigare erfarenhet	3	89*	41	-21

Not. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

5.4.3 Väntetid har en signifikant negativ påverkan på betalningsviljan

Våra analyser tyder också på att väntetid har en signifikant negativ påverkan på betalningsviljan bland svarande, som utgår från att de ska söka vård för antingen astma, lindrig depression eller övre luftvägsinfektion. Det betyder att man är villig att betala mer för att få vård snabbt och att betalningsviljan minskar om väntetiderna ökar. Betalningsviljan för väntetider gäller oavsett digital eller fysisk vård. Om något av vårdbesöken har kortare väntetider kan man anta att betalningsviljan för vårdbesöket också ökar. För övriga kvalitetsaspekters effekt på betalningsviljan, se bilaga 3.

5.5 VI MÄTER FAKTISKA PREFERENSER OCH INTE SLUMPMÄSSIGA SVAR

I den här typen av studier där man använder sig av hypotetiska valsituationer är det viktigt att följa upp hur de svarande tänkte när de valde vilket vårdbesök och vilken vårdform de föredrog. Med det menar vi om de svarande har haft logiska och förväntade beslutsregler.

Sammanfattningsvis visar valideringen av befolkningsenkäten att majoriteten av de svarande fokuserade på alla eller flera av kvalitetsaspekterna i sitt val. Det betyder att vi faktiskt mäter preferenser och inte slumpmässiga svar när vi analyserar den relativa värderingen mellan kvalitetsaspekterna. Framför allt fokuserade de svarande på väntetid och vilken typ av vårdpersonal de träffar, eller kommunicerar med, under sitt vårdbesök.

De svarande var generellt också säkra på sin betalningsvilja och få angav noll i betalningsvilja. Majoriteten angav sin betalningsvilja utifrån vad de tyckte att vårdbesöket var värt.

Även om vi mäter preferenser snarare än slumpmässiga svar och att svarande är säkra på sin betalningsvilja är detta en hypotetisk situation

och vi kan inte veta hur personerna hade agerat om de ställdes inför samma situation i verkligheten. Vi kan heller inte avgöra exakt i vilken utsträckning som de svarande har tänkt på sitt eget hälsotillstånd i kombination med det fiktiva tillståndet. Möjligtvis har en del utgått från sitt egna hälsotillstånd, medan andra kanske endast utgick från det hypotetiska tillstånd som de blev tilldelade. Därmed bör resultaten tolkas med viss försiktighet.

I bilaga 3 finns en mer detaljerad sammanställning av resultatvalideringen.





Vårdpersonalens syn på digitala vårdbesök

Vi har undersökt vårdpersonalens syn på digitala vårdbesök. Vi har frågat läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar om deras erfarenhet och uppfattning om digitala vårdbesök i en enkätundersökning samt genomfört en gruppintervju med sjuksköterskor och läkare. Vi sammanfattar enkätundersökningen så här:

- Digitala vårdbesök förekommer i viss mån på vårdcentraler vid första besöket, men åsikterna om digitala vårdbesök är effektiva vid diagnos-
tisering varierar mellan sjukdomstillstånd.
- Något över hälften av läkarna vill arbeta mer med digitala vårdbesök.
- Läkarna anser att det finns flera fördelar med digitala vårdbesök. Det är framför allt aspekter som underlättar för patienter som kan förbättras, enligt läkarna.
- Det finns en oro för hur digitala vårdbesök kan påverka hälso- och sjukvårdssystemet i ett bredare perspektiv, till exempel risken för överanvändningen av vård.
- Läkare som arbetar med videobesök är mer positivt inställda till digitala vårdbesök.



6.1 FOKUS PÅ DIGITALA VÅRDBESÖK I REALTID OCH MED FÖRDRÖJNING I KAPITEL 6

I enkätundersökningen till primärvårdsläkare som arbetar på fysiska mottagningar var fokus på både digitala vårdbesök som sker i realtid och med fördröjning, se figur 29. I gruppintervjun diskuterades delvis befolkningsenkäten som fokuserade på videobesök, men diskussionen fokuserade även på digitala vårdbesök i ett bredare sammanhang och därmed inte bara kommunikation genom videosamtal.

En synpunkt som belystes av en enkättagare var att enkätfrågorna inte tydliggjorde om de avsåg digitala vårdbesök på patienternas ordinarie vårdcentral eller hos någon annan privat digital vårdgivare.

Figur 29. Fokus på digitala vårdbesök i realtid och med fördröjning i enkätundersökningen till primärvårdsläkare och i gruppintervjun.



6.2 PRIMÄRVÅRDSLÄKARES UPPFATTNING OM DIGITALA VÅRDBESÖK FÅNGAS VIA EN ENKÄTUNDERSÖKNING

Vårdanalys har regeringens uppdrag att genomföra den så kallade IHP-undersökningen varje år. Undersökningen riktar sig till olika målgrupper med ett rullande treårsschema. 2019 års undersökning riktades till läkare i primärvården. Mer information om undersökningen och hur den genomfördes finns i faktarutan nedan.

Enkätundersökningen innehåller totalt 40 frågor som tar fasta på läkarnas arbete i primärvården. Ett antal frågor i årets enkät handlade om läkarnas erfarenhet av och uppfattning om digitala vårdbesök.

IHP-studien är en årlig undersökning som 2019 riktade sig till läkare i primärvården

Sedan 2009 deltar Sverige i undersökningen International Health Policy Survey (IHP-studien). Studien leds av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund. Tillsammans med 11 länder genomför stiftelsen varje år jämförande undersökningar för att ge underlag till förbättrat beslutsfattande inom hälso- och sjukvårdsområdet. Vårdanalys har i uppdrag av regeringen att ansvara för den svenska delen av IHP-studien. År 2019 undersöker IHP-studien hur primärvårdsläkare i de olika länderna ser på hälso- och sjukvården.

Datainsamling, svarsfrekvens och de svarande på enkäten

Enkäten skickades till samtliga läkare inom primärvården (5 824 individer) som finns registrerade i ett register hos IQVIA Solutions Sweden AB över läkare i Sverige (HSAR). Enkäten skickades till primärvårdsläkare som har en fysisk vårdcentral som arbetsplats. Vi har inte kunnat avgöra om några av läkarna samtidigt arbetar deltid på en annan vårdcentral, till exempel en vårdgivare som tillhandahåller digitala vårdbesök. Därmed kan några av läkarna väga in sin erfarenhet från att både arbeta på en fysisk vårdcentral och hos en digital vårdgivare. Undersökningen var öppen mellan 14 januari och 17 maj 2019 och svarsfrekvensen blev 42 procent.

6.3 PRIMÄRVÅRDSLÄKARES ERFARENHET AV DIGITALA VÅRDBESÖK

Det här avsnittet kan sammanfattas med att digitala vårdbesök förekommer på vårdcentraler vid första besöket och det är vanligare på vårdcentraler i offentlig regi. Om digitala vårdbesök är effektiva vid diagnostisering beror enligt läkarna på vilket sjukdomstillstånd det handlar om. Resultatet visar också att något över hälften av läkarna vill arbeta mer med digitala vårdbesök.

6.3.1 Mer än var tionde förstabetesök sker via digitala kommunikationsformer

Sammantaget konstaterar vi att mellan 10 och 20 procent av de första besöken i primärvården för ett urval hälsotillstånd vanligtvis eller ofta sker som ett digitalt vårdbesök. Störst andel läkare anger att de eller någon annan vårdpersonal vid samma vårdcentral genomför digitala vårdbesök vid urinvägsinfektion, se figur 30. Digitala vårdbesök vid luftvägsinfektion är också relativt vanligt jämfört med övriga hälsotillstånd.

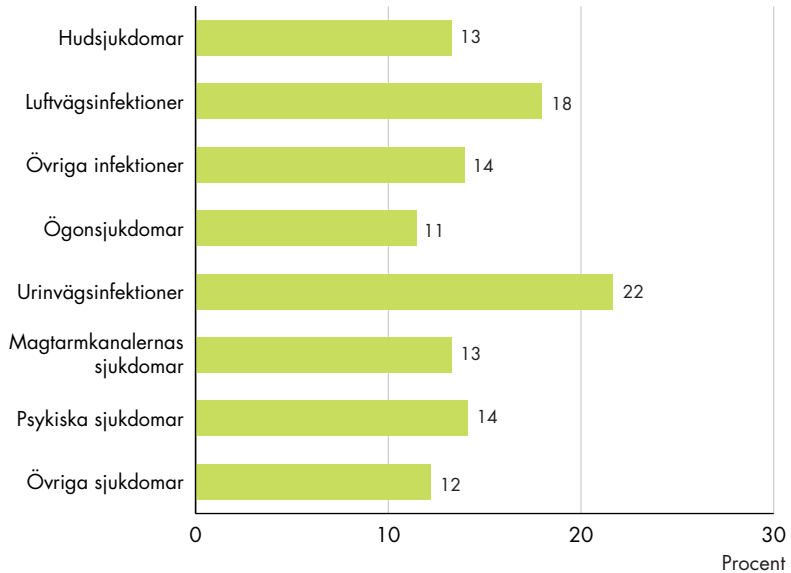
Runt hälften av läkarna anger att digitala vårdbesök aldrig genomförs som första besök av dem eller någon annan på vårdcentralen.



Figur 30. Läkare som svarar att de, eller någon annan på deras vårdcentral, vanligtvis eller ofta genomför ett digitalt vårdbesök.

Fråga: När en patient söker vård för följande hälsoproblem, hur ofta genomför du eller någon annan personal vid din vårdcentral digitala vårdbesök vid första besöket? T. ex. genom telefon, video eller textmeddelanden.

Andel: Vanligtvis eller ofta



Not. Vanligtvis avser 75–100 procent av gångerna, ofta avser 50–74 procent av gångerna. Andra svarsalternativ var ibland (25–49 procent av gångerna), sällan (1–24 procent av gångerna) och aldrig.

Antal svar: 2 300–2 335.

Digitala vårdbesök vanligare på vårdcentraler i offentlig regi

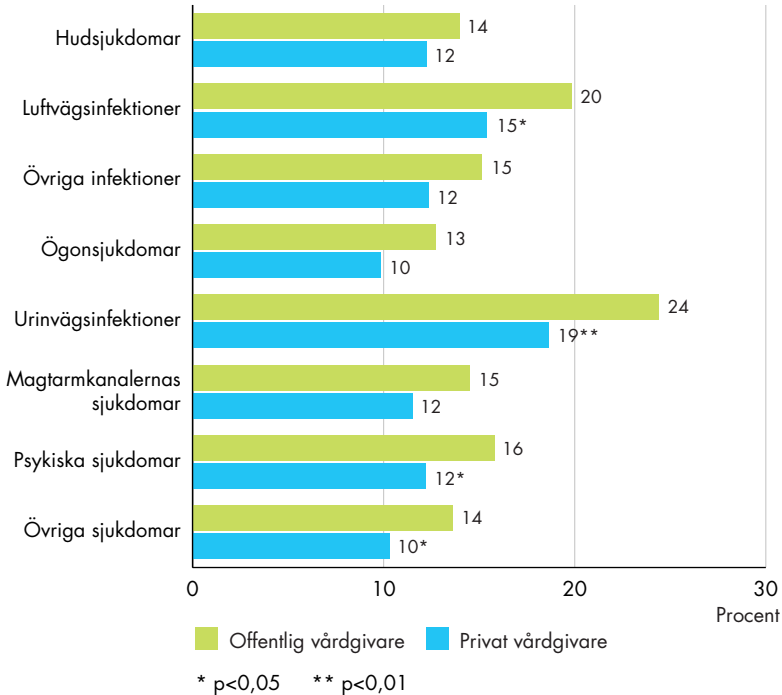
När vi delar upp de svarande läkarna efter om de arbetar vid en offentligt eller privat driven vårdcentral ser vi att digitala vårdbesök är vanligare på vårdcentraler i offentlig regi, se figur 31.

I våra mätningar kan vi dessutom observera skillnader beroende på var i landet läkaren arbetar. Det framgår att läkare som arbetar på vårdcentraler i mindre städer, pendlingskommuner eller storstäder oftare arbetar med digitala vårdbesök vid första besöket jämfört med läkare i landsbygdskommuner. Skillnaderna är däremot inte signifikanta. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom antalet svarande läkare från landsbygdskommuner är få.

Figur 31. Läkare som svarar att de, eller någon annan på deras vårdcentral, vanligtvis eller ofta genomför ett digitalt vårdbesök fördelat efter regiform.

Fråga: När en patient söker vård för följande hälsoproblem, hur ofta genomför du eller någon annan personal vid din vårdcentral digitala vårdbesök vid första besöket? T. ex. genom telefon, video eller textmeddelanden.

Andel: vanligtvis eller ofta



Not. signifikansnivåerna avser skillnader mellan offentlig och privat vårdgivare inom respektive sjukdomsgrupp.

6.3.2 Primärvårdsläkares uppfattning om effektivitet vid diagnostisering i digitala vårdbesök

Digitala vårdbesök är olika effektiva vid diagnostisering beroende på patientens hälsotillstånd. 35 procent av de svarande bedömer att det ofta eller vanligtvis är effektivt att ställa diagnos vid urinvägsinfektion, se figur 32.

Vid psykiska sjukdomar, luftvägsinfektioner och hudsjukdomar svarar runt 15 procent av läkarna att de anser att det vanligtvis eller ofta är effektivt att ställa diagnos under ett digitalt vårdbesök. För de övriga hälsotillstånden svarar under 7 procent av läkarna att de anser att det ofta eller vanligtvis är effektivt att ställa diagnos vid digitala vårdbesök.

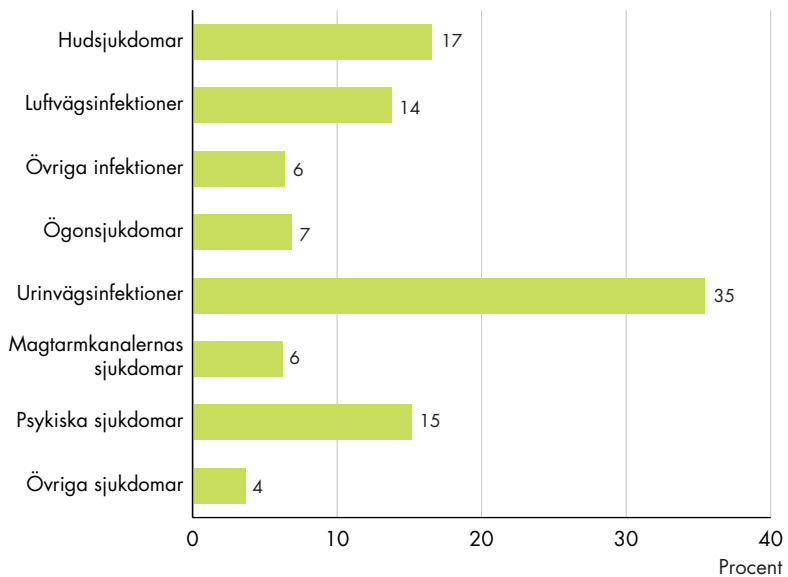


Förutom vid urinvägsinfektion anger mellan 57 och 77 procent av läkarna att det sällan eller aldrig är effektivt att ställa diagnos vid digitala vårdbesök. Vid urinvägsinfektion svarar 40 procent av läkarna att det sällan eller aldrig är effektivt att ställa diagnos vid digitala vårdbesök.

Figur 32. I vilken utsträckning läkarna tror att digitala vårdbesök är effektiva för att ställa diagnos vid första besöket. Andelen som svarar vanligtvis eller ofta presenteras i figuren.

Fråga: När en patient söker vård för följande hälsoproblem, i vilken utsträckning anser du att digitala vårdbesök (t. ex. genom telefon, video eller textmeddelanden) är effektiva för att ställa diagnos vid första besöket?

Andel: vanligtvis eller ofta



Not. Vanligtvis avser 75–100 procent av gångerna, ofta avser 50–74 procent av gångerna. Andra svarsalternativ var ibland (25–49 procent av gångerna), sällan (1–24 procent av gångerna) och aldrig.

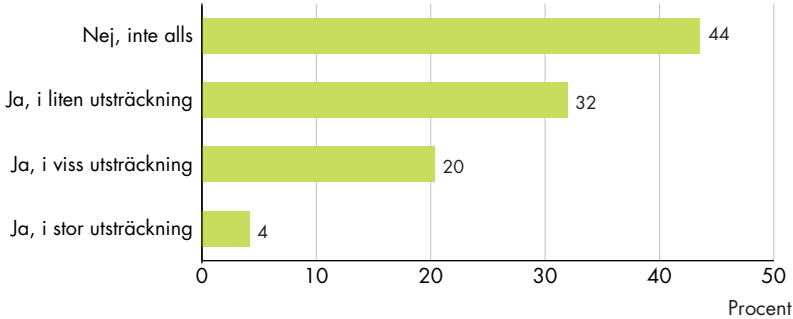
Antal svar: 2 244–2 316.

6.3.3 Hälften av primärvårdsläkarna vill arbeta mer med digitala vårdbesök

Något över hälften av läkarna uppger att de i någon utsträckning vill arbeta mer med digitala vårdbesök än vad de gör i dag, se figur 33. Av dem svarar störst andel att de vill arbeta mer i liten utsträckning. Samtidigt visar resultaten från enkäten också att ungefär 4 av 10 läkare inte alls vill arbeta mer med digitala vårdbesök.

Figur 33. Andel läkare som inte vill respektive som i någon utsträckning vill arbeta mer med digitala vårdbesök.

Fråga: Skulle du vilja arbeta mer med digitala vårdbesök (t. ex. genom telefon, video eller textmeddelande) än vad du gör idag?



Not. Antal svar: 2 374.

Majoriteten av läkarna som vill arbeta mer med digitala vårdbesök har videobesök med patienter i dag

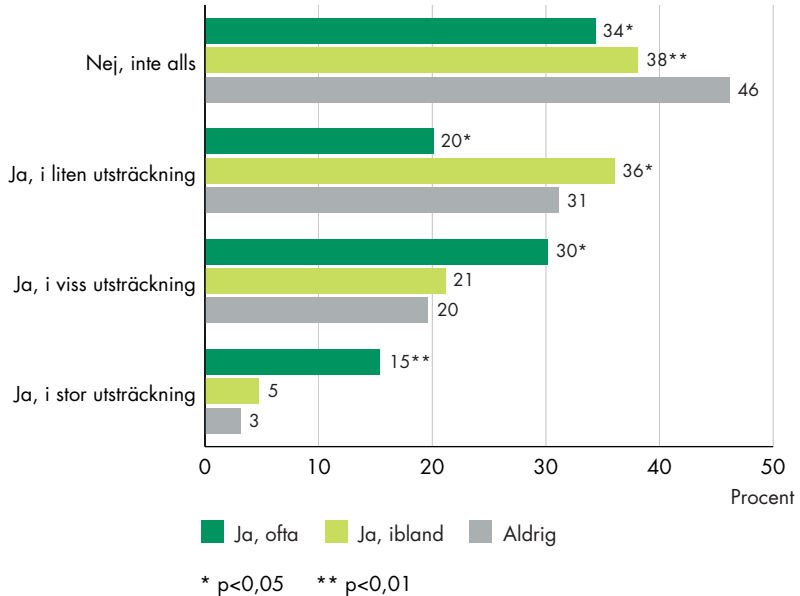
I figur 34 kombineras läkarnas uppfattning om de vill arbeta mer med digitala vårdbesök med svar på en annan fråga som tar fasta på hur ofta läkarna har videobesök med patienter i dag.

Vi konstaterar att flera av läkarna som vill arbeta mer med digitala vårdbesök i någon utsträckning genomför videobesök i dag. Men som figuren visar svarar även en del av läkarna som arbetar med videobesök i dag att de inte vill arbeta mer med digitala vårdbesök. Om det beror på att de anser att de använder videobesök i tillräckligt stor utsträckning redan eller att de inte föredrar arbetssättet, går inte att svara på utifrån den information som vi har.



Figur 34. Andel läkare som inte vill respektive som i någon utsträckning vill arbeta mer med digitala vårdbesök, fördelat efter om de arbetar med videobesök i dag.

Fråga: Skulle du vilja arbeta mer med digitala vårdbesök (t. ex. genom telefon, video eller textmeddelande) än vad du gör idag?



Not. "Ja, ofta", "Ja, ibland" och "Aldrig" är svarsalternativ på frågan om primärvårdsläkaren arbetar med videobesök idag. Signifikansnivåerna avser skillnader mellan "ja, ofta" och "aldrig" samt mellan "ja, ibland" och "aldrig".

6.4 PRIMÄRVÅRDSLÄKARE SER EVENTUELLA FÖR- OCH NACKDELAR MED DIGITALA VÅRDBESÖK

Vi har frågat läkarna om eventuella för- och nackdelar till följd av att digitala vårdbesök erbjuds. Vi konstaterar att läkarna ser flera fördelar men också att det finns en oro för hur digitala vårdbesök påverkar hälso- och sjukvårdssystemet.

6.4.1 Resbehovet blir mindre för patienterna

Mindre resbehov för patienterna är en aspekt som ungefär 3 av 4 läkare anser kan förbättras med digitala vårdbesök i viss eller stor utsträckning, se figur 35. Andra aspekter som en majoritet av läkarna anser kan förbättras med digitala vårdbesök är att det sparar tid och pengar för patienterna och att

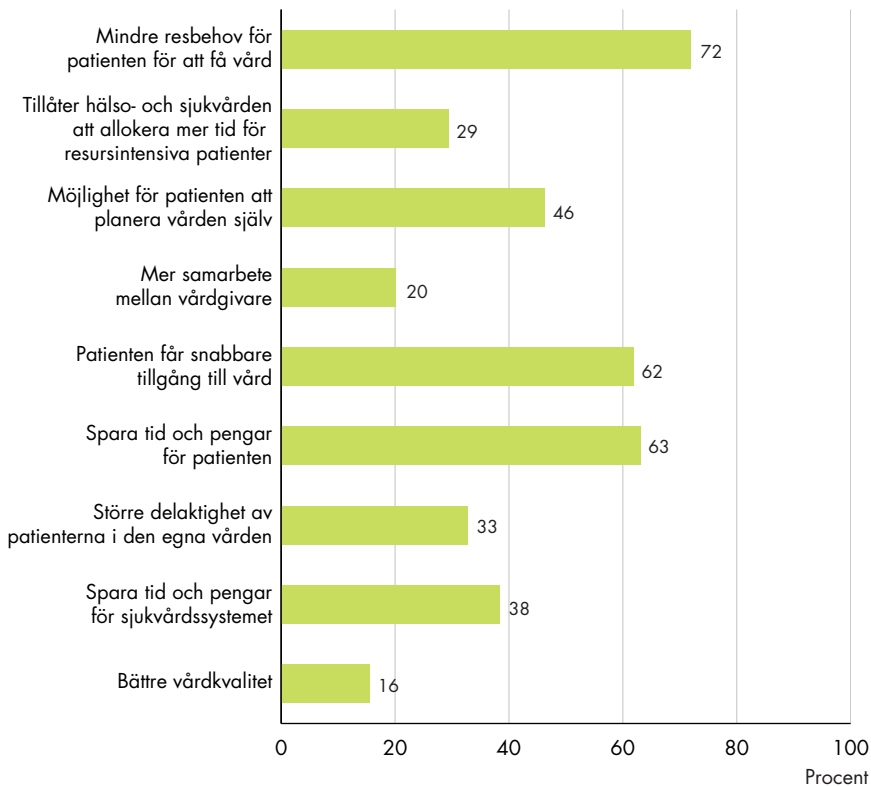
patienterna får snabbare tillgång till vård. Tillgängligheten verkar alltså vara en aspekt som många tror kan förbättras med digitala vårdbesök.

En annan sammanfattande reflektion är att en mindre andel läkare anser att digitala vårdbesök leder till förbättringar av hälso- och sjukvårdssystemet på ett bredare plan. Till exempel tror bara 2 av 10 att samarbetet mellan vårdgivare förbättras i stor eller viss utsträckning och ytterligare en mindre andel läkare tror att vårdkvaliteten kan förbättras med digitala vårdbesök.

Figur 35. Andelen läkare som tror att digitala vårdbesök (t.ex. genom telefon, video och textmeddelanden) i stor eller viss utsträckning kan förbättra följande aspekter.

Fråga: I vilken utsträckning tror du att digitala vårdbesök (t. ex. genom telefon, video och textmeddelanden) kan förbättra följande aspekter?

Andel: stor utsträckning eller viss utsträckning



Not. Svarsalternativen till frågan är i stor utsträckning, i viss utsträckning, i liten utsträckning och inte alls.

Antal svar: 2 340–2 359.



6.4.2 Primärvårdsläkare oroade att digitala vårdbesök leder till att hälso- och sjukvårdssystemet överutnyttjas

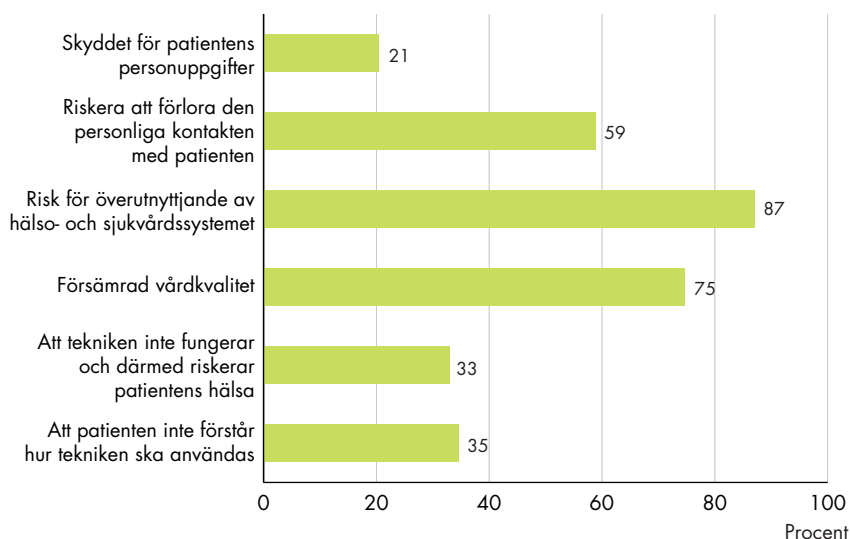
En stor andel läkare anser att överutnyttjande av hälso- och sjukvårdssystemet kan vara ett stort problem när digitala vårdbesök erbjuds, se figur 36. Detta anser 9 av 10 primärvårdsläkare. En majoritet av läkarna tror också att digitala vårdbesök kan skapa stora problem med försämrad vårdkvalitet och att det finns en risk att förlora den personliga kontakten med patienterna.

Att patienter inte förstår hur tekniken ska användas, att det finns en risk att tekniken inte fungerar och därmed riskerar patienternas hälsa samt skyddet för personuppgifter anses inte vara ett problem för lika många läkare. Samtidigt anser mellan 20 och 30 procent av läkarna att dessa aspekter kan vara ett stort problem.

Figur 36. Andelen läkare som anser att digitala vårdbesök kan leda till stora problem för följande aspekter.

Fråga: Hur stort problem, om något, är följande aspekter när digitala vårdbesök erbjuds (t. ex. via telefon, video eller textmeddelanden)?

Andel: stort problem



Not. Svarsalternativen till frågan är stort problem, litet problem och inget problem.

Antal svar: 2 345–2 363.

6.5 PRIMÄRVÅRDSLÄKARE MED MER ERFARENHET AV VIDEOBESÖK ÄR I ALLMÄNHET MER POSITIVA TILL DIGITALA VÅRDBESÖK

I det här avsnittet presenterar vi en analys av sambandet mellan ett antal bakgrundsfaktorer och läkarnas uppfattning om digitala vårdbesök i primärvården. Vi analyserar sambandet med hjälp av en regressionsanalys. Sammanfattningsvis tenderar läkarnas erfarenhet av att arbeta med videobesök öka sannolikheten att de ser mer positivt på digitala vårdbesök. Vi ser även att uppfattningen om digitala vårdbesök varierar beroende på läkarnas ålder och de socioekonomiska förhållandena inom patientsammansättningen vid vårdcentralen där läkarna arbetar.

6.5.1 Läkare som ofta har videobesök ser fler fördelar med digitala vårdbesök

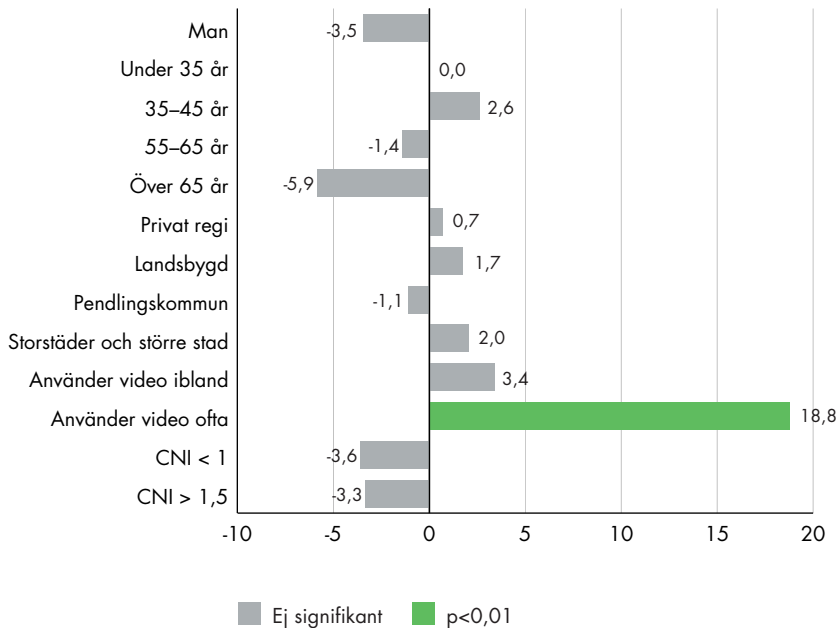
Figur 37 ger en bild av vilken bakgrund de läkare har som ser övervägande positivt på digitala vårdbesök. Vår analys visar att det finns en bakgrundsfaktor som har en statistiskt säkerställd påverkan på läkarnas inställning till digitala vårdbesök. Den bakgrundsfaktorn är om läkarna arbetar med videobesök ofta jämfört med om de aldrig gör det. Det betyder att sannolikheten att vara positivt inställd till digitala vårdbesök är högre bland läkare som ofta arbetar med videobesök än bland läkare som aldrig gör det.

Övriga bakgrundsfaktorer som bland annat kön, ålder och vårdcentralens regi har inte någon signifikant inverkan på om läkarna har en positiv inställning till digitala vårdbesök. Det betyder till exempel att vi inte finner resultat som pekar på att manliga läkare är mer eller mindre positiva än kvinnliga läkare. Eller till exempel att läkare som arbetar på vårdcentraler som drivs i privat regi är mer eller mindre positiva än läkare som arbetar på offentligt drivna vårdcentraler.

För att göra den här analysen har vi skapat ett index för att mäta om läkarna ser övervägande positivt på digitala vårdbesök. Samtliga personer som har svarat att digitala vårdbesök skapar förbättringar vid 6 av 9 aspekter i viss eller stor utsträckning betraktas som övervägande positiva i indexet.



Figur 37. Samband mellan bakgrunds faktorer och att tro att digitala vårdbesök förbättrar ett antal aspekter inom hälso- och sjukvården. Antal procentenheters skillnad jämfört med referensgruppen.



Not. Staplarna i grafen visar skillnad i sannolikhet att läkaren tror att digitala vårdbesök förbättrar 6 av 9 aspekter inom hälso- och sjukvården. Referensgrupperna är: Kvinnor, 45–55 år, arbetar i en mindre stad på en offentlig vårdcentral med CNI-tyngd mellan 1 och 1,5 och som aldrig har videobesök. Geografisk indelning baseras på SKR:s kommunindelning med följande fyra kategorier: landsbygd, mindre stad, pendlingskommun, storstäder och större städer. CNI är Care need index och mäter de socioekonomiska förhållandena i patientsammansättningen på vårdcentralerna.

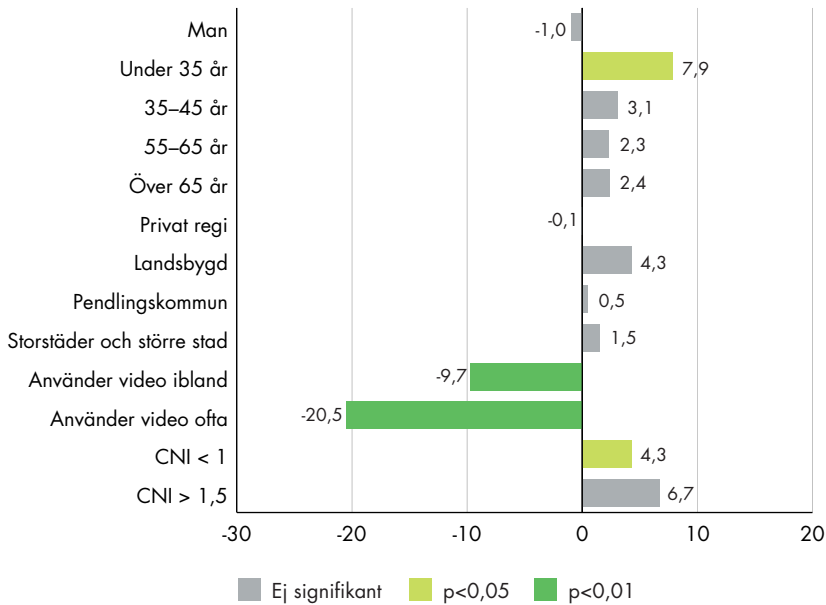
6.5.2 Bakgrundsfaktorer som kan förklara skillnader i läkarnas bedömning av om digitala vårdbesök kan orsaka problem

Vår analys tyder på att det finns skillnader mellan grupper när det gäller frågan om digitala vårdbesök kan leda till vissa problem. Sammanfattningsvis finner vi skillnader mellan åldersgrupper, vana att arbeta med videobesök och de socioekonomiska förhållandena i vårdcentralens patientsammansättning.

Närmare visar vår analys att sannolikheten att se mer problem med digitala vårdbesök är lägre bland läkare som i någon utsträckning arbetar med videobesök i dag än med läkare som inte arbetar med videobesök, se figur 38. Analysen visar också att sannolikheten att anse att digitala vårdbesök kan skapa problem är signifikant högre bland läkare under 35 år jämfört med 45–55 åringarna.

Dessutom tenderar läkare som arbetar på vårdcentraler med patienter som karakteriseras av att ha bättre socioekonomiska förhållanden att se mer problem med digitala vårdbesök. De socioekonomiska förhållandena i patientsammansättningen på vårdcentralerna mäts med hjälp av Care need index (CNI), där högre CNI-värde visar lägre socioekonomiska förutsättningar.

Figur 38. Samband mellan bakgrundsfaktorer och att tro att digitala vårdbesök kan leda till stora problem för ett antal aspekter inom hälso- och sjukvården. Antal procentenheters skillnad jämfört med referensgruppen.



Not. Staplarna i grafen visar skillnad i sannolikhet att läkaren tror att digitala vårdbesök leder till stora problem för 2 av 4 aspekter inom hälso- och sjukvården. Referensgrupperna är: Kvinnor, 45-55 år, arbetar i en mindre stad på en offentlig vårdcentral med CNI-hygd mellan 1 och 1,5 och som aldrig har videobesök. Geografisk indelning baseras på SKR:s kommunindelning med följande fyra kategorier: landsbygd, mindre stad, pendlingskommun, storstäder och större städer. CNI är Care need index och mäter de socioekonomiska förhållandena i patientsammansättningen på vårdcentralerna.

På samma sätt som vi skapade ett index för att mäta om läkarna ser övervägande positivt på digitala vårdbesök har vi även skapat ett index för att mäta om läkarna tror att digitala vårdbesök kan skapa stora problem. Med hjälp av indexet delas de svarande upp i två grupper: en grupp som ser mer kritiskt på digitala vårdbesök och en grupp som ser mindre kritiskt



på besöksformen. De som svarar att digitala vårdbesök kan leda till stora problem för två av följande aspekter antas här vara mer kritiska:

- risk att förlora den personliga kontakten med patienten
- försämrad vårdkvalitet
- risk för överutnyttjande av hälso- och sjukvårdssystemet
- försämrat skydd för patientens personuppgifter.

Utöver analyserna ovan har vi även undersökt om några ytterligare bakgrundsfaktorer påverkar läkarnas uppfattning om digitala vårdbesök. Vad läkarna tycker om den övergripande kvaliteten på det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och läkarnas kompetensnivå visade inte på någon effekt på läkarnas uppfattning om för- och nackdelar med digitala vårdbesök. Därmed ingår de inte i analyserna som presenteras i det här kapitlet. Vi har också försökt ta reda på om det finns något samband mellan läkarnas uppfattning om digitala vårdbesök och deras regiontillhörighet. Men på regionnivå blir resultaten allt för osäkra, eftersom grupperna är väldigt små.

6.6 GRUPPINTERVJU MED VÅRDPERSONAL FÖR ATT TOLKA OCH BEDÖMA BEFOLKNINGSENKÄTEN

Ett av rapportens delsyften är att ta reda på vårdpersonalens uppfattning om och erfarenhet av digitala vårdbesök. En del i detta arbete har varit att fördjupa oss i hur vårdpersonal reflekterar över digitala vårdbesök. I en gruppintervju med sjuksköterskor och läkare fördjupade vi oss särskilt i de kvalitetsaspekter som vi studerar i befolkningsenkäten. I gruppintervjun diskuterades även digitala vårdbesök ur ett patientperspektiv i ett bredare sammanhang. Vi redogör för diskussionens huvuddrag i följande två avsnitt.

I gruppintervjun deltog totalt 5 personer. De arbetar som sjuksköterska eller läkare inom antingen digital vård, fysisk vård eller en kombination. Eftersom gruppintervjun bara består av 5 personer, bör de resonemang som lyfts upp inte generaliseras till åsikter bland vårdpersonal generellt. I bilaga 4 beskriver vi mer ingående hur gruppintervjun var utformad, hur diskussionen sammanställdes samt hur vi rekryterade deltagarna.

6.6.1 Reflektioner över befolkningsenkätens innehåll

I gruppintervjun ställde vi bland annat frågor om det finns målkonflikter mellan kvalitetsaspekterna som vi tar fasta på i vår befolkningsenkät. En

målkonflikt som togs upp i gruppintervjun var att korta väntetider och kontinuitet inte alltid går att kombinera. Att få träffa sin ordinarie läkare kan innebära längre väntetid och en uppfattning som togs upp i intervjun är att patienter ibland väljer kort väntetid framför kontinuitet (lagkrav kopplat till väntetider och kontinuitet framgår av bilaga 5).

Vidare diskuterade deltagarna i gruppintervjun att kort väntetid inte alltid innebär säker vård för patienterna. Det är vanligt att digitala vårdbesök kan ske med korta väntetider, men det kan också finnas en risk att missa symtom eller diagnoser i digitala vårdbesök jämfört med fysiska vårdbesök. Digitala vårdbesök möjliggör inte alltid lika mycket informationsinhämtning som ett fysiskt vårdbesök.

Intervjudeltagare tog även upp att det kan skapas en otydlighet för patienterna när väntetiderna är långa och kanalerna in i vården är många. Det kan vara svårt att veta vart man ska vända sig för att få tillgång till den vård man är i behov av. Här finns en risk att patienter vänder sig dit tillgängligheten är som högst, trots att de egentligen är i behov av en annan form av vård. Till exempel att man söker primärvård digitalt även om en fysisk behandling behövs.

6.6.2 En bredare diskussion om digitala vårdbesök med läkare och sjuksköterskor

Deltagarna i gruppintervjun belyser vikten av att digitala vårdbesök är tillgängliga för alla. De tar upp att det finns olika orsaker som påverkar om ett digitalt vårdbesök är aktuellt för en patient eller inte. Det handlar bland annat om patientens egna önskemål och vilka behov som ligger till grund för besöket.

I gruppintervjun frågade vi även om det kan finnas aspekter som hindrar personer att söka vård digitalt. Kultur, språkkunskaper, samsjuklighet, socialt nätverk och ålder är aspekter som togs upp som eventuella hinder för att söka vård digitalt. Ett annat exempel som togs upp var personer som inte har bank-id och därmed inte kan legitimera sig i ett digitalt vårdbesök. Grupper i befolkningen som karakteriseras av dessa egenskaper kan ha svårare att tillgodose sig digitala vårdbesök, och det kan därför finnas risker att användandet av besöksformen blir ojämnt fördelad i befolkningen.

Diskussionen handlade också om hinder för att söka vård fysiskt, där brist på tillgänglighet togs upp som ett exempel. Här kan digitala vårdbesök underlätta för personer som till exempel inte behöver ta sig från jobbet för att söka vård eller kan undvika att hämta barn på förskolan för att gå till en vårdcentral.



Något som också togs upp i gruppintervjun var att hälso- och sjukvård ska ges efter behov och inte efter efterfrågan. Det finns en uppfattning att digitala vårdbesök till viss del skulle kunna erbjudas med öppna dörrar, och att det kan skapa en ökad efterfrågan bland patienter som egentligen inte har störst behov av vård. Det kan också finnas en risk att man skapar en mentalitet där man kan få vård för lättare besvär, trots att man egentligen inte behöver vård. Här kan triageringen spela en central roll för att se till att patienter med störst behov prioriteras. Många vårdgivare som erbjuder digitala vårdbesök presenterar vilka besvär som ska omhändertas och vilka som behöver tas omhand på annan vårdnivå, vilket också spelar en viktig roll för att tydliggöra när digitala vårdbesök är bäst lämpade.

Slutligen tog deltagarna upp möjligheterna med att kombinera digital och fysisk vård, till exempel att personer som har kroniska sjukdomar kan använda digitala tjänster för att mäta och kontrollera viktiga värden. I dessa fall kan det räcka att patienterna går på fysiska vårdbesök sällan, för att till exempel göra en årlig kontroll eller genomföra undersökningar om det uppstår ett sådant behov. Detta kan skapa mer tid för patienter med större behov av fysiska vårdbesök.

Flera av de aspekter som togs upp under gruppintervjuerna är sådana som det också finns lagkrav på. Detta inbegriper bland annat eventuella hinder för att kunna söka digital vård, tillgänglighet till fysisk vård och att vård ska ges efter behov. I bilaga 5 utvecklar vi lagkraven för dessa aspekter.



Slutsatser och rekommendationer

I det här kapitlet sammanfattar vi resultat och slutsatser från rapporten. Avslutningsvis presenterar vi även några inspel till den fortsatta utvecklingen av digitala vårdbesök i primärvården i form av fyra rekommendationer.

I kapitlet refererar vi till resultat som våra undersökningar visar. Resultat från enkätundersökningen som syftar till att ta reda på befolkningens och patienternas erfarenheter av och uppfattningar om digitala vårdbesök är inriktade på digitala vårdbesök som sker genom video. När vi refererar till befintlig besöksstatistik, vår litteraturgenomgång och vårdpersonalens uppfattning fokuserar vi på digitala vårdbesök som kan ske genom till exempel video- eller telefonsamtal eller sms.

7.1 RESULTAT OCH SLUTSATSER

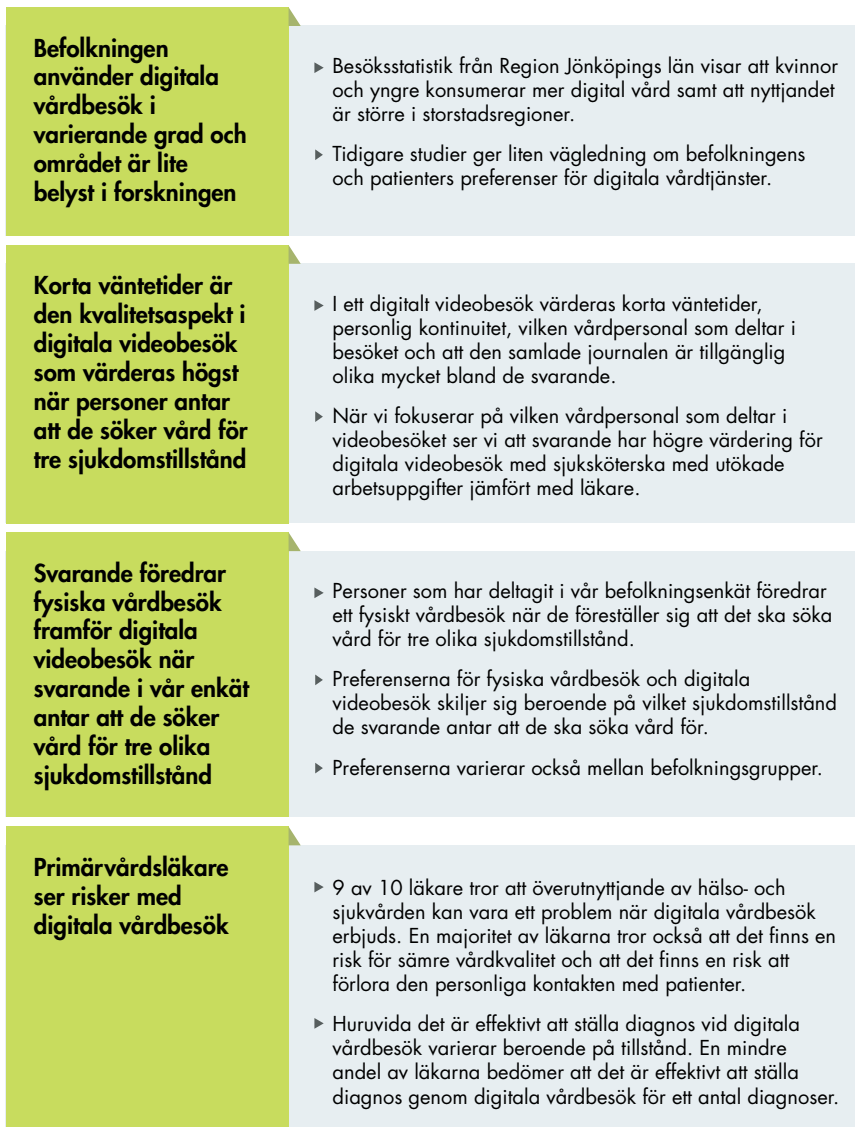
Figur 39 sammanfattar rapportens slutsatser. Analysen av befolkningsenkäten visar att samtliga kvalitetsaspekter som inkluderas i den här studien påverkar de svarandes upplevda värdering av ett digitalt videobesök. De inkluderade kvalitetsaspekterna är väntetider, personlig kontinuitet, vilken vårdpersonal som deltar i besöket och om den samlade journalen är tillgänglig för vårdpersonalen.

Analysen tyder också på att befolkning och patienter föredrar ett fysiskt vårdbesök när de föreställer sig att de ska söka vård för övre luftvägsinfektion, astma eller lindrig depression. Men vi ser också att preferenserna för fysiska vårdbesök och videobesök varierar mellan befolkningsgrupper och att de skiljer sig beroende på vilket av sjukdomstillstånden de svarande antar att de ska söka vård för.



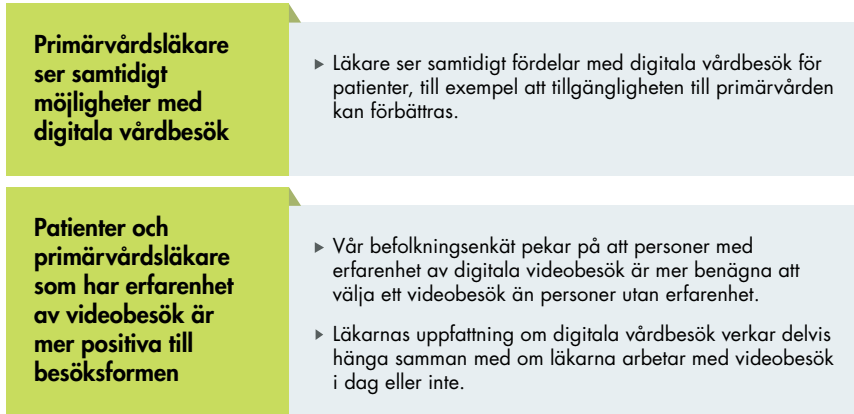
Enkäten till läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar visar på möjligheter med digitala vårdbesök, men också risker. Till exempel tror en stor del av läkarna som har svarat på enkäten att det finns en risk att hälso- och sjukvården överutnyttjas när digitala vårdbesök erbjuds. Ett annat exempel är att läkarnas bedömning av om det är effektivt att ställa diagnos genom digitala vårdbesök varierar beroende på tillstånd. För både läkare samt patienter och befolkning är tidigare erfarenhet av att arbeta med eller använda digitala vårdbesök förknippat med en mer positiv uppfattning om besöksformen.

Figur 39. Sammanfattning av rapportens slutsatser.



(forts.)

Figur 39. (forts.)



7.1.1 Befolkningen använder digitala vårdbesök i varierande grad och området är lite belyst i forskningen

Sammantaget visar befintlig besöksstatistik att användningen av digitala vårdbesök är ojämnt fördelad. Området är lite belyst i forskningen och vi får liten vägledning i frågor om hur digitala vårdbesök värderas.

Kvinnor och yngre i storstadsregioner konsumerar mest digital vård

Konsumtionen av digitala vårdbesök är utifrån befintlig statistik ojämnt fördelad. Yngre är överrepresenterade i besöksstatistiken, medan äldre konsumerar lite digital vård i relation till gruppens storlek. Äldre svarar för en stor del av de fysiska vårdbesöken i primärvården, men vid digitala vårdbesök är mönstret det omvända. När det gäller barn och ungdomar verkar konsumtionen av digitala och fysiska vårdbesök följa samma nivåer.

Vidare använde kvinnor flest digitala vårdbesök under perioden 2016–2018, bortsett från de allra yngsta barnen där pojkar svarar för en större andel besök. Liknande mönster går att urskilja i den fysiska vården, där kvinnor besöker primärvården i högre utsträckning än män (Vårdanalys 2017a).

Användningen av digitala vårdbesök varierar också mellan regionerna. 40 procent av de digitala vårdbesöken gjordes av patienter från Region Stockholm, följt av patienter från Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Även om man ser till folkmängd genomförs flest besök i dessa regioner, men då tillkommer även Region Uppsala. Vi ser inte något direkt mönster mellan regionernas fysiska och digitala vårdkonsumtion.



Tidigare studier ger liten vägledning om befolkningens och patienters preferenser för digitala vårdbesök

Inledningsvis är det få länder som har introducerat digitala vårdbesök genom videosamtal i samma utsträckning som Sverige. Att studera preferenser för digitala vårdbesök är därför ett relativt nytt forskningsområde, som det är svårt att finna tydlig vägledning utifrån.

Sammantaget får vi i dag bara kunskap om enskilda situationer och aspekter av digitala vårdtjänster och inte en helhetsbild. Det är därmed svårt att dra några tydliga slutsatser från de identifierade studierna som syftar till att analysera befolkningens och patienters preferenser för digitala vårdbesök. Det beror på att studierna har olika upplägg, tillämpar olika metodval samt att de fokuserar på olika digitala tjänster.

7.1.2 Korta väntetider är den kvalitetsaspekt i digitala videobesök som värderas högst

Viktiga kvalitetsaspekter i ett videobesök utgörs av väntetider till besök, vilken vårdkompetens som deltar i besöket, personlig kontinuitet och om vårdpersonalen har tillgång till patientens samlade journal. I vår enkät är korta väntetider den kvalitetsaspekt som har den högsta upplevda värderingen i relation till övriga kvalitetsaspekter. Resultaten visar också att de svarande har en högre upplevd värdering av att träffa en sjuksköterska som vid behov kan konsultera läkare och utfärda remiss, vissa recept, men inte sjukintyg än att träffa en läkare i ett digitalt videobesök.

Väntetider, personlig kontinuitet, vilken vårdpersonal som deltar i besöket och om journalen är tillgänglig värderas olika mycket

Väntetid, vilken vårdpersonal som deltar i besöket, vilken relation patienten har till vårdpersonalen och vårdpersonalens tillgång till patientens samlade journal är viktiga kvalitetsaspekter som påverkar den upplevda värderingen av ett videobesök. Resultaten från de hypotetiska valsituationerna visar att det finns en inneboende rangordning mellan kvalitetsaspekterna som innebär att vissa kvalitetsaspekter föredras mer än andra.

Kort väntetid till digitala vårdbesök som sker via videosamtal värderas högst bland de svarande i vår enkätundersökning. Att bara behöva vänta en timme eller en dag jämfört med sju dagar värderas särskilt högt. Föräldrar som föreställer sig att de ska söka vård för barn med övre luftvägsinfektion värderar korta väntetider till digitala videobesök högst. Korta väntetider är minst viktigt för dem som föreställer sig att de har en lindrig depression.

De svarande värderar att digitala videobesök sker med vårdpersonal som de känner till sedan tidigare lägre jämfört med övriga kvalitetsaspekter. Detta gäller oavsett vilket hypotetiskt sjukdomstillstånd som var sökorsaken. Men när de svarande utgår från sitt eget hälsotillstånd pekar våra resultat på att det för vissa patientgrupper är viktigare att digitala och fysiska vårdbesök i primärvården sker med personal som de har träffat tidigare. Vår studie visar att det är viktigare för personer med kronisk sjukdom, sämre rörlighet och för äldre personer.

Fler föredrar digitala videobesök med sjuksköterska med vissa utökade arbetsuppgifter än med läkare

Resultaten visar också att de svarande har en högre upplevd värdering av att besöket sker med en sjuksköterska som vid behov kan konsultera läkare samt utfärda remiss och vissa recept, men inte sjukintyg, än att träffa en läkare i ett digitalt videobesök. Detta föredras av svarande som föreställer sig att de söker vård för astma eller övre luftvägsinfektion. För personer som utgår från att de ska söka vård för lindrig depression är preferenserna för läkare högre.

I befolkningsenkätens fritextsvar har svarande som utgår från att de ska söka vård för övre luftvägsinfektion beskrivit att de bedömer att de kan träffa en sjuksköterska eftersom sökorsaken inte bedöms vara så allvarlig. Vi kan däremot inte med grund i vår undersökning ta reda på mer om bakgrunden till de svarandes val. Vi vet heller inte hur personerna hade valt om de föreställer sig att de söker vård för andra tillstånd, eller hur de hade gått tillväga om detta var verkliga val.

7.1.3 Svarande föredrar fysiska vårdbesök framför digitala videobesök

Våra analyser av enkäten och de hypotetiska valsituationerna visar att de svarande föredrar att göra ett fysiskt vårdbesök i primärvården. Vi ser också att befolkningen ser ett mervärde med fysiska vårdbesök genom att de har en högre betalningsvilja för fysiska besök när de går till på samma sätt som videobesök utifrån kvalitetsaspekterna.

Dessutom ser vi att det finns skillnader där vissa grupper i befolkningen är mer benägna att välja ett digitalt videobesök. Resultaten visar också att preferenserna för att göra ett fysiskt vårdbesök varierar beroende på vilket sjukdomstillstånd de svarande utgick från.



Fysiska vårdbesök föredras för en genomsnittlig respondent men preferenserna varierar mellan befolkningsgrupper

En genomsnittlig person som har svarat på vår befolkningsenkät väljer ett fysiskt vårdbesök som går till på liknande sätt som det senaste fysiska besöket hellre än ett digitalt videobesök. Om det fysiska vårdbesöket och det digitala videobesöket går till på samma sätt utifrån kvalitetsaspekterna har de svarande även en högre betalningsvilja för fysiska vårdbesök.

Preferenserna för digitala videobesök varierar däremot mellan grupper. Vår analys visar att samtliga grupper föredrar fysiska vårdbesök, men några grupper är mer benägna än andra att välja ett digitalt videobesök. Följande grupper är mer benägna att välja ett videobesök:

- personer med högre utbildning
- personer med högre inkomst
- personer med erfarenhet av digitala vårdbesök
- personer som använder internet för att söka råd vid sjukdom.

När det gäller skillnader i preferenser mellan olika åldersgrupper visar analysen att personer över 60 år värderar digitala videobesök lägre än yngre personer.

I gruppintervjun belyste också sjuksköterskor och läkare att det finns grupper som kan ha sämre förutsättningar att använda digitala vårdbesök. Till exempel kan språkkunskaper, hälsotillstånd och sociala nätverk påverka i vilken grad patienterna använder digitala vårdbesök.

Preferenserna för fysiska vårdbesök och digitala videobesök skiljer sig beroende på hypotetisk sökorsak

Den relativa värderingen för fysiska vårdbesök är högst bland svarande som föreställer sig att de ska söka vård för lindrig depression. Därefter kommer personer som föreställer sig att de ska söka vård för övre luftvägsinfektion och sedan vuxna med astma. Lägst preferenser för fysiska vårdbesök i relation till digitala videobesök har föräldrar som antar att de ska söka vård för att deras barn har övre luftvägsinfektion.

7.1.4 Primärvårdsläkare ser risker med digitala vårdbesök

Resultaten från enkäten som besvarades av läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar tyder på att läkare ser ett flertal risker kopplade till introduktionen av digitala vårdbesök. En klar majoritet av läkarna (9 av 10)

som har svarat på vår enkät tror att det finns en risk att hälso- och sjukvårdssystemet överutnyttjas till följd av att digitala vårdbesök erbjuds. Tre av tio läkare svarar att digitala vårdbesök kan tillåta hälso- och sjukvården att allokera mer tid för resursintensiva patienter.

Det är en stor andel läkare som tror att digitala vårdbesök kan innebära en risk för försämrad vårdkvalitet samtidigt som 16 procent av läkarna svarar att digitala vårdbesök kan innebära bättre vårdkvalitet. Vidare anger en relativt stor andel läkare att det kan finnas en risk att förlora den personliga kontakten med patienterna och 20 procent tror att samarbetet mellan vårdgivarna kan förbättras.

Det är också relativt få läkare som tror att digitala vårdbesök är effektiva för att diagnostisera ett antal tillstånd vid första besöket. Urinvägsinfektion är det hälsotillstånd där flest läkare anser att det vanligtvis eller ofta är effektivt att ställa diagnos genom ett digitalt vårdbesök. Vid psykiska sjukdomar, luftvägsinfektioner och hudsjukdomar svarar runt 15 procent av läkarna att de anser att det vanligtvis eller ofta är effektivt att ställa diagnos under ett digitalt vårdbesök. För övriga tillstånd är det under 7 procent av läkarna som tror att det är effektivt att ställa diagnos genom digitala vårdbesök.

Vid urinvägsinfektion svarar 40 procent av läkarna att digitala vårdbesök sällan eller aldrig är effektivt för att ställa diagnos. För övriga tillstånd anger mellan 57 och 77 procent av läkarna att det sällan eller aldrig är effektivt att ställa diagnos genom digitala vårdbesök.

Dessutom framgick det i vår gruppintervju med sjuksköterskor och läkare att det kan finnas en risk att missa symtom och diagnoser i ett digitalt vårdbesök. Digitala vårdbesök möjliggör inte alltid lika mycket informationsinhämtning som ett fysiskt vårdbesök.

7.1.5 Primärvårdsläkare ser samtidigt möjligheter med digitala vårdbesök

Resultaten från enkäten till läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar visar inte ensidigt upp en bild av att läkare ser risker med digitala vårdbesök. Sju av tio läkare svarar att digitala vårdbesök kan leda till mindre resbehov för patienterna i stor eller viss utsträckning. Sex av tio läkare anger att patienter kan få snabbare vård och spara tid och pengar i stor eller viss utsträckning.

Resultaten visar också att det finns ett intresse för att arbeta med digitala vårdbesök. Något över hälften av läkarna svarar att de vill arbeta mer med digitala vårdbesök i någon utsträckning. Svaren från vår enkät visar att 10–20



procent av läkarna svarar att digitala vårdbesök vanligtvis eller ofta sker som första besök för några hälsotillstånd på deras primärvårdsmottagning.

7.1.6 Patienter och primärvårdsläkare som har erfarenhet av videobesök är mer positiva till besöksformen

Resultaten tyder på att det kan finnas skäl att vänta sig att allt fler patienter och läkare i primärvården kommer att se en större potential med digitala vårdbesök framöver. Våra resultat visar ett samband mellan att ha erfarenhet av videobesök och att ha en positiv inställning till besöksformen. Analysen av befolkningsstudien pekar på att personer med erfarenhet av digitala vårdbesök via videosamtal är mer benägna att välja ett digitalt videobesök jämfört med personer utan erfarenhet. Vi ser även att betalningsviljan för fysiska vårdbesök och digitala videobesök skiljer sig åt mellan de som har erfarenhet och de som inte har det.

Liknande samband ser vi bland läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar. Läkarnas uppfattning av digitala vårdbesök verkar delvis hänga samman med om läkarna arbetar med videobesök i dag eller inte. Sannolikheten att se större förbättringspotential i vården med digitala vårdbesök är högre bland läkare som ofta arbetar med videobesök i dag än de som inte gör det. På samma sätt är sannolikheten lägre att läkare med erfarenhet av videobesök bedömer att digitala vårdbesök kan leda till stora problem i vården.

7.2 VÅRA REKOMMENDATIONER

► *Regionerna bör se till att digitala vårdbesök kan användas utifrån individens digitala förutsättningar och medicinska behov*

Den digitala besöksformen är under snabb utveckling och förväntas få en större roll i hälso- och sjukvården. Samtidigt ser vi att användningen i dag varierar stort mellan olika grupper. Vi rekommenderar regionerna att säkerställa att digitala vårdbesök kan användas av personer med olika medicinska behov och digitala förutsättningar. Det kan till exempel handla om att öka kunskapen bland befolkningen om hur den digitala tekniken kan användas. Detta kopplar även till lagkraven på att vård ska ges på lika villkor (se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)). Av speciell vikt är att regionerna ser till att patienter som av särskilda anledningar inte kan använda digitala vårdbesök får sina behov tillgodosedda i den fortsatta digitaliseringen i hälso- och sjukvården.

Den här studien har delvis syftat till att undersöka om det finns skillnader i preferenser för vårdbesök och kvalitetsaspekter beroende på vilket sjukdomstillstånd de svarande antar att de ska söka vård för. Tillstånden har till viss del speglat mindre komplexa behov, men vi ser även att det finns stor potential med digitala vårdbesök och digitala tjänster i bredare bemärkelse för patienter med kroniska sjukdomar och mer komplexa behov. På liknande sätt ser vi att digitala vårdbesök och andra digitala tjänster också kan användas i andra sammanhang än primärvården som den här studien är inriktad på. Det kan till exempel handla om uppföljning av behandlingar, kommunikation med sjukhuspersonal, monitorering och inte minst i kombination med fysisk vård.

Vår befolkningsundersökning visar att preferenserna för digitala videobesök varierar mellan grupper i befolkningen. Vi ser till exempel att äldre personer i mindre utsträckning föredrar digitala vårdbesök genom videosamtal. Personer med högre utbildning, högre inkomst, med erfarenhet av videobesök och personer som söker råd på internet vid sjukdom och besvär är mer benägna att välja videobesök.

Besöksstatistiken visar också att konsumtionen av digitala vårdbesök, till exempel genom videobesök och textmeddelanden, är ojämnt fördelad. I vår gruppintervju lyfter även sjuksköterskor och läkare fram att det finns grupper med sämre förutsättningar att använda digitala vårdbesök. Till exempel kan personer med funktionsnedsättning eller samsjuklighet ha sämre förutsättningar att tillgodose sig digitala vårdbesök. Andra aspekter som kan försvåra möjligheterna att använda digitala vårdbesök är ålder och språkkunskap.

► *Regeringen och regionerna bör stärka kunskapen om när digitala vårdbesök är lämpliga och hur de kan användas på ett effektivt sätt*

Vår analys visar att preferenserna för digitala videobesök varierar beroende på vilket sjukdomstillstånd de som svarat på vår enkät föreställer sig att de ska söka vård för. Vi ser också att läkare som arbetar på fysiska primärvårdsmottagningar bedömer att effektiviteten i diagnostisering genom digitala vårdbesök varierar beroende på hälsotillstånd. Vi ser därför att det finns behov av ökad kunskap och mer forskning om hur digitala vårdbesök används på bästa sätt. Ökad kunskap om medicinska och patientupplevda resultat vid digitala vårdbesök är väsentligt för att närmare ringa in vilka sjukdomstillstånd som lämpar sig väl för digitala vårdbesök samt vid utformandet av triageringen av



patienter till olika vårdformer och vårdnivåer. I förlängningen kan det även bidra till underlag för beräkningar av under vilka förutsättningar digitala vårdbesök är en kostnadseffektiv besöksform.

Vi ser också ett behov av att stärka kunskapen om hur olika vårdprofessioner kan användas i digitala vårdbesök och hur det beror på vilket sjukdomstillstånd patienterna söker vård för. Vår analys av de fiktiva valsituationerna visar att svarande föredrar att ha ett videobesök med en sjuksköterska som vid behov kan konsultera läkare samt utfärda remiss och vissa recept, men inte sjukintyg. Ett sådant videobesök värderades högre än ett videobesök med en läkare. Våra analyser ger däremot inte någon djupare förståelse för varför videobesök med en sjuksköterska som kan utföra dessa arbetsuppgifter värderas högre än ett videobesök med en läkare. Vi observerar att de svarande har lyft att de vid enklare besvär kan tänka sig att träffa en sjuksköterska med utökade arbetsuppgifter eftersom de bedömer att det, för den givna situationen, är tillräckligt.

Utifrån vår undersökning saknar vi i dag djupare kunskap om patienternas värdering av under vilka omständigheter som ett läkarlett eller ett sjuksköterskelett videobesök föredras. Vi kan heller inte svara på hur man hade agerat om det var en verklig situation. Men det finns tidigare studier som visar att patienter har varit mer nöjda med besök hos sjuksköterska än läkare (Vårdanalys 2012, Laurant m.fl. 2019).

Givetvis måste hänsyn tas till olika yrkens medicinska kompetens i detta sammanhang. Ett första steg för att få mer kunskap inom området skulle kunna vara att studera om, och i så fall hur, den befintliga forskningen har belyst detta och om resultaten går att upprepa i nya studier. Inom ramen för den här rapporten har vi inte fördjupat oss i om och när uppgiftsväxling är aktuellt mellan läkare och sjuksköterskor i digitala vårdbesök. Men vi bedömer att detta kan vara något att se över i det fortsatta kunskapsbyggandet.

► *Regionerna och regeringen bör se till att patientinformation kan delas mellan vårdgivare på ett säkert sätt*

Det finns i dag ett stort utrymme att dela journalinformation genom sammanhållen journalföring. Trots den möjligheten finns det fortfarande både tekniska och organisatoriska hinder för att journalinformation ska kunna vara tillgänglig. Regionerna bör arbeta för att undanröja de begränsningar som finns för att dela journalinformation mellan

vårdgivare som erbjuder både digital och fysisk vård. Regeringen bör följa utvecklingen av hur arbetet fortgår. Om det fortsättningsvis finns hinder som begränsar möjligheten att ta del av journalinformation bör regeringen se över vad som krävs för att undanröja sådana hinder.

I vår befolkningsenkät värdesätter patienter att vårdpersonalen har tillgång till deras samlade journal vid ett digitalt videobesök. Dessutom tyder våra resultat på att patienter är positivt inställda till att dela med sig av uppgifter om sin hälsa inför ett besök. Vårdpersonalens tillgång till patientjournalen är också en viktig förutsättning för en patientsäker vård, och för att skapa kontinuitet om patienten besöker olika personer eller vårdgivare. Våra resultat tyder även på att de svarande värderar informationskontinuitet genom att vårdpersonalen har tillgång till den samlade journalen högre än personlig kontinuitet i digitala videobesök. Det är särskilt tydligt för vissa sjukdomstillstånd.

Tidigare studier från Vårdanalys har också pekat på att patienter vill, och även förväntar sig, att vårdpersonalen ska ha tillgång till deras samlade journal. Patienterna förväntar sig också att uppgifterna är skyddade, till exempel att risken för obehörig läsning är liten och att uppgifterna inte hanteras på ett sätt som patienten inte har gett samtycke till (Vårdanalys 2017b). Skyddet av patientens journal och dess innehåll är också reglerat för att åstadkomma just detta, bland annat genom patientdatalagen (2008:355) och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Vårdanalys har även tidigare belyst att regeringen behöver ta ett övergripande ansvar för att säkerställa att en nationell sammanhållen vårdinformationsmiljö utvecklas och förvaltas (Vårdanalys 2019). De till viss del bristande möjligheterna att ta del av information från olika vårdgivare har även tagits upp av andra utredningar och rapporter. Till exempel föreslås en förändring mot en mer nationell infrastruktur för information i vården i slutbetänkandet *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42 sid 518).

► *Regeringen bör se till att det finns en samlad nationell statistik över användningen och utvecklingen av den digitala vårdformen över tid*

Vi ser att det finns behov av att samla nationell statistik för att följa upp användningen av vårdbesök som sker på ett annat sätt än traditionella fysiska vårdbesök i primärvården. Vårdanalys har tidigare uppmärksammat vikten av att skapa ett nationellt register för



primärvården för att följa upp den medicinska kvaliteten och jämlikheten i primärvården (Vårdanalys 2017a). I ett sådant nationellt register ser vi även att besöksstatistik och uppföljning av patienternas upplevelser av den digitala vårdformen bör ingå. Vi definierar inte vilken digital kommunikationsform som bör ingå i ett sådant register, eftersom avsikten med statistiken är att kunna följa utvecklingen, oberoende av teknikform.



Referenser

- Ahmed, A., Fincham, J. E. (2010). Physician office vs retail clinic: patient preferences in care seeking for minor illnesses. *Ann Fam Med*, vol. 8 nr 2 s. 117-23.
- Ashwood, J. S, Mehrotra, A, Cowling, D, Uscher-Pines, L (2017). Direct-To-Consumer Telehealth May Increase Access To Care But Does Not Decrease Spending. *Health Affairs*, vol. 36 no.3 (2017) s. 485-491.
- Bateman, I. J., Carson, R. T., Day, B., m.fl. (2004). *Economic Valuation with Stated Preference Techniques: A Manual*, Cheltenham, UK Department for Transport: Edward Elgar Publishing.
- Becker, M. P., Christensen, B. K., Cunningham, C. E., m.fl. (2016). Preferences for Early Intervention Mental Health Services: A Discrete-Choice Conjoint Experiment. *Psychiatr Serv*, vol. 67 nr 2 s. 184-91.
- Blix, M., Levay, C. (2018). *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården*. Stockholm.
- Bridges, J. F., Hauber, A. B., Marshall, D., m.fl. (2011). Conjoint analysis applications in health--a checklist: a report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force. *Value Health*, vol. 14 nr 4 s. 403-13.
- CAMTÖ (Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro) (2018). Medicinsk bedömning och diagnostik av nytillkomna symtom via digitala vårdbesök. vol. 2018:13.
- Chang, F., Paramsothy, T., Roche, M., Gupta, N. S. (2017). Patient, staff, and clinician perspectives on implementing electronic communications in an interdisciplinary rural family health practice. *Prim Health Care Res Dev*, vol. 18 nr 2 s. 149-160.

- Chudner, I., Goldfracht, M., Goldblatt, H., Drach-Zahavy, A., Karkabi, K. (2018). Video or In-Clinic Consultation? Selection of Attributes as Preparation for a Discrete Choice Experiment Among Key Stakeholders. *The patient*, vol. Publicerad online 9 juni 2018.
- Cranen, K., Groothuis-Oudshoorn, C. G., Vollenbroek-Hutten, M. M., MJ, I. Jzerman (2017). Toward Patient-Centered Telerehabilitation Design: Understanding Chronic Pain Patients' Preferences for Web-Based Exercise Telerehabilitation Using a Discrete Choice Experiment. *J Med Internet Res*, vol. 19 nr 1 s. e26.
- Dagens medicin (2018). *Hjärtats köp av Min Doktor får klartecken*. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/10/16/hjartats-kop-av-min-doktor-far-klartecken/> [Hämtat 2019-10-16].
- Dagens medicin (2019a). *Kronans apotek + Doktor.se = sant*. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/01/21/kronans-apotek--doktor.se--sant/> [Hämtat 2019-10-16].
- Dagens medicin (2019b). *Kry flyttar till Sörmland*. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/02/11/kry-flyttar-till-sormland/> [Hämtat 2019-10-25].
- Dagens medicin (2019c). *Vården – aktuell status. Medicinsk kvalitet, digitala aktörer, primärvård, akutsjukhus, regioner*.
- Dagens medicin (2019d). *Ytterligare en nätläkare flyttar till Sörmland*. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/08/05/ytterligare-en-natlakare-flyttar-till-sormland/> [Hämtat 2019-10-25].
- Danyliy, A., Pavlova, M., Gryga, I., Groot, W. (2012). Willingness to pay for physician services: Comparing estimates from a discrete choice experiment and contingent valuation. *Society and Economy*, vol. 34 nr 2 s. 339-357.
- Danyliy, A., Pavlova, M., Gryga, I., Groot, W. (2015). Preferences for physician services in Ukraine: a discrete choice experiment. *Int J Health Plann Manage*, vol. 30 nr 4 s. 346-65.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*, vol. 83 nr 4 s. 691-729.
- Edwards, H. B , Marques, E, Hollingworth, W, m.fl. (2017). *Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: evaluation of a pilot observational study in 36 general practices in South West England*. BMJ Open.
- Ekmán, B, Thulesius, H, Wilkensa, J, m.fl. (2019). Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomics, and diagnoses. *International Journal of Medical Informatics*, vol. 127 (2019) s. 134-140.

- Eurostat (2019). *Level of internet access - households*. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tin00134&language=en> [Hämtat 2019-10-25].
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Nationella folkhälsoenkäten 2018*. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__bFyshals__bbaFyshalsallman/HLV_Allmant_halsotillstand_alder.px/?rxid=49c683a3-199f-4658-97f1-2263fb5ee434 [Hämtat 2019-11-13].
- Forum för Health Policy (2018). *Vård online - möjligheter och utmaningar*.
- Gabrielsson-Järhult, F, Areskoug-Josefsson, K, Kammerlind, P (2019). Digitala vårdmöten med läkare. Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie.
- Gonzalez, F, Cimadevila, B, Garcia-Comesaña, J, m.fl. (2018). Telephone consultation in primary care: A retrospective two-year observational analysis of a public healthcare system. *Journal of Health Organization and Management*, vol. 32 nr. 2 2018 s. 321-337.
- Harris, P., Whitty, J. A., Kendall, E., m.fl. (2018). The importance of population differences: Influence of individual characteristics on the Australian public's preferences for emergency care. *Health Policy*, vol. 122 nr 2 s. 115-125.
- Hjelmgren, J, Anell, A, Nordling, S (2006). Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? en studie baseras på 'Discrete Choice' metodik (DCE). vol. IHE e-rapport 2006:1.
- Internetstiftelsen (2019). *Svenskarna och internet 2019*.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg. (2018). *Digitala vårdtjänster. Förstudie inför nationell tillsyn, avdelning öst*.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg. (2019). *Iakttagelser i korthet*.
- Jung, Changmi, Padman, Rema (2014). Virtualized healthcare delivery: Understanding users and their usage patterns of online medical consultations. *International journal of medical informatics*, vol. 83 (2014) s. 901-914.
- Kaambwa, B., Ratcliffe, J., Shulver, W., m.fl. (2017). Investigating the preferences of older people for telehealth as a new model of health care service delivery: A discrete choice experiment. *J Telemed Telecare*, vol. 23 nr 2 s. 301-313.
- Kleij, K. S., Tangermann, U., Amelung, V. E., Krauth, C. (2017). Patients' preferences for primary health care - a systematic literature review of discrete choice experiments. *BMC Health Serv Res*, vol. 17 nr 1 s. 476.
- Kontos, Emily, Blake, Kelly D , Chou, Wen-Ying Sylvia, Prestin, Abby (2014). Predictors of eHealth Usage: Insights on The Digital Divide From the Health Information National Trends Survey 2012. *Journal of medical internet research*, vol. 16 (7): e172.

- Lagarde, M., Erens, B., Mays, N. (2015). Determinants of the choice of GP practice registration in England: evidence from a discrete choice experiment. *Health Policy*, vol. 119 nr 4 s. 427-36.
- Laurant, M, Van der Biezen, M, Wijers, N, m.fl. (2019). Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review). vol. 2018 nr 7. Art. No.: CD001271.
- Loomis, J. B. (2014). 2013 WAEA Keynote Address: Strategies for Overcoming Hypothetical Bias in Stated Preference Surveys. *Journal of Agricultural and Resource Economics*, vol. 39 nr 1 s. 34-36.
- Läkartidningen (2019a). *Doktor.se näst störst - nu vill man satsa på fysiska vårdcentraler*. <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/08/Doktorse-nast-storst--nu-vill-man-satsa-pa-fysiska-varldcentraler/> [Hämtat 2019-10-16].
- Läkartidningen (2019b). Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentraler. vol. Volym 116.
- Läkartidningen (2019c). *Stort intresse för arbete hos digitala vårdgivare* <https://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/08/Stort-intresse-for-arbete-hos-natvardgivarna/> [Hämtat 2020-01-09].
- Martin-Fernandez, J., Gomez-Gascon, T., Oliva-Moreno, J., m.fl. (2010). Perception of the economic value of primary care services: a Willingness to Pay study. *Health Policy*, vol. 94 nr 3 s. 266-72.
- Martinez, K A., Rood, M, Jhangiani, N, m.fl. (2018). Patterns of Use and Correlates of Patient Satisfaction with a Large Nationwide Direct to Consumer Telemedicine Service. *J Gen Intern Med*, vol. 33 (10) s.1768–73.
- McAteer, A., Yi, D., Watson, V., m.fl. (2015). Exploring preferences for symptom management in primary care: a discrete choice experiment using a questionnaire survey. *Br J Gen Pract*, vol. 65 nr 636 s. e478-88.
- McGrail, K. M, Ahuja, M. A, Leaver, C. A (2017). Virtual Visits and Patient-Centered Care: Results of a Patient Survey and Observational Study. *Journal of medical internet research*, vol. 19 (5): e177.
- Mehrotra, A, Paone, S, Martich, G. D, Albert, S, Shevchik, G. J. (2013). Characteristics of Patients Who Seek Care via eVisits Instead of Office Visits. *Telemedicine and e-health*, vol. 19 nr. 7 s. 515-519.
- Newhouse, N., Lupiáñez-Villanueva, F, Codagnone, C, Atherton, H (2015). Patient Use of Email for Health Care Communication Purposes Across 14 European Countries: An Analysis of Users According to Demographic and Health-Related Factors. *Journal of medical internet research*, vol. 17 (3): e58.
- Park, H., Chon, Y., Lee, J., Choi Ie, J., Yoon, K. H. (2011). Service design attributes affecting diabetic patient preferences of telemedicine in South Korea. *Telemed J E Health*, vol. 17 nr 6 s. 442-51.

- Pedersen, L. B., Kjaer, T., Kragstrup, J., Gyrd-Hansen, D. (2011). Does the Inclusion of a Cost Attribute in Forced and Unforced Choices Matter?: Results from a Web Survey Applying the Discrete Choice Experiment. *Journal of Choice Modelling*, vol. 4 nr 3 s. 88-109.
- Pedersen, L. B., Kjaer, T., Kragstrup, J., Gyrd-Hansen, D. (2012). Do general practitioners know patients' preferences? An empirical study on the agency relationship at an aggregate level using a discrete choice experiment. *Value Health*, vol. 15 nr 3 s. 514-23.
- Reed Johnson, F., Lancsar, E., Marshall, D., m.fl. (2013). Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: report of the ISPOR Conjoint Analysis Experimental Design Good Research Practices Task Force. *Value Health*, vol. 16 nr 1 s. 3-13.
- Regeringen (2019). *Regeringen stärker första linjens digitala vård*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/10/regeringen-starker-forsta-linjens-digitala-var/d/> [Hämtat 2019-10-24].
- Region Jönköpings län (u.å.). *Ej publicerad data*.
- Rochat, L., Genton, B. (2018). Telemedicine for health issues while abroad: interest and willingness to pay among travellers prior to departure. *J Travel Med*, vol. 25 nr 1.
- Roettl, J., Bidmon, S., Terlutter, R. (2016). What Predicts Patients' Willingness to Undergo Online Treatment and Pay for Online Treatment? Results from a Web-Based Survey to Investigate the Changing Patient-Physician Relationship. *J Med Internet Res*, vol. 18 nr 2 s. e32.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2018). *Tillgång till internet i hemmet (andel personer, procent) efter tillgång till internet, kön, redovisningsgrupp och år*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0108__LE0108D/LE0108T10/table/tableViewLayout1/ [Hämtat 2019-10-21].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019a). *Antal hushåll efter hushållstyp grov, år och antal barn*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101S/HushallT10/ [Hämtat 2019-10-08].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019b). *Antal personer per hushåll*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101S/HushallTo3/table/tableViewLayout1/ [Hämtat 2019-10-08].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019c). *Befolkning 16-95+ år efter region, ålder, år och utbildningsnivå*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__UF__UF0506/UtbBefRegionR/ [Hämtat 2019-10-02].

- SCB – Statistiska centralbyrån (2019d). *Folkmängd efter kommun, år och ålder*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/ [Hämtat 2019-10-02].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019e). *Folkmängd efter ålder, år och kön*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/ [Hämtat 2019-10-02].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019f). *Sammanräknad förvärvsinkomst för boende i Sverige hela året efter kön, ålder, tabellinnehåll och år*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__HE__HE0110__HE0110A/SamForvInk1/table/tableViewLayout1/ [Hämtat 2019-10-08].
- Seghieri, C., Mengoni, A., Nuti, S. (2014). Applying discrete choice modelling in a priority setting: an investigation of public preferences for primary care models. *Eur J Health Econ*, vol. 15 nr 7 s. 773-85.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017a). *Ekonomirapporten, oktober 2017. Om kommunernas och landstingens ekonomi*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017b). *Rekommendation till landsting och regioner om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018*. Stockholm.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019a). *Digitala vårdtjänster i primärvården*. <https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa/digitalavardtjanster/primarvarden.28301.html> [Hämtat 2019-10-25].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019b). *Förändrad utomlänsersättning för digitala vårdtjänster*. <https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/forandradutomlansersattningfordigitala-vardtjanster.28398.html> [Hämtat 2019-06-19].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019c). *Verksamhetsstatistik om hälso- och sjukvård, 2018 (presenteras i excelformat)*. [Hämtat 2019-08-22].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm Science City Foundation, Uppsala Bio, Region Norrbotten (2019). *Vårderbjudanden med digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering*.
- Socialdepartementet och SKL – Sveriges kommuner och landsting (u.å.). *Vision e-hälsa 2025*.
- Socialstyrelsen (2018a). *Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Kartläggning och uppföljning*.

- Socialstyrelsen (2018b). *Digitala vårdtjänster. Övergripande principer för vård och behandling.*
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.* Stockholm.
- Spinks, J., Janda, M., Soyer, H. P., Whitty, J. A. (2016). Consumer preferences for teledermoscopy screening to detect melanoma early. *J Telemed Telecare*, vol. 22 nr 1 s. 39-46.
- Stockholms läns sjukvårdsområde, Stockholms läns landsting. (2019). *Ökad tillgänglighet när vårdcentraler erbjuder videomöte med läkare utanför ordinarie öppettider.* <https://www.slsso.sll.se/aktuellt/okad-tillganglighet-nar-varldcentraler-erbjuder-videomote-med-lakare-utanfor-ordinarie-oppettider/> [Hämtat 2019-05-27].
- Tillväxtverket (2019). Kommuntyper. <https://tillvaxtverket.se/statistik/regional-utveckling/regionala-indelningar/kommuntyper.html> [Hämtat 2019-10-21].
- Tinelli, M., Nikoloski, Z., Kumpunen, S., m.fl. (2015). Decision-making criteria among European patients: exploring patient preferences for primary care services. *Eur J Public Health*, vol. 25 nr 1 s. 3-9.
- Tunsäter, A., Moutakis, M., Borg, S., m.fl. (2007). Retrospective incremental cost analysis of a hospital-based COPD Disease Management Programme in Sweden. *Health Policy*, vol. 81 nr 2-3 s. 309-19.
- Veldwijk, J., Lambooi, M. S., de Bekker-Grob, E. W., Smit, H. A., de Wit, G. A. (2014). The effect of including an opt-out option in discrete choice experiments. *PLoS One*, vol. 9 nr 11 s. e111805.
- Wibeck, Victoria (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod.* Studentlitteratur.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012). *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?*
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2014). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.* Stockholm.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017a). *En primär angelägenhet.* Stockholm
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017b). *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter.*
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården.*

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2019). *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården.*

Vården i siffror (u.å.a). *Förtroende för digitala vårdbesök.* <https://vardenisiffror.se/indikator?metadatameasure=1d5ed286-a585-4e24-93f1-b16738c3776b&units=se&units=21&units=18&units=08&units=10&units=20&units=19&units=09&units=01&units=06&units=17&units=07&units=14&units=04&units=24&units=05&units=25&units=12&units=22&units=13&units=03&units=23> [Hämtat 2019-05-17].

Vården i siffror (u.å.b). *Förtroende för vård- eller hälsocentral.* <https://vardenisiffror.se/indikator?metadatameasure=5d7003ec-fd94-48ab-b120-6b2073f777b2&units=se&units=21&units=18&units=08&units=10&units=20&units=19&units=09&units=01&units=06&units=17&units=07&units=14&units=04&units=24&units=05&units=25&units=12&units=22&units=13&units=03&units=23> [Hämtat 2019-05-17].



Bilagor

BILAGA 1 – SÅ HÄR GENOMFÖRDE VI LITTERATURGENOMGÅNGEN

Vi har genomfört två litteraturgenomgångar med fokus på olika frågor. I bilaga 1 beskriver vi hur vi har genomfört dessa. Först presenterar vi en litteraturgenomgång som syftar till att ta reda på vilka patientgrupper som gör digitala vårdbesök och om det finns skillnader mellan grupperna som använder digitala vårdbesök. Sedan presenterar vi den andra litteraturgenomgången som syftar till att undersöka hur befolkningen och patienter värderar digitala vårdbesök.

Litteraturgenomgång med fokus på vilka patienter som gör digitala vårdbesök

I en av de två litteraturgenomgångarna fokuserade vi på vilka patientgrupper som gör digitala vårdbesök. Det ursprungliga syftet med litteraturgenomgången var att ta reda på om det finns skillnader mellan patientgrupper i konsumtionen av digitala kontra fysiska vårdbesök. Vi har även undersökt om forskningen kan visa om den samlade konsumtionen av primärvård skiljer sig före och efter introduktionen av digitala vårdbesök utifrån socioekonomiska markörer. Detta givet att hänsyn tas till skillnader i förväntat vårdbehov till exempel utifrån ålder, kön och förekomst av kroniska diagnoser.

Bland de identifierade studierna har vi framför allt funnit studier som undersöker om det finns skillnader mellan patientgrupper som konsumerar digitala vårdbesök. Vi fokuserade på om studierna kunde finna stöd för att det finns skillnader mellan män och kvinnor, åldersgrupper, socioekonomiska förutsättningar och geografiska skillnader.

Sökningen efter artiklar genomfördes i PubMed. Artiklar skrivna på andra språk än engelska och svenska filterades bort, liksom artiklar som publicerades andra datum än perioden 2013-01-01 till 2018-12-31. Tabell 6 presenterar vilka söksträngar vi använde för att fånga artiklar med fokus på litteraturgenomgångens syfte och frågor. För att identifiera relevanta artiklar från sökningen i PubMed gick vi igenom titlar och sammanfattningar av artiklarna och slutligen genomläsning av ett antal fullängdsartiklar. I vissa fall har vi hittat relevanta artiklar som inte inkluderades i vår sökning, till exempel artiklar som föreslagits i PubMed vid sidan av vår sökning. Dessa har vi inkluderat i litteraturgenomgången efter en bedömning av sammanfattning och studien som helhet. Litteraturgenomgången bör inte ses som en systematisk genomgång, utan är ett tillvägagångsätt för oss att identifiera artiklar som tar fasta på vilka användarna är av digitala vårdbesök i olika former.

Litteraturgenomgång med fokus på befolkningens och patienters värdering av digitala vårdbesök

Den här litteraturgenomgången syftade till att svara på följande två frågor:

- Finns det skillnader mellan hur olika grupper värderar digitala vårdbesök?
- Vilka kvalitetsaspekter i digitala vårdbesök värderar patienter och befolkningen?

Vi svarar på dessa frågor nedan och sammanfattar artiklarna i en faktaruta nedan.

Generellt i tidigare studier som undersökt befolkningens och patienters värdering av digitala vårdbesök är att resultatet varierat beroende på studieupplägg, om urvalet består av patienter eller medborgare generellt och mellan olika länder. Det är viktigt att påpeka att en identifierad betalningsvilja som är ett mått på värderingen inte nödvändigtvis betyder att digital vård föredras framför fysisk vård. Betalningsviljan är beroende av metodval och hur studien läggs upp. Därför är det inte alltid lämpligt att jämföra den faktiska betalningsviljan mellan två olika studier, eftersom de per definition kommer skilja sig åt beroende på sammanhang och studieupplägg.

Dessutom skiljer sig många studier åt när det gäller vilken typ av digital vård som undersöks. Telemedicin var ett vanligt förekommande begrepp och syftade brett till konsultation via telekommunikation.

Tabell 6. Sökord som användes i litteraturgenomgången med fokus på studier som undersöker vilka patientgrupper som använder digitala vårdbesök.

Deltagare	Antal unika träffar
<pre> ((((((((("direct to consumer telehealth*" [ti] OR "digital health*" [ti] OR "e visit*" [ti] OR "e-clinic*" [ti] OR "e-consult*" [ti] OR "e-doctor*" [ti] OR "e-health*" [ti] OR evisit* [ti] OR "internet-based*" [ti] OR "Internet Portal*" [ti] OR "m-health*" [ti] OR "mobile health*" [ti] OR "online care*" [ti] OR "online clinic*" [ti] OR "online consultation*" [ti] OR "online meeting*" [ti] OR "online portal*" [ti] OR "online visit*" [ti] OR "remote consultation*" [ti] OR "tele care*" [ti] OR "tele health*" [ti] OR telecare* [ti] OR telecommunication* [ti] OR teleconsultation* [ti] OR telehealth* [ti] OR telemedicine* [ti] OR "video conferencing" [ti] OR "virtual communication*" [ti] OR "virtualized healthcare*" [ti] OR "video consultation*" [ti]))) OR Telemedicine [MAJR]) AND (((((General practice [Mesh] OR General Practitioners[Mesh] OR Physicians, Family[Mesh] OR Physicians, Primary Care[Mesh] OR Primary health care[Mesh]))) OR ((("general practice*" [tiab] OR "family physician*" [tiab] OR "family practice*" [tiab] OR "general physician*" [tiab] OR "primary care physician*" [tiab] OR "general practice*" [tiab] OR "general practitioner*" [tiab] OR "primary care" [tiab] OR "primary health care" [tiab] OR "gp*" [tiab] OR "family doctor*" [tiab] OR "family medicine*" [tiab]))) OR (((Ambulatory Care[Mesh])) OR ("ambulatory care" [tiab]))) OR (((("Infection/diagnosis" [Mesh] OR "Infection/therapy" [Mesh])) OR ("Anxiety Disorders/diagnosis" [Mesh] OR "Anxiety Disorders/therapy" [Mesh]) OR ("Depressive Disorder/ diagnosis" [Mesh] OR "Depressive Disorder/therapy" [Mesh]) OR ("Stress, Psychological/diagnosis" [Mesh] OR "Stress, Psychological/therapy" [Mesh]) OR ("Asthma/diagnosis" [Mesh] OR "Asthma/therapy" [Mesh])) OR "acute respiratory illness" [tiab] OR (((("infection" [tiab] OR "anxiety" [tiab] OR "depressive" [tiab] OR "stress" [tiab] OR "asthma" [tiab]) NOT Medline[sb]))) AND (((Population characteristics [Mesh] OR Digital Divide [mesh] OR Health Literacy [mesh]))) OR (((("user characteristics" [tiab] OR "patient characteristics" [tiab] OR "population characteristics" [tiab] OR "demography" [tiab] OR "age" [tiab] OR "ethnic group" [tiab] OR "nationality" [tiab] OR "health status" [tiab] OR "population" [tiab] OR "gender" [tiab] OR "socioeconomic*" [tiab] OR "income" [tiab] OR "high-income" [tiab] OR "low-income" [tiab] OR "inequality" [tiab] OR "equality" [tiab] OR "economic status" [tiab] OR "education*" [tiab] OR "literacy" [tiab] OR "employment" [tiab] OR "unemployment" [tiab] OR "family characteristics" [tiab] OR "occupation" [tiab] OR "poverty" [tiab] OR "social class" [tiab] OR "digital divide" [tiab] OR "language barrier" [tiab] OR "health literacy" [tiab] OR "communication barrier" [tiab] OR "geography" [tiab] OR "underserved" [tiab] OR "rural location" [tiab] OR "rural population" [tiab]) NOT Medline[sb]))) AND (((hasabstract[text] OR loatfrfree full text" [sb])) AND (("2013/01/01"[PDat] : "2018/12/31"[PDat]) AND (English[lang] OR Swedish[lang]))) </pre>	412

Finns det skillnader mellan hur olika grupper värderar digitala vårdkontakter och vad påverkar värdet?

De identifierade studierna tar fasta på olika frågor och därmed undersöks varken liknande grupper eller samma form av digital vårdtjänst i studierna. Det medför att det är svårt att jämföra studiernas resultat med varandra. Något som flera studier undersöker är dock vilken betydelse demografiska

faktorer har på patienters och befolkningens värdering av digitala vårdkontakter. Resultaten är däremot inte samstämmiga: i en del studier har de demografiska faktorerna signifikant betydelse för hur digitala vårdkontakter värderas, men inte i andra.

Avstånd till närmaste vårdmottagning, inkomstnivå, sociala motiv, hälsolitteracitet, tidigare erfarenhet av digitala vårdkontakter och sjukdomskarakteristiska är bakgrundsfaktorer som tas upp i enstaka studier. Hälsolitteracitet är förmågan att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information.

Vilka kvalitetsaspekter i digitala vårdkontakter värderar patienter och befolkningen?

Kvalitetsaspekter är i korthet mått på kvaliteten i ett primärvårdsbesök och de är också aspekter som kan beskriva hur ett vårdbesök går till. I litteraturgenomgången fokuserar vi på kvalitetsaspekter som specifikt kan beskriva digitala vårdkontakter.

Patientavgiften, möjligheten att kombinera digitala och fysiska vårdkontakter, att en stor del av alla besvär kan behandlas i ett digitalt vårdbesök, hög tillgänglighet och att tjänsten fungerar via mobilen är kvalitetsaspekter som värderas i de olika studierna. I en studie framgår det dessutom att det är viktigt att läkare som arbetar med digitala vårdbesök är positivt inställda till besöksformen och att tjänsten bör riktas till teknikvana personer.

Kort sammanfattning av tidigare studier som identifierades i litteraturgenomgången

Hushåll med hög inkomst hade en högre betalningsvilja för att få tillgång till en uppkopplad hälsotjänst

En studie (Chang m.fl. 2017) undersökte amerikanska hushålls betalningsvilja för möjligheten att ha tillgång till konsultation om diagnos, behandling och monitorering genom en uppkopplad hälsotjänst som kallas telehälsa. Tjänsten innebär att du kan ha en generell kontakt med din läkare. Valet av digital vårdtjänst jämfördes mot de svarandes nuvarande situation. En faktor som påverkade värderingen av den digitala vårdtjänsten var om hushållet hade nära eller långt till närmaste sjukvård, samt om hushållen fanns i stad eller glesbygd. Hushåll med längre avstånd och i glesbygd värderade den digitala tjänsten högre. Betalningsviljan var också högre bland hushåll med hög inkomst.

Ingen signifikant skillnad i resenärers betalningsvilja för tillgång till digital vårdtjänst

Resenärers betalningsvilja för digitala vårdbesök undersöktes av Rochat och Genton (2018). Studien genomfördes på en reseklirik inom öppenvården dit patienter som reste

(forts.)

runt i avsidet belägna platser i världen kunde vända sig med uppkomna hälsoproblem. Patienterna fick ange vilken form av digital lösning de föredrog. Kommunikation med vårdpersonal skedde via mejl, telefon eller videosamtal. En majoritet av resenärerna var intresserade av en digital tjänst via mejl som kunde tillgodose eventuellt behov av konsultation när de befann sig i ett annat land på resande fot. Studien visade inte på några signifikanta skillnader mellan kön, ålder, eller olika variabler som handlade om destinationens egenskaper.

Tidigare erfarenhet och hälsolitteraticitet påverkade viljan att genomgå behandling via digital vård

I en webbaserad enkätstudie (Roettl m.fl. 2016) undersöktes tyska patienters betalningsvilja för att genomgå behandling hos en allmänläkare utan att fysiskt besöka en läkarmottagning. Behandlingen kan i stället ske via smarttelefon, mejl, videosamtal eller annan enhet som är uppkopplad till internet. Syftet var att undersöka socioekonomiska och psykosociala skillnader mellan patienterna.

Tidigare erfarenhet av att använda uppkopplad teknik vid behandling påverkade om de svarande var villiga att genomgå behandling via någon form av digital tjänst. Även hälsolitteraticitet, det vill säga förmågan att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information samt sociala motiv till att använda internet för att vara uppdaterad, påverkade de svarandes inställning. Viljan att genomgå en behandling via en digital tjänst eller att betala för behandlingen påverkades inte av kön, ålder eller förtroendet för allmänläkaren. Individer med en högre utbildning och högre inkomst hade en större vilja att betala extra för uppkopplad behandling.

Telerehabilitering kan vara ett eftersträvarsvärt alternativ till konventionell kronisk smärtbehandling

Cranen m.fl. (2017) undersökte betalningsviljan för telerehabilitering via videobesök som ett behandlingsalternativ bland patienter med kronisk smärta. Patienter kunde acceptera mindre konsultation med läkare via video om de i stället fick återkoppling och monitorering av läkare, kunde rehabilitera utanför hemmet och vara flexibla om rehabpassens längd. Hemmabaserad telerehabilitering med minimal vägledning av läkare föredrogs minst av de svarande.

Slutsatsen var att telerehabiliterande behandlingar, ett system med återkoppling och monitorering av läkare i kombination med traditionell konsultation och fysisk träning på gym, kan vara ett eftersträvarsvärt alternativ till konventionell kronisk smärtrehabilitering.

Starka preferenser för traditionell bedömning som ett första steg och därefter en omfattande modell med telehälsa

Kaambwa m.fl. (2017) undersökte äldre patienters preferenser för en tjänst med telehälsa och hur individuella faktorer påverkar preferenserna för digitala vårdkontakter. Telehälsa innebär att patienten kan få konsultationen med sin vårdgivare genom exempelvis videosamtal i stället för att resa till en klinik. Det kan också innebära monitorering eller överföring av data om fysiologiska indikatorer som kan följas upp av vårdgivare.

De svarande uttryckte starka preferenser för en tjänst med telehälsa som erbjuder vård oavsett sjukdoms- eller hälsotillstånd, som var relativt billig och som riktades till patienter som bor långt från närmaste sjukhus eller klinik. De svarande föredrog också att tjänsten

(forts.)

riktades till patienter med tidigare erfarenhet av teknik, med läkare som var positiva till telemedicin, men också att viss inledande bedömning skulle ske vid ett fysiskt besök. Preferenserna skiljde sig bara åt mellan könen.

Slutsatsen var att det fanns starka preferenser för traditionell fysisk bedömning som ett första steg. Därefter föredrog de svarande en omfattande modell av telehälsa som ett komplement till besök vid en klinik, främst riktad till patienter med teknikkunskaper och när kliniken låg långt från patientens hem.

Hudcancerscreening med hjälp av digital tjänst

I en studie av Spinks m.fl. (2016) undersöktes preferenser och betalningsvilja för hudcancerscreening. En ny digital screeningtjänst jämfördes med att låta en läkare undersöka huden eller att själv titta efter hudförändringar. Den digitala tjänsten kallades för teledermatoskopi och gick ut på att fotografera och identifiera misstänkt hudcancer genom att använda ett handhållet dermatoskop.

Analysen sammanfattas delvis med att studiedeltagarna värdesätter att teledermatoskopi finns tillgänglig som en form av screening. Samtliga svarande ville genomföra någon form av screening. Antingen med hjälp av teledermatoskopi eller besök hos läkare men få föredrog att genomföra screeningen själv, det vill säga att själv undersöka sin hud efter eventuella tecken på hudcancer. Teledermatoskopi var det enda alternativet som innehöll en bedömning av en hudläkare, vilket de svarande föredrog.

Drivande i valet och värderingen av screeningalternativ var bland annat om granskningen gjordes av en hudläkare, om detekteringsgraden var hög och om tidsåtgången per screeningtillfälle var liten.

Demografi och sjukdomskaraktäristika påverkade preferenserna för telemedicin

Park m.fl. (2011) undersökte diabetespatienters värdering av telemedicin och aspekter som kan beskriva digitala tjänster för diabeteshantering. Kostnaden var det viktigaste attributet bland de svarande, och preferenserna var starkast för en lägre månadsavgift jämfört med en högre. Både demografiska faktorer och sjukdomskaraktäristika påverkade preferenserna för telemedicin.

Sökord och tillvägagångsätt för att identifiera relevanta studier

Litteratursökningen utfördes i PubMed som är en databas med granskade publikationer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utöver sökningen i PubMed har en artikel tillkommit från vår litteraturgenomgång som genomfördes för att hitta relevant forskning för rapportens metodval (se bilaga 2 för information om metodvalet och studier som ligger till grund för den).

I sökningen filtrerades artiklar skrivna på andra språk än engelska och svenska bort, samt artiklar som publicerades andra datum än perioden 2010-01-01 till 2018-12-31. En sammanställning av sökord finns i tabell 7.

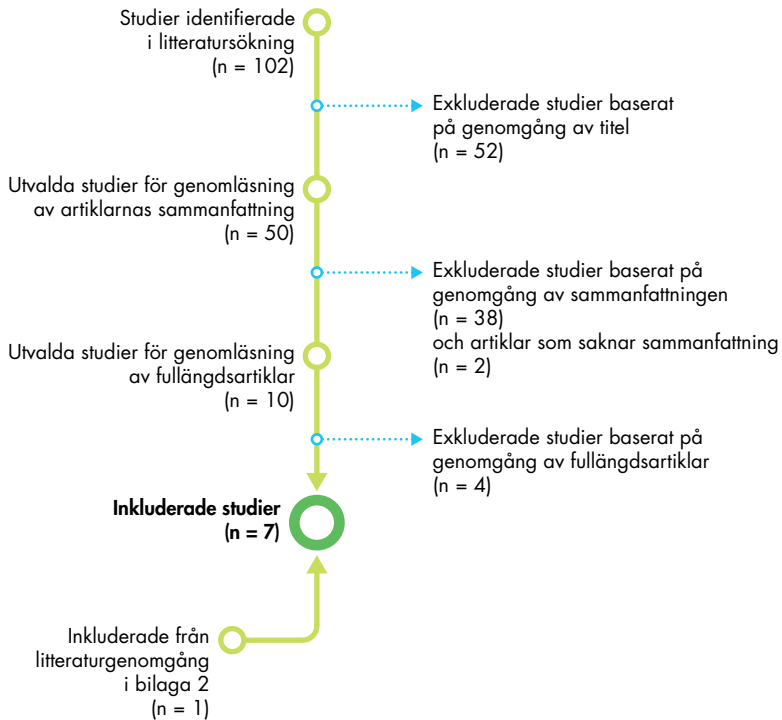
Tabell 7. Sökord som användes i litteraturgenomgången med fokus på studier om befolkningens och patienters värdering av digitala vårdbesök.

Deltagare	Antal unika träffar
<pre> ((((("direct to consumer telehealth*" [tiab] OR "digital health*" [tiab] OR "e visit*" [tiab] OR e-clinic* [tiab] OR e-consult* [tiab] OR e-doctor* [tiab] OR ehealth* [tiab] OR e-health* [tiab] OR evisit* [tiab] "internet-based*" [tiab] OR "Internet Portal*" [tiab] OR mhealth* [tiab] OR m-health* [tiab] OR mobile health* [tiab] OR "online care*" [tiab] OR "online clinic*" [tiab] OR "online consultation*" [tiab] OR "online meeting*" [tiab] OR "online portal*" [tiab] OR "online visit*" [tiab] OR "remote consultation*" [tiab] "tele care*" [tiab] OR "tele health*" [tiab] OR telecare* [tiab] OR telecommunication* [tiab] OR teleconsultation* [tiab] OR telehealth* [tiab] OR telemedicine* [tiab] OR "video conferencing" [tiab] OR "virtual communication*" [tiab] OR "virtualized healthcare*" [tiab] OR "video consultation*" [tiab]))) OR Telemedicine [MAJR])) AND (((("patient* preference*" OR "patient* priorities" OR "public preference*" OR "discrete choice" OR "DCE" OR "conjoint analysis" OR "stated preference*" OR "willingness to pay") NOT Medline[sb])) OR ((Patient Preference [mesh] OR Choice Behavior [mesh]))) AND (("2010/01/01"[PDat] : "2018/12/31"[PDat]) AND (English[lang] OR Swedish[lang])) </pre>	102
<p>Filters activated: Publication date from 2010/01/01 to 2018/12/31, English, Swedish. Clear all to show 116 items.</p>	

Figur 40 visar resultatet från litteratursökningen och hur många artiklar som exkluderades vid genomgången av titel, sammanfattning respektive vid läsning av artiklarna. Studier exkluderades som

- inte fokuserade på preferenser för och relativa värderingar av digitala vårdtjänster
- genomfördes i ett land som inte är med i Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD)
- inte fokuserade på digitala vårdbesök enligt rapportens definition
- inte avsåg öppenvård
- inte var vetenskapliga publikationer.

Figur 40. Resultat och tillvägagångsätt i litteratursökningen med fokus på studier om befolkningens och patienters värdering av digitala vårdbesök.



BILAGA 2 – ENKÄTSTUDIENS UPPLÄGG OCH METODBESKRIVNING

I den här bilagan beskriver vi teoretiska och metodmässiga vägval i genomförandet av befolkningsstudien. Bilagan beskriver

- teorin bakom metoden som används i befolkningsstudien mer utförligt
- arbetsprocessen med studien och enkätens utformning
- förstudien och de steg som ligger till grund för valet av metod och tillvägagångssätt
- studiens stratifiering av urvalet och datainsamling.

Befolkningsenkätens utformning och analyser har genomförts tillsammans med Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).

Teori om ekonomisk värdering med hjälp av revealed preferences eller stated preferences

Det finns två olika tekniker för att mäta och uppskatta värderingar av varor eller tjänster: revealed preferences (avslöjade preferenser) och stated preferences (angivna preferenser) (Bateman m.fl. 2004).

Revealed preferences använder sig av tillgänglig information från existerande och fungerande marknader för att uppskatta en värdering. Ett exempel av revealed preferences är när huspriser används för att värdera bullernivåer.

Stated preferences innebär att priser eller information inte kan härledas från en existerande eller fungerande marknad, och värderingen hämtas i stället från individers angivna preferenser utifrån en hypotetisk marknad eller situation. Ett exempel är om ett företag använder hypotetiska situationer för att undersöka konsumenternas värdering av en helt ny produkt eller tjänst på marknaden.

I den här studien undersöktes befolkningens erfarenheter och värdering av att ha tillgång till digitala videobesök. Information och preferenser om befolkningens erfarenheter och värdering om videobesök är svårt att tillgå från någon fungerande eller existerande marknad, vilket gör stated preferences aktuell att använda.

Contingent valuation och discrete choice är två metoder inom stated preferences

Inom tekniken med stated preferences finns olika metoder för att mäta värderingar av olika slag. Contingent valuation kan användas för att exempelvis

värdera en vara eller tjänst, exempelvis ett digitalt vårdbesök, i sin helhet jämfört med den nuvarande situationen (Bateman m.fl. 2004). Varje svarande anger sin maximala betalningsvilja för videobesöket. Resultatet blir en genomsnittlig betalningsvilja baserad på varje persons svar.

Discrete choice strävar efter att värdera varan eller tjänsten utifrån dess olika aspekter som beskriver exempelvis ett digitalt vårdbesök (Bateman m.fl. 2004). De svarande får välja mellan två alternativ som skiljer sig åt beroende på hur vårdbesöket går till, vilket i sin tur beskrivs med hjälp av kvalitetsaspekter som antar olika nivåer. Utifrån de svarandes val går det att beräkna en relativ värdering mellan kvalitetsaspekterna och nivåerna i kvalitetsaspekterna. I en situation där en av kvalitetsaspekterna är priset för ett vårdbesök går det också att härleda betalningsviljan genom att undersöka effekten av förändringar i kvalitetsaspekternas nivåer jämfört med kostnaden.

I den här studien kombineras discrete choice och contingent valuation. Discrete choice används för att ta reda på befolkningens relativa värdering av kvalitetsaspekter i ett videobesök. Contingent valuation används för att skatta en betalningsvilja för antingen digital eller fysisk vård.

Arbetsprocessen med studiens och enkätens utformning kan delas in i fem steg

Valet av metod och tillvägagångssätt i enkätstudien föregicks av en förstudie. Förstudien innehöll fyra olika delmoment:

1. en litteraturgenomgång för att kartlägga metoder och kvalitetsaspekter i studier av befolkningens preferenser för primärvård och digital vård
2. utvecklande och genomförande av en förberedande enkät riktad till verksamhetsföreträdare inom primärvården respektive befolkningen, med syfte att undersöka relevansen av ett antal sjukdomstillstånd och kvalitetsaspekter som identifierades i steg 1, inklusive uppföljande intervju med några av verksamhetsföreträdarna
3. utvecklande av en befolkningsenkät baserad på fynden i steg 1 och 2
4. genomförande av en pilotstudie av ”befolkningsenkäten” i steg 3 för att testa hur väl den fungerade.

Därefter avslutades förstudien och det sista steget (5) med datainsamlingen påbörjades.

Figur 41 illustrerar arbetsprocessen med att utveckla studiens och enkätens utformning samt hur studien genomfördes.

Figur 41. Studiens och befolkningsenkätens utveckling och genomförande.



Tidigare studier ligger till grund för enkätutformningen och valet av metod

Vi har gått igenom tidigare studier för att få en överblick av vilka metoder, kvalitetsaspekter och svarsalternativ som använts i tidigare studier av preferenser för primärvårdsbesök. Litteratursökningen utfördes i PubMed. Figur 42 visar inklusions- respektive exklusionskriterierna.

Figur 42. Inklusions- och exklusionskriterier som användes för att identifiera studier som ligger till grund för metodvalet i befolkningsenkäten.

✓ Inklusionskriterier	✗ Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none">▶ Preferensbaserade studier, till exempel discrete choice och contingent valuation▶ Fokus på digitala eller fysiska primärvårdsbesök eller motsvarande	<ul style="list-style-type: none">▶ Skriven på andra språk än engelska och svenska▶ Publicerad före 2010▶ Studie i utvecklingsländer▶ Sammanfattningar till konferenser och studier som inte är referensgranskade▶ Indirekt mätning av livskvalitet (till exempel EQ-5D)▶ Preferenser för en specifik typ av behandling (till exempel cancerbehandling)▶ Randomiserade kontrollstudier och analyser av kostnadseffektivitet▶ Preferenser för teknisk utrustning vid telemedicin▶ Fullängdsartikel saknas

Kleij m.fl. (2017) är en systematisk litteraturgenomgång av discrete choice-studier med syfte att uppskatta patienters värdering och preferenser för primärvård 2006–2015. Vi använder samma sökord som Kleij m.fl. (2017) för tidsperioden 2016–2018, samt gör en tilläggssökning för att fånga andra betalningsviljestudier under 2010–2018.

För att fånga studier av preferenser genomfördes en separat sökning för perioden 2010–2018. Sökningen genomfördes den 20 november 2018. Se tabell 8 för sammanställning av söksträngar och sökord.

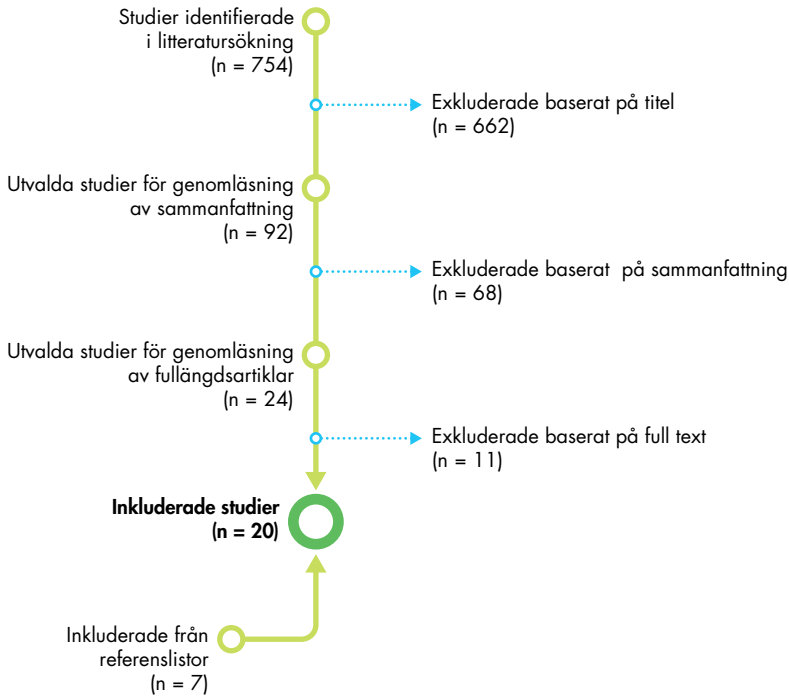
Tabell 8. Sökord och träffar för studier som ligger till grund för metodvalet i befolkningsundersökningen.

#	Sökord	Träffar
1	patient* preference* OR "patient* priorities" OR "public preference*" OR "discrete choice" OR "DCE" OR "conjoint analysis" OR "stated preference*" OR "willingness to pay") AND ("primary care" OR "general practitioner*" OR "GP*" OR "family doctor*" OR "family physician*" OR "family medicine*") AND 20160101*-20181120	552
2	("willingness to pay") AND ("primary care" OR "general practitioner*" OR "GP*" OR "family doctor*" OR "family physician*" OR "family medicine*") AND 20100101-20181120	118
3	("patient* preference*" OR "patient* priorities" OR "public preference*" OR "discrete choice" OR "DCE" OR "conjoint analysis" OR "stated preference*" OR "willingness to pay") AND ("telemedicine" OR "telehealth" OR "online health services" OR "e-health" OR "teleconsultation" OR "telecommunications") AND 20100101-20181120	104
03-Jan		774
	Efter rensning av dubletter (n=20)	754

Not. * Ett tillägg i förhållande till Kleij m.fl. (2017) som annars använde samma söksträng för perioden 2006–2015.

Utöver sökningen i PubMed har referenslistor till funna artiklar granskats och artiklar har tillkommit utifrån dem. Figur 43 visar resultatet och tillvägagångssättet i litteratursökningen.

Figur 43. Resultat och tillvägagångssätt i litteratursökningen som ligger till grund för metodialet i befolkningsundersökningen.



Valsituationerna utformades utifrån erfarenheter av discrete choice och contingent valuation i tidigare studier

I vår studie inkluderar vi inte någon kvalitetsaspekt som bestämmer priset för ett vårdbesök. Många gånger används priset som en aspekt i discrete choice-studier, bland annat för att kunna beräkna den marginella betalningsviljan för kvalitetsaspekter. Anledningen till att vi inte inkluderar pris som en kvalitetsaspekt i vår studie är att tidigare studier har funnit att priset blir styrande för de svarande och att fokus till stor del hamnar på just den aspekten.

Danyliv m.fl. (2012) jämförde discrete choice med contingent valuation och kom fram till att discrete choice leder till en högre betalningsvilja. Skillnaderna i betalningsvilja ansågs främst bero på att svarande är inkonsekventa i discrete choice om skillnader i kvalitetsaspekternas nivåer är svåra att uppfatta.

Det finns även studier som visar att discrete choice som inkluderar kostnaden som en kvalitetsaspekt leder till förenklade beslutsregler.

Förenklade beslutsregler innebär att svarande bara väljer det billigaste alternativet oavsett vilka övriga attribut som ingår i valsituationen (Pedersen m.fl. 2012, 2011). Kvalitetsaspekten blir då överordnad alla andra kvalitetsaspekter i valsituationen. En möjlig förklaring till varför kostnaden har en stor inverkan på de svarandes val kan vara att det många gånger är känsligt med kostnader inom vården och att vissa personer därför ger protestsvar.

Tidigare studier har också kommit fram till att discrete choice med så kallat frivilligt val, det vill säga en valsituation där svarande kan välja sin nuvarande situation, ofta leder till att svarande väljer sin nuvarande situation (Pedersen m.fl. 2012). En lösning på dessa problem är att använda så kallade obligatoriska val i discrete choice, som dessutom är fri från kvalitetsaspekter som bestämmer priset för ett besök. Det gör att de svarande "måste" välja och det begränsar möjligheten till enkla beslutsvägar.

Sjukdomstillstånd som är relevanta inom både fysisk och digital vård

Valet av sjukdomstillstånd i den här studien baserades på hur relevant varje sjukdomstillstånd var för digital vård respektive fysisk vård. En genomgång av tidigare studier som undersökt hur olika sjukdomstillstånd påverkar benägenheten att söka vård genomfördes. Utifrån genomgången kunde vi sedan ringa in relevanta sjukdomstillstånd att använda i den här studien. Faktarutan nedan redovisar och beskriver sjukdomstillstånden som ingår i den här studien.

Sjukdomstillstånd och beskrivningar som användes i den här studien

Så här beskrevs sjukdomstillstånden för de svarande i enkäten.

Astma

Anta att du har astma, vilket innebär att du i perioder har hosta och upplever att det är tungt och svårt att andas. Du behandlas med läkemedel och mäter din lungfunktion med en så kallad PEF-mätare (Peak Expiratory Flow). Anta att du under den senaste veckan uppmätt en försämrad lungfunktion och bestämmer dig för att söka vård.

Lindrig depression

Om man har en lätt depression kan man ofta fungera socialt och praktiskt i sitt dagliga liv, trots att man mår dåligt inombords. Man kan klara av att gå till jobbet eller umgås med sina vänner, fast det kräver att man anstränger sig och "biter ihop".

(forts.)

Övre luftvägsinfektion, vuxna

En övre luftvägsinfektion innebär att du känner dig trött och hängig, har feber, snuva, ont i halsen, hosta och ont i huvudet i flera dagar.

Övre luftvägsinfektion, barn

En övre luftvägsinfektion innebär att barnet känner sig trött och hängig, har feber, snuva, ont i halsen, hosta och ont i huvudet i flera dagar.

Tidigare studier har undersökt hur olika sjukdomstillstånd påverkar benägenheten att söka vård

Tidigare forskning som vi har gått igenom som underlag till vår metod har studerat hur olika sjukdomstillstånd påverkar benägenheten att söka vård. De sjukdomstillstånd som ingick i tidigare studier inkluderade influensa eller urinvägsinfektion (Ahmed och Fincham 2010), sjukdomstillstånd vid det senaste besöket (Tinelli m.fl. 2015, Martin-Fernandez m.fl. 2010), diabetes (Park m.fl. 2011), stora eller svåra obekanta symtom (Danyliv m.fl. 2015), diarré, yrsel, eller bröstsmärtor (McAteer m.fl. 2015), mentala hälsoproblem (Becker m.fl. 2016), möjlig hjärnskakning, utslag och astma (Harris m.fl. 2018). Dessa studier innebar för det mesta ett frivilligt val och sjukdomstillståndet ingick då som en av flera aspekter som potentiellt påverkar benägenheten att söka vård. Resultaten visade att sjukdomstillstånd har påverkan på benägenheten att söka vård. Bland annat sökte fler vård för influensa än för urinvägsinfektion (Ahmed och Fincham 2010) och för bröstsmärtor än för diarré och yrsel (McAteer m.fl. 2015). I Danyliv m.fl. (2015) styrdes valet av sjukdomstillstånd delvis utifrån studiens syfte, men också av att sjukdomstillståndet skulle vara tillräckligt allvarligt för att individen skulle söka vård.

Kvalitetsaspekter och nivåer som använts i tidigare studier

Chudner m.fl. (2018) undersökte vilka kvalitetsaspekter som var relevanta för en discrete choice-studie av preferenser för digital och fysisk primärvård. Resultatet visade att både läkare och patienter värderade kvalitet på besök (avbrott under besöket eller inte) och väntetid i väntrum högt. Bland patienterna ansågs också väntetid från bokning till besök och relationen till läkaren vara viktiga kvalitetsaspekter.

I en systematisk litteraturgenomgång (Kleij m.fl. 2017) delades kvalitetsaspekterna in som strukturella (objektiva parametrar), process-

relaterade (aktiviteter som görs under besök) och resultatrelaterade. Strukturella kvalitetsaspekter är exempelvis väntetid och öppettider. Processrelaterade kvalitetsaspekter kan till exempel vara beslutsfattande, kontinuitet och information. Kvalitetsaspekter som kategoriseras under resultat handlar främst om behandlingen och möjligheten att bli av med sina besvär.

Olika nivåer av väntetid som en kvalitetsaspekt för tillgänglighet

Nivåer för väntetid som kvalitetsaspekt varierar mellan tidigare studier, från samma dag (Pedersen m.fl. 2012, Ahmed och Fincham 2010, Lagarde m.fl. 2015) till nästa dag (Tinelli m.fl. 2015) eller om en till två veckor (Chudner m.fl. 2018, Lagarde m.fl. 2015, Tinelli m.fl. 2015, Pedersen m.fl. 2012). För den här studien valdes nivåerna ”inom en timme”, ”samma dag”, ”om tre dagar” och ”om sju dagar”, eftersom de nivåerna ansågs rimliga för videobesök som ofta kan ges inom mycket kort tid.

Vilken typ av vårdpersonal får patienten träffa?

En annan kvalitetsaspekt av betydelse var vilken kategori av vårdpersonal individen får träffa. Tunsater m.fl. (2007) visade att kategorin ”sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare” är relevant, eftersom det har visat sig vara en framgångsrik strategi för vissa behandlingar. Därför valdes nivåerna ”läkare”, ”sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare” och ”sjuksköterska” till kvalitetsaspekten för typ av vårdpersonal.

Relationen till vårdpersonalen som patienten får träffa

Chudner m.fl. (2018) och Seghieri m.fl. (2014) använde uttryck som syftade till ”min” eller ”egen” läkare, vilket ansågs svårtolkat eftersom det kan vara vanligare att ha en egen läkare i andra länder än i Sverige. Därför valdes nivåerna för kvalitetsaspekten relation till vårdpersonal som ”vårdpersonalen känner till dig sedan tidigare” och ”vårdpersonalen känner inte till dig sedan tidigare”.

Vårdpersonalens tillgång till patientens journal

För kvalitetsaspekten vårdpersonalens tillgång till journal (det vill säga samlade medicinska historia) valdes nivåerna ”tillgång till journal samt egenrapporterade värden”, ”tillgång till journal” och ”ingen tillgång till journal”. Syftet med att få tillgång till egenrapporterade värden var att fånga upp möjligheten till större användning av digital monitorering.

Enkät och fokusintervjuer hjälpte oss att välja ut relevanta kvalitetsaspekter till studien

En förberedande enkät togs fram för att undersöka uppfattningar bland läkare i primärvården och befolkningen om ett antal sjukdomstillstånd och kvalitetsaspekter som skulle vara relevanta för digital och fysiskt vård. Sjukdomstillstånden var övre luftvägsinfektion, vaga symtom, astma och social ångest.

Enkäten till verksamhetsföreträdare och läkare skickades ut av Vårdanalys till totalt 20 verksamhetschefer i primärvården den 10 januari 2019. I mejlet informerades verksamhetschefen om syftet med studien och ombads dels att besvara enkäten, dels att vidarebefordra länken till en av läkarna på mottagningen. Två påminnelser skickades ut och datainsamlingen avslutades den 24 januari 2019. Totalt besvarade 13 verksamhetsföreträdare och läkare enkäten, varav 9 gav fullständiga svar. Totalt 3 verksamhetsföreträdare eller läkare tackade ja till en ytterligare fokusintervju.

Enkäten till befolkningen skickades ut den 21 januari 2019 till totalt 79 personer i en internetpanel. Urvalet stratifierades baserat på ålder, kön och geografi för att få en representativ spridning. Datainsamlingen avslutades den 27 januari 2019. Totalt besvarade 29 personer enkäten, varav 27 gav fullständiga svar.

Resultatet från den förberedande enkäten visade att de fyra viktigaste kvalitetsaspekten bland verksamhetsföreträdarna och läkarna var att det går snabbt och enkelt att boka ett besök, att få en besökstid så fort som möjligt, möjlighet att få recept, intyg eller remiss samt öppetid på kvällar och helger. De fyra viktigaste kvalitetsaspekterna bland befolkningen var att det går snabbt och enkelt att boka ett besök, att få en besökstid så fort som möjligt, öppet på kvällar och helger samt att träffa samma vårdpersonal varje gång.

Vilka kvalitetsaspekter som ansågs vara de viktigaste i valet mellan digital och fysisk vård varierade beroende på sjukdomstillstånd. Sjukdomstillstånd hade större inverkan på valet av kvalitetsaspekt bland verksamhetsföreträdare och läkare än bland befolkningen.

Social ångest fanns med som ett sjukdomstillstånd men plockades bort efter den förberedande enkäten på grund av att resultaten var svåra att tolka, samt att de svarande var osäkra på om de förstod sjukdomstillståndet.

Valsituationerna skapades med hjälp av en experimentell design

Inom discrete choice skapas en valsituation genom att kvalitetsaspekter och nivåer kombineras till ett antal olika profiler (Veldwijk m.fl. 2014). I den här studien beskriver en profil ett digitalt videobesök utifrån kvalitetsaspekter och nivåer. Antalet profiler är beroende av antalet kvalitetsaspekter och nivåer, och blir snabbt ohanterligt många. Därför utformas en experimentell design som identifierar hur många profiler som behövs för att få ut så mycket statistisk information som möjligt för att skatta preferenser (Bridges m.fl. 2011). Kvalitetsaspekterna ska variera så att det är möjligt att urskilja effekten av en enskild kvalitetsaspekt samtidigt som designen är balanserad så att alla nivåer inom kvalitetsaspekten förekommer samma antal gånger. Målet är att designen ska uppfylla krav på statistisk effektivitet, det vill säga att variationen är tillräcklig för att relationerna mellan alla kvalitetsaspekternas nivåer går att analysera.

Den statistiska effektiviteten kan också sättas i relation till svareffektivitet (Reed Johnson m.fl. 2013). Exempelvis kan en hög statistisk effektivitet uppnås genom att använda många valsituationer där profilerna varieras i hög utsträckning. Det kan i sin tur innebära att svareffektiviteten blir lägre, eftersom de svarande helt enkelt tröttnar på att svara på alla valsituationer. I tidigare studier har det maximala antalet valsituationer ansetts vara fyra till sex valsituationer (Pedersen m.fl. 2012, Seghieri m.fl. 2014).

Sex valsituationer fördelat på två enkäter

I den här studien användes fyra kvalitetsaspekter (nivåer): väntetid till besök (4), typ av vårdpersonal (3), relation till vårdpersonal (2) och tillgång till journal (3). Det gav totalt 72 möjliga profiler (så kallad full factorial design). Detta ansågs ohanterligt, eftersom det skulle innebära för många valsituationer att svara på. Antalet valsituationer minskades därför till totalt sex, som tillsammans bildade två block.

För att få med samtliga valsituationer skapades två versioner av enkäten per sjukdomstillstånd. Enkätversion 1 innehöll första blocket av valsituationer och enkätversion 2 innehöll andra blocket av valsituationer. Det betydde att varje person fick svara på tre valsituationer var i antingen enkätversion 1 eller enkätversion 2 för ett specifikt sjukdomstillstånd. Se tabell 9 och tabell 10 för en presentation av enkätversionerna.

Tabell 9. Valsituationer i enkätversion 1.

Kvalitetsaspekt	Valsituation 1 Digitalt videobesök		Valsituation 2 Digitalt videobesök		Valsituation 3 Digitalt videobesök	
	A	B	A	B	A	B
Väntetid för besök	Om 3 dagar	Inom 1 timme	Om 7 dagar	Samma dag	Om 7 dagar	Samma dag
Typ av vårdpersonal	Läkare	Sjuksköterska +	Sjuksköterska	Sjuksköterska	Sjuksköterska +	Läkare
Relation till vårdpersonal	Du träffar vårdpersonal som känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare
Tillgång till journal	Har tillgång till din journal +	Har inte tillgång till din journal	Har tillgång till din journal +	Har inte tillgång till din journal	Har tillgång till din journal	Har tillgång till din journal

Not. "Sjuksköterska +" innebär en sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare och som kan utfärda remiss, vissa recept, men inte sjukintyg. "Journal +" innebär journal med egenrapporterade värden.

Tabell 10. Valsituationer i enkätversion 2.

Kvalitetsaspekt	Valsituation 1 Digitalt videobesök		Valsituation 2 Digitalt videobesök		Valsituation 3 Digitalt videobesök	
	A	B	A	B	A	B
Väntetid för besök	Inom 1 timme	Inom 1 timme	Samma dag	Om 3 dagar	Om 3 dagar	Om 7 dagar
Typ av vårdpersonal	Sjuksköterska	Läkare	Sjuksköterska +	Sjuksköterska +	Sjuksköterska	Läkare
Relation till vårdpersonal	Du träffar vårdpersonal som känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare	Du träffar vårdpersonal som inte känner till dig sedan tidigare
Tillgång till journal	Har tillgång till din journal +	Har tillgång till din journal	Har tillgång till din journal +	Har inte tillgång till din journal	Har tillgång till din journal	Har inte tillgång till din journal

Not. "Sjuksköterska +" innebär en sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare och som kan utfärda remiss, vissa recept, men inte sjukintyg. "Journal +" innebär journal med egenrapporterade värden.

Enkäten utformades utifrån tidigare värderingsstudier

Utformningen av enkäten följde de strukturer och frågeformuleringar som tidigare värderingsstudier har utgått från. Enkäten bestod av 4 delar.

Del 1 och 2 innehöll bakgrundsfrågor samt frågor om de svarandes erfarenhet och åsikter om fysisk och digital primärvård. I del 3 syftade frågorna till att uppskatta de svarandes värdering av kvalitetsaspekter i digitala videobesök och om de svarande föredrar ett videobesök eller ett fysiskt vårdbesök.

Del 4 innehöll tre uppföljningsfrågor som användes för att validera svaren som angavs i del 3.

Totalt fanns åtta olika enkätversioner. Dessa skiljde sig åt i del tre beroende på sjukdomstillstånd och valsituation. Det innebar att samtliga personer delades in i åtta grupper, som i sin tur fick svara på en enkätversion var. Enkäten i sin helhet redovisas i en bilaga på www.vardanalys.se.

Valsituationen utformades i tre steg

Del 3 innehöll discrete choice-konstruktionen med valsituationerna. Först fick varje person besvara fyra frågor som handlade om personens senaste fysiska vårdbesök vid en vårdcentral. Frågorna och svarsalternativen var likvärdiga med kvalitetsaspekter och nivåerna, och syftade till att fånga erfarenhetsbaserade preferenser.

De svarande blev sedan introducerade till kvalitetsaspekterna och nivåerna i valsituationerna samt ett specifikt sjukdomstillstånd. Därefter innehöll varje valsituation tre steg.

- Steg 1: De svarande fick välja mellan två typer av videobesök, som beskrevs med hjälp av kvalitetsaspekter och nivåerna.
- Steg 2: De svarande fick välja mellan det föredragna videobesöket i steg 1 och sitt senaste fysiska vårdbesök.
- Steg 3: De svarande fick en öppen betalningsviljefråga och kunde precisera deras maximala betalningsvilja för det föredragna vårdbesöket (videobesök eller fysiskt besök) i steg 2.

För att undvika hypotetisk bias, det vill säga att svarande inte förstår eller tar scenariot på allvar, blev de påmindas om att tänka på att de skulle kunna betala den summan som de angav. Specifikt för den första valsituationen var att svarande fick kryssa för hur mycket pengar, utöver en patientavgift på 100 kronor, som de var villiga att betala för att få tillgång till det föredragna

videobesöket eller fysiska vårdbesöket i steg 2. Det antogs vara mer realistiskt att sätta patientavgiften till 100 kronor jämfört med att alternativet var kostnadsfritt.

För att validera betalningsviljan inkluderades en beloppstabell som syftade till att hjälpa de svarande att identifiera sitt betalningsintervall. Beloppstabellen utgick från 1 krona upp till 1 000 kronor eller mer med 100-kronorsintervall. Dessutom inkluderades en fråga om hur säker de svarande var på att faktiskt betala det angivna beloppet. Frågan ställdes på en skala 1 till 10, där 1 motsvarade ”inte alls säker” och 10 motsvarade ”mycket säker”. Tidigare studier har visat att de som anger som lägst sju ligger närmast den reella betalningsviljan (Loomis 2014).

De som svarade att de inte var villiga att betala något extra fick svara på en fråga om skälen för detta. Enligt Bateman m.fl. (2004) kan det hjälpa till att fånga så kallade protesterare, det vill säga personer som inte vill ange sin betalningsvilja på grund av exempelvis åsikter om att kostnader för hälso- och sjukvård ska täckas av nuvarande skattesystem.

Pilotenkät testade enkätutformningen

Vi genomförde en pilotenkät för att testa enkäten inför den slutgiltiga enkätversionen. Uppfattningen om sjukdomstillstånden testades redan i den förberedande enkäten, och eftersom social ångest uppfattades som svårt att sätta sig in i testades lindrig depression i pilotenkäten.

I pilotenkäten inkluderades en kvalitetsaspekt som angav hur stor chans det är att bli av med sina besvär i ett vårdbesök. Analysen av pilotenkäten visade att det var tydligt att några valde att bara fokusera på den kvalitetsaspekten. För att undvika en situation där en kvalitetsaspekt överordnas alla andra, inkluderades inte den aspekten (chans att bli av med sina besvär) i den slutgiltiga enkäten i studien.

Pilotenkäten skickades ut av Enkätfabriken till 190 personer i ett randomiserat, stratifierat urval av befolkningen identifierade i en internetpanel. Datainsamlingen pågick mellan 11 och 12 mars 2019. Totalt 151 personer öppnade länken och 104 gav fullständigt svar.

Utifrån kommentarer och erfarenheter från pilotenkäten gjordes justeringar i frågeformuleringar, kvalitetsaspekter och sjukdomstillstånd till den slutgiltiga enkätversionen.

Den slutgiltiga enkäten skickades ut till 7 000 individer i befolkningen

Datainsamlingen genomfördes med en webbaserad och postal enkät som riktade sig till ett slumpmässigt urval om 7 000 individer i befolkningen. Urvalet delades in i individer 16 år och uppåt samt vårdnadshavare till barn i åldern 0–15 år. Tidigare erfarenheter om förväntade svarsfrekvenser baserat på ålder visar att äldre individer är mer svarsbenägna än yngre individer. Ett större urval användes därför för individer 16–29 år, för att få in fler antal svar från den gruppen. Stratifieringen i urvalet presenteras i tabell 11.

Datainsamlingen pågick i drygt sex veckor mellan 24 april 2019 till 7 juni 2019. Totalt skickades två påminnelser om deltagande ut.

Tabell 11. Urval och stratifiering efter ålder.

Grupp	Åldersintervall	Utskick
Vårdnadshavare med barn 0–15 år	0–7 år	875
	8–15 år	875
Vuxna 16 år +	16–29 år	1 500
	30–44 år	1 375
	45–59 år	1 375
	60 år +	1 000

BILAGA 3 – RESULTATAVSNITTET

I den här bilagan redovisar vi

- svarsfrekvens, externt och internt bortfall
- de svarandes representativitet gentemot befolkningen
- deskriptiv beskrivning av hur de svarande agerade i valsituationerna
- fördjupning av regressionsanalyserna
- validering av resultatet från befolkningsenkäten.

Svarsfrekvens och externt bortfall

Svarsfrekvensen i studien uppgick i genomsnitt till 20 procent. Enkätversionerna som riktades till vuxna personer över 16 år och som utgick från sökorsakerna astma, lindrig depression och övre luftvägsinfektion (vuxna) hade en svarsfrekvens på 21,5 procent. Svarsfrekvensen på enkätversionen som riktades till föräldrar som skulle föreställa sig att deras barn hade övre luftvägsinfektion var 15,7 procent. Generellt har bortfallet i enkätundersökningar ökat relativt mycket under 2000-talet. I undersökningar som använder discrete choice som metod finns en benägenhet att bortfallet blir ännu större, eftersom enkäterna ofta är omfattande. Den uppdelade svarsfrekvensen per sjukdomstillstånd och enkätversion presenteras i tabell 12.

Personerna som ingick i urvalet fick möjlighet att svara på enkäten antingen online eller via en postal enkät. Totalt skickades två påminnelser ut utöver den initiala inbjudan om att delta i undersökningen. Datainsamlingen var öppen mellan den 24 april och 7 juni 2019. De svarande fick information om att undersökningen stängde den 3 juni, men för att kunna registrera postala enkäter som skickades in den 3 juni och därför kom in senare var datainsamlingen öppen till den 7 juni.

Tabell 12. Antal enkätsvar och svarsfrekvens per sjukdomstillstånd och enkätversion.

Sökorsak	Enkätversion	Online	Postalt	Totalt	Svarsfrekvens
Astma	1	49	125	174	20 %
	2	63	126	189	22 %
Lindrig depression	1	48	135	183	21 %
	2	64	134	198	23 %
Övre luftvägsinfektion vuxna	1	54	133	187	21 %
	2	53	143	196	22 %
Övre luftvägsinfektion barn	1	57	72	129	15 %
	2	60	85	145	17 %
Totalt		448	953	1401	20 %

Den absoluta majoriteten av det externa bortfallet kan inte förklaras, utan handlar om att inget svar kom in. I några fall finns en förklaring av orsaken till det externa bortfallet, se tabell 13.

Tabell 13. Orsak till externt bortfall.

	Antal personer
Bortfall utan orsak	5204
Avbrutna i webbinsamling	279
Fel adress/Okända på adressen	76
Försent inskickat frågeformulär	23
Vill ej medverka/principvägran	7
Sjuk/Hör dåligt/Synskadad/Funktionsnedsättning	6
Talar ej svenska	2
Vistas utomlands	1
Avliden	1

Representativitet och internt bortfall

Hur väl de svarande motsvarar befolkningen som helhet kallas för representativitet. Det här avsnittet ger detaljerad information om de svarandes representativitet gentemot befolkningen och mellan sjukdomstillstånden. Dessutom redovisas det interna bortfallet som helhet och inom varje steg som analysen är utformad efter. Dessutom visar vi hur bortfallet av svarande påverkar representativiteten för varje analyssteg.

Detaljerad information om representativitet

I analysen av representativiteten använde vi oss främst av jämförbara siffror för befolkningen som finns tillgängliga i SCB:s statistikdatabas. Uppgifter om kön, ålder (SCB 2019e) och hushåll (SCB 2019a, b) är hämtade från befolkningsstatistik 2018. Uppgifter om utbildning är hämtade från befolkningens utbildning 2018 (SCB 2019c). Inkomstuppgifterna kommer från inkomststatistik 2017 (SCB 2019f) och har inflationsjusterats till 2019 års prisnivå. Uppgifterna om tillgången till internet är hämtade från befolkningens it-användning 2018 (SCB 2018).

Folkmängd per kommun har hämtats från befolkningsstatistik 2018 (SCB 2019d), medan kommunindelningen baseras på en indelning i tre kommuntyper från Tillväxtverket (Tillväxtverket 2019):

- Storstadskommuner (29 stycken) – kommuner med mindre än 20 procent av befolkningen i rurala områden och som tillsammans med angränsande kommuner har en samlad folkmängd på minst 500 000 invånare.
- Täta kommuner (131 stycken) – övriga kommuner med mindre än 50 procent av befolkningen i rurala områden.
- Landsbygdskommuner (130 stycken) – kommuner med minst 50 procent av befolkningen i rurala områden.

Vi har gjort ytterligare en indelning genom att slå ihop Stockholms stad, Göteborgs stad och Malmö kommun.

En detaljerad bild av representativiteten presenteras i tabell 14 och tabell 15.

Tabell 14. Detaljerad redovisning av representativiteten utifrån alla som besvarat befolkningsenkäten utifrån tillstånden astma, lindrig depression och övre luftvägsinfektion bland vuxna.

		Sökorsak			Befolkningen (16 år +)
		Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	
Kön	Kvinnor	51 %	54 %	54 %	50 %
	Män	49 %	46 %	46 %	50 %
Ålder	Medel	54,0	53,3	54,9	48,5
Utbildning	Grundskola, folkskola, realskola eller liknande	27 %	22 %	20 %	20 %
	Gymnasieutbildning	32 %	29 %	31 %	42 %
	Universitets- eller högskoleutbildning 3 år eller längre	17 %	14 %	16 %	22 %
	Universitets- eller högskoleutbildning kortare än 3 år	23 %	34 %	33 %	14 %
	Vet ej	1 %	0 %	0 %	3 %
Årsinkomst	Inkomst före skatt (medel) ^a	313 003	313 110	319 302	305 041 ^b
Kommuntyp	Landsbygdskommun	19 %	18 %	15 %	17 %
	Tät kommun	51 %	48 %	52 %	50 %
	Storstadskommun	12 %	15 %	15 %	15 %
	Stockholm, Göteborg, Malmö	17 %	19 %	19 %	18 %
Hushåll	1	23 %	27 %	25 %	40 %
	2	41 %	39 %	45 %	30 %
	3	16 %	13 %	14 %	12 %
	4	12 %	15 %	12 %	12 %
	5	5 %	3 %	3 %	4 %
	6	2 %	2 %	1 %	1 %
	7 eller fler	0 %	1 %	0 %	1 %
Tillgång till internet	Andel	93 %	95 %	94 %	93 % ^c

Not. ^a Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet.

^b Sammanräknad förvärvsinkomst för 2017 (inflationjusterat). ^c Baseras på befolkningen 16–84 år.

Källa: Uppgifter för befolkningen (16 år +) är hämtade från SCB (2019e, b, c, f, d, 2018).

Tabell 15. Detaljerad redovisning av representativiteten utifrån alla som besvarat befolkningsenkäten och utgått från tillståndet övre luftvägsinfektion bland barn.

		Sökorsak Övre luftvägs- infektion barn	Befolkningen (20-60 år)
Kön	Kvinnor	69 %	49 %
	Män	31 %	51 %
Ålder	Medel	41	40
Utbildning	Grundskola, folkskola, realskola eller liknande	4 %	11 %
	Gymnasieutbildning	24 %	45 %
	Universitets- eller högskoleutbildning 3 år eller längre	9 %	16 %
	Universitets- eller högskoleutbildning kortare än 3 år	61 %	26 %
	Vet ej	2 %	3 %
Årsinkomst	Inkomst före skatt (medel) ^b	379 568	341 654 ^c
Kommuntyp	Landsbygdskommun	15 %	15 %
	Tät kommun	48 %	49 %
	Storstadskommun	19 %	16 %
	Stockholm, Göteborg, Malmö	17 %	21 %
Hushåll ^d	2	6 %	10 %
	3	21 %	33 %
	4	50 %	40 %
	5 eller fler	24 %	17 %
Tillgång till internet	Andel	99 %	93 % ^e

Not. ^a Vi har inte kunnat kontrollera om jämförelsegruppen är föräldrar eller inte. ^b Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet. ^c Sammanräknad förvärsinkomst för 2017 för 20–64 år (inflationjusterat). ^d Avser hushåll med minst 1 barn. ^e Avser befolkningen 16–84 år.

Källa: Uppgifter för befolkningen (20–60 år) är hämtade från SCB (2019e, a, c, f, d, 2018).

Beskrivning av det interna bortfallet i varje analyssteg

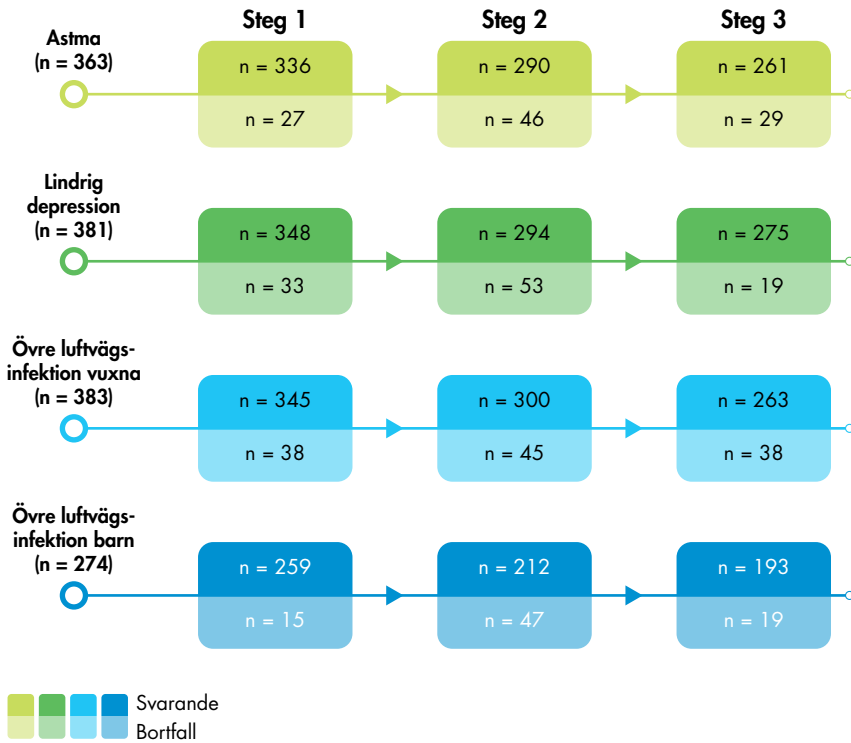
Det interna bortfallet varierar mellan olika frågor som ställdes i befolkningsenkäten. Orsaken är inte känd, men det kan bero på att vissa frågor ansågs känsliga att svara på. Det kan också bero på att de svarande missade att fylla i frågan eller att de av någon annan anledning inte ville besvara frågan.

Frågorna som handlade om val och värdering av digital och fysisk vård ses som de mest centrala i analysen. Figur 44 ger en mer detaljerad bild av hur bortfallet i de tre analysstegen ser ut.

I steg 1 har totalt 113 svarande inte gjort ett val mellan två digitala videobesök (digital vård A och digital vård B). I steg 2 väljer de mellan det valda videobesöket från steg 1 och ett fysiskt vårdbesök som går till på liknande sätt som det senaste besöket på en vårdcentral. Totalt har 191 svarande fallit bort i det andra analyssteget. Majoriteten av dessa har inte fyllt i alla frågor som handlar om det senaste fysiska vårdbesöket. Svaren på frågorna om de svarandes senaste fysiska vårdbesök behövs för att analysen av val mellan digital och fysisk vård ska kunna utföras.

Slutligen i steg 3 anger de svarande sin betalningsvilja för det valda besöket i steg 2. I steg 3 har totalt 105 personer fallit bort. Här beror bortfallet dels på att de svarande inte har angett någon värdering, dels på att ett antal personer har uteslutits på grund av följande orsaker:

- betalningsviljan översteg 1 000 kronor vilket ansågs extremt jämfört med övriga svar
- de svarande angav att de inte ville betala extra, eftersom situationen ansågs överklig
- de svarande har uttryckt en åsikt om att kostnaden bör täckas av nuvarande skatteinkomster.

Figur 44. Antal svarande och bortfall per analyssteg.

Representativiteten i varje analyssteg efter bortfall av svarande

Bortfallet i varje analyssteg påverkar representativiteten genom att karaktäristikan av kvarvarande personer har förändrats. I tabell 16, tabell 17 och tabell 18 presenteras de svarandes representativitet för varje analyssteg gentemot befolkningen som helhet. Det externa bortfallet i analysstegen påverkar representativiteten till viss del. Däremot går det inte att se någon tydlig systematik i vilka som faller bort i varje analyssteg. Därför anses bortfallet inte påverka resultaten i någon större systematisk utsträckning.

För personer som utgår från att de söker vård för barn med övre luftvägsinfektion presenteras representativiteten per analyssteg gentemot befolkningen (20–60 år) i tabell 19.

Tabell 16. Representativiteten efter bortfall i analyssteg 1 för tillstånden astma, lindrig depression och övre luftvägsinfektion, vuxna.

	Sökorsak			Befolkningen (16 år +)
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	
Kön (Kvinnor)	51 %	53 %	54 %	50 %
Ålder (medel)	52	51	52	49
Utbildning (eftergymnasial)	43 %	51 %	53 %	36 %
Årsinkomst före skatt (medel) ^a	299 135	305 170	307 658	305 041 ^b
Kommuntyp (Stockholm, Göteborg, Malmö)	18 %	19 %	21 %	18 %
Hushåll (medel)	2,5	2,5	2,3	2,2
Tillgång till internet	95 %	98 %	97 %	93 % ^c

Not. ^a Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet.

^b Sammanräknad förvärsinkomst för 2017 (inflationsjusterat). ^c Avser befolkningen 16–84 år

Källa: Uppgifter för befolkningen (16 år +) är hämtade från SCB (2019e, b, c, f, d, 2018).

Tabell 17. Representativiteten efter bortfall i analyssteg 2 för tillstånden astma, lindrig depression och övre luftvägsinfektion, vuxna.

	Sökorsak			Befolkningen (16 år +)
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	
Kön (Kvinnor)	53 %	54 %	54 %	50 %
Ålder (medel)	53	50	53	49
Utbildning (eftergymnasial)	45 %	51 %	53 %	36 %
Årsinkomst före skatt (medel) ^a	309 729	306 082	304 926	305 041 ^b
Kommuntyp (Stockholm, Göteborg, Malmö)	18 %	20 %	18 %	18 %
Hushåll (medel)	2,4	2,5	2,2	2,2
Tillgång till internet	96 %	97 %	97 %	93 % ^c

Not. ^a Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet.

^b Sammanräknad förvärsinkomst för 2017 (inflationsjusterat). ^c Avser befolkningen 16–84 år

Källa: Uppgifter för befolkningen (16 år +) är hämtade från SCB (2019e, b, c, f, d, 2018).

Tabell 18. Representativiteten efter bortfall i analyssteg 3 för tillstånden astma, lindrig depression och övre luftvägsinfektion, vuxna.

	Sökorsak			Befolkningen (16 år +)
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	
Kön (Kvinnor)	53 %	54 %	54 %	50 %
Ålder (medel)	52	51	53	49
Utbildning (eftergymnasial)	44 %	52 %	53 %	36 %
Årsinkomst före skatt (medel) ^a	306 538	297 582	306 523	305 041 ^b
Kommuntyp (Stockholm, Göteborg, Malmö)	18 %	19 %	19 %	18 %
Hushåll (medel)	2,4	2,5	2,3	2,2
Tillgång till internet	96 %	97 %	97 %	93 % ^c

Not. ^a Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet.

^b Sammanräknad förvärsinkomst för 2017 (inflationsjusterat). ^c Avser befolkningen 16–84 år.

Källa: Uppgifter för befolkningen (16 år +) är hämtade från SCB (2019e, b, c, f, d, 2018).

Tabell 19. Representativiteten efter bortfall i analysstegen för tillståndet övre luftvägsinfektion, barn.

	Analyssteg			Befolkningen (20–64 år) ^a
	Steg 1	Steg 2	Steg 3	
Kön (Kvinnor)	70 %	73 %	72 %	49 %
Ålder (medel)	41	41	41	40
Utbildning (eftergymnasial)	75 %	74 %	74 %	42 %
Årsinkomst före skatt (medel) ^b	370 683	375 855	371 549	341 654 ^c
Kommuntyp (Stockholm, Göteborg, Malmö)	15 %	16 %	16 %	21 %
Hushåll (medel)	4	4	4	3,8 ^d
Tillgång till internet	99 %	99 %	99 %	93 % ^e

Not. ^a Vi har inte kunnat kontrollera om jämförelsegruppen är föräldrar eller inte. ^b Uppskattad inkomst per person genom att dividera hushållets inkomst med antalet vuxna boende i hushållet. ^c Sammanräknad förvärsinkomst för 2017 för 20–64 år (inflationsjusterat). ^d Avser hushåll med minst 1 barn. ^e Avser befolkningen 16–84 år

Källa: Uppgifter för befolkningen (20–60 år) är hämtade från SCB (2019e, a, c, f, d, 2018).

Deskriptiv beskrivning av svaren i valsituationerna

I steg 1 fick svarande välja mellan två videobesök som benämndes digitalt videobesök A och digitalt videobesök B. Det fanns två enkätversioner per hypotetiskt sjukdomstillstånd och varje svarande ställdes inför tre valsituationer. Totalt fanns sex valsituationer. I tabell 20 redovisas fördelningen av valen mellan digitalt videobesök A och digitalt videobesök B. Dessutom redovisas också hur de svarande valde i steg 2, det vill säga i valet mellan det föredragna videobesöket i steg 1 och sitt senaste fysiska vårdbesök. Exempelvis i valsituation 1 valde 70 procent av dem som utgick från tillståndet astma digitalt videobesök A. I valet därefter valde 85 procent av dessa ett fysiskt vårdbesök framför digitalt videobesök A.

Analysen och resultatet delas in i tre delar

Analysen av datamaterialet utgår från två olika typer av regressionsanalyser: villkorad logistisk regression (conditional logistic regression) och linjär regression. Regressionsanalyserna belyser den relativa värderingen mellan kvalitetsaspekter som kan beskriva ett vårdbesök samt vilken utsträckning det tycks finnas samband mellan kvalitetsaspekterna och den angivna betalningsviljan.

Regressionsanalysen delas upp i tre steg för att fånga följande aspekter:

- den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter i ett videobesök
- den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter, förutsatt att det finns behov av vård oavsett om besöksformen är digital eller fysisk
- den monetära värderingen i kronor för ett videobesök i relation till ett fysiskt vårdbesök.

Regressionsanalysen i steg 1 belyser svarandes relativa värdering av olika kvalitetsaspekter inom ett digitalt videobesök

Steg 1 i analysen belyser den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter inom ett videobesök. Analysen av datamaterialet gjordes utifrån en villkorad logistisk regression. En villkorad logistisk regression är en förlängning av en logistisk regression. Den avgörande skillnaden är att man kan ta hänsyn till matchning av datamaterialet, det vill säga när det exempelvis finns flera olika observationer från samma individ som ska hänga samman i analysen (Bateman m.fl. 2004).

Tabell 20. Representativiteten efter bortfall i analyssteg 3 för tillstånden astma, lindrig depression och övre luftvägsinfektion, vuxna.

	Sökersak									
	Asthma		Lindrig depression		Övre luftvägsinfektion vuxna		Övre luftvägsinfektion barn			
	Videobesök A	Videobesök B	Videobesök A	Videobesök B	Videobesök A	Videobesök B	Videobesök A	Videobesök B	Videobesök A	Videobesök B
Valsituation 1	70	30	79	21	49	51	23	77		
Fysiskt vårdbesök	85	61	79	59	30	57	89	64		
Valsituation 2	22	78	42	58	18	82	10	90		
Fysiskt vårdbesök	91	66	84	68	87	66	83	63		
Valsituation 3	20	80	32	68	16	84	12	88		
Fysiskt vårdbesök	87	58	83	65	89	62	80	54		
Valsituation 4	34	66	28	72	36	64	26	74		
Fysiskt vårdbesök	85	73	82	79	65	70	56	77		
Valsituation 5	93	7	73	27	91	9	96	4		
Fysiskt vårdbesök	74	75	69	84	69	67	65	80		
Valsituation 6	88	12	72	28	94	6	94	6		
Fysiskt vårdbesök	79	90	80	80	76	80	81	78		

Den beroende variabeln i regressionen var valet mellan digitala videobesök. Oberoende variabler var nivåerna för respektive kvalitetsaspekt som beskrev videobesöken. Nivåerna kodades som så kallade dummy-variabler där den sämsta nivån blev referens som användes för jämförelse mot övriga nivåer. Väntetiden kodades som en kontinuerlig variabel för att möjliggöra analys av willingness to wait, det vill säga den tid en person kan antas vara villig att vänta för att få tillgång till ett videobesök med en specifik nivå av de övriga kvalitetsaspekterna. I tabell 21 presenteras resultatet från regressionsanalysen i steg 1.

Tabell 21. Resultat från regressionsanalys för relativa värderingen av kvalitetsaspekter i steg 1.

	Sökorsak			
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	Övre luftvägsinfektion barn
Väntetid	-0,483** (0,044)	-0,165** (-0,029)	-0,480** (-0,041)	-0,687** (-0,069)
Läkare	1,459** (-0,262)	0,870** (-0,177)	0,706** (-0,269)	1,672** (-0,39)
Sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare	2,259** (-0,467)	0,641* (-0,302)	1,509** (-0,447)	3,477** (-0,7)
Vårdpersonal känner till dig sedan tidigare	0,707** (-0,129)	0,449** (-0,113)	0,412** (-0,13)	0,352 (-0,19)
Tillgång till journal med egenrapporterade värden	2,367** (-0,278)	1,108** (-0,169)	1,754** (-0,248)	2,259** (-0,42)
Tillgång till journal	1,550** (-0,16)	1,178** (-0,13)	1,605** (-0,195)	1,609** (-0,228)
Log-likelihood	-481	-623	-476	-282
Chi2	284	175	286	275
Frihetsgrader	6	6	6	6
Antal observationer	2 014	2 086	2 072	1 556

Not. Standardfel inom parentes.

* p<0,05, ** p<0,01

Regressionsanalysen i steg 2 belyser den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter oavsett digital eller fysisk besöksform

Steg 2 i analysen belyser den relativa värderingen av olika kvalitetsaspekter inom ett vårdbesök, oavsett om besöksformen är digital eller fysisk. Analysen av datamaterialet gjordes utifrån en villkorad logistisk regression.

Den beroende variabeln i regressionen var valet mellan alternativen av vårdbesök som svarande fick ta ställning till. Oberoende variabler var nivåerna för respektive kvalitetsaspekt. Nivåerna kodades som så kallade dummy-variabler, där den sämsta nivån blev referens som användes för jämförelse mot övriga nivåer. Väntetiden kodades som en kontinuerlig variabel. Jämfört med steg 1 innehåller steg 2 även en oberoende dummy-variabel för digital vård eller fysisk vård. I tabell 22 presenteras resultatet från regressionsanalysen i steg 2.

Analysen i steg 2 fokuserar på att tolka de svarandes val av besöksform snarare än att granska varje enskild kvalitetsaspekt i vårdbesöket. Det vi kan se är att det verkar som att de svarande har fokuserat på just besöksformen, och att de övriga kvalitetsaspekterna kommit i andra hand. Till skillnad från analysen i steg 1 innehåller analysen i steg 2 lite mer störningar. Orsaken till störningarna är att de egendefinierade nivåerna inte varierar enligt en experimentell design, eftersom de är just egendefinierade. Vi har därför inte samma experimentella kontroll för den här analysen. Utöver detta vet vi inte i vilken utsträckning som de svarande tog hänsyn till de egendefinierade nivåerna när de svarade. Det beror också på att några av nivåerna av de kvalitetsaspekter som beskriver vårdbesöket bara finns för den digitala besöksformen, exempelvis sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare.

Tabell 22. Resultat från regressionsanalys för relativa värderingen av kvalitetsaspekter i steg 2.

	Sökorsak			
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	Övre luftvägsinfektion barn
Väntetid	-0,049** (-0,012)	-0,023** (-0,007)	-0,044** (-0,009)	-0,028** (-0,01)
Läkare	-0,031 (-0,138)	0,03 (-0,138)	-0,321* (-0,132)	0,332* (-0,146)
Sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare	0,418* (-0,205)	0,437* (-0,187)	0,507** (-0,187)	0,453* (-0,231)
Vårdpersonal känner till dig sedan tidigare	0,115 (-0,116)	0,197 (-0,116)	0,351** (-0,119)	0,182 (-0,138)
Tillgång till journal med egenrapporterade värden	-0,527** (-0,2)	-0,055 (-0,183)	-0,511** (-0,189)	-0,082 (-0,226)
Tillgång till journal	0,249 (-0,137)	0,212 (-0,128)	0,254* (-0,12)	0,043 (-0,141)
Videobesök	-1,153** (-0,132)	-1,217** (-0,123)	-1,171** (-0,122)	-0,900** (-0,127)
Log-likelihood	-482	-498	-524	-386
Chi2	192	195	173	98
Frihetsgrader	7	7	7	7
Antal observationer	1 738	1 766	1 802	1 274

Not. Standardfel inom parentes.

* p<0,05, ** p<0,01.

Regressionsanalysen i steg 3 belyser den monetära värderingen i kronor för digital vård i relation till fysisk vård

Steg 3 i analysen belyser den monetära värderingen i kronor för ett digitalt videobesök jämfört med ett fysiskt vårdbesök. Analysen av datamaterialet gjordes utifrån en linjär regression där betalningsviljan användes som beroende variabel. Oberoende variabler var nivåerna för respektive kvalitetsaspekt. Nivåerna effektkodades, det vill säga referensnivån får värdet -1. Väntetiden kodades som kontinuerlig.

I tabell 23 presenteras resultatet från regressionsanalysen i steg 3.

Tabell 23. Resultat från regressionsanalys för betalningsviljan i steg 3.

	Sökorsak			
	Astma	Lindrig depression	Övre luftvägsinfektion vuxna	Övre luftvägsinfektion barn
Väntetid	-5,852** (-4,19)	-2,046** (-2,70)	-4,049** (-5,17)	0,781 (0,38)
Läkare	6,022 (0,37)	1,697 (-0,1)	-17,924 (-1,25)	38,776* (-2,1)
Sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare	-20,459 (-0,80)	-46,663* (-2,02)	-33,762 (-1,51)	-31,611 (-1,08)
Vårdpersonal känner till dig sedan tidigare	-24,432 (-1,68)	-4,006 (-0,32)	21,64 (-1,63)	-12,274 (-0,73)
Tillgång till journal med egenrapporterade värden	36,688 (-1,49)	-17,016 (-0,75)	25,823 (-1,21)	12,18 (-0,42)
Tillgång till journal	15,729 (-0,96)	52,837** (-3,43)	30,902* (-2,21)	2,421 (-0,13)
Konstant (fysiskt vårdbesök)	152,010** (-10,07)	161,740** (-11,58)	134,067** (-10,4)	107,219** (-6,92)
Förklaringsgrad	0,059	0,026	0,043	0,011
Antal observationer	782	826	789	579

Not. t-värde inom parentes.

* p<0,05, ** p<0,01

Validering av resultatet från befolkningsenkäten visar att vi mäter både preferenser och betalningsvilja och inte slumpmässiga svar

I det här avsnittet presenterar vi tre frågor från enkäten som används för att validera svaren. Dessutom valideras de svarandes betalningsvilja genom att vi analyserar vilken påverkan några bakgrundsfaktorer har på betalningsviljan, alltså utöver kvalitetsaspekterna i vårdbesöket.

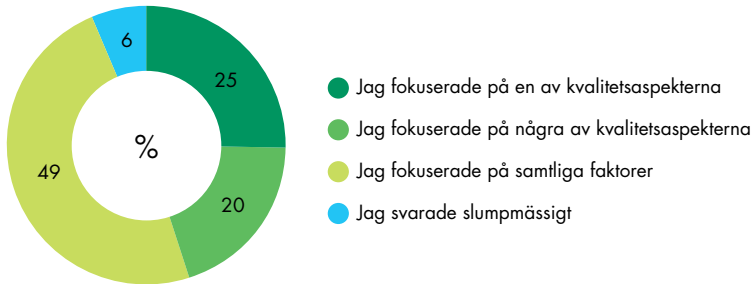
Majoriteten fokuserade på flera kvalitetsaspekter när de valde vilket vårdbesök som de föredrog

En analys av de svarandes beslutsregler vid valet av besöksformer visar att sammanlagt cirka 70 procent fokuserade på en eller flera kvalitetsaspekter i sitt val av vårdbesök, se figur 45. Bara 6 procent av de svarande uppgav att de svarade slumpmässigt. Andelen slumpmässiga svar är jämförbar med tidigare studier, exempelvis Pedersen m.fl. (2011).

Att en majoritet har tänkt på flera kvalitetsaspekter i valen av vårdbesök innebär att vi kan uttala oss om relativa värderingar mellan kvalitetsaspekter. Det betyder också att vi faktiskt mäter preferenser och inte slumpmässiga svar.

Våra resultat visar att de viktigaste kvalitetsaspekterna är korta väntetider och typ av vårdpersonal som man träffar under sitt vårdbesök. När vi följer upp de svarandes beslutsregler och fritextsvar ser vi också att flest fokuserar på dessa två kvalitetsaspekter.

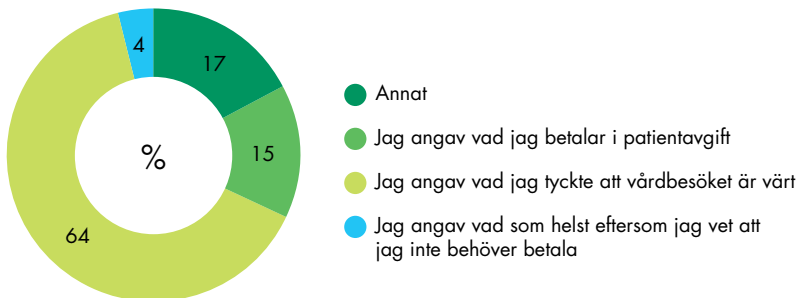
Figur 45. De svarandes beslutsregler för valet mellan vårdformerna.



Nästan 2 av 3 angav vad de ansåg att besöket var värt

64 procent av de svarande angav vad de tyckte att vårdbesöket var värt i fråga om betalningsvilja för vårdbesöket som de föredrog, se figur 46. Bara 4 procent svarade att de angav vad som helst i betalningsvilja för det besöket som de föredrog.

Figur 46. De svarandes beslutsregler för betalningsvilja för vårdformerna.



De svarande var överlag säkra på sin betalningsvilja

I genomsnitt angav 72 procent att de var säkra på att de skulle betala det angivna beloppet vid ett erbjudande. De fick ange på en skala 1 till 10 hur säkra de var på att faktiskt betala det belopp som angetts. De som svarade 7 eller högre ansågs som säkra, och de som angav lägre än 7 ansågs osäkra.

Säkerheten skiljde sig inte beroende på om de svarande föredrog digital vård eller fysisk vård. Däremot var föräldrar till barn med övre luftvägsinfektion i genomsnitt mer osäkra än de svarande var för de övriga tre sjukdomstillstånden.

Totalt var 69 personer inte villiga att betala något extra för att få tillgång till det alternativ som föredragits. Av dessa utgick 14 personer från astma, 19 utgick från lindrig depression, 15 utgick från övre luftvägsinfektion och 21 personer utgick från att deras barn hade en övre luftvägsinfektion.

Validering av de svarandes betalningsvilja

Grundidén är att det är kvalitetsaspekterna som påverkar betalningsviljan. Men vi har även testat om det finns andra förklaringar till de svarandes betalningsvilja. Exempelvis är det rimligt i den här typen av studier att inkomsten visar på en positiv korrelation med betalningsviljan, alltså att inkomsten påverkar hur mycket mer man är villig att betala.

I en regressionsanalys använde vi den logaritmerade betalningsviljan som beroende variabel. För att inkludera svarande som inte hade någon betalningsvilja sattes dessa till 1. Kön, utbildning, ålder, inkomst per konsumtionsenhet och tidigare erfarenhet av digitala vårdbesök användes som oberoende variabler.

I tabell 24 ser vi att inkomst har en signifikant positiv påverkan på de svarandes betalningsvilja. Det ger en indikation på att vi faktiskt mäter en äkta betalningsvilja och att man inte har svarat ett slumpmässigt belopp.

Tabell 24. Resultat från regressionsanalys av logaritmerad betalningsvilja och bakgrundsvariabler.

		Fysiskt vårdbesök	Digitalt videobesök
Kön (referens: kvinnor)	Män	-0,127*	0,141
		(-2,48)	(-1,06)
Utbildning (referens: förgymnasial)	Gymnasial	0,103	0,129
		(-1,59)	(-0,42)
	Eftergymnasial	0,127	0,072
		(-1,92)	(-0,24)
Ålder (referens: 16-29 år)	30-44 år	-0,220**	0,24
		(-2,66)	(-1,16)
	45-59 år	-0,05	-0,323
		(-0,59)	(-1,51)
	60 år +	-0,162*	0,026
		(-2,28)	(-0,1)
Inkomst per konsumtionsenhet	Logaritmerad	0,264**	0,273*
		(-5,63)	(-2,25)
Erfarenhet av digitalt videobesök (referens: ingen erfarenhet)	Erfarenhet	-0,184*	0,495**
		(-2,41)	(-3,27)
Sjukdomstillstånd (referens: astma)	Lindrig depression	0,061	-0,164
		(-0,96)	(-0,90)
	Övre luftvägsinfektion vuxna	-0,189**	-0,063
		(-2,68)	(-0,35)
	Övre luftvägsinfektion barn	-0,061	-0,536**
		(-0,67)	(-2,70)
Konstant		2,722**	1,609
		(-5,8)	(-1,33)
Förklaringsgrad		0,06	0,05
Antal observationer ^a		1 453	641

Not. t-värde inom parentes. ^a Antalet observationer är färre jämfört med regressionsanalysen av betalningsviljan och kvalitetsaspekterna på grund av internt bortfall för några av bakgrundsvariablerna i den här regressionen.

* p<0,05, ** p<0,01.

BILAGA 4 – GRUPPINTERVJU MED VÅRDPERSONAL

Arbetet med gruppintervjun, från sammansättningen av gruppdeltagare till sammanställningen av diskussionen, är inspirerad av metoden för fokusgrupper som undersökningsmetod. Vi har däremot inte genomfört en fullständig datainsamling med hjälp av fokusgruppsmetoden. Syftet har heller inte varit att genomföra den typen av studie, utan att få synpunkter på delar av enkätundersökningen som riktades till befolkningen. I den här bilagan beskriver vi vårt tillvägagångsätt.

Fem personer deltog i gruppintervjun

I gruppintervjun deltog fem personer som arbetar som sjuksköterska eller läkare, se deltagarlistan i tabell 25. Antalet deltagare i gruppintervjun baserades på en rekommendation av Wibeck (2010) om att ett lämpligt deltagarantal i en fokusgrupp är mellan fyra och sex personer. Deltagarna arbetade inom antingen digital eller fysisk vård, vilket gav en spridning i erfarenhet av att arbeta med digitala vårdbesök. Fyra av deltagarna rekryterades genom att vi kontaktade organisationer eller aktörer för att komma i kontakt med personer som arbetar i vården och en deltagare kontaktades personligen.

Tabell 25. Deltagare i gruppintervju.

Deltagare	Vårdcentral/mottagning
Gudrun Greim	Närhälsan online
Hannu Määttänen	Klinik4, Skärholmens ortoped och ryggsjukvårdsmottagning
Rita Fernholm	Boo Vårdcentral
Sofia Valentin	Capio Rågsveds vårdcentral
Victoria Zimmergren	Vråens Vårdcentral och Bra Liv Nära

Så här genomförde och sammanställde vi gruppintervjun

Gruppintervjun hade en semistrukturerad karaktär genom att deltagarna kunde diskutera fritt och introducera nya ämnen samtidigt som samtalen till viss del styrdes av en intervjuguide. Intervjutillfället startade med att deltagarna introducerades till enkätundersökningen som skulle fungera som utgångspunkt i intervjun. Introduktionen till enkätundersökningen mynnade ut i att vissa tankar fördes fram om studiens utformande och innehåll.

Diskussionen styrdes sedan av intervjuguiden, men till stor del resonerade deltagarna om ämnen som ingick i intervjuguiden utan att frågorna behövde ställas av moderatorn.

Intervjun dokumenterades med diktafon. Ljudinspelningen kompletterades även med anteckningar förda av två projektmedarbetare från Vårdanalys som utöver moderatorn deltog vid intervjutillfället. Diskussionen leddes av det aktuella projektets projektledare.

Intervjun transkriberades på en grov nivå med syftet att återge det huvudsakliga innehållet i det som sades. Eftersom ändamålet med intervjun var att göra en innehållsanalys och inte att analysera interaktionen i gruppen transkriberades intervjun inte på en mer detaljerad nivå. Intervjun sammanställdes genom att först dela in intervjumaterialet i ämnesgrupper för att sedan gå igenom det ämne för ämne.

BILAGA 5 – RELEVANT LAGSTIFTNING

Den här bilagan beskriver närmare den lagstiftning som delvis reglerar de kvalitetsaspekter som vi utgått ifrån i våra undersökningar samt de områden som de svarande framhållit som viktiga för dem. I rapporten förekommer både direkta lagrumshänvisningar och hänvisningar till den här bilagan för en djupare förståelse. De olika avsnitten i bilagan ger en översiktlig bild över den reglering som styr de olika kvalitetsaspekterna, och som gäller oavsett om vårdbesöket är fysiskt eller digitalt.

God vård

Ett grundläggande krav på all hälso- och sjukvård är att den ska uppfylla bestämmelserna om god vård. Kraven är generellt hållna och ska uppfyllas av alla vårdgivare, både fysiska och digitala, i relevanta delar. Kraven på en god vård innebär att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)).

God vård beskrivs även utifrån den mer fördjupade definitionen av god vård som Socialstyrelsen har tagit fram och som kompletterar kraven i HSL. Enligt Socialstyrelsens definition av god vård ska hälso- och sjukvården vara

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- säker
- patientfokuserad
- effektiv
- jämlik
- ges inom rimlig tid.

Dessa skiljer sig något i formulering från kraven på hur en hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas för att kraven på god vård ska anses uppfyllda enligt hälso- och sjukvårdslagen (5 kap. 1 § HSL), även om lagens bestämmelser har varit utgångspunkten och de har stöd i lagens olika delar. Formuleringarna i hälso- och sjukvårdslagen är mer specifikt riktade mot vårdgivarnas verksamhet medan Socialstyrelsens definition är mer övergripande och tar sikte på sjukvårdens processer, resultat och kostnader.

Några av de aspekter som beskrivs i dessa två definitioner av god vård är särskilt relevanta i den här rapporten och beskrivs därför närmare nedan.

Jämlikhet

Ett övergripande mål är att hälso- och sjukvård ska ges på lika villkor, oavsett personliga och geografiska förhållanden (3 kap. 1 § HSL och prop. 1981/82:97 s. 27). Att vård ska ges på lika villkor följer även av lagstiftning om objektivitet, opartiskhet, saklighet, likabehandling och likställdhet (se t.ex. 1 kap. 9 § regeringsformen (1974:152) (RF), 5 § förvaltningslagen (2017:900) (FL), 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725) (KL) och 13 § diskrimineringslagen (2008:567) (DL)).

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Enligt förarbetena innebär detta att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster (prop. 1981/82:97 s. 27). Av det följer att möjligheterna att vid behov få vård inte får hindras av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska förhållanden (prop. 1981/82:97 s. 27). Möjligheterna att få vård får inte heller påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter samt sjukdomens art eller varaktighet (prop. 1981/82:97 s. 28).

En annan aspekt som kopplar till både jämlikhet och kontinuitet (kontinuitet beskrivs närmare nedan) är hur den information som lämnas till patienten är utformad. Patienten ska få information om bland annat sitt hälsotillstånd, behandlingsmetoder, risker, eftervård och vilka möjligheter hen har att välja behandlingsalternativ (3 kap. 1–2 §§ PL). Den information som lämnas till patienten ska anpassas till patientens individuella förutsättningar som ålder, mognad och språklig bakgrund (3 kap. 6 § PL).

Tillgänglighet

Vården ska vara lättillgänglig (5 kap. 1 § HSL, 2 kap. 1 § PL). Kravet tar främst sikte på de geografiska förhållandena men även på öppettider, jourtjänstgöringstider och förekomsten av köer inom vården (prop. 1981/82:97 s. 57, 117). Det finns även krav på att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning, om det inte är uppenbart obehövligt (2 kap. 2 § PL). Ytterligare krav finns genom den så kallade vårdgarantin (9 kap.

1 § HSL och 2 kap. 3 § PL). Vidare ska regionen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen men om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt (7 kap. 2 a § HSL). (Se även om tillgänglighet som en aspekt av jämlikhet ovan, enligt bland annat 3 kap. 1 § HSL).

Väntetider inom ramen för vårdgarantin

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård och vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av primärvården, besöka den specialiserade vården och planerad vård (9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF)). Det finns också en bestämmelse om vårdgarantin i 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821) (PL), med ett innehåll som motsvarar vårdgarantibestämmelsen i HSL.

Vårdgarantin innebär att patienter ska få kontakt med primärvården samma dag som de söker kontakt (tillgänglighetsgaranti). Patienterna ska få en medicinsk bedömning av läkare eller någon annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från den dag den enskilde sökt kontakt, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården). Patienter ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården). Slutligen ska patienten få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti) (9 kap. 1 § HSL, 6 kap 1 § HSF).

Om regionerna inte kan erbjuda besök inom den specialiserade vården eller planerad vård inom tidsgränserna ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad (9 kap. 2 HSL).

Vårdgarantin gäller för all offentligt finansierad vård, alltså även den som utförs på uppdrag av regionerna av privata vårdgivare.

Den som har störst behov ska få vård först (Prioriteringsplattformen)

Som nämnts ovan under avsnittet om jämlikhet är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3

kap. 1 § HSL). Vidare anges i nämnda paragraf att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska få företräde till vården. Detta är grunden för den så kallade prioriteringsplattformen.

Regeringen har ställt upp allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) som riksdagen ställt sig bakom (bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). De allmänna riktlinjerna baseras på tre etiska principer (prop. 1996/97:60 s. 19–22):

- Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Den är underordnad de första två principerna.

Dessa principer ska vara vägledande för prioriteringar på både statlig nivå och på regionkommunala och primärkommunal nivå (prop. 1996/97:60 s. 29)

Patientsäkerhet

Kraven på att vårdgivare ska upprätthålla patientsäkerheten gäller oavsett om vårdmötet är fysiskt eller digitalt.

Vårdgivare har en skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls (3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL). Vårdgivare ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (3 kap. 2 § PSL). Socialstyrelsen definierar begreppet patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada” (Socialstyrelsens termbank).

Vårdval

Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (7 kap. 3 § HSL). Vidare får inte regionen begränsa den enskildes val till

ett visst geografiskt område inom regionen och regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När regionen beslutar att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas (7 kap. 3 § HSL). Vidare framgår av patientlagen att en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § PL).

Kontinuitet

Begreppet kontinuitet har ingen klar definition men kan sägas innehålla flera beståndsdelar. I svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning finns flera exempel på bestämmelser som syftar till att bidra till en högre grad av kontinuitet och samordning för patienten. På ett övergripande plan ska vården, enligt bestämmelserna om god vård, bland annat tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 § HSL). Av förarbetena framgår att kontinuitet till exempel kan innebära att patienten får möjlighet att träffa samma läkare eller vårdlag om en behandling kräver flera vårdbesök. Vidare anges att det är viktigt att man inom alla områden av hälso- och sjukvården beaktar behovet av kontinuitet så att patienten kan lära känna personalen för att känna trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården (prop. 1981/82:97 s. 57). En aspekt av kontinuitet är så kallad personlig kontinuitet vilket är reglerat till exempel genom möjligheten att få välja fast läkarkontakt i primärvård och möjligheten till fast vårdkontakt (se 6 kap. 3 § PL och 7 kap. 3 § HSL). En fast vårdkontakt ska exempelvis utses antingen om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården (6 kap. 2 § PL och 4 kap. 1 § HSF)).

Andra exempel är så kallad managementkontinuitet och informationskontinuitet. Här ingår frågor om till exempel samordning av vården och hur patientjournaler ska hanteras (grundläggande krav på hantering, innehåll och utformning av patientjournalen regleras i patientdatalagen (2008:355) (PDL) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)).

De beståndsdelar av kontinuitet som kan sägas vara relevanta för digitala vårdbesök är personlig kontinuitet och informationskontinuitet, vilken i sin tur bottnar i flera olika aspekter som är lagreglerade.

Informationskontinuitet

Resultaten av befolkningsenkäten visar att de svarande värdesätter att vårdpersonalen har tillgång till deras journal. Den formen av informationskontinuitet kan delvis tillgodoses genom så kallad sammanhållen journalföring. En vårdgivare får, under de förutsättningar som anges i 2 § PDL, ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 PDL. Detta kallas för sammanhållen journalföring och innebär att olika vårdgivare kan dela vårddokumentation med varandra genom direktåtkomst. Möjligheten att dela vårddokumentation genom sammanhållen journalföring inbegriper alla typer av vårdgivare, till exempel både offentliga och privata, regionsdrivna och kommunala etcetera (se definition av begreppet vårdgivare, 1 kap. 3 § PDL). Genom sammanhållen journalföring kan viktig information om en patient alltid finnas tillgänglig för behörig personal oavsett vilken vårdgivare patienten besöker.

Även om möjligheten till sammanhållen journalföring kan skapa en bra grundförutsättning så påverkas informationskontinuitet av flera faktorer. Detta är dels interna faktorer som att patienten tillåter delning av sina uppgifter, dels externa faktorer som att vårdgivarna har gemensam terminologi och interoperabilitet, det vill säga att information kan delas rent tekniskt och att vårdgivarnas system förstår varandra.

Sekretess och undantag från sekretess

En given utgångspunkt vid hantering av patientuppgifter är sekretessen. Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL)).

För att det ska vara tillåtet att lämna ut uppgifter genom direktåtkomst krävs att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som tillåter det. Ett sådant undantag anger till exempel att sekretessen inte hindrar att uppgifter lämnas mellan olika hälso- och sjukvårdsmyndigheter inom en kommun eller en region och mellan allmänna och enskilda vårdgivare enligt det som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (25 kap. 11 § 1–3 p. OSL).

Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen inte heller att en uppgift om hen som behövs för att hen ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och

sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet inom socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL).

När det gäller skyddet för uppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvård som bedrivs av enskilda näringsidkare får den som tillhör eller har tillhört en sådan verksamhet inte obehörigen röja vad hen i denna verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (6 kap. 12 § PSL).

Personalens tillgång till journalen

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient bara om hen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). Bestämmelsen är teknikoberoende och tillämplig på alla slags dokumenterade personuppgifter om en patient (prop. 2007/08:126 s. 238).

Vidare finns krav på att vårdgivare ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (4 kap. 2 § PDL).

Enligt förarbetena avses med begreppet vård även undersökning och behandling (se definition i 2 kap. 1 § HSL). Det anges vidare att tillämpningsområdet för 4 kap. 1 § PDL inte är begränsat enbart till hälso- och sjukvårdspersonal vid en viss enhet och dess arbete på enheten. Bestämmelsen har generell räckvidd och omfattar all personal oavsett var den tjänstgör och oavsett för vilka syften uppgifterna behövs.

Regleringen kompletteras genom bestämmelserna som föreskriver ett uttryckligt ansvar för varje vårdgivare att begränsa personalens elektroniska åtkomst till uppgifter som behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (prop. 2007/08:126 s. 238).

Tre perspektiv på digitala vårdbesök

– befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar.

Utvecklingen av digitala vårdbesök går snabbt och förväntas ta en större roll i primärvården framöver. Därför är det betydelsefullt att undersöka befolkningens, patienternas och vårdpersonalens erfarenheter av och uppfattningar om digitala besöksformer.

Vi har genomfört två enkätundersökningar, en som visar befolkningens och patienters uppfattningar om videobesök och en som visar hur primärvårdsläkare ser på digitala vårdbesök.

Med rapporten vill vi bidra med kunskap i den framtida utvecklingen av digitala besöksformer.

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.

