

Rapport 2022:1

Besök via nätet

Resursutnyttjande och jämlikhet
kopplat till digitala vårdbesök



► vård- och
omsorgsanalys

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad på www.vardanalys.se

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-44-1.



Besök via nätet

Resursutnyttjande och jämlikhet
kopplat till digitala vårdbesök

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Projektdirektör Nils Janlöv och utredaren Åsa Ljungvall har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv, analyschefen Caroline Olgart Höglund och chefsjuristen Catarina Eklund Ahlgren deltagit.

Stockholm den 8 december 2021
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Per Molander
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Nils Janlöv
Föredragande

Åsa Ljungvall
Föredragande

Förord

Utvecklingen av digitala kontaktvägar och vårdbesök har gått snabbt under de senaste åren. Genom att kombinera digitala arbetsätt och nya organisatoriska arbetsformer har ett antal digitala vårdgivare på nationell nivå börjat erbjuda snabbare kontaktvägar med vården än vad svenska patienter varit vana vid. Samtidigt finns invändningar, till exempel att den ökade tillgängligheten medfört att människor söker vård vid relativt lätta besvär och att besöksformen därmed gynnat dem med mindre omfattande vårdbehov. Det har också framförts farhågor om att regionernas kostnadskontroll försämras och att vården kan överutnyttjas. Frågor om såväl de digitala vårdgivarnas roll i sig som besöksformens roll i stort i vården är därmed högst aktuella, men också svåra eftersom den snabba utvecklingen medfört att området ännu är lite utrett och beforskat.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har tidigare undersökt hur befolkningen, patienter och vårdpersonal ser på digitala vårdbesök. I den här rapporten fortsätter vi kunskapsinhämtningen genom att analysera vårdbesökens påverkan på resursutnyttjande och jämlikhet inom primärvården. Arbetena har i båda fallen varit egeninitierade.

Rapporten belyser bland annat i vilken utsträckning de digitala besöken ersätter fysiska besök och vilka grupper som använder digitala respektive fysiska besök. Vår förhoppning är att rapporten ska utgöra ett brett kunskapsunderlag för fortsatta diskussioner om de digitala besökens roll i hälso- och sjukvården och användas av beslutsfattare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården i deras styrning.

Vid Vård- och omsorgsanalys har arbetet med rapporten letts och genomförts av Nils Janlöv och Åsa Ljungvall. I analysen och datainsamlingen har vi samverkat med forskare vid Karolinska Institutet: professor Clas

Rehnberg och medarbetarna Cecilia Dahlgren, Sofia Sveréus, Matilda Hagman och Emma Spånberg. Samverkan har skett inom forskningsprojektet "The impact of Digital Health Care on utilisation, costs and access of health service" (FORTE 2018-01567). Medarbetarna på Vård- och omsorgsanalys har samverkat med forskargruppen kring de fyra analyskapitlen i rapporten. Vård- och omsorgsanalys svarar dock självständigt för rapportens slutsatser och rekommendationer, vilka alla återges i det avslutande kapitlet – Resultat, slutsatser och framåtblickande vägval – och i fristående sammanfattningar.

Stockholm, december 2021

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Digitala vårdgivare har under de senaste åren erbjudit betydligt snabbare kontakt med vården än vad svenska patienter varit vana vid. Men utvecklingen har också väckt debatt, bland annat för att det finns en risk att de digitala besöken skapar ökad efterfrågan på vård vid mindre behov. Den här rapporten analyserar de digitala vårdbesökens påverkan på vårdens resursutnyttjande och jämlikhet, med fokus på nationella digitala vårdgivare.

Rapportens resultat:

- ▶ Antalet digitala besök har ökat kraftigt sedan 2016, men de står fortfarande för en mindre del av det totala antalet besök och nettokostnaden i primärvården.
- ▶ I digitala läkarbesök hanteras färre kroniska diagnoser och färre diagnoser totalt sett jämfört med fysiska läkarbesök.
- ▶ Regionernas besöksersättning till digitala vårdgivare är lägre än vad ett fysiskt besök på en vårdcentral i genomsnitt kostar regionerna.
- ▶ Digitala läkarbesök ersätter i viss utsträckning fysiska läkarbesök i primärvården, men de skapar också ny konsumtion.
- ▶ Den digitala vården verkar ha medfört ökade kostnader för regionerna, trots lägre snittkostnad för digitala besök och trots att de delvis ersätter fysiska besök. Det beror dels på att en del ny konsumtion uppstått, dels på att minskningen av besök vid vårdcentralerna inte lett till minskad ersättning samtidigt som nytillkomna vårdkontakter hos digitala vårdgivare medfört ökad ersättning.
- ▶ Digitala vårdbesök används främst av barn och yngre vuxna, storstadsbor, personer som inte har någon kronisk sjukdom och personer med relativt goda socioekonomiska förhållanden. För fysiska besök gäller i princip det omvända, eftersom de används mer av äldre, personer med kronisk sjukdom och personer med sämre socioekonomiska förhållanden.

- ▶ Konsumtionen av digitala vårdbesök är högre bland högutbildade och höginkomsttagare, även efter justering för exempelvis ålder och förekomst av kroniska sjukdomar. Ett delvis omvänt mönster gäller för fysiska läkarbesök.
- ▶ Det finns alltså tydliga skillnader i vilka som använder digitala besök och vilka som använder fysiska besök. Trots det har de digitala besöken hittills endast haft en marginell effekt på den socioekonomiska fördelningsprofilen inom primärvården. Det beror på att den digitala vården fortfarande utgör en låg andel av den totala primärvården.

Våra slutsatser:

- ▶ Digitala vårdbesök har främjat produktiviteten och ökat tillgängligheten – särskilt för vissa grupper – men det finns kunskapsluckor om effektiviteten.
- ▶ En skev användning av digitala besök har minskat primärvårdens omfördelande effekt ur både ett behovsmässigt och socioekonomiskt perspektiv. De regionala skillnaderna i digitalt vårdutnyttjande kan vara särskilt problematiska ur jämlikhets-synpunkt.
- ▶ Olika ersättningsformer för digital och fysisk vård har försvårat möjligheterna till effektivisering.

Vi ger tre rekommendationer om fortsatt uppföljning:

- ▶ Regionerna bör kontinuerligt följa upp och se över de incitament som deras ersättningsmodeller för digitala och fysiska besök ger upphov till.
- ▶ Regeringen och regionerna bör regelbundet följa upp hur digital vård påverkar vårdens effektivitet och jämlikhet.
- ▶ Regeringen bör säkerställa att digitala besök ingår i ett nationellt patientregister för primärvården.

Sammanfattning

Utvecklingen av digitala vårdbesök har gått snabbt sedan 2016, och digitala vårdgivare erbjuder snabbare kontaktvägar med vården än vad svenska patienter varit vana vid. Men utvecklingen har också väckt debatt. Det finns farhågor om att de digitala besöken skapar en ökad efterfrågan på vård för mindre besvär, att färre får korrekta diagnoser och bedömningar samt att regionerna får ökade kostnader som de har svårt att kontrollera.

I den här rapporten undersöker Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) de digitala vårdbesökens roll i primärvården. Målet är att bidra med kunskap om besöksformens påverkan på resursutnyttjande och jämlikhet i vården som kan ligga till grund för utvecklingen av digital vård i sig, men även för vården i stort. Vår förhoppning är att rapporten ska utgöra ett brett kunskapsunderlag inom området samt ge beslutsfattare stöd i sin styrning på olika nivåer inom vården.

Vi har tidigare undersökt hur befolkningen, patienterna och vårdpersonalen ser på digitala vårdbesök. Resultaten visade bland annat att korta väntetider är den kvalitetsaspekt i digitala videobesök som värderas högst av användarna, men också att befolkningen i många situationer föredrar fysiska besök framför digitala.

VI FOKUSERAR PÅ NATIONELLA DIGITALA VÅRDGIVARE

Den här rapporten fokuserar på de digitala besök hos nationella digitala vårdgivare som ersätts med den så kallade utomlänsersättningen. Besöken innebär i korthet att befolkningen över hela landet, främst via appar (video och chatt i realtid eller med fördröjning), kan kontakta en läkare eller annan

vårdpersonal för rådgivning, diagnosticering, viss behandling och eventuellt vidare hänvisning. Vården erbjuds av privata vårdgivare som ingått avtal med befintliga vårdgivare inom primärvården. Besöken ligger hittills utanför den traditionella vården, eftersom många saknar koppling till patientens egen vårdcentral eller ens region. Det handlar alltså om ett helt nytt offentligt finansierat nationellt och platsoberoende digitalt vårdutbud inom första linjens vård.

Sedan den här typen av digitala besök lanserades har vårdutbudet ökat. De digitala vårdföretagen har blivit fler, men flera regioner erbjuder nu också liknande tjänster. Därutöver erbjuder många enskilda vårdcentraler (både offentliga och privata) digitala besök som alternativ till att besöka vårdcentralen på plats – en utveckling som har skyndats på av covid-19-pandemin. Under 2020 och 2021 var det även flera digitala vårdföretag som öppnade fysiska vårdcentraler och därmed etablerade sig i fler regioner. Utvecklingen är en del i en närmare integrering av fysisk och digital vård – så kallad digifysisk vård – där patienter på vissa ställen har möjlighet att lista sig på en vårdcentral som erbjuder både digitala och fysiska besök. Vår analys fokuserar inte på den här typen av ”integrerade” besök, men vi berör till viss del den pågående utvecklingen av regionala ersättningssystem som avser att integrera digitala och fysiska besök inom primärvården.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med den här rapporten är att bidra med kunskap om hur de digitala vårdbesöken i bred bemärkelse har påverkat vårdens resursutnyttjande och jämlikhet.

När det gäller resursutnyttjande utgår analysen från följande frågor:

- Hur ser besöks- och kostnadsutvecklingen ut inom digital och fysisk primärvård?
- Vad karaktäriserar vårdkonsumtionen bland dem som använder digitala läkarbesök?
- Vilken betydelse har de digitala läkarbesöken – ersätter de fysiska besök i primärvården eller ökar de vårdkonsumtionen?
- Leder digitala besök till fler eller färre uppföljande besök jämfört med fysiska besök?
- Kostar ett enskilt digitalt besök i genomsnitt mer eller mindre för hälso- och sjukvården än ett fysiskt besök på en vårdcentral? Har de digitala besöken medfört ökade kostnader för hälso- och sjukvården?

- Hur har den digitala besöksutvecklingen påverkat den genomsnittliga kostnaden per läkarkontakt inom primärvården?
- Hur relaterar besöks- och kostnadsutvecklingen till ersättnings-systemens utveckling och incitamentsstruktur?

Frågeställningarna har undersökts utifrån perspektivet regionerna som offentliga finansärer. Analyserna tar därmed inte ett heltäckande samhällsekonomiskt perspektiv, och inkluderar alltså inte restider och produktionsbortfall för patienter eller privata produktionskostnader.

När det gäller jämlikhet utgår analysen från följande frågor:

- Finns det könsmässiga, geografiska och socioekonomiska skillnader mellan patienter som nyttjar digital och fysisk vård, efter justering för skillnader i förväntat vårdbehov?
- Finns det skillnader i behovs- och diagnospanorama mellan patienter som nyttjar digital och fysisk vård?
- Hur har den samlade öppenvårdskonsumtionen utvecklats för olika patientgrupper?

FLERA METODANSATSER OCH DATAKÄLLOR

Rapporten bygger på flera ansatser och datakällor. Kostnadsanalyserna och beskrivningen av den nationella utvecklingen baseras huvudsakligen på offentligt publicerad statistik och dokumentation från myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Utvecklingen följs fram till och med 2020.

Analyserna av jämlikhet och i vilken utsträckning de digitala besöken ersätter fysiska besök baseras på individbaserade registerutdrag för primärvårdsdata för fem regioner: Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Jönköping och Norrbotten. Informationen har sedan samkörts med uppgifter om demografi och socioekonomi från Statistiska centralbyrån (SCB) och med data över nationella utomlänsbesök via Region Jönköping. Analyserna gäller främst besök hos läkare.

Datamaterialet för de fem regionerna omfattar perioden 2015–2018. Trots att materialet inte fångar de senaste åren ser vi att resultaten är relevanta; analyserna tar främst fasta på relativa förhållanden som är mer stabila över tid än absoluta nivåer. Med omfattande registerbaserade analyser finns alltid en viss eftersläpning. Men studien kan också ses som en inledande mätning och analys av den första introduktionsfasen, och analyserna bör upprepas över tid.



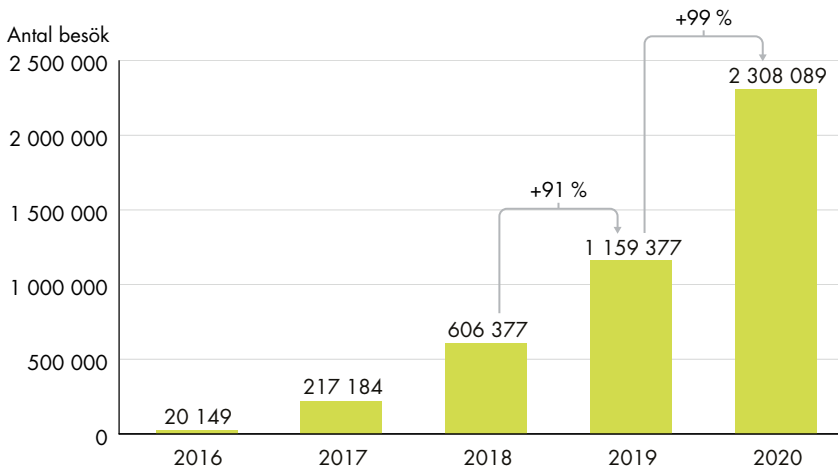
Rapporten baseras även på en kartläggande litteraturoversikt som belyser kvalitet, kostnader, jämlikhet och vårdkonsumtion när det gäller digitala besöks- och kontaktformer.

Analyserna som presenteras i rapporten är genomförda i samverkan med en hälsoekonomisk forskargrupp vid Karolinska Institutet. Forskargruppen har haft vårt uppdrag att forska på frågeställningarna i den här rapporten. Vård- och omsorgsanalys svarar dock självständigt för de slutsatser och rekommendationer som finns i rapportens avslutande kapitel och i fristående sammanfattningar.

RESULTAT – RESURSNYTTJANDE

Kraftig ökning av digitala besök, men de utgör fortfarande en mindre del av vårdutnyttjandet i primärvården

Sedan de nationella digitala vårdgivarna etablerades 2016 har antalet digitala besök ökat markant. På riksnivå har de digitala utomlänsbesöken ökat från cirka 20 000 besök 2016 till drygt 600 000 under 2018, och därefter 2,3 miljoner besök under pandemiåret 2020.



Källa: SKR (2021a).

De digitala besöken har också ökat i relation till de fysiska på vårdcentraler. År 2017 stod digitala besök för omkring 2 procent av de fysiska läkarbesöken, och 2019 var andelen omkring 8 procent. Samma år motsvarade de dock bara runt 3

procent av det totala antalet fysiska besök, alltså besök till alla yrkeskategorier i primärvården. År 2020 ökade de digitala besöken till omkring 7 procent av alla fysiska besök och 18 procent av de fysiska läkarbesöken, vilket sannolikt till stor del förklaras av pandemin. Här ingår dock inte det ökande antal digitala kontakter som vårdcentralerna erbjudit under pandemin i stället för fysiska besök, vilket gör att uppgifterna för 2020 är svårtolkade.

Mindre variation i diagnospanoramats och färre kroniska diagnoser i digitala besök

Diagnospanoramats är bredare vid fysiska besök än digitala besök. De tio vanligaste diagnoserna vid digitala besök står för 32 procent av besöken, jämfört med endast 18 procent för de fysiska. På liknande sätt står de trettio vanligaste diagnoserna för över hälften av de digitala besöken, men bara för 37 procent av de fysiska.

De trettio vanligaste diagnoserna vid fysiska besök inkluderar fyra som brukar räknas som kroniska (förhöjt blodtryck, diabetes, hypotyreos och astma). De trettio vanligaste vid digitala besök inkluderar dock bara en av dem (astma), vilket kan ses som att kroniska diagnoser är underrepresenterade i digitala besök.

Snabb kostnadsökning har lett till sänkta ersättningsnivåer

De digitala besöken har sedan introduktionen ersatts med ett rörligt styckpris, enligt den så kallade utomlänsersättningen. Med den stora ökningen av digitala besök ökade också regionernas totala kostnader för besöken, från 37 till 907 miljoner kronor mellan 2016 och 2020. År 2020 uppgick kostnaderna till 2 procent av nettokostnaderna inom primärvården, jämfört med 0,5 procent 2018. Samtidigt har ersättningen per besök sänkts påtagligt över tid, från 2 000 kronor initialt under 2016 till 650 kronor för 2017 och till 500 kronor för 2020 (mindre för andra personalkategorier än läkare). Genom att sänka ersättningen till de digitala vårdgivarna har kostnadsökningen för regionerna mildrats.

Ersättningen för ett digitalt besök är i dag lägre än snittkostnaden för ett fysiskt läkarbesök

Data tyder på att ersättningen för ett digitalt besök är lägre än vad ett fysiskt besök på en vårdcentral i snitt kostar för regionerna. Kostnaden för ett fysiskt



besök är svåruppskattad på grund av otillräckliga data, men olika beräkningar visar att de kostar åtminstone 1 500–2 000 kronor. Fysiska besök kostar mer än digitala, även om man jämför de diagnoser som är vanligast vid digitala besök, och som ofta benämns som ”enklare”. Studier från andra länder pekar på samma sak.

Analyserna visar vidare att den lägre kostnaden per digitalt besök har mildrat nedgången i produktivitet inom primärvården; kostnaden per viktat vårdbesök inom allmänläkar- och sjuksköterskevård mellan 2015 och 2018 för de fem studerade regionerna ökade med 8 procent om digitala besök inkluderas, och med 10 procent om digitala besök exkluderas.

Analysen ovan gäller regionernas kostnadsperspektiv som offentliga finansärer. Vid en analys ur ett vidare samhällsperspektiv behöver man också inkludera andra kostnader, såsom patientens tids- och resekostnader, även om de sällan är kända och är svåra att uppskatta.

Vidare behöver besökens innehåll, kvalitet och hälsobidrag inkluderas vid en fullständig samhällsekonomisk jämförelse mellan digital och fysisk vård, men det är utmanande och ryms inte i detta arbete. Litteraturstudien påvisar att det råder brist på kunskap om de digitala besökens innehåll, kvalitetsbidrag och hälsoutfall i förhållande till fysiska besök.

De som använder digitala besök har generellt sett ökat sin vårdkonsumtion och gått från att vara låg- till högkonsumenter

De patienter som gjorde digitala besök under 2018 hade tidigare ett lägre vårdutnyttjande än de som bara har använt fysisk vård. Under 2018 ökade dock gruppen sin vårdkonsumtion, och de som gjorde minst ett digitalt besök hade en högre årlig konsumtion av läkarbesök i primärvården än de som enbart gjorde fysiska besök. Bland dem som under 2018 genomförde digitala besök var 10 procent så kallade mångbesökare (minst sex besök, antingen fysiska eller digitala), jämfört med 7 procent bland besökare i allmänhet och 4 procent i befolkningen som helhet. Sammantaget innebär detta att användare av digitala besök gått från att vara lågkonsumenter till att bli högkonsumenter av läkarbesök i primärvården. Det innebär också att en stor del av dem sannolikt skulle haft ett lägre vårdutnyttjande om den digitala vården inte fanns.

Digitala läkarbesök ersätter i viss utsträckning fysiska läkarbesök i primärvården, men de skapar också ny konsumtion

Resultaten visar att digitala besök ersätter en del fysiska. En jämförelse tyder på att tre av fyra digitala besök ersätter ett fysiskt, baserat på antagandet

att digitalanvändare skulle konsumera vård på samma sätt som användare av fysisk vård om den digitala vården inte fanns. Det skulle innebära att ett av fyra besök utgör ny konsumtion som inte hade ägt rum annars. En annan jämförelse tyder på att digital vård inte avlastar den fysiska alls, baserat på antagandet att digitalanvändare skulle konsumera vård på samma sätt som befolkningen i stort om den digitala vården inte fanns. Det skulle innebära att alla digitala besök är ny konsumtion.

Den faktiska graden av avlastning ligger sannolikt mellan dessa båda resultat. Det första scenariot överskattar sannolikt avlastningseffekten eftersom barriärerna för att söka digital vård är lägre än för att söka fysisk vård. Det andra scenariot underskattar förmodligen avlastningen eftersom det i befolkningen också finns personer som helt saknar vårdbehov. En rimlig tolkning av resultaten är att de digitala vårdbesöken till viss del avlastar fysisk vård, men att de även leder till helt ny konsumtion.

Resultatet att digitala besök inte ersätter fysiska besök när befolkningen används som jämförelsegrupp stämmer med tidigare forskning som också använder en sådan jämförelsegrupp. Det finns också tidigare studier som utgår från användare av fysisk vård som jämförelsegrupp, men jämfört med dem är resultatet att tre av fyra digitala besök ersätter ett fysiskt en hög avlastningseffekt. Majoriteten av de internationella studierna talar för att endast en mindre del av de digitala besöken ersätter fysisk vårdkonsumtion, och några tyder till och med på att konsumtionen av fysisk vård kan öka. Men det är svårt att jämföra resultat eftersom tillgängligheten till fysisk primärvård varierar mellan länder, vilket påverkar analysernas grundantaganden.

Även om graden av avlastning skattas olika i forskningen finns en samstämmighet i att digitala vårdbesök ökar den totala vårdkonsumtionen. Frågeställningen om avlastning behöver dock utforskas med ytterligare metoder och angreppssätt innan det går att dra några säkra slutsatser.

Digitala läkarbesök leder till fler uppföljande besök än fysiska – i synnerhet på kort sikt

Analysen omfattar episodanalyser av vad som inträffar efter ett digitalt eller fysiskt läkarbesök, och resultaten visar att digitala läkarbesök leder till fler uppföljande besök än vad fysiska läkarbesök gör. Skillnaden är tydligast under den första månaden efter startbesöket. På längre sikt utjämnas dock skillnaderna. Resultatet att digitala besök på kort sikt leder till fler uppföljande besök ses för olika uppföljningsperioder och diagnoser, och det gäller för både fysiska och digitala uppföljningsbesök. En hög förekomst



av efterföljande vård kan indikera att det digitala besöket inte har avhjälppt patientens besvär. Samtidigt kan uppföljningsbesök vara ett tecken på att patienterna får den vård som de behöver. För att bättre förstå varför uppföljningsbesöken äger rum kan det vara viktigt att skilja på planerade och oplanerade besök, vilket inte varit möjligt med befintliga data.

Övervägande fast ersättning inom fysisk vård gör att potentiell avlastning har mindre betydelse för regionernas kostnadsutveckling

De digitala besöken kan medföra ökade totala kostnader för hälso- och sjukvården, även om snittkostnaden sannolikt är lägre för ett digitalt besök än för ett fysiskt, och även om ett digitalt besök skulle ersätta ett fysiskt. Det sker ifall det uteblivna fysiska besöket inte har någon påverkan på vårdcentralens kostnader eller ersättning. Det är sannolikt så det överlag har sett ut i Sverige.

En del besök hos digitala vårdgivare har ersatt fysiska, men kostnaderna för ett sådant besök har inte "sparats in" vid vårdcentralerna. Det beror på att vårdcentralerna inte ersätts per besök (fee-for-service) i någon större utsträckning, utan främst med en fast årlig ersättning per listad individ (kapitering). Det innebär i princip fasta kostnader. Regionens beställarkostnad för ytterligare ett besök (digitalt eller fysiskt), den så kallade marginalkostnaden, är alltså i praktiken lägre inom fysisk än digital vård.

Vårdcentralerna har generellt inte heller haft något kostnadsansvar för de digitala besök som deras listade patienter gör, och alltså inte behövt stå för besökskostnaden när patienterna vänder sig till en digital vårdgivare. Vanligtvis finns ett sådant kostnadsansvar för besök som listade patienter gör på andra mottagningar i regionen. Men flera regioner har ett undantag för digitala utomlänsbesök och i stället valt att ersätta de digitala besöken på central nivå, det vill säga som en del i den samlade primärvårdsbudgeten.

I några regioner har de digitala vårdgivarna börjat bli en del av regionens vårdval

Flera regioner är tveksamma till att fortsätta med betalning per besök via utomlänsersättningen. De vill ha ökad kontroll på kostnaderna och bättre förutsättningar för att samordna och integrera de digitala besöken med övrig primärvård.

Hittills (slutet av 2021) har till exempel Region Stockholm och i viss mån Region Skåne ändrat förfrågningsunderlagen inom primärvården för att ge digitala vårdgivare större incitament att etablera fysiska vårdcentraler i

regionen. Ett krav för etablering är att man även erbjuder fysiska vårdbesök, vilket resulterat i att ett antal digitala vårdgivare öppnat vårdcentraler med möjlighet till fysiska besök.

RESULTAT – JÄMLIKHET

Omvända fördelningsprofiler för digitala och fysiska besök

I de fem regioner som ingår i jämlikhetsanalysen gjorde drygt 4 procent av befolkningen minst ett digitalt läkarbesök under 2018 och i snitt gjordes 0,06 digitala läkarbesök per invånare. Digitala besök används främst av barn (0–5 år) och yngre vuxna (19–24 år), medan användningen är väsentligt lägre bland dem över 45 år. Det är vanligare att ha använt en digital vårdgivare bland kvinnor än bland män och bland personer som är födda i Sverige jämfört med dem som är födda i andra länder. De digitala besöken används också främst av storstadsbor och av personer som inte har en kronisk diagnos. Därtill nyttjas de främst av högutbildade och höginkomsttagare.

För fysiska läkarbesök gäller i princip det omvända. Personer över 65 år och personer med kroniska diagnoser använder fysiska läkarbesök i större utsträckning än yngre och personer utan kroniska diagnoser. Vårdutnyttjandet är även markant högre bland dem med kortare utbildning och lägre inkomster än befolkningen i stort.

Skillnaderna i användningen av digitala respektive fysiska besök mellan personer med olika utbildnings- och inkomstnivå finns kvar även efter justering för behovsrelaterade faktorer såsom ålder och förekomst av kroniska sjukdomar. Vidare konsumeras genomgående betydligt mer vård i Stockholm än i Norrbotten.

De digitala besöken har hittills haft liten effekt på den socioekonomiska fördelningsprofilen som helhet inom primärvården

Fram till 2018 stod digitala besök för en liten del av de totala besöken i primärvården, och därför ses ännu inte några stora förändringar i den socioekonomiska fördelningsprofilen inom primärvården som helhet. De med lägre inkomster använde generellt mer öppenvård än genomsnittet under hela perioden 2015–2018, även om skillnaderna var mindre 2018 än 2015. Samtidigt minskade det totala antalet fysiska läkarbesök, och mer bland dem med åtminstone en kronisk diagnos än bland övriga. Resultaten antyder att denna utveckling är mer påtaglig än den utifrån socioekonomiska variabler.



Viss tvetydighet i den internationella forskningen, men svenska studier stämmer väl med rapportens resultat

Resultaten om fördelningsaspekter stämmer relativt väl överens med litteraturstudiens artiklar när det gäller att kvinnor och yngre personer nyttjar digital vård i högre uträkning än andra grupper.

När det gäller skillnader utifrån socioekonomiska faktorer och urbanitet är resultaten i forskningslitteraturen inte lika entydiga. De är också ofta svåra att överföra till svenska förhållanden, eftersom de antingen främst omfattar personer som täcks av en viss försäkring i amerikansk kontext eller inte avser hela befolkningen i ett geografiskt område. Tidigare svenska studier bekräftar däremot i stort de empiriska resultaten i rapporten, det vill säga att digitala besök främst används av höginkomsttagare, högutbildade och storstadsbor.

När det gäller kroniska sjukdomar indikerar forskningen att förekomsten är lika stor eller lägre bland personer som använder digital vård jämfört med fysisk vård.

Det saknas forskning om hur allvarlighetsgraden skiljer sig åt vid digitala respektive fysiska besök vid det tillfälle då vården söks, även vid en och samma diagnos, trots att det sannolikt är den mest relevanta faktorn att ta hänsyn till vid jämförelser mellan digital och fysisk vård.

Stora regionala skillnader i användningen av digitala besök

Tidigt framgick det att användningen av digital vård är geografiskt mycket ojämnt fördelad, med en större användning i storstadsregioner. Detta resultat återspeglas även i rapporten. I Stockholm gjorde 6 procent av befolkningen minst ett digitalt läkarbesök 2018, jämfört med 2 procent i Norrbotten. Skillnaden gäller även antalet besök per invånare. Dessa resultat beror inte på att befolkningen skiljer sig åt när det gäller ålder, utbildningsnivå eller förekomst av kroniska sjukdomar.

SLUTSATSER

Utifrån rapportens resultat drar vi tre övergripande slutsatser:

Digitala vårdbesök har främjat produktiviteten och ökat tillgängligheten – särskilt för vissa grupper – men det finns kunskapsluckor om effektiviteten

Vi ser tydliga indikationer på att de digitala vårdbesöken har stärkt primärvårdens tillgänglighet och produktivitet i form av kortare väntetider och lägre kostnad per läkarkontakt för regionerna. De har också potential att avlasta fysisk primärvård. Det finns dock för lite kunskap om besöksformens

påverkan på vårdens effektivitet ur olika perspektiv, alltså dess kvalitet och hälsobidrag i relation till kostnaden för regionerna och för samhället. Därmed är det svårt att bedöma de digitala besökens samhällsekonomiska effekter. Samtidigt är dessa luckor svåra att åtgärda, till stor del beroende på metodologiska utmaningar och brist på data. De digitala besökens påverkan på hälso- och sjukvårdens effektivitet som helhet beror även på hur målen om god tillgänglighet och om god kontinuitet och samordning ska värderas i förhållande till varandra.

En skev användning av digitala besök har minskat primärvårdens omfördelnde effekt ur ett behovsmässigt och socioekonomiskt perspektiv

Hittills har digitala besök nyttjats mer av dem med relativt sett bättre socioekonomiska förhållanden och i mindre utsträckning av personer med kronisk sjukdom. På så vis har besöksformen minskat primärvårdens omfördelnde effekt. Samtidigt är det svårt att avgöra vad som är den optimala omfördelningen och vilka konsumtionsnivåer som är optimala för olika grupper, så det är svårt att veta om det digitala konsumtionsmönstret utgör ett problem för jämlikheten i vården.

Digitala besök används också betydligt mer i storstadsregioner än i glesbygdsregioner. De regionala skillnaderna i digitalt vårdutnyttjande kan vara särskilt problematiska ur jämlikhetssynpunkt.

Olika ersättningsformer för digital och fysisk vård har försvårat möjligheterna till effektivisering

Inom traditionell primärvård används främst en fast ersättning per listad patient, medan digital vård har rörlig styckersättning per besök. Dessa olika ersättningsformer har försvårat möjligheterna till effektivisering. För att öka effektiviteten i vården behövs mer ändamålsenliga nationella och regionala ersättningsmodeller, och steg bort från dagens huvudsakligen parallella system för att organisera och ersätta digital och fysisk vård.

DE DIGITALA BESÖKENS FRAMTIDA ROLL

Den snabba digitala utvecklingen har väckt debatt, men också lett till utredning, förändrade regelverk och nya lagförslag. På statlig nivå har utformningen av digital vård behandlats i utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* som bland annat hade i uppdrag att analysera ett långsiktigt



hållbart system för så kallade nätdoktorer. I december 2021 lämnade regeringen en proposition till riksdagen som bland annat tar sin utgångspunkt i den utredningens förslag. I propositionen uttrycks att de digitala arbetssätten kan öka tillgängligheten och leda till en mer effektiv vård för både patienter och medarbetare, men den pekar också på att digitala vårdtjänster ofta har en bristande kontinuitet och därmed i vissa fall försvårar en hållbar och integrerad utveckling i hela hälso- och sjukvårdssystemet. I propositionen föreslås en lagreglering som säger att patienter ska välja utförare i primärvården genom listning, och regeringen menar att regionerna bör ställa höga krav på både fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och inkludera tydliga krav i sina förfrågningsunderlag inom primärvårdens valfrihetssystem.

De nationella digitala vårdgivarnas framtida roll i hälso- och sjukvården är alltså under utveckling och diskussion. Resultaten i den här rapporten ger inget klart svar på hur utbudet av digital vård bör styras och regleras framöver, och om dagens upplägg med huvudsakligen ett nationellt fristående digitalt vårdutbud som är finansierat via utomlänstaxan bör fortgå eller inte. Det finns flera möjliga alternativ till dagens modell och vi kan se för- och nackdelar med alla. De kopplar bland annat till hur olika målsättningar inom vården ska prioriteras och balanseras, som den mellan tillgänglighet respektive kontinuitet och samordning. Exempelvis kan dagens tvådelade modell sägas ha främjat hög tillgänglighet och skapat förutsättningar för ett effektivt kapacitetsutnyttjande genom att dra nytta av en nationell marknad. Det går också att ha en fullt integrerad modell, där patientens ordinarie vårdcentral erbjuder både fysiska och digitala besök, och som kan antas ge bättre förutsättningar för kontinuitet, samordning och kostnadskontroll.

REKOMMENDATIONER

Utifrån resultaten i den här rapporten ger vi tre rekommendationer som tar fasta på behovet av fortsatt uppföljning och kunskapsinhämtande gällande digital vård – oavsett hur den digitala vården kommer att styras och regleras framöver.

- ▶ *Regionerna bör kontinuerligt följa upp och se över de incitament som deras ersättningsmodeller för digitala och fysiska besök ger upphov till*

Ersättningen för de digitala besöken har sänkts i flera omgångar, vilket tyder på en osäkerhet om vad tjänsterna egentligen kostar och vilka incitament som ersättningsnivån ger. Den nationella ersättningen och de

regionala modellerna som håller på att utvecklas kommer sannolikt att revideras fler gånger, och med nya avtalskonstruktioner och ersättningsmodeller kommer det att finnas ett stort behov av att följa upp hur olika aktörer och vårdgivare agerar. Det kan exempelvis gälla om vissa vårdgivare fokuserar på vissa patientgrupper med olika bakgrund och behov av vård. Detta behöver inte vara ett problem om ersättningen är anpassad till skillnader i gruppernas behov. Vi rekommenderar därför regionerna att följa upp effekterna av nya ersättningsnivåer och ersättningsmodeller för fysiska och digitala besök, med särskilt fokus på hur grupper med olika behov påverkas.

► *Regeringen och regionerna bör regelbundet följa upp hur digital vård påverkar vårdens jämlikhet och effektivitet*

Oavsett vad som händer med avtals- och ersättningsmodeller framöver ser vi behov av att följa hur den digitala vården påverkar vårdens kostnader och kvalitet samt hur jämlikheten utvecklas avseende geografiska och socioekonomiska skillnader i användningen. De digitala vårdbesöken är en del av den digitala transformeringen, och systematisk kunskapsinhämtning behövs för att utveckla vården. Därför är det viktigt att regeringen, exempelvis via myndighetsuppdrag, och regionerna gör systematiska utvärderingar och uppföljningar på området.

► *Regeringen bör säkerställa att digitala besök ingår i ett nationellt patientregister för primärvården*

Sedan många år tillbaka finns patientregister som ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar inom öppen och sluten specialiserad vård. Något motsvarande register över besök, insatser och behandlingar i primärvården finns inte, men behovet är känt och för närvarande pågår arbete med att etablera ett sådant hos Socialstyrelsen.

Med tanke på den digitala vårdens snabba expansion anser vi att patientregistret för primärvården redan från början bör inkludera digitalt vårdutnyttjande och att man utvecklar lämpliga klassificeringsnormer och koder för detta. Informationen om digital vård bör harmoniseras med registreringen av övrig primärvård och samlas in på ett enhetligt sätt över hela landet. Dagens problem med information om vård hos läkare och fysioterapeuter inom den nationella taxan visar att det är mycket svårt att i efterhand komplettera ett register med en ny organisationsform.





Innehåll

1	Inledning.....	27
1.1	Fokus på nationella digitala vårdgivare.....	28
1.2	Syfte och frågeställningar	29
1.3	Genomförande	30
1.4	Rapportens disposition	33
2	En besöksform under snabb utveckling.....	37
2.1	Flera förutsättningar banade väg för etableringen 2016	37
2.2	Ett besök hos en digital vårdgivare är ofta ett utomlänsbesök	39
2.3	Patientavgifternas roll för etableringen.....	40
2.4	Digitala och fysiska besök skiljer sig åt på vissa sätt.....	42
2.5	Regionernas kostnader för digitala besök har ökat men är ändå en liten del av helheten	47
2.6	Antalet fysiska läkarbesök har minskat.....	51
2.7	Pågående utveckling av ersättningssystem.....	53
3	Fysiska och digitala läkarbesök i olika grupper.....	63
3.1	Andel med minst ett fysiskt besök respektive minst ett digitalt besök ...	63
3.2	Antal fysiska och digitala läkarbesök per invånare.....	68
3.3	Gemensam konsumtionsanalys utifrån behov och socioekonomiska förhållanden	76
3.4	Övrig besöksutveckling inom öppenvården.....	82
3.5	Hur förhåller sig resultaten till tidigare forskning?.....	85



4	Ny konsumtion eller avlastning – vilken roll spelar de digitala besöken?	91
4.1	En modell för att analysera de digitala besökens roll i systemet	91
4.2	Användare av digitala besök är inte helt jämförbara med användare av fysiska besök	93
4.3	Kapitlets fortsatta struktur och innehåll.....	95
4.4	Vårdutnyttjandeprofiler – digitala användare går från lågkonsumenter till högkonsumenter	96
4.5	Besöksförändring i faktiskt och hypotetiskt scenario	105
4.6	Vårdkonsumtion i nära anslutning till digitala och fysiska besök.....	116
5	Uppskattning av kostnad för ett besök i primärvården.....	125
5.1	Olika typer av kostnader	125
5.2	Kostnaden för ett digitalt utomlänsbesök.....	127
5.3	Kostnaden för ett fysiskt besök	129
5.4	Sammanfattande kostnadsjämförelse	136
5.5	Totala kostnaden beror på styckkostnad, avlastning och ersättningssystem.....	140
5.6	Tidsbesparing viktig aspekt med digitala besök	144
5.7	En fullständig samhällsekonomisk analys förutsätter kunskap om vårdens kvalitet	146
6	Resultat, slutsatser och framåtblickande vägval	155
6.1	Rapportens resultat i sammanfattning.....	155
6.2	Diskussion	156
6.3	Slutsatser	161
6.4	Rekommendationer	162
6.5	De digitala besökens framtida roll.....	164
7	Referenser	175
	Bilagor	185
	Bilaga 1 – Beskrivning av datamaterialet från regionerna.....	185
	Bilaga 2 – Litteraturstudie.....	189
	Bilaga 3 – Samverkan med forskare.....	193
	Bilaga 4 – Resultat från regressionsanalyser (kapitel 3).....	194
	Bilaga 5 – Kompletterande figurer och tabeller till kapitel 4	199
	Bilaga 6 – Beräkning av kostnad per viktad vårdkontakt	201
	Bilaga 7 – Kostnad för fysiska besök för de diagnoser som är vanligast hos digitala vårdgivare	203



Inledning

Användningen av digitala vårdbesök har ökat kraftigt i Sverige under de senaste åren. I takt med ökningen har den nya besöksformen också väckt debatt. Ur patientens perspektiv har de digitala besöken fördelar såsom förbättrad tillgång till vård, kortare väntetider och minskad risk för infektioner eftersom patienten inte behöver komma till en mottagning där det kan finnas personer med smittsamma sjukdomar. De innebär också tidsvinster genom att man slipper restid till och från mottagningen. Samtidigt finns det farhågor om att de digitala besöken skapar en ökad efterfrågan på vård vid mindre omfattande medicinska behov och att besöksformen leder till ökade kostnader på grund av fler återbesök, remisser och tester samt överförskrivning av läkemedel. Frågor om de digitala vårdgivarnas roll i sig, och om besöksformens roll i vården, är därmed högst aktuella, men de är också svåra eftersom den snabba utvecklingen medfört att området ännu är lite utrett och beforskat. Vi ser därför att det är angeläget att beskriva och utöka kunskapen på området.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har tidigare undersökt hur befolkningen, patienter och vårdpersonal ser på digitala vårdbesök (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Resultaten visade bland annat att korta väntetider är en kvalitetsaspekt i digitala videobesök som värderas högt av användarna, men också att befolkningen i många situationer föredrar fysiska besök framför digitala. Både patienter och primärvårdsläkare som har erfarenhet av videobesök är mer positiva till besöksformen än de som inte har erfarenhet av den.

Den här rapporten fokuserar i stället på de digitala vårdbesökens roll i hälso- och sjukvården, med fokus på primärvården. Målet är att undersöka hur digitala vårdbesök påverkar resursutnyttjandet och jämlikheten i



primärvården, och därmed bidra med ett kunskapsunderlag som kan ligga till grund för framtida styrning och utveckling av digital vård, men även av vården i stort. Vår förhoppning är att rapporten ska utgöra ett brett kunskapsunderlag som stödjer beslutsfattare i sin styrning på olika nivåer inom vården.

1.1 FOKUS PÅ NATIONELLA DIGITALA VÅRDGIVARE

Den digitala utvecklingen inom hälso- och sjukvården är en pågående process med digitalisering inom flera områden och på olika nivåer. Det handlar exempelvis om möjligheterna att skicka elektroniska läkemedelsrecept, kommunikation mellan patient och vårdgivare genom olika e-tjänster och automatisk överföring av data i samband med datainsamling. Den här rapporten fokuserar på en del av den digitala utvecklingen, nämligen digitala vårdbesök. Besöken innebär i korthet att befolkningen över hela landet, via huvudsakligen appar (video och chatt i realtid eller med fördröjning), kan kontakta en läkare eller annan vårdpersonal för rådgivning, diagnosticering, viss behandling och eventuellt vidare hänvisning.

Expansionen av de digitala vårdbesöken började 2016 då ett antal digitala vårdgivare (ofta kallade "nätläkare") etablerade sig. Den digitala besöksformen gjorde att företagen kunde marknadsföra sig nationellt och erbjuda sina tjänster till hela befolkningen, trots att de hade sin hemvist i en specifik region (i kapitel 2 finns en mer detaljerad beskrivning av utvecklingen). På så vis kan den här typen av digitala besök sägas äga rum utanför den traditionella vården, eftersom besöken i många fall görs utan koppling till patientens egen vårdcentral eller ens den egna regionen. Formellt sett innebär ett sådant här besök att en patient söker vård i en annan region än sin hemregion, och besöken blir så kallade utomlänbesök. I rapporten fokuserar vi på just den här typen av digitala vårdbesök, där besöket blir ett digitalt utomlänbesök hos en nationell digital vårdgivare.

Sedan 2016 har dock även andra typer av digitala vårdbesök tillkommit, som ett svar på utvecklingen av de nationella digitala vårdgivarna. Flera regioner har utvecklat delvis liknande tjänster som de digitala vårdföretagen erbjuder. Därutöver har vissa steg tagits mot en mer digifysisk vård, det vill säga att utförare tillhandahåller både digital och fysisk vård (SOU 2019:42) (se avsnitt 2.7 för ytterligare beskrivning). Den utvecklingen berörs översiktligt i kapitel 2, men huvudfokus är på de nationella digitala vårdgivarna.

1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med den här rapporten är att, med fokus på nationella digitala vårdgivare, bidra med kunskap om hur de digitala vårdbesöken i bred bemärkelse har påverkat vårdens resursutnyttjande och jämlikhet. Vi har däremot inte genomfört någon empirisk analys av kvaliteten och innehållet i de digitala besöken.

Med resursutnyttjande avses kostnadsaspekter och vårdutnyttjande samt i vilken utsträckning digitala vårdbesök ersätter befintlig fysisk vård. Analysen utgår från följande frågor:

- Hur ser besöks- och kostnadsutvecklingen ut inom digital och fysisk primärvård?
- Vad karaktäriserar vårdkonsumtionen bland dem som använder digitala läkarbesök?
- Vilken betydelse har de digitala läkarbesöken – ersätter de fysiska besök i primärvården eller ökar de vårdkonsumtionen?
- Leder digitala besök till fler eller färre uppföljande besök jämfört med fysiska besök?
- Kostar ett enskilt digitalt besök i genomsnitt mer eller mindre för hälso- och sjukvården än ett fysiskt besök på en vårdcentral? Har de digitala besöken medfört ökade kostnader för hälso- och sjukvården?
- Hur har den digitala besöksutvecklingen påverkat den genomsnittliga kostnaden per läkarkontakt inom primärvården?
- Hur relaterar besöks- och kostnadsutvecklingen till ersättningssystemens utveckling och incitamentsstruktur?

Frågeställningarna har genomgående undersökts utifrån regionernas resursperspektiv som offentliga finansiärer. Analyserna beaktar därmed inte ett heltäckande samhällsekonomiskt perspektiv; de inkluderar alltså inte sådant som restider och produktionsbortfall för patienter eller privata vårdgivares produktionskostnader.

Ett viktigt mål för hälso- och sjukvården som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är målet om vård på lika villkor. Faktorer såsom kön, etnicitet, sexuell läggning och socioekonomiska förhållanden ska inte påverka vilken vård och behandling man får. På samma sätt bör det vara möjligt för alla, oavsett var man bor i landet, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens insatser.



Alla skillnader som finns i hälso- och sjukvården innebär dock inte nödvändigtvis ojämlik vård. En jämlik vård kan vara förenlig med skillnader, så länge de är i linje med bestämmelserna för hur hälso- och sjukvården ska arbeta (Vård- och omsorgsanalys 2019). Vårdbehov är en central faktor som motiverar skillnader, eftersom vården ska ges efter behov. Att vården skiljer sig åt mellan personer med olika behov är därför en förutsättning för en jämlik vård (Vård- och omsorgsanalys 2019).

Analysen i den här rapporten utgår från följande frågor när det gäller jämlikhet:

- Finns det könsmässiga, geografiska och socioekonomiska skillnader mellan patienter som nyttjar digital och fysisk vård, efter justering för skillnader i förväntat vårdbehov?
- Finns det skillnader i behovs- och diagnospanorama mellan patienter som nyttjar digital och fysisk vård?
- Hur har den samlade öppenvårdskonsumtionen utvecklats för olika patientgrupper?

1.3 GENOMFÖRANDE

Analyserna baseras på flera olika datakällor (figur 1 visar vilka datakällor som använts för varje frågeställning). De delar som handlar om kostnader, utvecklingen på nationell nivå, reglering och ersättning baseras på officiell statistik och dokumentation från myndigheter och andra nationella organisationer (bland annat Sveriges Kommuner och Regioner, SKR).

De delar som handlar om jämlikhetsanalyser och i vilken utsträckning digitala besök avlastar vårdcentralerna baseras på registerutdrag av primärvårdsdata på individnivå från fem regioner: Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Jönköping och Norrbotten. Dessa data har samkörts med uppgifter om demografi och socioekonomi från Statistiska centralbyrån (SCB) och med data över digitala vårdbesök. Uppgifter om digitala vårdbesök har hämtats från Region Jönköping oavsett personens egen bostadsregion, eftersom de digitala utomlänsbesöken registrerades där under perioden som studeras.

Analyserna om jämlikhet och avlastning fokuserar på besök hos läkare, vilket till stor del beror på tillgången till data och jämförbarheten av data mellan regionerna. Datamaterialet omfattar perioden 2015–2018. Se bilaga 1 för beskrivning av datamaterialet från regionerna.

Figur 1. Sammanställning av rapportens frågor och datakällor.

Resursutnyttjande	
Fråga	Datakälla
Hur ser besöks- och kostnadsutvecklingen ut inom digital och fysisk primärvård?	Offentligt publicerad statistik från SKR och SCB
Vad karakteriserar vårdkonsumtionen bland dem som använder digitala läkarbesök?	
Vilken betydelse har de digitala läkarbesöken – ersätter de fysiska besök i primärvården eller ökar de vårdkonsumtionen?	Registerutdrag för primärvårdsdata från fem regioner*
Leder digitala besök till fler eller färre uppföljande besök jämfört med fysiska besök?	
Kostar ett enskilt digitalt besök i genomsnitt mer eller mindre för hälso- och sjukvården än ett fysiskt besök på en vårdcentral? Har de digitala besöken medfört ökade kostnader för hälso- och sjukvården?	Offentligt publicerad statistik från SKR och SCB samt KPP-data från Region Östergötland
Hur har den digitala besöksutvecklingen påverkat den genomsnittliga kostnaden per läkarkontakt inom primärvården?	Registerutdrag för primärvårdsdata från fem regioner*
Hur relaterar besöks- och kostnadsutvecklingen till ersättningsystemens utveckling och incitamentsstruktur?	Förfrågningsunderlag urval av regioner

Jämlikhet	
Fråga	Datakälla
Finns det könsmässiga, geografiska och socioekonomiska skillnader mellan patienter som nyttjar digital och fysisk vård, efter justering för skillnader i förväntat vårdbehov?	
Finns det skillnader i behovs- och diagnospanorama mellan patienter som nyttjar digital och fysisk vård?	Registerutdrag för primärvårdsdata från fem regioner*
Hur har den samlade öppenvårds-konsumtionen utvecklats för olika patientgrupper?	

Litteraturstudie:

Vad vet vi om kvalitet, kostnader, jämlikhet och vårdkonsumtion när det gäller digitala besöks- och kontaktformer utifrån tidigare forskning?

* De fem regionerna är Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Jönköping och Norrbotten. Se bilaga 1 för beskrivning av datamaterialet.

Att materialet inte sträcker sig bortom 2018 beror på ledtider när det gäller att beställa och länka samman data från flera regioner med nationella källor från SCB och Socialstyrelsen, samt den bearbetningstid som ett sådant omfattande datamaterial innebär, inte minst när det gäller att harmonisera variabeldefinitioner från fem olika regioners vårddatasystem. Omfattande registerbaserade analyser kommer alltid att ha en eftersläpning i tid. Materialet fångar alltså inte den senaste utvecklingen i alla delar, men vi ser ändå att resultaten är relevanta. Analyserna tar dessutom främst fasta på jämförelser mellan grupper och mellan digitala och fysiska besök. Sådana jämförande förhållanden (det vill säga den relativa nivån) kan betraktas som mer stabila över tid än antalet besök (det vill säga den absoluta nivån) som ökar över tid. Resultaten kan också ses som en inledande mätning och analys av den första introduktionsfasen, som kan och bör upprepas, exempelvis när det gäller graden av avlastning samt socioekonomiska och regionala skillnader. En sådan uppföljande analys skulle också kunna belysa utvecklingen under covid-19-pandemin.

Som en del av arbetet ingår även en kartläggande litteraturoversikt som belyser kvalitet, kostnader, jämlikhet och vårdkonsumtion när det gäller digitala besöks- och kontaktformer. Litteraturoversikten har en explorativ ansats och är därmed inte systematisk. Den bygger på en sökning av både svenskspråkiga och engelskspråkiga artiklar. Se bilaga 2 för en beskrivning av genomförandet.

1.3.1 Samverkan med forskare

Analysen är genomförd i samverkan med en forskargrupp vid Karolinska Institutet som har haft i uppdrag från Vård- och omsorgsanalys att bedriva forskning på de frågeställningar som den här rapporten handlar om. Forskargruppen har begärt ut patientdata från de fem regionerna och låtit dem samköras med uppgifter från SCB, för att sedan analysera datamaterialet. Gruppen har också arbetat med litteraturoversikten och frågan om ersättningsprinciper och incitament. I bilaga 3 listas de personer som har varit delaktiga i arbetet. Analysen om kostnader och kostnadsutveckling har genomförts av medarbetare på Vård- och omsorgsanalys. Alla analyser och resultat har dock diskuterats gemensamt av forskargruppen och medarbetare på Vård- och omsorgsanalys.

Vård- och omsorgsanalys svarar självständigt för rapportens slutsatser, rekommendationer och fristående sammanfattningar.

1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 beskrivs utvecklingen av de digitala utomlänsbesöken och fysiska besöken när det gäller antal och kostnader. Här beskrivs också översiktligt hur diagnospanoramata ser ut för digitala respektive fysiska besök, hur ersättningsprinciperna för de digitala besöken har utformats och ändrats över tid och vilken roll patientavgifterna har haft i etableringen. Även skillnader i ersättning och incitament mellan digitala och fysiska besök inom primärvården redovisas. Avslutningsvis finns en beskrivning av den pågående utvecklingen där de nationella digitala vårdgivarna i viss utsträckning har börjat bli en del av det regionala utbudet i vissa regioner.

I kapitel 3 presenteras statistik och beräkningar av konsumtionsmönstret för digitala och fysiska vårdbesök för olika grupper. Det rör skillnader utifrån ålder, kön, socioekonomiska förhållanden, födelseland och förekomst av kroniska diagnoser. Resultaten kopplas till tidigare litteratur och forskning som ingår i litteraturöversikten. Kapitlet berör även skillnader mellan de fem regionerna som ingår i analysen.

Kapitel 4 behandlar om de digitala besöken påverkar den totala primärvårdskonsumtionen inom hälso- och sjukvården. Här beskrivs vårdkonsumtionsmönstret bland dem som använder digitala läkarbesök, hur det såg ut innan digitala besök var möjliga och hur det har utvecklats därefter. I kapitlet analyseras också i vilken utsträckning de digitala besöken ersätter fysiska besök och om ett digitalt besök leder till fler eller färre uppföljande besök jämfört med ett fysiskt. Resultaten kopplas till tidigare litteratur och forskning som ingår i litteraturöversikten.

Kapitel 5 belyser och jämför kostnaden för ett enskilt fysiskt besök på en vårdcentral med kostnaden för ett digitalt utomlänsbesök. Liksom i de två föregående kapitlen kopplas resultaten till tidigare litteratur och forskning.

I varje kapitel finns en mer utförlig beskrivning av den metod och de datakällor som använts.

I rapportens avslutande kapitel 6 för Vård- och omsorgsanalys en fristående diskussion utifrån rapportens analyskapitel 2–5. Vi presenterar i detta kapitel även våra övergripande slutsatser och rekommendationer till regeringen och regionerna.





En besöksform under snabb utveckling

Det här kapitlet beskriver översiktligt utvecklingen av antalet besök hos digitala vårdgivare och regionernas totala kostnader för dem samt hur kostnadsansvaret och patientavgifterna har utformats för tjänsterna.

Sedan starten 2016 har omfattningen av de digitala besöken ökat successivt. År 2019 gjordes nära 1,2 miljoner besök hos dessa företag, och 2020 fördubblades antalet. För detta betalade regionerna drygt 500 miljoner kronor 2019 och 900 miljoner kronor 2020. Ersättningen per besök från regionerna till de digitala vårdföretagen har minskat och förändrats i flera omgångar. De digitala vårdbesöken och regionernas kostnader för dem är än så länge en liten del av primärvårdens totala kostnader, omkring 1–2 procent. De digitala vårdbesöken motsvarade 3 procent av det totala antalet besök i den fysiska primärvården (oavsett till vilken yrkeskategori), och 8 procent av besöken till läkare 2019.

Sedan 2016 har flera regioner utvecklat tjänster som delvis liknar de som digitala vårdföretag erbjuder, och många enskilda vårdcentraler erbjuder numer sina patienter möjlighet att göra digitala besök. I några regioner har de digitala vårdgivarna börjat bli en del av regionernas vårdval.

2.1 FLERA FÖRUTSÄTTNINGAR BANADE VÄG FÖR ETABLERINGEN 2016

Introduktionen och expansionen av de digitala vårdtjänsterna har främst ägt rum inom primärvården och anpassats till lagstiftningen och andra regleringar av utomlänsvård, alltså vård som tillhandahålls av en annan region än patientens hemregion. Innan den digitala vården accepterades



som en del av utomlänsvården hade ett mindre antal privata företag ingått avtal om digitala plattformar med några landsting. Företaget Kry, och senare Visiba Care, inledde ett samarbete med regionerna Jönköping och Värmland för leverans av digitala plattformar som skulle användas av de egna vårdcentralerna (SOU 2019:42). Digitala vårdföretag ingick sedan underleverantörsavtal med ett antal privata vårdcentraler i Region Jönköping och senare Region Sörmland. Därigenom fick företagen tillträde till marknaden för vårdvalet inom primärvården, inklusive den skattebaserade finansieringen, i hela landet. Med den nationellt lagstiftade valfriheten inom öppenvården, inklusive primärvården, blev det digitala utbudet tillgängligt för medborgare i hela landet. Följande regleringar har möjliggjort etableringen av digitala vårdgivare och gett dem tillgång till offentlig finansiering:

1. **Patientlagen (2014:821)** föreskriver att patienter fritt ska kunna välja utförare av offentlig finansierad vård (9 kap. 1 §).
2. **Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)** lägger kostnadsansvaret för vården på den region där patienten är bosatt, oavsett vilken region som levererat tjänsten (8 kap. 1 och 3 §).
3. **Lag (2008:962) om valfrihetsystem** möjliggör fri etablering genom att den inte begränsar möjligheten för vårdgivare att ansluta sig till vårdvalssystem inom samtliga regioner.
4. **Riksavtalet för utomlänsvård** innehåller rekommendationer till regionerna från styrelsen för SKR om vad som gäller när en person får vård utanför sin egen region, bland annat principerna för ersättning mellan den region som tillhandahåller vården och den region där den vårdsökande är bosatt och som därmed ska bekosta vården. Riksavtalet gäller både för vård som en region ger i egen regi och för vård som ges av privata vårdgivare som har avtal med en region. Även vårdgivare som ingår i ett vårdvalssystem enligt lagen om valfrihetssystem omfattas. Enligt riksavtalet ska ersättningen till privata vårdgivare vara densamma för inom- och utomlänspatienter. Ersättningen ska baseras på en offentligt tillgänglig regional prislista för utomlänsvård som även reglerar patientavgiften (SKR 2014).
5. **Regionala prislistor** anger belopp för olika vårdtjänster (till exempel besök hos olika yrkeskategorier).

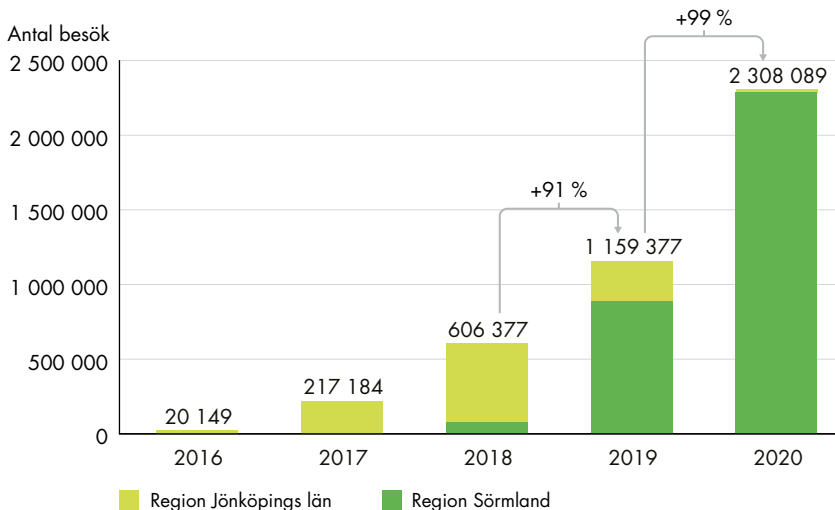
Genom att sluta avtal med vårdcentraler i en specifik region har de digitala vårdföretagen kunnat erbjuda offentligt subventionerad vård till patienter i

hela landet. De legala och juridiska förutsättningarna fanns alltså redan på plats när avtalen slöts med primärvårdsenheter inom Region Jönköping. De var dock inte avsedda för denna typ av vårdutbud. Avtalet för utomlänsvård har främst varit avsett för specialiserad vård där invånare vid en region har fått vård i en annan region. Det har främst handlat om akut vård utanför den egna regionen och planerad högspecialiserad vård vid sjukhus. Sådana vårdtillfällen har en förhållandevis låg volym samtidigt som ersättningen för dem är hög. När de digitala vårdbesöken likställdes med fysiska besök ersättningsmässigt innebär det en hög ersättning per besök som i kombination med den stora efterfrågan och en stor volym resulterade i oväntat höga kostnader för de digitala besöken.

2.2 ETT BESÖK HOS EN DIGITAL VÅRDGIVARE ÄR OFTA ETT UTOMLÄNSBESÖK

De digitala vårdgivarna har alltså underleverantörsavtal med ett antal vårdcentraler i regionerna Jönköping och Sörmland, men de kan marknadsföra sina tjänster och göra dessa tillgängliga i hela landet. När en person som bor i en annan region får vård av ett digitalt vårdföretag är "hemregionen" betalningsansvarig och faktureras för besöket, och besöket blir i praktiken ett utomlänbesök. Den ena regionen fakturerar den andra så att hemregionen betalar för sina invånares besök.

Figur 2. Antal digitala besök hos externa vårdgivare 2016–2020, fördelat på vårdgivarens regionala hemvist.



Källa: SKR (2021a).

När utvecklingen startade 2016 var det i huvudsak genom vårdcentraler i Region Jönköping som vårdföretagen bedrev sin verksamhet. År 2020 bedrevs verksamheterna till allra största del i stället från Region Sörmland (figur 2). Antalet digitala vårdbesök ökade snabbt under 2016. Mellan 2018 och 2019 nästan fördubblades antalet, liksom mellan 2019 och 2020. Från 0,6 miljoner besök 2018 ökade det till 2,3 miljoner besök 2020.

SKR har publicerat en sammanställning av de digitala utomläns-kontakterna under perioden 2016–2020 (SKR 2021a). Den innehåller uppgifter om digitala vårdkontakter för de privata aktörer som är verksamma med offentlig finansiering, antingen med kontrakt direkt med regionen, eller som underleverantör till en kontrakterad vårdgivare i en annan region. Informationen har tillhandahållits av Region Jönköping och Region Sörmland – de två regioner som hittills har varit de vanligaste hemvistregionerna för nationella digitala vårdgivare. Sammanställningen omfattar alltså de aktörer som var verksamma i dessa två regioner, men inte sådana som var verksamma i andra regioner. Vi bedömer att sammanställningen representerar de flesta större privata vårdgivarna i Sverige under perioden 2016–2020.

År 2020 fanns elva digitala vårdföretag som var verksamma i de två regionerna. De fyra största var Kry, Doktor.se, Min doktor och Doktor24. Tillsammans stod de för 84 procent av besöken hos de elva företagen. Kry var den största aktören med 39 procent. Från juni 2020 saknas dock uppgifter om besök som gjordes hos Kry av personer folkbokförda i Skåne, eftersom de började rapporteras direkt till Region Skåne i stället (SKR 2021a).

2.3 PATIENTAVGIFTERNAS ROLL FÖR ETABLERINGEN

Patienten betalar en patientavgift enligt de regler och riktlinjer som gäller för digitala besök i den region där de digitala vårdföretagen har sitt avtal. Den främsta anledningen till att vårdgivarna flyttade från Region Jönköping till Sörmland (se figur 2) anses vara att patientavgiften 2019 var 0 kronor i Sörmland. Det innebar att de digitala besöken var helt avgiftsbefriade för hela den svenska patientpopulationen, vilket sannolikt ökade intresset för att vända sig till dessa företag. Därmed fanns bättre förutsättningar för att expandera och få avkastning på gjorda investeringar inom de digitala vårdföretagen.

I mars 2018 beslutade SKR:s styrelse att rekommendera en lägsta nivå på patientavgiften för digitala besök om 100 kronor (SKR 2018). Region Sörmland valde först att inte följa rekommendationen, men sedan 2019 är patientavgiften 100 kronor i regionen, och därmed även för personer i andra

delar av landet som nyttjar de företag som utgår från Sörmland. Ytterligare sex regioner har valt en patientavgift på 100 kronor för digitala besök i primärvården, medan åtta regioner har valt 200 kronor och tre regioner 300 kronor. Övriga ligger någonstans däremellan (se tabell 1).

Tabell 1. Patientavgifter för fysiska och digitala vårdtjänster för allmänläkare samt skillnader i avgift mellan typ av tjänst, 2020.

Region	Inomlän		Utomlän (Sörmland)	Skillnad i patientavgift	
	Fysiskt	Digitalt	Digitalt (2020)	Mellan fysiskt och digitalt inomlän	Mellan digitalt besök inom- och utomlän
Stockholm	200	200	100	0	100
Uppsala	200	200	100	0	100
Sörmland	200	100	100	100	0
Östergötland	200	200	100	0	100
Jönköping	250	250	100	0	150
Kronoberg	150	100	100	50	0
Kalmar	200	200	100	0	100
Gotland	150	100	100	50	0
Blekinge	200	150	100	50	50
Skåne	200	200	100	0	100
Halland	200	200	100	0	100
Västra Götaland	100	100	100	0	0
Värmland	200	200	100	0	100
Örebro	200	100	100	100	0
Västmanland	140	140	100	0	40
Dalarna	200	100	100	100	0
Gävleborg	200	200	100	0	100
Västernorrland	300	300	100	0	200
Jämtland	300	300	100	0	200
Västerbotten	200	100	100	100	0
Norrbotten	300	300	100	0	200

Källa: SKR (2021b).



Det finns regionala skillnader i patientavgifter (se tabell 1). De flesta regioner tar ut samma avgift för fysiska besök och digitala vårdkontakter (*inomlän*) och patienterna har därmed inga ekonomiska incitament att välja digitala besök, förutom inbesparade res- och tidskostnader.

I valet mellan digitala alternativ kan patientavgifterna ha en betydelse, inte minst för den första vårdkontakten. Incitamentet att välja digitala vårdkontakter genom utomlänsvård är relativt starkt, eftersom flera regioner tar ut en högre avgift för digitala vårdkontakter i den egna regionen än vad Sörmland gör. Till det kommer en kraftfull marknadsföring av dessa tjänster som med stor sannolikhet ökar efterfrågan och gör att fler känner till möjligheten att välja denna vårdform. Syftet med de digitala inomlänsbesöken har dock inte varit att uppnå stora marknadsandelar, utan mer att vara ett verktyg för att följa upp de egna patienterna.

2.4 DIGITALA OCH FYSISKA BESÖK SKILJER SIG ÅT PÅ VISSA SÄTT

De digitala utomlänsbesöken används på ett delvis annorlunda sätt jämfört med fysiska besök på en vårdcentral. De digitala innebär oftare ett möte med en läkare, medan många fysiska besök också gäller andra yrkeskategorier. Vilka diagnoser som registreras på besöken varierar också en del, och överlag är diagnospanoramata smalare för de digitala besöken.

De digitala besöken är tillgängliga dygnet runt, sju dagar i veckan. Detta nyttjas av användarna: besök är vanligt förekommande på helger, sena eftermiddagar och kvällar.

2.4.1 Oftare möte med en läkare i de digitala besöken

En stor del av de digitala utomlänsbesöken innebär att patienten får träffa en läkare (tabell 2), men andelen läkarbesök har minskat betydligt – från 87 procent 2018 till 67 procent 2020. Näst vanligast är sjuksköterskebesök. Andra yrkeskategorier finns också tillgängliga digitalt, men är mindre vanliga. År 2020 ökade andelen besök hos fysioterapeuter betydligt. Det är en enskild digital vårdgivare som står för den ökningen, en vårdgivare som specifikt är inriktad på att behandla artros. Vårdgivaren etablerade sig inte det året, men besöken har tidigare inte funnits med i statistiken för att vårdgivaren hade sin hemvist i en region som inte ingår i materialet (SKR 2021a).

Fördelningen mellan yrkeskategorier avviker betydligt från hur det ser ut på en vårdcentral, där läkarbesök utgör omkring en tredjedel av

alla mottagningsbesök (tabell 2). Besök hos sjuksköterska är ungefär lika vanligt som läkarbesök, och besök hos fysioterapeut är betydligt vanligare på en vårdcentral än hos de digitala vårdgivarna. Även besök till andra yrkesgrupper är vanligare på en vårdcentral.

Tabell 2. Digitala utomlänsbesök och mottagningsbesök i primärvården (exklusive hembesök och hemsjukvård) fördelade efter yrkeskategori (procent), 2018–2020.

	Digitala besök			Fysiska besök		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Läkare	87	74	67	34	34	34
Sjuksköterskor	8	20	18	32	32	32
Fysioterapeuter	1	0	10	20	20	20
Övriga	4	6	5	14	14	15

Källa: SKR (2021 a) för digitala besök, SKR:s verksamhetsstatistik för fysiska besök.

2.4.2 Delvis andra diagnoser och smalare diagnospanorama i de digitala besöken

De diagnoser som registreras vid besöken skiljer sig också delvis åt mellan digitala utomlänsbesök och fysiska besök på en vårdcentral. Två diagnoser finns med på tio-i-topp inom båda besöksformerna (ospecificerad akut övre luftvägsinfektion och hosta), men annars skiljer de vanligaste diagnoserna sig åt (tabell 3 och 4). En del av skillnaden kan bero på olika rutiner för registrering: exempelvis kan det vara så att förnyelse av recept inte alltid registreras som en egen åtgärd på en vårdcentral, vilket i så fall skulle innebära att åtgärden i praktiken är vanligare än vad siffrorna visar.

De vanligaste diagnoserna vid digitala besök är akut ospecificerad övre luftvägsinfektion, icke specificerade hudutslag, hosta och urinvägsinfektion (tabell 3). De tio vanligaste diagnoserna står för 32 procent av de digitala besöken, medan samma diagnoser står för knappt 8 procent av de fysiska besöken.

De vanligaste diagnoserna vid fysiska besök är högt blodtryck utan känd orsak, akut ospecificerad övre luftvägsinfektion, andra och icke specificerade smärtor i buken och ledvärk (tabell 4). De tio vanligaste diagnoserna vid fysiska besök står för omkring 18 procent, medan dessa diagnoser står för omkring 14 procent av de digitala besöken.



Tabell 3. De tio vanligaste diagnoserna som registrerades på digitala utomlänsbesök 2018 samt deras andel sett till alla digitala respektive fysiska besök.

	Andel (%) av digitala besök	Andel (%) av fysiska besök
Akut övre luftvägsinfektion, ospec. (J069)	8,1	3,2
Icke specificerade hudutslag (R219)	3,8	0,5
Hosta (R059)	3,7	1,2
Urinvägsinfektion (N300)	3,4	0,8
Springmaskinfektion (B809)	3,1	0,0
Svinkoppor (L010)	2,3	0,2
Förnyelse av recept (Z760)	2,2	0,4
Eksem, ospec. (L309)	2,0	0,6
Akut halsfluss, ospec. (J039)	1,7	0,5
Ytlig skada på icke spec. kroppsregion (T140)	1,7	0,2
Summa	32,0	7,6

Not: Diagnoserna avser den första diagnosen som registreras vid ett besök, i de fall flera diagnoser registreras. Informationen baseras på totalt 363 107 digitala besök och 7 316 959 fysiska besök. De fysiska besöken gjordes i regionerna Jönköping, Västra Götaland, Skåne, Norrbotten och Stockholm.

Källa: Vårdadministrativa data från fem regioner.

Tabell 4. De tio vanligaste diagnoserna som registrerades på fysiska besök 2018 samt deras andel sett till alla digitala respektive fysiska besök.

	Andel (%) av digitala besök	Andel (%) av fysiska besök
Högt blodtryck utan känd orsak (I109)	0,1	4,0
Akut övre luftvägsinfektion, ospec. (J069)	8,1	3,2
Andra och icke spec. smärtor i buken (R104)	0,8	2,1
Ledvärk (M255)	0,3	1,5
Diabetes typ 2 utan komplikationer (E119)	0,0	1,4
Smärtor i extremitet (M796)	0,5	1,3
Långtidsanvändning av blodförtunnande medel i den egna sjukhistorien (Z921)	0,0	1,3
Hosta (R059)	3,7	1,2
Smärta eller värk, ospec. (R529)	0,4	1,2
Observation för andra misstänkta sjukdomar eller tillstånd (Z038)	0,5	1,1
Summa	14,4	18,4

Not: Diagnoserna avser den första diagnosen som registreras vid ett besök, i de fall flera diagnoser registreras. Informationen baseras på totalt 363 107 digitala besök och 7 316 959 fysiska besök. De fysiska besöken gjordes i regionerna Jönköping, Västra Götaland, Skåne, Norrbotten och Stockholm.

Källa: Vårdadministrativa data från fem regioner.

Diagnospanoramats kan sägas vara något bredare för de fysiska än de digitala besöken. De tio vanligaste diagnoserna för digitala besök står för 32 procent av besöken, medan de tio vanligaste för de fysiska besöken bara står för 18 procent av dessa besök. På liknande sätt står de trettio vanligaste diagnoserna för över hälften av besöken när det gäller de digitala besöken, men bara för en dryg tredjedel av de fysiska.

De trettio vanligaste diagnoserna för fysiska besök inkluderar fyra av de kroniska diagnoser som brukar ses som vanligt förekommande i primärvården (förhöjt blodtryck, diabetes, hypotyreos och astma). Bara en av dessa (astma) ingår i de trettio vanligaste diagnoserna för digitala besök, vilket kan ses som att besök för kroniska diagnoser är underrepresenterade bland de digitala besöken.

Socialstyrelsen har tidigare haft i uppdrag att ta fram rekommendationer för vilken typ av vård och behandling som är lämplig eller mindre lämplig att hantera via digitala vårdtjänster för patienter. Resultatet var fyra övergripande principer som ska vara uppfyllda för att vård och behandling ska lämpa sig för digitala vårdtjänster (Socialstyrelsen 2018):

1. Gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning förutsätter inte ett fysiskt möte.
2. Den digitala tjänsten är anpassad till den enskilda patientens behov av och förutsättningar för att använda tjänsten.
3. Vårdgivaren har tillgång till tillräcklig information om patientens hälsotillstånd och sjukdomshistoria för att kunna ge en god och säker vård.
4. Nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer är möjlig.

Det finns alltså inte några rekommendationer om specifika diagnoser som bör eller inte bör vara föremål för digitala besök. Socialstyrelsen menade att principerna behöver vara övergripande, bland annat eftersom det finns så många olika digitala tjänster och tekniken utvecklas snabbt (Socialstyrelsen 2018).

2.4.3 Större andel av de digitala än fysiska besöken på eftermiddagar, kvällar och helger

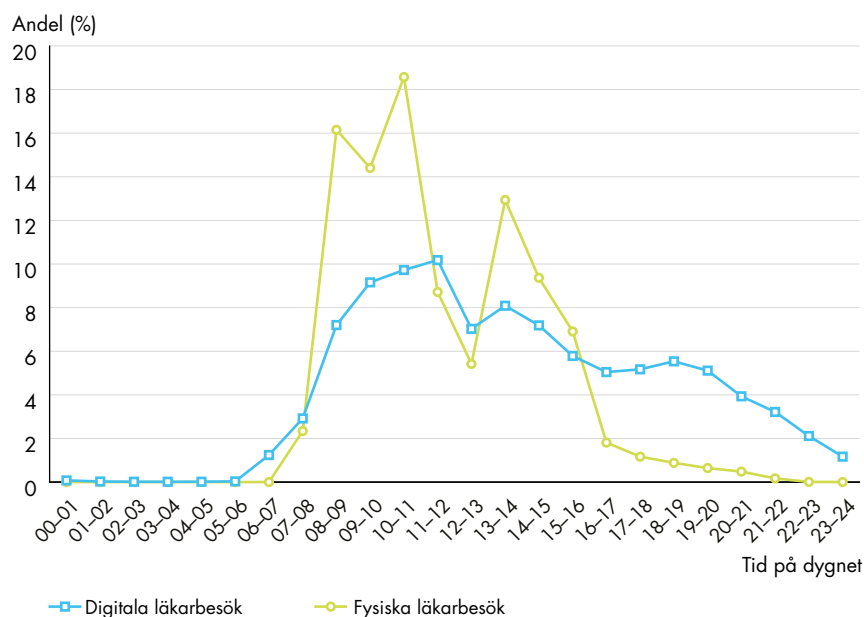
Över 90 procent av de fysiska besöken sker klockan 8–16, med en tydlig dipp mellan 11 och 13 (figur 3). Det hör förstås samman med vårdcentralernas öppettider. Vissa besök görs utanför dessa tider, vid längre öppethållande



eller på jourcentraler. Besöken är förhållandevis jämnt fördelade mellan måndag och fredag, med lite fler i början av veckan. På måndagar görs drygt 20 procent av besöken, och på fredagar omkring 17 procent – däremellan minskar andelen gradvis. Bara 4 procent av besöken görs på helger.

De digitala vårdgivarna har inte samma begränsning i öppettiderna och digitala besök är möjliga att göra dygnet runt, alla dagar i veckan. Majoriteten av besöken görs dagtid, 64 procent klockan 8–16. Ytterligare 30 procent görs klockan 16–23, medan 6 procent av besöken sker nattetid och tidig morgon (klockan 23–08) (figur 3). Besöken är förhållandevis jämnt fördelade mellan veckans alla sju dagar (12–17 procent för olika dagar), med en liten tendens till något fler besök i början av veckan.

Figur 3. Fördelning av digitala respektive fysiska besök över dygnet, 2018.



Not: Informationen baseras på totalt 363 107 digitala besök och 3 865 050 fysiska besök som hade information om tidpunkt. De fysiska besöken gjordes i regionerna Jönköping, Västra Götaland, Skåne, Norrbotten och Stockholm. Nära hälften av de fysiska besöken saknade information om tidpunkt, men hade information om veckodag. I informationen om fördelning över veckans dagar ingår således alla besök.

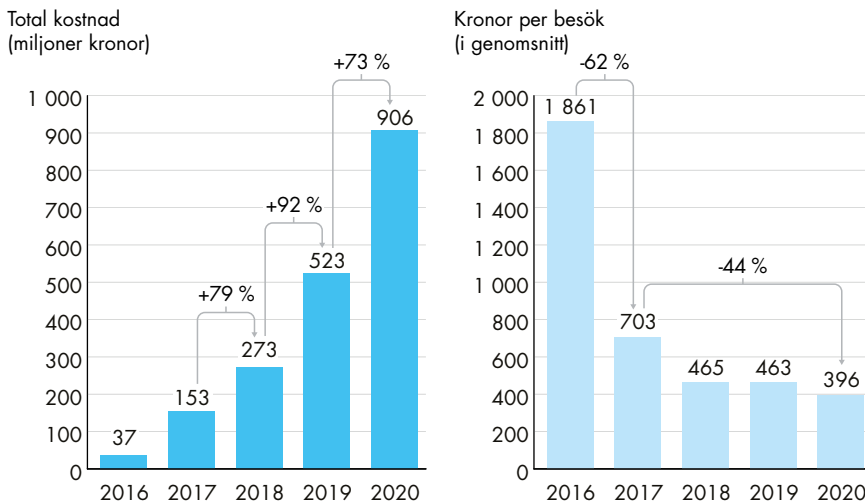
Källa: Vårdadministrativa data från fem regioner.

2.5 REGIONERNAS KOSTNADER FÖR DIGITALA BESÖK HAR ÖKAT MEN ÄR ÄNDÅ EN LITEN DEL AV HELHETEN

De digitala vårdbesöken och regionernas kostnader för dem har fått stor uppmärksamhet och debatterats flitigt. Inledningsvis fick de digitala vårdföretagen 2 000 kronor per besök enligt utomlänstaxan. Ersättningen för digital vård till invånarna i Region Jönköping följde dock taxan för vårdvalet inom regionen. Senare började det att gälla även för invånare i Region Sörmland när de flesta digitala vårdgivare etablerade sig där. Systemet väckte stark kritik från övriga regioner som tvingades betala ersättning baserad på utomlänstaxan. Frågan om ersättning hamnade till slut hos SKR:s styrelse som rekommenderade regionerna att ha gemensamma utomlänserättningar och ställa upp krav som de digitala vårdkontaktarna måste uppfylla för att ta del av ersättningen.

Ersättningen har därefter sänkts i flera omgångar (se rutan på nästa sida), vilket förstås har påverkat regionernas totala kostnader för de digitala besöken. År 2019 betalade regionerna totalt omkring 523 miljoner kronor för besöken, och 2020 ökade summan till nära 1 miljard (figur 4). Samtidigt har antalet besök ökat markant över tid. Det innebär att regionernas kostnader per besök har minskat, från i genomsnitt 700 kronor 2017 till omkring 400 kronor 2020. Mellan 2016 och 2017 minskade regionernas kostnader för den här typen av besök markant. Det var en följd av förändringen i ersättning, från utomlänstaxan till en specifik ersättning för digitala vårdgivare.

Figur 4. Regionernas kostnader för digitala vårdbesök (totalt och per besök), 2016–2020.



Not: Total kostnad avser den summa som hemvistregionerna har fakturerat övriga regioner för besök hos de digitala vårdgivarna. Kronor per besök avser denna fakturerade kostnad dividerat med det totala antalet besök, och inkluderar således samtliga besök oavsett personalkategori.

Källa: Egen beräkning utifrån SKR (2021a).

Ersättningen till för digitala vårdbesök har sänkts i omgångar

Inledningsvis användes utomlänstaxan för besök. Hemregionen fakturerades 2 000 kr per besök.

Januari 2017: Ersättningen sänktes till 1 200 kr per besök, en sänkning som gjordes av Region Jönköping som vid den här tidpunkten var den region som fakturerade för de digitala vårdgivarna eftersom det var där de hade sin hemvist då.

Maj 2017: Efter beslut om rekommendation i SKR:s styrelse enades regionerna om att använda följande ersättning:

- 650 kr för läkarkontakt
- 600 kr för kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut
- 300 kr för kontakt med annan sjukvårdspersonal

Juni 2019: Efter beslut om rekommendation i SKR:s styrelse enades regionerna om att använda följande ersättning:

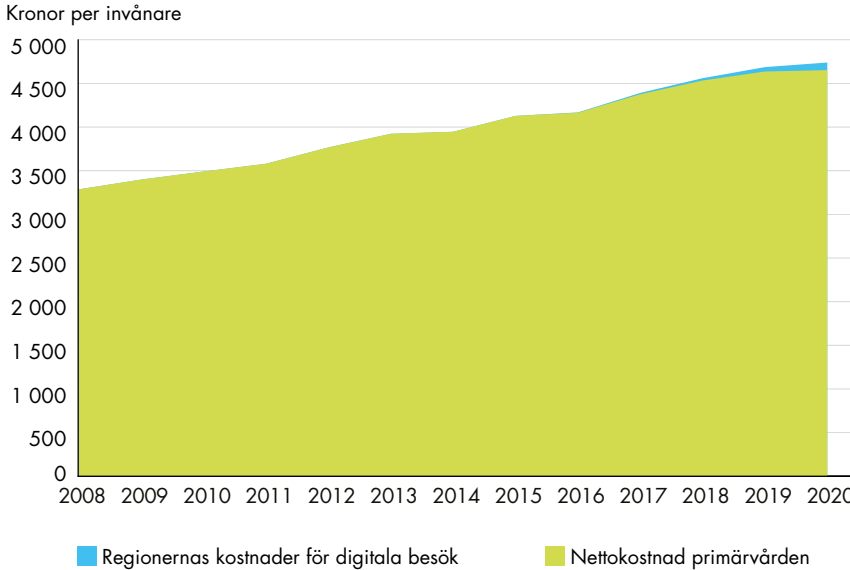
- 500 kr för läkarkontakt
- 425 kr för kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut
- 275 kr för kontakt med annan sjukvårdspersonal

Källa: SKR (2017, 2019 och muntlig kontakt).

Regionernas kostnader för besök hos de digitala vårdföretagen har alltså ökat betydligt, men än så länge står de bara för omkring 2 procent av de totala nettokostnaderna för primärvården (figur 5). År 2020 var nettokostnaden för primärvården omkring 4 800 kronor per invånare, medan regionerna fakturerades omkring 90 kronor per invånare för de digitala besöken. Ur detta perspektiv är det svårt att se att kostnaderna för digitala vårdbesök hittills skulle ha haft någon större påverkan på primärvårdens totala kostnadsstruktur. Beroende på hur utvecklingen fortsätter kan detta förstås förändras. Regionernas kostnader för digitala vårdbesök ökade från 0,5 procent till 2 procent mellan 2018 och 2020, det vill säga på bara två år.

Att nettokostnaden för primärvården ökar för varje år beror till största del på allmän kostnadsökning genom högre löner och högre kostnader för material och köpta tjänster. SKR beräknar ett index för sådana prisökningar, och enligt det måttet ökade priserna med omkring 40 procent mellan 2008 och 2020 (SKR 2021c). Det motsvarar i stor utsträckning ökningen i nettokostnaden som var 45 procent under samma period.

Figur 5. Regionernas nettokostnader per invånare för primärvården samt regionernas kostnader per invånare för besöken hos privata digitala vårdgivare, 2008–2020.



Not: Primärvårdens nettokostnad exklusive läkemedel och primärvårdsansluten hemsjukvård. De fakturerade kostnaderna för de digitala besöken har räknats bort. Nettokostnaden består av den del av verksamhetskostnaden som ska finansieras med hjälp av egna skatteintäkter och generella statsbidrag. Patientavgifter och riktade statsbidrag ingår inte. Nettokostnaden motsvarar ett finansieringsbehov snarare än en verksamhetskostnad (RKA 2018).

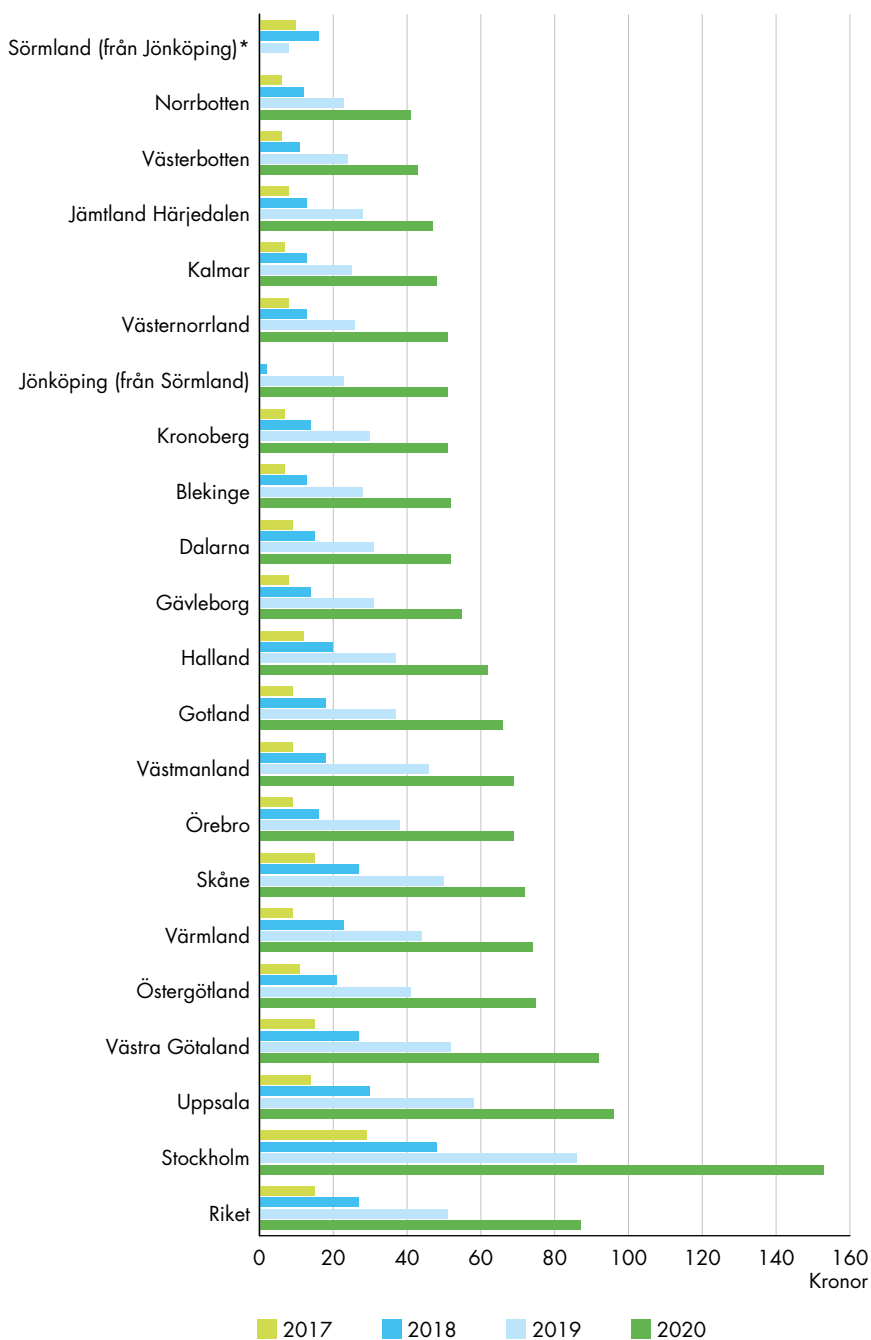
Källa: Kolada för nettokostnaden, SKR (2021a) för fakturerat belopp för digitala besök, och SCB för folkmängd.

Flera regioner har hanterat de fakturerade kostnaderna för den digitala utomlänsvården som en central post i sin budget. Enligt SKR:s sammanställning har endast nio regioner fördelat kostnaderna till enheter i primärvården (SKR 2021d). I de flesta regioner har den digitala utomlänsvården med andra ord inneburit en extra kostnad eller ett nytt ”stuprör” som inte samordnats med den traditionella primärvården (se vidare avsnitt 2.7 om ersättningsformer).

Det finns regionala skillnader i hur mycket regionerna faktureras för digitala utomlänsbesök (figur 6), vilket avspeglar de regionala variationerna i nyttjandet av de digitala tjänsterna. De stora regionerna och andra tätbefolkade regioner i södra Sverige har störst fakturering. Noterbart är de låga nivåerna för regionerna Jönköping och Sörmland under de år som de har haft den huvudsakliga etableringen.



Figur 6. Fakturering för digital utomlänsvård per invånare, region och år.



Källa: SKR (2021a).

En annan ersättningsform som reviderats mot bakgrund av tillgång till digitala vårdtjänster är betalningen till vissa privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter som regleras inom den så kallade nationella taxan (cirka 2 600 vårdgivare). Den ändrades framförallt under pandemiåret 2020. Tidigare betalades ingen ersättning ut för digitala vårdmöten för läkare och fysioterapeuter som går på den nationella taxan, vilket bland annat kritiserades av Läkarförbundet (Sveriges läkarförbund 2020). År 2020 beslutade regeringen att tillfälligt ändra regelverket och acceptera ersättning för digitala patientkontakter av vårdgivare som är anslutna till den nationella taxan (Socialdepartementet 2020a), dels eftersom den digitala tekniken gör det möjligt, dels för att undvika fysiska vårdbesök under covid-19-pandemin. Beslutet kom sedan att förlängas till utgången av 2021 (Socialdepartementet 2020b). Nivån på ersättningen förhandlas mellan regionerna och bestäms efter överenskommelse mellan region och fackliga organisationer. Senare beslutade SKR om en rekommendation som varit vägledande för regionernas ersättningsnivåer. Under 2020 och 2021 var ersättningen för en digital vårdkontakt med taxeläkare 500 kronor (SKR 2020a).

2.6 ANTALET FYSISKA LÄKARBESÖK HAR MINSKAT

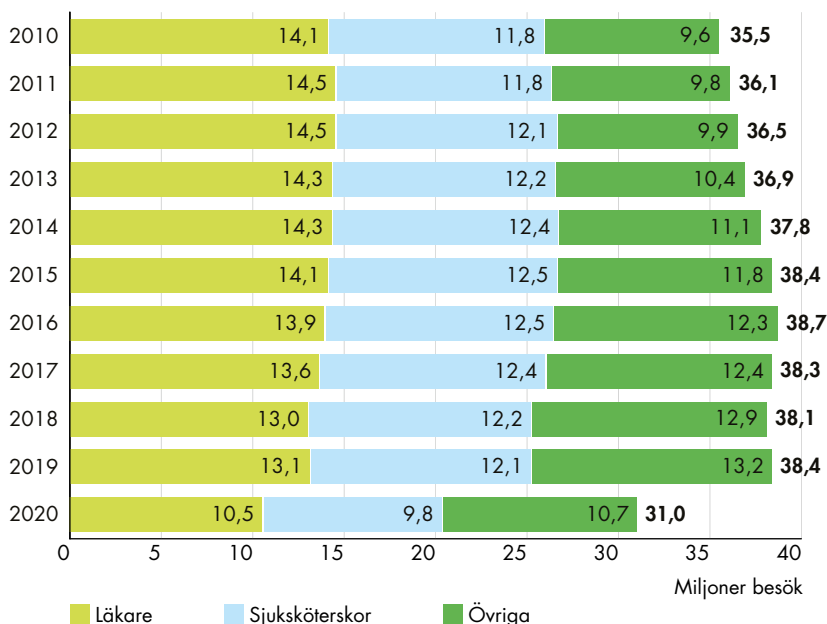
Ett annat angreppssätt för att belysa den digitala verksamheten är att sätta antalet digitala vårdbesök i relation till antalet fysiska besök. Enligt SKR:s verksamhetsstatistik minskade antalet mottagningsbesök med läkare inom primärvården med 7 procent mellan 2010 och 2019, från omkring 14 miljoner besök till omkring 13 miljoner (figur 7). Om hänsyn tas till folkmängden, som har ökat, var minskningen 15 procent, från 1,5 till 1,3 läkarbesök per invånare. Denna trend började alltså innan de digitala vårdgivarna introducerades.

Under 2020 gjordes enligt verksamhetsstatistiken 2,6 miljoner färre läkarbesök på mottagning än 2019, vilket sannolikt är en följd av pandemin, och till viss del ersattes de av olika distanskontakter. Vissa patienter avstod också från att söka vård (Vård- och omsorgsanalys 2021).

Antalet besök hos andra yrkeskategorier har i stället ökat (figur 7). För besök hos sjuksköterskor ses en liten ökning mellan 2010 och 2019, men besöken hos ytterligare andra yrkeskategorier ökade mer. Sammantaget ökade antalet fysiska mottagningsbesök i primärvården med 8 procent under den perioden, eller 2,9 miljoner besök. Samtidigt ökade befolkningen, så med hänsyn tagen till den totala folkmängden minskade antalet mottagningsbesök i primärvården med någon procent mellan 2010 och 2019.



Figur 7. Antal fysiska mottagningsbesök i primärvården (exklusive hembesök och hemsjukvård), 2010–2020.

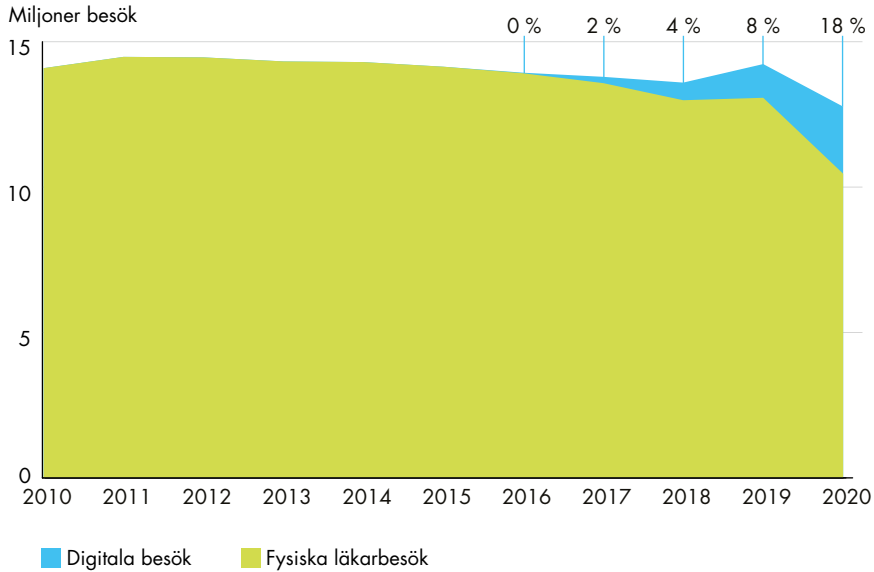


Källa: SKR:s verksamhetsstatistik.

I förhållande till antalet fysiska läkarbesök är ökningen av de digitala besöken mer markant än vad regionernas kostnader för de digitala besöken är i förhållande till totala kostnaderna. År 2018 motsvarade de digitala besöken 4 procent av antalet fysiska läkarbesök (figur 8). År 2019 hade andelen ökat till 8 procent. Observera dock att de digitala besöken även omfattar besök till andra yrkeskategorier än läkare, men 67 till 87 procent gäller läkare (varierar över tid, se avsnitt 2.4).

I relation till det totala antalet fysiska besök, för alla yrkeskategorier, utgjorde de digitala besöken bara runt 3 procent 2019, eftersom många besök i den fysiska primärvården görs hos andra än läkare. År 2020 hade andelen ökat till 7 procent, men då ingår alltså inte olika typer av distanskontakter i den traditionella primärvården.

Figur 8. Antal fysiska läkarbesök i den traditionella primärvården och antalet digitala utomlänsbesök, 2010–2020.



Källa: SKR:s verksamhetsstatistik för fysiska besök och SKR (2021a) för digitala besök.

2.7 PÅGÅENDE UTVECKLING AV ERSÄTTNINGSSYSTEM

Den stora ökningen av digitala besök har med stor sannolikhet påverkats av hur ersättningssystemen för besöken har utformats. Incitamenten att leverera digitala besök har varit starkare än för traditionella fysiska besök inom primärvården. Detta har föranlett regionerna att se över ersättningssystemen. I detta avsnitt belyser vi det pågående arbetet med att utveckla ersättningssystemen och belyser de problem som funnits med att olika ersättningsmodeller för olika vårdtjänster inom primärvården ger olika incitament. Avsnittet avslutas med en kort diskussion om hur några andra länder hanterat ersättningen för de digitala besöken.

2.7.1 Digitala inomlänsbesök har blivit vanligare

Sedan de digitala vårdföretagen startade sin verksamhet 2016 har det digitala området utvecklats snabbt. Företagen har blivit fler, och antalet offentliga vårdgivare som erbjuder digitala vårdbesök har ökat markant. Flera regioner har utvecklat delvis liknande tjänster som de digitala vårdföretagen erbjuder, exempelvis Alltid öppet i Stockholm, Bra Liv nära för de regionala



vårdcentralerna i Jönköping, Digitala vårdcentralen i Östergötland, Närhälsan Online i Västra Götaland och Digitalen i Norrbotten. Många enskilda vårdcentraler erbjuder också digitala besök som alternativ till fysiska – en utveckling som påskyndats av covid-19-pandemin.

Under 2020 och 2021 öppnade flera av de digitala vårdföretagen även fysiska vårdcentraler och etablerade sig i fler regioner än enbart sin hemvistregion. Det kan sägas vara ett steg mot en mer digifysisk vård där personer i vissa delar av landet kan lista sig på en vårdcentral som tillhör ett digitalt vårdföretag, och då få möjlighet till både digitala och fysiska besök. Personer som bor i regioner där de digitala vårdföretagen inte har etablerat vårdcentraler kan dock fortfarande använda det digitala vårdutbudet genom ett utomlänbesök.

2.7.2 Utveckling av regionala ersättningsystem

Flera regioner arbetar med att integrera den digitala vården med övrig vård, främst primärvårdens vårdcentraler. Samtidigt bygger flera ut sina egna digitala vårdtjänster, ofta kallat digifysisk vård. Begreppet innebär att de digitala vårdkontaktarna utförs av en fysiskt etablerad vårdcentral som även erbjuder fysiska besök. Målsättningen är att samordna de fysiska och digitala vårdformerna så att den digitala vården kompletterar och avlastar den fysiska.

Även om flera regioner har ifrågasatt betalningsmodellen via utomlänstaxan saknas i dag alternativa betalningsmodeller. Flera regioner planerar att införa modeller som innebär att den vård som i dag hanteras via utomlänstaxan ska ersättas som annan primärvård. Målsättningarna är att ersättningsprincipen inom regionen ska vara densamma för fysiska och digitala besök samt till stor del grundas på listning och huvudsakligen ske via kapitering (det vill säga en fast årlig ersättning per listad individ), samtidigt som utomlänserättningen avvecklas. Att ge incitament till en förbättrad kontinuitet för patienterna är också en del i det pågående arbetet.

År 2021 införde Region Stockholm en ny modell för att integrera digitala vårdgivare med den etablerade primärvården, och i slutet av året var man ensamma om att ha en sådan även om regionerna Skåne och Sörmland hade direktavtal med vissa digitala vårdföretag (Läkartidningen 2021). Den nya ersättningsmodellen omfattar dels en ersättning som bygger på antalet listade individer, justerat för det förväntade vårdbehovet, dels olika typer av ersättningar för olika besök och åtgärder (Region Stockholm 2021). Justeringsfaktorer är bland annat ålder, ACG (Adjusted Clinical Groups), ett verktyg som tagits fram för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen,

men som också kan användas för att fördela sjukvårdsresurser utifrån förväntad vårdtyngd) och CNI (Care Need Index, ett socioekonomiskt index som används för att mäta risk för ohälsa inom en population, till exempel invånare i en kommun eller patienter som är listade vid en vårdenhet). Grundersättningen för ett besök av en listad patient är 110 kronor, oavsett om besöket är fysiskt eller digitalt. Ett nytt inslag är en extra ersättning för besök av patienter som inte är listade på vårdcentralen. Ersättningen är 300 kronor oavsett om det är ett läkar- eller sjuksköterskebesök. För en nyetablerad vårdcentral, som tidigare uteslutande erbjudit digital vård via utomlänstaxan med olistade patienter, innebär det att ersättningen minskar från 500 kronor till 410 kronor (110 + 300). För sjuksköterskebesök är dock beloppet högre än motsvarande ersättning i utomlänstaxan (275 kronor). Samtidigt får fysiska vårdcentraler även ersättning via kapiteringen. En annan fördel för nystartade vårdcentraler, exempelvis tidigare digitala vårdföretag, är att kapiteringen som funnits för nystartade vårdcentraler höjs med 50 procent under tolv månader efter driftstart (alternativt när mottagningen uppnått 4 000 listade personer).

Det är ännu oklart vilka incitament som den nya ersättningsmodellen i Region Stockholm ger och hur den kommer att påverka både etablerade och nya vårdcentraler, däribland tidigare renodlade digitala vårdgivare. Det finns en risk för ekonomiska fördelar för vårdcentraler som har relativt unga och friska listade personer och som samtidigt erbjuder digitala besök till personer som är listade vid andra enheter (eller olistade).

2.7.3 Ersättningar, incitament och marknadsstruktur

De digitala vårdkontaktarna utgör ett nytt och innovativt arbetssätt. En central fråga från ett ekonomiskt perspektiv och ett policyperspektiv har varit hur innovationer uppmuntras och även hur olika ersättningsmodeller ger incitament till nytänkande och utveckling av innovativa produkter och tjänster. Utformningen av ersättningsystemen kan både hindra och gynna nya arbetssätt och tjänster inom hälso- och sjukvården.

Flera regioner tog bort kostnadsansvaret för digitala besök

När de digitala vårdföretagen kom påverkades även ersättningen för befintliga vårdcentraler. Det gäller främst principerna om kostnadsansvar, det vill säga att vårdcentralerna har ett visst kostnadsansvar för sin listade populations konsumtion av övrig primärvård, ofta även övrig öppenvård. De har utformats på olika sätt, och kan antingen belöna enheter med en hög



andel besök av patienter som är listade där (så kallad hög täckningsgrad) eller bestraffa enheter vars listade patienter i stället besöker andra enheter (låg täckningsgrad). Det innebär att vårdcentralerna får en bonus eller ett avdrag på ersättningen beroende på täckningsgraden.

Med etableringen av digitala vårdgivare minskade täckningsgradsersättningen betydligt för många vårdcentraler. Flera regioner har dock undantagit digitala vårdbesök från denna ersättningsprincip och i stället valt att betala för digitala vårdbesök som fakturerats genom utomlänstaxan på central nivå, det vill säga från primärvårdsbudgeten i stort. Enligt SKR har nio regioner valt att behålla kostnadsansvaret och fördelat kostnaderna för digital vård till vårdcentralerna (Blekinge, Skåne, Halland, Jönköping, Kronoberg, Dalarna, Västmanland, Västernorrland och Norrbotten) (SKR 2021d). Hittills finns inga analyser av huruvida denna princip har bidragit till att begränsa de digitala vårdkontaktarna eller om tillgängligheten vid vårdcentralerna har förbättrats.

Olika ersättningsprinciper främjar nya arbetssätt i olika grad

Modeller som bygger på ersättning för angivna tjänster (till exempel prestationsersättning) kan leda till att nya arbetssätt och tjänster exkluderas, och därmed försenar eller hindrar de att en ny teknologi införs och sprids. Om en ny typ av tjänst, exempelvis digitala besök, inkluderas i ersättningen kan det däremot ge starka incitament för ett införande.

Kapitering och i viss mån anslagstilldelning ger vårdgivarna stor frihet att ändra arbetssätt och ta till sig ny teknologi. Anslagsfinansiering med offentliga budgetar är dock ofta specificerad med insatsfaktorer (såsom arbetskraft, material och kapital), vilket i många fall begränsar möjligheten att förändra verksamheten, framför allt om mixen av arbetskraft behöver ändras. Kapiteringsersättning ger oftast större frihet. Förutsättningarna för att utveckla och införa digitala vårdtjänster kan därför teoretiskt anses vara bäst när ersättningen är baserad på kapitering och vårdgivarna har möjlighet att omfördela resurser (Lindgren 2019).

I Sverige har ett relativt traditionellt prestations- eller åtgärdsbaserat system såsom utomlänsvalet mellan regionerna tillämpats för digitala besök. Användningen av utomlänstaxan och riksvalet för digitala besök kan dock ses som en oförutsedd tillämpning. Genom att kombinera regelverk om vårdval, konkurrens och betalningsansvar, och hänvisa till andra sådana regelverk, ingick de digitala vårdföretagen avtal om ersättningssystem som både öppnade upp och gav starka incitament för en nationell expansion av de digitala besöken.

Regionerna var senare än de digitala vårdgivarna med digitala besök

Utformningen av ersättningen inom utomlänsvården kan eventuellt förklara etableringen och expansionen av den digitala verksamheten, men det förklarar inte varför motsvarande utveckling inte ägde rum hos etablerade vårdgivare inom vårdvalet.

De flesta regioner har i flera år tillämpat en ersättningsmodell inom primärvården där kapiteringsandelen dominerat, så möjligheten att ställa om från fysisk till digital vård fanns sedan tidigare. Detta gäller för både offentliga och privata organisationer och för företag med vårdvalsavtal. Vi kan dock konstatera att den etablerade primärvården började använda digitala plattformar och lösningar flera år senare än de digitala vårdbolagen (tabell 5).

Tabell 5. Etablering av plattformar och appar för digital vård.

Leverantör	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Privata						
Kry, MinDoktor	●	●	●	●	●	●
Medicoo		●	●	●	●	●
CapioGo, Doktor 24, Doktor.se			●	●	●	●
Praktikertjänst/Mitt PTJ			●	●	●	●
JointAcademy m.fl.				●	●	●
Offentliga						
Alltid Öppet (Stockholm)			●	●	●	●
Närhälsan online (Västra Götaland)			●	●	●	●
Primärvården Skåne online				●	●	●
Digitala Vårdcentralen (Östergötland)			●	●	●	●
MinVård Dalarna					●	●

Källa: SOU 2019:42 samt egeninsamlade uppgifter från regionerna.

Företagen Kry och MinDoktor var först ut med digitala plattformar inom primärvården. Även om vissa regioner hade etablerat egna lösningar redan 2-3 år efter de privata etableringarna, har införandet av plattformar och utbudet av digitala vårdtjänster gått långsamt eller kantats av bemanningsproblem



(SVT 2020). Tjänsterna har också generellt haft ett lågt vårdutnyttjande. Marknadsföringen av tjänsterna, och andra informationsinsatser, har även varit mindre omfattande i jämförelse med de fristående digitala vårdgivarna.

Samtidigt har tjänsterna haft olika syften och målgrupper. Regionernas egna plattformar har främst riktats till de egna patienterna, för att boka uppföljningar och återbesök. Detsamma gäller Praktikertjänsts verktyg Mitt PTJ. De regionala plattformarna är även geografiskt avgränsade till den egna befolkningen.

Utomlänsavtalet och en nationell marknad gav förutsättningar för expansion av digital vård

Den långsammare utvecklingen av digitala vårdtjänster i regionernas egen regi kan förklaras av att incitamenten att utveckla och erbjuda digitala tjänster varit svagare hos befintliga vårdgivare (trots möjligheterna att omfördela kapitationsersättningen till nya produkter och tjänster). De renodlat digitala vårdgivarna har däremot haft hela landet som marknad och sett möjligheter att få avkastning på gjorda investeringar. Den digitala teknologin erbjuder även stordriftsfördelar och möjligheter att nyttja ledig kapacitet mer effektivt vid tillgången till en större marknad. Bemanningen har också gått lättare eftersom det inte spelat någon roll var medarbetarna fysiskt befinner sig. I utomlänsavtalet accepterades de digitala besöken som vårdtjänster och likställdes med fysiska besök, vilket gav starka incitament att expandera verksamheten över hela landet.

Flera regioner har kritiserat tillämpningen av utomlänsavtalet och ersättningen som är baserad på taxan för utomlänsvård, och det kan ändra förutsättningarna för de företag som endast erbjuder digitala vårdtjänster. Den ersättningsmodell som nyligen införts i Region Stockholm ska leda till att dessa bolag även etablerar fysiska vårdcentraler och integrerar de digitala vårdtjänsterna med övrig primärvård. Liknande utvecklingsarbete med ersättning pågår i andra regioner, och inriktningen är att ta bort eller minska både vårdgivarnas och patienternas starka incitament att nyttja digital utomlänsvård. Man vill också att de digitala vårdtjänsterna ska utgöra alternativ och avlasta den fysiska vården.

2.7.4 Fysisk och digital vård mer integrerat i vissa andra länder

I Norden är den svenska modellen unik, med offentlig finansiering och snabb expansion av digitala vårdtjänster. Inget annat nordiskt land har i samma omfattning subventionerat fristående digitala vårdgivare.

Den finländska socialförsäkringen täcker dock öppenvård inklusive primärvård för den yrkesverksamma befolkningen, och sedan 2016 ersätter Folkpensionsanstalten anslutna vårdgivare för digitala vårdtjänster.

I Danmark och Norge, och i Finlands offentligt drivna primärvård (främst för barn och äldre), har utveckling och offentlig finansiering av digitala vårdtjänster i stället ägt rum inom den etablerade vården med så kallade digifysiska vårdkontakter. I Danmark och Norge är de flesta primärvårdsenheter privata, och där erbjuds patienter digitala vårdmöten för konsultation och uppföljning samt monitorering av patienter med kroniska sjukdomar. I Danmark är det sedan 2009 obligatoriskt att erbjuda läkarkonsultationer via e-post, och de ingår i ersättningsystemet. Även i Finland finns vissa digitala vårdtjänster inom den offentligt drivna primärvården, dock i liten skala.

I Danmark, Finland och Norge finns även fristående privata aktörer, bland annat Kry i Norge, som erbjuder digitala vårdtjänster, dock utan någon offentlig subvention. Patienten står själv för hela kostnaden genom antingen patientavgifter eller en privat sjukvårdsförsäkring.

Internationellt saknas sammanställningar som visar förekomsten av offentlig subvention eller om andra tredjepartsfinansierare accepterar digitala vårdtjänster för ersättning. I flera länder med prestationsbaserade ersättningsystem (fee-for-service) har man exkluderat digitala vårdmöten eftersom det finns risk för att de överutnyttjas.

I det brittiska NHS lanserades den digitala servicen *NHS 111 online* först 2018 som ett pilotprojekt i fyra sjukvårdsregioner (Armstrong 2018), och även det är alltså ett system inom den offentligt drivna vården.

I en rapport om det tyska sjukvårdssystemet konstateras att utvecklingen av digital vård är eftersatt (Blümel m.fl. 2020). År 2019 antogs dock ny lagstiftning ("Digitale-Versorgung-Gesetz") som hänger ihop med omfattande ambitioner att bygga upp en digital infrastruktur inom tysk hälso- och sjukvård (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Flera digitala företag marknadsför och säljer även digitala plattformar till vårdgivare och sjukvårdshuvudmän. I dessa avtal ingår ibland bemanning, men plattformarna kan även användas av egen personal eller anslutna vårdgivare. Kry har marknadsfört sina plattformar via sitt bolag Livi Connect, och en av de större konkurrenterna, det brittiskt baserade Babylon, har ett liknande erbjudande.





Fysiska och digitala läkarbesök i olika grupper

I detta kapitel presenterar vi hur konsumtionen av digitala och fysiska läkarbesök i primärvården utvecklades under 2015–2018 för de fem regioner som ingår i vårt detaljerade datauttag: Stockholm (STHLM), Jönköping (JKPG), Skåne, Västra Götaland (VGR) och Norrbotten (Norrb.) (se avsnitt 1.3 och bilaga 1 för introduktion och beskrivning av materialet). Vi studerar dels sannolikheten i befolkningen för att göra minst ett besök per år, dels det totala antalet digitala och fysiska besök per invånare. Analysen presenteras uppdelat på faktorer som rör vårdbehov och individuella och socioekonomiska förhållanden. De faktorer som mer direkt påverkar vårdbehovet är ålder och förekomst av kroniska diagnoser, som på befolkningsnivå har ett tydligt samband med skillnader i vårdbehov. När det gäller socioekonomiska aspekter undersöker vi födelseland, utbildning och inkomst.

3.1 ANDEL MED MINST ETT FYSISKT BESÖK RESPEKTIVE MINST ETT DIGITALT BESÖK

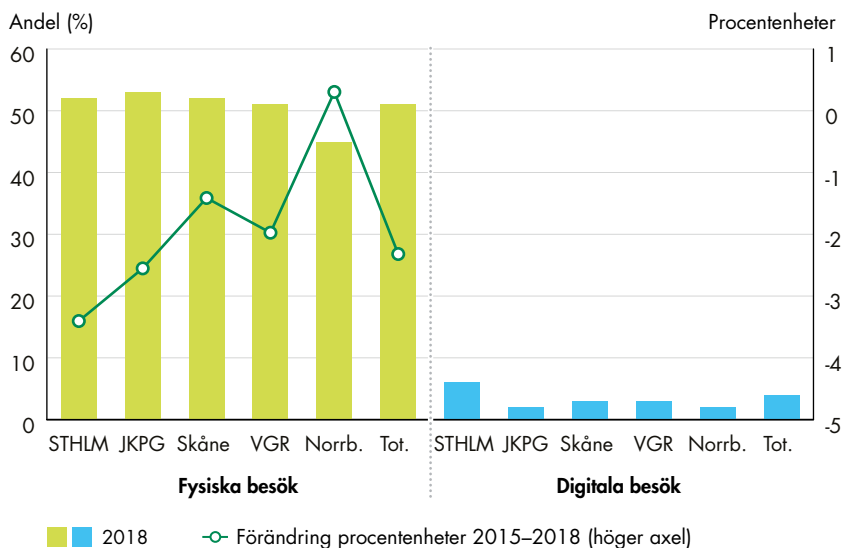
3.1.1 Generell utveckling per region

I snitt gör mer än halva befolkningen (51 procent) i de aktuella regionerna minst ett fysiskt läkarbesök per år (figur 9). Andelen minskade dock med 2,3 procentenheter mellan 2015 och 2018, och mest i Stockholm och Jönköping. Däremot var andelen relativt oförändrad i Norrbotten, men där är också andelen årliga besökare betydligt lägre än i övriga regioner.



Andelen som gör minst ett digitalt läkarbesök per år är på en klart lägre nivå och uppgår 2018 till 4,2 procent av befolkningen (se figur 9). Andelen är högst i Stockholm och lägst i Norrbotten.

Figur 9. Andel i befolkningen med minst ett årligt fysiskt respektive digitalt läkarbesök 2018 samt förändring (procentenheter) 2015-2018.

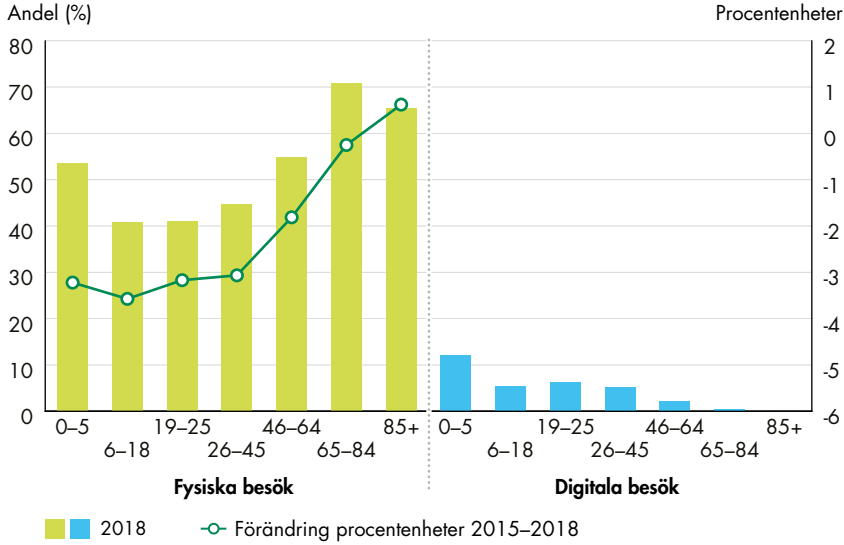


3.1.2 Utveckling utifrån ålders- och diagnosgrupp

Generellt ökar andelen i befolkningen som gör minst ett årligt fysiskt läkarbesök med åldern. I gruppen 65–84 år har 71 procent minst en sådan kontakt per år, jämfört med 41 procent i gruppen 19–25 år (se figur 10). Andelen årliga besökare har minskat mest bland dem under 45 år. Här ses dock skillnader mellan regionerna; exempelvis ökar antalet årliga kontakter bland personer över 65 år i Norrbotten väsentligt medan de minskar i övriga regioner. I Jönköping och Västra Götaland ses heller ingen minskning av andelen årliga kontakter bland barn upp till 5 år.

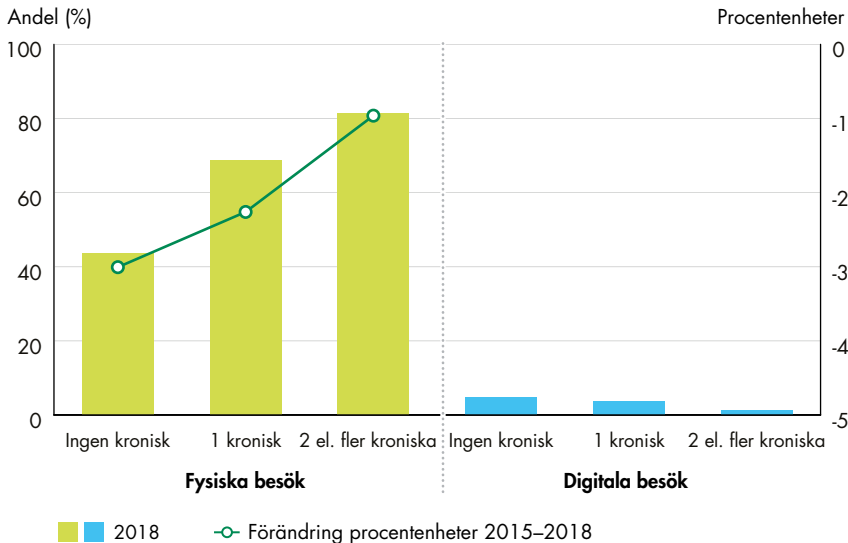
De digitala kontakterna uppvisar ett delvis omvänt mönster på så sätt att konsumtionen är särskilt hög bland barn 0–5 år och unga vuxna 19–24 år (se figur 10). Personer över 65 år har nästan inga digitala läkarbesök.

Figur 10. Andel i befolkningen med minst ett årligt fysiskt respektive digitalt läkarbesök, utifrån åldersgrupp, 2018 och förändring (procentenheter) 2015–2018.



Det är tydligt att förekomst av kronisk sjukdom ökar andelen med minst ett årligt besök hos läkare på mottagning (se figur 11). Bland dem med minst två kroniska diagnoser är andelen över 80 procent jämfört med knappt 45 procent bland dem utan kroniska diagnoser. Över tid är dock minskningen i läkarkontakter per år störst bland dem utan kronisk diagnos. För digitala besök ses återigen ett omvänt mönster, där andelen med årliga kontakter är högst bland dem utan någon kronisk diagnos.

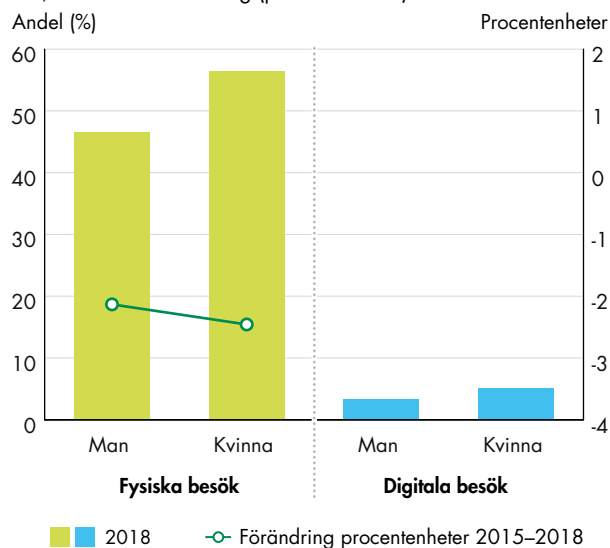
Figur 11. Andel i befolkningen med minst ett årligt fysiskt respektive digitalt läkarbesök, per diagnosgrupp, 2018 och förändring (procentenheter) 2015–2018.



3.1.3 Utveckling utifrån kön, födelseland och socioekonomiska förhållanden

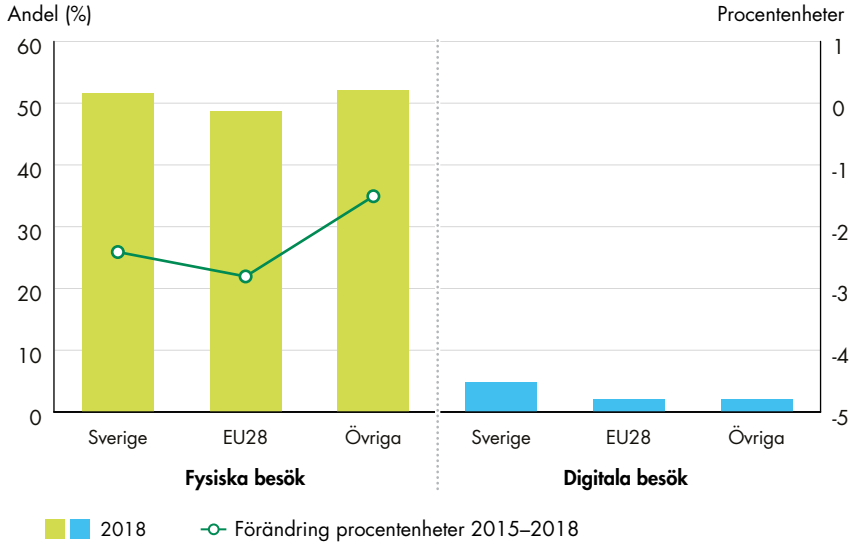
Bland kvinnor är det väsentligt fler som gör minst ett årligt fysiskt läkarbesök på mottagning jämfört med män, och skillnaderna uppgår till cirka 10 procentenheter (se figur 12). Relativt sett har kontakterna minskat något mer bland kvinnor än män i fyra av regionerna (inte i Norrbotten). Även när det gäller årliga digitala läkarbesök är andelen väsentligt högre bland kvinnor.

Figur 12. Andel i befolkningen med minst ett årligt fysiskt respektive digitalt läkarbesök, per kön, 2018 och förändring (procentenheter) 2015–2018.



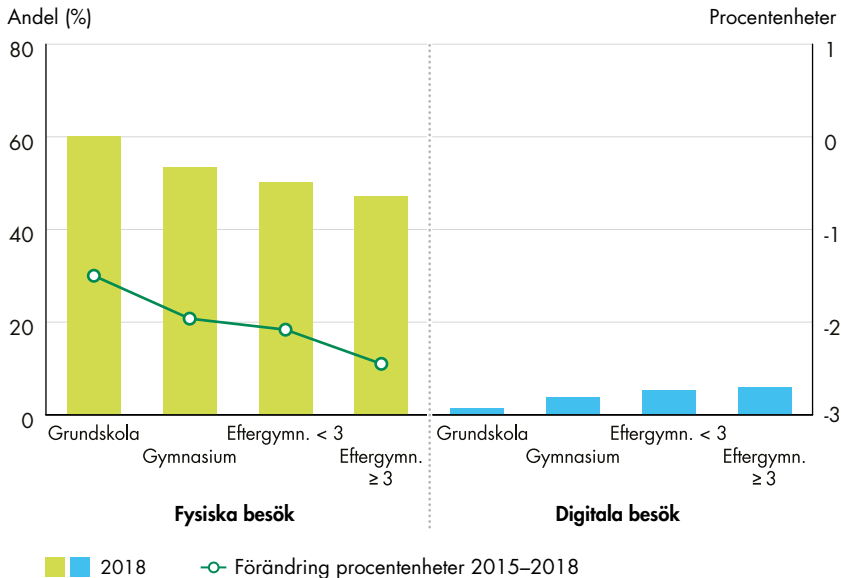
När det gäller födelseland ses mindre skillnader, men andelen med minst ett läkarbesök per år är lägre bland dem som har sitt ursprung inom EU men utanför Sverige, och konsumtionen har också minskat något mer för denna grupp över tid (se figur 13). Det finns dock skillnader mellan regionerna. Vad gäller digitala besök är andelen betydligt högre bland personer som är födda i Sverige än övriga grupper.

Figur 13. Andel i befolkningen med minst ett årligt fysiskt respektive digitalt läkarbesök, per födelseland, 2018 och förändring (procentenheter) 2015–2018.



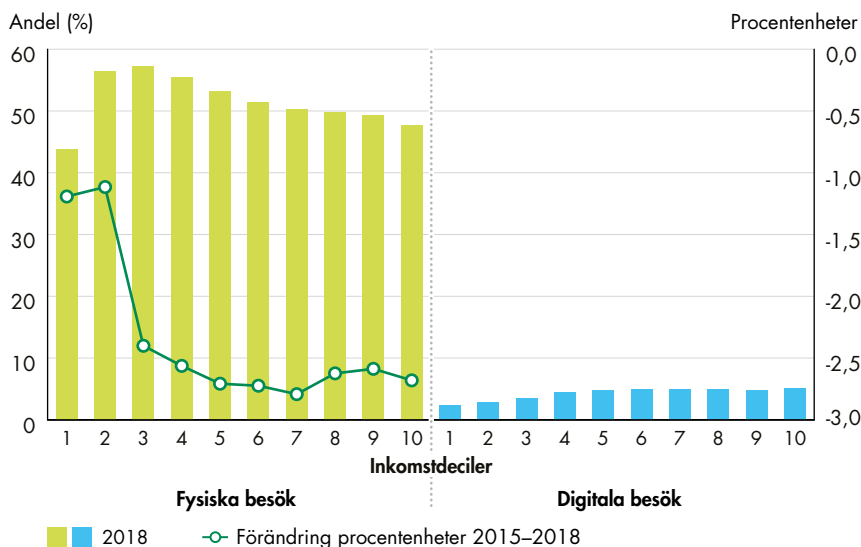
Fördelningen av fysiska läkarbesök på mottagning uppvisar en tydlig gradient utifrån olika utbildningsgrupper, på så sätt att andelen med årliga fysiska läkarkontakter minskar med högre utbildningsnivå (se figur 14). Minskningen över tid är också något större bland dem med längre utbildning. För digitala besök ses det omvända: andelen med årliga kontakter ökar i stället med utbildningsnivå.

Figur 14. Andel i befolkningen med minst ett årligt fysiskt respektive digitalt läkarbesök, per utbildningsgrupp, 2018 och förändring (procentenheter) 2015–2018.



Figur 15 beskriver utvecklingen av andelen med årliga kontakter per inkomstdecil. Andelen är generellt högre bland personer med lägre inkomster, förutom i decil 1. Därtill är minskningen över tid något mindre för decil 1 och 2. För digitala läkarbesök ses dock ett helt annat fördelningsmönster. Det är tydligt att de med höga inkomster i större utsträckning har minst en digital läkarkontakt per år.

Figur 15. Andel i befolkningen med minst ett årligt fysiskt respektive digitalt läkarbesök, per inkomstdecil, 2018 och förändring (procentenheter) 2015–2018.

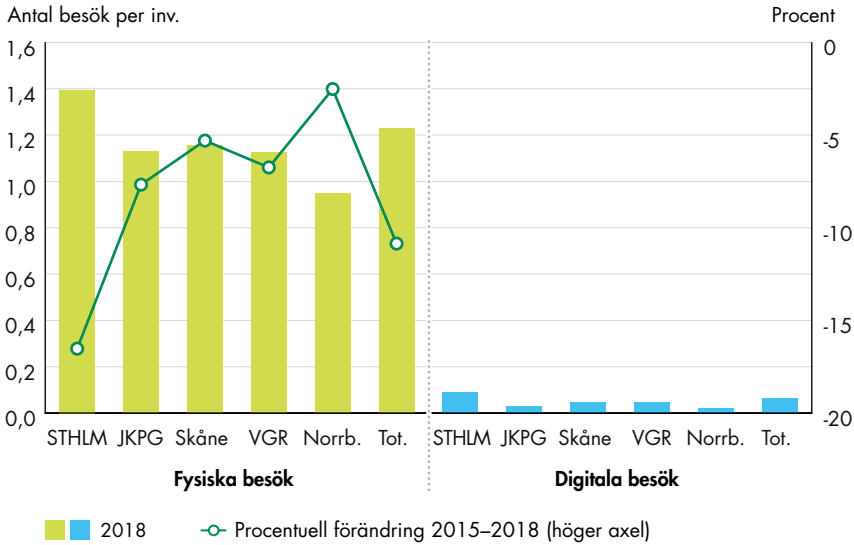


3.2 ANTAL FYSISKA OCH DIGITALA LÄKARBESÖK PER INVÅNARE

3.2.1 Generell utveckling per region

Sammanställningen i figur 16 visar stora skillnader i antalet fysiska kontra digitala läkarbesök per invånare och år. Antalet fysiska besök var 2018 cirka 20 gånger högre än antalet digitala läkarbesök i de fem regionerna. Antalet fysiska läkarbesök per invånare har också minskat i samtliga regioner, från 1,38 år 2015 till 1,23 år 2018, vilket motsvarar knappt 11 procent. Nedgången är störst i Stockholm (-17 procent) och minst i Norrbotten (-3 procent). I övriga regioner är minskningen 5–8 procent. Samtidigt har de digitala besöken ökat markant, till 0,06 besök per invånare 2018. Ökningen kompenserar dock inte för minskningen i fysiska läkarbesök, men om besöksformerna summeras blir minskningen inom primärvården 6,4 procent i stället för 11 procent.

Figur 16. Antal fysiska respektive digitala läkarbesök, per invånare, 2018 och procentuell förändring 2015–2018.

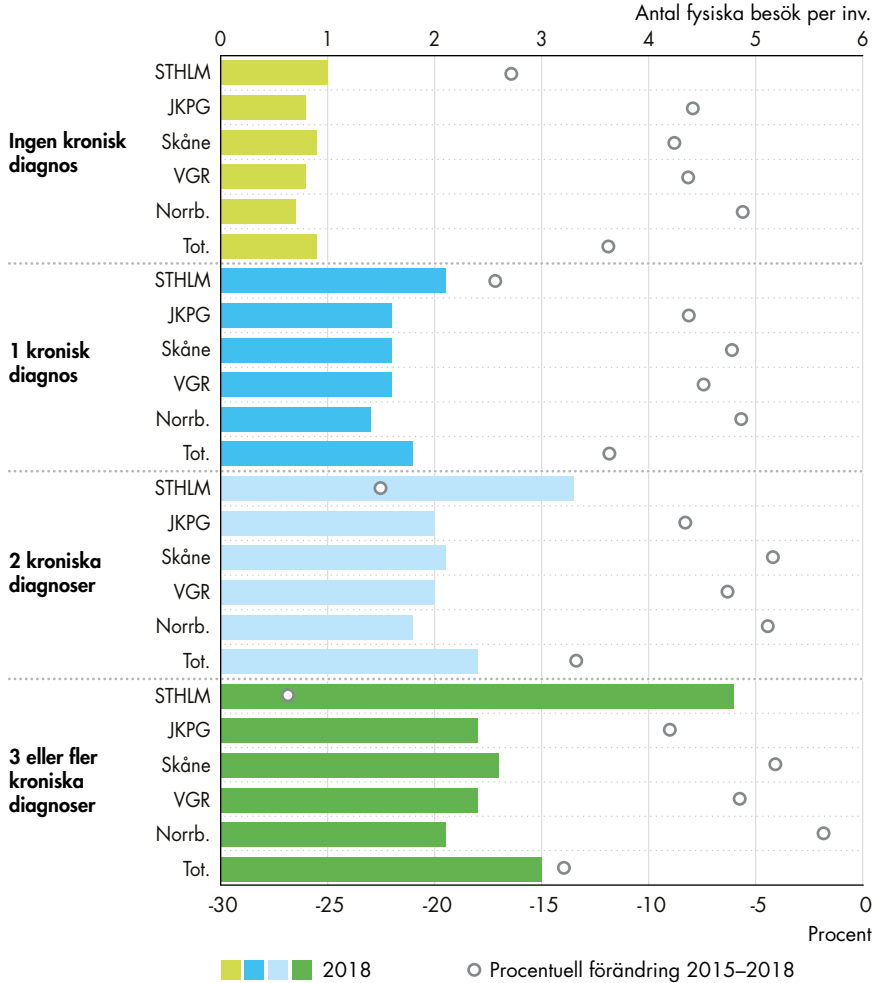


3.2.2 Utveckling utifrån diagnos- och åldersgrupp

Antalet fysiska besök hos läkare ökar påtagligt med förekomsten av kronisk sjukdom (se figur 17). Exempelvis gör de med minst tre kroniska åkommor drygt tre gånger så många besök under ett år som de utan någon kronisk sjukdom. Minskningen av fysiska besök i Region Stockholm har också varit betydligt mer omfattande bland dem med flera kroniska sjukdomar: över 25 procent under 2015–2018 för dem med minst tre kroniska diagnoser. I Jönköping ses i stället en relativt likartad utveckling oavsett förekomst av en kronisk diagnos, och i Västra Götaland, Skåne och Norrbotten är nedgången mindre bland grupperna med en eller flera kroniska diagnoser.



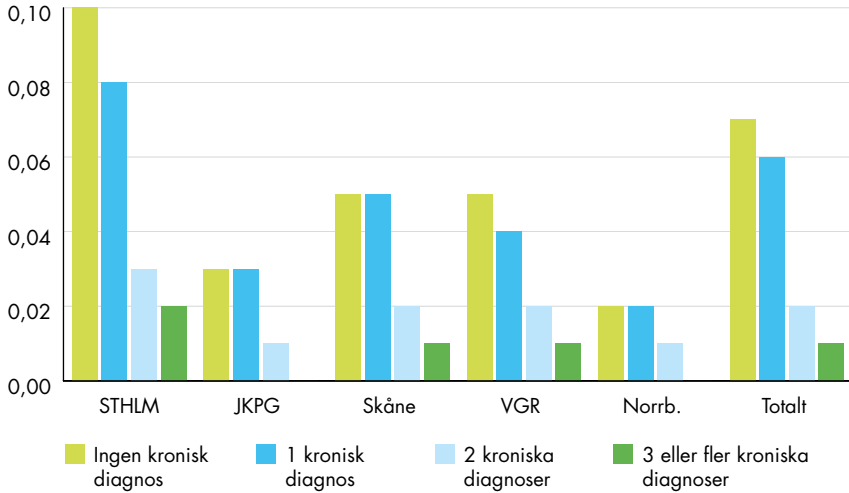
Figur 17. Antal fysiska läkarbesök per invånare, utifrån diagnosgrupp, 2018 och procentuell förändring 2015–2018.



När det gäller digitala läkarbesök är konsumtionsmönstret det omvända, för i samtliga regioner är det personer utan en kronisk diagnos som gör flest sådana besök (se figur 18). Generellt sett minskar också antalet digitala besök med förekomst av ytterligare kroniska diagnoser.

Figur 18. Antal digitala besök per invånare, utifrån diagnosgrupp, 2018.

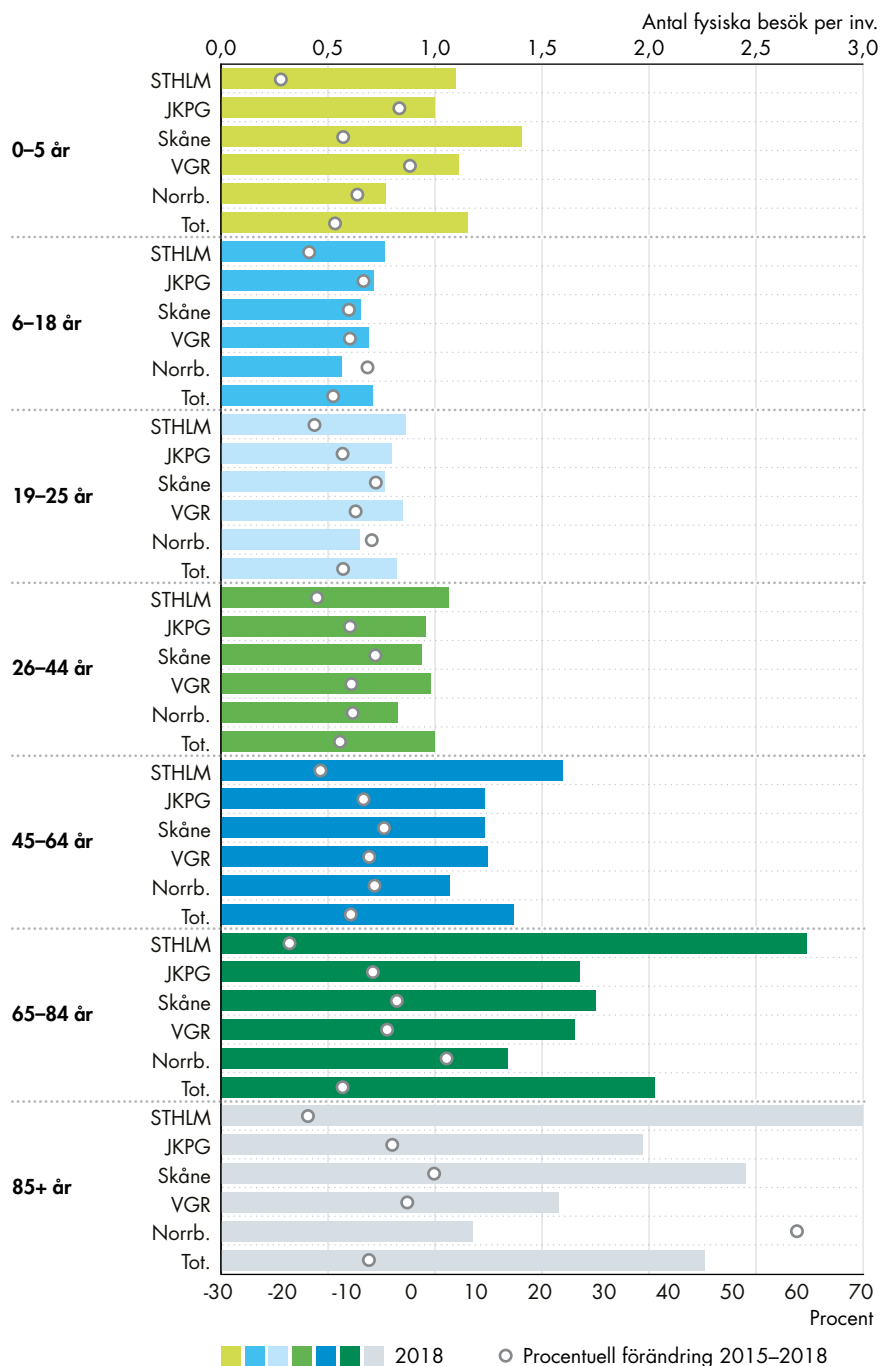
Antal digitala besök per inv.



Sett till åldersgrupp gör personer över 65 år flest fysiska läkarbesök, och konsumtionen är lägst bland personer 6–25 år (se figur 19). Utvecklingen över tid varierar dock mellan regionerna. För barn 0–5 år ses exempelvis en tydlig minskning i Stockholm, Skåne och Norrbotten, medan nedgången är väsentligt mindre i Jönköping och Västra Götaland. I Stockholm ses också en extra tydlig nedgång för gruppen 64–85 år. Noterbart är även en stor ökning av antalet fysiska besök per år för de allra äldsta i Norrbotten.



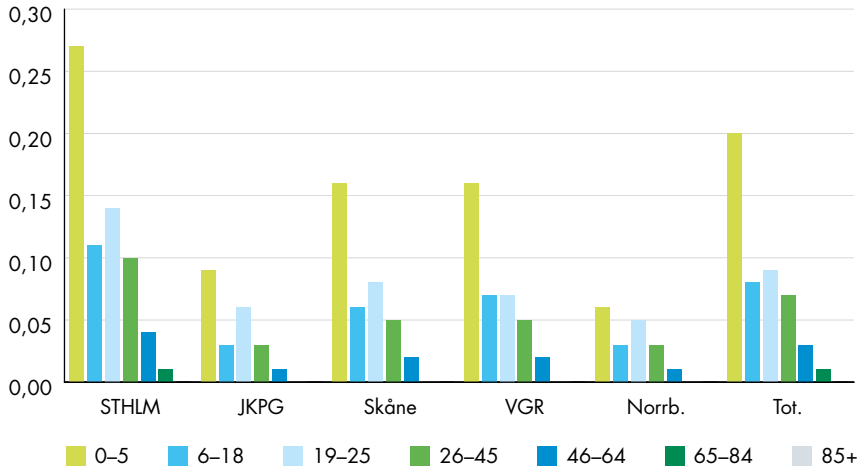
Figur 19. Antal fysiska läkarbesök per invånare, utifrån åldersgrupp, 2018 och procentuell förändring 2015–2018.



För digitala läkarbesök är konsumtionsmönstret återigen omvänt; konsumtionen är störst bland barn 0–5 år, och därefter kommer unga vuxna 19–25 år (se figur 20). Konsumtionen är väsentligt lägre bland dem över 45 år.

Figur 20. Antal digitala besök per invånare, utifrån åldersgrupp, 2018.

Antal digitala besök per inv.



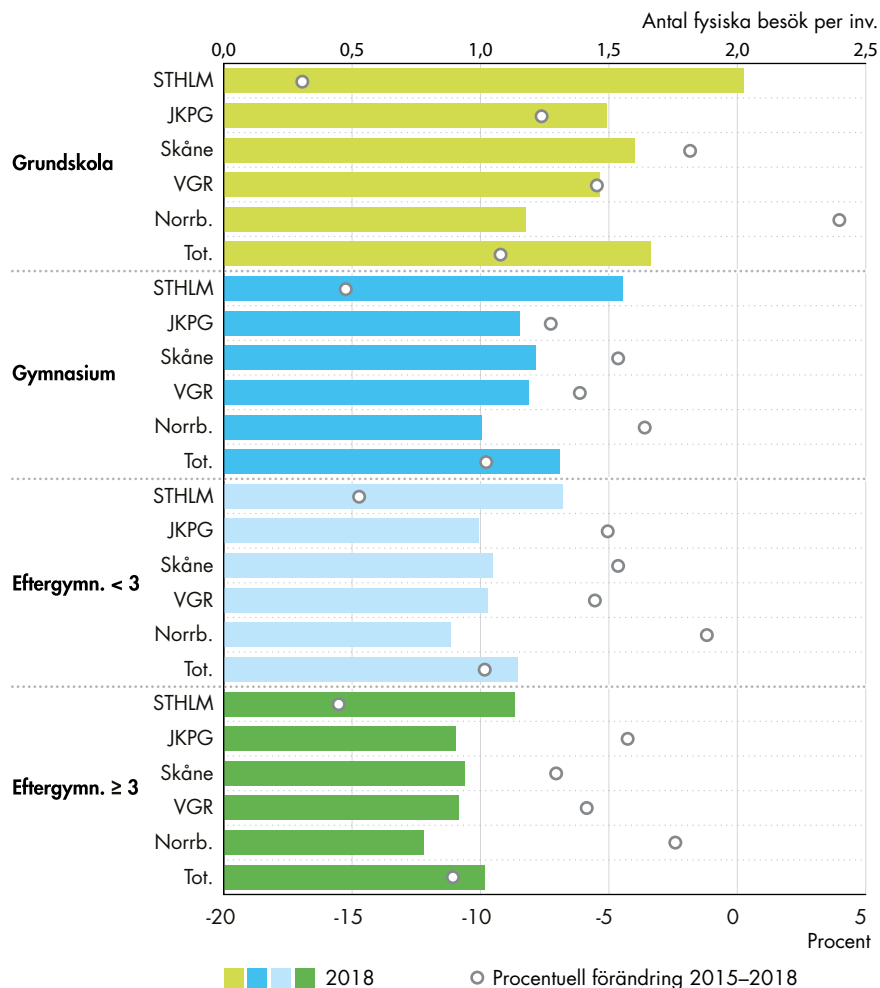
3.2.3 Utvecklingen utifrån kön, födelseland och socioekonomiska förhållanden

Kvinnor gör i snitt cirka 0,3–0,45 fler fysiska läkarbesök per år än män i de olika regionerna. Utvecklingen över tid är dock likartad för de båda könen.

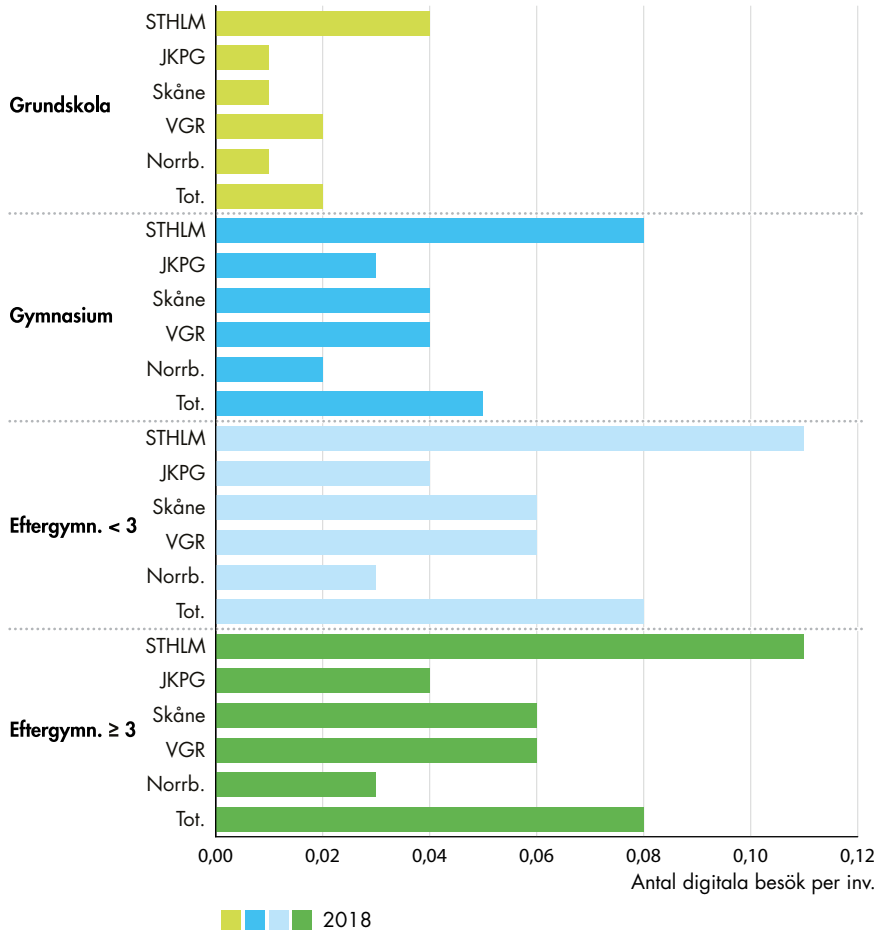
Personer som är födda utanför EU gör något fler fysiska besök än de som är födda inom EU, och de gör i sin tur något fler besök än personer som är födda i Sverige. Utvecklingen under perioden följer överlag de gemensamma trenderna i regionerna, bortsett från att personer med ursprung utanför EU ökat sin konsumtion något i Skåne. I denna grupp är också minskningen mindre än bland övriga grupper i Stockholm.

Antalet fysiska läkarbesök per invånare minskar med högre utbildningsnivå (se figur 21). Utvecklingen över tid följer regionernas trender relativt väl. Antalet besök ökar dock bland dem med grundskoleutbildning i Norrbotten, trots att antalet besök per invånare även här generellt sett minskar.



Figur 21. Antal fysiska läkarbesök per invånare, utifrån utbildningsgrupp, 2018 och procentuell förändring över tid 2015–2018.

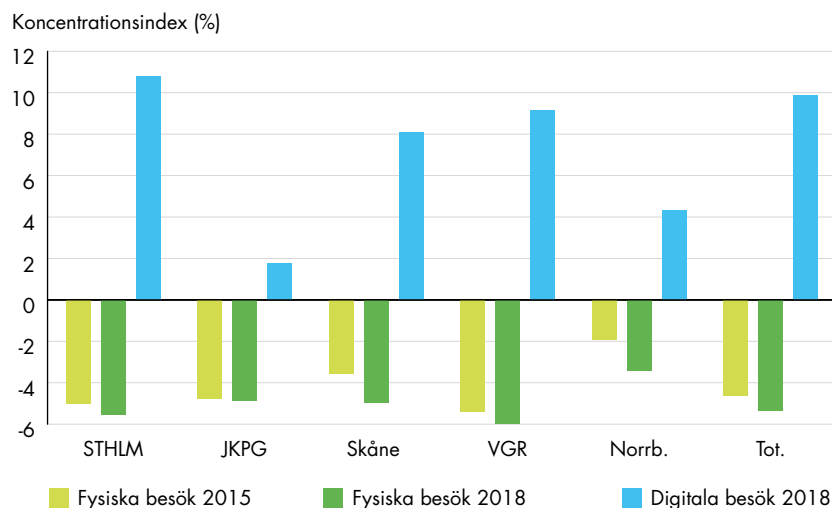
Om vi jämför besöksutvecklingen för fysiska läkarbesök med den för digitala läkarbesök utifrån kön, födelseland och utbildningsnivå så har kvinnor genomgående en högre konsumtion än män för båda besöksformerna, men vad gäller födelseland och utbildningsnivå ses omvända fördelningsmönster mellan besöksformerna. För digitala läkarbesök är konsumtionen högst bland dem med svensk bakgrund och dem med högst utbildning medan födda utanför EU och gruppen med grundskoleutbildning har högst konsumtion av fysiska besök.

Figur 22. Antal digitala läkarbesök per invånare, utifrån utbildningsgrupp, 2018.

De skilda besöksmönstren mellan fysiska och digitala besök ses också tydligt när konsumtionen fördelas utifrån inkomstförhållanden. I nedanstående index (så kallat koncentrationsindex), se figur 23, viktas konsumtionsandelarna per inkomstdecil till ett sammantaget index, där värdet 0 innebär neutral fördelning utifrån inkomst, det vill säga att konsumtionsnivån är lika oavsett inkomstnivå (se bilaga 4 för ytterligare förklaring av koncentrationsindexets beräkning). De negativa indexvärdena för fysiska läkarbesök indikerar att personer med lägre inkomster gör fler besök, medan de positiva indexvärdena för digitala besök visar att dessa är vanligare bland dem med högre inkomster (se figur 23). För de fem regionerna totalt sett var indexvärdet mer negativt 2018 jämfört med 2015, vilket också visar att

konsumtionen av fysiska läkarbesök ökade något mer bland dem med lägre inkomster under perioden.

Figur 23. Koncentrationsindex utifrån inkomstdeciler.



3.3 GEMENSAM KONSUMTIONSANALYS UTIFRÅN BEHOV OCH SOCIOEKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN

I detta avsnitt redovisar vi en regressionsbaserad analys (logistisk regression) av de faktorer som påverkar sannolikheten för att göra minst ett läkarbesök per år. Analysen görs separat för fysiska respektive digitala läkarbesök. Ansatsen gör det möjligt att isolera en enskild faktors påverkan på kontaktmönstret samtidigt som vi kontrollerar för en rad andra faktorer. Faktorerna kan grovt delas upp enligt följande:

- behovsmarkörer
 - ålder
 - förekomst av kronisk sjukdom
 - kontakt med läkare i den specialiserade vården
- socioekonomiska markörer
 - födelseland
 - utbildningsnivå
 - inkomst.

Därtill studerar vi utvecklingen med kontroller för kön och region för perioden 2015–2018.

3.3.1 Sannolikhet för ett årligt besök – fysiska läkarbesök

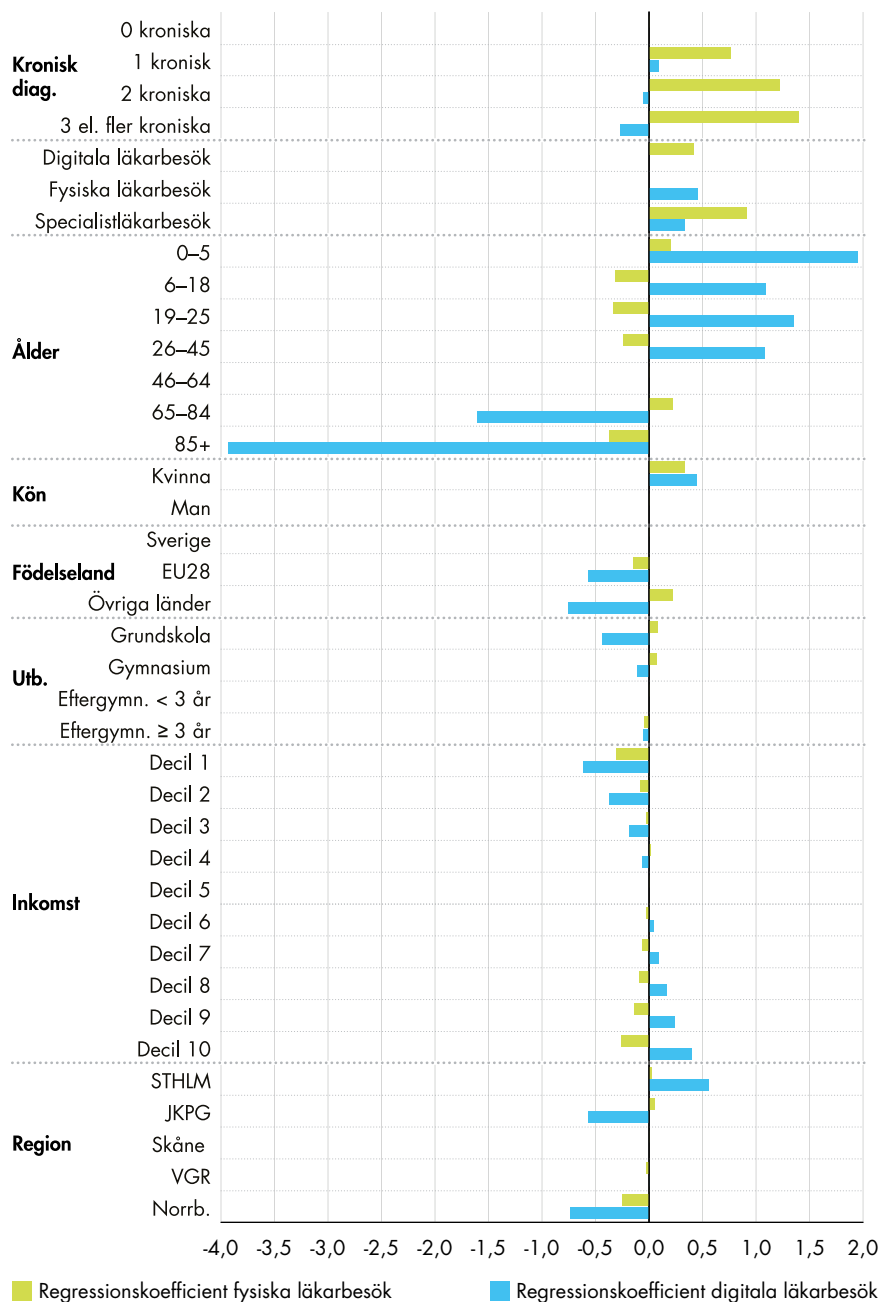
Resultatet visar att sannolikheten för minst ett årligt fysiskt läkarbesök är tydligt kopplad till förekomsten av kronisk sjukdom. Sannolikheten för att göra minst ett fysiskt besök ökar med antalet kroniska sjukdomar (se figur 24, och i bilaga 4 redogörs för resultaten av regressionsanalyserna i sin helhet). Sannolikheten för att göra minst ett läkarbesök ökar också om man under året även besökt en specialistläkare. Den regressionsbaserade metoden innebär att dessa samband gäller samtidigt som vi kontrollerar för övriga variabler som ingår i analysen, bland annat region, ålder och utbildningsnivå. Den högre sannolikheten bland personer med en kronisk sjukdom beror alltså inte på att de exempelvis är äldre eller har en annan utbildningsnivå än personer utan kronisk sjukdom.

Vidare är sannolikheten för minst ett fysiskt läkarbesök högre bland kvinnor än män och för personer i åldern 65–84 år jämfört med övriga åldersgrupper. Personer med kort utbildning är också något mer benägna att göra ett fysiskt besök jämfört med personer med lång utbildning. Även bland personer i lägre inkomstdeciler är sannolikheten för att göra minst ett fysiskt besök högre, och högst vid inkomstdecil 4 och 5. Sett till region är vårdkonsumtionen påtagligt lägre i Norrbotten än i övriga regioner. Med de ingående kontrollvariablerna är sannolikheten för att göra minst ett årligt fysiskt läkarbesök högst i Jönköping under tidsperioden 2014–2018.

Sammantaget har behovsmarkörerna kronisk sjukdom, specialistläkarbesök och ålder väsentligt större påverkan på konsumtionen än socioekonomiska variabler såsom utbildningsnivå och inkomst. Ur ett jämlikhetsperspektiv är detta önskvärt eftersom skillnader utifrån variabler som antas avspegla skillnader i vårdbehov stämmer med principen att de med störst behov ska ha företräde till vården. Men det kan finnas ojämlikheter utifrån olika bakgrundsfaktorer om vi fortfarande ser skillnader efter att vi också har kontrollerat för olika vårdbehov. Härav skulle resultatet att kontaktmönstret för fysiska läkarbesök – givet att vi sökt kontrollera för vårdbehov – är högre hos grupper med lägre utbildning och inkomst kunna sägas fördelningsmässigt gynna dessa grupper. Svaga socioekonomiska förhållanden hör dock generellt också samman med ett större förväntat vårdbehov, vilket talar emot att resultatet indikerar ojämlikheter, utan snarare möjligtvis kan ses som behovsanpassning. Ur ett regionalt jämlikhetsperspektiv är det dock svårare att förklara den klart lägre vårdkonsumtionen i Norrbotten.



Figur 24. Multipel analys – koefficienter för minst ett fysiskt respektive digitalt läkarbesök 2018, jämfört med jämförelsegruppen, vars koefficient är noll inom respektive kategori. En positiv koefficient uppvisar ett positivt samband med minst ett årligt besök.



Not: Samtliga koefficienter är statistiskt signifikant skilda från 0 på 1-procentsnivån, bortsett från koefficienten för inkomstdecil 4 vid regression för fysiska besök som är signifikant på 5-procentsnivån och koefficienten för Västra Götaland vid regressionen för digitala besök som inte är signifikant skild från 0. Se tabell 21 och 22 i bilaga 4 för detaljerade resultat.

3.3.2 Sannolikhet för ett årligt besök – digitala besök

Resultaten för minst ett årligt digitalt läkarbesök ger en helt annan fördelning än den som gäller för fysiska läkarbesök (se figur 24 samt bilaga 4 för en fullständig resultatredovisning). Konsumtionen har främst samband med ålder, och sannolikheten för minst ett årligt besök är särskilt hög bland barn 0–5 år, och generellt sett högre bland dem under 45 år. Annan vårdkonsumtion, såsom läkarbesök i primär- och specialistvården, ökar också sannolikheten för ett årligt digitalt besök. Sannolikheten ökar marginellt för dem som har en kronisk sjukdom, men inte vid flera på samma sätt som vid fysiska läkarbesök. Sannolikheten är större bland personer utan kronisk sjukdom än bland personer med mer än en kronisk diagnos. Vidare tenderar socioekonomiska markörer att påverka, särskilt inkomst, och bland personer med hög inkomst är sannolikheten högre för minst ett årligt digitalt läkarbesök – alltså en tydlig inkomstgradient. Sannolikheten ökar även med högre utbildning. Sett till regioner är sannolikheten märkbart högre i Stockholm och påtagligt lägre i Jönköping och Norrbotten.

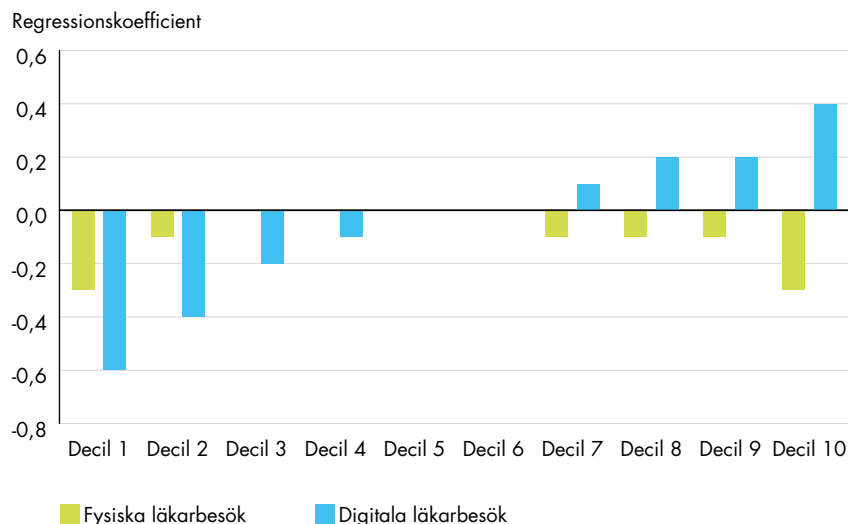
De digitala besökarna fördelar sig på ett helt annat sätt än de fysiska – besökarna är generellt yngre (särskilt barn) och bland de med flera kroniska sjukdomar är det en mindre andel som gör digitala läkarbesök än bland andra. Personer med hög utbildning och med hög inkomst gör i högre utsträckning digitala besök, vilket är det omvända mot fysiska besök. Mönstret avviker också sett till utvecklingen över tid; andelen digitala besökare ökar kraftigt medan fysiska besök minskar. Gemensamt är dock att konsumtionen är högre bland kvinnor än män samt högre i Stockholm jämfört med övriga regioner.

Ur ett jämlikhetsperspektiv kan de digitala läkarbesökens fördelningsprofil i sig ifrågasättas eftersom hög konsumtion har samband med faktorer som generellt förknippas med lägre förväntade vårdbehov, exempelvis goda socioekonomiska förhållanden. Detsamma gäller de digitala besökens fördelningsprofil för ungdomar och yngre vuxna jämfört med dem över 65 år.

Vi har kontrollerat resultaten för en rad faktorer enligt figur 24, och ser att sannolikheten för minst ett årligt digitalt besök är högre bland dem med relativt hög inkomst, medan inkomsten har en jämnare påverkansprofil när det gäller fysiska läkarbesök (se figur 25).



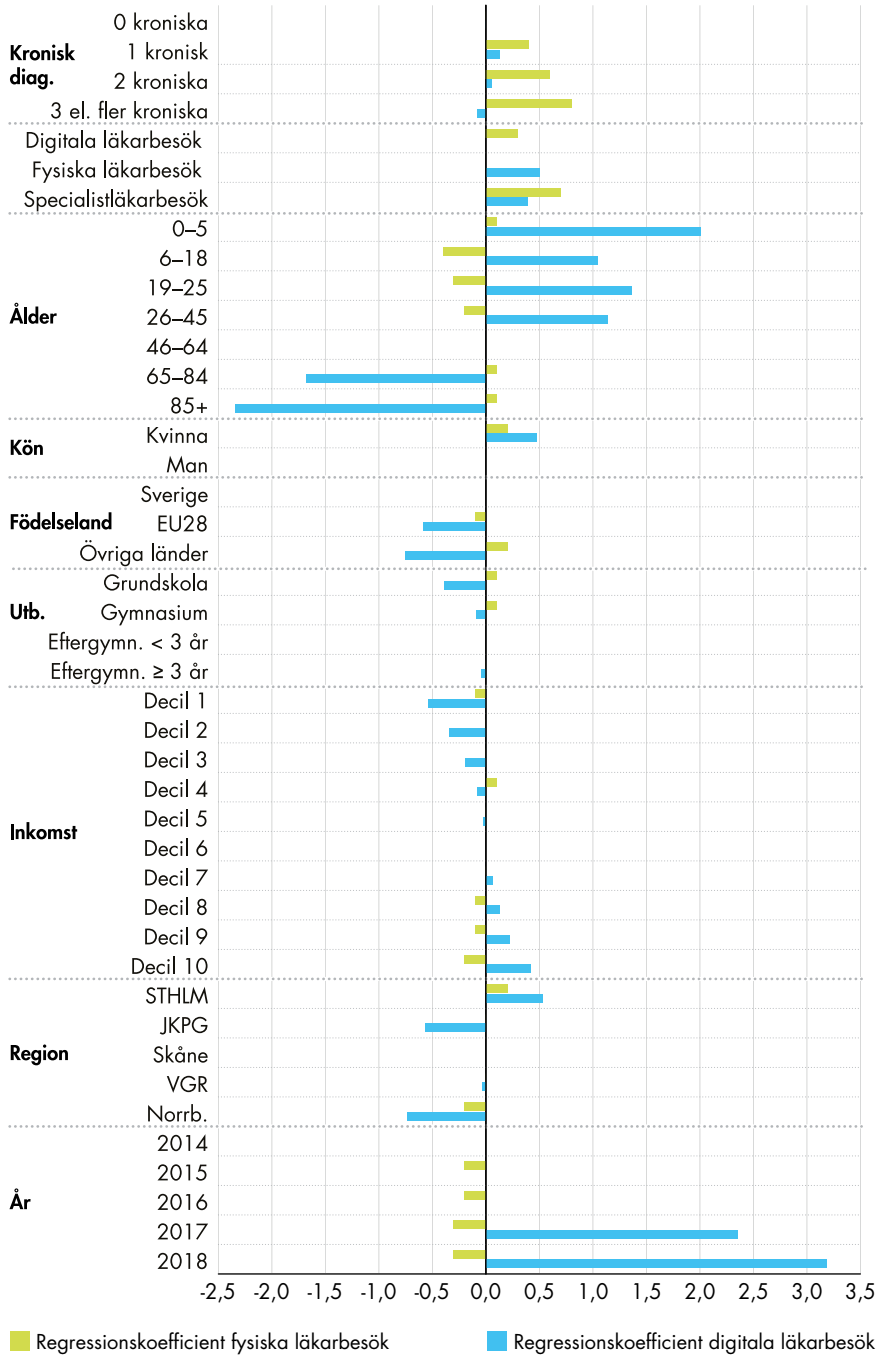
Figur 25. Särredovisning av koefficienter för minst ett årligt besök jämfört med jämförelsegruppen, utifrån inkomst i figur 24.



3.3.3 Antal fysiska och digitala besök per år

En motsvarande analys av totalt antal fysiska respektive digitala läkarbesök per år visar liknande resultat som sannolikheten för minst ett årligt besök (se figur 26, i bilaga 4 finns mer detaljerad information om analysmetodik). Antalet fysiska läkarbesök ökar vid förekomst av kroniska diagnoser, och mer ju fler kroniska diagnoser det gäller. Andra läkarbesök, särskilt hos en specialist, har också samband med ökat vårdutnyttjande av fysiska läkarbesök inom primärvården. Vidare är konsumtionen högre i småbarnsåldern och för dem över 65 år, samt bland kvinnor. Konsumtionen är även påtagligt högre i Stockholm och lägre i Norrbotten. Vårdutnyttjandet av fysiska besök minskar även påtagligt över tid. Sammantaget har den totala utvecklingen av fysiska besök huvudsakligen samband med förekomsten av kronisk sjukdom, andra vårdbesök och ålder och kön. Socioekonomiska faktorer har överlag mindre betydelse, men personer med sämre socioekonomiska förhållanden gör generellt fler läkarbesök.

Figur 26. Multipel analys – koefficienter för antal fysiska respektive digitala läkarbesök 2018, jämfört med jämförelsegruppen, vars koefficient är noll inom respektive kategori. En positiv koefficient innebär ett positivt samband med fler besök.



Not: Samtliga koefficienter är statistiskt signifikant skilda från 0 på 1-procentsnivån. Se tabell 23 och 24 i bilaga 4 för detaljerade resultat.

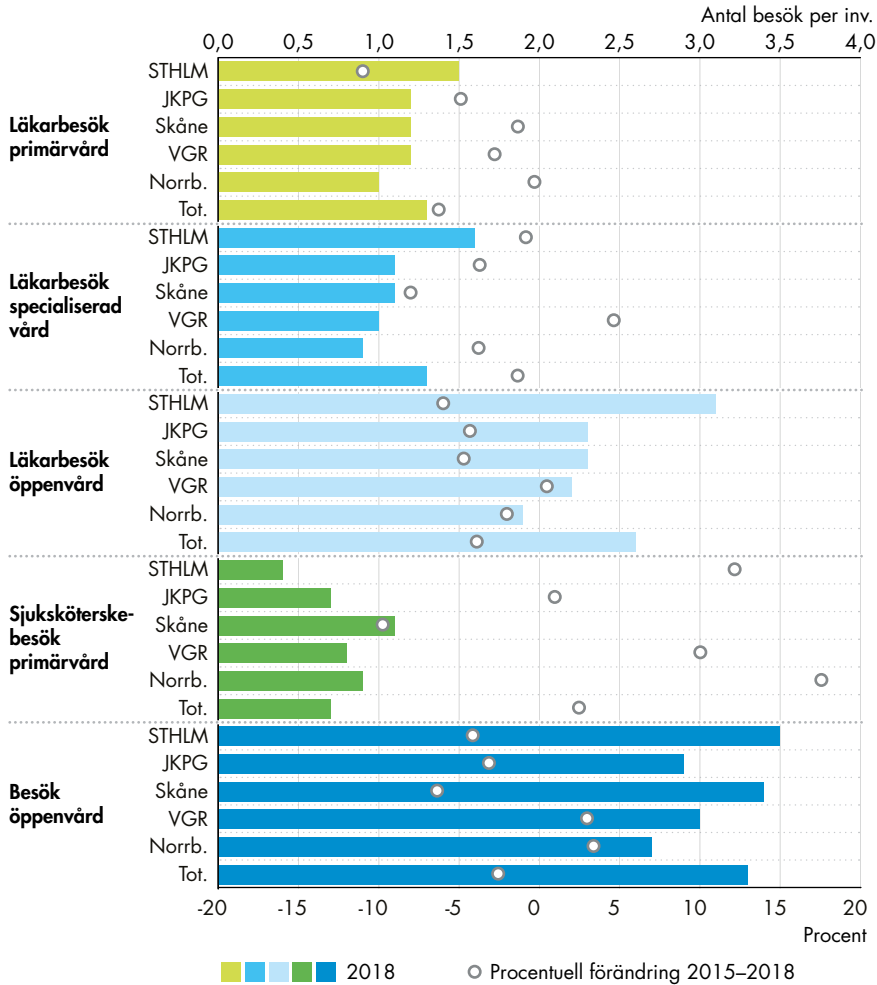
De digitala besöken har återigen omvänd fördelning mot fysiska när det gäller de flesta faktorer, förutom kön och till viss del andra vårdbesök (se figur 26). Ålder har störst betydelse för antalet besök, som är påtagligt högre bland personer under 45 år. Vidare är konsumtionen markant högre i Stockholm och lägre i Jönköping och Norrbotten. Personer som är födda utanför Sverige gör färre digitala besök än andra, och när det gäller inkomst ökar besöken linjärt med stigande inkomst. Om man därmed bara ser till de digitala läkarbesökens samlade fördelningsprofil så kan den på samma sätt som för minst ett årligt besök ifrågasättas ur ett jämlikhetsperspektiv.

3.4 ÖVRIG BESÖKSUTVECKLING INOM ÖPPENVÅRDEN

I avsnitt 3.2 har vi visat att totala antalet fysiska läkarbesök per invånare minskade med i genomsnitt 11 procent under 2015–2018 i de fem regionerna. Samtidigt ökade antalet digitala läkarbesök markant, men uppgången uppväger inte nedgången i fysiska besök. När fysiska och digitala läkarbesök summeras har läkarbesöken inom primärvården i stället minskat med 6,4 procent. Speglar detta ett generellt minskat vårdutnyttjande inom primärvården, eller har de samlade besöksmönstren – även inkluderande sjuksköterskebesök i primärvården och läkarbesök i den öppna specialiserade vården – förändrats i en vidare bemärkelse?

Antalet fysiska sjuksköterskebesök i primärvården ökade med 2,5 procent under samma tidsperiod, men utvecklingen skiljer sig åt mellan regionerna (se figur 27). Särskilt i Stockholm, Västra Götaland och Norrbotten är ökningen stor, medan Skåne uppvisar en påtaglig minskning. Trenden med fler sjuksköterskebesök och färre läkarbesök är intressant, men det behövs en djupare analys för att avgöra om det rör sig om ett ändrat besöks- och behandlingsmönster inom primärvården. Statistiken över sjuksköterskebesök är dessutom mer osäker än de data som rör läkarbesök.

Det är också relevant att studera besöksutvecklingen hos läkare inom den specialiserade vården (se figur 27). Under perioden minskade besöken per invånare med drygt 1 procent, och minskningen gäller alla regioner utom Västra Götaland där antalet i stället ökade med omkring 5 procent. Sammantaget minskade antalet besök med 2,6 procent under 2015–2018, sett till fysiska och digitala läkarbesök inom primärvården, läkarbesök på specialistmottagning och sjuksköterskebesök på vårdcentral.

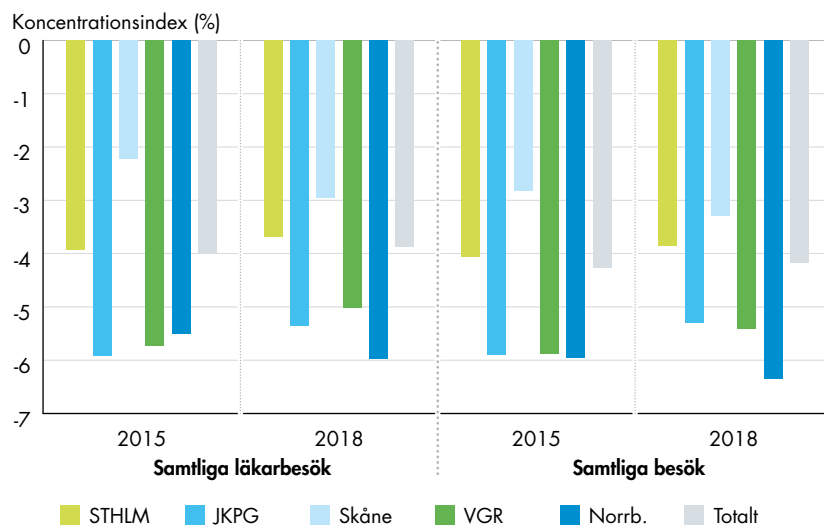
Figur 27. Antal besök per invånare inom olika vårdformer inom öppenvården och procentuell förändring över tid

3.4.1 Samlad besöksutveckling utifrån inkomstförhållanden

Personer med låg inkomst har generellt sett ett högre vårdutnyttjande när det gäller totalt antal besök under perioden, både inklusive och exklusive fysiska sjuksköterskebesök. Det gäller för samtliga regioner när vi viktat samman kontakterna utifrån genomsnittskostnaden per besök (här ingår alltså både fysiska besök och digitala läkarbesök) och ges av de negativa värdena för koncentrationsindexen avseende inkomstdeciler i figur 28. Under perioden 2015–2018 ser vi ingen större skillnad i fördelningsprofil utifrån

inkomstdeciler, vare sig vi ser till samtliga läkarbesök i primär- och öppenvård inklusive eller exklusive sjuksköterskebesök i primärvården, men sedan 2015 har konsumtionen totalt sett ökat något mer bland höginkomsttagare. Trots att digitala vård-besök är vanligare bland personer med högre inkomster ser vi alltså små förändringar i primärvårdens fördelningsprofil i stort. Anledningen är att de digitala besöken endast stod för knappt 5 procent av alla läkarbesök inom primärvården under 2018, och att låginkomsttagare gjorde något fler fysiska läkarbesök 2018 jämfört med 2015.

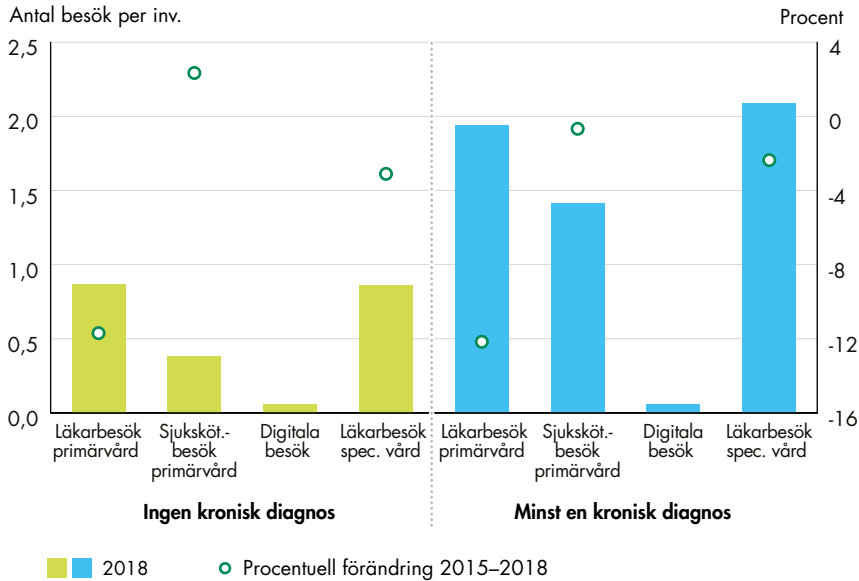
Figur 28. Koncentrationsindex utifrån inkomstdeciler.



3.4.2 Samlad besöksutveckling utifrån förekomst av kronisk sjukdom

När det gäller utvecklingen av besök inom öppenvården utifrån kronisk diagnos varierar det mellan de olika besöksformerna (se figur 29). Antalet fysiska läkarbesök har minskat något mer bland dem med kronisk diagnos än bland övriga (besöken i Region Stockholm står för största förändringen). Inom den specialiserade vården har läkarbesöken per invånare i stället minskat mer bland övriga än bland dem med kronisk sjukdom. Vad gäller sjuksköterskebesök och digitala besök i primärvården ses större ökningarna bland dem utan kronisk sjukdom.

Figur 29. Antal besök per invånare uppdelat på personer med respektive utan kronisk diagnos samt procentuell förändring 2015–2018.



3.5 HUR FÖRHÅLLER SIG RESULTATEN TILL TIDIGARE FORSKNING?

I det här kapitlet har vi visat att det finns flera skillnader mellan digitala användare och fysiska användare. Våra resultat stämmer med de flesta tidigare studier, både internationella och svenska, som visar att yngre personer och kvinnor nyttjar digital vård i större utsträckning än övriga grupper (se t.ex. Ekman m.fl. 2019, Blix och Jeansson 2019, Mehrotra m.fl. 2013a, Jung och Padman 2014). Våra analyser visar också, i linje med tidigare svensk forskning, att invånare födda i Sverige är mer benägna att nyttja digital vård jämfört med personer som är födda i andra länder (Ellegård och Kjellson 2019).

3.5.1 Förekomsten av kroniska diagnoser är lägre eller lika stor bland digitala användare som bland övriga

Vi har inte kunnat identifiera någon forskning om hur det akuta sjukdomstillståndet skiljer sig åt vid digitala kontra fysiska besök, det vill säga vilka besvär som personen upplever och vilken allvarlighetsgrad hen har vid tidpunkten då besöket sker, vilket sannolikt är det mest relevanta att kontrollera för vid jämförelser mellan digital och fysisk vård. Våra resultat

tyder emellertid på att digitala användare har färre kroniska diagnoser än de som väljer fysiska läkarbesök, och det stämmer med tidigare svenska studier. Bland annat finner Ellegård och Kjellson (2019) att digitala användare har färre somatiska kroniska diagnoser än övriga befolkningen, i en studie med 254 028 slumpmässigt valda vuxna individer i Region Skåne. I stället tycks det vara vanligare att digitala användare har depression eller ångest, stressreaktioner eller sömnbrist samt allmän sjuk känsla, trötthet, infektion, hosta eller virus med ospecificerad lokalisering. När det gäller kroniska sjukdomar eller samsjuklighet indikerar internationell forskning att förekomsten är lägre eller lika stor bland digitala användare som bland övriga (Ashwood m.fl. 2017, Gordon m.fl. 2017, Halpgren-Ruder m.fl. 2019, Uscher-Pines och Mehrotra 2014, Tan m.fl. 2017, Hertzog m.fl. 2019, Ray m.fl. 2019a, Shi m.fl. 2018, jmf. McGrail m.fl. 2017).

3.5.2 Socioekonomiska faktorer pekar åt olika håll

Både våra resultat och tidigare forskning i svensk kontext tyder på att digitala användare har högre utbildning och inkomst än genomsnittet (Ekman m.fl. 2019, Ellegård och Kjellson 2018, Ellegård m.fl. 2021). För fysisk primärvård är förhållandet motsatt.

I den internationella litteraturen finns emellertid kontrasterande resultat: Vissa studier i amerikansk kontext tyder på att användningen av digital vård är högre i områden med lägre inkomster (Ray m.fl. 2019a, Mehrotra m.fl. 2016), medan andra talar för motsatsen (Uscher-Pines och Mehrotra 2014, Park m.fl. 2018) eller för att det inte finns något samband mellan besöksform och inkomst (Mehrotra 2013a).

I praktiken är det vanskligt att jämföra våra resultat med studier av amerikanska förhållanden. För det första har vi tillgång till inkomstuppgifter på individnivå, medan de amerikanska studierna ser till medianinkomsten på gruppnivå i ett postnummerområde. I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är vården offentligt finansierad och fri att söka för alla, men i USA krävs det som regel en försäkring för att få tillgång till både fysisk och digital vård. Det innebär att de amerikanska studieresultaten ofta inte är giltiga på befolkningsnivå (exkluderar dem som saknar försäkring), och därmed blir resultaten om socioekonomiska skillnader snedvridna. Vi har identifierat ett fåtal engelska och kanadensiska studier, som utgår från system som i likhet med det svenska systemet inte är försäkringsbaserade, och de visar inget samband mellan inkomst och användning av digital vård (McGrail m.fl. 2017, Edwards m.fl. 2017).

I praktiken är det inte ojämlikt om grupper med olika socioekonomiska förhållanden väljer att nyttja olika typer av vård, så länge kvaliteten är likvärdig och vårdkonsumtionen motsvarar gruppernas vårdbehov. Vi har inte identifierat någon studie med en sådan samlad konsumtionsanalys, och inte heller någon studie som analyserar om utfallet vid digital vård skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper.

3.5.3 I Sverige är digital vård vanligare bland storstadsbor

Våra studieresultat tyder på att digitala vårdbesök primärt nyttjas av personer som bor i storstadsområden. Det är i linje med tidigare svensk forskning, som tar upp förhoppningen om att digitala vårdbesök ska öka tillgängligheten för personer i glesbygdsområden, men visar att det ännu inte har blivit så (Ekman m.fl. 2019).

De internationella studierna ger dock blandade resultat när det gäller betydelsen av avståndet till en fysisk vårdgivare samt skillnader mellan personer som bor i urbana områden kontra på landsbygden. Vissa studier tyder på att digital vård är vanligare bland personer som bor på landsbygden eller har långt till en fysisk mottagning (McGrail m.fl. 2017, Mehrotra m.fl. 2013a, Ray m.fl. 2019a, Uscher-Pines m.fl. 2016). Andra visar att digitala användare främst bor i urbana områden eller att det inte finns något samband med typ av bostadsort eller restid (Park m.fl. 2018, Liaw m.fl. 2019, Shi m.fl. 2018).





Ny konsumtion eller avlastning – vilken roll spelar de digitala besöken?

Det här kapitlet handlar om vilken roll de digitala besöken spelar i hälso- och sjukvårdssystemet, och vilken påverkan de har på den totala vårdkonsumtionen. Det hanterar vad som karakteriserar digitalanvändares vårdkonsumtionsmönster, i vilken utsträckning digitala besök ersätter fysiska besök och i vilken utsträckning ett digitalt besök är tillräckligt för att avhjälpa ett upplevt sjukdomstillstånd i jämförelse med ett fysiskt läkarbesök.

Analyserna bygger på det länkade datamaterial från fem regioner som även används i analyserna av jämlikhet i förra kapitlet (se avsnitt 1.3 och bilaga 1 för introduktion och beskrivning av materialet). Övergripande ser vi att användare av digitala besök tidigare gjort färre vårdbesök än andra men att de över tid ökat antalet besök mer än både användare av fysiska besök och befolkningen i stort.

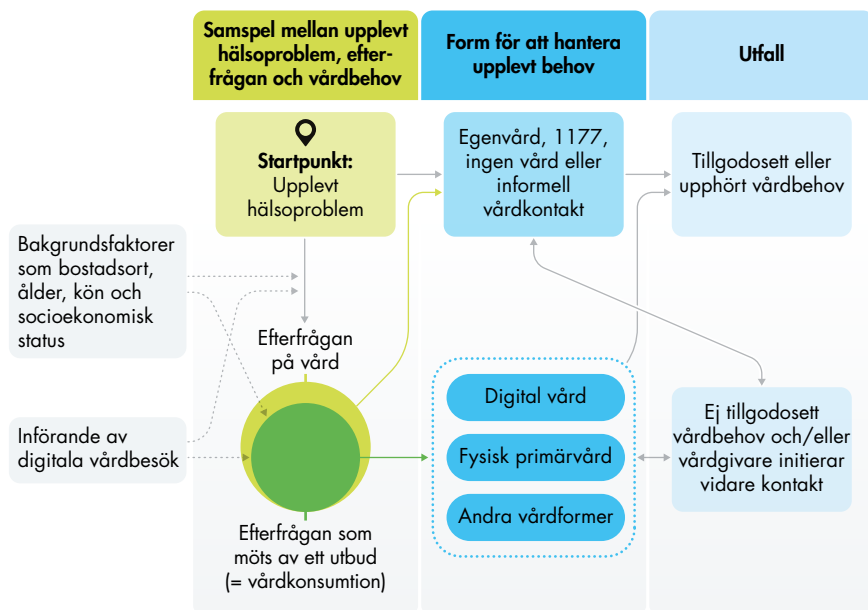
4.1 EN MODELL FÖR ATT ANALYSERA DE DIGITALA BESÖKEN I SYSTEMET

För att diskutera frågorna vidare har vi tagit fram en enkel modell som illustrerar på vilket sätt införandet av digitala vårdbesök kan påverka vårdutnyttjandet som helhet (figur 30). Utifrån denna modell gör vi sedan nedslag, i kapitlets olika avsnitt, och undersöker några av dessa möjliga påverkansvägar.



Modellens startpunkt är att en individ har ett problem med hälsan. Detta hälsoproblem kan antingen hanteras med egenvård eller omsättas i en efterfrågan på någon form av sjukvård. Sannolikheten för att personen söker vård påverkas av faktorer såsom kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet och geografiska, ekonomiska eller språkliga barriärer, vilka i sin tur påverkas av till exempel personens ålder, kön, socioekonomiska förhållanden och bostadsort. För att efterfrågan på vård ska omsättas i vårdutnyttjande krävs också att det finns ett lämpligt utbud.

Figur 30. De digitala besökens roll i hälso- och sjukvårdssystemet.



Införandet av digitala vårdbesök kan påverka vårdutnyttjandet på flera sätt. Besöken kan både skapa nykonsumtion och avlasta den fysiska vården, beroende på hur efterfrågan och utbudet utvecklas och i vilken utsträckning digitala vårdbesök tillgodoser patienternas vårdbehov.

Införandet av digitala vårdbesök kan skapa *nykonsumtion* om

- digitala besök tillgodoser en befintlig efterfrågan som tidigare inte möttes. I modellen innebär det att den mörkgröna cirkeln blir större och flödet från efterfrågan på vård till egenvård minskar.

- möjligheten till digitala besök ökar sannolikheten för att individer efterfrågar vård (den ljusgröna cirkeln blir större), och de digitala besöken också tillgodoser denna efterfrågan (den mörkgröna cirkeln blir större).
- digitala besök leder till fler uppföljande besök än fysiska besök och den totala resursåtgången blir högre än om patienterna hade valt fysisk vård (fler efterföljande besök på grund av att vårdbehovet inte har tillgodosetts).

Införandet av digitala vårdbesök kan skapa *avlastning* om

- digitala besök ersätter fysiska besök som är mer resurskrävande, och vårdbehovet blir lika väl tillgodosett som i fysisk vård utan att det skapas fler besök (flödet från efterfrågan till fysisk primärvård och andra vårdformer minskar i takt med att flödet till digital vård ökar)
- digitala besök ersätter fysiska besök, genom fler besök för att tillgodose vårdbehovet än vad som skulle ha behövts i fysisk vård, men sammantaget till lägre kostnad (avlastning i form av minskad resursåtgång).

Som modellen illustrerar är det alltså två huvudsakliga faktorer som avgör i vilken utsträckning digitala vårdbesök kan avlasta primärvården i stort. En faktor handlar om i vilken utsträckning ett digitalt besök hade blivit ett fysiskt besök om det digitala alternativet inte hade varit tillgängligt. En annan faktor handlar om i vilken utsträckning ett digitalt besök täcker vårdbehovet, eller om det krävs en kompletterande fysisk undersökning som hade kunnat ske vid ett och samma fysiska läkarbesök.

Ny konsumtion behöver inte per definition vara något negativt, för det kan vara önskvärt att öka antalet besök och andelen som gör ett besök i primärvården. För att avgöra om nyttan med besöken överstiger kostnaden för dem behöver innehållet tas i beaktande i större utsträckning än vad vi har möjlighet till i denna registerstudie.

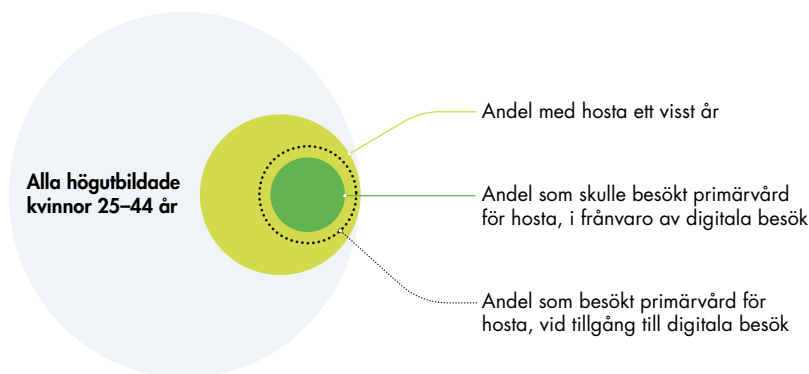
4.2 ANVÄNDARE AV DIGITALA BESÖK ÄR INTE HELT JÄMFÖRBARA MED ANVÄNDARE AV FYSISKA BESÖK

Det faktum att införandet av digitala besök ökar den totala tillgängligheten i primärvården gör att digitalanvändare inte är helt jämförbara med användare av fysisk vård, även om vi tar hänsyn till både skillnader i besöksdiagnoser och skillnader i till exempel ålder, kön och utbildningsnivå.



Figur 31 illustrerar detta med fyra olika cirklar. Den stora grå cirkeln representerar alla individer i en viss befolkningsgrupp – i exemplet högutbildade kvinnor i åldern 25–44 år. Ett givet år kommer en viss andel av dessa att drabbas av hosta (ljusgrön cirkel), men de flesta kommer ändå inte att besöka primärvården. Andelen av de hostiga som söker vård kan dock antas öka när digitala besök införs. Det illustreras av skillnaden mellan den mörkgröna och den streckade cirkeln. Ökningen beror dels på att människors tröskel för att söka vård sänks, dels på att ökad tillgänglighet kan göra att fler av de som söker vård faktiskt kommer till vården, det vill säga att färre blir direkt rekommenderade egenvård i stället för ett besök. Även inom specifika befolkningsgrupper och besöksdiagnoser kan vi med andra ord anta att digitalanvändarna i genomsnitt är mindre sjuka än besökare i fysisk vård, eller att de åtminstone tidigare gjorde färre besök. Anledningen är att digitalanvändarnas besök innefattar både sådana som skulle blivit fysiska besök om de digitala inte fanns, och sådana som inte skulle ha blivit av. Som en konsekvens kan det verka som att digitala besök till exempel leder till färre uppföljande besök än fysiska, men det kan alltså, helt eller delvis, förklaras med att dessa besök inte skulle ägt rum överhuvudtaget om digital vård inte vore ett alternativ.

Figur 31. Problemet med att jämföra digitalanvändare med användare av fysisk vård.



Alternativet till att jämföra digitalanvändarna med andra besökare är att jämföra dem med befolkningen som helhet. Utmaningen med en sådan ansats är att vi saknar information om vilka individer som ingår i den ljusgröna cirkeln, och därför kommer att jämföra personer som har ett potentiellt vårdbehov med sådana som helt saknar vårdbehov. I kommande avsnitt

hanterar vi dessa utmaningar med att göra flera olika typer av analyser, som dels visar besöksutvecklingen för befolkningen som helhet, dels på olika sätt jämför digitalanvändare med användare av fysisk vård.

4.3 KAPITLETS FORTSATT STRUKTUR OCH INNEHÅLL

Kapitlet innehåller tre delavsnitt som utifrån olika angreppssätt närmar sig frågan om de digitala besökens roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Innehåll och fokus i de olika delavsnitten summeras i tabell 6.

I det första delavsnittet (avsnitt 4.4) följer vi utvecklingen av vårdutnyttjande för befolkningen som helhet, mätt i det vi kallar för *vårdutnyttjandeprofiler*, och kategoriserar individer som icke-besökare, fåbesökare, flerbekökare och mångbesökare efter antalet vårdbesök de gör. Vi beskriver därefter hur individer har rört sig mellan dessa profiler över tid, och jämför digitalanvändare och icke-digitalanvändare. Avsnittet beskriver därmed på ett övergripande plan digitalanvändarnas totala vårdutnyttjande av primärvård, i jämförelse med icke-digitalanvändarnas. Vi beskriver även vägarna in i digital vård, alltså vårdutnyttjandet under några år innan man söker digital vård, och jämför digitalanvändarnas tidigare vårdutnyttjande med icke-digitalanvändarnas. Delavsnittet ger en bred beskrivning av hur de digitala besöken träder in i vårdkonsumtionen och förändrar konsumtionsmönstret för olika delar av befolkningen.

I det andra delavsnittet (avsnitt 4.5) fortsätter vi analysen och utforskar förändringen av genomsnittligt antal läkarbesök i primärvården före och efter införandet av digital vård, för digitalanvändare i jämförelse med användare av fysisk vård och i jämförelse med befolkningen. För att göra grupperna mer jämförbara matchar vi dem utifrån bakgrundsvariablerna ålder, kön, utbildning och hälsotillstånd. Analysen bygger på ett grundantagande: om en person som gör ett digitalt besök inte hade haft den möjligheten, så hade förändringen i vårdkonsumtion i stället följt samma trend som för de matchade kontrollgrupperna. Baserat på det antagandet skattar vi om digitalanvändare i genomsnitt gör fler eller färre läkarbesök än vad de skulle ha gjort i de hypotetiska scenarierna där digital vård inte fanns tillgänglig.

I det tredje delavsnittet (avsnitt 4.6) fokuserar vi på i vilken utsträckning ett digitalt besök tillgodoser vårdbehovet. Vi redovisar vårdkonsumtionen i nära anslutning till ett läkarbesök och undersöker om den skiljer sig åt mellan digitala och fysiska besök. Konsumtionen redovisas per månad, och för de tio vanligaste diagnoserna vid digitala besök redovisas den för uppföljningsperioderna 3, 7 och 21 dagar.



Tabell 6. Innehåll i kapitlets olika delar.

	Värdutnyttjande-profiler	Besöksförändring i faktiskt och hypotetiskt scenario	Vårdkonsumtion i nära anslutning till digitala och fysiska besök
Övergripande frågeställning	Vad karakteriserar digitalanvändares vårdkonsumtionsmönster och skiljer det sig från det hos andra individer?	I vilken utsträckning ersätter digitala besök fysiska besök, och i vilken utsträckning är de i tillägg?	I vilken utsträckning avhjälper ett digitalt besök ett upplevt sjukdomstillstånd i jämförelse med fysiska läkarbesök?
Delfrågor	Har digitalanvändarna ett annat värdutnyttjande än icke-digitalanvändarna, nu och tidigare?	Ökar digitalanvändare sitt värdutnyttjande över tid mer än liknande individer som använt fysisk vård och liknande individer i befolkningen?	Skiljer sig vårdkonsumtionen i nära anslutning till ett digitalt besök från den för ett fysiskt besök?
Population	Befolkningen som helhet.	Digitalanvändare jämfört med två matchade kontrollgrupper (fysiska besökare och befolkningen).	Digitalanvändare jämfört med en matchad kontrollgrupp, och uppdelat på besöksdiagnoser.
Metodansats	Befolkningen delas upp i värdutnyttjande-profiler som jämförs över tid.	Förändringen av antalet läkarbesök i primärvården jämförs för användare av digital vård och användare av fysisk vård samt befolkningen.	Efterföljande besök jämförs per månad och under 3, 7 och 21 dagar efter digitala respektive fysiska besök.
Tidshorisont	År 2015 jämfört med 2018.	År 2015 jämfört med 2018.	Januari–juni 2018.

4.4 VÄRDUTNYTTJANDEPROFILER – DIGITALA ANVÄNDARE GÅR FRÅN LÅGKONSUMENTER TILL HÖGKONSUMENTER

I det här avsnittet beskriver vi hur införandet av digitala besök har förändrat vårdkonsumtionen över tid. Vi redogör för vägarna in i digital vård, i form av värdutnyttjande några år innan man söker digital vård, och jämför digitalanvändarnas tidigare värdutnyttjande med icke-digitalanvändarnas. Avsnittet ger därför en bred bild av hur de digitala besöken träder in i vårdkonsumtionen och förändrar konsumtionsmönstret för olika delar av befolkningen. År 2015 nyttjade digitalanvändarna i genomsnitt mindre vård

än besökare i allmänhet, men 2018 hade de ”gått om” och i stället blivit fler- och mångbesökare i större utsträckning än besökare i allmänhet.

4.4.1 Befolkningen delas in i vårdutnyttjandeprofiler

För 2015 och för 2018 delar vi in befolkningen i fyra vårdutnyttjandeprofiler utifrån summan av antalet fysiska och antalet digitala läkarbesök i primärvården under det året. De fyra profilerna är:

- icke-besökare
- fåbesökare (individer som gjorde 1–2 besök)
- flerbekökare (individer som gjorde 3–5 besök)
- mångbesökare (individer som gjorde 6 besök eller fler).

Mångbesökare är en heterogen grupp. År 2015 gjorde till exempel drygt hälften av individerna i gruppen 6–7 besök, ytterligare en dryg fjärdedel 8–10 besök, och ett fåtal individer gjorde flera hundra läkarbesök (bilaga 5, figur 41).

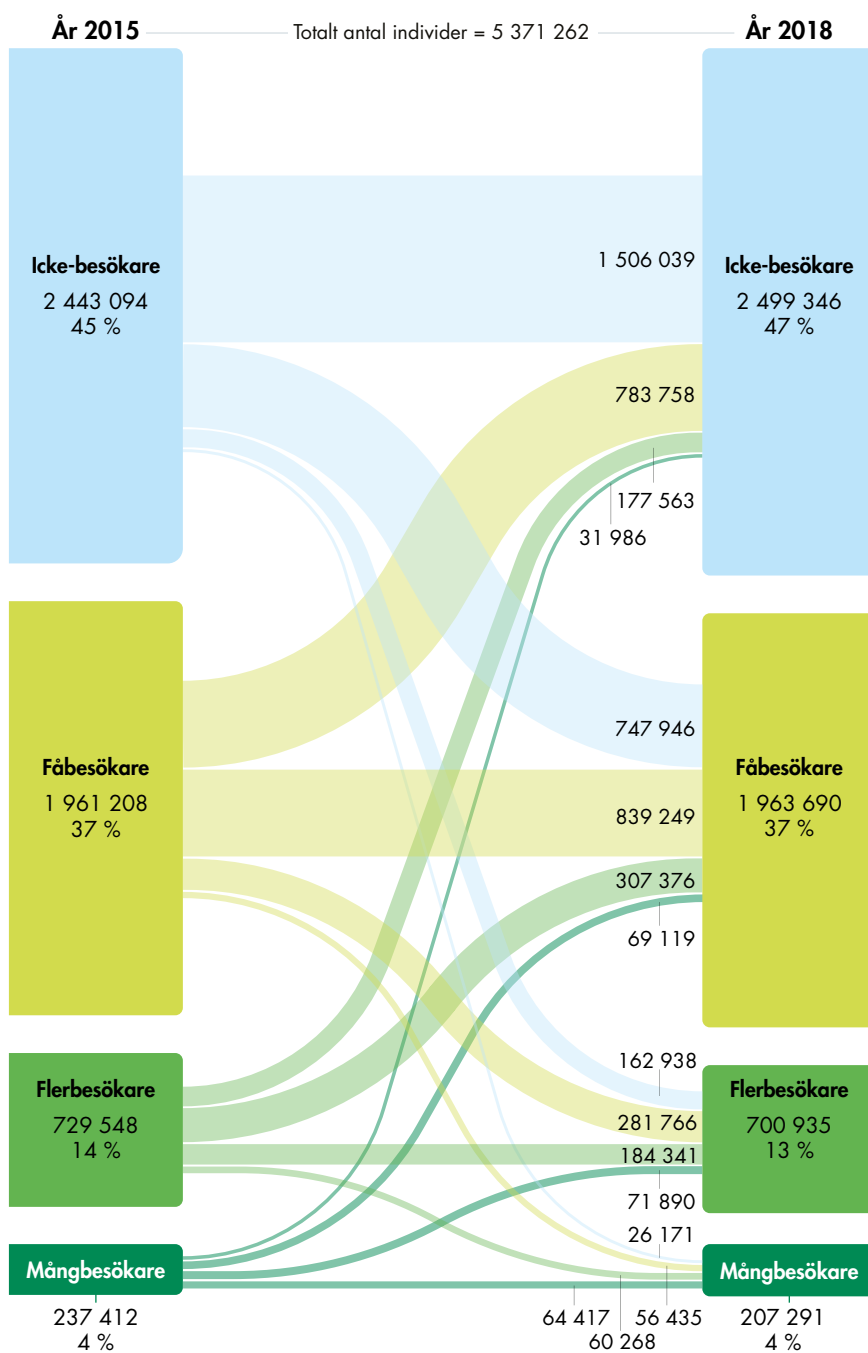
Vi delar också in individerna utifrån om de är digitalanvändare eller inte. En individ räknas som digitalanvändare om hen under 2018 gjorde minst ett digitalt läkarbesök. Här skiljer vi alltså inte mellan användare som gjorde ett besök och de som gjorde flera. En individ som 2015 gjorde ett besök, och 2018 ett fysiskt och två digitala besök, får till exempel profilkombinationen ”tidigare fåbesökare, nuvarande flerbekökare, digitalanvändare”. Vi inkluderar den delmängd av befolkningen som bodde i någon av de fem inkluderade regionerna både 2015 och 2018. Analysen omfattar inte individer som föddes, dog eller flyttade in eller ut ur de inkluderade regionerna mellan 2015 och 2018.

4.4.2 Vårdutnyttjandeprofilerna ger en bred bild av vårdkonsumtionens förändring över tid

I befolkningen som helhet var fördelningen mellan icke-, få-, fler- och mångbesökare ungefär densamma 2015 som 2018, men enskilda individer rörde sig mellan dessa profiler. Figur 32 visar hur individer i befolkningen som helhet rörde sig mellan vårdutnyttjandeprofiler från 2015 till 2018. Den vanligaste profilkombinationen är att inte göra något besök 2015, och att inte heller göra det 2018 (den tjocka ljusblå strömmen i figur 32, med 1 506 039 individer). Näst vanligast är att vara fåbesökare 2015 och att vara det även 2018 (den tjocka ljusgröna strömmen, 839 249 individer).



Figur 32. Förändring i individers vårdutnyttjandeprofil mellan 2015 och 2018.

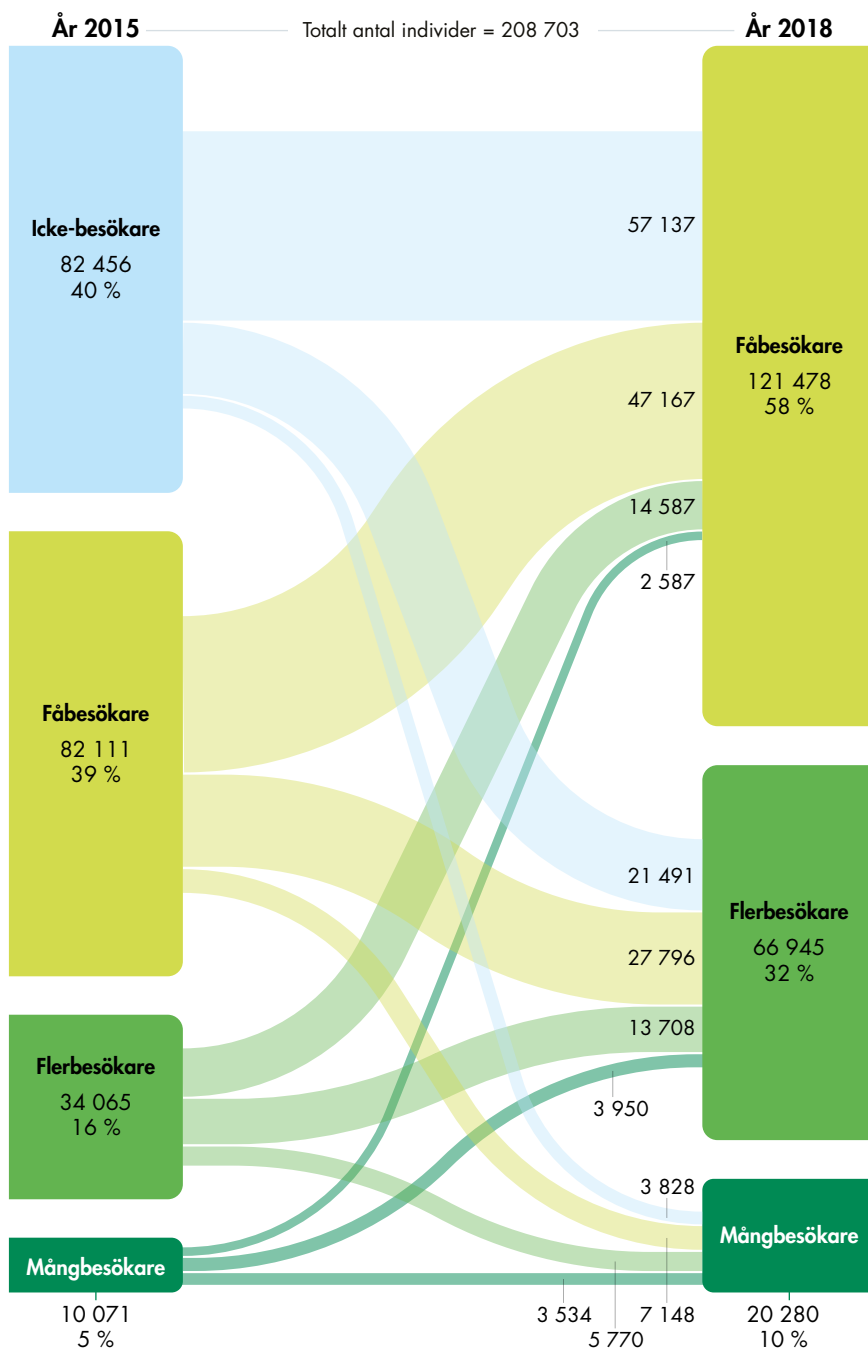


Många ”stannar” alltså inom sin profil, men individers vårdutnyttjande förändras också mycket över tid. De tredje och fjärde vanligaste profilkombinationerna är att gå från fåbesökare till icke-besökare (783 758 individer), och att gå från icke-besökare till fåbesökare (747 946 individer), men figuren visar även relativt stora strömmar mellan den högsta och lägsta nivån av vårdutnyttjande. Bland de individer som inte gjorde något besök 2018 var till exempel drygt 8 procent (31 986 individer) fler- eller mångbesökare 2015, och bland mångbesökarna var 12 procent (26 171 individer) icke-besökare 2015.

Figur 33 visar också profilförändringar, men endast för digitalanvändare. De återfinns i alla vårdutnyttjandeprofiler utom icke-besökare 2018 (därför finns fyra vårdutnyttjandeprofiler för 2015 men bara tre för 2018). Digitalanvändarna utgör ungefär 6 procent av fåbesökarna, och 10 procent vardera av fler- och mångbesökarna (bilaga 5, figur 42). Den vanligaste profilkombinationen bland digitalanvändare är att vara icke-besökare 2015 och att göra ett eller två besök 2018 (57 137 individer, den tjocka ljusblå strömmen i figur 33). Näst vanligast är att vara fåbesökare både 2015 och 2018 (47 167 individer).



Figur 33. Förändring i digitalanvändande individers vårdutnyttjandeprofil mellan 2015 och 2018.



4.4.3 Digitalanvändare var överrepresenterade bland fler- och mångbesökare 2018

Det är rimligt att jämföra digitalanvändare med andra besökare, och inte bara med befolkningen som helhet. I detta avsnitt tar vi därför avstamp i flödena mellan vårdutnyttjandeprofiler och visar hur digitalanvändare skiljer sig från besökare som inte nyttjade digital vård.

Vi fokuserar här inledningsvis endast på 2018. I figur 34 jämförs digitalanvändarna både med befolkningen som helhet och med den delmängd av befolkningen som gjorde minst ett fysiskt eller digitalt besök. Figuren visar att en större andel av digitalanvändarna var flerbekörare eller mångbesökare jämfört med både befolkningen som helhet och besökare i allmänhet. Bland digitalanvändarna var 10 procent mångbesökare, jämfört med 4 procent i befolkningen som helhet och 7 procent bland besökare i allmänhet. Samma år var 58 procent av digitalanvändarna fåbesökare, jämfört med 68 procent av besökarna i allmänhet (figur 34).

4.4.4 Digitalanvändarna ökade sitt totala vårdutnyttjande mellan 2015 och 2018

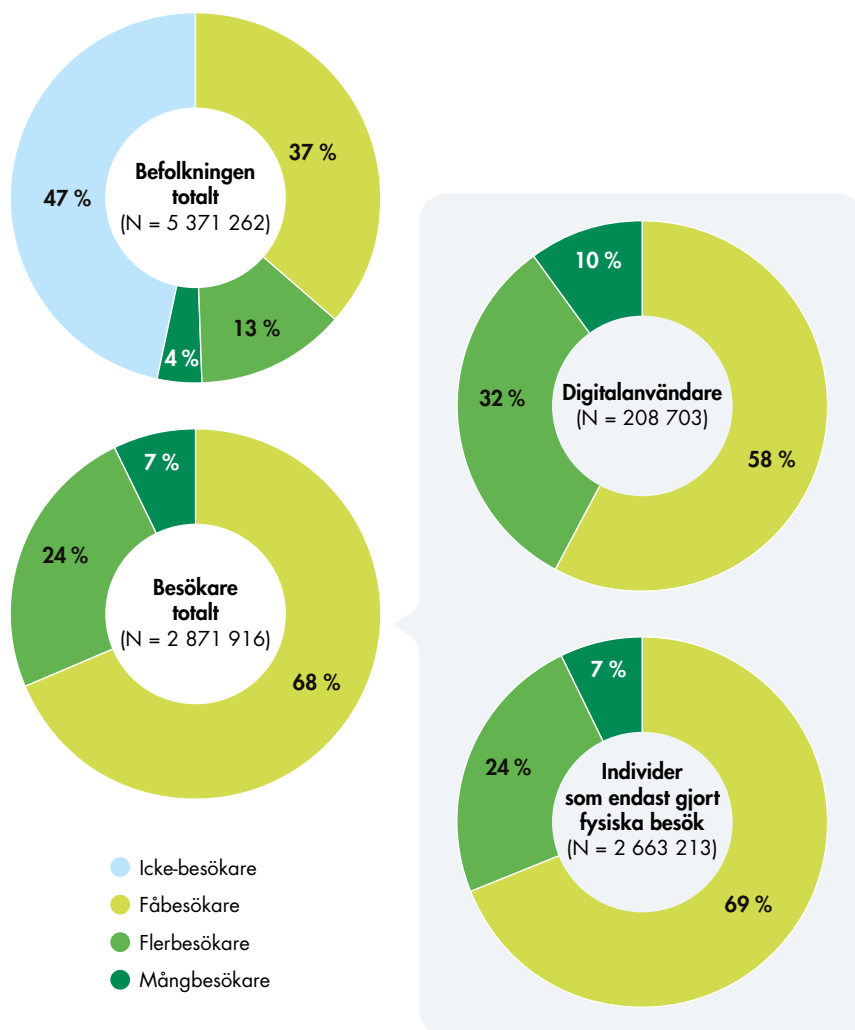
I förra avsnittet konstaterar vi att 2018 års digitalanvändare var fler- och mångbesökare i högre utsträckning än icke-digitalanvändarna. Det kan finnas flera skäl till det, till exempel att de sökt digital vård i tillägg till fysisk vård, att den digitala vården måste kompletteras med fysisk vård, eller att de helt enkelt hade ett högre vårdbehov eller annorlunda vårdssökarbeteende än andra. I detta avsnitt undersöker vi därför om digitalanvändarna avviker från icke-digitalanvändarna sett till sitt vårdutnyttjande 2015.

Inom varje vårdutnyttjandeprofil har vi för 2018 jämfört individer som var digitalanvändare med dem som inte var digitalanvändare, och vi ser tydliga skillnader i tidigare vårdutnyttjande. Enkelt uttryckt utgör digitalanvändarna en mellangrupp; de är tidigare icke-besökare och fåbesökare snarare än individer som endast gjort fysiska besök, men inte lika utpräglade som de individer som fortfarande var icke-besökare.

Figur 35 visar hur stor andel inom varje vårdutnyttjandeprofil 2018 som kom från en viss profil 2015, uppdelat på om individen var digitalanvändare 2018 eller inte. Bland 2018 års *fåbesökare* var 47 procent av digitalanvändarna icke-besökare 2015, jämfört med 37 procent av icke-digitalanvändarna. Bland 2018 års *flerbekörare* var 32 procent av digitalanvändarna tidigare icke-besökare, jämfört med 22 procent av icke-digitalanvändarna. Bland *mångbesökarna* är skillnaderna ännu tydligare: 33 procent av mångbesökarna

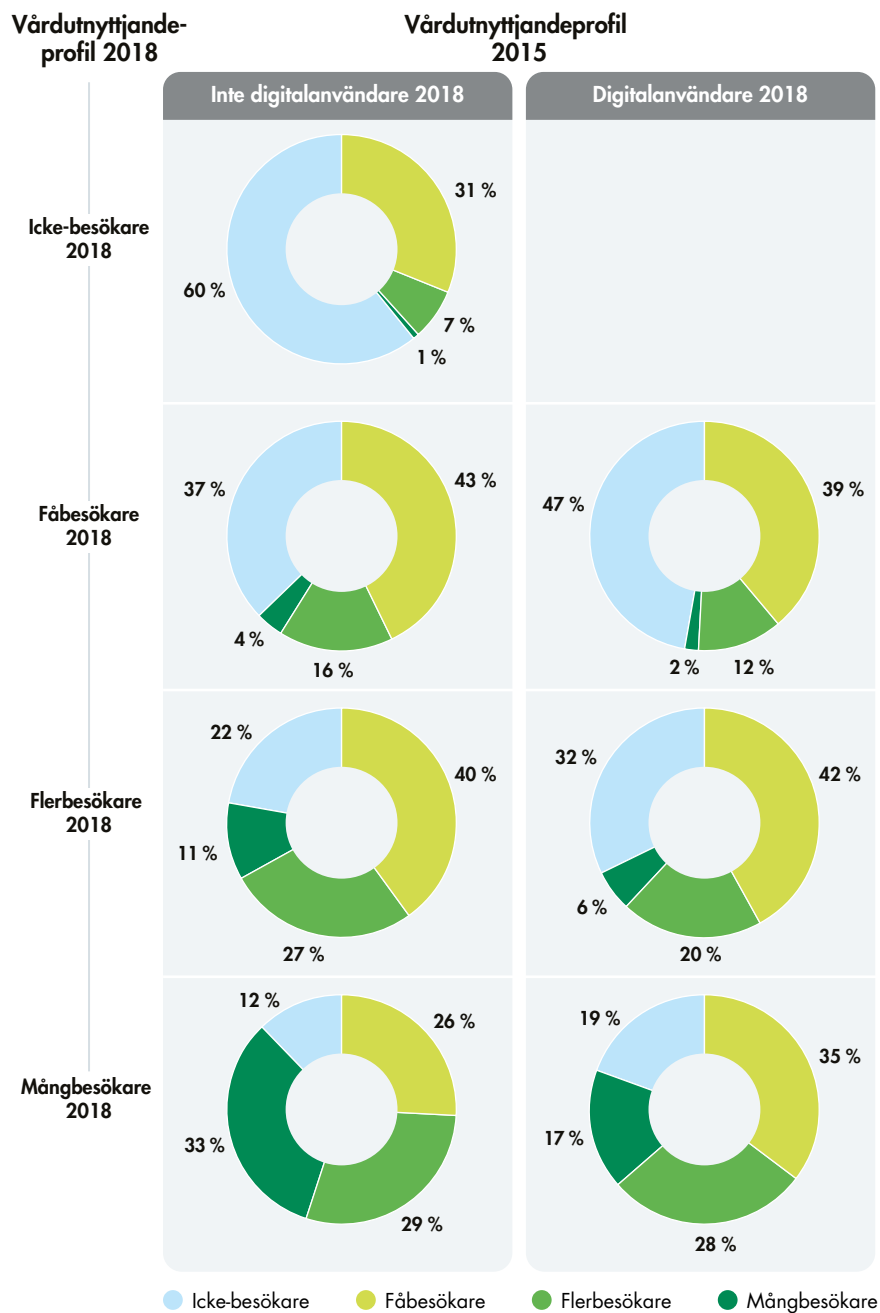


Figur 34. Fördelning av vårdutnyttjandeprofiler 2018 för befolkningen totalt, för besökare totalt och för digital- respektive icke-digitalanvändare.



Not: Figuren ska förstås som att besökare är en delmängd av befolkningen totalt, och att besökarna sedan delas upp i digitalanvändare och icke-digitalanvändare. Eftersom icke-digitalanvändarna utgör en stor del av besökarna är fördelningen nästan densamma i diagrammet för besökarna totalt som i det för icke-digitalanvändarna.

Figur 35. Tidigare vårdutnyttjande per vårdutnyttjandeprofil och uppdelat på om individen är digitalanvändare eller inte.



som endast använt fysisk vård var även tidigare mångbesökare, men bara 17 procent av digitalanvändarna. Bland digitalanvändare som är mångbesökare var 54 procent tidigare icke- eller fåbesökare, jämfört med 38 procent av mångbesökarna som endast använt fysisk vård. Samtidigt var andelen tidigare icke-besökare som allra högst bland dem som fortfarande var icke-besökare; 60 procent var icke-besökare även 2015, jämfört med 19–47 procent av digitalanvändarna, beroende på vårdutnyttjandeprofil. Digitalanvändarnas tidigare vårdutnyttjande var alltså i genomsnitt lägre än det bland andra personer med samma besöksnivå, men det var högre än bland individer som fortfarande var icke-besökare.

Vad är det då som gör att digitalanvändarna ökade sitt vårdutnyttjande från 2015 till 2018? Är det de digitala besöken i sig som leder till ökat vårdutnyttjande, eller använder digitalanvändarna även mer av den fysiska vården? Om de digitala besöken inte fanns skulle en stor andel av digitalanvändarna kategoriserats till en lägre vårdutnyttjandeprofil 2018 (se bilaga 5, figur 43), vilket indikerar att det är de digitala besöken i sig, snarare än ett ökat antal fysiska besök, som driver upp individernas vårdutnyttjande. I avsnitt 4.5. dyker vi djupare i uppdelningen mellan fysiska och digitala besök.

4.4.5 Skillnader i region, ålder, kön och utbildning förklarar endast delvis digitalanvändarnas lägre vårdutnyttjande 2015

Mönstret att digitalanvändarna hade ett lägre vårdutnyttjande 2015 förklaras delvis av att de är yngre och mer högutbildade än befolkningen som helhet. Detta märks när vi jämför digitalanvändare och icke-digitalanvändare inom kön eller utbildningsgrupper i varje region för sig (Norrbotten exkluderat, för digitalanvändarna var så få att det inte är meningsfullt att dra slutsatser inom alla subgrupper). Då begränsar vi analysen till en region och grupp i taget, och tittar på om vårdutnyttjandet 2015 inom till exempel gruppen ”kvinnor i Region Stockholm” skiljer sig åt mellan de Stockholmskvinnor som 2018 blev digitalanvändare och de som inte blev det. Även inom dessa subgrupper hade digitalanvändarna tidigare ett i genomsnitt lägre vårdutnyttjande än icke-digitalanvändarna – men skillnaderna är mindre än när materialet analyseras i sin helhet.

Stratifiering på åldersgrupper är den indelning som mest påverkar skillnaderna, och de är som minst i yngre åldersgrupper. I några subgrupper bland yngre finns ingen (eller motsatt) skillnad i tidigare vårdutnyttjande mellan digitalanvändare och icke-digitalanvändare. Det gäller i åldersgruppen 6–18 år i Västra Götaland (där det inte finns någon skillnad i

andelen tidigare icke- eller fåbesökare mellan digitalanvändare och icke-digitalanvändare) och i åldersgruppen 19–25 år i Stockholm och Västra Götaland (där det endast är bland mångbesökare som digitalanvändarna har en lägre andel tidigare icke- och fåbesökare än icke-digitalanvändarna). I alla övriga grupperingar som vi har studerat (region, kön, åldersgrupp och utbildningsgrupp) hade digitalanvändarna 2015 ett i genomsnitt lägre vårdutnyttjande än icke-digitalanvändarna.

Sammanfattningsvis är mönstret tydligt: Digitalanvändarna i varje vårdutnyttjandeprofil 2018 hade i större utsträckning ett lägre vårdutnyttjande 2015.

4.5 BESÖKSFÖRÄNDRING I FAKTISKT OCH HYPOTETISKT SCENARIO

Vi har tidigare redovisat hur användare av digitala besök, användare av fysiska besök och befolkningen rörde sig mellan olika vårdutnyttjandeprofiler mellan 2015 och 2018. I detta avsnitt jämför vi förändringen av det genomsnittliga *antalet* läkarbesök i primärvården mellan 2015 och 2018. Resultaten tyder på att digitalanvändare gjorde färre fysiska läkarbesök än vad de skulle ha gjort om digitala besök inte hade funnits, men det sammantagna antalet läkarbesök (fysiska plus digitala) ökade för digitalanvändare under uppföljningsperioden. Resultaten behöver dock tolkas med försiktighet eftersom analysen inte kontrollerar för skillnader mellan grupperna när det gäller allvarlighetsgraden inom en och samma diagnos.

4.5.1 Analysen baseras på två matchade jämförelsepopulationer

I analysen ingår alla individer som gjorde minst ett digitalt läkarbesök under 2018 i gruppen digitalanvändare, det vill säga samma definition som i förra avsnittet. Som jämförelsepopulation utgår vi från två grupper. Kontrollgrupp 1 består av alla individer som 2018 gjorde minst ett fysiskt läkarbesök i primärvården men inget digitalt besök, och kontrollgrupp 2 baseras på befolkningen som helhet, förutom digitalanvändarna.

För att göra grupperna mer jämförbara matchar vi digitalanvändarna mot individer ur kontrollgrupperna med hjälp av direkt matchning. För varje digitalanvändare söker vi alltså rätt på två matchande individer ur varje kontrollgrupp. Matchningskriterierna på individnivå är kön, åldersgrupp, boenderegion, utbildningsnivå och antal registrerade kroniska diagnoser under 2016–2017. För kontrollgrupp 1 matchar vi dessutom på kriterier som är kopplade till det digitala respektive det fysiska läkarbesöket.



Eftersom en individ kan göra mer än ett läkarbesök under ett år väljer vi i matchningsförfarandet slumpmässigt ut ett läkarbesök per individ som vi kallar indexbesök. Matchningskriterierna på besöksnivå är treställig diagnoskod, tidsperiod för vårdkontakten (första eller andra halvåret 2018) och om vårdkontakten föregicks av ett eller flera andra läkarbesök under 30-dagarsperioden före besöket. Vi inkluderar endast individer som bodde i någon av de fem analysregionerna under både 2015 och 2018.

Tabell 7 och 8 visar fördelningen av bakgrundsvariabler, på individnivå och på vårdkontaktsnivå, för digitalanvändarna och kontrollgrupperna både före och efter matchningen. Som tabell 7 visar var digitalanvändarna före matchningen i högre utsträckning kvinnor, de tillhörde yngre åldersgrupper, bodde i Stockholm i högre utsträckning än i andra regioner och hade färre kroniska diagnoser än både kontrollgrupp 1 och 2. Efter matchningen var alla tre grupperna balanserade utifrån dessa variabler.

När det gäller variabler på besöksnivå visar tabell 8 att digitalanvändarnas besök i högre utsträckning gällde diagnoser som är relaterade till infektions- och parasitsjukdomar och hudens sjukdomar, och i lägre utsträckning diagnoser som rör cirkulationsorganens sjukdomar eller endokrina sjukdomar. De digitala besöken ägde också i högre utsträckning rum under andra halvåret 2018, och det var mer vanligt att de hade föregåtts av ett annat läkarbesök under de 30 dagarna före besöket. Även dessa variabler är balanserade efter matchningen.

För att undersöka förändringen i antal besök för digitalanvändarna i jämförelse med de två kontrollgrupperna inleder vi med att kartlägga de totala läkarbesöken i primärvården 2015, alltså innan digital vård fanns tillgänglig. I nästa steg gör vi på motsvarande sätt för 2018. Genom att jämföra hur gruppernas vårdkonsumtion förändrades mellan dessa år kan vi få en bild av hur digitala besök har påverkat den totala konsumtionen av läkarbesök i primärvården.

Tabell 7. Fördelning av bakgrundsvariabler, på individnivå, för digitalanvändare och kontrollgrupp 1 och 2 före och efter matching.

	Digital- användare n= 208 703	Kontroll- grupp 1 Användare av fysisk vård n= 2 626 241	Kontroll- grupp 2 Befolkningen n= 5 090 908	Matchade digital- användare n= 186 157	Matchad kontroll- grupp 1 n= 363 720	Matchad kontroll- grupp 2 n= 372 314
Man	37,9	45,6	50,4	38,1	38,1	38,1
Kvinna	62,1	54,4	49,6	61,9	61,9	61,9
0–5 år	10,1	3,1	3,5	9,1	9,0	9,1
6–18 år	22,6	11,8	15,3	22,7	22,8	22,7
19–25 år	13,9	6,2	7,8	12,8	12,6	12,8
26–45 år	37,9	23,3	27,0	39,1	39,4	39,1
46–64 år	13,6	27,1	25,4	14,3	14,3	14,3
65+ år	1,9	28,6	21,0	2,0	2,0	2,0
Stockholm	55,8	38,4	37,5	56,4	56,7	56,4
Västra Götaland	22,3	28,5	29,0	22,5	22,5	22,5
Skåne	17,7	22,7	22,9	17,4	17,3	17,4
Jönköping	2,7	6,5	6,2	2,4	2,3	2,4
Norrbottnen	1,5	4,0	4,5	1,2	1,2	1,2
Grundskola	4,8	16,6	14,0	4,6	4,5	4,6
Gymnasium	34,6	41,1	39,8	35,4	35,5	35,4
Eftergymnasial utbildning < 3 år	19,6	15,0	15,5	19,0	18,8	19,0
Eftergymnasial utbildning 3+ år	40,6	26,1	29,3	40,7	40,9	40,7
Saknas	0,4	1,1	1,3	0,3	0,3	0,3
Ingen kronisk diagnos	81,2	58,1	70,6	82,6	83,0	82,6
1 kronisk diagnos	15,4	22,3	16,7	14,6	14,3	14,6
2 kroniska diagnoser	2,6	10,7	6,9	2,2	2,1	2,2
3 kroniska diagnoser	0,6	5,2	3,2	0,5	0,4	0,5
4 kroniska diagnoser	0,2	2,2	1,3	0,1	0,1	0,1
5 kroniska diagnoser	0,0	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0
6 kroniska diagnoser	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0
7+ kroniska diagnoser	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Saknas		0,3	0,4			



Tabell 8. Fördelning av bakgrundsvariabler på vårdkontaktnivå för digitalanvändare och kontrollgrupp 1 före och efter matchning.

	Digital- användare n= 208 703	Kontrollgrupp 1 Användare av fysisk vård n= 2 626 241	Matchade digital- användare n= 186 157	Matchad kontrollgrupp 1 n= 363 720
Diagnoskapitel för indexbesök				
A00–B99 Infektions- och parasitsjukdomar	8,6	4,0	7,3	7,2
C00–D49 Tumörer	1,0	1,3	1,0	1,0
E00–E89 Endokrina sjukdomar	1,5	5,9	1,5	1,4
F01–F99 Psykiska sjukdomar	5,9	5,8	6,0	6,0
G00–G99 Sjukdomar i nervsystemet	1,6	1,9	1,6	1,6
H00–H59 Sjukdomar i ögat	2,5	1,5	2,5	2,5
H60–H95 Sjukdomar i örat	3,7	3,8	3,9	3,9
I00–I99 Cirkulationsorganens sjukdomar	1,3	9,1	1,3	1,3
J00–J99 Andningsorganens sjukdomar	17,9	11,7	19,2	19,5
K00–K95 Matsmältningsorganens sjukdomar	2,6	3,0	2,5	2,4
L00–L99 Hudens sjukdomar	9,9	5,8	9,7	9,6
M00–M99 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet	6,5	11,7	6,9	6,9
N00–N99 Sjukdomar i urin- och könsorganen	5,8	3,9	5,5	5,5
R00–R99 Symtom som ej klassificeras annorstädes	15,4	15,8	16,1	16,2
S00–T88 Skador, förgiftningar och andra yttre orsaker	4,6	4,6	4,1	4,0
Z00–Z99 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet	8,1	7,1	7,9	7,9
Övriga tillstånd	0,7	1,0	0,5	0,5
Saknas	2,4	2,3	2,6	2,7
Tidpunkt för vårdkontakt				
1 januari–30 juni	44,1	52,4	45,4	45,4
1 juli–31 december	55,9	47,6	54,6	54,6
Primärvårdskontakt före				
Ingen vårdkontakt 30 dagar före	85,9	87,5	87,9	88,5
Vårdkontakt 30 dagar före	14,1	12,5	12,1	11,5

Digitalanvändare gjorde i genomsnitt färre läkarbesök 2015 än kontrollgrupp 1 som baseras på användare av fysisk vård, men fler än kontrollgrupp 2 som baseras på befolkningen (tabell 9). Detta stämmer med de föregående avsnittens resultat om rörelser mellan vårdutnyttjandeprofiler. Kontrollgrupp 1 ökade sin konsumtion av fysiska läkarbesök mellan 2015 och 2018, medan både digitalanvändare och kontrollgrupp 2 minskade konsumtionen. Sett till totala antalet läkarbesök, både fysiska och digitala, ökade digitalanvändarna sin konsumtion mest av de tre grupperna. Det är också digitalanvändarna som gjorde flest läkarbesök 2018. Det innebär dock inte att de är högkonsumenter sett till systemet som helhet utan i jämförelse med de matchade kontrollgrupperna.

Tabell 9. Förändring över tid av antal fysiska och digitala läkarbesök i primärvården för digitalanvändare (n = 186 157) och matchade kontrollgrupper av användare av endast fysiska besök (n = 363 720) och befolkningen (n = 372 314).

	Före-period (2015)	Efter-period (2018)	Förändring
Digitala läkarbesök			
Digitalanvändare	0,00	1,39	1,39
Matchad kontrollgrupp 1 – användare av fysisk vård	0,00	0,00	0,00
Matchad kontrollgrupp 2 – befolkningen	0,00	0,00	0,00
Fysiska läkarbesök			
Digitalanvändare	1,51	1,37	-0,14
Matchad kontrollgrupp 1 – användare av fysisk vård	1,68	2,56	0,88
Matchad kontrollgrupp 2 – befolkningen	1,21	1,03	-0,18
Totalt antal läkarbesök			
Digitalanvändare	1,51	2,76	1,25
Matchad kontrollgrupp 1 – användare av fysisk vård	1,68	2,56	0,88
Matchad kontrollgrupp 2 – befolkningen	1,21	1,03	-0,18

4.5.2 Med användare av fysisk vård som jämförelse utgör ett av fyra digitala besök ny konsumtion

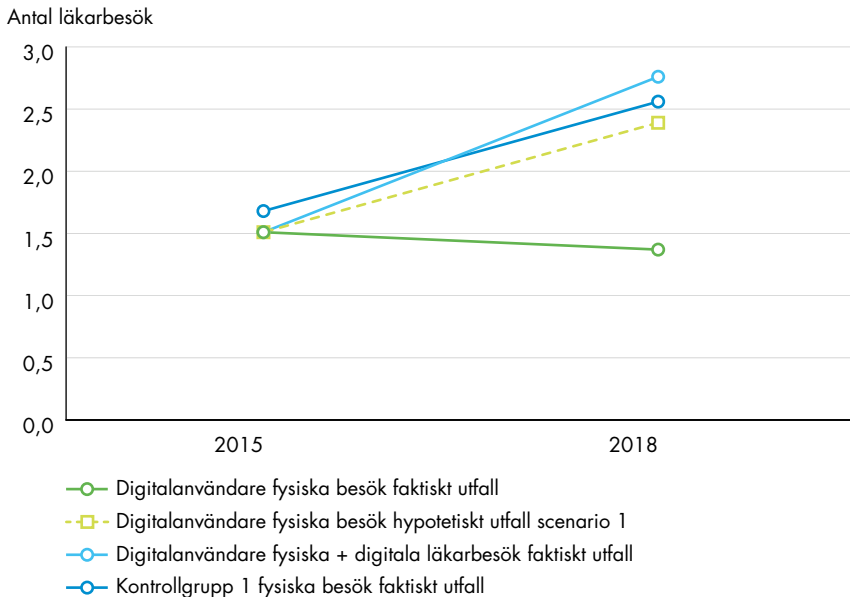
För att avgöra i vilken utsträckning digitala besök ersätter fysiska besök i primärvården behöver man se till vilken nivå digitalanvändarnas vårdkonsumtion hade legat på om digital vård inte hade funnits. Vi utgår ifrån två hypotetiska scenarier. I det första antar vi att digitalanvändarnas



vårdkonsumtion hade följt samma trend 2015–2018 som den för kontrollgrupp 1, användarna av fysiska besök. I det andra scenariot antar vi i stället att konsumtionen hade följt trenden för kontrollgrupp 2, som baseras på befolkningen.

Figur 36 visar det genomsnittliga antalet läkarbesök per person för digitalanvändare och kontrollgrupp 1 i det faktiska utfallet och i det första hypotetiska jämförelsescenariot. De heldragna linjerna visar den faktiska utvecklingen för de två grupperna. Den streckade gröna linjen visar det hypotetiska utfallet som baseras på antagandet att digitalanvändarnas konsumtion av läkarbesök skulle ha följt samma utveckling som för kontrollgrupp 1, om det inte fanns någon digital vård. Enligt det antagandet skulle antalet fysiska läkarbesök vara 2,39 i stället för 1,37 som var det faktiska utfallet för digitalanvändarna 2018. Detta innebär att det faktiska utfallet för digitalanvändarna är 1,02 fysiska läkarbesök färre än i det hypotetiska scenariot. Om vi ställer det i relation till antalet digitala besök för gruppen, det vill säga 1,39 besök, ser vi att tillskottet av digitala besök är större än minskningen av fysiska besök. Det framgår också av diagrammet att det totala faktiska utfallet (fysiska + digitala) är fler läkarbesök än den skattade nivån i det hypotetiska scenariot.

Figur 36. Genomsnittligt antal läkarbesök per person för digitalanvändare och kontrollgrupp 1 (baserad på användare av fysiska besök), i det faktiska utfallet och i det första hypotetiska jämförelsescenariot.



Den skattade minskningen av fysiska besök dividerad med ökningen av fysiska besök blir 1,02 / 1,39 och det ger en avlastningsgrad på 0,74. Med andra ord är en fjärdedel av de digitala läkarbesöken nya besök medan tre fjärdedelar ersätter fysiska läkarbesök i primärvården, baserat på analysens antagande. Det är dock ett starkt antagande och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Digitalanvändarna liknar kontrollgruppen utifrån de variabler som vi kan kontrollera för, såsom ålder, kön och diagnos, men vi kan ändå anta att digitalanvändarna är mindre sjuka. Den höga tillgängligheten i digital vård och frånvaron av barriärer såsom restid och reskostnad leder sannolikt till besök i digital vård som inte hade genomförts om bara fysisk vård hade funnits tillgänglig. Antagandet att digitalanvändarnas konsumtion helt skulle följa kontrollgruppens ger sannolikt en överskattning av vårdkonsumtionen i det hypotetiska jämförelsealternativet.

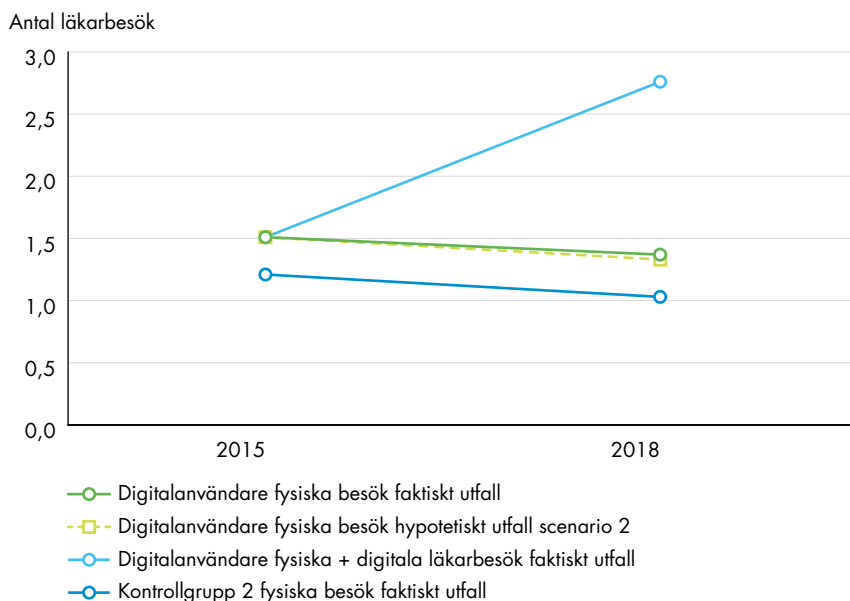
4.5.3 Med befolkningen som jämförelse utgör alla digitala besök ny konsumtion

Som ett alternativt hypotetiskt scenario utgår vi ifrån att digitalanvändarnas konsumtion i stället hade utvecklats på samma sätt som för befolkningen i stort, i frånvaro av digitala besök. I detta fall utgår vi ifrån kontrollgrupp 2, som baseras på befolkningen och som är matchad för att likna digitalanvändarna utifrån bakgrundsvariablerna ålder, kön, utbildningsbakgrund och region. Figur 37 redovisar utfallet enligt detta scenario.

Som figur 37 visar ligger den hypotetiska vårdkonsumtionen för digitalanvändarna lägre än det faktiska utfallet för fysiska läkarbesök. Det innebär att digitala besök inte ersätter fysiska läkarbesök överhuvudtaget utifrån antagandet i detta jämförelsealternativ. I jämförelse med det hypotetiska utfallet leder digital vård i stället till fler fysiska läkarbesök än vad som hade varit fallet utan digital vård. Även denna skattning är dock behäftad med en selektionsproblematik; vi jämför digitalanvändare, som har sökt och fått vård, med befolkningen som till stor del består av individer utan något vårdbehov. Därför kan vi anta att den skattade nivån på antalet läkarbesök är underskattad i det hypotetiska scenariot, och därmed också avlastningspotentialen i detta fall.



Figur 37. Genomsnittligt antal läkarbesök per person för digitalanvändare och kontrollgrupp 2 (baserad på befolkningen), i det faktiska utfallet och i det andra hypotetiska jämförelsescenariot.



4.5.4 Hur förhåller sig våra resultat om avlastning till tidigare forskning?

Analysen leder till olika slutsatser om i vilken utsträckning digitala besök kan ersätta fysiska besök, beroende på om vi jämför digitalanvändarna med befolkningen eller med användare av fysisk vård. Därför är det intressant att undersöka vad tidigare forskning har kommit fram till.

Få tidigare studier i svensk kontext

Vi har endast identifierat en annan studie i svensk kontext som jämför digitalanvändare med hela befolkningen, det vill säga även dem som inte har gjort något vårdbesök. I studien analyserar Ellegård och Kjellson (2019) om digitala användare använt lika mycket traditionell vård som andra invånare i Skåne, januari 2016 – oktober 2018. Studiepopulationen består av ett slumpmässigt urval om cirka 250 000 vuxna individer, varav 8 802 individer (3,5 procent av studiepopulationen) använde digital vård minst en gång.

I linje med våra resultat finner studien att digitalanvändare hade fler primärvårdskontakter än befolkningen redan 2013–2015, alltså åren innan digital vård introducerades. De två grupperna skiljde sig även åt när det gäller demografi och tidigare diagnoser.

För att göra grupperna mer jämförbara skattar författarna sambandet mellan digitala besök och fysiska besök med hjälp av regressionsanalyser. I två av modellerna jämförs varje individ med sig själv före och efter introduktionen av digitala besök. På så sätt beaktar analysen alla icke-observerbara skillnader som är bestående över tid mellan grupperna. För att ytterligare öka jämförbarheten mellan grupperna gör författarna även en viktad analys. Den innebär att fysiska användare som liknar digitalanvändarna – sett till bland annat demografi, socioekonomiska förutsättningar, tidigare vårdkonsumtion och sjukdomshistorik – får större vikt i jämförelsen. Enligt den viktade jämförelsen, som författarna håller som mest tillförlitlig, är varje digitalt besök förknippat med 0,46 ytterligare fysiska primärvårdsbesök varav 0,12 besök till läkare, dock inga ytterligare akutbesök.

Nästan oberoende av modell, kontakttyp eller yrkeskategori var slutsatsen att de digitalanvändarna använde minst lika mycket fysisk primärvård som icke-användarna under 2016–2018. Resultaten är i linje med våra resultat när vi jämför digitalanvändare med befolkningen.

Att jämföra digitalanvändare med befolkningen medför dock stora selektionsproblem: digitalanvändare, som har sökt och fått vård, jämförs med individer som kanske inte har något vårdbehov alls. Troligen innebär det att man underskattar de digitala besökens potential att ersätta fysiska besök. I Ellegård m.fl. (2021) används en metod som inte ger samma problem, men som begränsar analysen till 19–20-åringar i Västra Götaland och Stockholm. Författarna finner att uppemot hälften av de digitala besöken ersätter fysiska besök i primärvården för dessa individer. Dessa resultat stämmer bättre med våra skattningar när vi jämför fysiska och digitala användare.

Låg avlastningsgrad i internationella studier

Internationella registerbaserade studier tyder på att digitala besök ersätter fysiska i lägre utsträckning än vad våra resultat visar. I en brittisk studie analyserade Newbould m.fl. (2017) effekten av ett arbetssätt där alla patienter var tvungna att göra ett telefonbesök med en läkare, innan ett fysiskt besök bokades in. Totalt ingick 147 vårdcentraler. Med det nya arbetssättet minskade antalet fysiska besök med i genomsnitt 38 procent. Däremot ökade telefonkonsultationerna och blev 12 gånger fler än innan. Det var dock stor variation mellan mottagningarna, där arbetsbördan minskade för vissa, medan den ökade för andra. En svaghet med studien är att den inte jämför hur patienternas vårdkonsumtion utvecklades på vårdcentraler som inte hade implementerat det nya arbetssättet. Därför går det inte att utesluta att förändringen beror på något annat än det nya arbetssättet. Tolkningen av studieresultaten försvåras även av att flera



vårdcentraler mer eller mindre frångick kravet på ett telefonbesök innan man bokade ett fysiskt besök.

I amerikansk kontext studerade Ashwood m.fl. (2017) effekten av en nationell nätläkartjänst, och fann att endast cirka vart tionde digitalt besök ersätter ett fysiskt besök för övre luftvägsinfektion. Andra studier tyder på att de digitala besöken till och med skulle kunna öka konsumtionen av fysiska besök eller att konsumtionen förblir oförändrad (Bavafa m.fl. 2018, North m.fl. 2014, Pearl 2014). I en av dessa studier analyserade Bavafa m.fl. (2018) effekten av att erbjuda digitala vårdbesök som en del av det ordinarie utbudet, vid nio vårdcentraler i USA. Författarna finner att introduktionen av digitala besök ökade vårdkonsumtionen per patient från 0,16 besök till 0,17 besök i månaden, vilket motsvarar en ökning med 6 procent. Ytterligare en slutsats var att ökningen skedde på bekostnad av nya patienter; läkarna accepterade omkring 15 procent färre nya patienter varje månad efter att det digitala alternativet hade införts. Till nya patienter räknades de som inte haft något fysiskt eller digitalt besök eller någon telefonkontakt under de senaste två åren.

Enkätundersökningar ger en lite annan bild

Flera enkätstudier tyder i stället på att digitala vårdbesök har stor potential att ersätta fysiska besök. Man har bland annat frågat patienter om vad de hade gjort om det digitala alternativet inte hade funnits, och endast 7–16 procent svarade att de inte skulle ha sökt någon annan vård (Liaw m.fl. 2019, Lovell m.fl. 2021, Martinez m.fl. 2018, McGrail m.fl. 2017, Rastologi m.fl. 2020, Nord m.fl. 2019). Samtidigt är det viktigt att betona att validiteten i enkätstudierna kan vara bristfällig av flera skäl. För det första finns en risk för att patienter besvarar enkätfrågor på ett visst sätt för att rationalisera sina val eller för att ge en fördelaktig bild av sig själva, så kallade socialt önskvärda svar (King och Bruner 2000, Ellegård och Kjellson 2019). För det andra har majoriteten av studierna metodologiska brister. Några bygger på ett litet urval och andra studier har låg svarsfrekvens, med risk för felkällor på grund av stora bortfall.

Svårt att överföra internationella resultat till svensk kontext

Även om graden av utbytbarhet skattas olika i olika studier är de samstämmiga i att digitala besök ökar den totala konsumtionen. Det finns dock begränsat med forskning om i vilken utsträckning som digitala besök kan ersätta fysiska, och majoriteten av studierna är genomförda i USA. I praktiken är det tveksamt om resultaten från de internationella studierna

kan överföras till svensk kontext. En utmaning för generaliserbarheten är att vårdkonsumtionen varierar mycket mellan olika länder. I Sverige är det genomsnittliga antalet läkarbesök i primärvården lägre än i många andra OECD-länder. Tillgången till digitala besök är å andra sidan hög. Det gör att digitalanvändare kan förväntas vara i genomsnitt friskare än användare av fysisk vård.

I länder där tillgängligheten till fysiska besök är högre än i Sverige kan vi förvänta oss att digitala och fysiska användare är mer lika varandra. Ju mer lika patientgrupperna är varandra (i sitt akuta vårdbehov), desto mer sannolikt blir grundantagandet som många studier vilar på, att digitalanvändares vårdkonsumtion hade följt samma trend som för användare av fysiska besök om de inte hade haft tillgång till digitala besök. Vi räknar med att avlastningen överskattas när vi använder användare av fysisk vård som jämförelsealternativ (vilket gör att vi även skattar ett scenario med befolkningen som jämförelse), men överskattningen skulle sannolikt vara lägre om tillgängligheten i primärvården var högre i grunden. Skillnaden i tillgänglighet till den fysiska primärvården skulle delvis kunna förklara att den skattade avlastningen är lägre i studier från länder med hög tillgänglighet (även om den sanna potentiella avlastningen faktiskt skulle kunna vara högre).

Ett annat problem med att överföra resultaten är att merparten av studierna fokuserar på en utförare som vanligen erbjuder både digitala och fysiska vårdtjänster för den vuxna befolkningen inom ett geografiskt avgränsat område. Alla de registerbaserade studierna bygger på longitudinella data och vi bedömer att de håller hög metodologisk kvalitet. Som regel bygger de även på jämförelser mellan digitala användare och icke-användare, med kontroll för konstanta skillnader mellan grupperna. Liksom i våra analyser finns dock en risk för skillnader mellan digitalanvändarna och icke-användarna som inte är konstanta över tid, och som snedvrider resultaten. Framför allt vet vi inte hur allvarlighetsgraden inom en och samma diagnos skiljer sig åt mellan grupperna. Vid jämförelsen mot befolkningen finns en risk för att digitalanvändarna är sjukare, och skulle ha konsumerat mer vård även om det digitala alternativet inte funnits. När det gäller jämförelsen mot fysiska användare finns i stället risk för att digitalanvändare är friskare, och att de i högre grad liknar dem som inte söker vård. Det skulle i sin tur resultera i att vi överskattar avlastningen.



4.6 VÅRDKONSUMTION I NÄRA ANSLUTNING TILL DIGITALA OCH FYSISKA BESÖK

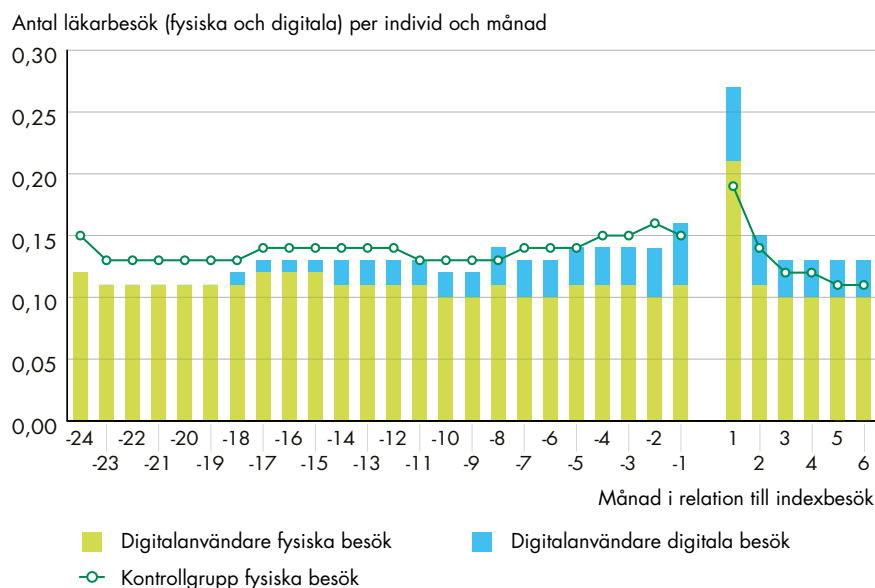
I detta avsnitt undersöker vi vårdkonsumtionen med utgångspunkt i ett digitalt och ett fysiskt indexbesök och följer antalet läkarbesök i direkt anslutning till indexbesöket. Resultaten visar att digitala besök leder till fler efterföljande besök än fysiska besök, särskilt under den första månaden efter besöket.

4.6.1 Uppföljande besök på medellång sikt

För att undersöka hur vårdkonsumtionen utvecklas efter ett digitalt respektive ett fysiskt besök utgår vi ifrån de individer bland digitalanvändarna, och de matchade individerna ur kontrollgrupp 1, som gjorde ett läkarbesök under den första halvan av 2018. För dessa grupper redovisar vi, månad för månad, den totala vårdkonsumtionen av läkarbesök inom primärvården både före och efter besöken. Ett slumpmässigt utvalt besök per individ inkluderas i analysen, och urvalet består av 84 456 digitala indexbesök och 165 304 fysiska indexbesök.

Som figur 38 visar har individer som gör ett digitalt läkarbesök, i jämförelse med kontrollgruppen, en något lägre vårdkonsumtion fram till strax före besöket. Från och med en månad före, och under uppföljningsperioden efter besöket, är däremot vårdkonsumtionen högre för digitalanvändarna. Det är framför allt under den första månaden efter besöket som antalet vårdkontakter skiljer sig åt mellan grupperna.

Figur 38. Antal läkarbesök (digitala och fysiska) per individ, per månad före och efter ett digitalt (n = 84 456) respektive ett fysiskt indexbesök (n = 165 304). Alla diagnoser.



4.6.2 Uppföljande besök på kort sikt

För att närmare undersöka antalet efterföljande besök i anslutning till digitala respektive fysiska besök på kort sikt har vi valt ut de tio mest förekommande diagnoserna i digital vård, på treställig nivå, och undersökt förekomsten av efterföljande besök 3 dagar, 7 dagar och 21 dagar efter indexbesöket. Vi utgår ifrån samma studiepopulation som ovan och inkluderar alla digitala och fysiska läkarbesök som ägde rum i någon av de fem analysregionerna under det första halvåret 2018. Matchningen har utgått ifrån samma kriterier som tidigare, men vi har rensat bort alla kontakter som föregicks av ett annat läkarbesök under 30-dagarsperioden före besöket. Det totala urvalet består av 23 581 digitala indexbesök och 47 055 fysiska indexbesök. För de efterföljande besöken har vi inkluderat alla fysiska och digitala läkarbesök som ägde rum inom de olika uppföljningsperioderna, oavsett vilken diagnos som angavs vid det efterföljande besöket. Det finns därmed en risk för att vi även fångar besök som är helt orelaterade till den initiala kontakten. Den risken bör dock vara densamma för båda grupperna och därmed inte snedvrider resultaten i någon riktning. Valet att inkludera alla typer av kontakter beror på att den första (eller andra) diagnosen kan vara felaktig eller felregistrerad, och den påföljande undersökningen kan mynna ut i en annan diagnos.

Tabell 10 visar genomsnittligt antal besök per uppföljningsperiod och andel av individerna som gjorde minst ett uppföljningsbesök inom respektive period. Det framgår exempelvis att digitalanvändarna med diagnosen J06, övre luftvägsinfektion, gjorde sju besök per 100 individer (0,07 besök per person) inom uppföljningsperioden tre dagar. Det kan jämföras med gruppen med fysiska besök, som gjorde tre uppföljande besök per 100 individer (0,03 besök per person) inom tre dagar. Andelen individer som gjorde ett besök inom uppföljningsperioden var 6 procent för digitalanvändarna och 3 procent bland icke-digitalanvändarna.

För alla diagnoser och för alla uppföljningsperioder ledde digitala besök till fler uppföljningsbesök än fysiska besök. Den relativa skillnaden i antal uppföljningsbesök var störst vid den kortaste uppföljningsperioden, 3 dagar. Bland uppföljningsbesöken dominerade de fysiska besöken. Det finns inte några stora skillnader i sannolikheten för uppföljningsbesök mellan de olika diagnoserna. Den relativa skillnaden i antal uppföljningsbesök efter tre veckor var som minst för N30, urinvägsinfektion. Efter tre veckor var det 27 procent fler uppföljningsbesök för digitala indexbesök med denna diagnos i jämförelse med fysiska indexbesök. Den relativa skillnaden var som störst för Z03, medicinsk observation och bedömning, och M79, sjukdomstillstånd



Tabell 10. Genomsnittligt antal besök och andel individer med minst ett uppföljningsbesök per uppföljningsperiod, de tio vanligaste diagnoserna i digital vård, uppdelat på om indexbesöket var digitalt eller fysiskt.

Diagnos	Uppföljningsperiod	Antal indexbesök		Genomsnittligt antal besök per uppföljningsperiod (varav digitala)		Andel individer med uppföljningsbesök (andel med digitala uppföljningsbesök)	
		Digitala indexbesök	Fysiska indexbesök	Digitala indexbesök	Fysiska indexbesök	Digitala indexbesök	Fysiska indexbesök
Övre luftvägsinfektion (J06)	3 dagar	6 015	12 021	0,07 (0,01)	0,03	6 % (1 %)	3 %
	7 dagar			0,11 (0,02)	0,06	10 % (2 %)	6 %
	21 dagar			0,20 (0,04)	0,14	16 % (4 %)	12 %
Akut tonsillit (J03)	3 dagar	2 680	5 354	0,07 (0,01)	0,03	7 % (1 %)	3 %
	7 dagar			0,11 (0,02)	0,06	11 % (2 %)	6 %
	21 dagar			0,21 (0,04)	0,14	18 % (4 %)	12 %
Medicinsk observation och bedömning (Z03)	3 dagar	2 392	4 770	0,07 (0,01)	0,02	7 % (1 %)	2 %
	7 dagar			0,11 (0,02)	0,05	10 % (2 %)	4 %
	21 dagar			0,21 (0,05)	0,13	18 % (4 %)	11 %
Hosta (R05)	3 dagar	2 260	4 510	0,07 (0,01)	0,02	6 % (1 %)	2 %
	7 dagar			0,11 (0,02)	0,05	10 % (2 %)	5 %
	21 dagar			0,20 (0,04)	0,13	16 % (4 %)	12 %
Cystit (N30)	3 dagar	2 179	4 348	0,04 (0,01)	0,02	4 % (1 %)	2 %
	7 dagar			0,09 (0,02)	0,05	8 % (2 %)	5 %
	21 dagar			0,18 (0,04)	0,14	15 % (4 %)	13 %

Tabell 10. (forts.)

Diagnos	Uppföljningsperiod	Antal indexbesök		Genomsnittligt antal besök per uppföljningsperiod (varav digitala)		Andel individer med uppföljningsbesök (andel med digitala uppföljningsbesök)	
		Digitala indexbesök	Fysiska indexbesök	Digitala indexbesök	Fysiska indexbesök	Digitala indexbesök	Fysiska indexbesök
Sjukdomstillstånd i mjukvävnader (M79)	3 dagar	1 767	3 524	0,07 (0,01)	0,02	7 % (1 %)	2 %
	7 dagar			0,13 (0,02)	0,05	11 % (2 %)	5 %
	21 dagar			0,24 (0,04)	0,15	19 % (4 %)	13 %
Snuva (J30)	3 dagar	1 730	3 447	0,04 (0,01)	0,02	4 % (1 %)	1 %
	7 dagar			0,09 (0,02)	0,04	8 % (2 %)	4 %
	21 dagar			0,15 (0,04)	0,10	13 % (4 %)	9 %
Smärtor från buk och bäcken (R10)	3 dagar	1 576	3 146	0,07 (0,01)	0,02	7 % (1 %)	2 %
	7 dagar			0,12 (0,02)	0,06	11 % (2 %)	5 %
	21 dagar			0,22 (0,04)	0,15	19 % (4 %)	13 %
Binjurneinflemmation (H10)	3 dagar	1 546	3 073	0,05 (0,01)	0,02	5 % (1 %)	2 %
	7 dagar			0,08 (0,02)	0,05	8 % (2 %)	5 %
	21 dagar			0,16 (0,05)	0,12	14 % (4 %)	10 %
Virussjukdom med ospec. lokalisaton (B34)	3 dagar	1 436	2 862	0,09 (0,02)	0,03	9 % (2 %)	3 %
	7 dagar			0,13 (0,03)	0,06	11 % (3 %)	6 %
	21 dagar			0,21 (0,04)	0,14	18 % (4 %)	12 %



i mjukvävnader. Dessa diagnoser ledde under tre veckor till 61 procent fler uppföljningsbesök vid digitala indexbesök i jämförelse med fysiska indexbesök.

I praktiken behöver uppföljningsbesök inte vara något negativt, utan de kan tvärtom spegla att patientens behov och säkerhet tillgodoses. Men en hög förekomst av efterföljande vård kan även indikera att det digitala besöket inte har avhjälpt patientens besvär. För att bättre förstå varför uppföljningen äger rum kan det vara viktigt att skilja på planerade besök och oplanerade besök. Denna distinktion har vi dock inte kunnat göra med dessa data.

4.6.3 Hur förhåller sig våra resultat om uppföljande besök till forskning?

Våra resultat tyder på att digitala besök resulterar i fler uppföljningsbesök än fysiska besök, oberoende av diagnos och uppföljningsperiod. En hög förekomst av efterföljande vård kan indikera att digitala besök inte svarar mot patientens behov.

Vår litteraturstudie tyder emellertid på att detta mönster inte alltid framträder när man jämför digital och fysisk vård. Vi har inte identifierat någon annan svensk studie som jämför andelen besök som resulterar i efterföljande vård. Däremot finner Gabrielsson-Järhult m.fl. (2021) att de flesta digitalanvändarna inte söker någon annan hälso- och sjukvård kort före eller efter sitt digitala besök. Studiepopulationen består av 10 400 patienter som bor i Region Jönköping och gjorde åtminstone ett digitalt besök september 2017 – januari 2019. Endast 1 procent av användarna sökte vård vid en akutmottagning inom 24 timmar efter det digitala besöket, och 3,6 procent gjorde ett besök vid en primärvårdsmottagning inom sju dagar. I våra resultat är denna andel avsevärt högre.

I internationell kontext har vi identifierat 13 artiklar som jämför i vilken utsträckning som digitala respektive fysiska besök resulterar i efterföljande vård. Resultaten är inkonsekventa. Vissa studier tyder på att digitala besök resulterar i mer efterföljande vård än fysiska (Ashwood m.fl. 2017, Hertzog m.fl. 2019, Johnson m.fl. 2019, Penza m.fl. 2020, Shi m.fl. 2018). Andra studier tyder på att förekomsten av eller kostnaden för uppföljningsbesök är mindre bland digitalanvändare eller att det inte finns några påtagliga skillnader mellan besöksformerna (Gordon m.fl. 2017, Lovell m.fl. 2021, Murray m.fl. 2020, Courneya m.fl. 2013, Uscher-Pines och Mehrotra 2014, Tan m.fl. 2017, Mehrotra m.fl. 2013b).

De internationella studierna skiljer sig åt när det gäller vilken typ av besök som följs upp och vilken uppföljningsperiod som studeras. Därför är det svårt att jämföra studieresultaten sinsemellan. Många har dock en uppföljningsperiod om två eller fyra veckor. Dessa studier ger mycket olika resultat när det gäller digitala och fysiska vårdbesök och efterföljande vård. Variationen talar för att utfallet beror på hur den digitala vården implementeras och i vilken kontext, och för vilka tillstånd som besöken erbjuds för.





Uppskattning av kostnad för ett besök i primärvården

Det här kapitlet beskriver och jämför genomsnittskostnader för digitala och fysiska besök. Syftet är att belysa om ett digitalt besök kostar mer eller mindre för hälso- och sjukvården än ett fysiskt, och om de digitala besöken har medfört ökade totalkostnader. Redogörelsen fokuserar i första hand på hälso- och sjukvårdens kostnader och patientavgifter. Det finns andra kostnader som också behöver ingå i en fullständig kostnadseffektivitetsanalys, men de berörs bara översiktligt eftersom det saknas data och är svårare att uppskatta omfattningen av.

Resultaten visar att genomsnittskostnaden är lägre för ett digitalt än ett fysiskt besök. Det innebär inte nödvändigtvis att de digitala besöken är en effektiv användning av resurserna. Det beror också på hur besöken används, såsom i vilken utsträckning det digitala besöket ersätter ett fysiskt. Sammantaget bedömer vi att den meranvändning som de digitala besöken hade inneburit fram till 2020 i stor utsträckning vägs upp av den lägre kostnaden för dem, utifrån dagens ersättningsnivå. Men till följd av trögrörlig finansiering och ersättningen till vårdcentraler menar vi ändå att de digitala besöken har medfört ökade totalkostnader för primärvården. Många av de digitala besöken, som nu ersätts separat, hade kunnat göras inom ramen för befintliga kostnader för vårdcentralerna.

5.1 OLIKA TYPER AV KOSTNADER

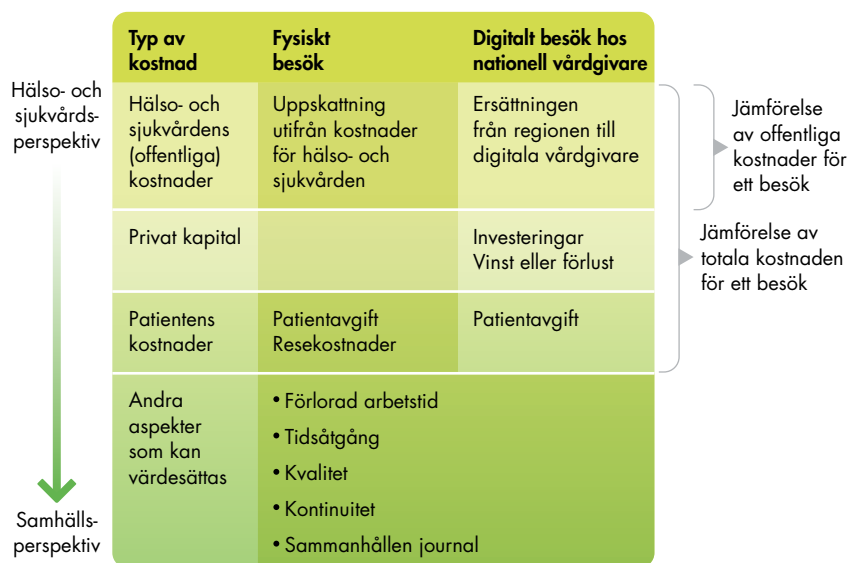
En kostnadsanalys kan anta olika perspektiv, beroende på vilka typer av kostnader som ingår i redogörelsen. Vår redogörelse fokuserar främst på hälso- och sjukvårdens, eller regionernas, kostnader för primärvården och



patientavgifterna. Syftet är att belysa om ett enskilt digitalt besök kostar mer eller mindre för hälso- och sjukvården än ett fysiskt besök på en vårdcentral, och att belysa om de digitala besöken har medfört ökade totalkostnader för hälso- och sjukvården. Vi berör också andra typer av kostnader, men mer översiktligt och genom diskussion snarare än statistik. Det beror främst på datatillgången, för vi bedömer att hälso- och sjukvårdens kostnader, inklusive patientavgift, är den säkraste och mest jämförbara källan. För andra aspekter, såsom patientens resekostnader, tidsåtgång och möjlighet till kontinuitet, krävs många antaganden för att beräkna värdet. I den här analysen har vi därför nöjt oss med att diskutera sådana aspekter, utan att sätta ett monetärt värde på dem.

Figur 39 beskriver kortfattat fyra olika typer av kostnader: hälso- och sjukvårdens kostnader (alternativt regionernas kostnader för hälso- och sjukvård), privat kapital, patientens kostnader och andra aspekter som kan värdesättas. Analysens perspektiv beror på vilka av dessa kostnader som inkluderas – från ett smalare hälso- och sjukvårdsperspektiv till en mer fullständig kostnadsanalys ur ett samhällsperspektiv.

Figur 39. Övergripande beskrivning av olika typer av kostnader och perspektiv.



Det är svårt att redogöra för hur mycket olika former av besök kostar, och jämföra eventuella skillnader mellan dem. När det gäller jämförelser

mellan fysiska besök på en vårdcentral och digitala utomlänsbesök är det en utmaning att verksamheternas kostnader mäts och redovisas på olika sätt. För ett fysiskt besök finns det information om hur mycket det kostar totalt och hur mycket som regionerna står för. När det gäller de digitala besöken är det känt vilken ersättning som de digitala vårdgivarna får per genomfört besök och hur mycket regionerna betalar. Detta gör det möjligt att på ett ungefärligt sätt jämföra hälso- och sjukvårdens kostnader för de olika besökstyperna (se figur 39), inklusive patientavgifter.

För de digitala besöken är däremot de totala produktionskostnaderna inte kända. Utöver ersättning från regionen och via patientavgifter kan det finnas privat investeringskapital som innebär att ersättningen inte nödvändigtvis behöver täcka de totala kostnaderna (på viss sikt). Ersättningen kan i princip också vara högre än de faktiska kostnaderna och därmed bidra till vinst för företagen. Utifrån den offentliga informationen går det alltså inte att uppskatta företagets faktiska kostnader för att tillhandahålla ett digitalt utomlänsbesök.

Andra kostnader är exempelvis resekostnader om patienten gör ett fysiskt besök. Därutöver finns flera aspekter som påverkar patientens upplevelse och nytta av besöket, exempelvis hur mycket tid som det totalt tar i anspråk, kvaliteten i vårdmötet och möjligheten till kontinuitet och sammanhållen journalföring. Sådana aspekter är inte kostnader i sig, men kan i princip värdesättas även om det inte är helt enkelt att göra i praktiken. En kostnadsanalys med ett samhällsperspektiv innebär att man även inkluderar kostnader som uppstår utanför hälso- och sjukvården, exempelvis om arbetstid skulle gå förlorad.

5.2 KOSTNADEN FÖR ETT DIGITALT UTOMLÄNSBESÖK

Ersättningen till de vårdgivare som erbjuder digitala besök har förändrats genom åren (se kapitel 2). Inledningsvis användes ersättningen för ett traditionellt besök i primärvården (2 000 kronor). Sommaren 2019 fattades beslut om att tillämpa följande utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården (SKR 2019):

- 500 kronor för en digital läkarkontakt
- 425 kronor för en digital kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut
- 275 kronor för en digital kontakt med annan legitimerad sjukvårdspersonal.



Ersättningarna inkluderar eventuell patientavgift, så summorna ovan är den totala ersättningen som de digitala vårdgivarna får. De ska även täcka vårdgivarens kostnader för provtagning och medicinsk service i samband med kontakten (SKR 2019).

Ersättningsnivån är ett sätt att se på kostnaden för de digitala besöken. Det är den del av kostnaden som patienten och det offentliga betalar tillsammans. Det finns ingen fullständig information om hur mycket av ersättningen till de digitala vårdgivarna som består av patientavgifter, men av de digitala besök hos *läkare* som gjordes genom Region Jönköping betalades en patientavgift i omkring två tredjedelar av fallen (SKR 2021a).

Den faktiska totala kostnaden för ett digitalt besök behöver inte vara densamma som ersättningen. Kostnaden kan i princip vara både högre och lägre, vilket innebär att den samlade ersättningen till vårdgivaren i sådana fall även inkluderar en vinst eller förlust för vårdgivaren. Med hjälp av en av de digitala vårdgivarna har Ekman (2018) beräknat den genomsnittliga produktionskostnaden, det vill säga vårdgivarens totala kostnader för verksamheten utslaget på alla genomförda besök. Resultatet var omkring 960 kronor. Omkring 900 kronor är också ett belopp som i andra sammanhang har uppgetts för samma vårdgivare som en genomsnittskostnad ur ett produktionsperspektiv (SR 2019).

Denna uppskattning gäller alltså ett av företagen, är några år gammal och kan ha förändrats. Genomsnittskostnaden för ett digitalt besök kan också öka eller minska beroende på hur många besök som genomförs. När samma aktör har fler besök delas de fasta kostnaderna, för exempelvis administrativa system, ledning och support, upp på fler besök och det gör att kostnaden för ett enskilt besök minskar. Men i många fall finns det förstås tröskelvärden för sådana delar av verksamheten: När verksamheten växer över en gräns krävs kanske mer administrativ personal och det ställs högre krav på de administrativa systemen. Även de fasta kostnaderna kan alltså öka på sikt om besöken blir fler.

På kort sikt behöver ersättningen täcka marginalkostnaden, det vill säga de direkta kostnaderna för att tillhandahålla ett ytterligare besök, förutsatt att utrustning och administrativa system redan finns på plats. Men på längre sikt behöver ersättningen motsvara genomsnittskostnaden för att verksamheten ska gå runt ekonomiskt. Då täcker ersättningen de totala kostnaderna för besöket.

5.3 KOSTNADEN FÖR ETT FYSISKT BESÖK

Det finns flera möjliga sätt att uppskatta vad ett fysiskt besök på en vårdcentral kostar i genomsnitt, och olika metoder kan leda till olika svar. Vi har använt två tillgängliga beräkningssätt: kostnaden för en viktad vårdkontakt i primärvården och kostnad per prestation (eller patient, KPP). Inget av måtten är exakt och båda ska ses som uppskattningar.

5.3.1 Kostnad per viktad vårdkontakt

Ett sätt att uppskatta den genomsnittliga kostnaden för ett fysiskt besök är att beräkna kostnad per viktad vårdkontakt. Måttet innebär att kostnaderna för primärvården divideras med antalet genomförda besök, där besöken får olika vikter beroende på typen (mottagningsbesök, hembesök eller distanskontakt) och aktuell yrkeskategori (exempelvis läkare). Viktningsmodellen är utvecklad av SKR och belyser ungefärliga skillnader i resurstyngd mellan de olika besökstyperna.

I vår beräkning har vi använt kostnadsmåttet ”kostnad för primärvården, exklusive kostnader för läkemedel inom läkemedelsförmånen”. Detta kostnadsmått avser att spegla regionens kostnad för att tillhandahålla verksamhet till den egna befolkningen, oavsett i vilken regi verksamheten bedrivs eller vem som finansierar den (RKA 2018). Patientavgifter ingår, och måttet bör alltså i stor utsträckning belysa hälso- och sjukvårdens och patienternas kostnader.

Med detta sätt att räkna kan genomsnittskostnaden för ett fysiskt läkarbesök uppskattas till omkring 1 840 kronor för 2019 (se bilaga 6 för underliggande beräkning). Besök hos andra yrkeskategorier uppskattas till omkring 740 kronor, vilket är en direkt följd av viktningssmodellen där de har en vikt på 0,4 av en läkare ($0,4 * 1\ 840 = 740$).

Baserat på kostnadsuppgifter och antal besök i primärvården för 2020 blir resultatet omkring 2 150 kronor för ett fysiskt läkarbesök, och omkring 860 kronor för andra yrkeskategorier (se bilaga 6). Det är alltså en betydligt högre kostnad än 2019, vilket främst beror på att färre besök genomfördes 2020 än 2019 till följd av pandemin, medan kostnaderna inte minskade. Dessutom ökade antalet distansbesök medan de fysiska minskade, vilket leder till en högre kostnad per viktad vårdkontakt eftersom distansbesöken har en lägre vikt. Det totala antalet besök minskade med knappt 7 procent mellan 2019 och 2020, men antalet *viktade* vårdkontakter minskade med 12 procent.



Beräkningen ger en grov uppskattning av vad ett fysiskt besök kostar i genomsnitt. Metoden innebär alltså att de totala kostnaderna delas med antalet besök. Men i de totala kostnaderna ingår också sådant som görs på en vårdcentral men som inte är direkta besök, exempelvis rådgivning, förebyggande hälso- och sjukvård som inte görs via besök och kontakter med försäkringskassan. Detta innebär att ett besök i primärvården kan låta dyrare än vad det är, eftersom kostnaden också omfattar andra arbetsuppgifter. Dessutom ingår kostnader för lokaler, utrustning, administrativa system och tjänster, och de har fördelats på besöken. Det innebär också att kostnaden för besöket kan innehålla andra delar och arbetssätt än för de digitala besöken. Det är viktigt att komma ihåg när kostnaderna jämförs.

5.3.2 Kostnad per prestation (KPP) i primärvården

Ett annat sätt att uppskatta kostnaden för ett fysiskt besök på en vårdcentral är genom KPP – kostnad per prestation (eller patient). De första nationella principerna för hur KPP ska beräknas gavs ut 2002 och inriktade sig främst på den specialiserade somatiska slutenvården (SKR 2020b). Därefter har beräkningarna successivt utvidgats till att också beröra andra delar av vården, såsom öppen specialiserad vård och psykiatri. Målet är att alla delar av hälso- och sjukvården ska kunna beskrivas med KPP-modellen (SKR 2020b).

Inom primärvården finns regioner som använder KPP, men modellen används inte generellt ännu och de nationella principerna för beräkningar är under utveckling. SKR arbetar med att harmonisera KPP-beräkningarna för primärvården och införa dem i alla regioner. En första datainsamling har gjorts där 12 regioner lämnade in data. Arbetet pågår nu med att kvalitetssäkra data och harmonisera kodningen vidare. Än så länge görs beräkningarna främst för offentliga vårdcentraler.

Vi menar att KPP har potential att bidra med värdefull information om vad ett besök kostar på en vårdcentral. En fördel med måttet är att det ger en mer detaljerad bild av kostnaderna, eftersom de totala kostnaderna fördelas ut på olika aktiviteter. Exempelvis kan kostnaderna separeras mellan vårdpersonalens arbetstid, eventuell medicinsk service som rör besöket (exempelvis kostnader för röntgen och olika provtagningar), administrativ tid som rör besöket och generella kostnader för vårdcentralen i sin helhet. Dessutom kan KPP-beräkningarna visa om kostnaden för besök varierar beroende på diagnos. Om vissa diagnoser kräver kortare besök och mindre medicinsk service än andra syns det genom en lägre kostnad för besök som har en sådan diagnos registrerad på sig. Dessa möjligheter är värdefulla när vi

närmar oss frågan om vad ett besök som liknar det hos en digital vårdgivare kostar att genomföra på en vårdcentral, eftersom det sedan tidigare är känt att vissa diagnoser är vanligare hos de digitala vårdgivarna än på en vårdcentral (se kapitel 2).

Region Östergötland är en av de regioner som länge har använt och utvecklat KPP för primärvården, sedan runt 2007. Vi har tagit del av data från regionens KPP-system för primärvården för 2019 och redovisar siffror därifrån för att få en mer nyanserad diskussion om primärvårdens kostnader.

Beräkningarna görs på vårdcentralsnivå och utgår från vårdcentralens totala kostnader. Målet är att fånga hela produktionskostnaden för vård, och alla kostnader som används för att producera vård ska ingå. Beräkningen utgår alltså från principen ”inga fria nyttigheter” och alla kostnader är utfördelade. Däremot ingår inte exempelvis kostnader som är förknippade med politik, forskning och ren utbildning av läkare (allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring) – sådant som inte ses som en del av vårdproduktionen. Vårdcentralernas totala produktionskostnader fördelas sedan ut på olika vårdkontakter, bland annat besök hos en medarbetare eller ett vårdteam, gruppbesök, hembesök och telefon- och brevkontakter, och på den yrkeskategori som besöket avser. Det är bara de vårdcentraler som drivs i regionens egen regi som ingår. I materialet ingår omkring 40 vårdcentraler, varav några är jourcentraler som har öppet även kvällstid (till klockan 22) och helger. Därtill finns omkring 10 privata vårdgivare i primärvården i Region Östergötland, som alltså inte ingår i materialet.

Besök hos läkare

Tabell 11 sammanfattar informationen om fysiska läkarbesök som går att utläsa ur regionens KPP-data. Kostnaden för läkarens tid är enligt beräkningarna i genomsnitt 1 469 kronor. I denna post ingår själva besökstiden och några minuters för- och efterarbete, men också tid som läkaren lägger på exempelvis möten och utbildningar som görs på arbetstid. Även arbetsgivaravgifter och sociala avgifter ingår. Kostnaden för själva besökstiden särredovisas alltså inte från dessa andra aktiviteter, utan allt har lagts samman i en total kostnad för läkarens tid. Även hyrläkare ingår i posten. Det innebär att läkartiden kan framstå som kostsam, men det beror alltså inte bara på läkarens direkta arbetstid med besöket utan också på indirekta uppgifter. Tidskostnaden för besöket innehåller alltså delar och arbetssätt som kanske inte är aktuella för de digitala besöken, ifall läkare på en vårdcentral har fler indirekta arbetsuppgifter än läkare hos en digital vårdgivare. Det är viktigt att komma ihåg när kostnaderna jämförs. Även om



KPP-systemet är mer detaljerat än måttet kostnad per viktad vårdkontakt är det alltså fortfarande en grov uppskattning där inte alla aktiviteter sårredovisas. Däremot finns posten indirekta kontakter sårredovisad (se längre ner i texten).

Tabell 11. Genomsnittlig kostnad per mottagningsbesök hos läkare enligt KPP för primärvården i Region Östergötland, 2019.

	Genomsnittlig kostnad per besök (kronor)	Andel av besöken där kostnaden uppstår (procent)
Läkarbesök	1 469	100
OH-kostnader	186	100
Labbanalyser	265	97
Läkemedel (rekvisition)	16	97
Läkemedel (förskrivning)	1 366	97
Indirekta kontakter	274	77
Patientspecifikt operationsmaterial	50	42
Immunologiska undersökningar	2	38
Röntgen	1 629	12
Fysiologiska undersökningar	533	14
Hjälpmedel	9	3
Sjukvårdande behandling	811	Mindre än 1
Åtgärder (anestesi, IVA, postoperativa åtgärder)	3 277	Mindre än 1

Not: Utöver de poster som redogörs för i tabellen finns också tre poster av mer beräkningsteknisk karaktär som vi väljer att inte redovisa här: kalkyldiffar, en justeringspost för utbildningsåtagande för AT- och ST-läkare och verksamhetsspecifika undersökningar bestående av ett antal bentiethetsmätningar som vissa vårdcentraler hade i uppdrag att göra. De har fördelats ut på en stor mängd besök i stället för endast de som var berörda, och medför därför en liten kostnad om 8 kronor på en stor del av besöken.

För varje besök tillkommer 186 kronor för vårdcentralens gemensamma kostnader (OH-kostnader). För de flesta besök tillkommer även kostnader för labbanalyser och läkemedel. Labbanalyser kostar i genomsnitt 265 kronor, och förskrivningsläkemedel kostar i genomsnitt 1 366 kronor (men denna kostnad ersätts senare av ett statligt läkemedelsbidrag).

Därutöver finns ytterligare aktiviteter och åtgärder som kopplas till besöken i olika utsträckning. I 77 procent av besöken blir det aktuellt med indirekta kontakter, såsom telefon- eller brevuppföljning, journalanteckningar eller vidare kontakt eller konsultation med annan

specialist, och de kostar då i genomsnitt 274 kronor. Röntgen kostar förhållandevis mycket (1 629 kronor) och förekommer i drygt 10 procent av fallen. Åtgärder inom anestesi och intensivvård samt postoperativa åtgärder har en hög kostnad (3 277 kronor), men förekommer sällan.

Kostnaden för ett läkarbesök i primärvården består alltså av en form av grundkostnad som i genomsnitt är 1 655 kronor (kostnaden för läkarens tid i besök och andra uppgifter och OH-kostnader). Därutöver beror besökets totala kostnad på vad som görs i samband med besöket och vad det för med sig i form av läkemedel och undersökningar. Den totala genomsnittliga kostnaden för ett besök blir 3 634 kronor, när hänsyn tas till alla kostnadsposter och till hur vanligt förekommande de är.

Kostnad för läkartiden beroende på diagnos

KPP-datan ger också information om hur kostnaderna för besöken skiljer sig åt beroende på diagnos. Beräkningen utgår inte från diagnosen i sig, utan det är egenskaper såsom nybesök eller återbesök och aktuell mottagning (exempelvis minnesmottagning, diabetesmottagning eller psykisk ohälsa) som påverkar kostnaden. Det har även inverkan om besöket är ett enskilt mottagningsbesök, ett team- eller gruppbesök eller ett hembesök, men här fokuserar vi endast på enskilda mottagningsbesök. Verksamheterna tillfrågas hur tidsåtgången påverkas av dessa faktorer och utifrån det skapas modellen. Tidsåtgången, och därmed kostnaden, kan skilja sig åt mellan olika vårdcentraler om de har uppskattat att olika typer av besök tar olika lång tid. Det kan exempelvis bero på arbetssätt och patientunderlag. Typen av besök matchas sedan till information om patienten, såsom ålder, kön och registrerad diagnos. På så vis går det också att få information om hur kostnaderna skiljer sig åt beroende på diagnos, även om diagnosen i sig inte är en komponent i hur kostnaderna fördelas.

Ett besök där en viss diagnos registreras kan alltså vara mer kostsamt än besök som rör en annan, exempelvis för att den diagnosen ofta inkluderar nybesök eller hanteras i en mottagning där besöken har uppskattats ta längre tid, eller för att den kräver fler prover, röntgen eller mer kostsamma läkemedel. I informationen från Region Östergötland framgår exempelvis att hjärtsvikt och ischemiska hjärtsjukdomar hör till de mer kostsamma diagnoserna att hantera i primärvården, medan skador och förgiftning är mindre kostsamma – sett till läkarens tidskostnad. Det finns enskilda diagnoser som förknippas med en kostnad på under 600 kronor och andra som kostar över 2 000 kronor, även om det vanligaste är 1 200–1 800 kronor.



Detta är intressant att undersöka lite närmare eftersom det sedan tidigare är känt att diagnospanoramata för digitala utomlänsbesök skiljer sig från det för fysiska besök. Genom att undersöka kostnaderna för läkarbesök som rör olika diagnoser kan vi belysa om det möjligen är så att de diagnoser som är vanligast hos de digitala vårdgivarna också är mindre kostsamma på en vårdcentral.

Vi har därför tagit fram information om kostnaderna för fysiska besök för de vanligaste diagnoserna hos digitala vårdgivare (se tabell 12). Kostnaden här avser läkartiden och inkluderar inte OH-kostnader eller kostnader för eventuella ytterligare insatser som är förknippade med besöket.

Den vanligaste enskilda diagnosen som registrerades vid besök hos de digitala vårdgivarna 2018 var ospecificerad akut övre luftvägsinfektion, följt av icke specificerade hudutslag och hosta. Kostnaden för ett fysiskt läkarbesök för dessa tre diagnoser är runt 1 300–1 400 kronor, det vill säga något lägre än genomsnittet för samtliga diagnoser men inte i det nedre spannet. Detsamma gäller de övriga sju diagnoser som är vanligast hos de digitala vårdgivarna. Kostnaden för ett fysiskt besök för dem är cirka 1 200–1 500 kronor enligt KPP i Region Östergötland.

Tabell 12. Genomsnittlig kostnad för läkartid i fysiska besök enligt KPP för primärvården i Region Östergötland, 2019, för de 10 vanligaste diagnoserna hos digitala vårdgivare.

Diagnos	Andel (%) av digitala besök	Andel (%) av fysiska besök	Kostnad enligt KPP Region Östergötland (kronor)
Akut övre luftvägsinfektion, ospec. (J069)	8,1	3,2	1 314
Icke specificerade hudutslag (R219)	3,8	0,5	1 442
Hosta (R059)	3,7	1,2	1 454
Urinvägsinfektion (N300)	3,4	0,8	1 246
Springmaskinfektion (B809)	3,1	0,0	1 364
Svinkoppor (L010)	2,3	0,2	1 327
Förnyelse av recept (Z760)	2,2	0,4	1 527
Eksem, ospec. (L309)	2,0	0,6	1 457
Akut halsfluss, ospec. (J039)	1,7	0,5	1 258
Ytlig skada på icke spec. kroppsregion (T140)	1,7	0,2	1 295
Summa	32,0	7,6	

Not: Andel av fysiska besök avser mottagningsbesök hos läkare 2018 i någon av de fem ingående regionerna (Jönköping, Norrbotten, Stockholm, Skåne och Västra Götaland), se bilaga 1 för beskrivning av datamaterialet. Andel av digitala besök avser digitala utomlänsbesök hos digitala vårdgivare som hade sin hemvist i Region Jönköping, 2018.

I bilaga 7 finns en tabell med kostnaden för ett fysiskt besök för de 30 vanligaste diagnosgrupperna när det gäller besök hos digitala vårdgivare 2018, som tillsammans stod för 84 procent av de digitala besöken. Kostnaden för läkartiden för ett fysiskt besök inom dessa grupper var i genomsnitt 1 486 kronor, det vill säga i princip samma som genomsnittet av alla fysiska besök, med variationen 1 223–1 660 kronor beroende på diagnosgrupp. Men det framgår också att det inom vissa diagnosgrupper finns enskilda diagnoser som är förknippade med förhållandevis låga kostnader för läkartiden. I diagnosgruppen akuta infektioner i de övre luftvägarna ingår exempelvis bihåleinflammation (akut sfenoidalsinuit) som har den lägsta kostnaden på 559 kronor, men denna diagnos är inte särskilt vanligt förekommande hos de digitala vårdgivarna (enstaka fall). Sammantaget indikerar resultaten att de diagnoser som är förknippade med förhållandevis låga kostnader för fysiska läkarbesök inte är markant överrepresenterade hos de digitala vårdgivarna.

Det kan finnas lättare och svårare fall av samma diagnos, och detta har vi ingen information om. Data anger inte heller vad besöket innehåller eller vilken kvalitet det håller. Även om en viss diagnos registreras på olika besök går det alltså inte att veta att besöken är fullständigt likvärdiga.

Besök hos andra än läkare

Ett fysiskt besök på en vårdcentral hos någon annan än en läkare kostar generellt sett mindre än ett besök hos en läkare. Besökets längd och tidskostnaden påverkar, och på grund av lönenivåerna kostar läkartid mer än andra professioners tid. Det påverkar också vilka ytterligare aktiviteter som genomförs i samband med besöket. Tabell 13 sammanfattar informationen som går att utläsa ur KPP-datan för Region Östergötland när det gäller mottagningsbesök hos sjuksköterskor, psykologer och läkare.

Själva sjukskötersketiden och OH-kostnaderna för ett sjuksköterskebesök uppgår till 548 kronor. I många fall tillkommer en kostnad (32 kronor) för en läkarinsats som är förknippad med besöket, om läkaren deltar fysiskt i en del av besöket, exempelvis vid behandling. Det är också vanligt att ett besök hos sjuksköterska innebär en kostnad för något hjälpmedel, men den är då låg. I hälften av besöken tillkommer kostnader för rekvisionsläkemedel, och i en tredjedel av besöken en kostnad för en indirekt kontakt, såsom telefon- eller brevuppföljning eller kontakt när sjuksköterskan konsulterar läkaren om något. Sammantaget innebär detta att ett sjuksköterskebesök i genomsnitt kostar 614 kronor.

Ett psykologbesök kostar i genomsnitt betydligt mer, 1 424 kronor för själva besöket och OH-kostnaderna. I omkring en tredjedel tillkommer



indirekta kostnader och läkarinsatser, men i övrigt tillkommer inga särskilt stora kringkostnader. Sammantaget innebär detta att ett psykologbesök i genomsnitt kostar 1 693 kronor.

I övriga yrkeskategorier ingår bland annat undersköterskor, kuratorer och fysioterapeuter. Personaltiden och OH-kostnaderna för ett sådant besök uppgår till 798 kronor. Indirekta kostnader och läkarinsatser förekommer i omkring en tredjedel av fallen och bidrar då med ytterligare kostnader. Dessutom förekommer mindre kostnader för rekvisitionsläkemedel, operationsmaterial och hjälpmedel. Sammantaget är kostnaden för ett besök hos någon av de övriga personalkategorierna i genomsnitt 859 kronor.

Tabell 13. Genomsnittlig kostnad per mottagningsbesök hos sjuksköterska, psykolog och övriga yrkeskategorier (exklusive läkare) enligt KPP för primärvården i Region Östergötland, 2019.

	Sjuksköterska		Psykolog		Övriga	
	Kr per besök	% där posten uppstår	Kr per besök	% där posten uppstår	Kr per besök	% där posten uppstår
Själva besöket	518	98	1 383	100	719	99
OH-kostnader	30	100	41	98	79	99
Indirekta kontakter	101	34	645	38	119	38
Läkarinsatser	32	74	90	30	36	35
Läkemedel (rekvisition)	31	50	6	< 1	12	23
Labbanalyser	1	5	-	-	1	3
Patientspecifikt operationsmaterial	259	1	-	-	62	12
Hjälpmedel	2	73	< 1	58	4	57
Total genomsnittlig kostnad per besök	614		1 693		859	

Not: Utöver de poster som redogörs för i tabellen finns också två poster av mer beräkningsteknisk karaktär som vi väljer att inte redovisa här: kalkyldiffer och en justeringspost för utbildningsåtagande för AT- och ST-läkare. För sjuksköterskor finns dessutom posten "Läkarbesök" som förekommer i mindre än 1 % av fallen och inte redovisas i tabellen.

5.4 SAMMANFATTANDE KOSTNADJÄMFÖRELSE

Vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdens och patienternas kostnad för ett digitalt utomlänsbesök sannolikt är lägre än den genomsnittliga kostnaden för ett fysiskt besök på en vårdcentral. Denna slutsats är också i linje med tidigare forskning.

Jämförelsen tar inte hänsyn till om besöken är helt likvärdiga när det gäller exempelvis innehåll och kvalitet eftersom det generellt saknas data om det. Data tyder dock på att de digitala besöken generellt är betydligt kortare, vilket också påverkar kostnaden. Om hänsyn tas till det är den återstående skillnaden mellan digitala och fysiska besök inte så stor.

5.4.1 Ett digitalt besök kostar sannolikt mindre i genomsnitt

Hälso- och sjukvårdens och patienternas kostnad för ett digitalt utomlänsbesök är i nuläget 500 kronor för en läkare, och lägre för andra yrkeskategorier. Den verkliga kostnaden kan vara högre, men detta är de summor som betalas ut i ersättning för besöken.

Ett fysiskt besök på vårdcentral kostar i genomsnitt sannolikt betydligt mer. Det finns inga säkra uppgifter, men olika uppskattningar ger åtminstone 1 500–2 000 kronor för ett läkarbesök, ibland mer beroende på vad besöket inkluderar och vilka delar av besöket som ingår i summan. Denna kostnadsuppskattning bör också kunna ses som hälso- och sjukvårdens och patienternas kostnader för besöket. På så vis är den jämförbar med ersättningen för ett digitalt utomlänsbesök.

Samtidigt inkluderar kostnaden för det fysiska besöket bland annat möten och utbildningar, vilket gör att kostnaden för läkartiden kan framstå som hög. Tidskostnaden för besöket innehåller delar och arbetssätt som kanske inte är aktuella för de digitala besöken, vilket är viktigt att komma ihåg när kostnaderna jämförs.

Med hjälp av KPP-data från en region kan vi se att vissa typer av fysiska besök är förknippade med en lägre kostnad. De besöken är dock inte så vanligt förekommande, och vi ser inga tydliga tecken på att de digitala besöken främst gäller diagnoserna som är förknippade med lägre kostnader.

Sammantaget är genomsnittskostnaden för ett digitalt utomlänsbesök lägre än för ett fysiskt besök på en vårdcentral (tabell 14), om vi bortser från övriga aspekter som också kan värdesättas för både digitala och fysiska besök. Enligt beräkningarna kostar ett digitalt läkarbesök omkring 25–30 procent av ett fysiskt läkarbesök. För övriga yrkeskategorier är skillnaden något mindre: ett digitalt besök kostar då 30–60 procent av ett fysiskt besök beroende på yrkeskategori och beräkningsätt.

Återigen vill vi påminna om att kostnaden för ett besök hos en digital vårdgivare utgår från ersättningsnivån, det vill säga det som hälso- och sjukvården och patienterna betalar för besöket i dagsläget. Vårdgivarens verkliga kostnad kan dock vara högre. En uppskattning av den totala



produktionskostnaden för ett digitalt besök 2016 angav snarare 960 kronor för 2016 (Ekman 2018). Den förhållandevis stora kostnadsskillnaden mellan digitala och fysiska besök som ses i tabell 14 ska alltså inte enbart tolkas som att vårdcentraler är mindre produktiva än digitala vårdgivare.

Tabell 14. Sammanfattning av ungefärliga uppskattade kostnader (kronor) för hälso- och sjukvården och patientavgifter för ett digitalt besök respektive ett fysiskt besök.

	Digitalt besök hos digital vårdgivare	Fysiskt besök på vårdcentral	
	Ersättningsnivå	Kostnad per viktad vårdkontakt	KPP Region Östergötland**
Läkare	500	1 850	1 650
Sjuksköterska	275	740	550
Psykolog	425	740	1 400
Övriga	425*/275	740	800

* 425 kronor för kurator och psykoterapeut, 275 kronor för andra.

** Avser den direkta kostnaden för själva besöket och overheadkostnader. Därtill tillkommer kostnader för labbanalyser, undersökningar med mera, se tabell 11 och 13.

5.4.2 Besökens längd påverkar kostnaden

För att kostnadsjämförelsen ska vara relevant behöver fysiska och digitala besök vara likvärdiga. Vår analys tar inte hänsyn till eventuella skillnader i besökens innehåll eller kvalitet, vilket är viktigt att komma ihåg. Det saknas generellt kunskap om i vilken utsträckning digitala och fysiska besök är likvärdiga när det gäller innehåll och hälsoutfall (se vidare i avsnitt 5.7). Besökens längd verkar dock skilja sig åt. Det finns inga säkra uppgifter, men uppskattningar indikerar att de digitala besöken i genomsnitt är betydligt kortare. I betänkandet *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* finns en uppgift om att ett digitalt besök i genomsnitt varar i 8 minuter (SOU 2019:42, s. 315). Ekman (2018) utgår från 15 minuter. I den internationella IHP-studien uppskattades ett fysiskt möte i primärvården vara 25 minuter långt i genomsnitt (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

Eftersom läkartiden (och annan personaltid) är en väsentlig kostnadspost innebär längre besök en högre kostnad. Om ett digitalt besök bara är en tredjedel så långt som ett fysiskt skulle det kunna förklara att kostnaden för det fysiska besöket, sett till läkartiden, också är tre gånger så hög. Om man tar hänsyn till detta är den återstående skillnaden mellan digitala och fysiska besök inte så stor (150–350 kronor).

5.4.3 Forskningen om kostnadsjämförelser

Slutsatsen att ett digitalt besök kostar mindre än ett fysiskt besök är i linje med tidigare internationell forskning. Vi har identifierat totalt tre amerikanska studier som redovisar styckkostnaden för digitala kontra fysiska besök i primärvården (Ashwood m.fl. 2017, Gordon m.fl. 2017, Lovell m.fl. 2021). Samtliga finner att kostnaden för ett digitalt besök är lägre än för ett fysiskt: 41–49 dollar för ett digitalt besök (motsvarar omkring 370–440 kronor), jämfört med 84–109 dollar för ett fysiskt (750–1 000 kronor). Den relativa kostnaden beräknas till 31–49 procent av ett fysiskt besök. Uppskattningen av den relativa kostnaden är alltså i linje med våra beräkningar. Det är dock svårt att jämföra våra kostnadsberäkningar med de amerikanska, eftersom studierna är genomförda vid olika tillfällen och bygger på olika metodologier. I de amerikanska studierna bygger kostnadsuppskattningarna ofta på försäkringsfordringar, det vill säga vårdgivarens betalning för att utföra vården. I praktiken kan kostnaden för att utföra vården vara både högre och lägre.

Mycket tyder på att kostnaden för ett enskilt digitalt besök är lägre än för ett fysiskt, men det är inte säkert att det också gäller om man ser till kostnaden för hela vårdepisoder. Vi har identifierat fem studier som jämför kostnaden för vårdepisoder som startar med ett fysiskt besök i primärvården eller på en akutmottagning respektive ett digitalt besök (Ashwood m.fl. 2017, Gordon m.fl. 2017, Lovell m.fl. 2021, Courneya m.fl. 2013, Edwards m.fl. 2017). Samtliga studier utom en visar att episoder som inleds med ett digitalt besök sammantaget kostar mindre. Fyra av artiklarna är genomförda i amerikansk kontext. I dessa skattas kostnaden för vårdepisoder som inleds med ett digitalt besök till 43–68 procent av kostnaden för vårdepisoder som inleds ett fysiskt besök i primärvården (Ashwood m.fl. 2017, Gordon m.fl. 2017, Lovell m.fl. 2021, Courneya m.fl. 2013). Jämförelserna omfattar kostnader för det initiala besöket och efterföljande besök samt olika kringkostnader, till exempel tester, uppföljning, förskrivning av läkemedel och medicinsk service.

Den studie som tyder på att digitala besök kan vara dyrare än fysiska baseras på brittisk data. I studien erbjöds digitala besök som en del av den ordinarie vårdens utbud, via en plattform (Edwards m.fl. 2017). För att kontakta sin vårdcentral fyllde patienten i ett formulär där hen beskrev sitt problem. Vårdcentralen svarade patienten senast nästa arbetsdag. Författarna finner att den genomsnittliga kostnaden för den initiala responsen på ett digitalt besök var cirka 36 pund (cirka 430 kronor). Det kan jämföras med 33 pund (cirka 390 kronor) för ett fysiskt besök, enligt en nationell uppskattning av genomsnittskostnaden. Kostnaden för det digitala besöket drevs primärt



av tiden det tog för läkaren att triagera det digitala besöket, och det faktum att en relativt stor del av konsultationerna resulterade i ett fysiskt besök eller en telefonkonsultation. Exempel på andra åtgärder var att skriva ut ett recept, beställa provtagning och utfärda råd. När man även inkluderar ytterligare uppföljningsåtgärder som vidtogs inom 30 dagar ökar den genomsnittliga kostnaden som är associerad med ett digitalt besök till 45 pund (cirka 540 kronor).

5.5 TOTALA KOSTNADEN BEROR PÅ STYCKKOSTNAD, AVLASTNING OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM

Att genomsnittskostnaden för ett digitalt besök är lägre än för ett fysiskt är inte tillräckligt för att det ska vara en bra användning av resurserna. Om det är väl använda resurser eller inte, och hur de digitala besöken påverkar de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, beror på *hur* de används och vad som hade hänt om de inte hade ägt rum. En nyckelfråga är i vilken utsträckning som ett digitalt besök *ersätter* ett fysiskt besök, vilket vi konstaterade i kapitel 4. Men den sammanlagda kostnaden påverkas även av i vilken utsträckning som besöket resulterar i efterföljande vård och hur fysiska respektive digitala besök finansieras.

5.5.1 Uppskattning av totala effekten för hälso- och sjukvårdskostnaderna

Den totala merkostnaden för de digitala besöken beror på andelen besök som är nykonsumtion, det vill säga besök som annars inte hade ägt rum, och skillnaden i kostnad för ett digitalt kontra ett fysiskt besök.

Om alla digitala utomlänsbesök är nykonsumtion innebär de naturligtvis totalt sett en högre kostnad, åtminstone på kort sikt. Det är möjligt att de digitala besöken minskar vårdbehovet på sikt, men det är svårt att avgöra i nuläget. Om digitala vårdalternativ resulterar i tillräckligt stor efterfrågan på vård för besvär som man annars inte skulle ha sökt fysisk vård för, så kan de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna öka även om det digitala besöket eller vårdepisoden i sig är billigare.

Om, å andra sidan, alla digitala utomlänsbesök ersätter ett fysiskt besök påverkas inte det totala vårdutnyttjandet. Det ärende som hanteras digitalt skulle annars ha blivit ett fysiskt besök på en vårdcentral. I en sådan situation kan de digitala besöken ses som kostnadseffektiva ur hälso- och sjukvårdens perspektiv eftersom ett digitalt besök av allt att döma kostar mindre än

ett fysiskt. Men patienten får ingen möjlighet till personkontinuitet och vårdcentralen får inte en samlad bild och ett samlat ansvar för personens vårdkontakter (i den mån det kan påstås vara någon skillnad från i dag).

Verkligheten ligger sannolikt någonstans emellan dessa ytterligheter. Om vi utgår från att kostnaden för ett digitalt besök är en tredjedel av den för ett fysiskt besök, kan upp till två tredjedelar av de digitala besöken vara nykonsumtion och ändå inte innebära en högre totalkostnad. De digitala besöken kostar så pass mycket mindre att det finns utrymme för en del nykonsumtion. Om kostnaden för ett digitalt besök i stället hade varit hälften av den för ett fysiskt besök hade det funnits utrymme för att upp till hälften av de digitala besöken var nykonsumtion.

Resultaten i kapitel 4 tyder på att en del av de digitala utomlänsbesök som gjordes i Sverige 2016–2018 ersatte fysiska besök medan andra sannolikt var nykonsumtion. Det är svårt att avgöra hur stor andel av besöken som sannolikt var nykonsumtion, men vi bedömer att avlastningsgraden sannolikt låg någonstans mellan de två hypotetiska scenarierna där det första visade att tre av fyra digitala besök ersatte ett fysiskt besök och där det andra inte visade på någon avlastning överhuvudtaget. Det innebär i så fall ingen påverkan på totalkostnaden, eller i alla fall ingen stor påverkan.

5.5.2 Ersättningssystemet och låga marginalkostnader gör att totalkostnaderna ändå har ökat

Ovan resonerar vi om att digitala besök innebär en lägre kostnad för hälso- och sjukvården (och patienterna). Det resonemanget utgår från att en vårdcentral slipper kostnaden för det besök som görs digitalt i stället för fysiskt, så att den summan i stället kan gå till att ersätta den digitala vårdgivaren. Så fungerar det inte i praktiken. Kostnaderna för ett fysiskt och digitalt besök byts inte ett mot ett mot varandra eftersom vårdgivarna ersätts på olika sätt. De digitala vårdgivarna ersätts helt och hållet med en summa per genomfört besök, medan vårdcentralerna till stor del ersätts av kapitering, det vill säga en summa per listad person. Vårdcentralerna får sin ersättning även om de inte har några besök. Det finns en viss rörlig ersättning för besök också, men den är marginell.

I flera regioner betalas de digitala utomlänsbesöken från en central pott i regionen och påverkar inte ersättningen till vårdcentralerna i någon stor eller direkt omfattning. Därmed innebär de digitala utomlänsbesöken likväl ökade kostnader för primärvården. På så vis kan regionerna sägas betala dubbelt för sådant som utförs i de digitala besöken. Om en patient hade vänt



sig till sin vårdcentral för att förnya ett recept eller få en bedömning av sitt hälsotillstånd hade regionen inte fått några omfattande extra kostnader eftersom detta redan finns inbakat i ersättningen till vårdcentralen.

En möjlig positiv effekt är att de patienter som besöker vårdcentralen bör ha fått mer utrymme. Ersättningen till vårdcentralen har inte påverkats av digitala besök, men de har åtminstone i viss mån ersatt fysiska besök. Detta extra utrymme skulle kunna användas för att exempelvis ge personalen en bättre arbetsmiljö, öka tillgängligheten, ägna mer tid till de patienter som behöver det och ge mer eller snabbare återkoppling till patienter. De digitala utomlänsbesöken är dock fortfarande få i förhållande till det totala antalet fysiska besök, så det är fullt möjligt att ett sådant extra utrymme inte märks på en enskild vårdcentral.

Resonemangen ovan utgår också från *genomsnittskostnader*, det vill säga vad alla fysiska besök kostar i genomsnitt. Genomsnittskostnaden för ett fysiskt besök uppskattas till omkring 1 500–2 000 kronor. Däremot är *marginalkostnaden* troligen betydligt lägre, det vill säga en vårdcentralens kostnad för att genomföra ett *ytterligare* besök. Personalen är redan anställd och resurser finns på plats, så det kostar inte så mycket att ta emot en till patient eller förnya ytterligare ett recept.

5.5.3 Bristande forskning om hur digitala vårdbesök totalt sett påverkar kostnaderna

Vår litteraturstudie tyder på att det saknas forskning om hur digitala besök sammantaget påverkar hälso- och sjukvårdskostnaderna. Endast sex studier har analyserat frågeställningen genom att studera kostnaden för besök, i kombination med i vilken grad som digitala besök ersätter fysiska besök. Alla dessa artiklar är så kallade kostnadsminimeringsstudier där kostnaden jämförs utifrån antagandet att de båda vårdformerna ger samma utfall. I dessa studier presenteras alltså bara kostnader, liksom i våra analyser, och inga effektmått.

Ytterligare en svårighet är att fyra av sex studier fokuserar på digitala besök som erbjuds som en del av en vårdgivares ordinarie vårdutbud. I de sammanhangen kan man tänka att de digitala besöken i högre utsträckning ingår i en serie av vårdkontakter, där en del är digitala och andra fysiska. Det skulle exempelvis kunna handla om en person med en kronisk sjukdom där vissa återbesök och uppföljningar fungerar att göra digitalt. Vår analys fokuserar på den typ av digitala utomlänsbesök som hittills varit vanligast i

Sverige, det vill säga digitala besök hos en aktör som står utanför den övriga vården, så det är tveksamt om resultaten från de internationella studierna kan överföras till svensk kontext. Trots begränsningarna ser vi ändå ett värde i att kort redogöra för forskningsresultaten i de studier som vi har identifierat.

Endast en studie har analyserat de samhällsekonomiska kostnaderna i Sverige

Vi har hittat endast en studie som försöker att skatta de sammanlagda kostnaderna av att introducera digitala besök i Sverige. Det är Ekman (2018) som vi refererar till även tidigare. I studien beräknas hur de samhällsekonomiska kostnaderna skulle påverkas vid olika avlastningsgrad, med utgångspunkt i att kostnaden för ett digitalt besök skattas till ungefär hälften av den för ett fysiskt besök. Beräkningen tar dock inte hänsyn till investeringskostnader när man implementerar tjänsten. Endast styckkostnaden för ett första besök ingår. I studien analyseras heller inga patientdata för att fastställa i vilken utsträckning som digitala besök ersätter fysiska, utan författaren beräknar hur mycket kostnaderna skulle minska vid olika avlastningsgrad. Med det tillvägagångsättet går det inte att justera för eventuella skillnader i sjuklighet mellan de två användargrupperna. Om 10 procent av de fysiska besöken ersattes av digitala besök skulle de direkta finansiella bruttobesparingarna bli drygt en miljard kronor. Om avlastningen i stället ökade, så att hälften av de fysiska besöken ersattes av digitala, skattas besparingarna till fem miljarder kronor.

Internationella studier kommer till olika slutsatser

Vi har identifierat två artiklar i internationell kontext som analyserar hur digitala besök påverkar hälso- och sjukvårdens kostnader genom att beräkna både hur mycket ett digitalt besök kostar i förhållande till ett fysiskt och i vilken utsträckning som digitala besök ersätter fysiska. Vi bedömer att de här artiklarna håller hög kvalitet, även om de, liksom vi, inte kan säkerställa att användargrupperna har samma vårdbehov. Författarna kommer även fram till olika slutsatser. I den ena artikeln studerar Ashwood m.fl. (2017) hur en amerikansk nationell digital tjänst påverkar kostnaderna. Man finner att vissa digitala besök ersätter dyrare vårdalternativ, men att den besparingen elimineras av att besöksformen resulterar i en stor efterfrågan på vård som annars inte hade ägt rum. Sammantaget uppskattar författarna att den årliga kostnaden per person ökar med 45 dollar (385 kronor) bland digitala användare.



Den andra artikeln analyserar effekten av att införa digital vård i det ordinarie primärvårdsutbudet i British Columbia, Kanada. Författarna finner att kostnaden per kvartal och patient minskade med i genomsnitt cirka 4 kanadensiska dollar (cirka 30 kronor), i jämförelse med kostnaden för fysiska besökare. Skillnaden förklaras främst av att kostnaderna minskade för patienter som digitalt besökte en läkare som de redan kände (-8,68 kanadensiska dollar eller cirka 60 kronor). Resultaten talar för att digitala besök kan ha en särskilt stor potential för att minska kostnaderna om de kan erbjudas med kontinuitet (McGrail 2017).

I ytterligare en studie undersöker Newbould m.fl. (2017) effekterna av att låta patienterna prata med en läkare på telefon innan de fick boka ett fysiskt besök. Baserat på kostnadsdata från 18 kliniker finner författarna att kostnaderna för besök vid akutmottagningar och i öppenvården minskade obetydligt medan kostnaderna för sjukhusinläggningar ökade markant. Sammantaget resulterade detta i en mindre ökning av kostnaderna för efterföljande vård under det första året. Flera vårdcentraler höll dock inte fast vid kravet på telefonkonsultation, och det framgår inte i vilken utsträckning detta kan ha påverkat resultaten.

Enkätstudier innehåller brister

Därutöver finns två enkätstudier där man frågade patienter vad de hade gjort om det digitala alternativet inte hade funnits (Lovell m.fl. 2021, Nord m.fl. 2019). I båda fallen visar resultaten att digitala besök innebär en viss avlastning. Båda finner också lägre kostnader för digitala vårdepisoder och lägre totalkostnader även om inte samtliga besök skulle ersättas av digitala besök. Studierna har dock problem med låg svarsfrekvens, vilket riskerar att resultera i missvisande resultat. Det finns även en risk för att graden av avlastning överskattas, om patienterna svarar att de skulle ha sökt annan vård trots att de i praktiken skulle ha nöjt sig med egenvård. Validiteten kan alltså brista eftersom det är svårt att veta hur man hade handlat i ett kontrafaktiskt scenario.

5.6 TIDSBESPARING VIKTIG ASPEKT MED DIGITALA BESÖK

Patienterna kan se flera fördelar med digitala vårdbesök, exempelvis att de är smidiga och tar mindre tid. En del av tidsbesparingen består i att patienten inte behöver ta sig till vårdcentralen när det är dags för besöket. Sannolikt är även själva besöket kortare än ett fysiskt besök.

5.6.1 Tidsbesparingen beror på minskade restider och kortare besöks tid

Digitala vårdbesök innebär att patienter spar tid och pengar eftersom de inte behöver ta sig till vårdcentralen. Vi har identifierat en amerikansk studie som tyder på att resetiden minskar med i genomsnitt 245 minuter per besök och resekostnaden med 156 dollar (cirka 1 350 kronor) (Dullet m.fl. 2017). Även en studie från den grekiska övärlden talar för att digitala vårdbesök kan innebära särskilt stora kostnadsminskningar i områden där invånarna har långt till vården (Kouskoukis m.fl. 2017). Vi har emellertid inte kunnat identifiera någon sådan resestudie i svensk kontext.

Det finns också indikationer på att ett digitalt besök generellt är kortare än ett fysiskt (se avsnitt 5.4.2), vilket innebär ytterligare tidsbesparing. Sådana skillnader i tidsåtgång skulle kunna innebära att innehållet ser olika ut i de två besöksstyperna. Edison m.fl. (2013) finner att så inte är fallet. I en innehållsanalys av cirka 100 digitala och fysiska besök för hudåkommor kunde författarna inte identifiera några signifikanta skillnader i förekomsten av till exempel småprat, klinisk bedömning, psykosociala frågor och behandlingsrekommendationer. Här behövs dock mer forskning och större studier.

Vissa studier redovisar den totala tidsbesparingen vid ett digitalt besök baserat på enkätdata, utan att separera hur tidsvinsten uppstår. Enligt dessa studier menar majoriteten av respondenterna att den totala tidsbesparingen är 1–3 timmar, men vissa bedömer att tidsvinsten är större (Liaw m.fl. 2019, Powell m.fl. 2018, Courneya m.fl. 2013).

5.6.2 Svårt att sätta ett monetärt värde på tidsbesparingen

Det är inte självklart hur patienternas tidsbesparing ska värderas, och det kan också variera betydligt mellan olika grupper. Ett klassiskt nationalekonomiskt sätt att värdera tid är att utgå från vad tiden annars skulle ha använts till, och värdet av tiden blir då värdet av den alternativa aktiviteten. Ofta utgår man från lönen, och antagandet är då att man i stället för att ta sig till vårdcentralen hade kunnat arbeta mer och få en högre inkomst. Ekman (2018) använder den här metoden. Studien utgår från att ett digitalt besök innebär en tidsbesparing på 30 minuter för resan till och från vårdcentralen och 9 minuter för själva besöket. Värderingen av tiden utgår från den genomsnittliga timlönen (brutto) för en privatanställd tjänsteman enligt SCB:s lönestatistik. Värdet av 30 minuters restid blir då



500 kronor och värdet av det kortare besöket 150 kronor. Besparingen för själva reskostnaden, som biljett för kollektivtrafik eller bensin och parkering, uppskattas till 100 kronor. Ett viktigt antagande är förstås att innehållet i besöken är likvärdigt, och att de ytterligare 9 minuterna i det fysiska besöket inte ger patienten något mervärde. Med denna beräkning menar Ekman att patientens kostnad är ungefär dubbelt så hög för ett fysiskt besök som för ett digitalt (1 500 respektive 750 kronor). En person sparar alltså 750 kronor på att göra ett digitalt besök i stället för ett fysiskt.

Det är osäkert om lönen motsvarar patienternas verkliga värdering av tiden, särskilt om de skulle ha använt tiden åt fritidsaktiviteter snarare än arbete. En del kan säkert behöva ta ledigt från arbetet för att ta sig till vårdcentralen, men många gör det sannolikt på fritiden. En stor del av patienterna är dessutom pensionärer. Ett sätt att värdera sådan icke-arbets-tid är att göra så kallade betalningsviljestudier där man ställer frågor för att avgöra hur deltagarna värderar tidsbesparingen.

Även om det är svårt att sätta ett monetärt värde på tidsbesparingen kan vi konstatera att digitala besök spar tid, vilket många av dem som väljer digital vård uppskattar.

5.7 EN FULLSTÄNDIG SAMHÄLLSEKONOMISK ANALYS FÖRUTSÄTTER KUNSKAP OM VÅRDENS KVALITET

För att göra en fullständig samhällsekonomisk kalkyl behöver man veta hur kvaliteten skiljer sig åt mellan fysiska och digitala besök. Till exempel kan värdet av korrekt diagnos, kontinuitet och förbättrade hälsoutfall uppskattas i ekonomiska termer. Vi har dock inte gjort någon sådan uppskattning inom ramen för det här arbetet, och inte heller hittat någon sådan hälsoekonomisk analys i vår litteratursökning. Däremot redogör vi kortfattat för resultat om de digitala besökens kvalitet från litteraturstudien och Vård- och omsorgsanalys tidigare rapport om digital vård. Forskningen är dock begränsad och kvaliteten varierar, samtidigt som resultaten är tvetydiga. Sammantaget finns det kunskapsluckor om de digitala besökens konsekvenser för vårdens kvalitet.

5.7.1 Patientnöjdheten är hög men det innebär inte att digitala vårdbesök föredras framför fysiska besök

I litteraturen finns en samstämmighet i att digital vård är uppskattad bland användarna, med 81–93 procent nöjda användare i de artiklar som vi har

identifierat (Carter m.fl. 2018, Martinez m.fl. 2018, Foster m.fl. 2019, Powell m.fl. 2018, Farr m.fl. 2018). Majoriteten skulle dessutom kunna tänka sig att använda tjänsten igen samt rekommendera tjänsten till vänner (Carter m.fl. 2018, Farr m.fl. 2018, Powell m.fl. 2018). De flesta av dessa studier bygger dock på små stickprov, eller har stora bortfall, vilket riskerar att snedvrider resultaten.

Hög nöjdhet behöver inte heller innebära att patienterna föredrar digitala vårdbesök framför fysiska. I praktiken är det svårt att jämföra nöjdheten mellan digital och fysisk vård baserat på litteraturöversikten, eftersom merparten av studierna är deskriptiva och saknar jämförelser mellan de två vårdformerna. Vi har endast identifierat en studie som jämför den övergripande nöjdheten mellan fysiska och digitala användare (Carter m.fl. 2018). Den tyder på att nöjdheten är ungefär likvärdig. Däremot ses större skillnader i huruvida användarna upplever att besöket avhjälpte deras besvär. Bland de digitala användarna svarade 33 procent att besöket i huvudsak löste problemet, jämfört med 55 procent bland de fysiska användarna. Resultaten bör emellertid tolkas med försiktighet eftersom studien bygger på svar från endast cirka 80 patienter. Den innehåller heller inga signifikanstester.

5.7.2 Aspekter som patienter uppskattar med digitala besök

Det är även svårt att få en god bild av vad patienterna uppskattar med digital vård och hur de aspekterna hänger samman med den övergripande nöjdheten, eftersom flera studier endast anger ett totalt mått på nöjdheten. Enligt de artiklar som gör djupare analyser uppskattar patienterna att besöksformen minskar behovet av resor, att vården blir mer tillgänglig och flexibel och att besöken påverkar det dagliga livet i liten utsträckning (Carter m.fl. 2018, Liaw m.fl. 2019). Patientgrupper kan dock ha olika preferenser. Två internationella studier tyder på att äldre personer tenderar att välja digitala vårdalternativ som premierar kontinuitet framför hög tillgänglighet. Även patientens vårdbehov kan påverka vilka alternativ som föredras (Bellon 2015, McGrail 2017).

Vård- och omsorgsanalys har tidigare genomfört en befolkningsenkät som undersökte befolkningens och patienters uppfattningar om videobesök kontra fysiska besök (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Fyra kvalitetsaspekter undersöktes: väntetider, personkontinuitet, vilken vårdpersonal som deltar i mötet och om den samlade journalen är tillgänglig för vårdpersonalen. Resultaten visade att alla fyra kvalitetsaspekter spelade roll, men att slippa väntetider värderades högst i de digitala besöken. Resultaten visade också



att deltagarna generellt föredrog fysiska besök framför digitala, och att betalningsviljan var högre för ett fysiskt besök än för ett digitalt – ett resultat som möjligen skulle kunna motivera att fysiska besök får kosta lite mer än digitala (givet samma kvalitet). Det fanns också skillnader mellan grupper i hur högt man värderade fysiska besök. Föräldrar som antog att de söker vård för barn med övre luftvägsinfektion värderade ett fysiskt besök lägst jämfört med ett digitalt. Äldre personer (över 60 år) värderade digitala besök lägre än yngre.

5.7.3 Svårt att dra säkra slutsatser om vårdens processkvalitet

Flera artiklar om digitala vårdbesöks inverkan på hälso- och sjukvården tar fasta på intermediära processmått såsom skillnader i genomförda labbtester, röntgen, läkemedelsförskrivningar och följsamhet till kliniska riktlinjer. Artiklarna tyder på att digitala vårdgivare ordinerar färre labbtester och röntgenundersökningar än fysiska vårdgivare medan resultaten för läkemedelsförskrivningar varierar (Uscher- Pines m.fl. 2016, Ashwood m.fl. 2017, Gordon m.fl. 2017, Lovell m.fl. 2021). Läkare kan i praktiken vara olika benägna att förskriva läkemedel beroende på vårdgivare och typ av digital tjänst. I en amerikansk studie jämförs en apptjänst med digital vård som tillhandhålls av den ordinarie primärvården. Studien visade att förskrivningen av läkemedel var högre bland patienterna som använde apptjänsten (Bellon m.fl. 2015).

En fråga som har fått särskilt stor uppmärksamhet i forskningen är om förskrivning av antibiotika är vanligare vid digitala besök än vid fysiska. Farhågan har varit att digitala besök ska resultera i överförskrivning och i förlängningen bidra till ökad antibiotikaresistens.

Vi har endast identifierat två svenska kvantitativa studier som jämför antibiotikaförskrivningen vid de två besöksformerna. I en undersöks antibiotikaförskrivningen för cirka 3 850 digitala användare och 760 fysiska användare (Entezarjou m.fl. 2021). Båda typerna av besök tillhandahölls av samma privata vårdgivare. Resultaten indikerar att förskrivningen är lägre eller likvärdig vid digitala besök jämfört med fysiska besök. Även följsamheten till fastställda riktlinjer var likvärdig eller bättre jämfört med fysiska besök. Författarnas slutsats är att digitala besök inte leder till överförskrivning av antibiotika. Även Ellegård m.fl. (2021) finner att svenska digitala vårdgivare är minst lika återhållsamma som fysiska när det gäller att förskriva antibiotika.

De internationella studieresultaten visar att det är svårt att dra några säkra slutsatser om antibiotikaförskrivningen, för det verkar ha stor betydelse i vilken kontext som besöken erbjuds. Vissa artiklar tyder på att digitala vårdgivare förskriver antibiotika oftare än fysiska, eller att följsamheten till riktlinjer är låg (Uscher-Pines m.fl. 2016, Ray m.fl. 2019b, Mehrotra m.fl. 2013b). Andra tyder på att det inte finns några skillnader (Brunett m.fl. 2015, Halpgren-Ruder 2019, Lovell m.fl. 2021, Murray m.fl. 2020, Yao m.fl. 2020, Shi m.fl. 2018) eller att digitala vårdgivare förskriver mindre antibiotika och följer riktlinjerna i hög grad (Davis m.fl. 2018, Courneya m.fl. 2013, Johnson m.fl. 2019).

5.7.4 Bristande kunskap om den kliniska effektiviteten

Vi har endast identifierat fem artiklar om de digitala besökens kliniska effektivitet, definierat som korrekt diagnosättning eller överensstämmelse mellan diagnoser som satts vid digitala respektive fysiska besök. Ingen av dem baseras på svenska data. Artiklarna bygger som regel på små patientunderlag, som mest 300 besök. Jämförelserna grundar sig på att patienterna får göra både ett digitalt och ett fysiskt besök för samma besvär, utan att läkarna ifråga känner till varandras diagnosättning. Studierna leder fram till olika slutsatser. Vissa finner att många diagnoser var felaktiga eller att överensstämmelsen mellan fysiska och digitala besök varierar för olika typer av besvär (Akhatar m.fl. 2018, Resneck m.fl. 2016). Andra studier visar både hög samstämmighet och många korrekta diagnoser (Hertzog m.fl. 2019, Ohta m.fl. 2017).

I praktiken kan det även vara så att den kliniska effektiviteten varierar mellan olika vårdgivare. En av studierna analyserar kvaliteten hos de åtta amerikanska vårdgivare som hade flest besök 2013–2015. Totalt genomfördes cirka 600 digitala besök av 67 patienter som tränats för att simulera sex vanliga akuta sjukdomar och besvär, till exempel fotledssmärta, smärta i ländryggen och återkommande urinvägsinfektion hos kvinnor. Studien indikerar att det finns signifikanta skillnader mellan olika vårdgivare när det gäller att till exempel ta komplett sjukdomshistorik, ställa korrekt diagnos och följa riktlinjer. Det framgick också att videosamtal och telefonsamtal ledde till korrekt diagnos i högre utsträckning än webbchattar. Däremot sågs inga skillnader i följsamheten till riktlinjer vid olika typer av kommunikationssätt (Schoenfeld m.fl. 2016).



5.7.5 Få studier med fokus på hälsoutfall och vårdens säkerhet

Det råder stor brist på kunskap om hur de digitala besöken påverkar vårdens säkerhet och hälsoutfall. De studier som vi har identifierat indikerar å ena sidan att digitala besök inte innebär några uppenbara risker för patientens hälsa, men å andra sidan ger de inte heller några starka belägg för att besöken skulle förbättra patienters hälsoutfall jämfört med fysiska besök.

Vi har bara hittat en internationell studie som följer upp hur digitala vårdbesök påverkar patienters hälsa. I studien jämförs utvecklingen av blodkolesterol- och glukosnivåer hos digitala kontra fysiska användare. Dessa mått har fördelen att de är nära förbundna med hälsotillståndet för många patienter med kroniska sjukdomar. Dessutom följs måtten upp förhållandevis ofta för många patienter. Måtten kan i sin tur påverkas av ett digitalt besök, exempelvis genom att vårdgivaren ger råd om kost eller fysisk aktivitet. Studien är registerbaserad och bygger på matchade jämförelser mellan patienter. Författarna finner inte någon statistiskt skillnad mellan grupperna när det gällde kolesterolnivåerna. Däremot ses signifikant förbättrade glukosnivåer bland de digitala användarna i jämförelse med de fysiska (Bavafa m.fl. 2018).

Vi har identifierat tre studier om risker med patientportaler, där patienten och läkaren kan kommunicera asynkront, alltså utan att vara direkt uppkopplade mot varandra (North m.fl. 2013, Crotty m.fl. 2015, Rohrer m.fl. 2013). En fördel med de digitala utomlänsbesöken i Sverige är att patienten ofta kan få hjälp och bedömning inom några minuter. Patientportaler i internationell kontext innebär dock ofta tjänster som bara är tillgängliga under vissa tider. Det behöver inte innebära några risker, om patienter endast använder tjänsten för medicinska problem som inte är akuta. Däremot kan vissa säkerhetsåtgärder behövas om patienter med allvarliga symtom nyttjar tjänsten. Till exempel kan vårdgivaren behöva säkerställa att handläggningen av meddelanden från patienter med medicinskt brådskande ärenden inte dröjer.

Studierna tyder på att det finns en risk för att den här typen av tjänster resulterar i fördröjd vård, både genom att patienterna inte läser vårdgivarens svar och genom att vårdgivarens svar ibland dröjer. Det finns även viss risk för att patienterna använder tjänsterna för potentiellt farliga symtom, till exempel bröstsmärta och andningsbesvär som kräver skyndsamt bedömning. Däremot tyder inte någon av artiklarna på att fördröjningen har resulterat i omfattande skador för patienterna, till exempel i form av dödlighet eller hög förekomst av slutenvård eller akutvårdsbesök (Rohrer m.fl. 2013, Crotty m.fl. 2015, North m.fl. 2013).

Just förekomsten av död och slutenvård efter ett digitalt besök har undersökts i flera artiklar. De studier som innehåller jämförelser mellan vårdformerna tyder på att förekomsten är likvärdig eller lägre vid digitala besök än vid fysiska. I de flesta artiklar var förekomsten av död eller slutenvård mycket låg eller obefintlig (Gordon m.fl. 2017, Murray m.fl. 2020, Penza m.fl. 2018).





Resultat, slutsatser och framåtblickande vägval

I det här avslutande kapitlet för vi en fristående diskussion utifrån rapportens resultat. Vi presenterar också våra övergripande slutsatser och rekommendationer till regeringen och regionerna.

6.1 RAPPORTENS RESULTAT I SAMMANFATTNING

Det digitala vårdutbudet inom svensk hälso- och sjukvård har utvecklats snabbt under de senaste åren, med en etablering av flera digitala vårdföretag och en stor ökning av nyttjandet av tjänsterna. De digitala vårdgivarna har via nya och innovativa organisations- och arbetsformer erbjudit medborgarna snabbare kontaktvägar än vad den etablerade vården tidigare kunnat leverera. Med utvecklingen finns även farhågor om att de digitala besöken leder till försämrad kostnadskontroll, skapar en ökad efterfrågan på vård för mindre omfattande medicinska behov och ökade ojämlikheter i vården – aspekter som belyses på olika sätt i den här rapporten. Resultaten kan i korthet sammanfattas i följande punkter:

- Antalet digitala besök har ökat kraftigt sedan 2016, men de står fortfarande för en mindre del av det totala antalet besök och nettokostnaden i primärvården.
- I digitala läkarbesök hanteras färre kroniska diagnoser och färre diagnoser totalt sett jämfört med fysiska läkarbesök.



- Regionernas besöksersättning till digitala vårdgivare är lägre än vad ett fysiskt besök på en vårdcentral i genomsnitt kostar regionerna.
- Digitala läkarbesök ersätter i viss utsträckning fysiska läkarbesök i primärvården, men de skapar också ny konsumtion.
- Den digitala vården verkar ha medfört ökade kostnader för regionerna, trots lägre snittkostnad för digitala besök och trots att de delvis ersätter fysiska besök. Det beror dels på att en del ny konsumtion uppstått, dels på att minskningen av besök vid vårdcentralerna inte lett till minskad ersättning, samtidigt som nytillkomna vårdkontakter hos digitala vårdgivare medfört ökad ersättning.
- Digitala vårdbesök används främst av barn och yngre vuxna, storstadsbor, personer som inte har någon kronisk sjukdom och personer med relativt goda socioekonomiska förhållanden. För fysiska besök gäller i princip det omvända, eftersom de används mer av äldre, personer med kronisk sjukdom och personer med sämre socioekonomiska förhållanden.
- Konsumtionen av digitala vårdbesök är högre bland högutbildade och höginkomsttagare, även efter justering för exempelvis ålder och förekomst av kroniska sjukdomar. Ett delvis omvänt mönster gäller för fysiska läkarbesök.
- Det finns alltså tydliga skillnader i vilka som använder digitala besök och vilka som använder fysiska besök. Trots det har de digitala besöken hittills endast haft en marginell effekt på den socioekonomiska fördelningsprofilen inom primärvården. Det beror på att den digitala vården fortfarande utgör en låg andel av den totala primärvården.

6.2 DISKUSSION

I det här avsnittet utvecklar och diskuterar vi de resultat som sammanfattas i avsnittet ovan. Diskussionen är strukturerad kring tre teman: kostnader och vårdutnyttjande, fördelningsaspekter samt ersättning för digitala besök.

6.2.1 Kostnader och vårdutnyttjande

Digitala besök kostar regionen mindre än vad ett fysiskt besök kostar i genomsnitt

Resultaten visar att den procentuella ökningen av primärvårdens kostnader är mindre än motsvarande ökning av antalet besök, trots att antalet digitala vårdbesök har ökat väsentligt. Det beror på att ersättningen för de digitala läkarbesöken i dag är lägre än den genomsnittliga kostnaden för ett fysiskt

besök. Då avses regionens perspektiv där kostnaderna för de digitala besöken motsvaras av ersättningen som regionerna betalar via utomlänstaxan. Ersättningen har minskat betydligt med åren och det är osäkert hurvida den har speglat besökens produktionskostnad. Samtidigt är det osannolikt att vinstdrivande privata företag långsiktigt skulle leverera tjänster med förlust. I dag saknas dock kostnadsunderlag för de digitala besöken i form av till exempel kostnad per prestation (KPP-ansatsen), som finns för fysiska besök. Jämförelserna i rapporten, som bygger på läkarinsatserna och KPP-data, tyder dock på att regionens kostnad per digitalt besök är klart lägre än vad det i genomsnitt kostar att genomföra ett fysiskt besök på en vårdcentral. Detta stämmer med resultat från internationella studier där man funnit att styckkostnaden för ett digitalt besök är lägre än för ett fysiskt.

Digitala besök har inneburit högre vårdutnyttjande

I rapporten jämförs vårdutnyttjandet för digitala och fysiska läkarbesök i flera analyser. Oberoende av design visar resultaten att digitala besök leder till ett ökat vårdutnyttjande.

För det första har digitalanvändarna tidigare gjort få fysiska läkarbesök, men har nu börjat nyttja primärvård i högre utsträckning.

För det andra omfattar en vårdepisod som initieras av ett digitalt besök fler uppföljningsbesök än en vårdepisod som börjar med ett fysiskt besök. Fler uppföljningsbesök kan delvis bero på de begränsningar som finns med digitala besök när det gäller att ställa diagnos och behandla vissa sjukdomar, så att det därför krävs uppföljande besök och åtgärder.

För det tredje visar analyserna som bygger på olika scenarier och hypotetiska jämförelsealternativ att de digitala besöken i viss utsträckning ersätter fysiska besök, men att de digitala besöken också innebär ny konsumtion. Uppskattningen av hur stor del av de digitala besöken som ersätter fysiska besök respektive innebär ny konsumtion beror dock på val av undersökningsdesign och jämförelsegrupp. I rapporten görs analyser med två olika antaganden, eller scenarier. Den ena visar att de digitala besöken i tre fall av fyra ersätter de fysiska, medan ett av fyra fall är ny konsumtion, ett resultat som visar en förhållandevis hög avlastning i jämförelse med internationella studier som använt liknande design. I den andra visar resultatet att de digitala besöken överhuvudtaget inte ersätter fysiskt vård, det vill säga att alla digitala besök innebär ny konsumtion som inte hade ägt rum om möjligheten till digitala besök inte fanns. Inget av de två antagandena som görs i analysen är optimalt. Det första scenariot överskattar sannolikt effekten av ersättning, medan det andra scenariot förmodligen underskattar



potentialen att digitala besök ersätter fysiska. Den sanna graden av ersättning respektive ny konsumtion ligger därmed sannolikt mellan resultaten från de två olika scenarierna. En rimlig tolkning är att de digitala besöken till viss del ersätter fysiska besök, men att de även leder till helt ny konsumtion.

Läkarbesöken minskar totalt sett

Parallellt med att de digitala vårdbesöken har ökat gör patienter allt färre fysiska besök inom primärvården – särskilt läkarbesök. Denna utveckling startade innan de digitala vårdgivarna etablerades. Digitala besök har delvis kompenserat för denna trend, men inte fullt ut. Det totala antalet läkarbesök per invånare, inklusive digitala besök, har alltså minskat något under de senaste åren inom svensk primärvård.

Det saknas forskning om kvalitet, säkerhet och hälsoutfall

De digitala vårdbesökens kvalitet, säkerhet och bidrag till hälsoutfall ingår inte i analysen. Däremot visar litteraturstudien att det saknas kunskap om dessa aspekter. Några studier visar att diagnossättningen överensstämmer väl mellan digital och fysiska besök, medan andra visar att överensstämmelsen varierar beroende på vilket besvär eller symptom det handlar om. Ytterligare andra studier finner att digitala vårdgivare ofta ställer fel diagnos. Överlag baseras dock studierna på ett litet patientunderlag och de är gjorda i länder med andra sjukvårdssystem än i Sverige.

När det gäller hälsoutfallet vid digitala besök är kunskapsläget oklart. De studier som finns indikerar att digitala besök inte innebär några uppenbara risker för patientens hälsa, men de visar inte heller att besöken skulle ge ett bättre hälsoutfall jämfört med fysiska. Utifrån litteraturstudien kan vi konstatera att behovet av ytterligare forskning är störst när det gäller just frågor om säkerhet, kvalitet och hälsoutfall kopplat till digitala besök.

6.2.2 Fördelningsaspekter

Det har funnits farhågor om att den digitala tekniken kan leda till en ojämlig fördelning av besöken och stå i strid med hälso- och sjukvårdslagens målsättningar om vård på lika villkor och fördelning efter behov.

Digital vård kan göra stor nytta i glesbygd men används främst i storstäder

Redan på ett tidigt stadium noterades att nyttjandet av digitala besök var ojämnt fördelat geografiskt, med en större användning i storstadsregioner.

Vårdgivarnas marknadsföring riktades också i stor utsträckning till tätbefolkade områden.

Rapportens resultat bekräftar flera tidigare studier och rapporter om en regionalt ojämn användning av digitala vårdgivare. I Stockholm gjorde 6 procent av befolkningen minst ett digitalt läkarbesök 2018, men bara 2 procent i Norrbotten. Antalet besök per invånare var också högre i Stockholm. Skillnaderna förklaras inte av skillnader i befolkningen när det gäller ålder, utbildningsnivå eller förekomst av kroniska sjukdomar.

Digitala besök kan minska rese- och tidskostnader i glesbygdsområden samt innebära att vårdpersonal inte behöver befinna sig på samma ställe som patienten, men dessa fördelar har alltså inte realiserats ännu. Koncentrationen av de digitala besöken till tätorterna, och i synnerhet Region Stockholm, visar att andra faktorer har stor betydelse för vårdutnyttjandet. En central fråga framöver är att analysera mekanismer för spridning av arbetssättet och teknologin, och utifrån detta förbättra förutsättningarna för att öka det digitala vårdutnyttjandet för vissa grupper och geografiska områden i situationer då digitala besök lämpar sig.

Unga och högtbildade väljer oftare digital vård

Resultaten från analyserna visar att det särskilt är barn, ungdomar och unga vuxna som använder digitala besök. Vidare använder kvinnor digitala besök mer än män, och personer med relativt hög utbildning och inkomst använder i högre grad digitala besök jämfört med personer med lägre utbildning och inkomst. När det gäller födelseland är nyttjandet klart lägre bland individer födda utanför EU, samtidigt som invånare födda i Sverige har högst digitalt vårdutnyttjande. Även personer med kroniska diagnoser använder digitala besök i mindre utsträckning än personer utan kroniska diagnoser.

Resultaten överensstämmer relativt väl med litteraturstudien när det gäller att kvinnor och yngre personer nyttjar digital vård i högre uträkning än andra. Sett till socioekonomiska skillnader är forskningslitteraturen inte lika entydig. Många resultat är också svåra att överföra till svenska förhållanden eftersom de huvudsakligen avser det amerikanska sjukvårdssystemet och dess försäkringskontext. Tidigare studier på svenska förhållanden bekräftar däremot i stort de resultat som framkommer i den här rapporten, det vill säga att digital vård främst används av höginkomsttagare, högtbildade och storstadsbor.

För fysiska läkarbesök är fördelningsmönstret i stort sett det omvända: Besökarna är främst äldre personer, kvinnor, personer med relativt låg utbildning och inkomst samt personer med kroniska diagnoser.



Skillnaderna i nyttjandet av digitala och fysiska läkarbesök utifrån nämnda grupper kvarstår även efter justering för ålder och förekomst av kroniska sjukdomar.

Snedfördelningen kan framöver påverka primärvårdens fördelningsprofil

Digitala besök används alltså i större utsträckning av personer som har mindre förväntade vårdbehov, utifrån både socioekonomiska faktorer och tidigare kända vårdbehov. Eftersom de digitala besöken fortfarande står för en liten andel av primärvården har detta haft en marginell effekt på primärvården som helhet. Men om digital vård fortsätter att öka i omfattning, med samma snedfördelning när det gäller behov, riskerar primärvården att få en profil där höginkomsttagare och högutbildade personer använder mer vård än andra.

6.2.3 Ersättning för digitala besök

Digitala utomlänsbesök gör det svårare för regionerna att styra primärvårdens utbud

För regionerna har etableringen av de digitala vårdgivarna inneburit nya kostnader och utmaningar när det gäller att styra primärvårdens utbud och inriktning.

Det är patientens hemregion som betalar det digitala besöket även om det görs via en annan region. Betalningen mellan regionerna görs enligt en regiongemensam prislista, den så kallade utomlänsersättningen. Inledningsvis ersattes de digitala besöken med ett förhållandevis högt belopp per besök, den har sedan sänkts i flera omgångar.

Samtidigt som hemregionen är betalningsansvarig har den små möjligheter att reglera de digitala besökens antal och inriktning. Hemregionen har därmed också små möjligheter att styra över kostnaderna för de digitala besöken, även om den sänkta ersättningen till de digitala vårdgivarna mildrat det problemet. I rapporten framgår också att flera regioner är tveksamma till att fortsätta med betalning via utomlänstaxan.

Regionerna använder olika ersättningsprinciper

I analyserna beskrivs att tillkomsten av digitala vårdgivare har påverkat regionernas ersättning till befintliga vårdgivare som ingår i regionens vårdval. Flera regioner har undantagit digitala vårdbesök från principerna om kostnadsansvar, som innebär att en vårdcentral som har en listad patient

som gör ett besök någon annanstans får betala för det. I stället har regionerna valt att betala för digitala vårdbesök på central nivå. Då ges vårdcentralerna svaga ekonomiska incitament att påverka fördelningen mellan digitala och fysiska besök inom primärvården. På så vis har de digitala vårdbesöken medfört ökade totalkostnader för regionerna, eftersom ersättningen till de digitala vårdgivarna inte inneburit minskad ersättning till vårdcentralerna inom regionen i motsvarande grad. Detta förhållande stärks även av att de flesta regioner har kapitationsersättning som huvudsaklig ersättning inom primärvården, alltså en årlig ersättning per listad individ. Ett antal regioner använder dock fortfarande principen om kostnadsansvar även för digitala vårdbesök.

Internationellt används andra modeller

Digitala vårdgivare finns i fler länder än Sverige, men det är ovanligt med den svenska modellen som innebär en kombination av offentlig finansiering, ersättning per besök och ett system där patienten kan söka vård i hela landet. I andra länder har de digitala vårdföretagen – inklusive några av dem som är verksamma i Sverige – främst bidragit som leverantörer av plattformar för digital vård, snarare än som vårdproducenter.

6.3 SLUTSATSER

Utifrån arbetet med rapporten landar vi i tre övergripande slutsatser. Vi menar att de digitala vårdgivarna har bidragit med ökad tillgänglighet, åtminstone för vissa grupper, och en lägre kostnad per läkarkontakt för primärvården som helhet. De digitala besöken har dock använts ojämnt och därmed minskat primärvårdens omfördelande effekt gentemot dem med relativt sett sämre socioekonomiska förhållanden och större förväntade vårdbehov. För att dra bättre nytta av de digitala besöken behöver de integreras bättre i den övriga primärvården, där utvecklade ersättningsmodeller är en nyckel.

Digitala vårdbesök har främjat produktiviteten och ökat tillgängligheten – särskilt för vissa grupper – men det finns kunskapsluckor om effektiviteten

Vi ser tydliga indikationer på att de digitala vårdbesöken har stärkt primärvårdens tillgänglighet och produktivitet i form av kortare väntetider och lägre kostnad per läkarkontakt för regionerna. De har också potential att avlasta fysisk primärvård. Det finns dock för lite kunskap om besöksformens påverkan på vårdens effektivitet ur olika perspektiv, alltså dess kvalitet och



hälsobidrag i relation till kostnaden för regionerna och för samhället. Därmed är det svårt att bedöma de digitala besökens samhällsekonomiska effekter. Samtidigt är dessa luckor mycket svåra att åtgärda, till stor del beroende på metodologiska utmaningar och brist på data. De digitala besökens påverkan på hälso- och sjukvårdens effektivitet som helhet beror även på hur målen om god tillgänglighet och om god kontinuitet och samordning ska värderas i förhållande till varandra.

En skev användning av digitala besök har minskat primärvårdens omfördelade effekt ur både ett behovsmässigt och socioekonomiskt perspektiv

Hittills har digitala besök nyttjats mer av dem med relativt sett bättre socioekonomiska förhållanden och i mindre utsträckning av personer med kronisk sjukdom. På så vis har besöksformen minskat primärvårdens omfördelade effekt. Samtidigt är det svårt att avgöra vad som är den optimala omfördelningen och vilka konsumtionsnivåer som är optimala för olika grupper, så det är svårt att veta om det digitala konsumtionsmönstret utgör ett problem för jämlikheten i vården. Digitala besök används också betydligt mer i storstadsregioner än i glesbygdsregioner. De regionala skillnaderna i digitalt vårdutnyttjande kan vara särskilt problematiska ur jämlikhetssynpunkt.

Olika ersättningsformer för digital och fysisk vård har försvårat möjligheterna till effektivisering

Inom traditionell primärvård används främst en fast ersättning per listad patient, medan digital vård har rörlig styckersättning per besök. Dessa olika ersättningsformer har försvårat möjligheterna till effektivisering. För att öka effektiviteten i vården behövs mer ändamålsenliga nationella och regionala ersättningsmodeller, och steg bort från dagens huvudsakligen parallella system för att organisera och ersätta digital och fysisk vård.

6.4 REKOMMENDATIONER

Utifrån resultaten i den här rapporten ger vi tre rekommendationer som tar fasta på behovet av fler uppföljningar av och mer kunskap om digital vård – oavsett hur den digitala vården kommer att styras och regleras framöver.

- ▶ *Regionerna bör kontinuerligt följa upp och se över de incitament som deras ersättningsmodeller för digitala och fysiska besök ger upphov till*

Ersättningen för de digitala besöken har sänkts i flera omgångar, vilket tyder på en osäkerhet om vad tjänsterna egentligen kostar och vilka incitament som ersättningsnivån ger. Den nationella ersättningen och de regionala modellerna som håller på att utvecklas kommer sannolikt att revideras fler gånger, och med nya avtalskonstruktioner och ersättningsmodeller kommer det att finnas ett stort behov av att följa upp hur olika aktörer och vårdgivare agerar. Det kan exempelvis gälla om vissa vårdgivare fokuserar på vissa patientgrupper med olika bakgrund och behov av vård. Detta behöver inte vara ett problem om ersättningen är anpassad till skillnader i gruppernas behov. Vi rekommenderar därför regionerna att följa upp effekterna av nya ersättningsnivåer och ersättningsmodeller för fysiska och digitala besök, med särskilt fokus på hur grupper med olika behov påverkas.

- ▶ *Regeringen och regionerna bör regelbundet följa upp hur digital vård påverkar vårdens jämlikhet och effektivitet*

Oavsett vad som händer med avtals- och ersättningsmodeller framöver ser vi behov av att följa hur den digitala vården påverkar vårdens kostnader och kvalitet samt hur jämlikheten utvecklas avseende geografiska och socioekonomiska skillnader i användningen. De digitala vårdbesöken är en del av den digitala transformeringen, och systematisk kunskapsinhämtning behövs för att utveckla vården. Därför är det viktigt att regeringen, exempelvis via myndighetsuppdrag, och regionerna gör systematiska utvärderingar och uppföljningar på området.

- ▶ *Regeringen bör säkerställa att digitala besök ingår i ett nationellt patientregister för primärvården*

Sedan många år tillbaka finns patientregister som ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar inom öppen- och slutna specialiserad vård. Något motsvarande register över besök, insatser och behandlingar i primärvården finns inte, men behovet är känt och för närvarande pågår arbete med att etablera ett sådant hos Socialstyrelsen.

Med tanke på den digitala vårdens snabba expansion anser vi att patientregistret för primärvården redan från början bör inkludera digitalt



vårdutnyttjande och att man utvecklar lämpliga klassificeringsnormer och koder för detta. Informationen om digital vård bör harmoniseras med registreringen av övrig primärvård och samlas in på ett enhetligt sätt över hela landet. Dagens problem med information om vård hos läkare och fysioterapeuter inom den nationella taxan visar att det är mycket svårt att i efterhand komplettera ett register med en ny organisationsform.

6.5 DE DIGITALA BESÖKENS FRAMTIDA ROLL

Den snabba ökningen av digitala vårdbesök har lett till debatt, utredning och förändrade regelverk. En central fråga är vilken roll de digitala vårdgivarna bör spela mot bakgrund av olika hälso- och sjukvårdspolitiska mål, såsom målet om en god och nära vård. Den här rapporten visar att de digitala vårdgivarna har bidragit med ökad tillgänglighet och sänkta kostnader per besök inom primärvården som helhet. Samtidigt har primärvårdens omfördelade effekt minskat gentemot personer med förhållandevis sämre socioekonomiska förhållanden och stora förväntade vårdbehov, och vi ser stora skillnaderna i hur mycket digitala besök används i olika delar av landet. De totala kostnaderna för regionernas primärvård har ökat på grund av ny vårdkonsumtion och genom att det saknas kostnadsansvar för användarnas samlade primärvårdskonsumtion bland både digitala och fysiska vårdgivare. Dagens utformning (fortsatt kallad dagens modell) innebär parallella system för att organisera och ersätta digital och fysisk primärvård, och vi kan alltså konstatera att den innebär en rad utmaningar relaterade till hur olika målsättningar inom hälso- och sjukvården bör balanseras mot varandra.

På statlig nivå har utformningen av digital vård behandlats i utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* som i mars 2018 fick i uppdrag att analysera ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer. I korthet ville utredningen se en integrering av digital och traditionell primärvård genom att föreslå att samtliga utförare inom primärvårdens valfrihetsystemen måste erbjuda både digital och fysisk vård. Utredningen har sedan tagits vidare av regeringen, och en proposition på området lämnades till riksdagen i december 2021 (prop. 2021/22:72). Likt den tidigare utredningen uttrycker propositionen att de digitala arbetssätten kan öka tillgängligheten och leda till en mer effektiv vård för både patienter och medarbetare. Men både utredningen och propositionen pekar på att digitala vårdtjänster ofta har en bristande kontinuitet och därmed i vissa fall försvårar en hållbar och integrerad utveckling i hela hälso- och sjukvårdssystemet. I propositionen

menar regeringen också att regionerna bör ställa höga krav på både fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och inkludera tydliga krav i sina förfrågningsunderlag inom primärvårdens valfrihetssystem, vilket även utredningen förordade.

Även regionerna har tagit initiativ till förändrade styr- och ersättningssystem för digital vård. Ett par exempel, som beskrivs i rapporten, är den i omgångar sänkta utomlänsersättningen till digitala vårdgivare och Region Stockholms arbete för att inkludera de digitala vårdgivarna i regionens ordinarie vårdval.

Med tanke på de här initiativen och förändringarna vill vi avsluta med att diskutera de digitala vårdgivarnas roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Diskussionen startar i dagens tvådelade modell, och de för- och nackdelar som den här rapporten visar, ställt mot några tänkbara för- och nackdelar med en fullt integrerad modell. Sedan diskuterar vi ett par olika blandmodeller som ligger mellan dagens tvådelade modell och en fullt integrerad modell. Efter det berör vi kort möjligheten att erbjuda digitala vårdbesök genom 1177 och alternativet att patienten själv står för hela kostnaden för digitala besök hos nationella digitala vårdgivare. Vi avslutar med att sammanfatta och lyfta fram några viktiga aspekter för den fortsatta utvecklingen, utan att dra några slutsatser om vilken modell som bör tillämpas framöver.

6.5.1 Tvådelad modell – en fortsättning med nuvarande struktur

Dagens modell är i stort sett tvådelad, med olika system för digital vård och fysisk vård. Generellt karakteriseras denna modell av specialisering på antingen digital eller fysisk vård, och det ställs sällan krav på att vårdgivare ska erbjuda båda besöksformerna. Digitala vårdbesök är främst tillgängliga genom att vårdgivarna är underleverantörer till en vårdcentral i en specifik region, men det är patientens hemregion som betalar för besöket. Den digitala delen av modellen är en nationell modell på så vis att befolkningen i hela landet kan vända sig till samma digitala vårdgivare och på så vis att ersättningen till de digitala vårdgivarna är bestämd på nationell nivå.

Främjar digital tillgänglighet – men särskilt för personer med mindre behov

De digitala vårdgivarna erbjuder en högre tillgänglighet än vad de flesta vårdcentraler kan erbjuda, särskilt på kvällar och helger. Samtidigt är det främst personer med mindre omfattande medicinska behov som vänder sig till digitala vårdgivare, och sammantaget har de digitala besöken minskat



primärvårdens omfördelade effekt. Den ökade tillgängligheten är alltså inte enbart positiv, eftersom den potentiellt har gynnat personer med små medicinska behov framför dem med större behov, och personer med höga inkomster och lång utbildning framför andra. Det är möjligt att användandet av de digitala besöken med tiden jämnar ut sig, men än så länge ses ingen sådan utveckling.

I den tvådelade modellen saknas också ett integrerat ansvar för att vårdresurserna fördelas efter behov – både på vårdnivå och på vårdgivarnivå. Medel för att åstadkomma ökad integrering kan exempelvis bestå av en gemensam triagefunktion eller ett decentraliserat kostnadsansvar för en patients samlade primärvårdskonsumtion (som inkluderar både digital och fysisk vård).

Kan främja fortsatt digital utveckling och innovation

Svensk hälso- och sjukvård är i behov av innovationer, inte minst när det gäller primärvårdens tillgänglighet. I rapportens analyser pekas på att de digitala vårdgivarna har bidragit med snabbare kontaktvägar än vad som varit fallet inom den traditionella primärvården. Den tvådelade modellen som tillåtit digitala vårdgivare att verka på en nationell arena har dock sannolikt påskyndat införandet av digitala besök och kontaktvägar även i den övriga hälso- och sjukvården. Det går inte att veta vad en fortsatt tvådelad modell skulle innebära för innovationstakten i framtiden, men det är möjligt att de digitala vårdgivarna skulle komma med ytterligare innovationer. Samtidigt bör även regionerna ha möjlighet att både ta del av, anpassa och vidareutveckla digitala arbetssätt. I rapporten framgår också att kapiteringsersättningen bör kunna ge förutsättningar för innovation, även om det hittills inte har hänt så mycket inom digitala besök.

Skalfördelar med nationell marknad ger bättre kapacitetsutnyttjande

En tvådelad modell där digitala vårdgivare fortsatt har möjlighet att verka nationellt innebär skalfördelar eftersom deras investeringar i plattformar och arbetskraft inte är kopplade till regionala förutsättningar. Det är sannolikt att en nationell marknad med dessa skalfördelar ger bättre förutsättningar för att effektivt använda den digitala vårdens kapacitet, oavsett geografiska variationer i utbud och efterfrågan.

Bristande samordning och kontinuitet

En tydlig invändning mot den tvådelade modellen är att samordningen brister och att personkontinuiteten blir sämre. Med nationella digitala

vårdgivare har patientens hemregion och vårdcentral små möjligheter att ta ansvar för att samordna och optimera patientens vårdkontakter, inklusive kontinuiteten. Problemet kan vara större eller mindre för individen eftersom patienter har olika stora behov av kontinuitet och samordning. Det är möjligt att det är just personer med mindre behov av kontinuitet och samordning som vänder sig till de digitala vårdgivarna, och att det delvis är anledningen till den snedfördelning som analysen visar.

6.5.2 Fullt integrerad modell – hur en digifysisk vård kan utformas

En fullt integrerad modell kan ses som en motpol till den tvådelade. Med fullt integrerad menar vi att alla vårdgivare som ingår i en regions vårdval har krav på sig att erbjuda både digital och fysisk vård samt att det inte är möjligt att göra digitala utomlänsbesök. I den här modellen verkar alltså de digitala vårdgivarna inte nationellt på det sätt som de gör i dag, utan grunden är att varje patient ska söka både digital och fysisk primärvård hos en och samma vårdgivare.

Bättre samordning och ökad kontroll för regionerna

Med en full integrerad modell skulle de digitala vårdgivarna bli en del av den ordinarie vården. Regionerna och vårdgivare skulle därmed få större möjligheter att ge sina patienter kontinuitet och samordnad vård, och regionerna skulle få ökad överblick och kontroll över sin befolknings vårdkonsumtion och kostnader.

Möjlighet att optimera och prioritera mellan digitala och fysiska besök

Med en fullt integrerad modell ökar förutsättningarna för att optimera och prioritera mellan besöksformerna jämfört med en tvådelad modell. Vårdgivaren kan lättare säkerställa att vårdbehoven hanteras på lämpligaste sättet om det finns möjlighet att erbjuda både digitala och fysiska besök. Fördelningen mellan digital och fysisk vård skulle sannolikt se olika ut för olika patientgrupper, men vårdgivarna skulle ha möjlighet att omfördela resurser mellan olika typer av vårdkontakter för att passa sina listade patienter. Triageringen, det vill säga den första bedömningen av patientens vårdbehov, skulle göras likartat oavsett om personen söker digitalt eller fysiskt, och oavsett om det som patienten söker för kan hanteras genom ett digitalt besök eller inte. Jämfört med den tvådelade modellen skulle triageringen bli mer effektiv och leda närmare målet om att ge vård efter behov. Modellen kan dock innebära lägre tillgänglighet för nya patientgrupper och att ny konsumtion begränsas.



Risk för sämre kapacitetsutnyttjande

Med en fullt integrerad modell blir det svårare för vårdgivare att verka nationellt, eftersom varje vårdcentral behöver kunna erbjuda både digitala och fysiska besök. Den nationella marknaden är sannolikt viktig för ett mer effektivt kapacitetsutnyttjande. Om personal bara kan verka i den egna regionen, eller till och med bara arbeta med de patienter som tillhör en vårdcentral, är det svårare att upprätthålla samma tillgänglighet som när patienter kan matchas med personal från hela landet. Det är därför möjligt att en sådan utformning skulle begränsa den tillgänglighet som de digitala vårdgivarna hittills har bidragit med.

Utredningen om styrning för en mer jämlik vård förordade mer integrering

Att integrera den fysiska och digitala vården mer än i dag är i linje med förslagen i betänkandet *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42). Utredningen förordade att det inte bör vara ett särskilt nationellt system eller en egen vårdnivå för de digitala vårdgivarna. Vidare menade utredningen att hälso- och sjukvården behöver fungerande samverkan och koordinering för att erbjuda effektiv och patientcentrerad vård samt att det är kontraproduktivt att dela upp primärvårdens uppdrag i ett separat digitalt system som hanteras av vissa utförare och annan vård som hanteras av andra utförare.

I Vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet tillstyrkte vi utredningens förslag, dock med vissa förbehåll och kommentarer i linje med diskussionen i det här avsnittet. Bland annat såg vi en risk för att de digitala vårdgivarna väljer att begränsa sin verksamhet till större städer om det ställs krav på att de ska ingå i samma vårdval som traditionella primärvårdsutförare och erbjuda både digital och fysisk vård. Vi framhöll också att det osäkert i vilken utsträckning som regionerna verkligen kommer att kunna erbjuda digitala tjänster som motsvarar tillgängligheten och den tekniska kvaliteten i dagens utbud. Dessutom pekade vi på att ett mer integrerat och regionbaserat system minskar möjligheterna till skalfördelar. Sammantaget såg vi en risk för att tillgången till digital vård skulle minska om man frångår dagens tvådelade modell, även om vi också, liksom utredningen, var kritiska till de parallella systemen för digital och fysisk vård, med en begränsad informationsöverföring mellan dem.

6.5.3 Blandmodeller – för samordning och fortsatt innovation

Ett alternativ är att kombinera de två renodlade modellerna ovan med gemensamma styrformer, och dra nytta av fördelarna i respektive modell. I det här avsnittet diskuterar vi två tänkbara blandmodeller. En av dem går ut på bättre samordning via styr- och ersättningsmodellernas utformning. Den andra bygger på att medborgarna får möjlighet att välja en huvudsakligen digital eller en huvudsakligen fysisk vårdcentral utifrån behov.

Tvådelad modell med ekonomisk koppling och tydliga krav på informationsdelning mellan vårdformerna

Den första modellen bygger på dagens struktur med en nationell vårdform för digital vård och regionernas nuvarande utbud av vårdcentraler. Den skulle fortfarande bygga på att patienter listas vid antingen en digital vårdgivare eller en traditionell vårdcentral. I båda fallen skulle vårdgivarna ha krav på sig att erbjuda både fysiska och digitala besök, antingen i egen regi eller genom kontrakt med underleverantörer.

I tillägg till digitala vårdgivares och vårdcentralernas ansvar att erbjuda sina listade personer både digital och fysisk vård skulle det även kunna följa ett visst ekonomiskt ansvar för patienternas totala primärvårdsutnyttjande, till exempel kostnadsansvar för remisser eller besök hos andra vårdgivare där patienten inte är listad. De ekonomiska relationerna kan hanteras via regionala avtal där utomlänstaxan inte nödvändigtvis behöver tillämpas. Modellen ger även möjligheter till lokala förhandlingar mellan en enskild vårdcentral (eller en större primärvårdsenhet) och digitala vårdgivare.

Skillnaden mot den fullt integrerade modellen är att vårdgivarna (digitala eller traditionella vårdcentraler) inte får ett allomfattande kostnadsansvar utan snarare vissa mindre incitament för att undvika att deras listade patienter gör besök och kontakter hos andra vårdgivare. Incitamenten kan även uppmuntra till dessa kontakter om de ses som ändamålsenliga. I normalfallet kommer sannolikt en traditionell vårdcentral att ha ett kostnadsansvar för ett visst nyttjande av digital vård.

Med den här modellen kan en digital vårdgivare erbjuda fysisk vård vid en egen eller annan kontrakterad vårdcentral. De övergripande ersättningsprinciperna, i form av egna intäkter, bonus och sanktioner, kan då utformas lika för både huvudsakligen fysiska och digitala vårdgivare. Även patientavgifterna kan utformas lika för att premiera en hög kontinuitet.



Fördelen med modellen är att den ger vårdgivare en möjlighet att i viss mån samordna och optimera vården för de listade patienterna. Samtidigt kan de digitala vårdgivarna agera på en nationell marknad med de skalfördelar som det ger.

Modellen riskerar dock att medföra ökade transaktionskostnader eftersom de digitala vårdgivarna behöver förhandla och ingå avtal med flera regioner, som dessutom har olika ersättningsmodeller. Det kan också bli aktuellt för de digitala vårdgivarna att förhandla och ingå avtal med flera enskilda vårdcentraler eller vårdgivare. Även regioner, vårdgivare och vårdcentraler kan komma att förhandla och ingå avtal med flera digitala vårdgivare. Det kan även leda till att digitala aktörer fokuserar på större regioner och större primärvårdsenheter för att få avtal.

Nivåindelad modell – digitalt vårdval för personer med mindre behov och traditionell modell för dem med större

Den andra blandmodellen bygger på att patienterna delas in och väljer vårdgivare efter sina medicinska behov. Anell och Ellegård (2021) har föreslagit en modell som är baserad på gruppering efter vårdbehov. Utgångspunkten är ett antagande om att digitala vårdbesök lämpar sig bäst för relativt friska individer med ett lågt förväntat vårdbehov. För patienter med större vårdbehov som har stort behov av fysiska besök ska det finnas en traditionell vårdvalsmodell, men med möjlighet att använda digitala tjänster. Man låter alltså medborgarna välja om de vill använda digitala vårdgivare eller lista sig vid en vårdcentral, och får på så sätt en nivåindelning.

Anell och Ellegård (2021) betonar att deras förslag är långt ifrån en färdig modell i dagsläget. De resonerar om möjliga sätt att ersätta vårdgivare som vänder sig till de två olika grupperna så att ersättningarna främjar en effektiv vård och fördelning efter behov. Exempelvis behöver det finnas en lösning för individer som väljer digitala vårdgivare men även behöver uppföljning genom fysiska besök eller remiss till sådana. Här kan man tänka sig att digitala vårdgivare har ett kostnadsansvar och betalar för uppföljande fysiska besök, eller behandlingar (Anell och Ellegård 2021).

En fördel med en denna modell är att man behåller fördelarna med varje modell. Den digitala vården inriktas mot hög tillgänglighet för mindre omfattande medicinska behov som kan hanteras digitalt. Samtidigt finns traditionell primärvård för patienter med större sjuklighet och behov av kontinuitet. När det gäller nackdelar kan det vara svårt att fördela patienter mellan nivåerna. Patienternas behov kan även förändras så att de måste byta nivå. En annan nackdel är att omvandlingen mot mer digital vård hejdas,

till exempel för patienter med kroniska sjukdomar vars uppföljningar och återbesök till stor del kan utföras digitalt.

6.5.4 Ett utökat 1177 som även erbjuder nationella digitala besök

Ett ytterligare alternativ är att utöka 1177 Vårdguidens uppdrag till att även erbjuda videobesök med bland annat läkare, för diagnosticering, viss behandling och vidareremittering. 1177 Vårdguiden är en gemensam nationell digital plattform i offentlig regi och skulle kunna verka nationellt på motsvarande sätt som de privata digitala aktörerna – och därmed ta vara på skalfördelarna med en nationell vårdmarknad. Regionerna kan sedan gemensamt styra hur de digitala besöken ska ersättas och integreras med traditionell primärvård. När det gäller ersättning kan en fast avgift utifrån regionernas befolkningsandel vara ett alternativ till dagens styckersättning.

6.5.5 Låta marknaden styra efterfrågan av digital vård

Ett mer radikalt alternativ är att acceptera en helt privatfinansierad marknad för fristående digitala vårdgivare. Det innebär att den digitala delen i dagens tvådelade modell blir helt beroende av privat finansierad efterfrågan. För den integrerade modellen blir konsekvenserna mindre, men de digitala vårdgivare som inte får avtal med regionerna eller avtalade vårdgivare hänvisas till en marknad med privat finansiering och efterfrågan. En privat marknad för digital vård, med fristående vårdgivare, skulle då likna situationen i Norge där de digitala vårdgivarna säljer sina tjänster på en privat marknad.

6.5.6 Fortsatt utveckling av de digitala besökens roll

De digitala vårdgivarna har bidragit med ökad tillgänglighet, åtminstone för vissa grupper, och en lägre kostnad per läkarkontakt för primärvården som helhet. Dessutom har den tvådelade modellen sporrat innovation, men den är ändå inte optimal. För att digitala vårdbesök ska göra större nytta behöver de integreras bättre i den övriga primärvården. Hur det bäst ska gå till är en svår fråga.

Den här avslutande diskussionen ger inte svar på vilken modell som bör tillämpas framöver, men förhoppningsvis kan de olika modellbeskrivningarna underlätta fortsatta diskussioner om utvecklingen. Sammantaget finns det tänkbara fördelar och nackdelar med alla, som bland annat relaterar till hur olika målsättningar inom hälso- och sjukvården bör



balanseras mot varandra, där konflikten mellan hög tillgänglighet och hög kontinuitet med god samordning är ett exempel. Dagens tvådelade modell kan sägas ha främjat hög tillgänglighet och skapat förutsättningar för ett effektivt kapacitetsutnyttjande. En fullt integrerad modell, där patientens vårdcentral erbjuder både fysiska och digitala besök, kan i stället ge bättre förutsättningar för kontinuitet, samordning och kostnadskontroll.



Referenser

- Akhtar, M., Van Heukelom, P. G., Ahmed, A., ... Mohr, N. M. (2018). Telemedicine Physical Examination Utilizing a Consumer Device Demonstrates Poor Concordance with In-Person Physical Examination in Emergency Department Patients with Sore Throat: A Prospective Blinded Study. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 24, nr 10, s. 79–796.
- Anell, A., Ellegård, L.M. (2021). En digifysisk primärvård med bättre prioritering efter behov. *Ekonomisk debatt*, nr 5, årgång 49.
- Armstrong, S. (2018). The apps attempting to transfer NHS 111 online. *The BMJ*, vol. 360, nr 8137, artikel k156.
- 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 (Millwood)*, vol. 36, nr 3, s. 485–491.
- Bavafa, H., Hitt, L. M., Terwiesch, C. (2018). The Impact of E-Visits on Visit Frequencies and Patient Health: Evidence from Primary Care. *Management Science*, vol. 64, nr 12, s. 5461–5480.
- Bellon, J. E., Stevans, J. M., Cohen, S. M., James, A. E., Reynolds, B., Zhang, Y. (2015). Comparing Advanced Practice Providers and Physicians as Providers of e-Visits. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 21, nr 12, s. 1019–1026.
- Blix, M., Jeansson, J. (2019). Telemedicine and the Welfare State: The Swedish Experience. I Larsson, A., Teigland, R. (red.), *Digital Transformation and Public Services: Societal Impacts in Sweden and Beyond* (s. 15–32). New York: Routledge.
- Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., och Busse R. (2020). *Germany: Health system review*. Health Systems in Transition, vol. 22, nr 6. World Health Organization. Regional Office for Europe.

- Brilleman, S. L., Gravelle, H., Hollinghurst, S., Purdy, S., Salisbury, C., Windmeijer, F. (2014). Keep it simple? Predicting primary health care costs with clinical morbidity measures. *Journal of Health Economics*, vol. 35 s. 109–122.
- Brunett, P. H., DiPiero, A., Flores, C., Choi, D., Kum, H., Girard, D. E. (2015). Use of a voice and video internet technology as an alternative to in-person urgent care clinic visits. *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 21, nr 4, s. 219–226.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation - Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)*, Vom 9 Dezember 2019.
- Carter, M., Fletcher, E., Sansom, A., Warren, F. C., Campbell, J. L. (2018). Feasibility, acceptability and effectiveness of an online alternative to face-to-face consultation in general practice: a mixed-methods study of webGP in six Devon practices. *BMJ Open*, vol. 8, nr 2, s. 1–11.
- Courneya, P. T., Palattao, K. J., Gallagher, J. M. (2013). HealthPartners' online clinic for simple conditions delivers savings of \$88 per episode and high patient approval. *Health affairs Web exclusive*, vol. 32, nr 2, s. 385–392.
- Crotty, B. H., Mostaghimi, A., O'Brien, J., Bajracharya, A., Safran, C., Landon, B. E. (2015). Prevalence and Risk Profile Of Unread Messages To Patients In A Patient Web Portal. *Applied clinical informatics*, vol. 6, nr 2, s. 375–382.
- Davis, C. B., Marzec, L. N., Blea, Z., ... Lemery, J. J. (2019). Antibiotic Prescribing Patterns for Sinusitis Within a Direct-to-Consumer Virtual Urgent Care. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 25, nr 6, s. 519–522.
- Dullet, N. W., Geraghty, E. M., Kaufman, T., ... Marcin, J. P. (2017). Impact of a University-Based Outpatient Telemedicine Program on Time Savings, Travel Costs, and Environmental Pollutants. *Value in Health*, vol. 20, nr 4, s. 542–546.
- Edison, K. E., Fleming, D. A., Nieman, E. L., Stine, K., Chance, L., Demiris, G. (2013). Content and Style Comparison of Physician Communication in Teledermatology and In-Person Visits. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 19, nr 7, s. 509–514.
- Edwards, H. B., Marques, E., Hollingworth, W., ... Northstone, K. (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*, vol. 7, nr 11, s. 1–9.
- Ekman, B. (2018). Cost Analysis of a Digital Health Care Model in Sweden. *Pharmacoeconomics - Open*, vol. 2, s. 347–354.

- Ekman, B., Thulesius, H., Wilkens, J., Lindgren, A., Cronberg, O., Arvidsson, E. (2019). Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomics, and diagnoses. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, vol. 127, s. 134–140.
- Ellegård, L. M., Kjellsson, G. (2019). Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral: Användare av digitala vårdtjänster kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och gjorde inte färre akutbesök. *Läkartidningen*, vol. 116, s. 1–5.
- Ellegård, L. M., Kjellsson, G., Mattisson, L. (2021). An App Call a Day Keeps the Patient Away? Substitution of Online and In-Person Doctor Consultations Among Young Adults, *Working Papers in Economics* 808, University of Gothenburg, Department of Economics.
- Entezarjou, A., Calling, S., Bhattacharyya, T., ... Midlöv, P. (2021). Antibiotic Prescription Rates After eVisits Versus Office Visits in Primary Care: Observational Study. *JMIR medical informatics*, vol. 9, nr 3, s. 1–13.
- Farr, M., Banks, J., Edwards, H. B., Northstone, K., Bernard, E., Salisbury, C., Horwood, J. (2018). Implementing online consultations in primary care: a mixed-method evaluation extending normalisation process theory through service co-production. *BMJ Open*, vol. 8, nr 3, s. 1–11.
- Foster, C. B., Martinez, K. A., Sabella, C., Weaver, G. P., Rothberg, M. B. (2019). Patient Satisfaction and Antibiotic Prescribing for Respiratory Infections by Telemedicine. *Pediatrics (Evanston)*, vol. 144, nr 3, s. 1–9.
- Gabrielsson-Järhult, F., Kjellström, S., Josefsson, K. A. (2021). Telemedicine consultations with physicians in Swedish primary care: a mixed methods study of users' experiences and care patterns. *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 39, nr 2, s. 204–213.
- Gordon, A. S., Adamson, W. C., DeVries, A. R. (2017). Virtual Visits for Acute, Nonurgent Care: A Claims Analysis of Episode-Level Utilization. *Journal of Medical Internet Research*, vol. 19, nr 2, s. 1–11.
- Halpren-Ruder, D., Chang, A. M., Hollander, J. E., Shah, A. (2019). Quality Assurance in Telehealth: Adherence to Evidence-Based Indicators. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 25, nr 7, s. 599–603.
- Hertzog, R., Johnson, J., Smith, J., ... Couchman, G. R. (2019). Diagnostic Accuracy in Primary Care E-Visits: Evaluation of a Large Integrated Health Care Delivery System's Experience. *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 94, nr 6, s. 976–984.

- Johnson, K. M., Dumkow, L. E., Burns, K. W., Yee, M. A., Egwuatu, N. E. (2019). Comparison of Diagnosis and Prescribing Practices Between Virtual Visits and Office Visits for Adults Diagnosed With Sinusitis Within a Primary Care Network. *Open Forum Infectious Diseases*, vol. 6, nr 9, s. 1–6.
- Jung, C., Padman, R. (2014). Virtualized healthcare delivery: Understanding users and their usage patterns of online medical consultations. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, vol. 83, nr 12, s. 901–914.
- King, M. F., Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing*, vol. 17, nr 2, s. 79–103.
- Kouskoukis, M. N., Botsaris, C. (2017). Cost-Benefit Analysis of Telemedicine Systems/Units in Greek Remote Areas. *Pharmacoecon Open*, vol. 1, s. 117–121.
- Liaw, W. R., Jetty, A., Coffman, M., ... Bazemore, A. W. (2019). Disconnected: a survey of users and nonusers of telehealth and their use of primary care. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, vol. 26, nr 5, s. 420–428.
- Lindgren, P. (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lovell, T., Albritton, J., Dalto, J., Ledward, C., Daines, W. (2021). Virtual vs traditional care settings for low-acuity urgent conditions: An economic analysis of cost and utilization using claims data. *J Telemed Telecare*, vol. 27, nr 1, s. 59–65.
- Läkartidningen (2021). *Fler direktavtal kan bli effekten om regioner slutar betala nätläkare*. Tillgänglig på <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/04/fler-direktavtal-kan-bli-effekten-om-regioner-slutar-betala-natlakare/>. Hämtat 2021-07-01.
- Martinez, K. A., Rood, M., Jhangiani, N., Kou, L., Rose, S., Boissy, A., Rothberg, M. B. (2018). Patterns of Use and Correlates of Patient Satisfaction with a Large Nationwide Direct to Consumer Telemedicine Service. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 33, nr 10, s. 1768–1773.
- 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, nr 5, s. 1–12.
- Mehrotra, A., Paone, S., Martich, G. D., Albert, S. M., Shevchik, G. J. (2013a). Characteristics of Patients Who Seek Care via eVisits Instead of Office Visits. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 19, nr 7, s. 515–519.
- Mehrotra, A., Paone, S., Martich, G. D., Albert, S. M., Shevchik, G. J. (2013b). A comparison of care at e-visits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infection. *JAMA International Medicine*, vol. 173, nr 1, s. 72–74.

- Mehrotra, A., Jena, A. B., Busch, A. B., Souza, J., Uscher-Pines, L., Landon, B. E. (2016). Utilization of Telemedicine Among Rural Medicare Beneficiaries. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, vol. 315, nr 18, s. 2015–2016.
- Murray, M. A., Penza, K. S., Myers, J. F., Furst, J. W., Pecina, J. L. (2020). Comparison of eVisit Management of Urinary Symptoms and Urinary Tract Infections with Standard Care. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 26, nr 5, s. 639–644.
- Newbould, J., Abel, G., Ball, S., ... Roland, M. (2017). Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. *BMJ*, vol. 358, s. j4197–j4197
- Nord, G., Rising, K. L., Band, R. A., Carr, B. G., Hollander, J. E. (2019). On-demand synchronous audio video telemedicine visits are cost effective. *The American journal of emergency medicine*, vol. 37, nr 5, s. 890–894.
- North, F., Crane, S. J., Stroebel, R. J., Cha, S. S., Edell, E. S., Tulledge-Scheitel, S. M. (2013). Patient-generated secure messages and eVisits on a patient portal: are patients at risk? *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, vol. 20, nr 6, s. 1143–1149.
- North, F., Crane, S. J., Chaudhry, R., Ebbert, J. O., Ytterberg, K., Tulledge-Scheitel, S. M., Stroebel, R. J. (2014). Impact of patient portal secure messages and electronic visits on adult primary care office visits. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 20, nr 3, s. 192–198.
- Ohta, M., Ohira, Y., Uehara, T ... Ikusaka, M. (2017). How Accurate Are First Visit Diagnoses Using Synchronous Video Visits with Physicians? *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 23, nr 2, s. 119–129.
- Park, J., Erikson, C., Han, X., Iyer, P. (2018). Are State Telehealth Policies Associated With The Use Of Telehealth Services Among Underserved Populations? *Health affairs Web exclusive*, vol. 37, nr 12, s. 2060–2068.
- Pearl, R. (2014). Kaiser Permanente Northern California: current experiences with internet, mobile, and video technologies. *Health affairs Web exclusive*, vol. 33, nr 2, s. 251–257.
- Penza, K. S., Murray, M. A., Pecina, J. L., Myers, J. F., Furst, J. W. (2018). Electronic Visits for Minor Acute Illnesses: Analysis of Patient Demographics, Prescription Rates, and Follow-Up Care Within an Asynchronous Text-Based Online Visit. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 24, nr 3, s. 21–215.
- Penza, K. S., Murray, M. A., Myers, J. F., Maxson, J., Furst, J. W., Pecina, J. L. (2020). Treating pediatric conjunctivitis without an exam: An evaluation of outcomes and antibiotic usage. *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 26, nr 1–2, s. 73–78.

- Powell, R. E., Stone, D., Hollander, J. E. (2018). Patient and Health System Experience With Implementation of an Enterprise-Wide Telehealth Scheduled Video Visit Program: Mixed-Methods Study. *JMIR medical informatics*, vol. 6, nr 1, s. 1–8.
- Rastogi, R., Martinez, K. A., Gupta, N., Rood, M., Rothberg, M. B. (2020). Management of Urinary Tract Infections in Direct to Consumer Telemedicine. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 35, nr 3, s. 643–648.
- Ray, K. N., Shi, Z., Gidengil, C. A., Poon, S. J., Uscher-Pines, L., Mehrotra, A. (2019a). Antibiotic Prescribing During Pediatric Direct-to-Consumer Telemedicine Visits. *Pediatrics (Evanston)*, vol. 143, nr 5, s. 1–12.
- Ray, K. N., Shi, Z., Poon, S. J., Uscher-Pines, L., Mehrotra, A. (2019b). Use of Commercial Direct-to-Consumer Telemedicine by Children. *Academic pediatrics*, vol. 19, nr 6, s. 665–669.
- Region Stockholm (2021). *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Vårdval i Stockholms län – gäller fr.o.m. 2021-02-01*. Tillgänglig på <https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-hlm-2021.pdf>. Hämtat 2021-11-30.
- RKA – Rådet för främjande av kommunala analyser (2018). *Kostnadsnyckeltal för vården i Kolada*. Tillgänglig på www.rka.nu/download/18.16f404af1773f47655a1ffb1/1612882827900/RKA-Kostnadsnyckeltal-halso-och-sjukvarden-2017.pdf. Hämtat 2021-07-01.
- Resneck, J. S., Abrouk, M., Steuer, M., ... Edison, K. E. (2016). Choice, Transparency, Coordination, and Quality Among Direct-to-Consumer Telemedicine Websites and Apps Treating Skin Disease. *JAMA dermatology (Chicago, Ill.)*, vol. 152, nr 7, s. 768–775.
- Rohrer, J. E., North, F., Angstman, K. B., Oberhelman, S. S., Meunier, M. R. (2013). Timely response to secure messages from primary care patients. *Quality management in health care*, vol. 22, nr 2, s. 161–166.
- Schoenfeld, A. J., Davies, J. M., Marafino, B. J., ... Dudley, R. A. (2016). Variation in Quality of Urgent Health Care Provided During Commercial Virtual Visits. *JAMA Internal Medicine*, vol. 176, nr 5, s. 635–642.
- Shi, Z., Mehrotra, A., Gidengil, C. A., Poon, S. J., Uscher-Pines, L., Ray, K. N. (2018). Quality Of Care For Acute Respiratory Infections During Direct-To-Consumer Telemedicine Visits For Adults. *Health Affairs (Millwood)*, vol. 37, nr 12, s. 2014–2023.

- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2014). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer*. Med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015. Stockholm: SKR.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2017). *Meddelande från styrelsen nr 11/2017 - Utvecklingen av digitala vårdtjänster*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2018). *Meddelande från styrelsen nr 5/2018 - Patientavgifter vid digitala vårdmöten*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019). *Meddelande från styrelsen nr 8/2019 - Utvecklingen av digitala vårdtjänster*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020a). *Meddelande från styrelsen nr 11/2020 - Rekommendation om ersättning för digitala vårdtjänster till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020b). *Nationella KPP-principer. Version 4. Kostnad per patient*. Stockholm: SKR.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). Öppen data: Excelfil Digital_utomlansvard_2020_SKR_210428. Tillgänglig på <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/digitalavardtjansteri/primarvarden/digitalautomlanskontakter2020.46698.html>. Hämtat 2021-07-01.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021b). *Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2020*. Tillgänglig på <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/patientavgifter.14668.html>. Hämtat 2021-07-01.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021c). *2021-04-Tabellbilaga-LPI-LPIK-1980-2020*. Tillgänglig på <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/ekonominyttregioner/arkivekonominytt/ekonominytt2021/042021loneochprisforandringarforregioner20192020.51620.html>. Hämtat 2021-07-01.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021d). Sammanställning i Excelfil *Kostnadsansvar digital utomlänsvård 17-19-21*. Inhämtad genom kontakt med SKR.
- Socialdepartementet (2020a). *Ersättning för digital vård inom nationella taxan*. Tillgänglig på www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/05/ersattning-for-digital-var-d-inom-nationella-taxan/. Hämtat 2021-11-30.
- Socialdepartementet (2020b). *Ersättning för digital vård inom nationella taxan förlängs*. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/12/ersattning-for-digital-var-d-inom-nationella-taxan-forlang/. Hämtat 2021-11-30.

- Socialstyrelsen (2018). *Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Övergripande principer för vård och behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Stockholm: Socialdepartementet
- SR – Sveriges Radio (2019). *Nätläkare får lägre ersättning*. Tillgänglig på <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=7242662>. Hämtat 2021-04-28.
- Sveriges läkarförbund (2020). *Beklagligt att SKR lämnat förhandlingar i kristider*. Tillgänglig på <https://slf.se/nyheter/skr-har-ensidigt-lamnat-forhandlingar-om-ersattning-till-privatlakare-i-kristider/>. Hämtat 2021-11-05.
- SVT – Sveriges Television (2020). *Inget genomslag för regionens egen vårdapp*. Publicerad 22 maj 2020. Tillgänglig på www.svt.se/nyheter/lokalt/ost/fa-anvander-regionens-egen-digitala-vardecentral-och-kostnaderna-okar. Hämtat 2021-11-30.
- Tan, L. F., Mason, N., Gonzaga, W. J. (2017). Virtual Visits for Upper Respiratory Tract Infections in Adults Associated with Positive Outcome in a Cox Model. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 23, nr 3, s. 200–204.
- Uscher-Pines, L., Mehrotra, A. (2014). Analysis of Teladoc use seems to indicate expanded access to care for patients without prior connection to a provider. *Health affairs Web exclusive*, vol. 33, nr 2, s. 258–264.
- Uscher-Pines, L., Mulcahy, A., Cowling, D., Hunter, G., Burns, R., Mehrotra, A. (2016). Access and Quality of Care in Direct-to-Consumer Telemedicine. *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 22, nr 4, s. 282–287.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*. Rapport 2019:8.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a). *Tre perspektiv på digitala vårdbesök - befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*. Rapport 2020:1.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020b). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Rapport 2020:5.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*. Rapport 2021:6.
- Yao, P., Clark, S., Gogia, K., Hafeez, B., Hsu, H., & Greenwald, P. (2020). Antibiotic Prescribing Practices: Is There a Difference Between Patients Seen by Telemedicine Versus Those Seen In-Person? *Telemedicine journal and e-Health*, vol. 26, nr 1, s. 15–107.



BILAGA 1 – BESKRIVNING AV DATAMATERIALET FRÅN REGIONERNA

I denna bilaga beskrivs datamaterialet som ligger till grund för analyserna av i vilken utsträckning digitala besök avlastar vårdcentralerna samt jämlikhetsanalyserna. Vi beskriver datamaterialet från varje region, med urval och avgränsningar. Här beskrivs också definitioner och skapandet av socioekonomiska variabler.

Datamaterial och urval

Rapporten baseras på primärvårdsdata från Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Region Jönköping och Region Norrbotten. Analyserna bygger på länkade data från regionernas egna vårddatabaser och data från SCB.

I analyserna inkluderas alla invånare i någon av de fem regionerna under perioden 2014–2018. Populationen definieras per den 31 december föregående år. Det innebär att redovisningarna för exempelvis 2018 inkluderar alla som var bodde i någon av regionerna den 31 december 2017. De digitala läkarbesöken är alla hämtade från Region Jönköping, och de fysiska läkarbesöken har hämtats från respektive regions vårddatabas. Från SCB:s register länkas uppgifter om kön, ålder, utbildning, inkomst och födelseland.

Avgränsningar

Dataunderlaget består av primärvårdsdata från flera olika regioners vårddatabaser, och för att göra regionerna mer jämförbara har vi försökt att definiera vård som utförs vid vårdcentraler samt jourverksamhet. Analyserna

är avgränsade till att endast inkludera fysiska och digitala läkarbesök. Tabell 15 beskriver övergripande avgränsningen för respektive region. Vidare visar tabell 16 antalet invånare och antalet fysiska och digitala läkarbesök per region för perioden 2014–2018.

Tabell 15. Definition av fysiska och digitala läkarbesök per region.

	Fysiska läkarbesök	Digitala läkarbesök
Stockholm	Läkarbesök på vårdcentral inom följande uppdragstyper: husläkarverksamhet, psykosociala insatser vid husläkarverksamhet och husläkarjour.	
Västra Götaland	Läkarbesök på vårdcentral inom de medicinska verksamhetsområdena allmänläkarvård, sjuksköterskevård och jourläkarverksamhet.	
Skåne	Läkarbesök på vårdcentral inom vårdvalsuppdrag hälsoval VC/ BHV inom MVO allmänvård, långtidssjukvård och övrig vård.	
Jönköping	Läkarbesök på vårdcentral inom de medicinska verksamhetsområdena allmänläkarvård och sjuksköterskevård.	Digitala läkarbesök vid någon av de digitala vårdgivarna som vid tidpunkten var baserade i Jönköping.
Norrbottn	Läkarbesök på vårdcentral inom mottagningstyper klassade som MVO allmänläkarvård och sjuksköterskevård, inklusive jourverksamhet.	

Tabell 16. Antal invånare och antal fysiska och digitala läkarbesök per region för perioden 2014–2018.

	År	Antal invånare	Fysiska läkarbesök	Digitala läkarbesök
Stockholm	2014	2 162 931	3 662 064	0
	2015	2 197 957	3 673 376	0
	2016	2 231 358	3 461 108	8 261
	2017	2 268 996	3 313 415	90 879
	2018	2 308 089	3 220 030	205 710
Västra Götaland	2014	1 615 042	2 052 231	0
	2015	1 631 978	1 967 135	0
	2016	1 648 654	1 973 649	3 181

(forts.)

Tabell 16. (forts.)

	År	Antal invånare	Fysiska läkarbesök	Digitala läkarbesök
	2017	1 671 750	1 927 894	34 309
	2018	1 690 753	1 900 551	78 606
Skåne	2014	1 274 017	1 535 677	0
	2015	1 288 861	1 573 951	0
	2016	1 303 590	1 561 362	2 768
	2017	1 324 540	1 545 313	28 375
	2018	1 344 667	1 555 129	63 759
Jönköping	2014	341 229	420 550	0
	2015	344 257	420 624	0
	2016	347 829	419 952	616
	2017	352 726	408 504	3 805
	2018	357 235	402 997	9 760
Norrbottnen	2014	249 430	239 758	0
	2015	249 983	243 121	0
	2016	249 726	249 330	235
	2017	250 564	240 393	2 186
	2018	251 290	238 252	5 272

Definitioner och variabler

Utbildning är kategoriserat i fyra nivåer baserat på den högst uppnådda utbildningsnivån i slutet av föregående år: Grundskola, gymnasium, max tvåårig eftergymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning 3 år eller mer. Bland individer under 25 år har en stor andel inte slutfört sin utbildning, och då har vi i stället valt värdet för den förälder som har högst utbildning.

Födelseland grupperas i tre kategorier: född i Sverige, född utanför Sverige men inom EU28 och född utanför EU28.

För **inkomst** har vi använt hushållets disponibla inkomst dividerat med antalet hushållsmedlemmar, viktade enligt konsumtionsenhetsskalan. Konsumtionsenhetsskalan är framtagen av SCB för jämförelser mellan

olika typer av hushåll. Ett ensamhushåll får exempelvis vikten 1 medan ett hushåll med ett sammanboende par får vikten 1,51 eftersom det finns stordriftsfördelar med att bo tillsammans. Inkomsten rankas sedan per individ och år och delas upp i deciler, där inkomstgrupp 1 är tiondelen med lägst inkomst och inkomstgrupp 10 är tiondelen med högst inkomst.

Kronikerindex

Vi har skapat ett mått på antal kroniska diagnoser baserat på de 17 diagnoser som tidigare ingick i det brittiska uppföljningssystemet för primärvård, Quality and Outcomes Framework (Brilleman m.fl. 2014). Diagnoserna är: ischemiska hjärtsjukdomar (I20–I25), hjärtsvikt (I50), stroke och TIA (I61–I64, G45.9), förhöjt blodtryck (I10–I13, I15), diabetes (E10–E14), KOL (J40–J44, J47), epilepsi (G40–G41), hypotyreos (E039), cancer (C), astma (J45), demens (F00–F07), depression (F32–F33), kronisk njursjukdom (N18), förmaksflimmer (I48), övervikt (E66), inlärningsstörning (F819) och rökning (F17, sällan registrerat).

En person anses ha en viss diagnos under ett visst år om hen hade minst ett besök med den aktuella diagnosen som huvud- eller bidiagnos i primärvård eller specialiserad öppenvård under de föregående två åren. För befolkningen 2015 hämtas alltså diagnoser från 2013–2014, och för 2018 hämtas diagnoser för 2016–2017. Antalet unika diagnoser summeras sedan per individ och period, till totalt 0–17 kroniska diagnoser. Individer som ännu inte hade fötts eller flyttat in under den föregående tvåårsperioden får inget värde på diagnosmättet. I de analyser där diagnosmättet ingår inkluderas därför endast barn som under det aktuella året fyller minst 3 år.

BILAGA 2 – LITTERATURSTUDIE

I denna bilaga beskriver vi litteraturstudiens metodologiska tillvägagångsätt. För att besvara forskningsfrågorna har vi genomfört en så kallad kartläggande litteraturöversikt (på engelska scoping review). Angreppssättet innebär en mer explorativ ansats och ett mindre linjärt arbetssätt än vid systematiska litteraturstudier. Kartläggande litteraturöversikter är särskilt lämpliga när syftet är att analysera befintlig forsknings karaktär och omfattning samt identifiera kunskapsluckor. En kartläggande litteraturöversikt kan alltså besvara bredare frågeställningar än systematiska litteraturöversikter, där fokus vanligen är hur effektiv en intervention är för ett specifikt sjukdomstillstånd.

Kartläggningen bygger i huvudsak på en sökning av både svenskspråkiga och engelskspråkiga originalartiklar, publicerade 1 januari 2013–13 maj 2020 i tre databaser: Medline, Embase och Web of science. För att säkerställa så uppdaterad kunskap som möjligt om svenska förhållanden gjordes även en kompletterande sökning efter svenskspråkiga artiklar publicerade 1 januari 2013–17 juni 2021 i Medline, Embase, Web of Science Core Collection, Cinahl och SveMed+. Vår sökstrategi utvecklades i samarbete med Karolinska Institutets informationsspecialister som är utbildade i att identifiera litteratur i olika databaser (tabell 17 nedan ger exempel på söktermer i den första sökningen i Medline). Vi har även handsökt andra litteraturöversikter och kompletterat med de originalartiklar som vi inte identifierade i vår sökning.

Tabell 17. Sökning kvalitet

1	exp Telemedicine/
2	(telemedicine or teleconsultation or e-visit* or evisit* or e-clinic* or eclinic* or e-consult* or econsult* or e-doctor* or edoctor* or e-health* or ehealth* or e-visit* or evisit* or tele care* or telecare* or tele health* or telehealth*).ti,ab,kf.
3	(digital care or digital health care or digital healthcare or video consultation* or virtual consultation* or virtual visit* or virtual online or virtual clinic* or realtime remote consultation*).ti,ab,kf.
4	or/1-3
5	exp General Practice/
6	General Practitioners/
7	Physicians, Family/
8	exp Primary Health Care/
9	exp Ambulatory Care/
10	exp Parasitic Diseases/

(forts.)

Tabell 17. (forts.)

11	exp Skin Diseases, Infectious/
12	exp Urinary Tract Infections/
13	exp Respiratory Tract Infections/
14	exp Gastrointestinal Tract/
15	(general practi* or family physician* or family practi* or general physician* or general practi* or primary care or primary health or family doctor* or family medicine* or ambulatory care).ti,ab,kf.
16	((eye or fungal or parasitic or respiratory or skin or urinary) adj3 infection*).ti,ab,kf.
17	or/5-16
18	exp Quality of Health Care/
19	(quality or access or "outcome and process assessment*" or effectiveness or donabedian* or acceptability or availability or antibiotic* or follow up visit* or convenience or organization of care or performance or diagnostic testing or prescribing or experience of care or patient approval* or patient satisfaction* or patient acceptance* or patient reported outcome measures* or proms).ti,ab,kf.
20	((care or health or healthcare) adj3 outcome*).ti,ab,kf.
21	((doctor* or physician* or professional*) adj3 patient* adj3 relation*).ti,ab,kf.
22	or/18-21
23	4 and 17 and 22
24	limit 23 to (english language and yr="2013 -Current")

Tabell 18. Sökning socioekonomi

1-17	Se 1-17 tabell 17
18	exp Socioeconomic Factors/
19	Healthcare Disparities/
20	exp Health Services Accessibility/
21	Digital Divide/
22	exp Health Literacy/
23	(user characteristics or patient characteristics or population characteristics or demograph* or age or ethnic group* or nationalit* or health status or population or gender or socioeconomic* or income or high-income or low-income or inequality or equality or economic status or education* or literacy or employment or unemployment or family characteristics or occupation or poverty or social class or digital divide or language barrier* or communication barrier* or geograph* or underserved or rural location or rural population* or disparit* or health services accessibility).ti,ab,kf.

(forts.)

Tabell 18. (forts.)

24	or/18-23
25	4 and 17 and 24
26	limit 25 to (english language and yr="2013 -Current")

Tabell 19. Sökning kostnader, konsumtion, effektivitet och produktivitet

1-17	Se 1-17 tabell 17
18	exp "Costs and Cost Analysis"/
19	(cost or costs or economic* or expenditure* or payment or spending or savings or less expensive or utilization or travel time or efficiency or productivity or time saving* or substitution).ti,ab,kf.
20	or/18-19
21	4 and 17 and 20
22	limit 21 to (english language and yr="2013 -Current")

För att avgränsa studien har vi använt ett antal inklusions- och exklusionskriterier för artiklarna (se rutan nedan).

Inklusionskriterier

1. Studien analyserar hur digitala vårdbesök påverkar kvalitet, jämlikhet, kostnader, produktivitet eller effektivitet.
2. Vårdkontakten initierades av patienten.
3. Studien fokuserar på digitala vårdbesök som första linjens vård.
4. Studien fokuserar på besök för symtom som är relaterade till något av de sjukdomstillstånd som är vanligt förekommande när digitala vårdbesök tillämpas som första linjens vård i svensk kontext (diagnos inom de tio vanligaste förekommande somatiska diagnoskapiteln).
5. Studien baseras på primärdata.
6. Studien är endera en randomiserad kontrollerad studie, kohortstudie, tvärsnittstudie, fallkontrollstudie eller deskriptiv kvantitativ studie.

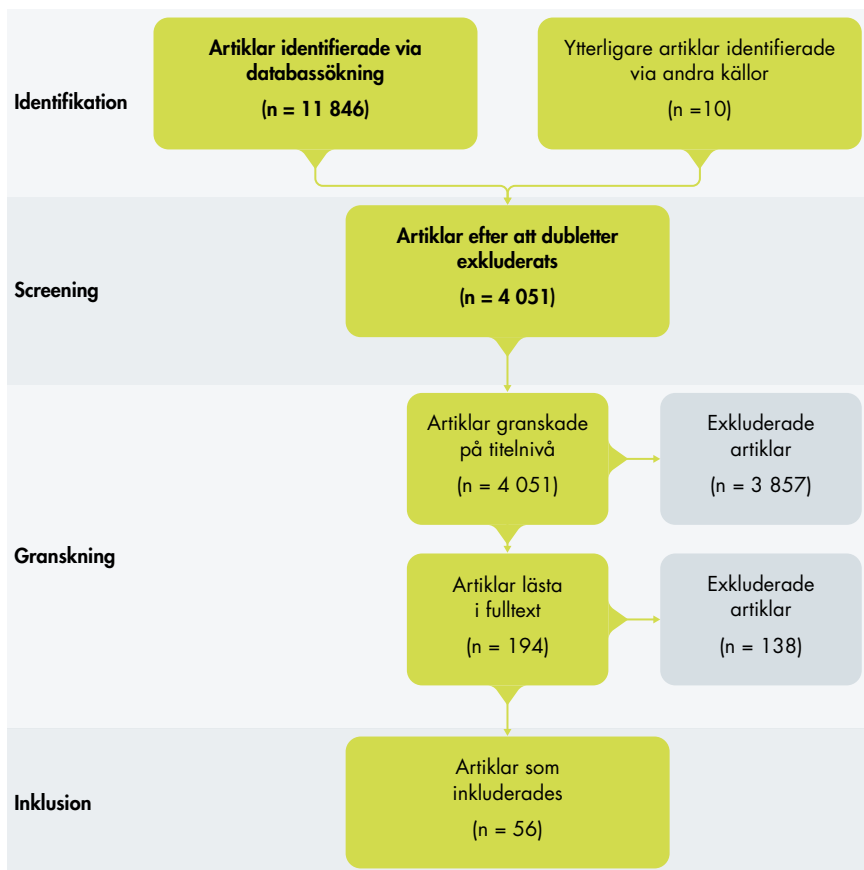
(forts.)

Exklusionskriterier

1. Studien är inte genomförd i ett OECD-land.
2. Studien analyserar inte en distanskontakt som äger rum mellan en patient och en läkare. Artiklar som inte inkluderar en tvåvägsinteraktion exkluderas således, till exempel automatiserade beslutsstöd eller appar.
3. Studien fokuserar i huvudsak på digitala vårdbesök som en ersättning för återbesök.
4. Sammanfattning saknas. För artiklar som var särskilt intressanta, baserat på titel eller förkunskaper om innehåll, frångick vi detta exklusionskriterium och artikeln inkluderades ändå.

Relevansbedömningen av artiklar skedde i flera steg, utifrån titel, abstract och fulltext (se figur 40 nedan för prismadiagram). Litteratursökningen resulterade i totalt 4 051 studier, efter att vi exkluderat dubletter. Av dessa bedömdes 56 svara mot inklusionskriterierna.

Figur 40. Flödesdiagram för litteratursökning (Baseras på PRISMA 2009).



BILAGA 3 – SAMVERKAN MED FORSKARE

Tabell 20. Forskare som deltagit i datainsamling och analys.

Namn	Titel och anknytning
Clas Rehnberg	Professor Karolinska Institutet (LIME) och Region Stockholm
Cecilia Dahlgren	Doktorand Karolinska Institutet (LIME) och Region Stockholm
Sofia Sveréus	Doktorand Karolinska Institutet (LIME) och Region Stockholm
Matlida Hagman	M.Sc., statistiker Karolinska Institutet (LIME) och Region Stockholm
Emma Spånberg	Doktorand Karolinska Institutet (LIME) och Region Dalarna

BILAGA 4 – RESULTAT FRÅN REGRESSIONSANALYSER (KAPITEL 3)

Tabell 21. Logistisk regression för sannolikheten för minst ett årligt fysiskt läkarbesök på mottagning i primärvården, 2018.

	Förklarande variabler	Koefficient	Standardfel	z	P > z
Antal obs. = 5 356 836	1 kronisk diagnos	0,76	0,003	271,16	0,000
Prob > chi2 = 0,000	2 kroniska diagnoser	1,22	0,005	250,94	0,000
Pseudo R2 = 0,118	3 el. fler kroniska diag.	1,40	0,006	231,82	0,000
	Specialistläkarbesök	0,91	0,002	465,88	0,000
	Digitala vårdbesök	0,42	0,005	89,44	0,000
	0–5 år	0,20	0,004	49,06	0,000
	6–18 år	-0,31	0,003	-97,02	0,000
	19–25 år	-0,33	0,004	-87,99	0,000
	26–45 år	-0,24	0,003	-90,41	0,000
	65–84 år	0,22	0,003	64,86	0,000
	85+ år	-0,37	0,007	-53,21	0,000
	Kvinna	0,33	0,002	176,02	0,000
	EU28	-0,15	0,004	-38,82	0,000
	Övriga länder	0,22	0,003	74,55	0,000
	Grundskola	0,08	0,004	23,55	0,000
	Gymnasium	0,07	0,003	27,81	0,000
	Eftergymn. utb. > 3 år	-0,04	0,003	-15,36	0,000
	Stockholm	0,02	0,002	8,11	0,000
	Jönköping	0,05	0,004	12,41	0,000
	Västra Götaland	-0,02	0,003	-6,85	0,000
	Norrbottn	-0,25	0,005	-49,76	0,000
	Inkomstdecil 1	-0,30	0,004	-71,89	0,000
	Inkomstdecil 2	-0,08	0,004	-19,46	0,000
	Inkomstdecil 3	-0,02	0,004	-4,81	0,000
	Inkomstdecil 4	0,01	0,004	2,85	0,004
	Inkomstdecil 6	-0,02	0,004	-5,23	0,000
	Inkomstdecil 7	-0,06	0,004	-13,79	0,000
	Inkomstdecil 8	-0,09	0,004	-20,72	0,000
	Inkomstdecil 9	-0,14	0,004	-33,14	0,000
	Inkomstdecil 10	-0,26	0,004	-61,28	0,000
	Konstant	-0,56	0,005	-120,31	0,000

Tabell 22. Logistisk regression för sannolikheten för minst ett årligt digitalt läkarbesök, 2018.

Förklarande variabler	Koefficient	Standardfel	z	P > z	
1 kronisk diagnos	0,09	0,007	12,92	0,000	Antal obs. = 5 356 836 Prob > chi2 = 0,000 Pseudo R2 = 0,118
2 kroniska diagnoser	-0,05	0,015	-3,29	0,001	
3 el. fler kroniska diag.	-0,27	0,026	-10,11	0,000	
Specialistläkarbesök	0,33	0,005	70,26	0,000	
Fysiskt läkarbesök primärvård	0,44	0,005	94,79	0,000	
0–5 år	1,95	0,009	222,79	0,000	
6–18 år	1,09	0,009	128,25	0,000	
19–25 år	1,35	0,009	147,50	0,000	
26–45 år	1,08	0,008	140,86	0,000	
65–84 år	-1,60	0,018	-87,91	0,000	
85+ år	-3,93	0,155	-25,41	0,000	
Kvinna	0,44	0,005	96,94	0,000	
EU28	-0,57	0,012	-45,98	0,000	
Övriga länder	-0,75	0,009	-83,90	0,000	
Grundskola	-0,44	0,012	-38,14	0,000	
Gymnasium	-0,11	0,006	-17,45	0,000	
Eftergymn. utb. > 3 år	-0,05	0,006	-8,96	0,000	
Stockholm	0,56	0,006	93,48	0,000	
Jönköping	-0,57	0,014	-40,66	0,000	
Västra Götaland	-0,01	0,007	-0,68	0,496	
Norrbottnen	-0,74	0,018	-40,32	0,000	
Inkomstdecil 1	-0,61	0,011	-54,46	0,000	
Inkomstdecil 2	-0,37	0,011	-35,16	0,000	
Inkomstdecil 3	-0,18	0,010	-18,30	0,000	
Inkomstdecil 4	-0,06	0,009	-6,29	0,000	
Inkomstdecil 6	0,04	0,009	4,01	0,000	
Inkomstdecil 7	0,09	0,009	9,43	0,000	
Inkomstdecil 8	0,16	0,009	17,24	0,000	
Inkomstdecil 9	0,24	0,009	24,81	0,000	
Inkomstdecil 10	0,40	0,009	42,17	0,000	
Konstant	-4,59	0,012	-375,60	0,000	

Tabell 23. Regressionsresultat (zero-inflated negative binomial regression) för antalet fysiska läkarbesök på mottagning i primärvården, 2014–2018.

	Förklarande variabler	Koefficient	Standardfel	z	P > z
Antal obs. = 28 957 452	1 kronisk diagnos	0,44	0,001	565,89	0,000
Nonzero obs. = 15 319 526	2 kroniska diagnoser	0,62	0,001	553,80	0,000
Zero obs. = 13 637 926	3 el. fler kroniska diag.	0,77	0,001	594,91	0,000
Prob > chi2 = 0,000	0–5 år	0,09	0,001	83,24	0,000
	6–18 år	-0,39	0,001	-410,70	0,000
	19–25 år	-0,32	0,001	-295,57	0,000
	26–45 år	-0,20	0,001	-267,05	0,000
	65–84 år	0,13	0,001	161,44	0,000
	85+ år	0,07	0,002	41,47	0,000
	Kvinna	0,25	0,001	489,66	0,000
	EU28	-0,06	0,001	-54,40	0,000
	Övriga länder	0,18	0,001	223,97	0,000
	Grundskola	0,09	0,001	99,57	0,000
	Gymnasium	0,08	0,001	104,53	0,000
	Eftergymn. utb. > 3 år	-0,05	0,001	-59,31	0,000
	Stockholm	0,21	0,001	314,29	0,000
	Jönköping	-0,01	0,001	-4,74	0,000
	Västra Götaland	0,04	0,001	60,84	0,000
	Norrbottn	-0,15	0,001	-107,44	0,000
	Inkomstdecil 1	-0,11	0,001	-95,83	0,000
	Inkomstdecil 2	0,02	0,001	21,57	0,000
	Inkomstdecil 3	0,04	0,001	33,77	0,000
	Inkomstdecil 4	0,05	0,001	46,81	0,000
	Inkomstdecil 5	0,04	0,001	32,08	0,000
	Inkomstdecil 7	-0,03	0,001	-26,91	0,000
	Inkomstdecil 8	-0,07	0,001	-57,10	0,000
	Inkomstdecil 9	-0,11	0,001	-93,29	0,000
	Inkomstdecil 10	-0,18	0,001	-152,49	0,000
	Digitala besök	0,29	0,002	134,59	0,000
	Specialistläkarbesök	0,74	0,001	1415,43	0,000

(forts.)

Tabell 23. (forts.)

Förklarande variabler	Koefficient	Standardfel	z	P > z
År 2015	-0,21	0,001	-253,53	0,000
År 2016	-0,25	0,001	-302,59	0,000
År 2017	-0,31	0,001	-371,45	0,000
År 2018	-0,34	0,001	-409,93	0,000
Konstant	-0,22	0,001	-160,49	0,000
inflata				
kons	-36,162	76055,76	0	1
/lnalpha	-0,082	0,001	-139,31	0
alpha	0,921	0,001		

Tabell 24. Regressionsresultat (zero-inflated negative binomial regression) för antalet digitala läkarbesök, 2016–2018.

Förklarande variabler	Koefficient	Standardfel	z	P > z
1 kronisk diagnos	0,13	0,005	24,19	0,000
2 kroniska diagnoser	0,05	0,011	4,75	0,000
3 el. fler kroniska diag.	-0,08	0,018	-4,43	0,000
0–5 år	2,01	0,007	284,04	0,000
6–18 år	1,04	0,007	155,53	0,000
19–25 år	1,36	0,007	187,20	0,000
26–45 år	1,15	0,006	194,71	0,000
65–84 år	-1,68	0,013	-129,70	0,000
85+ år	-2,34	0,046	-50,38	0,000
Kvinna	0,47	0,004	126,15	0,000
EU28	-0,58	0,009	-61,62	0,000
Övriga länder	-0,75	0,007	-111,32	0,000
Grundskola	-0,39	0,009	-44,91	0,000
Gymnasium	-0,09	0,005	-18,60	0,000
Eftergymn. utb. > 3 år	-0,05	0,005	-8,97	0,000
Stockholm	0,53	0,005	110,24	0,000

Antal obs. = 17 601 767

Nonzero obs. = 381 742

Zero obs. = 17 220 025

Prob > chi2 = 0,0000

(forts.)

Tabell 24. (forts.)

Förklarande variabler	Koefficient	Standardfel	z	P > z
Jönköping	-0,57	0,011	-53,47	0,000
Västra Götaland	-0,03	0,005	-5,20	0,000
Norrbottnen	-0,73	0,013	-54,41	0,000
Inkomstdecil 1	-0,54	0,009	-62,07	0,000
Inkomstdecil 2	-0,34	0,008	-39,73	0,000
Inkomstdecil 3	-0,19	0,008	-23,22	0,000
Inkomstdecil 4	-0,08	0,008	-9,96	0,000
Inkomstdecil 5	-0,02	0,007	-3,12	0,002
Inkomstdecil 7	0,06	0,008	7,49	0,000
Inkomstdecil 8	0,13	0,008	16,59	0,000
Inkomstdecil 9	0,22	0,008	28,22	0,000
Inkomstdecil 10	0,42	0,008	54,09	0,000
Läkarbesök primärvård	0,50	0,004	131,08	0,000
Specialistläkarbesök	0,39	0,004	103,50	0,000
År 2017	2,36	0,009	264,28	0,000
År 2018	3,18	0,009	365,07	0,000
Konstant	-7,59	0,013	-592,68	0,000

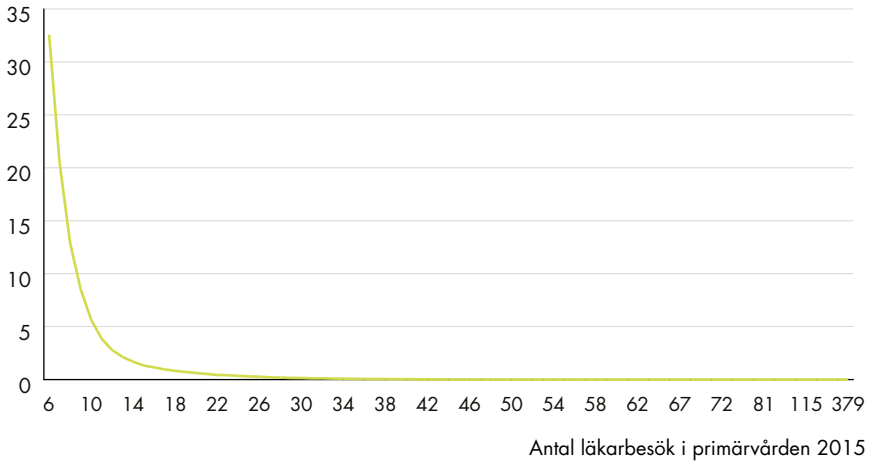
Koncentrationsindex

Inkomstfördelningen bland patienterna beskrivs med koncentrationsindex, ett sammantaget mått på fördelningen över individer med olika inkomst. Utgångspunkten är att alla individer rankas utifrån inkomst (i vårt fall ekvivalerad disponibel familjeinkomst, se bilaga 1 och stycket Definitioner och variabler för en närmare beskrivning av använt inkomstbegrepp). Därefter adderas successivt (kumulativt) antalet besök från den fattigaste till den rikaste individen.

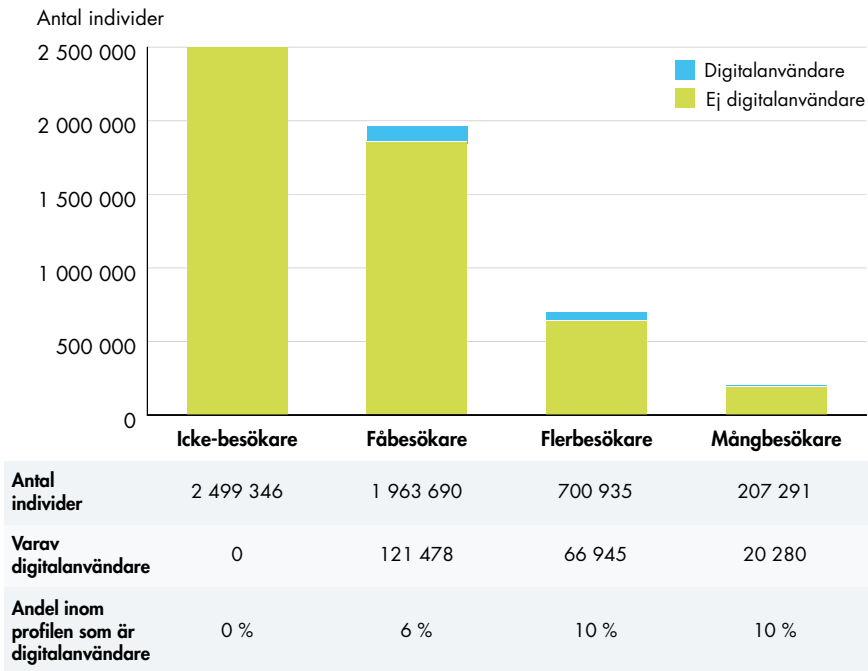
BILAGA 5 – KOMPLETTERANDE FIGURER OCH TABELLER TILL KAPITEL 4

Figur 41. Andel av mångbesökarna som gjorde visst antal läkarbesök i primärvården, 2015.

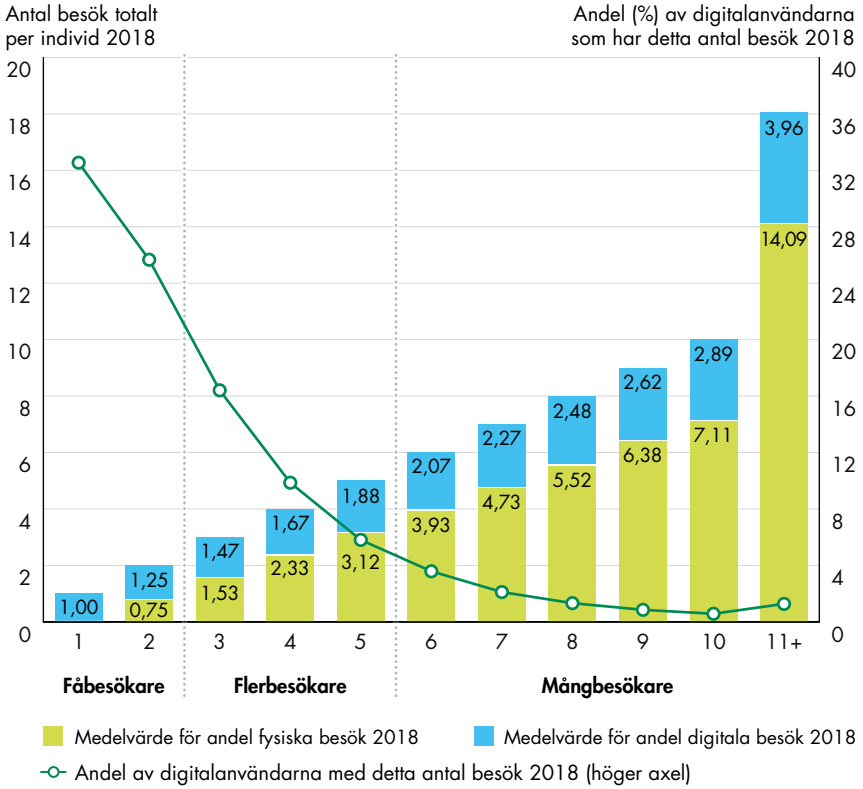
Andel av mångbesökarna som gjorde detta antal besök 2015



Figur 42. Gruppering av befolkningen utifrån antal besök och digital användning, 2018.



Figur 43. Digitalanvändarnas totala antal besök 2018, inklusive kategorisering i få-, fler- eller mångbesökare.



BILAGA 6 – BERÄKNING AV KOSTNAD PER VIKTAD VÅRDKONTAKT

Antal besök och antal viktade vårdkontakter för 2019 och 2020 visas i tabell 25–29. Antalet viktade vårdkontakter är framräknat utifrån antal besök i kombination med SKR:s viktningsmodell som anger vikten 1 för mottagningsbesök hos läkare och 0,4 för hos övriga yrkeskategorier, 2 för hembesök av läkare och 0,8 av övriga yrkeskategorier samt vikten 1/3 för distanskontakt utförd av läkare.

Kostnads måttet som vi använder är hämtat från Kolada där kostnaden anges i kronor per invånare. Detta har vi räknat upp till en totalsumma med hjälp av befolkningens mängd från SCB. Från kostnaden för primärvården har vi dragit bort den summa som regionerna betalar för de digitala besöken, eftersom detta är en kostnad som inte bidrar till besök på mottagning.

Tabell 25. Antal besök hos läkare och övriga yrkeskategorier, 2019.

	Mottagningsbesök	Hembesök	Distanskontakter
Läkare	13 071 815	478 589	3 879 332
Andra yrkeskategorier	25 324 931	3 834 027	10 824 467

Not: Mottagningsbesök inkluderar kategorin mottagningsbesök och dagsjukvård i SKR:s verksamhetsstatistik. Hembesök inkluderar kategorierna hembesök, hemssjukvårdbesök och hemssjukvårdbesök särskilt boende.

Källa: SKR:s verksamhetsstatistik.

Tabell 26. Antal viktade vårdkontakter hos läkare och övriga yrkeskategorier, 2019.

	Mottagningsbesök	Hembesök	Distanskontakter
Läkare	13 071 815	957 178	1 163 800
Andra yrkeskategorier	10 129 972	3 067 222	1 443 262
Totalt:	29 962 560		

- Kostnad för primärvård (exkl. läkemedel) 2019 enligt Kolada: 5 383 kronor per invånare
- Total befolkning 31 december 2019 enligt SCB: 10 327 589 personer
- Fakturerat belopp för digitala vårdbesök 2019: 522 655 913 kronor
- Total kostnad 2019 = (5 383 * 10 327 589) - 522 655 913 = 55 070 755 674 kronor
- Kostnad per viktad vårdkontakt 2019 = 55 070 755 674 / 29 962 560 = 1 838 kronor

Med viktningsmodellen innebär kostnaden om 1 838 kronor per viktad vårdkontakt följande uppskattning för olika typer av besök och yrkeskategorier:

Tabell 27. Sammanställning av kostnad per viktad vårdkontakt för olika typer av besök och yrkeskategorier, 2019.

	Läkare	Annan yrkeskategori
Mottagningsbesök	1 838 kr	0,4 * 1 838 = 735 kr
Hembesök	1 838 * 2 = 3 676 kr	0,4 * 3 676 = 1 470 kr
Telefonkontakt	1 838 * 1 / 3 = 613 kr	0,4 * 613 = 245 kr

Tabell 28. Antal besök hos läkare och övriga yrkeskategorier, 2020.

	Mottagningsbesök	Hembesök	Distanskontakter
Läkare	10 460 444	418 326	6 485 704
Andra yrkeskategorier	20 559 543	4 035 423	11 579 786

Not: Mottagningsbesök inkluderar kategorin mottagningsbesök och dagsjukvård i SKR:s verksamhetsstatistik. Hembesök inkluderar kategorierna hembesök, hemssjukvårdbesök och hemsjukvårdbesök särskilt boende.

Källa: SKR:s verksamhetsstatistik.

Tabell 29. Antal viktade vårdkontakter hos läkare och övriga yrkeskategorier, 2020.

	Mottagningsbesök	Hembesök	Distanskontakter
Läkare	10 460 444	836 652	2 161 901
Andra yrkeskategorier	8 223 817	3 228 338	1 543 971
Totalt: 26 455 124			

- Kostnad för primärvård (exkl. läkemedel) 2020 enligt Kolada: 5 607 kronor per invånare
- Total befolkning 31 december 2020 enligt SCB: 10 379 295 personer
- Fakturerat belopp för digitala vårdbesök 2020: 905 586 359 kronor
- Total kostnad 2020 = (5 607 * 10 379 295) – 905 586 359 = 57 291 120 707 kronor
- Kostnad per viktad vårdkontakt 2020 = 57 291 120 707 / 26 455 124 = 2 166 kronor

BILAGA 7 – KOSTNAD FÖR FYSISKA BESÖK FÖR DE DIAGNOSER SOM ÄR VANLIGAST HOS DIGITALA VÅRDGIVARE

Tabell 30. Genomsnittlig kostnad för direkt arbete med mottagningsbesök hos läkare enligt KPP för primärvården i Region Östergötland, 2019, för de 30 diagnosgrupper som är vanligast hos digitala vårdgivare.

Diagnosgrupp	Antal diagnoser i gruppen*	Kostnad per besök (genomsnitt)	Kostnad per besök – diagnos med lägst kostnad	Kostnad per besök – diagnos med högst kostnad
Akuta infektioner i övre luftvägarna	21	1 264	559	1 794
Allmänna symtom och sjukdomstecken	53	1 492	1 146	1 900
Andra och icke spec. effekter av yttre orsaker	19	1 922	633	1 585
Andra sjukdomar i tarmen	45	1 520	1 146	2 122
Andra sjukdomar i urinorganen	30	1 496	1 146	2 122
Andra sjukdomar i övre luftvägarna	44	1 512	953	2 025
Andra spiroketsjukdomar	6	1 357	852	1 875
Andra virussjukdomar	15	1 396	997	2 024
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar	22	1 598	1 283	2 024
Dermatit och eksem	86	1 457	662	2 122
Episodiska och paroxysmala sjukdomar	29	1 531	1 146	1 778
Icke inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga könsorganen	53	1 578	571	2 316
Infektioner i hud och underhud	41	1 381	801	2 019
Infektionssjukdomar utgående från mag-tarmkanalen	23	1 440	766	2 026
Kontakt med hälso- och sjukvården för undersökning	87	1 660	1 014	6 117
Kontakter med hälso- och sjukvården i andra situationer	29	1 541	1 146	1 883
Kontakter med hälso- och sjukvården i samband med fortplantning	10	1 223	559	1 638
Kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna	19	1 440	1 130	1 764

(forts.)

Tabell 30. (forts.)

Diagnosgrupp	Antal diagnoser i gruppen*	Kostnad per besök (genomsnitt)	Kostnad per besök – diagnos med lägst kostnad	Kostnad per besök – diagnos med högst kostnad
Masksjukdomar	5	1 370	1 019	1 716
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	38	1 500	1 200	2 122
Sjukdomar i bindehinnan	19	1 435	1 050	1 795
Sjukdomar i hår, hårfolliklar, naglar, talgkörtlar	67	1 541	1 146	2 026
Sjukdomar i ögonlock, tårapparat och ögonhåla	31	1 425	1 031	2 122
Skador på icke specificerad del av bålen, extremit	31	1 325	862	2 174
Svampsjukdomar	35	1 513	1 146	2 024
Symtom och sjukdomstecken från cirkulationsorganen	32	1 511	1 214	1 722
Symtom och sjukdomstecken från huden och underhuden	30	1 501	1 031	2 122
Symtom och sjukdomstecken från matsmältningsorganen	26	1 475	1 234	1 748
Urtikaria och erytematösa tillstånd	20	1 378	868	1 603
Virussjukdomar med hudutslag och slemhinneutslag	34	1 325	559	1 648

* Antalet diagnoser i gruppen avser antalet som ingår och som har en kostnad i informationen från Region Östergötland om KPP. I vissa diagnosgrupper finns det ytterligare diagnoser som ingår enligt kategoriseringen, men utan information om kostnad.

Besök via nätet

Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök

Sedan 2016 har antalet digitala vårdbesök ökat snabbt. Flera digitala vårdgivare, som erbjuder digitala vårdbesök till befolkningen i hela landet, har tillkommit. Den här rapporten belyser flera frågor som diskuterats i samband med utvecklingen. Vi kan konstatera att de digitala vårdbesöken har gjort vården mer tillgänglig för patienterna, men att de inte används jämnt i befolkningen. De digitala vårdbesöken ersätter delvis fysiska besök, men de har också inneburit ny konsumtion. Vi kan också konstatera att det saknas kunskap om de digitala besökens innehåll och hur de bidrar till patientens hälsa jämfört med fysiska besök, vilket gör det svårt att bedöma de digitala besöken ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra 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.

 **vård- och omsorgsanalys**

