Region Stockholm

20
Svar på skrivelse från Jonas Lindberg (V) om hur många av patienterna som sökt fysisk vårdkontakt på husläkarmottagning år 2021 som inom tre veckor kommer på nytt fysiskt besök
HSN 2022-0536

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Allmänmedicin
Caroline Agrell

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-08-02

HSN 2022-0536

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Svar på skrivelse från Jonas Lindberg (V) om hur många av patienterna som sökt fysisk vårdkontakt på husläkarmottagning år 2021 som inom tre veckor kommer på nytt fysiskt besök

Ärendebeskrivning

I en skrivelse till hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår Jonas Lindberg (V) att hälso- och sjukvårdsdirektören återkommer till hälso- och sjukvårdsnämnden med en rapport/sammanställning av hur många patienterna som sökt vård på husläkarmottagning fysiskt 2021 som inom tre veckor kommer på nytt fysiskt besök på husläkarmottagning, akutmottagning och närakut inom tre veckor.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Rapport: Konsumtion av digitala och fysiska besök i primärvården för olika grupper i befolkningen under covid-19-pandemin, Bilaga 1
Skrivelse från Jonas Lindberg (V)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Skrivelsen anses besvarad.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Jonas Lindberg (V) vill bringa klarhet i hur digitala besök avlastar vårdmottagningarna eller om de ersätter fysiska besök för att säkerställa att vårdens resurser används på korrekt sätt. Detta genom att se över hur många patienter som sökt vård fysiskt på en husläkarmottagning år 2021, som inom tre veckor kommer på ett nytt fysiskt besök på

husläkarmottagning, akutmottagning och närakut. Förvaltningen har tidigare bistått i att ta fram faktaunderlag rörande detta för några få utvalda mottagningar, men också beskrivit svårigheterna med framtagandet av detta då det finns flera kända felkällor.

Överväganden
Region Stockholms inriktning är att vården ska vara digifysisk. Digifysisk vård innebär att regionens vårdgivare ska tillse att sättet vården tillhandahålls på ska utgå ifrån patientens medicinska behov, önskemål och för att säkerställa att vårdens resurser används effektivt, oavsett om vården ges fysiskt eller digitalt. Oberoende av om vården sker digitalt eller fysiskt så kan enstaka vårdkontakter ibland räcka, medan det i andra fall behövs en serie vårdkontakter för ett bra omhändertagande. I vilken form vården ges och vilket kontaktsätt som är det mest korrekta, behöver bedömas utifrån varje enskilt patientfall.

Att bedöma om vårdkontakter som sker på distans avlastar övrig vård är svårt utan en djupare analys där statistik kombineras med journalgranskning. Detta eftersom specifika vårdflöden kräver mer än en vårdkontakt och att flera olika besöksorsaker kan löpa parallellt. Det går inte idag att följa en patients vårdflöde baserat på enbart statistisk data då det inte finns någon markering som visar att besöken ingår i samma vårdflöde. I ett vårdområde som vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård kan en patient dessutom ha flera olika pågående vårdflöden parallellt. En patient som utreds för ospecifik trötthet kan under utredningens gång halka i trappen och bryta benet och ett par dagar senare drabbas av akut ryggskott. Att särskilja dessa olika vårdflöden på personnivå är en utmaning ur ett statistiskt perspektiv eftersom det inte finns någon säker markör att utgå ifrån. Uppgifter behöver inhämtas från journaler för att möjliggöra en korrekt och rättvis bild.

Jonas Lindbergs (V) yrkande kan därför inte med god kvalitet uppfyllas eftersom resurser inte funnits för att genomföra journalgranskning under tiden för besvarande av denna skrivelse. CHIS, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning i samarbete med Institutionen för lärande, informatik, management och etik vid Karolinska Institutet har på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen undersökt hur den digitala vårdkonsumtionen av digitala och fysiska besök i primärvården sett ut under Covid-19-pandemin och som med fördel kan användas som underlag istället. Rapporten bifogas som beslutsunderlag i skrivelsen.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2022-08-02

Konsumtion av digitala och fysiska besök i primärvården för olika grupper i befolkningen under covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin och digitalt vårdutnyttjande – Delrapport 2

2021:2

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning
REGION STOCKHOLM

Citera gärna Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt:

Sveréus S, Dahlgren C, Goude F, Hagman M. Konsumtion av digitala och fysiska besök i primärvården för olika grupper i befolkningen under covid-19-pandemin. Covid-19-pandemin och digitalt vårdutnyttjande – Delrapport 2. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:2.

Rapporten bygger på ett samarbete mellan Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning vid Stockholms läns sjukvårdsområde och Institutionen för lärande, informatik, management och etik vid Karolinska Institutet. Finansiering har erhållits från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE/2018–01567).

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning

slso.sll.se

Rapport 2021:2

Författare: Sofia Sveréus, Cecilia Dahlgren, Fanny Goude och Matilda Hagman

Sammanfattning

Digitala vårdtjänster har ökat kraftigt i svensk primärvård de senaste åren och har blivit ett viktigt verktyg för att kunna tillhandahålla vård under covid-19-pandemin. I denna delrapport (delrapport 2) kartlägger vi i vilken utsträckning olika socioekonomiska och demografiska grupper i Region Stockholm använt digitala besök under covid-19-pandemin, med specifikt fokus på i vilken utsträckning grupperna kompenserat minskningar i fysiska besök med digitala alternativ.

Resultaten visar att de digitala besöken ökade kraftigt under 2020 samtidigt som de fysiska besöken minskade. Ökningen av de digitala besöken nådde emellertid inte upp till minskningen av fysiska besök, och nettoförändringen av antalet besök mellan 2018 och 2020 blev i genomsnitt negativ.

Hur mycket, och på vilket sätt, pandemiåret 2020 påverkade nivån på antalet besök i primärvården skiljer sig mycket mellan åldersgrupper. Äldre minskade kraftigt sitt antal besök på totalen mellan 2018 och 2020, medan yngre, särskilt unga kvinnor, till och med ökade sitt. Detta drevs delvis av äldres större minskningar av fysiska besök, men väldigt tydligt också av stora besöksökningar i digitala besök för yngre. Unga kvinnor 19–25 år konsumerade till exempel mer än hälften av sina primärvårdsbesök i form av digitala utomlänsbesök år 2020.

Inom åldersgrupperna var det olika sjukdomsområden som drev besöksförändringarna. Ökningarna i antalet besök för yngre förklaras främst av besök relaterade till infektionssjukdomar, sjukdomar i hud och underhud samt sjukdomar i nervsystemet. Minskningarna i antalet besök för äldre skedde över hela diagnospanoramat, men förklaras främst av färre besök relaterade till sjukdomar i andningsorganen och cirkulationsorganen.

Högutbildade, höginkomsttagare och svenskfödda använde under pandemiåret fortsatt flest digitala besök – men skillnaderna mellan socioekonomiska grupper minskade något över tid från 2018 till 2020. Samtidigt hade individer med lägre utbildning eller lägre inkomst störst besöksminskningar i fråga om antal läkarbesök totalt mellan 2018 och 2020, vilket drevs av deras stora minskningar i fysiska besök.

Ett nedslag i några grupper av personer med kroniska diagnoser visar avslutningsvis att personer med hjärtsvikt, KOL eller diabetes minskade sitt antal besök mycket mer än befolkningen i genomsnitt, medan motsatt gällde för personer med depression eller astma. Detta verkar till viss del förklaras av ålderseffekter, där yngre personer med en kronisk diagnos verkar ha haft en större benägenhet att kompensera sina besöksbortfall i fysisk vård med digitala besök.

Resultaten visar genomgående att ålder var en mycket viktig faktor för besöksutvecklingen mellan 2018 och 2020, och allra tydligast i fråga om användningen av digitala utomlänsbesök.

Innehållsförteckning

Ordlista 1

Introduktion 3

Syfte 4

Data och metod 4

- Definitioner av besökstyper 4
- Analyserna baseras på flera sammanlänkade datakällor 5
- Vi grupperar individer utifrån utbildning, inkomst, födelseland och kroniska diagnoser 5
- Vi studerar nettoförändringar i medelvärden och kompensation i termer av antal besök 8
- Resultaten för inkomst, utbildning och födelseland är justerade så att de inte påverkas av ålder- och könsfördelning 8
- Analyserna är avgränsade till läkar- och sjuksköterskebesök 8
- Telefonkontakter, hembesök och digitala kanaler utöver video och chatt ingår inte i analyserna 9

Resultat 10

- De digitala inom- och utomlänsbesöken exploderade i användning 2020, samtidigt som de fysiska besöken minskade kraftigt 10
- När digitala utomlänsbesök räknas in gjorde yngre vuxna i genomsnitt fler besök 2020 än 2018, medan äldre kraftigt minskade sitt antal besök 11
- Fler besök för infektioner och hudåkommor för yngre och färre besök över hela diagnospanoramat för äldre 12
- Andelen av befolkningen som gjorde digitala inom- respektive utomlänsbesök ökade från 2018 till 2020, men respektive ökning skedde i olika åldersgrupper ... 14
- Män minskade sitt totala antal besök mer än kvinnor, eftersom de i mindre utsträckning kompenserade med digitala besök 16
- Unga kvinnor ökade sin vårdkonsumtion mest 17
- Lågutbildade minskade sitt totala antal besök mer än högutbildade, men knappade in i användning av digitala utomlänsbesök 18
- Höginkomsttagare gjorde fortsatt fler digitala besök än låginkomsttagare, men den relativa skillnaden minskade över tid 20
- Svenskfödda gjorde fortsatt flest digitala besök, men personer födda utanför EU ökade tydligt sin användning 22
- Sammanfattande kommentar kring utbildning, inkomst och födelseland 23

Personer med hjärtsvikt, KOL eller diabetes minskade sitt antal besök mer än befolkningen, medan personer med depression eller astma hade mindre relativa besöksminskningar 24

Inom äldre åldersgrupper hade personer med en kronisk diagnos – oavsett vilken – större absoluta besöksminskningar än andra, medan motsatt gällde inom yngre åldersgrupper 27

Slutsatser 30

Bilagor 32

Ordlista

Primärvård
I rapporten använder vi primärvård som ett samlingsnamn för de fysiska och digitala besöken inom husläkarverksamheten och de digitala utomlänsbesöken som ingår i analyserna. Andra uppdrag än husläkarverksamheten, som också är en del av primärvården, ingår därmed inte i rapporten. Resultaten är ytterligare avgränsade till att bara omfatta besök hos läkare och sjuksköterska.

Digifysiskt vårdutbud
Ett digifysiskt vårdutbud innebär att vård tillhandahålls genom både fysiska och digitala kanaler.

Besökstyp
I rapporten delas besök in i tre olika besökstyper: fysiska besök, digitala inomlänsbesök och digitala utomlänsbesök. Kategoriseringen beror på om kontakten mellan patient och vårdpersonal sker via ett fysiskt möte eller via en distanskontakt, och om det sker hos en vårdgivare som har avtal med Region Stockholm eller kategoriseras som utomlänsvård.

Fysiska besök
Fysiska besök avser vårdkontakter mellan patient och läkare respektive sjuksköterska som sker genom ett fysiskt möte. Besöken definieras som nybesök eller återbesök (besökstyp 0 eller 1) på mottagning inom husläkarverksamheten (uppdragstyp 300 eller 301) i Region Stockholm. Fysiska besök benämns även som mottagningsbesök.

Digitala inomlänsbesök
Digitala inomlänsbesök avser distanskontakter i form av videobesök hos läkare respektive sjuksköterska inom husläkarverksamheten i Region Stockholm. Besöken produceras av enheter som har avtal med regionen och är således en del av det digifysiska vårdutbudet inom husläkarverksamheten i Region Stockholm. Videobesöken fångas med en kombination av åtgärdskoden UX007 (videomöte), uppdragstyp 300 eller 301 (husläkarverksamhet) och besökstypen distansbesök i VAL-databasen. Observera att varken chattbesök eller telefonbesök ingår i de digitala inomlänsbesöken eftersom de registreras i mycket liten utsträckning.

Digitala utomlänsbesök
Digitala utomlänsbesök avser distanskontakter i form av videobesök eller chatt hos läkare respektive sjuksköterska som produceras av nationella nätaktörer. Under studieperioden producerades majoriteten av de digitala utomlänsbesöken av aktörerna Kry och Min Doktor.

Digitala besök
Digitala besök avser i rapporten både digitala inom- och utomlänsbesök summerat.

Vårdgivarkategori
Vårdgivarkategori anger vilken vårdpersonal en patient var i kontakt med under besöket. I rapporten är analyserna avgränsade till två olika vårdgivarkategorier: läkare och sjuksköterska.

Nettoförändring
Nettoförändring avser summan av förändringen mellan 2018 och 2020 i antal besök för fysiska besök, digitala inomlänsbesök och digitala utomlänsbesök.

Introduktion

Vårdkontakter genom digitala kanaler har ökat i snabb takt under de senaste åren i primärvården, och utvecklingen har accelererat ytterligare under covid-19-pandemin. Det digitala vårdutbudet har präglats av hög tillgänglighet och korta väntetider, och digitala lösningar har möjliggjort tillhandahållandet av vård utan risk för smittspridning. Samtidigt finns det en oro för att de digitala besöken är kostnadsdrivande, skapar en ökad efterfrågan på vård för mindre komplicerade fall och leder till en ojämlik tillgång av vård.

En tidigare rapport[1] baserad på perioden fram till 2018 visade att socioekonomiska variabler såsom utbildning, inkomst och födelseland påverkade benägenheten att göra digitala kontra fysiska besök i motsatta riktningar. Hög inkomst, hög utbildningsnivå och att vara född i Sverige var variabler som ökade sannolikheten att konsumera digitala besök år 2018 men minskade sannolikheten för fysiska besök. De yngsta i befolkningen konsumerade i högst utsträckning digitala besök medan de äldsta konsumerade i högst utsträckning fysiska besök.

Denna rapport (delrapport 2) är den andra av två rapporter som kartlägger konsumtionen av digitala inom- och utomlänsbesök samt fysiska besök i primärvården under covid-19-pandemin. I delrapport 1 undersöker vi om ökningen av digitala besök speglade minskningen av fysiska besök när det gäller konsumtionsvolymer och diagnospanorama. En fråga vi ställer oss är om de digitala besöken har kompenserat för bortfallet av fysiska besök och i så fall i vilken utsträckning och för vilka diagnoser. I denna delrapport fördjupas analysen och vi jämför konsumtionen av digitala besök för olika grupper under covid-19-pandemin. Antalet digitala besök under 2020 jämförs med antalet besök 2018, både i inomlänsvården och utomlänsvården, för att undersöka hur pandemin har påverkat konsumtionen. Vi jämför också konsumtionen av digitala besök med konsumtionen av fysiska besök för att undersöka i vilken utsträckning olika grupper kompenserade minskningar av fysiska besök med digitala alternativ.

I båda delrapporterna särskiljer vi de digitala utomlänsbesöken som producerades av de stora nationella nätaktörerna från de digitala inomlänsbesöken som producerades som en del av det digifysiska vårdutbudet inom husläkarverksamheten i Region Stockholm. Det finns flera skäl till den uppdelningen. Dels skiljer sig besökstyperna åt både när det gäller åldersfördelningen hos de patienter som använder vården, och hur utvecklingen av besöksvolymerna såg ut under 2020. Dels är vårdgivarnas förutsättningar olika, både i termer av ekonomiska incitament och möjlighet till utbytbarhet mellan fysiska och digitala besök. De utomregionala digitala vårdgivarna saknade under perioden möjligheten att erbjuda fysiska besök, medan de

[1] Dahlgren C, Hagman M, Sveréus S, Rehnberg C. Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:3.

inomregionala vårdgivarna i många fall hade möjligheten att välja mellan fysiska och digitala besök, och mer tydligt därmed skulle kunna integrera de digitala besöken som en del av en sammanhållen vårdkedja. Denna uppdelning luckras dock upp något under den period som dessa rapporter avser. Under 2020 integrerades två av de största digitala vårdgivarna in i Region Stockholms digifysiska vårdutbud och öppnade också fysiska mottagningar i Stockholm. Avtalsmässigt övergick dock ersättningsprinciperna för de digitala besöken till inomlänsersättningen först från och med 2021.

Syfte

Syftet med den här rapporten (delrapport 2) är att kartlägga i vilken utsträckning olika socioekonomiska och demografiska grupper i Region Stockholm använde digitala besök under det första året med covid-19-pandemin, med specifikt fokus på i vilken utsträckning grupperna kompenserade minskningar i fysiska besök med digitala alternativ.

Data och metod

Definitioner av besökstyper

I rapporten jämför vi tre olika typer av besök:

- Digitala utomlänsbesök
- Digitala inomlänsbesök
- Fysiska besök

Dessa tre besökstyper redovisar vi dessutom uppdelat per vårdgivarkategori, mer specifikt på om det var ett besök hos läkare respektive sjuksköterska.

Vi definierar **digitala utomlänsbesök** som en direktkontakt mellan patient och läkare, respektive sjuksköterska, som är rumsligt åtskilda och som sker synkront (i realtid), som exempelvis en videokontakt, eller asynkront (med fördröjning), genom exempelvis chatt. Besöken fångas genom Region Jönköpings vårddatabas för år 2018 och genom Region Sörmlands vårddatabas för år 2020. De digitala besöken producerades under studieperioden i huvudsak av aktörerna Kry och Min Doktor.

Med **digitala inomlänsbesök** avser vi videobesök hos läkare respektive sjuksköterska inom husläkarverksamheten (uppdragstyp 300 eller 301) i Region Stockholm. Besöken kategoriseras som inomlänsbesök eftersom de produceras av enheter som har avtal med regionen. Videobesöken fångas med en kombination av åtgärdskoden UX007 och besökstypen distansbesök i VAL-databasen. Chattbesök

redovisas inte för de digitala inomlänsbesöken eftersom de registreras i mycket liten utsträckning.

Fysiska besök definierar vi som nybesök eller återbesök (besökstyp 0 eller 1) hos läkare respektive sjuksköterska på mottagning inom husläkarverksamheten (uppdragstyp 300 eller 301). Besöken fångas genom VAL-databasen.

För samtliga besökstyper inkluderar vi endast besök där patienten har varit bosatt i Region Stockholm.

När vi skriver om det **totala antalet besök** avser vi summan av de tre besökstyperna ovan. Benämningen **totala antalet digitala besök** avser digitala inomlänsbesök och digitala utomlänsbesök summerat.

Analyserna baseras på flera sammanlänkade datakällor

För att kunna analysera utvecklingen av konsumtionsvolymer och diagnospanorama för digitala och fysiska besök har vi skapat en databas baserad på fyra olika datakällor:

- Region Jönköpings vårddatabas, för data på digitala utomlänsbesök år 2018
- Region Sörmlands vårddatabas, för data på digitala utomlänsbesök år 2020
- Region Stockholms VAL-databas, för data på fysiska och digitala inomlänsbesök, åren 2018 och 2020
- Statistiska Centralbyrån (SCB), för data om boenderegion, utbildning, inkomst och födelseland, åren 2018 och 2020

Digitala utomlänsbesök hämtades från Region Jönköping för år 2018 och från Region Sörmland för år 2020 eftersom det var i dessa två regioner som de stora nationella nätaktörerna hade sina avtal under respektive år. Med hjälp av SCB har datakällorna länkats samman på individnivå. Vi kan därmed följa samma individ i VAL-databasen och i Region Jönköpings respektive Region Sörmlands databaser. Alla invånare bosatta i Region Stockholm under perioden 2018–2020 ingår i studiepopulationen som definieras per den 31 december föregående år. Det innebär att i redovisningarna för exempelvis år 2020 inkluderar vi alla invånare som var bosatta i regionen den 31 december 2019.

Vi grupperar individer utifrån utbildning, inkomst, födelseland och kroniska diagnoser

När det gäller individegenskaper undersöker vi följande faktorer, utöver ålder och kön:

- Utbildning
- Inkomst
- Födelseland
- Kroniska diagnoser

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

För **inkomst** har vi använt hushållets disponibla inkomst dividerat med antalet hushållsmedlemmar viktade enligt konsumtionsenhetsskalan (framtagen av SCB för att kunna jämföra olika typer av hushåll). Ett ensamhushåll ges exempelvis vikten 1 medan ett hushåll med ett sammanboende par ges 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.

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

För att undersöka individer med olika **kroniska diagnoser** har vi scannat igenom VAL-databasen bakåt i tiden och identifierat individer med minst en diabetes-, astma, KOL-, hjärtsvikt-, och/eller depressionsdiagnos[2] under en femårsperiod före aktuellt analysår. Det innebär att när vi undersöker år 2020 har vi sökt efter diagnoser under perioden 2015–2019, i alla kontakter i hela öppenvården i Region Stockholm[3].

I tabell 1 redovisas studiepopulationens fördelning på olika grupper under respektive år.

[2] Diabetes: E10, E11, E12, E13, E14
Astma: J46, J45
KOL: J41, J42, J43, J44
Hjärtsvikt: I50, I11.0
Depression: F32, F33, F34, F38, F39

[3] Definitionerna av kroniska diagnoser baseras på Forslund T, Carlsson AC, Ljunggren G, Ärnlöv J, Wachtler C. Patterns of multimorbidity and pharmacotherapy: a total population cross-sectional study. Fam Pract. 2021 Mar 29;38(2):132–140.

Tabell 1. Fördelning av studiepopulationen i olika grupper, 2018 och 2020, antal individer (andelar i procent inom parentes)

		2018	2020
Kön	Män	1 153 082 (49,96)	1 189 992 (49,94)
	Kvinnor	1 155 007 (50,04)	1 187 054 (50,06)
Åldersgrupp	0–5	177 366 (7,68)	176 894 (7,44)
	6–18	352 733 (15,28)	369 361 (15,54)
	19–25	190 230 (8,24)	185 059 (7,79)
	26–45	695 549 (30,14)	718 311 (30,22)
	46–64	526 648 (22,82)	548 068 (23,06)
	65+	365 563 (15,84)	379 353 (15,96)
Utbildningsnivå	Max grundskola	245 257 (10,63)	238 464 (10,03)
	Max gymnasium	780 869 (33,83)	780 263 (32,82)
	Eftergymnasial utbildning <3 år	386 149 (16,73)	399 223 (16,79)
	Eftergymnasial utbildning>=3 år	823 959 (35,70)	879 809 (37,01)
Födelseland	Sverige	1 736 224 (75,22)	1 760 512 (74,06)
	Inom EU28	189 220 (8,20)	192 570 (8,10)
	Utanför EU28	382 301 (16,56)	423 576 (17,82)
Inkomstgrupp	Inkomstgrupp 1	236 528 (10,25)	244 737 (10,30)
	Inkomstgrupp 2	235 131 (10,19)	243 023 (10,22)
	Inkomstgrupp 3	238 748 (10,34)	246 426 (10,37)
	Inkomstgrupp 4	238 549 (10,34)	245 541 (10,33)
	Inkomstgrupp 5	236 541 (10,25)	242 848 (10,22)
	Inkomstgrupp 6	231 474 (10,03)	238 876 (10,05)
	Inkomstgrupp 7	228 567 (9,90)	235 591 (9,91)
	Inkomstgrupp 8	222 675 (9,65)	230 846 (9,71)
	Inkomstgrupp 9	218 277 (9,46)	224 649 (9,45)
	Inkomstgrupp 10	219 628 (9,52)	222 655 (9,37)
Förekomst av kronisk diagnos i föregående 5-årsperiod	Diabetes	99 313 (4,30)	108 602 (4,57)
	Ej diabetes	2 208 776 (95,70)	2 268 444 (95,43)
	Hjärtsvikt	26 857 (1,16)	30 0386 (1,28)
	Ej hjärtsvikt	2 281 232 (98,84)	2 346 660 (98,72)
	KOL	36 046 (1,56)	38 554 (1,62)
	Ej KOL	2 272 043 (98,44)	2 338 492 (98,38)
	Astma	147 276 (6,38)	161 356 (6,79)
	Ej astma	2 160 813 (93,62)	2 215 690 (93,21)
	Depression	169 291 (7,33)	176 783 (7,44)
	Ej depression	2 138 798 (92,67)	2 200 263 (92,56)

Vi studerar nettoförändringar i medelvärden och kompensation i termer av antal besök

Vi studerar nettoförändringen i genomsnittligt antal besök per demografisk eller socioekonomisk grupp från år 2018 till år 2020. När vi talar om nettoförändring avser vi summan av förändringarna i antal besök för de tre olika besökstyperna fysiska besök, digitala inomlänsbesök och digitala utomlänsbesök – förändringar som var för sig ofta går i olika riktningar.

När en viss grupp ökat sitt genomsnittliga antal digitala inom- eller utomlänsbesök, samtidigt som de fysiska besöken minskat, diskuterar vi det i termer av att de *kompenserat* sina besöksminskningar med digitala besök. Det är dock viktigt att framhålla att analyserna avser grupper och därför inte tar hänsyn till om det är samma enskilda individer som minskat den ena och ökat den andra typen av besök. Det bör också noteras att kompensationen endast är i termer av antal besök då vi utifrån de data som funnits tillgängliga inte kan säga om de olika typerna av digitala besök kompenserat för fysiska besök i termer av till exempel innehåll eller kvalitet.

Resultaten för inkomst, utbildning och födelseland är justerade så att de inte påverkas av ålder- och könsfördelning

I gruppen lågutbildade finns en större andel äldre än i gruppen högutbildade. I gruppen med lägst inkomst finns en större andel yngre än i grupper med medelinkomst. När vi presenterar resultat för inkomst-, utbildning- och födelselandsgrupper viktar vi därför medelvärdena så att gruppens värde speglar den nivå de skulle ha haft om deras ålder- och könsfördelning varit densamma som i befolkningen som helhet (en form av direkt standardisering med totalbefolkningen 2018 som referenspopulation). Därmed är det lättare att se de faktiska skillnaderna i besöksnivå och förändring över tid mellan till exempel utbildningsgrupper, utan att de färgas av gruppernas olika åldersstruktur. Vi tillhandahåller även de oviktade resultaten i bilagor.

De åldersgrupper vi använder i standardiseringen är desamma som i tabell 1 ovan. Då dessa är relativt breda förväntar vi oss dock att en viss effekt av ålder kvarstår även i det standardiserade materialet.

Analyserna är avgränsade till läkar- och sjuksköterskebesök

För att öka jämförbarheten mellan de olika besökstyperna (digitala inom- och utomlänsbesök samt fysiska besök) avgränsar vi analyserna till läkar- och sjuksköterskebesök. Avgränsningen motiveras av att fördelningen av besök i olika vårdgivarkategorier skiljer sig åt väsentligt mellan besökstyperna (se delrapport 1). I analyserna av antal besök inom olika diagnoskapitel gör vi ytterligare en avgränsning och inkluderar enbart läkarbesök på grund av låg diagnosregistreringgrad vid sjuksköterskebesöken 2018.

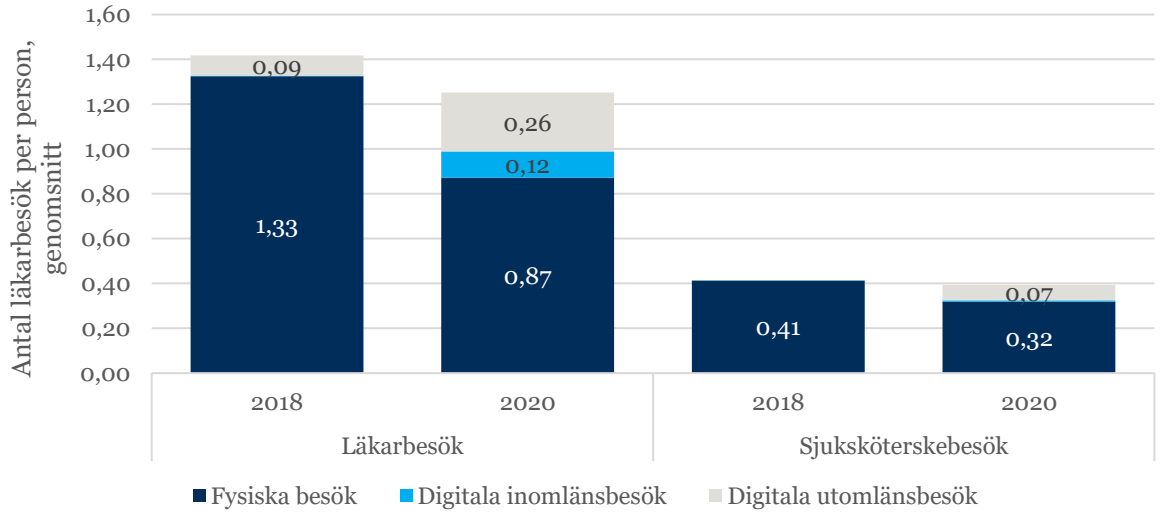
Telefonkontakter, hembesök och digitala kanaler utöver video och chatt ingår inte i analyserna

Urvalet av de tre besökstyperna som rapporterna fokuserar på innebär också att vi gör vissa exkluderingar. För inomlänsvården inkluderar vi endast mottagningsbesök (fysiska besök) och videobesök (digitala inomlänsbesök) inom husläkarverksamheten. Vi har inte haft möjlighet att inkludera information om telefonkontakter eftersom de registreras i VAL-databasen i mycket låg utsträckning. Det bör beaktas i tolkningarna av resultaten i och med att telefonkontakter, i likhet med digitala besök, har spelat en viktig roll för att kunna erbjuda vård till patienter på distans under pandemin. Vi har inte heller inkluderat hembesök i analyserna eller vårdkontakter som erhålls via andra digitala kanaler än chatt eller video.

Resultat

De digitala inom- och utomlänsbesöken exploderade i användning 2020, samtidigt som de fysiska besöken minskade kraftigt

Antalet digitala utomlänsbesök hos läkare ökade kraftigt under covid-19-pandemin. Detsamma gällde de videobesök som produceras av vårdgivare som har avtal med Region Stockholm (digitala inomlänsbesök), samtidigt som de fysiska husläkarbesöken i stället minskade kraftigt i antal. De fysiska sjuksköterskebesöken minskade i något mindre omfattning än läkarbesöken. För sjuksköterskebesök kompenserades nedgångarna i fysiska besök nästan uteslutande av digitala utomlänsbesök, medan för läkarbesök skedde även betydande ökningar av digitala inomlänsbesök. Räknat per invånare innebar nettoförändringen i antal besök från 2018 till 2020 en minskning med 0,17 besök, eller knappt tolv procent för läkarbesök, och 0,02 besök, eller fem procent, för sjuksköterskebesök (Figur 1).



Antal besök per person och år, genomsnitt

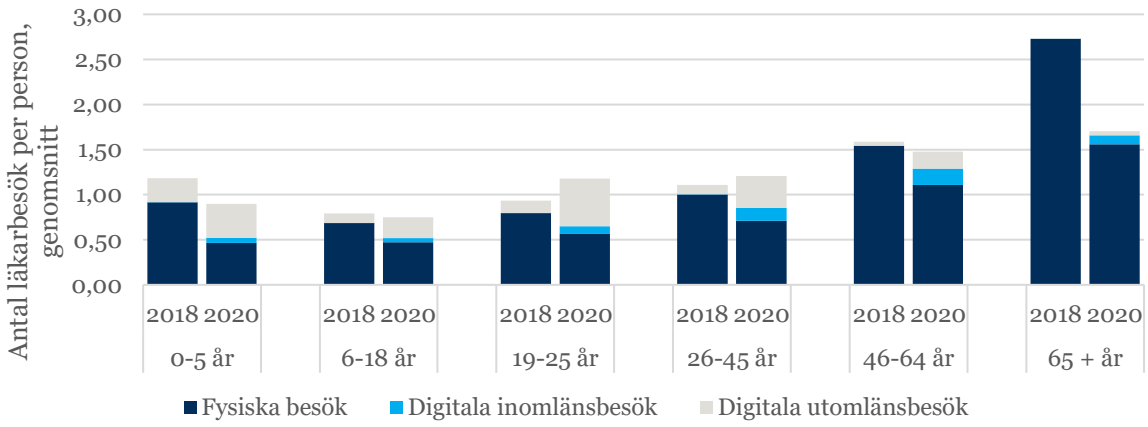
	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök	1,42	1,25	-0,17	-11,68	1,33	0,87	-0,45	-34,25	0,00	0,12	0,11	3807	0,09	0,26	0,17	194,9
Sjuksköterskebesök	0,41	0,39	-0,02	-5,06	0,41	0,32	-0,09	-22,74		0,01				0,07		

Figur 1. Antal besök per person, per besökstyp och år

I kommande avsnitt beskriver vi i vilken utsträckning nedgången i fysiska besök, och kompensationen i form av digitala inom- och utomlänsbesök, skiljer sig åt mellan olika grupper. I bilaga 1–4 framkommer även hur stor andel inom respektive grupp som gjorde minst ett läkar- eller sjuksköterskebesök för respektive typ av besök, samt antalet besök för individer som gjorde minst ett besök.

När digitala utomlänsbesök räknas in gjorde yngre vuxna i genomsnitt fler besök 2020 än 2018, medan äldre kraftigt minskade sitt antal besök

Hur mycket, och på vilket sätt, pandemiåret 2020 påverkade nivån på antalet besök i primärvården skiljer sig mycket mellan åldersgrupper. Figur 2 visar nettoförändringar i antal besök, samt hur mycket de tre olika typerna av besök bidragit till dessa förändringar. I stapeldiagrammet visas endast läkarbesök, men i tabellspecifikationen under framkommer nivåer och förändringar för både läkar- och sjuksköterskebesök.



Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
	Fysiska besök								Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
1. 0-5	1,18	0,90	-0,29	-24,22	0,91	0,47	-0,45	-49,05	0,00	0,05	0,05	2179	0,27	0,38	0,11	41,3
2. 6-18	0,79	0,75	-0,04	-5,33	0,68	0,47	-0,21	-31,17	0,00	0,05	0,05	2387	0,11	0,23	0,12	117,8
3. 19-25	0,93	1,18	0,25	26,46	0,79	0,56	-0,23	-29,08	0,00	0,09	0,08	2959	0,14	0,53	0,39	292,1
4. 26-45	1,11	1,21	0,10	8,88	1,00	0,71	-0,29	-28,90	0,00	0,14	0,14	3351	0,10	0,36	0,25	246,8
5. 46-64	1,59	1,48	-0,11	-6,92	1,54	1,11	-0,43	-28,03	0,00	0,18	0,18	4585	0,04	0,19	0,15	355,1
6. 65+	2,74	1,71	-1,03	-37,64	2,73	1,56	-1,17	-42,79	0,00	0,10	0,10	7556	0,01	0,05	0,04	524,1
Sjuksköterskebesök																
1. 0-5	0,12	0,15	0,03	22,22	0,12	0,07	-0,05	-40,61		0,01				0,07		
2. 6-18	0,12	0,15	0,03	21,58	0,12	0,09	-0,03	-27,50		0,00				0,06		
3. 19-25	0,13	0,31	0,19	144,22	0,13	0,10	-0,03	-22,15		0,00				0,21		
4. 26-45	0,17	0,23	0,07	39,25	0,17	0,14	-0,03	-16,17		0,00				0,09		
5. 46-64	0,49	0,44	-0,05	-9,88	0,49	0,40	-0,09	-19,17		0,01				0,04		
6. 65+	1,35	1,02	-0,33	-24,39	1,35	1,00	-0,35	-25,85		0,01				0,01		

Figur 2. Antal besök per person, per åldersgrupp, besökstyp och år

Minskningarna i fysiska besök var i absoluta tal som störst bland äldre, som i genomsnitt minskade sitt antal fysiska läkarbesök med 1,17 besök, vilket motsvarade en minskning på 43 procent. Till en liten del kompenserades detta av digitala inomlänsbesök, men användningen av digitala utomlänsbesök var fortsatt låg. Nettoförändringen från 2018 till 2020 blev en minskning på 38 procent för läkarbesök och 24 procent för sjuksköterskebesök i åldersgruppen över 65 år (Figur 2).

Även de små barnen minskade sitt antal fysiska besök kraftigt från 2018 till 2020, både när det gäller läkarbesök och sjuksköterskebesök. För de små barnen kompenserades

minskningarna dock i större utsträckning av digitala utomlänsbesök. Nettoförändringen från 2018 till 2020 blev därför en minskning på 24 procent för läkarbesök och en nettoökning på 22 procent för sjuksköterskebesök (om än från låga nivåer) i åldersgruppen 0–5 år (Figur 2).

I åldersgrupperna 19–25 år och 26–45 år skedde i stället nettoökningar i antal besök mellan 2018 och 2020, både när det gäller läkarbesök och sjuksköterskebesök. Dessa drevs till stor del av ökningar i digitala utomlänsbesök, även om digitala inomlänsbesök också trädde in och kompenserade för en delmängd av minskningen i fysiska besök. När det gäller sjuksköterskebesök gjorde 19–25-åringarna på totalen i genomsnitt nästan 2,5 gånger så många besök år 2020 som år 2018 (Figur 2).

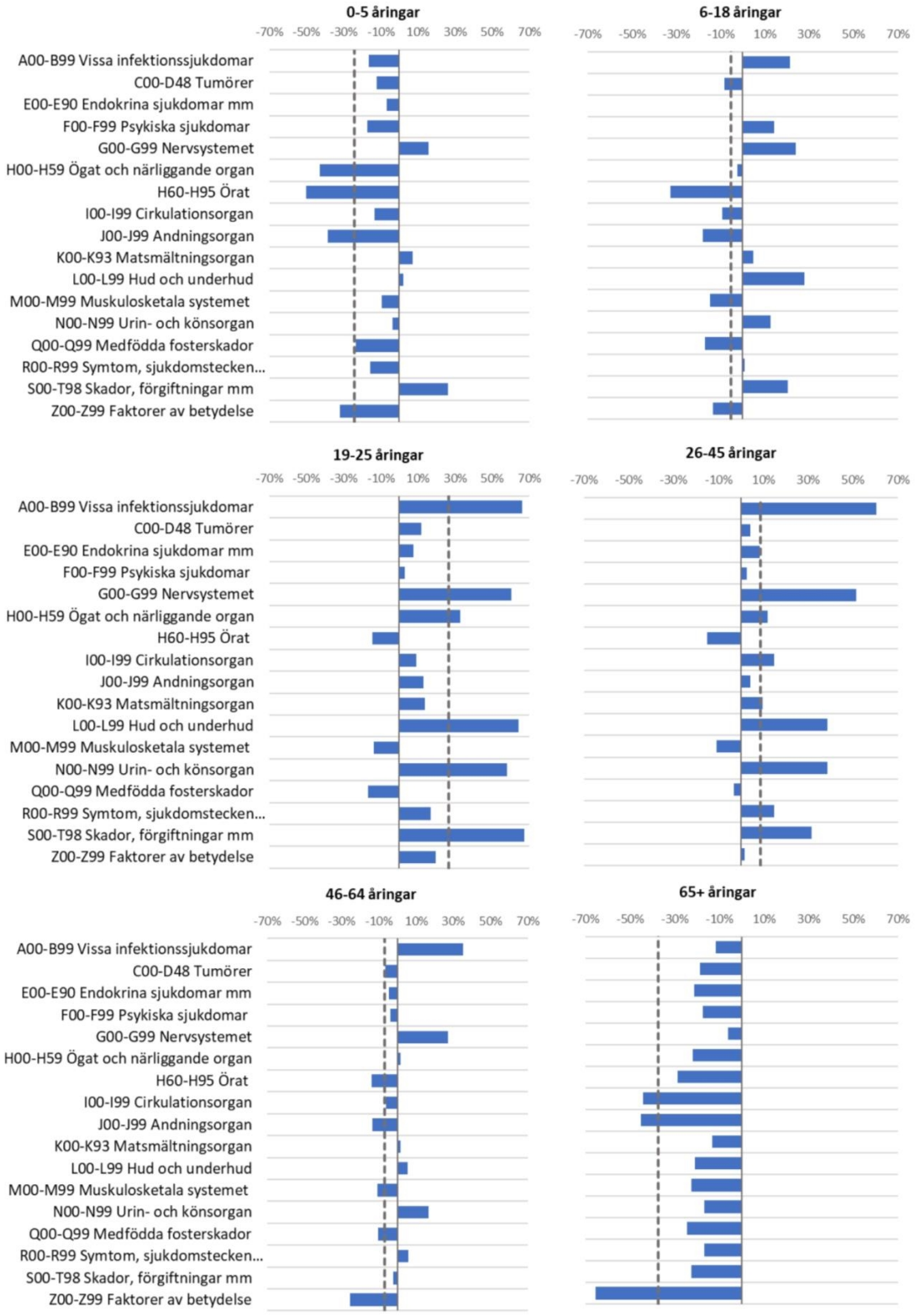
Det är möjligt att en del av besöksminskningarna mellan 2018 och 2020 kompenserades med telefon- eller hembesök, särskilt för äldre. Tyvärr kan vi dock inte följa dessa kontaktvägar med de data som finns att tillgå.

Fler besök för infektioner och hudåkommor för yngre och färre besök över hela diagnospanoramat för äldre

Förändringen i antal besök för olika åldersgrupper fördelade sig olika beroende på besöksdiagnos. Figur 3 redovisar de relativa förändringarna, uppdelat per diagnoskapitel, för det totala antal läkarbesök (fysiska och digitala summerat) under 2020 i jämförelse med 2018. I diagrammen visar de streckade linjerna den totala förändringen i antal besök för respektive åldersgrupp, medan staplarna visar förändringen uppdelad på diagnoskapitel.

För 0–5-åringar minskade antalet besök i flertalet diagnoskapitel, inte minst andningsorganens sjukdomar, som minskade med cirka 40 procent, och sjukdomar i örat som minskade med cirka 50 procent. Dessa minskningar beror troligen delvis på utebliven sjukdom, då restriktioner i inte minst förskolan tycks ha reducerat eller skjutit upp spridningen av vissa virussjukdomar under 2020.

Även för 46–64-åringarna minskade det totala antalet läkarbesök mellan 2018 och 2020. För den äldsta åldersgruppen, 65 år och äldre, var minskningen som kraftigast. För de äldsta minskade antalet besök över hela diagnospanoramat. Kraftigast var minskningen inom diagnoskapitlet ”Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården”, följt av diagnoskapitlen för andningsorganens samt cirkulationsorganens sjukdomar (Figur 3). Minskningen inom cirkulationsorganens sjukdomar berodde åtminstone delvis på att husläkarmottagningarna ställde in ordinarie fysiska årskontroller för till exempel patienter med hypertoni eller hjärtsvikt.



Fotnot: Diagnoskapitel med färre än 0,05 besök per individ 2018 har strukits. Diagnoskapitlet som rymmer covid-19 är struket p.g.a. totalt dominerande relativa förändringar. Kapitelnamnen är förkortade.

Figur 3. Relativa förändringar i antal läkarbesök 2018–2020 per åldersgrupp. Streckad linje visar förändring för åldersgruppen totalt, staplar visar förändring per diagnoskapitel

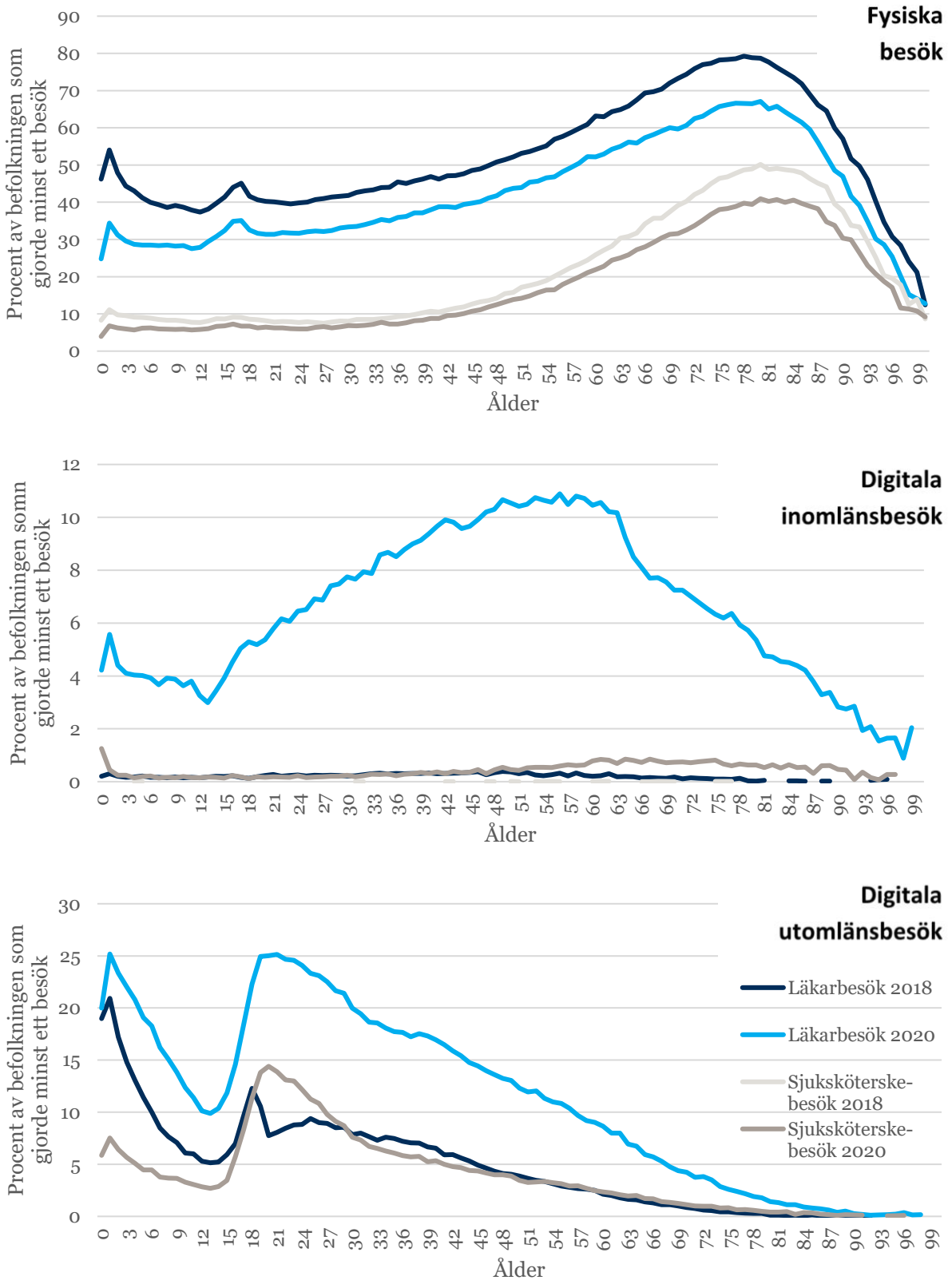
För åldersgruppen 6–18-åringar var nettoeffekten av förändringarna nästan noll, medan antalet läkarbesök ökade för individer i åldrarna 19–45 år mellan 2018 och 2020. För dessa grupper var ökningen som störst för besök inom diagnoskapitlen för hud och underhud, nervsystemet, urin- och könsorganen, skador och förgiftningar samt vissa infektionssjukdomar.

Andelen av befolkningen som gjorde digitala inom- respektive utomlänsbesök ökade från 2018 till 2020, men respektive ökning skedde i olika åldersgrupper

Figur 4 redovisar andelen av invånarna i Stockholm i olika åldrar som gjorde minst ett besök i de olika besökstyperna under 2020 (heldragna linjer), i jämförelse med 2018 (prickade linjer). På grund av få individer i de äldsta åldrarna inkluderas bara individer upp till 100 år i figurerna. Andelen som gjorde minst ett fysiskt besök minskade i alla åldrar, både för läkar- och sjuksköterskebesök. För läkarbesök var minskningarna som störst bland de små barnen, medan de för sjuksköterskebesök var som störst kring åldrarna 75–90 år.

De samtidiga kraftiga ökningarna i digitala inomlänsbesök var främst koncentrerade till medelålders och ”yngre äldre” individer. Högst andel med minst ett digitalt inomlänsbesök hos läkare år 2020 återfanns kring åldrarna 50–65 år.

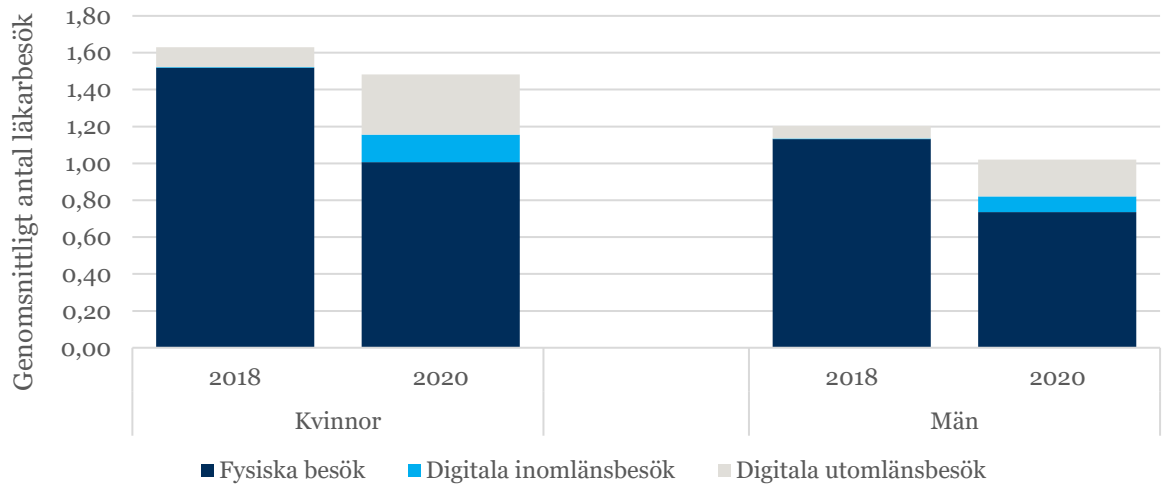
Även om andelen som använde digitala inomlänsbesök ökade mycket kraftigt från 2018 till 2020 var den i genomsnitt fortsatt lägre än andelen som använde digitala utomlänsbesök (observera olika skalor på y-axeln för de olika besökstyperna). Det finns också tydliga skillnader i åldersfördelning mellan digitala inom- respektive utomlänsbesök. Avseende läkarbesök var andelen som gjorde minst ett digitalt utomlänsbesök år 2020, precis som år 2018, högst bland de små barnen. I gruppen med ettåringar hade drygt 25 procent minst ett digitalt läkarbesök 2020, jämfört med 21 procent 2018. De största ökningarna från 2018 till 2020 återfinns dock i åldrarna kring drygt 20 år. I gruppen med 20–23-åringar ökade andelen med minst ett digitalt utomlänsbesök hos läkare från cirka åtta till cirka 25 procent mellan 2018 och 2020. Ökningarna för digitala utomlänsbesök hos sjuksköterska följde ett liknande mönster, om än från nästan obefintliga nivåer 2018 (därför syns ingen streckad linje för digitala sjuksköterskebesök 2018). Även för digitala utomlänsbesök hos sjuksköterska var andelen med minst ett besök som högst i åldersgruppen kring drygt 20 år.



Figur 4. Andel (%) av invånarna i Stockholm i olika åldrar som gjorde minst ett besök, per besökstyp och vårdgivare 2018 och 2020

Män minskade sitt totala antal besök mer än kvinnor, eftersom de i mindre utsträckning kompenserade med digitala besök

Män använde totalt mindre primärvård än kvinnor såväl 2018 som 2020, och deras nettominskningar i antal besök var också större än kvinnors i både absoluta och relativa termer för såväl läkar- som sjuksköterskebesök (Figur 5). Detta trots att mäns minskningar i fysiska besök mellan 2018 och 2020 i absoluta tal var mindre än kvinnors. Mäns större nettominskningar förklaras av att de i mindre utsträckning än kvinnor ökade sitt antal digitala inom- och utomlänsbesök. Kvinnors högre användning av digitala utomlänsbesök, som var ett faktum redan före pandemin, har alltså förstärkts något under pandemiåret 2020.



Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
Kvinnor	1,63	1,48	-0,15	-9,1	1,52	1,01	-0,51	-33,7	0,00	0,15	0,15	3843	0,11	0,33	0,22	200,0
Män	1,20	1,02	-0,18	-15,2	1,13	0,74	-0,40	-35,0	0,00	0,09	0,08	3753	0,07	0,20	0,13	187,2
Sjuksköterskebesök																
Kvinnor	0,43	0,42	-0,01	-3,4	0,43	0,33	-0,11	-25,0		0,01				0,09		
Män	0,39	0,37	-0,03	-6,9	0,39	0,31	-0,08	-20,3		0,00				0,05		

Figur 5. Antal besök per person, per kön, besökstyp och år

Unga kvinnor ökade sin vårdkonsumtion mest

När vi bryter resultaten för kön på olika åldersgrupper ser vi liknande förändringar för män och kvinnor för de flesta åldersgrupper. En åldersgrupp där förändringen för män och kvinnor tydligt avviker från varandra är emellertid i åldersgruppen 19–25 år. I denna åldersgrupp ökade antalet besök betydligt kraftigare för kvinnor än för män, både för läkarbesök och sjuksköterskebesök. Nettoökningen för kvinnor i denna åldersgrupp var 34 procent för läkarbesök och 213 procent för sjuksköterskebesök. Ökningen drevs framför allt av de digitala utomlänsbesöken. För kvinnorna 19–25 år utgjorde digitala utomlänsbesök hälften av det totala antalet läkarbesök i primärvården och tre fjärdedelar av sjuksköterskebesöken år 2020 (Tabell 2).

Tabell 2. Antal besök per person, per kön, åldersgrupp, besökstyp och år

Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
Kvinnor																
1. 0-5	1,16	0,90	-0,27	-22,9	0,90	0,46	-0,43	-48,4	0,00	0,05	0,05	1908	0,26	0,38	0,12	45
2. 6-18	0,87	0,85	-0,02	-2,5	0,74	0,52	-0,22	-30,0	0,00	0,05	0,05	2489	0,13	0,28	0,15	115
3. 19-25	1,19	1,59	0,41	34,1	0,98	0,69	-0,29	-29,6	0,00	0,12	0,11	2725	0,20	0,79	0,58	287
4. 26-45	1,42	1,55	0,13	9,1	1,28	0,89	-0,38	-30,0	0,01	0,19	0,19	3369	0,14	0,46	0,33	238
5. 46-64	1,87	1,76	-0,11	-6,0	1,82	1,30	-0,51	-28,4	0,00	0,23	0,23	4671	0,05	0,22	0,17	333
6. 65+	2,73	1,76	-0,98	-35,7	2,72	1,60	-1,12	-41,2	0,00	0,11	0,10	8426	0,01	0,05	0,04	520
Män																
1. 0-5	1,20	0,90	-0,31	-25,4	0,93	0,47	-0,46	-49,7	0,00	0,06	0,05	2483	0,27	0,37	0,10	38
2. 6-18	0,72	0,66	-0,06	-8,6	0,63	0,43	-0,21	-32,5	0,00	0,04	0,04	2280	0,08	0,19	0,10	121
3. 19-25	0,69	0,79	0,11	15,5	0,61	0,44	-0,17	-27,7	0,00	0,06	0,06	3621	0,07	0,29	0,22	318
4. 26-45	0,81	0,88	0,07	8,6	0,73	0,54	-0,20	-27,0	0,00	0,09	0,09	3320	0,07	0,25	0,18	265
5. 46-64	1,30	1,20	-0,11	-8,2	1,27	0,92	-0,35	-27,5	0,00	0,13	0,12	4438	0,03	0,15	0,12	392
6. 65+	2,74	1,65	-1,10	-40,0	2,73	1,51	-1,22	-44,8	0,00	0,09	0,09	6600	0,01	0,05	0,04	530
Sjuksköterskebesök																
Kvinnor																
1. 0-5	0,12	0,14	0,03	23,0	0,12	0,07	-0,05	-41,4	0,00	0,01			0,00	0,07		
2. 6-18	0,12	0,16	0,04	34,9	0,12	0,09	-0,03	-27,9	0,00	0,00			0,00	0,07		
3. 19-25	0,14	0,42	0,29	212,8	0,14	0,10	-0,03	-23,6	0,00	0,00			0,00	0,32		
4. 26-45	0,19	0,28	0,09	49,2	0,19	0,16	-0,03	-16,9	0,00	0,00			0,00	0,12		
5. 46-64	0,49	0,45	-0,05	-9,7	0,49	0,39	-0,10	-20,6	0,00	0,01			0,00	0,05		
6. 65+	1,31	0,95	-0,36	-27,5	1,31	0,93	-0,38	-29,0	0,00	0,01			0,00	0,01		
Män																
1. 0-5	0,13	0,16	0,03	21,6	0,13	0,08	-0,05	-39,9	0,00	0,01			0,00	0,07		
2. 6-18	0,12	0,13	0,01	9,3	0,12	0,09	-0,03	-27,1	0,00	0,00			0,00	0,04		
3. 19-25	0,12	0,21	0,09	73,2	0,12	0,10	-0,02	-20,5	0,00	0,00			0,00	0,11		
4. 26-45	0,15	0,18	0,04	26,8	0,15	0,12	-0,02	-15,2	0,00	0,00			0,00	0,06		
5. 46-64	0,48	0,44	-0,05	-10,0	0,48	0,40	-0,09	-17,8	0,00	0,01			0,00	0,03		
6. 65+	1,39	1,10	-0,29	-20,9	1,39	1,08	-0,31	-22,3	0,00	0,01			0,00	0,01		

Lågutbildade minskade sitt totala antal besök mer än högutbildade, men knappade in i användning av digitala utomlänsbesök

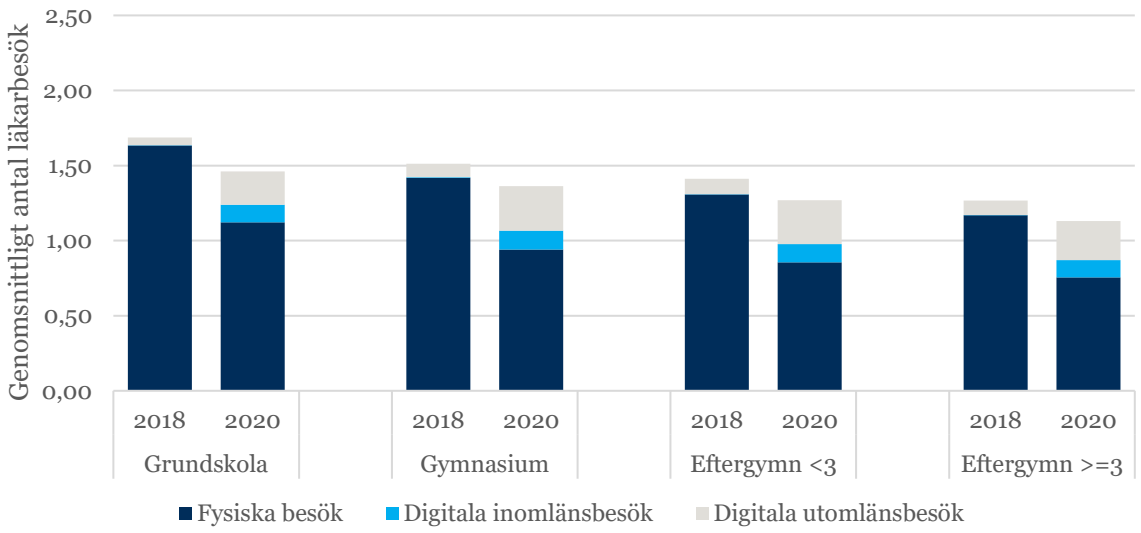
En uppdelning på utbildningsgrupper visar att nettominskningarna i antal besök var som störst bland personer med grundskoleutbildning som högsta avslutade utbildningsnivå. Denna grupp minskade sitt totala antal besök med 0,23 besök, eller 13 procent, i genomsnitt mellan 2018 och 2020, medan motsvarande minskningar för övriga grupper var 0,14–0,15 besök, eller kring 10 procent i genomsnitt. För sjuksköterskebesök var minskningarna än mer koncentrerade till dem med max grundskoleutbildning. Det totala antalet sjuksköterskebesök minskade med 0,07 besök, eller tolv procent, för dem med max grundskoleutbildning, medan övriga gruppers minskningar uppgick till mellan en och fyra procent (Figur 6, efter standardisering för ålder och kön – motsvarande ostandardiserade värden återfinns i bilaga 5).

Sammantaget gjorde dessa skillnader i besöksminskningar mellan utbildningsgrupper att den relativa skillnaden i besöksnivå, den så kallade utbildningsgradienten, försvagades mellan 2018 och 2020 avseende både läkar- och sjuksköterskebesök. År 2018 gjorde personer med max grundskoleutbildning i genomsnitt 33 procent fler läkarbesök och 70 procent fler sjuksköterskebesök än personer med längre än treårig eftergymnasial utbildning. År 2020 var motsvarande siffror 29 respektive 48 procent.

Samtidigt finns tydliga skillnader mellan de olika typerna av läkarbesök. När det gäller fysiska läkarbesök så gick individer i gruppen med kortast utbildning från att göra cirka 40 procent fler besök än individer i gruppen med längst utbildning år 2018, till att göra cirka 50 procent fler år 2020. Således var gradienten till de lågutbildades ’fördel’ såväl 2018 som 2020, och den förstärkes också något över tid.

Digitala inomlänsbesök till läkare var en marginell företeelse år 2018, och år 2020 jämnt fördelade över utbildningsgrupper.

När det gäller digitala utomlänsbesök till läkare så gjorde individer med minst treårig eftergymnasial utbildning i genomsnitt dubbelt så många besök som individer med max grundskoleutbildning år 2018, medan de år 2020 gjorde ungefär 20 procent fler. De lågutbildade knappade med andra ord in på de högutbildade, även om de högutbildade fortsatt gjorde fler besök, och gradienten därmed fortsatt var till de lågutbildades ’nackdel’. Flest digitala utomlänsbesök i genomsnitt år 2020 gjorde gruppen med max gymnasieutbildning (Figur 6).



Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
Grundskola	1,69	1,46	-0,23	-13,4	1,63	1,12	-0,51	-31,4	0,00	0,12	0,12	5454	0,05	0,22	0,17	328,7
Gymnasium	1,51	1,36	-0,15	-9,9	1,42	0,94	-0,48	-33,6	0,00	0,12	0,12	3321	0,09	0,30	0,21	229,9
Eftergymn <3	1,41	1,27	-0,14	-10,0	1,31	0,85	-0,45	-34,6	0,00	0,12	0,12	3741	0,10	0,29	0,19	189,9
Eftergymn >=3	1,27	1,13	-0,14	-10,8	1,17	0,75	-0,41	-35,4	0,00	0,12	0,11	3953	0,10	0,26	0,16	169,6
Sjuksköterskebesök																
Grundskola	0,56	0,49	-0,07	-12,1	0,56	0,42	-0,14	-25,3		0,01				0,07		
Gymnasium	0,45	0,43	-0,02	-3,6	0,45	0,35	-0,10	-22,4		0,01				0,08		
Eftergymn <3	0,38	0,38	0,00	-1,0	0,38	0,30	-0,09	-22,2		0,01				0,08		
Eftergymn >=3	0,33	0,33	0,00	-1,3	0,33	0,26	-0,07	-22,0		0,00				0,06		

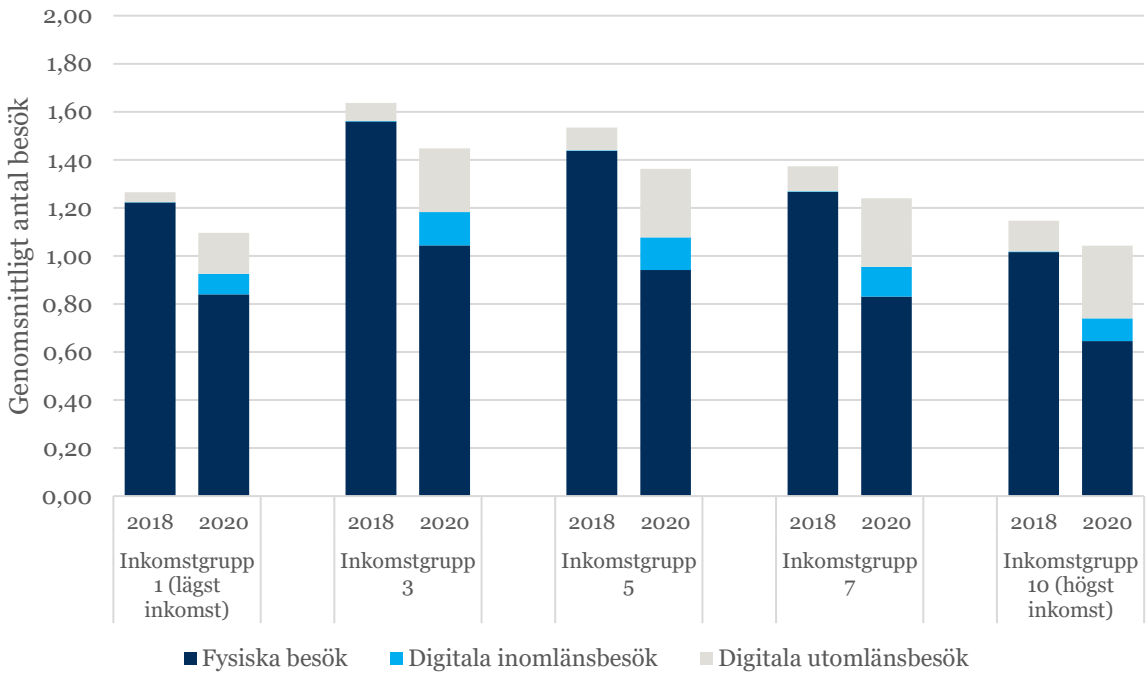
Figur 6. Antal besök per person, per utbildningsgrupp, besökstyp och år, ålder- och könsstandardiserade värden

Höginkomsttagare gjorde fortsatt fler digitala besök än låginkomsttagare, men den relativa skillnaden minskade över tid

Individer i de fem lägre inkomstgrupperna hade på totalen större besöksminskningar mellan 2018 och 2020 än individer i de fem högre inkomstgrupperna i såväl absoluta som relativa termer. Den största absoluta minskningen återfinns i inkomstgrupp 2, som i genomsnitt minskade sitt antal besök till läkare med 0,22 och till sjuksköterska med 0,07 besök. Den minsta absoluta minskningen återfinns för läkarbesök i inkomstgrupp tio, som i genomsnitt minskade sitt antal besök till läkare med 0,10 besök. När det gäller sjuksköterskebesök hade de tre högsta inkomstgrupperna till och med en nettoökning av antal besök mellan 2018 och 2020, dock endast i storleksordningen 0,01 till 0,02 besök i genomsnitt (Figur 7, efter standardisering för åldersgrupp och kön – ostandardiserade resultat återfinns i bilaga 6).

Bortsett från den lägsta inkomstgruppen, fanns såväl 2018 som 2020 en tydlig inkomstgradient för både läkar- och sjuksköterskebesök, där individer med lägre inkomster i genomsnitt gjorde fler besök på totalen än individer med högre inkomster. Denna gradient speglar fördelningen av fysiska besök. Nivåerna för fysiska besök var högst i inkomstgrupp två, och minskade därefter successivt ner till inkomstgrupp tio. Digitala inomlänsbesök, som knappt existerade år 2018, uppvisade 2020 en till viss del liknande, men inte lika tydlig, gradient avseende läkarbesök, där antalet besök i genomsnitt var högst i inkomstgrupp tre till fem, och lägst i inkomstgrupp ett och tio.

Digitala utomlänsbesök uppvisade såväl 2018 som 2020 motsatt gradient som för fysiska besök, där det genomsnittliga antalet läkarbesök var som lägst i den lägsta inkomstgruppen, och sen ökade stegvis upp till den högsta inkomstgruppen. Skillnaderna mellan låg- och höginkomsttagare i användningen av digitala utomlänsbesök minskade dock över tid från 2018 till 2020. År 2018 använde individer i den högsta inkomstgruppen i genomsnitt mer än tre gånger så många digitala utomlänsbesök till läkare som individer i den lägsta inkomstgruppen (0,13 jämfört med 0,04), medan motsvarande förhållande år 2020 var att de gjorde mindre än dubbelt så många besök (0,30 jämfört med 0,17).



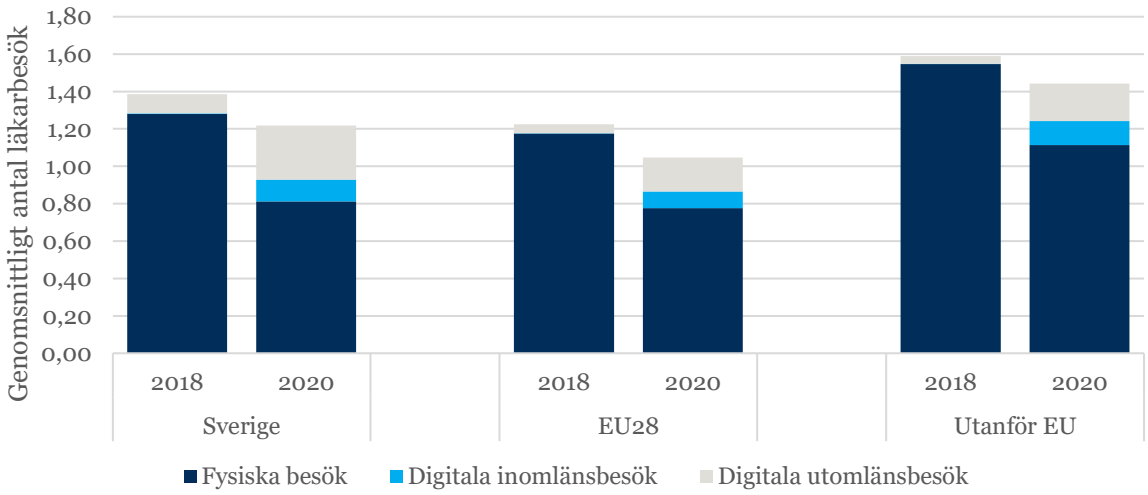
Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
1 (lägst inkomst)	1,26	1,10	-0,17	-13,4	1,22	0,84	-0,38	-31,3	0,00	0,09	0,09	6028	0,04	0,17	0,13	311,2
2	1,69	1,46	-0,22	-13,1	1,62	1,11	-0,51	-31,6	0,00	0,13	0,12	5355	0,06	0,23	0,17	274,0
3	1,64	1,45	-0,19	-11,6	1,56	1,04	-0,52	-33,1	0,00	0,14	0,14	4745	0,07	0,27	0,19	257,1
4	1,62	1,42	-0,20	-12,3	1,53	0,99	-0,53	-34,8	0,00	0,14	0,13	3908	0,09	0,28	0,20	229,4
5	1,53	1,36	-0,17	-11,3	1,44	0,94	-0,50	-34,5	0,00	0,14	0,13	4426	0,09	0,28	0,19	201,5
6	1,45	1,30	-0,15	-10,4	1,35	0,89	-0,46	-34,3	0,00	0,13	0,12	3380	0,10	0,28	0,19	189,8
7	1,37	1,24	-0,13	-9,6	1,27	0,83	-0,44	-34,4	0,00	0,12	0,12	3704	0,10	0,29	0,18	177,9
8	1,31	1,18	-0,13	-9,7	1,20	0,78	-0,42	-34,8	0,00	0,12	0,11	3343	0,11	0,29	0,18	160,4
9	1,23	1,12	-0,11	-8,9	1,11	0,72	-0,39	-34,9	0,00	0,11	0,11	3680	0,12	0,29	0,17	151,6
10 (högst inkomst)	1,15	1,04	-0,10	-9,1	1,02	0,65	-0,37	-36,4	0,00	0,09	0,09	2327	0,13	0,30	0,17	136,1
Sjuksköterskebesök																
1 (lägst inkomst)	0,39	0,35	-0,05	-11,9	0,39	0,29	-0,10	-26,3		0,00				0,05		
2	0,58	0,51	-0,07	-12,4	0,58	0,44	-0,14	-24,7		0,01				0,06		
3	0,52	0,48	-0,04	-7,6	0,52	0,40	-0,12	-22,8		0,01				0,07		
4	0,48	0,44	-0,04	-7,7	0,48	0,36	-0,12	-24,6		0,01				0,08		
5	0,44	0,42	-0,02	-4,6	0,44	0,34	-0,10	-22,9		0,01				0,07		
6	0,40	0,40	-0,01	-1,5	0,40	0,32	-0,08	-21,0		0,01				0,07		
7	0,38	0,37	-0,01	-1,5	0,38	0,29	-0,08	-21,9		0,01				0,07		
8	0,34	0,35	0,01	3,6	0,34	0,28	-0,06	-18,4		0,00				0,07		
9	0,32	0,33	0,01	2,0	0,32	0,25	-0,07	-21,8		0,00				0,07		
10 (högst inkomst)	0,28	0,30	0,02	7,4	0,28	0,22	-0,06	-20,0		0,00				0,07		

Figur 7. Antal besök per person, per inkomstgrupp, besökstyp och år, ålder- och könsstandardiserade värden

Svenskfödda gjorde fortsatt flest digitala besök, men personer födda utanför EU ökade tydligt sin användning

Såväl 2018 som 2020 gjorde personer födda utanför EU i genomsnitt fler besök än andra, både när det gäller läkar- och sjuksköterskebesök. När det gäller läkarbesök hade personer födda utanför EU också minst nettominskningar mellan 2018 och 2020 i såväl absoluta som relativa termer (minskningar på 0,15 besök eller nio procent). När det gäller sjuksköterskebesök hade de dock störst nettominskningar i antal besök (0,05 besök eller tolv procent, Figur 8, efter standardisering för åldersgrupp och kön – ostandardiserade resultat återfinns i bilaga 7).



Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
Sverige	1,39	1,22	-0,17	-12,1	1,28	0,81	-0,47	-36,6	0,00	0,12	0,11	3229	0,10	0,29	0,19	181,2
EU28	1,22	1,05	-0,18	-14,6	1,18	0,78	-0,40	-34,0	0,00	0,09	0,09	5440	0,05	0,18	0,13	283,9
Utanför EU	1,59	1,44	-0,15	-9,3	1,55	1,11	-0,43	-28,0	0,00	0,13	0,13	8184	0,04	0,20	0,16	391,1
Sjuksköterskebesök																
Sverige	0,41	0,39	-0,01	-3,5	0,41	0,32	-0,09	-22,2		0,00				0,07		
EU28	0,37	0,34	-0,04	-9,5	0,37	0,28	-0,09	-24,4		0,00				0,05		
Utanför EU	0,46	0,41	-0,05	-11,8	0,46	0,34	-0,13	-27,2		0,01				0,06		

Figur 8. Antal besök per person, per födelseland, besökstyp och år, ålder- och könsstandardiserade värden

Personer födda utanför Sverige, men inom EU, hade lägst besöksgenomsnitt för läkarbesök både 2018 och 2020, och också störst nettominskningar mellan åren. Det lägre besöksgenomsnittet gällde även för digitala inomlänsbesök – som i fallet med utbildning i tidigare avsnitt var jämnt fördelade över grupperna.

När det gäller digitala utomlänsbesök till läkare finns en utjämning över tid, där personer födda utanför EU i genomsnitt nästan femdubblade sitt antal besök mellan 2018 och 2020, samtidigt som personer födda i Sverige lite mindre än tredubblade sitt

antal. Det är möjligt att dessa större relativa ökningar delvis förklaras av utbudsförändringar, då flera digitala aktörer under perioden aktivt marknadsförde att de erbjöd vård på flera språk. Även år 2020 gjorde personer födda i Sverige dock fler digitala utomlänsbesök till läkare än personer födda utanför EU (0,29 jämfört med 0,20 besök i genomsnitt).

Sammanfattande kommentar kring utbildning, inkomst och födelseland

I likhet med vad vi visat i en tidigare rapport[4], finns ett tydligt mönster att gruppen med störst utsatthet gjorde färre digitala utomlänsbesök i genomsnitt, såväl 2018 som 2020, och oavsett vilken socioekonomisk gruppering vi studerar. Detta mönster står i motsats till det vi ser för fysiska besök, där lägre socioekonomiska grupper i genomsnitt gör fler besök än högre. Samtidigt ökade användningen av digitala utomlänsbesök i alla grupper, och relativt sett allra mest bland dem med lägre utbildning, lägre inkomst och bland personer som är utomeuropeiskt födda.

Flera faktorer kan ha drivit på utvecklingen mot fler digitala utomlänsbesök i socioekonomiskt svagare grupper. En är, som vi redan nämnt, deras större besöksminskningar i fysisk vård (som i sin tur kan ha berott både på besöksrestriktioner eller kapacitetsbrist på husläkarmottagningarna, och på individuella beslut att inte söka fysisk vård). En annan faktor är utbudsförändringar, där fler digitala aktörer marknadsfört sig med att de till exempel tillhandahåller vård på flera språk. En tredje är kostnadsförändringar, då patientavgiften för digitala utomlänsbesök blev lägre i och med aktörernas flytt från Region Jönköping till Region Sörmland.

Vad betyder detta i termer av effekter på vårdens jämlikhet? Med utgångspunkt från det vi vet om sjukdomsbörda i olika grupper – att socioekonomiskt svagare grupper i genomsnitt har en högre ohälsa och sjuklighet – speglar mönstret i fysisk vård i genomsnitt bättre gruppernas skillnader i vårdbehov och det kan därmed på totalen betraktas som positivt ur jämlikhetssynpunkt att det motsatta mönster vi sett för digitala utomlänsbesök försvagas över tid. Om digitala och fysiska besök framgent mer tydligt ska vara olika alternativ i en sammanhållen digifysisk vård krävs dock att vi betraktar effekterna av dem samlat. Under 2020, med de stora minskningar som skett i fysiska besök, var totaleffekten en i både absoluta och relativa tal större minskning i antalet läkarbesök för socioekonomiskt svagare grupper.

Det är samtidigt troligt att parallellt som minskningarna i fysiska besök var temporära – och specifika för pandemisituationen – så speglar ökningarna i digitala besök (särskilt i digitala utomlänsbesök) en mer successiv trend som med större sannolikhet

[4] Dahlgren C, Hagman M, Sveréus S, Rehnberg C. Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:3.

kommer att bestå även efter pandemin. De samlade effekterna på längre sikt är därför svåra att överblicka. Vidare analyser framåt behöver både beakta vilka effekter som konsolideras efter pandemisituationen, och också ta hänsyn till skillnader i nivå och karaktär på vårdbehov mellan socioekonomiska grupper. Ur jämlikhetssynpunkt är det viktigt att inte bara se till utvecklingen av antal besök, utan också se till att olika typer av vårdbehov tillgodoses ändamålsenligt i de kanaler som finns tillgängliga.

I definitionen av besökstyper har vi valt att särskilja digitala inomlänsbesök från digitala utomlänsbesök, med motiveringen att vårdgivare som har avtal med Region Stockholm (inomlänsbesöken) i många fall hade möjligheten att välja mellan fysiska och digitala besök och mer tydligt därmed skulle kunna integrera de digitala besöken som en del av en sammanhållen vårdkedja. I resultaten ser vi också en tendens till att de grupper som hade störst absoluta minskningar av fysiska besök också hade störst ökningar av digitala inomlänsbesök, men det är inget perfekt samband.

Det behövs överlag vidare analyser för att tydligare förstå vad som driver skillnaderna mellan socioekonomiska grupper och vad de får för implikationer på jämlikheten i vården som helhet. En utmaning i alla socioekonomiska analyser är till exempel de tydliga skillnaderna i åldersstruktur mellan olika grupper. I rapporten har vi delvis hanterat detta genom standardisering, men troligtvis påverkas resultaten fortfarande till viss del av skillnader inom de åldersgrupper vi standardiserat för (gruppen 65 år och äldre kan till exempel utgöras av en större andel 65-åringar bland högutbildade och en större andel 90-åringar bland personer med lägre utbildning).

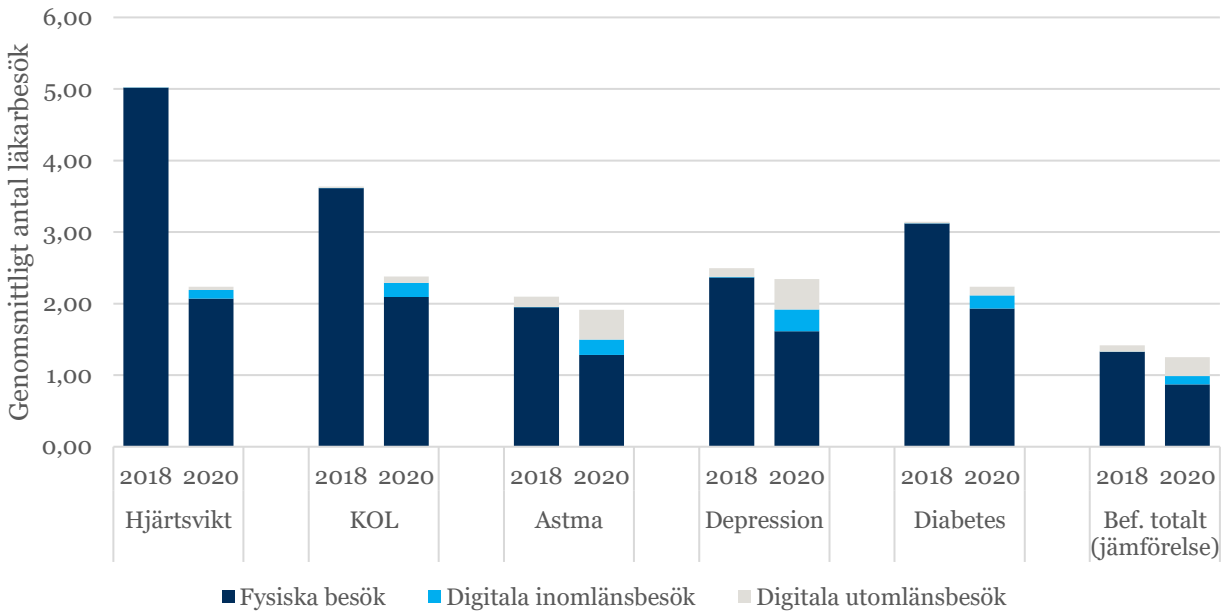
Personer med hjärtsvikt, KOL eller diabetes minskade sitt antal besök mer än befolkningen, medan personer med depression eller astma hade mindre relativa besöksminskningar

Personer med en kronisk diagnos gjorde i genomsnitt fler besök än befolkningen som helhet, både 2018 och 2020. Det gäller för samtliga av de fem diagnoser vi har studerat (hjärtsvikt, KOL, astma, depression och diabetes). Skillnaden mot befolkningen var dock mycket olika för olika diagnoser, och så även förändringen över tid från 2018 till 2020 (Figur 9).

Störst besöksförändring mellan 2018 och 2020 återfanns bland personer med hjärtsvikt, och minst besöksförändring hos personer med depression eller astma. Personer med hjärtsvikt mer än halverade antalet fysiska läkarbesök i primärvården mellan 2018 och 2020, utan att nästan alls kompensera med digitala besök. Personer med depression hade istället mindre nettominskningar än befolkningen i genomsnitt, både i absoluta och relativa tal. För personer med astma var minskningen i absoluta tal marginellt större än för befolkningen (-0,18 respektive -0,17), men den relativa minskningen var mindre (-9 respektive -12 procent).

Att personer med astma och depression hade en relativt liten besöksminskning förklaras i stor utsträckning av att individer med dessa diagnoser kraftigt ökade antalet digitala inom- och utomlänsbesök. I absoluta termer ökade antalet digitala läkarbesök mellan 2018 och 2020 som mest bland personer med depression. Den summerade ökningen av digitala inom- och utomlänsbesök hos läkare uppgick till 0,6 besök per individ i gruppen.

Det finns flera möjliga förklaringar till de tydliga skillnaderna mellan grupperna av individer med olika kroniska diagnoser. För det första vet vi att sekundärpreventiva årskontroller prioriterades bort på många vårdcentraler, och att dessa är vanligare för patienter med hjärtsvikt än till exempel patienter med depression eller astma. För det andra är det möjligt att en större del av besöken för vissa diagnoser kompenserades med telefonbesök, som inte inkluderas i studien. För det tredje kan det ha skett utbudsförändringar, till exempel med nya digitala aktörer med fokus på psykisk ohälsa. För det fjärde kan det finnas en ålderseffekt, då andelen äldre kan antas vara högre bland till exempel personer med KOL än bland personer med astma. Som vi redovisat i figur 2 har ålder haft en kraftig påverkan på hur vårdkonsumtionen har förändrats mellan 2018 och 2020.

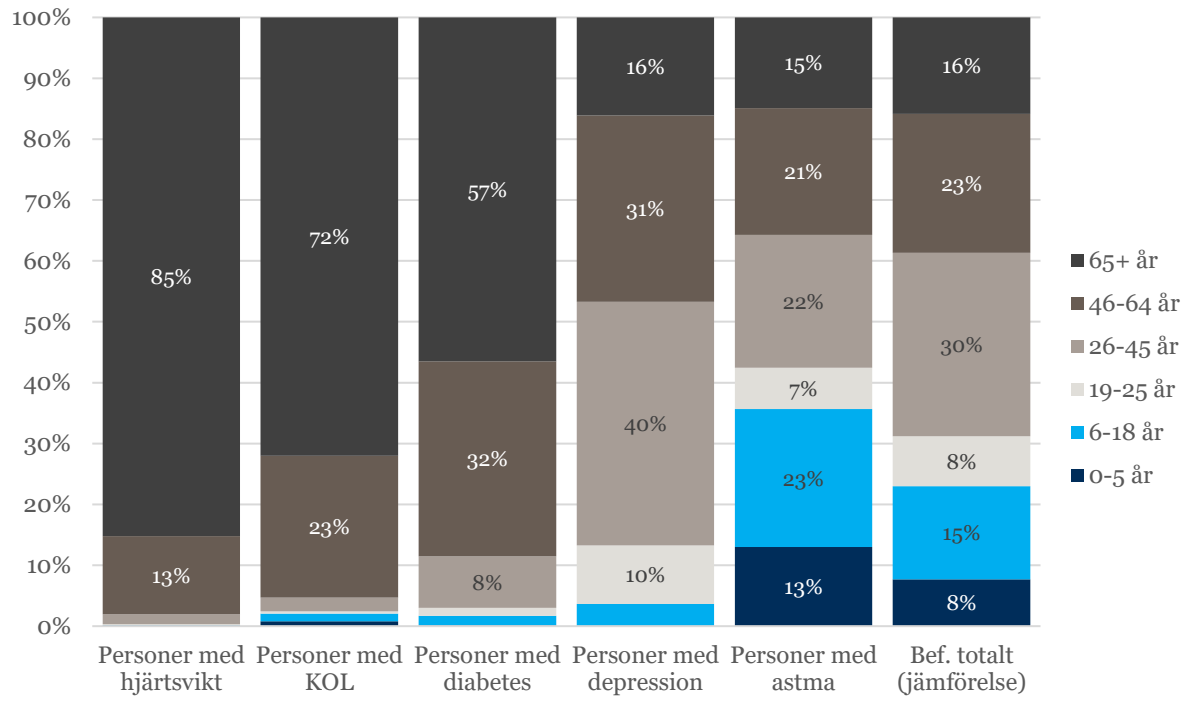


Genomsnittligt antal besök per person och år för personer med vissa kroniska diagnoser

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
	Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök							
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
Hjärtsvikt	5,02	2,24	-2,79	-55,5	5,02	2,07	-2,94	-58,7	0,00	0,12	0,12	13976	0,01	0,04	0,04	657,2
KOL	3,63	2,38	-1,26	-34,5	3,61	2,09	-1,52	-42,0	0,00	0,19	0,19	5097	0,02	0,09	0,07	435,6
Astma	2,10	1,91	-0,18	-8,8	1,95	1,28	-0,66	-34,1	0,01	0,21	0,21	4096	0,15	0,42	0,27	186,5
Depression	2,50	2,34	-0,15	-6,0	2,37	1,61	-0,75	-31,8	0,01	0,30	0,29	3781	0,12	0,43	0,31	256,3
Diabetes	3,15	2,23	-0,91	-28,9	3,12	1,93	-1,19	-38,1	0,00	0,18	0,18	7362	0,02	0,12	0,10	444,4
Bef. totalt	1,42	1,25	-0,17	-11,7	1,33	0,87	-0,45	-34,3	0,00	0,12	0,11	3807	0,09	0,26	0,17	194,9
Sjuksköterskebesök																
Hjärtsvikt	2,15	1,66	-0,48	-22,6	2,15	1,64	-0,51	-23,8		0,02				0,01		
KOL	1,94	1,48	-0,45	-23,4	1,94	1,43	-0,50	-26,0		0,03				0,02		
Astma	0,63	0,59	-0,04	-6,3	0,63	0,49	-0,14	-21,9		0,01				0,08		
Depression	0,62	0,61	-0,01	-1,8	0,62	0,49	-0,13	-20,7		0,01				0,11		
Diabetes	2,15	1,65	-0,50	-23,4	2,15	1,59	-0,56	-26,2		0,03				0,03		
Bef. totalt	0,41	0,39	-0,02	-5,1	0,41	0,32	-0,09	-22,7		0,01				0,07		

Figur 9. Antal besök per person för personer med vissa kroniska diagnoser, per besökstyp och år

För att närmare undersöka vilken roll ålder spelar för utvecklingen för personer med olika kroniska diagnoser redovisar vi i figur 10 åldersfördelningen inom respektive sjukdomsgrupp. Figuren avser 2018, men speglar i stort även situationen 2020. Som figuren visar skiljer sig åldersfördelningen stort mellan de olika sjukdomsgrupperna. Personer med hjärtsvikt, KOL och diabetes domineras av de äldre åldersgrupperna medan åldersfördelningen är yngre för depression och astma. I gruppen personer med hjärtsvikt är 85 procent av individerna 65 år eller äldre medan motsvarande andel i gruppen depression eller astma är endast ca 15 procent. Personer med astma är också den enda gruppen med en större andel barn och unga än befolkningen som helhet.



Figur 10. Andel inom gruppen som tillhör respektive åldersgrupp 2018

Att det är just de sjukdomsgrupper som har en yngre åldersfördelning (depression och astma) som tappade minst i vårdkonsumtion mellan 2018 och 2020 och att det är den äldsta åldersgruppen som tappade mest (hjärtsvikt) tyder på att ålder är en viktig förklaringsfaktor. För att undersöka om det finns andra faktorer som skulle kunna påverka resultaten, när vi tar hänsyn till åldersstrukturen, redovisar vi i nästkommande avsnitt hur besöksförändringarna utvecklades *inom* olika åldersgrupper.

Inom äldre åldersgrupper hade personer med en kronisk diagnos – oavsett vilken – större absoluta besöksminskningar än andra, medan motsatt gällde inom yngre åldersgrupper

När jämförelsen mellan individer med olika kroniska diagnoser och befolkningen som helhet begränsas till att gälla inom specifika åldersgrupper framträder en något annorlunda bild. Om vi fokuserar på den absoluta förändringen av antal besök framträder ett tydligt mönster där yngre individer med en kronisk diagnos – oavsett vilken av de fem – konsekvent hade *mindre* nettominskningar (eller större nettoökningar) av antal besök mellan 2018 och 2020 än andra individer i samma åldersgrupp. Äldre individer med en kronisk diagnos hade istället konsekvent *större* nettominskningar än andra i samma ålder. Detta beskrivs i tabell 3, som visar förändringen mellan 2018 och 2020 i totalt antal läkarbesök för individer med olika kroniska diagnoser uppdelat på åldersgrupper.

Tabell 3. Absoluta nettoförändringar i antal läkarbesök mellan 2018 och 2020

	0–5 år	6–18 år	19–25 år	26–45 år	46–64 år	65+ år	Alla åldrar
Personer med astma	-0,20	-0,05	0,45	0,27	-0,17	-1,43	-0,18
Personer med depression		0,04	0,30	0,14	-0,18	-1,12	-0,15
Personer med diabetes		0,02	0,33	0,05	-0,34	-1,44	-0,91
Personer med hjärtsvikt					-1,35	-3,06	-2,79
Personer med KOL					-0,45	-1,59	-1,26
Befolkningen totalt	**-0,29**	**-0,04**	**0,25**	**0,10**	**-0,11**	**-1,03**	**-0,17**

Grön färg indikerar mindre nettominskningar eller större nettoökningar än totalbefolkningen i samma åldersgrupp. Röd färg indikerar större nettominskningar eller mindre nettoökningar än totalbefolkningen i samma åldersgrupp. Värden som är mycket nära befolkningens är gulmarkerade.

I tabell 3 är cellerna färgmarkerade för att visa hur förändringen i respektive grupp förhåller sig till motsvarande förändring i samma åldersgrupp i befolkningen, som redovisas på den sista raden i tabellen. Röd färg innebär att gruppen hade större besöksminskningar (eller mindre ökningar) än befolkningen i samma åldersgrupp. Grön färg indikerar att minskningen var mindre (eller ökningen större) än för befolkningen, och gul färg att förändringarna var i nivå med befolkningens. Kolumnen längst till höger i tabellen visar förändringen på totalen inom respektive diagnos, det vill säga det vi fokuserade på i föregående avsnitt. Celler utan värden är åldersgrupper där förekomsten av respektive diagnos är så låg att det inte är meningsfullt att särredovisa.

Från tabellen framkommer att det mönster som vi tidigare redovisat – till exempel att personer med astma och depression minskade antalet besök i nivå med, eller i lägre utsträckning än, befolkningen – inte gäller över alla åldersgrupper. Tvärtom ser vi att för de två äldsta åldersgrupperna hade personer med depression och astma kraftigare besöksminskningar än befolkningen i stort. Samma sak gäller för personer med diabetes; för de tre äldsta grupperna minskade antalet besök mer än för motsvarande åldersgrupper i befolkningen medan antalet besök för de yngsta åldersgrupperna ökade mer än för befolkningen.

Dessa skillnader i förändring över tid mellan olika åldersgrupper verkar åtminstone delvis förklaras av i vilken utsträckning besöksminskningar kompenserats med digitala utomlänsbesök. Om vi tittar på hur stor andel av individernas besök 2020 som utgjordes av digitala utomlänsbesök framkommer att de digitala utomlänsbesökens andel av totalen var högre för individer med kroniska sjukdomar jämfört med totalbefolkningen i de åldersgrupper där dessa grupper hade mindre

nettominskningar (yngre åldersgrupper), och lägre i de åldersgrupper där de hade större nettominskningar (äldre åldersgrupper) (Bilaga 8).

Samtidigt gäller dessa resultat endast absoluta förändringar i antal besök över tid. Om vi istället fokuserar på relativa förändringar – hur mycket respektive grupp ökade eller minskade sitt antal besök i procentuella termer – är mönstret över åldersgrupper inte längre lika tydligt (Bilaga 9).

Sammantaget tyder resultaten på att det verkar finnas interaktionseffekter mellan ålder och förekomst av kronisk diagnos som påverkade användningen av digitala utomlänsbesök, och att detta i sin tur påverkade gruppernas totala förändring i antal besök över tid. Dessa samband behöver studeras och specificeras ytterligare. Det är i nuläget svårt att säga om de speglar aspekter hos just de kroniska diagnoser vi studerat (till exempel användbarheten av digitala besök som besökstyp), olika vårdsökarbeteenden hos yngre respektive äldre personer med en kronisk diagnos, eller något annat.

Slutsatser

Digitala vårdtjänster har ökat kraftigt i svensk primärvård de senaste åren och har blivit ett viktigt verktyg för att kunna tillhandahålla vård under covid-19-pandemin. I denna delrapport (delrapport 2) kartlägger vi i vilken utsträckning olika socioekonomiska och demografiska grupper i Region Stockholm använde digitala besök under covid-19-pandemin, med specifikt fokus på i vilken utsträckning grupperna kompenserade minskningar i fysiska besök med digitala alternativ.

Resultaten visar att de digitala besöken ökade kraftigt under 2020 samtidigt som de fysiska besöken minskade. Ökningen av de digitala besöken nådde emellertid inte upp till minskningen av fysiska besök, och nettoförändringen av antalet besök mellan 2018 och 2020 blev i genomsnitt negativ.

Resultaten visar genomgående att ålder var en mycket viktig faktor för besöksutvecklingen mellan 2018 och 2020, och allra tydligast i fråga om användningen av digitala utomlänsbesök. Äldre minskade kraftigt sitt antal besök på totalen mellan 2018 och 2020, medan yngre, särskilt unga kvinnor, på grund av sitt stora antal digitala utomlänsbesök tvärtom gjorde fler besök 2020 än 2018.

Inom åldersgrupperna var det olika sjukdomsområden som drev besöks-förändringarna. Ökningarna i antalet besök för yngre förklaras främst av besök relaterade till infektionssjukdomar, sjukdomar i hud och underhud samt sjukdomar i nervsystemet. Minskningarna i antalet besök för äldre skedde över hela diagnospanoramat, men förklaras främst av färre besök relaterade till sjukdomar i andningsorganen och cirkulationsorganen.

Ett nedslag i några grupper av personer med kroniska diagnoser visar att personer med hjärtsvikt, KOL eller diabetes minskade sitt antal besök mycket mer än befolkningen i genomsnitt, medan motsatt gällde för personer med depression eller astma. Detta verkar också till viss del förklaras av ålderseffekter, där yngre personer med en kronisk diagnos verkar ha haft en större benägenhet att kompensera sina besöksbortfall i fysisk vård med digitala besök.

Högutbildade, höginkomsttagare och svenskfödda använde under pandemiåret fortsatt mest digitala besök – men skillnaderna mellan socioekonomiska grupper minskade något över tid från 2018 till 2020. Flera faktorer kan ha drivit på utvecklingen mot fler digitala utomlänsbesök i socioekonomiskt svagare grupper: deras större besöksminskningar i fysisk vård, utbudsförändringar med tillhandahållande av digitala besök på flera språk och sänkta patientavgifter. Samtidigt hade individer med lägre utbildning eller lägre inkomst störst besöksminskningar i fråga om antal läkarbesök totalt mellan 2018 och 2020, vilket drevs av deras stora minskningar i fysiska besök.

Om digitala och fysiska besök framgent mer tydligt ska vara olika alternativ i en sammanhållen digifysisk vård krävs att vi betraktar effekterna av dem samlat. Under 2020, med de stora minskningar som skett i fysiska besök, var totaleffekten en i både absoluta och relativa tal större minskning i antalet läkarbesök för socioekonomiskt svagare grupper. Fortsatta analyser behöver beakta vilka effekter som konsolideras efter pandemisituationen, och också ta hänsyn till skillnader i nivå och karaktär på vårdbehov mellan socioekonomiska grupper. Ur jämlikhetssynpunkt är det viktigt att inte bara se till utvecklingen av antal besök, utan också se till att olika typer av vårdbehov tillgodoses ändamålsenligt i de kanaler som finns tillgängliga.

De besök som inkluderas i den här rapporten fångar endast en delmängd av primärvården. För det första är de begränsade till vissa verksamheter (husläkarverksamheten) och vårdgivarkategorier (läkare och sjuksköterska). För det andra utgör de bara en del av de kanaler genom vilka vård bedrivs. Vi har redan lyft att telefonbesök och hembesök exkluderas, men även vård i andra digitala kanaler än just video eller chatt (till exempel distansmonitorering och kontinuerliga vårdstöd i app) saknas i analyserna. Troligen kommer dessa alternativa kanaler att öka i betydelse i takt med vårdens fortsatta digitalisering och ökade krav på patientcentrerade lösningar, men i dagsläget saknas möjlighet att följa upp dem med registerdata.

Bilaga 1: Andel av befolkningen som gjorde minst ett läkarbesök 2018 och 2020 i respektive besökstyp. Uppdelat på kön, ålder, födelseland, utbildning, inkomst, och vårdhistorik

		Uppdelat per typ av besök, alla hos läkare					
		Fysiska besök		Digitala inomlänsbesök		Digitala utomlänsbesök	
		2018	2020	2018	2020	2018	2020
	Befolkningen i stort	50,7	40,7	0,2	7,4	6,1	14,2
Kön	Kvinnor	55,9	45,2	0,3	9,0	7,3	16,9
	Män	45,4	36,1	0,2	5,7	4,9	11,6
Åldersgrupp	1. 0–5	46,2	29,5	0,2	4,4	16,1	21,7
	2. 6–18	40,0	30,1	0,2	3,9	7,3	14,1
	3. 19–25	40,0	31,7	0,2	6,0	8,9	24,5
	4. 26–45	44,4	35,6	0,3	8,5	7,2	18,4
	5. 46–64	56,4	47,2	0,3	10,4	3,1	10,8
	6. 65+	72,4	60,6	0,1	6,3	0,6	3,1
Födelseland	1. Sverige	50,5	39,8	0,3	7,3	7,2	15,4
	2. EU28	48,1	39,5	0,1	6,1	2,7	9,1
	3. Utanför EU	52,7	44,9	0,1	8,4	2,8	11,9
Inkomst	Inkomstgrupp 1	41,1	33,3	0,1	5,1	3,2	9,8
	Inkomstgrupp 2	55,7	45,7	0,2	6,9	3,9	11,1
	Inkomstgrupp 3	55,2	45,1	0,2	7,4	5,2	13,3
	Inkomstgrupp 4	54,3	43,6	0,2	7,8	6,1	15,4
	Inkomstgrupp 5	52,7	42,3	0,2	8,2	6,9	15,8
	Inkomstgrupp 6	51,4	40,9	0,3	8,1	7,0	16,0
	Inkomstgrupp 7	50,4	40,1	0,3	8,1	7,1	15,8
	Inkomstgrupp 8	50,0	39,2	0,3	7,8	7,1	15,6
	Inkomstgrupp 9	49,1	39,0	0,2	7,6	7,0	15,1
	Inkomstgrupp 10	46,2	36,8	0,3	6,9	7,6	14,8
Utbildning	1. Grundskola	58,7	49,5	0,1	6,9	2,4	8,7
	2. Gymnasium	53,9	44,1	0,3	7,8	5,4	14,2
	3. Eftergymn <3	50,5	40,4	0,2	7,7	7,1	16,0
	4. Eftergymn >=3	46,7	36,5	0,2	7,4	7,7	15,6
Personer med kroniska sjukdomar	Personer med hjärtsvikt	70,6	60,1	0,1	6,9	0,4	2,6
	Personer med KOL	79,2	68,3	0,2	10,5	1,1	5,2
	Personer med astma	64,5	52,8	0,4	12,2	9,3	20,3
	Personer med depression	70,1	59,7	0,5	16,1	7,5	19,6
	Personer med diabetes	80,1	69,1	0,2	10,4	1,5	6,7

Bilaga 2: Andel av befolkningen som gjorde minst ett sjuksköterskebesök 2018 och 2020 i respektive besökstyp. Uppdelat på kön, ålder, födelseland, utbildning, inkomst, och vårdhistorik

		Uppdelat per typ av besök, alla hos sjuksköterska					
		Fysiska besök		Digitala inomlänsbesök		Digitala utomlänsbesök	
		2018	2020	2018	2020	2018	2020
	Befolkningen i stort	16,7	13,7	0,0	0,4	0,0	5,0
Kön	Kvinnor	17,9	14,5	0,0	0,4	0,0	6,2
	Män	15,5	12,8	0,0	0,4		3,8
Åldersgrupp	1. 0–5	9,5	5,8	0,0	0,4		5,8
	2. 6–18	8,4	6,3	0,0	0,2		4,4
	3. 19–25	8,0	6,2	0,0	0,2		13,0
	4. 26–45	9,4	7,8	0,0	0,3	0,0	6,6
	5. 46–64	20,2	17,2	0,0	0,6		3,1
	6. 65+	41,4	34,3	0,0	0,7		0,9
Födelseland	1. Sverige	16,3	13,5	0,0	0,4	0,0	5,1
	2. EU28	18,3	15,0	0,0	0,3		3,4
	3. Utanför EU	17,4	13,9	0,0	0,5		5,2
Inkomst	Inkomstgrupp 1	13,0	10,2	0,0	0,3		4,1
	Inkomstgrupp 2	22,3	17,8	0,0	0,5		4,3
	Inkomstgrupp 3	20,8	17,0	0,0	0,5		5,0
	Inkomstgrupp 4	18,7	15,1	0,0	0,4		5,6
	Inkomstgrupp 5	16,7	13,6	0,0	0,4		5,6
	Inkomstgrupp 6	15,7	12,9	0,0	0,4		5,5
	Inkomstgrupp 7	15,2	12,7	0,0	0,4		5,2
	Inkomstgrupp 8	15,1	12,4	0,0	0,4		5,0
	Inkomstgrupp 9	14,9	12,7	0,0	0,4		4,8
	Inkomstgrupp 10	14,0	12,1	0,0	0,3	0,0	4,5
Utbildning	1. Grundskola	26,6	21,8	0,0	0,5		3,5
	2. Gymnasium	19,3	16,2	0,0	0,5		5,2
	3. Eftergymn <3	15,3	12,8	0,0	0,4		5,7
	4. Eftergymn >=3	12,4	10,2	0,0	0,3	0,0	5,1
Personer med kroniska sjukdomar	Personer med hjärtsvikt	45,0	38,1	0,0	1,0		0,8
	Personer med KOL	53,6	43,9	0,0	2,3		1,6
	Personer med astma	25,3	21,1	0,0	1,2		6,1
	Personer med depression	23,4	19,8	0,0	0,7		7,3
	Personer med diabetes	64,3	53,0	0,0	2,4		2,1

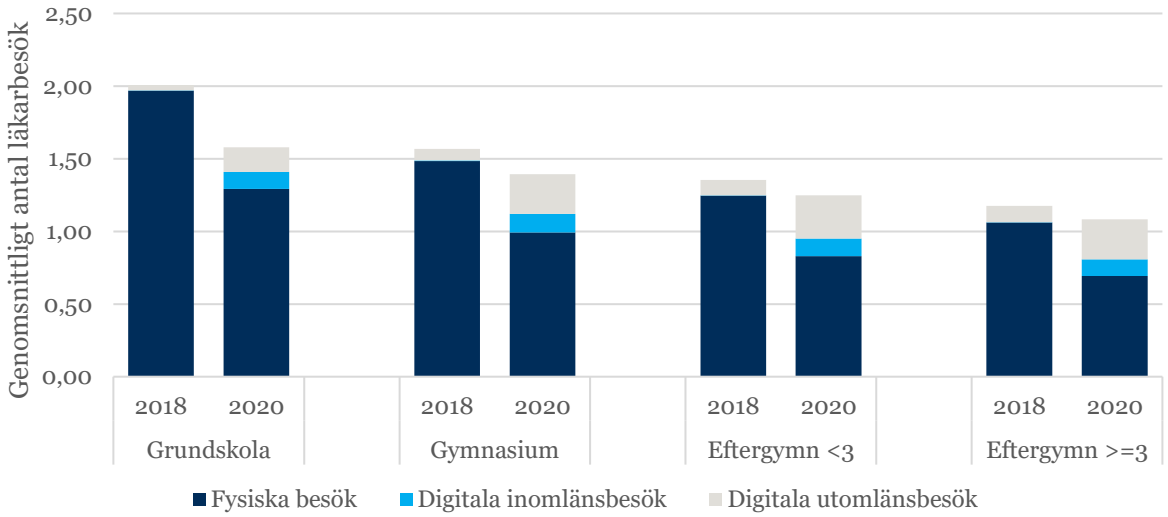
Bilaga 3: Antal läkarbesök per person 2018 respektive 2020 som gjorde minst ett läkarbesök i respektive besökstyp. Uppdelat på kön, ålder, födelseland, utbildning, inkomst, och vårdhistorik

		Uppdelat per typ av besök, alla hos läkare					
		Fysiska besök		Digitala inomlänsbesök		Digitala utomlänsbesök	
		2018	2020	2018	2020	2018	2020
	Befolkningen i stort	2,62	2,14	1,32	1,59	1,47	1,85
Kön	Kvinnor	2,72	2,23	1,34	1,66	1,50	1,93
	Män	2,49	2,04	1,29	1,50	1,43	1,72
Åldersgrupp	1. 0–5	1,98	1,58	1,15	1,25	1,66	1,73
	2. 6–18	1,71	1,57	1,16	1,25	1,44	1,63
	3. 19–25	1,99	1,78	1,23	1,44	1,53	2,17
	4. 26–45	2,26	2,00	1,41	1,64	1,42	1,93
	5. 46–64	2,73	2,35	1,34	1,73	1,31	1,73
	6. 65+	3,77	2,58	1,26	1,56	1,24	1,53
Födelseland	1. Sverige	2,53	2,03	1,30	1,55	1,48	1,84
	2. EU28	2,90	2,29	1,39	1,61	1,37	1,83
	3. Utanför EU	2,87	2,51	1,47	1,74	1,44	1,90
Inkomst	Inkomstgrupp 1	2,60	2,25	1,32	1,63	1,55	1,97
	Inkomstgrupp2	3,12	2,48	1,37	1,68	1,56	1,93
	Inkomstgrupp 3	2,96	2,34	1,35	1,66	1,51	1,92
	Inkomstgrupp 4	2,82	2,22	1,37	1,65	1,51	1,90
	Inkomstgrupp 5	2,61	2,14	1,26	1,63	1,48	1,87
	Inkomstgrupp 6	2,48	2,07	1,34	1,59	1,46	1,84
	Inkomstgrupp 7	2,40	2,01	1,32	1,56	1,44	1,81
	Inkomstgrupp 8	2,36	1,97	1,30	1,56	1,43	1,77
	Inkomstgrupp 9	2,30	1,91	1,24	1,51	1,42	1,76
	Inkomstgrupp 10	2,31	1,90	1,32	1,45	1,43	1,73
Utbildning	1. Grundskola	3,35	2,61	1,39	1,72	1,49	1,94
	2. Gymnasium	2,75	2,25	1,34	1,64	1,48	1,92
	3. Eftergymn <3	2,47	2,05	1,32	1,57	1,49	1,86
	4. Eftergymn >=3	2,27	1,90	1,28	1,53	1,45	1,77
Personer med kroniska sjukdomar	Personer med hjärtsvikt	7,11	3,44	1,28	1,76	1,47	1,68
	Personer med KOL	4,56	3,07	1,54	1,84	1,49	1,77
	Personer med astma	3,02	2,43	1,31	1,74	1,57	2,05
	Personer med depression	3,38	2,71	1,55	1,88	1,61	2,19
	Personer med diabetes	3,90	2,79	1,55	1,78	1,46	1,78

Bilaga 4: Antal sjuksköterskebesök per person 2018 respektive 2020 som gjorde minst ett sjuksköterskebesök i respektive besökstyp. Uppdelat på kön, ålder, födelseland, utbildning, inkomst, och vårdhistorik

		Uppdelat per typ av besök, alla hos sjuksköterska					
		Fysiska besök		Digitala inomlänsbesök		Digitala utomlänsbesök	
		2018	2020	2018	2020	2018	2020
	Befolkningen i stort	2,48	2,34	1,61	1,31	1,00	1,37
Kön	Kvinnor	2,43	2,24	1,84	1,31	1,00	1,43
	Män	2,54	2,45	1,38	1,30		1,27
Åldersgrupp	1. 0–5	1,30	1,26	1,00	1,47		1,23
	2. 6–18	1,44	1,41	1,00	1,12		1,30
	3. 19–25	1,61	1,63	1,00	1,19		1,63
	4. 26–45	1,77	1,79	2,50	1,26	1,00	1,35
	5. 46–64	2,42	2,30	1,52	1,31		1,22
	6. 65+	3,26	2,92	1,57	1,36		1,20
Födelseland	1. Sverige	2,50	2,37	1,73	1,30	1,00	1,37
	2. EU28	2,69	2,46	1,00	1,29		1,34
	3. Utanför EU	2,30	2,17	1,00	1,34		1,38
Inkomst	Inkomstgrupp 1	2,31	2,24	1,00	1,31		1,47
	Inkomstgrupp2	3,00	2,73	1,00	1,36		1,42
	Inkomstgrupp 3	2,83	2,65	1,00	1,33		1,41
	Inkomstgrupp 4	2,63	2,40	1,60	1,32		1,39
	Inkomstgrupp 5	2,39	2,28	3,00	1,32		1,37
	Inkomstgrupp 6	2,27	2,20	1,00	1,33		1,36
	Inkomstgrupp 7	2,24	2,12	1,00	1,25		1,35
	Inkomstgrupp 8	2,18	2,15	1,00	1,27		1,32
	Inkomstgrupp 9	2,22	2,07	3,00	1,25		1,31
	Inkomstgrupp 10	2,25	2,20	1,50	1,28	1,00	1,28
Utbildning	1. Grundskola	3,04	2,76	1,00	1,33		1,43
	2. Gymnasium	2,58	2,45	1,61	1,32		1,40
	3. Eftergymn <3	2,27	2,18	1,89	1,29		1,38
	4. Eftergymn >=3	2,12	2,04	1,62	1,28	1,00	1,32
Personer med kroniska sjukdomar	Personer med hjärtsvikt	4,76	4,29	2,00	1,52		1,43
	Personer med KOL	3,62	3,26	2,00	1,30		1,33
	Personer med astma	2,48	2,32	3,00	1,21		1,37
	Personer med depression	2,67	2,49	1,00	1,40		1,47
	Personer med diabetes	3,34	2,99	1,59	1,43		1,30

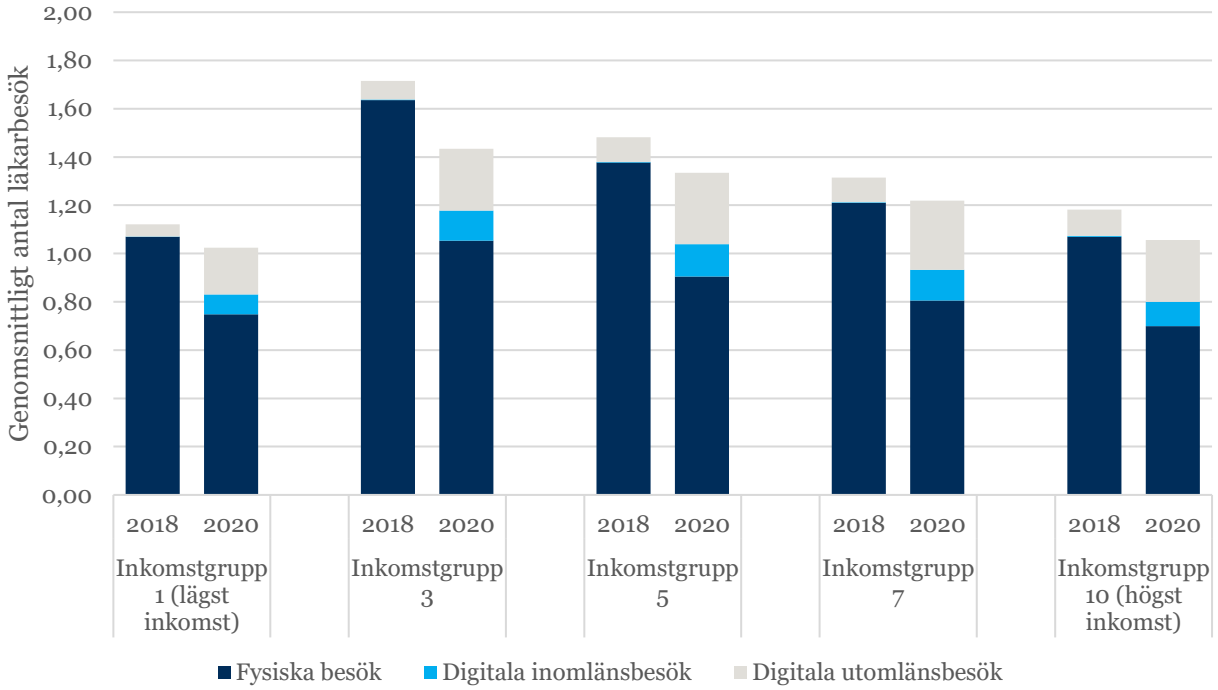
Bilaga 5: Antal besök per person, per utbildningsgrupp, besökstyp och år, oviktade värden



Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
Grundskola	2,01	1,58	-0,43	-21,2	1,97	1,29	-0,68	-34,4	0,00	0,12	0,12	5908	0,04	0,17	0,13	377,0
Gymnasium	1,57	1,39	-0,17	-11,2	1,48	0,99	-0,49	-33,1	0,00	0,13	0,12	3513	0,08	0,27	0,19	240,5
Eftergymn <3	1,35	1,25	-0,11	-7,8	1,25	0,83	-0,42	-33,4	0,00	0,12	0,12	3677	0,11	0,30	0,19	182,6
Eftergymn >=3	1,18	1,08	-0,09	-7,9	1,06	0,69	-0,37	-34,6	0,00	0,11	0,11	3743	0,11	0,28	0,16	147,2
Sjuksköterskebesök																
Grundskola	0,81	0,66	-0,15	-18,5	0,81	0,60	-0,21	-25,5		0,01				0,05		
Gymnasium	0,50	0,47	-0,02	-5,0	0,50	0,40	-0,10	-20,7		0,01				0,07		
Eftergymn <3	0,35	0,36	0,01	4,0	0,35	0,28	-0,07	-19,8		0,01				0,08		
Eftergymn >=3	0,26	0,28	0,02	6,2	0,26	0,21	-0,05	-20,9		0,00				0,07		

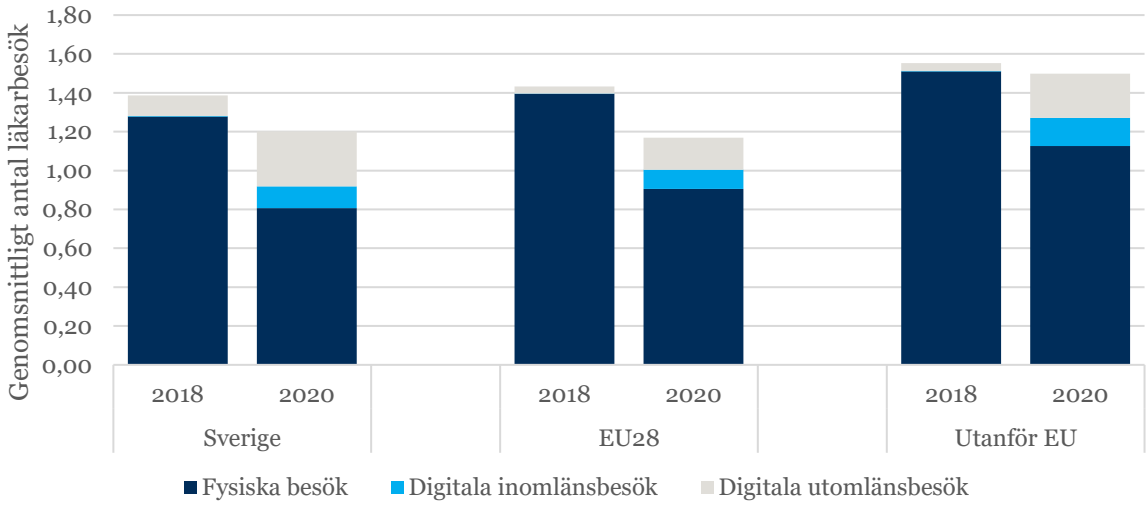
Bilaga 6: Antal besök per person, per inkomstgrupp, besökstyp och år, oviktade värden



Antal besök per person och år, genomsnitt

	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
1 (lägst inkomst)	1,12	1,02	-0,10	-8,6	1,07	0,75	-0,32	-30,1	0,00	0,08	0,08	5575	0,05	0,19	0,14	290,4
2	1,80	1,47	-0,33	-18,5	1,74	1,14	-0,60	-34,6	0,00	0,12	0,11	5397	0,06	0,21	0,15	257,6
3	1,72	1,43	-0,28	-16,4	1,64	1,05	-0,58	-35,5	0,00	0,12	0,12	4527	0,08	0,26	0,18	229,5
4	1,63	1,39	-0,23	-14,3	1,53	0,97	-0,56	-36,5	0,00	0,13	0,13	3819	0,09	0,29	0,20	214,3
5	1,48	1,33	-0,15	-10,0	1,38	0,91	-0,47	-34,3	0,00	0,13	0,13	4200	0,10	0,30	0,19	190,9
6	1,38	1,27	-0,11	-8,1	1,28	0,85	-0,43	-33,6	0,00	0,13	0,12	3308	0,10	0,29	0,19	187,8
7	1,31	1,22	-0,10	-7,3	1,21	0,81	-0,40	-33,4	0,00	0,13	0,12	3674	0,10	0,29	0,19	182,5
8	1,28	1,17	-0,11	-8,8	1,18	0,77	-0,41	-34,5	0,00	0,12	0,12	3314	0,10	0,28	0,18	173,7
9	1,23	1,13	-0,11	-8,7	1,13	0,75	-0,38	-34,0	0,00	0,12	0,11	3641	0,10	0,26	0,17	167,0
10 (högst inkomst)	1,18	1,06	-0,13	-10,7	1,07	0,70	-0,37	-34,6	0,00	0,10	0,10	2492	0,11	0,26	0,15	135,7
Sjuksköterskebesök																
1 (lägst inkomst)	0,30	0,29	-0,01	-3,0	0,30	0,23	-0,07	-24,5		0,00				0,06		
2	0,67	0,55	-0,12	-17,3	0,67	0,49	-0,18	-27,5		0,01				0,06		
3	0,59	0,53	-0,06	-10,4	0,59	0,45	-0,14	-23,3		0,01				0,07		
4	0,49	0,45	-0,04	-9,0	0,49	0,36	-0,13	-26,0		0,01				0,08		
5	0,40	0,39	-0,01	-1,3	0,40	0,31	-0,09	-22,0		0,01				0,08		
6	0,36	0,36	0,01	1,9	0,36	0,28	-0,07	-20,5		0,01				0,07		
7	0,34	0,34	0,00	1,2	0,34	0,27	-0,07	-21,0		0,00				0,07		
8	0,33	0,34	0,01	2,6	0,33	0,27	-0,06	-19,0		0,00				0,07		
9	0,33	0,33	0,00	-0,4	0,33	0,26	-0,07	-20,7		0,00				0,06		
10 (högst inkomst)	0,32	0,33	0,01	4,3	0,32	0,27	-0,05	-15,5		0,00				0,06		

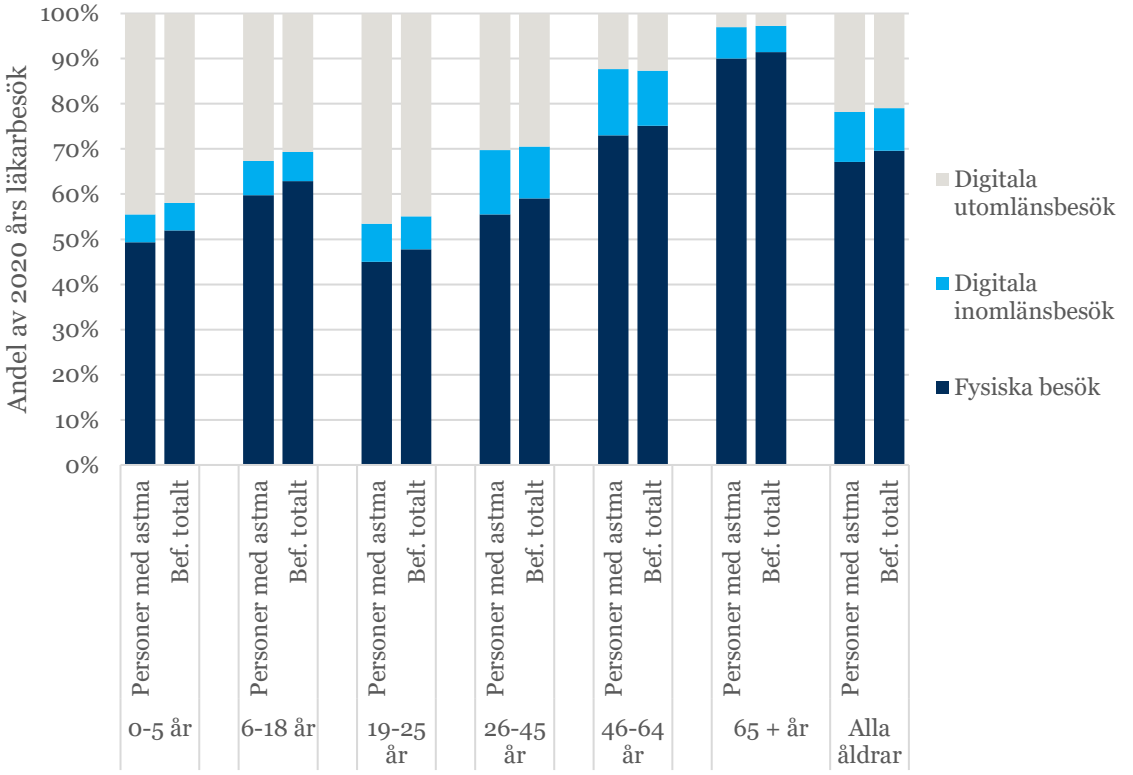
Bilaga 7: Antal besök per person, per födelselandgrupp, besökstyp och år, oviktade värden

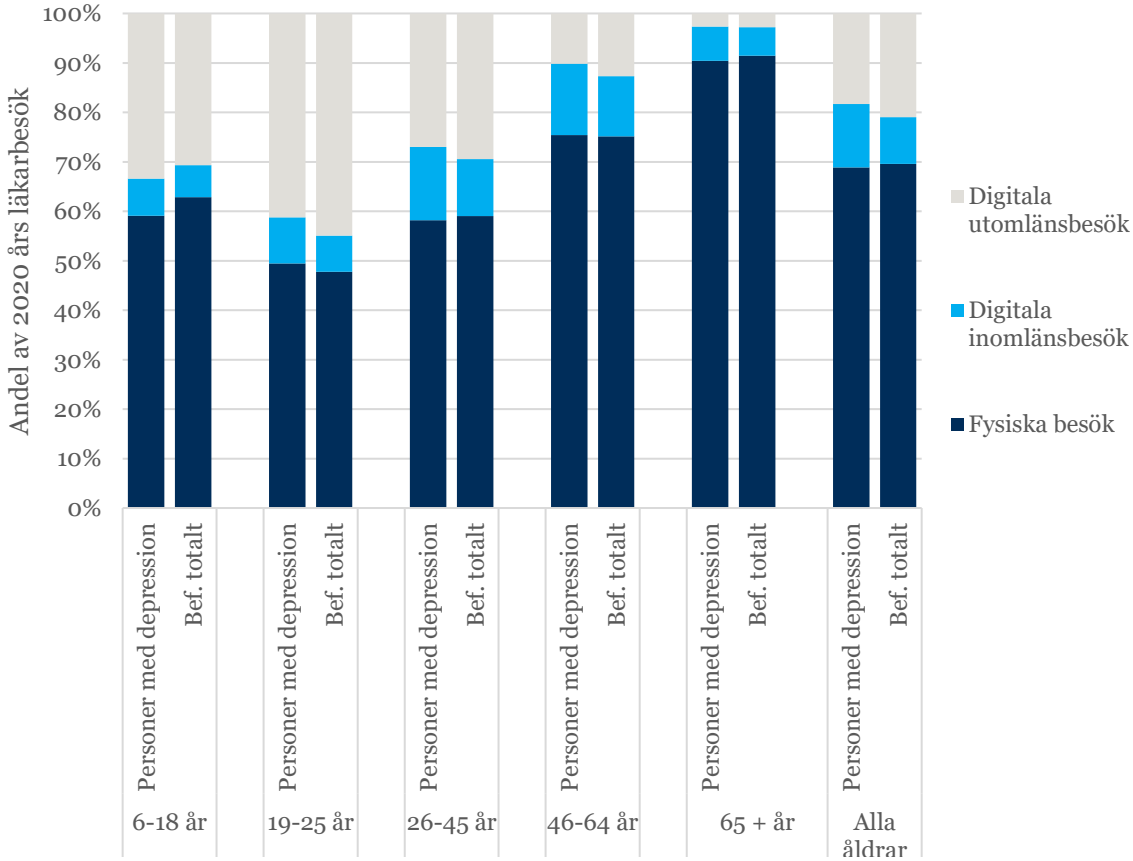


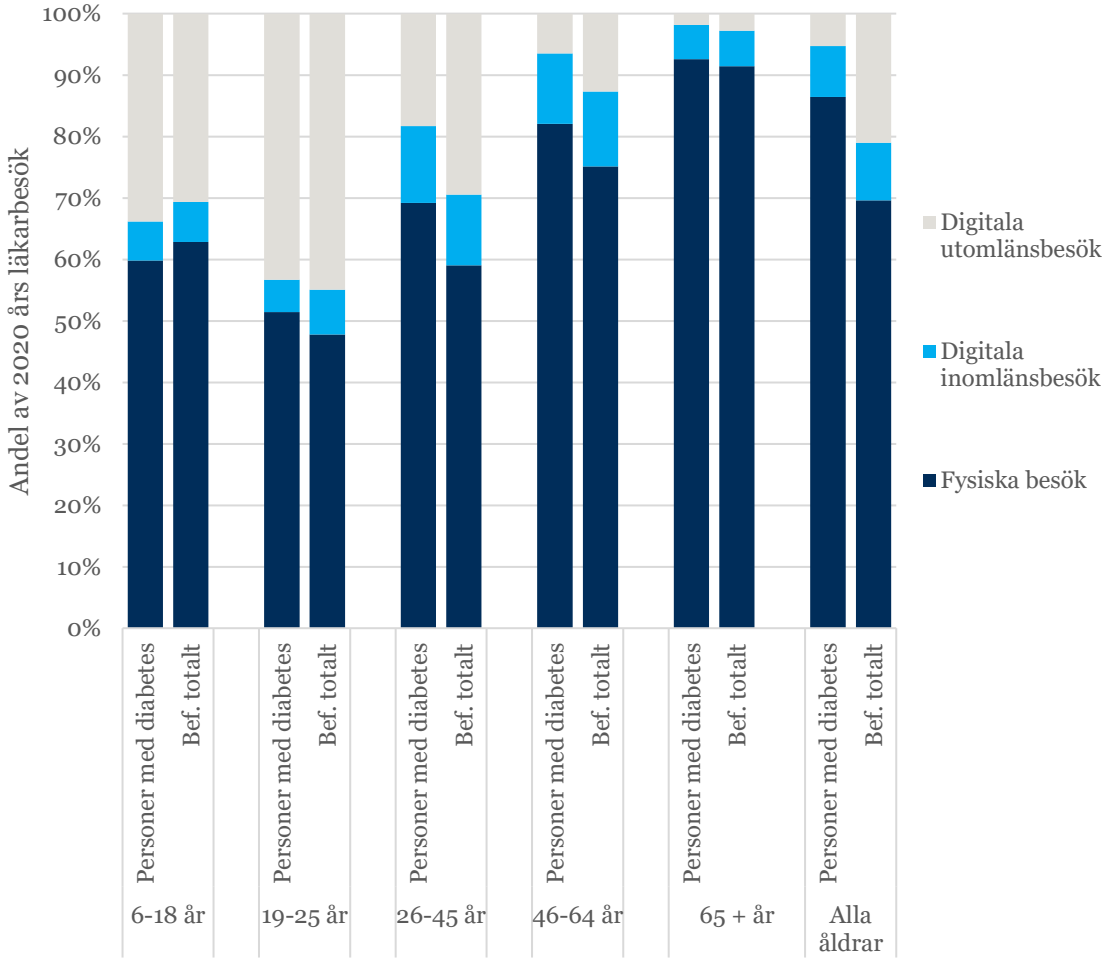
Antal besök per person och år, genomsnitt

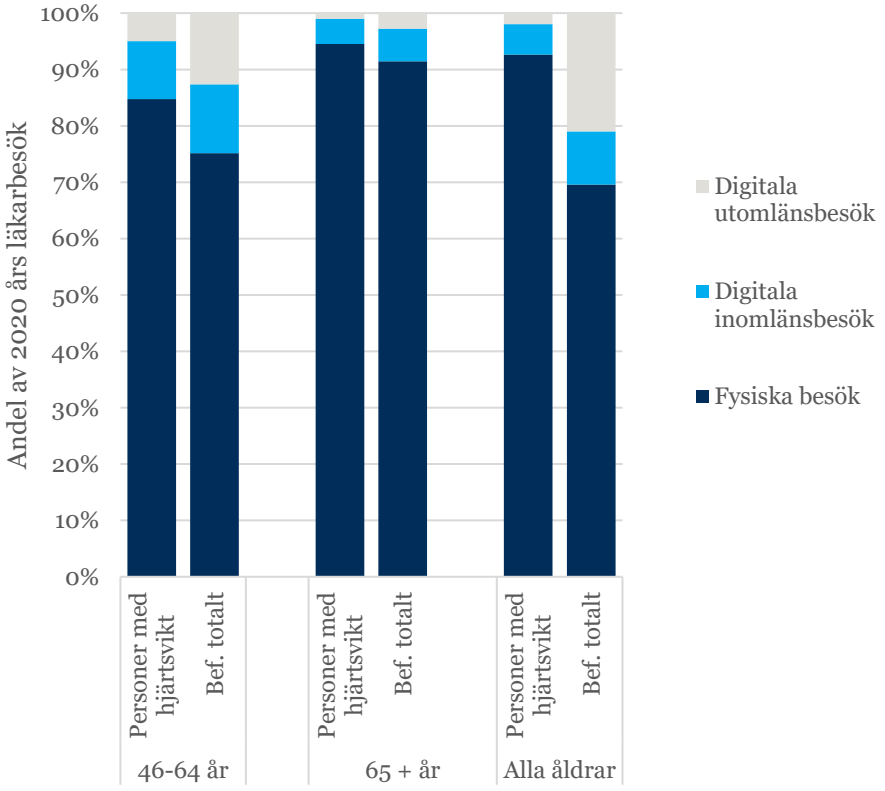
	Totalt				Uppdelat per typ av besök											
					Fysiska besök				Digitala inomlänsbesök				Digitala utomlänsbesök			
	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %	2018	2020	Diff	Diff %
Läkarbesök																
Sverige	1,39	1,20	-0,18	-13,3	1,28	0,81	-0,47	-36,8	0,00	0,11	0,11	3219	0,11	0,28	0,18	167,0
EU28	1,43	1,17	-0,26	-18,4	1,39	0,90	-0,49	-35,1	0,00	0,10	0,10	5720	0,04	0,17	0,13	352,2
Utanför EU	1,55	1,50	-0,05	-3,5	1,51	1,13	-0,38	-25,5	0,00	0,15	0,14	7619	0,04	0,23	0,19	466,8
Sjuksköterskebesök																
Sverige	0,41	0,39	-0,02	-3,8	0,41	0,32	-0,09	-22,0		0,00				0,07		
EU28	0,49	0,42	-0,08	-15,3	0,49	0,37	-0,13	-25,4		0,00				0,05		
Utanför EU	0,40	0,38	-0,02	-4,5	0,40	0,30	-0,10	-24,3		0,01				0,07		

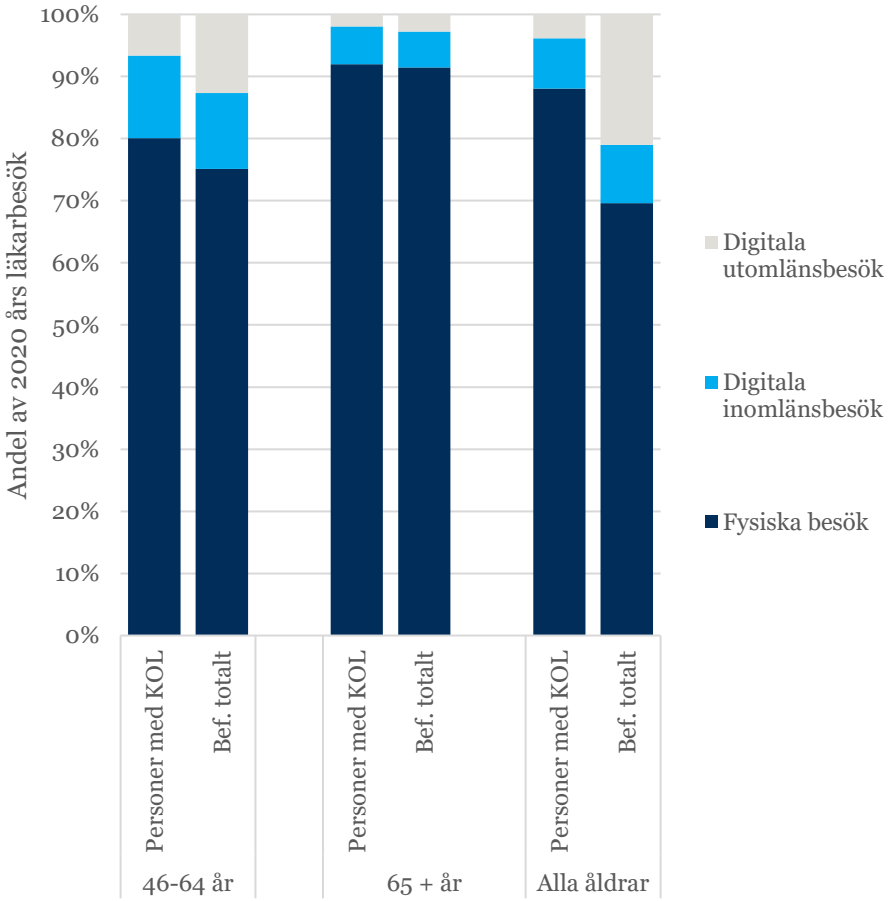
Bilaga 8. Andel av läkarbesöken år 2020 inom olika besökstyper för individer med olika kroniska diagnoser och befolkningen, uppdelat på åldersgrupper






Andel av 2020 års läkarbesök
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Personer med diabetes
Bef. totalt
6-18 år
19-25 år
26-45 år
46-64 år
65 + år
Alla åldrar
Digitala utomlänsbesök
Digitala inomlänsbesök
Fysiska besök


Andel av 2020 års läkarbesök
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Personer med hjärtsvikt
Bef. totalt
46-64 år
65 + år
Alla åldrar
Digitala utomlänsbesök
Digitala inomlänsbesök
Fysiska besök


Andel av 2020 års läkarbesök
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Personer med KOL
Bef. totalt
Personer med KOL
Bef. totalt
Personer med KOL
Bef. totalt
46-64 år
65 + år
Alla åldrar
Digitala utomlänsbesök
Digitala inomlänsbesök
Fysiska besök

Bilaga 9: Relativa nettoförändringar i antal läkarbesök mellan 2018 och 2020 för personer med olika kroniska diagnoser jämfört med totalbefolkningen, per åldersgrupp

	0–5 år	6–18 år	19–25 år	26–45 år	46–64 år	65+ år	Alla åldrar
Personer med astma	-14%	-5%	31%	14%	-6%	-37%	-9%
Personer med depression		3%	19%	7%	-6%	-33%	-6%
Personer med diabetes		3%	31%	2%	-12%	-40%	-29%
Personer med hjärtsvikt					-36%	-58%	-55%
Personer med KOL					-13%	-41%	-35%
Befolkningen totalt	**-24%**	**-5%**	**26%**	**9%**	**-7%**	**-38%**	**-12%**

Grön färg indikerar mindre nettominskningar eller större nettoökningar än totalbefolkningen i samma åldersgrupp. Röd färg indikerar större nettominskningar eller mindre nettoökningar än totalbefolkningen i samma åldersgrupp. Värden som är mycket nära befolkningens är gulmarkerade.

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning
REGION STOCKHOLM

Region Stockholm

HSN 2022-04-05

Vänsterpartiet **SKRIVELSE**

Skrivelse av Jonas Lindberg angående hur många av patienterna som sökt fysisk vårdkontakt på husläkarmottagning år 2021 som inom tre veckor kommer på nytt fysiskt besök

Tidigare i år lade vi från Vänsterpartiet en skrivelse där vi efterfrågade en rapport över hur många av de som haft ett digitalt besök hos Kry och doktor.se under åren 2020 och 2021, som inom tre veckor efter det digitala besöket också gjort ett fysiskt besök hos en husläkarmottagning, närakut eller akutmottagning.

Detta för att bringa klarhet i hur mycket de så kallade vårdvalsaktörerna genom digitala besök egentligen avlastar vårdmottagningarna eller ersätter de fysiska vårdbesöken. Att frågan är komplex eller något svår att mäta betyder inte att vi inte ska utreda och försöka förstå hur de digitala besöken kan underlätta eller försvåra för den fysiska vården. Ett sätt att börja är att jämföra återbesök till fysisk vårdmottagning efter digital respektive fysiskt vårdkontakt. Det kan ge oss en första övergripande bild av läget, och vara en fingervisning om vad som sedan bör följas upp och studeras mer djupgående.

Regionen ersätter idag också ett digitalt besök hos en vårdgivare på samma sätt som ett fysiskt besök – i stället för att detta skulle bakas in i kapiteringsersättningen. Tiotals miljoner har därför betalats ut till t.ex. KRY:s mottagningar på Sibyllegatan under år 2021.

Det är därför i allas intresse att regionens resurser används där de faktiskt gör nytta och inte där de genererar mest vinst, eller där man helt enkelt hoppas på att de gör nytta. Att granska och redovisa vilken effekt de stora vårdvalsbolagens digitala besök har för medborgarna och de fysiska mottagningarnas verksamhet är nödvändigt för att på ett ansvarsfullt sätt se till att resurserna hamnar där de ska.

Med anledning av detta yrkar jag

Att Hälso- och sjukvårdsdirektören återkommer till hälso- och sjukvårdsnämnden med en rapport/sammanställning av hur många patienterna som sökt vård på husläkarmottagning fysiskt 2021 som inom tre veckor kommer på nytt fysiskt besök på husläkarmottagning, akutmottagning och närakut inom tre veckor.

Jonas Lindberg

Vänsterpartiet