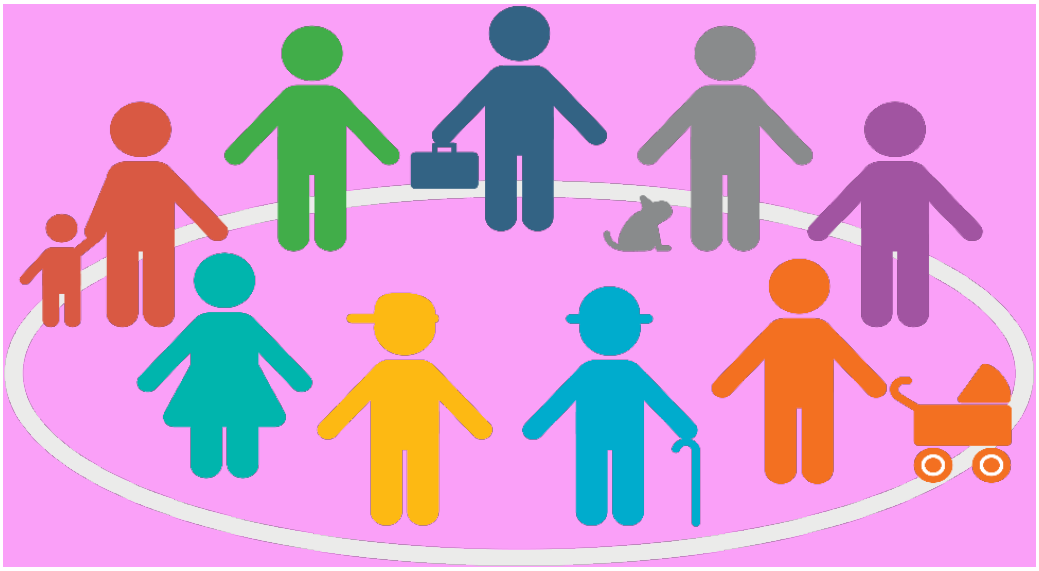
JÖNKÖPING UNIVERSITY
*School of Health and Welfare*

# Hur klickar vi med vården?

– En vetenskaplig studie av digitala och fysiska vårdkontakter utifrån användarmönster och patienters erfarenheter av primärvård

Felicia Gabrielsson-Järhult
Yashar Mahmud
Sofi Fristedt
Sofia Kjellström
Ingemar "Pingo" Kåreholt



Jönköping University
School of Health and Welfare
Working Paper No. 03 – 2023

**Referera gärna till rapporten:**

Gabrielsson-Järhult F., Mahmud Y., Fristedt S., Kjellström S., Kåreholt I. (2023) *Hur klickar vi med vården? En vetenskaplig studie av digitala och fysiska vårdkontakter utifrån användarmönster och patienters erfarenheter av primärvård.* Working Paper 03-2023, School of Health and Welfare, Jönköping University.

Önskar du ladda ner en pdf av hela rapporten eller en pdf av den populärvetenskapliga sammanfattningen kan du göra det här:
https://ju.se/center/ja/om-oss/hander-pa-ja/startsida-puffarkiv-handelser/2023-10-22-sa-anvands-och-upplevs-primarvarden.html

# Innehållsförteckning


Presentation av författarna ..... 9
Tack alla för hjälpen! ..... 10
Referensgruppen ..... 10
Övriga personer som bidragit under arbetet ..... 10
Populärvetenskaplig sammanfattning av rapporten ..... 11
Förklaring av begrepp som förekommer i rapporten, se sid 21 nedan ..... 11
Rapporten i korthet ..... 11
Sammanfattande slutsatser ..... 11
Vilka är primärvårdens ”kunder”? ..... 11
Vilka förväntningar har patienterna på vården? ..... 12
Hur använder patienterna vården? ..... 12
Tankar om dataregistrering för patientens bästa och möjlighet till forskning ..... 13
Bakgrund och uppdrag ..... 13
Projektet ”Hur klickar vi med vården?” ..... 14
Patienters användarmönster 2020-2022 – analys av registerdata ..... 14
Personer som söker vård är inte lika otåliga som det påstås ..... 14
Äldre är en mindre belastning än väntat i regional primärvård ..... 15
Mycket få är storkonsumenter i den regionala primärvården ..... 15
Regionerna har olika vårdmönster ..... 15
Registrering av primärvårdsdata har olika täckningsgrad i regionerna ..... 16
Patienters erfarenheter av kontakt med primärvård – kvalitativa intervjuer ..... 16
Resultat från kvalitativa intervjuer med patienter ..... 17
Grafiska symboler för teman ..... 17
Personas skapade av data från intervjuer med patienter ..... 17
Multisjuk ”äldre-äldre” – Esther 87 år. ..... 18
Kvinna i kläm mellan krav från äldre och yngre generationer – Monika 50+ ..... 18
Ung student – Kim 22 år ..... 18
Småbarnsfamilj – Linda 32 år & Thomas 35 år, 2 barn: 1½ och 4 år. ..... 19
Pigg pensionär – Sven 72 år ..... 19
Ung vuxen med psykisk ohälsa – Charlie 27 år ..... 19
Invandrarkvinna med många vårdkontakter – Samira 48 år ..... 20
Yrkesverksam med krävande arbete – Kennet 48 år ..... 20
Förklaring av begrepp som förekommer i rapporten ..... 21
”Hur klickar vi med vården?” – VETENSKAPLIG RAPPORT, startar här ..... 23
Inledning ..... 23
Rapportens fyra delar ..... 24
Avgränsningar för projektet ..... 24
Bakgrund ..... 25
Definition av primärvård ..... 27
Primärvårdens grunduppdrag ..... 27
Vårdprocesser och kontaktvägar ..... 28
Figur 1. En översiktsbild över några möjliga vårdprocesser och kontaktvägar ..... 29

Etik ..... 30
Delstudie 1, kvalitativa intervjuer med patienter ..... 31
Syfte och vetenskapliga frågeställningar ..... 31
Kvalitativa intervjuer, metod och material ..... 31
Datainsamling ..... 31
Urval av intervjupersoner ..... 32
Intervjuernas genomförande ..... 33
Tematisk analys av intervjutext ..... 33
Resultat kvalitativa intervjuer med patienter ..... 35
Introduktion om hur intervjustudien med patienter är genomförd ..... 35
Vilka är de, intervjupersonerna, människorna som har kontakt med primärvården? ..... 35
Resultat från intervjuer ..... 36
Figur 2. Grafiska symboler för teman ..... 36
Tema 1. Tillgänglighet ..... 36
Val av kontaktsätt utifrån tillgänglighet ..... 37
Olika tillgänglighet i olika delar av landet ..... 38
Speciella förutsättningar vid kontakt med vården ..... 38
Kontakt med vården under covid-pandemin ..... 39
Tema 2. Digital kompetens ..... 40
Motiv för valet att kontakta vården digitalt eller fysiskt ..... 40
Teknisk kunskap möjliggör val av digitala tjänster ..... 40
IT kompetens och teknik vana – en generationsfråga ..... 40
IT- säkerhet ..... 41
Utvecklingsmöjligheter för digitala tjänster ..... 41
Tema 3. Kontinuitet & uppföljning ..... 42
God relation ger medicinsk trygghet ..... 42
Brist på kontinuitet leder till frustration och känsla av utsatthet ..... 43
Önskar uppföljning ..... 43
Tema 4. Trygghet, tillit & professionellt bemötande ..... 44
Trygghet och tillit ..... 44
Delad information underlättar ..... 45
När förtroendet brister ..... 45
Tema 5. Gemensamt ansvar för hälsan & jämlikhet ..... 46
Ansvar för sin hälsa i dialog med vården ..... 46
Delat ansvar för uppföljning ..... 46
Jämlikhet och jämställdhet utifrån att göra sin röst hörd ..... 47
Språkkunskapers inverkan vid vårdkontakter ..... 47
Tema 6. Hållbarhet & medvetenhet om resurser ..... 48
Resursanvändning ..... 48
Privata vårdgivare och digitala vårdtjänster ..... 48
Personas ..... 48
Multisjuk ”äldre-äldre” - Esther 87 år. ..... 49
Kvinna i kläm mellan krav från äldre och yngre generationer - Monika 50+ ..... 49
Ung student – Kim 22 år ..... 50

Småbarnsfamilj - Linda 32 år & Thomas 35 år, 2 barn: 1½ och 4 år ..... 50
Ung vuxen med psykisk ohälsa - Charlie 27 år ..... 50
Invandrarkvinna med många vårdkontakter – Samira 48 år ..... 51
Pigg pensionär – Sven 72 år ..... 51
Yrkesverksam med krävande arbete – Kennet 48 år ..... 51
Diskussion till delstudie 1, kvalitativa intervjuer ..... 52
Tillgänglighet ..... 52
Patienters upplevelser av information och marknadsföring om vårdtjänster ..... 52
Nya arbetssätt – erfarenheter av att använda digitala tjänster ..... 53
Digital kompetens ..... 53
Gemensamt ansvar för hälsan & jämlikhet; vikten av kontinuitet & uppföljning ..... 54
Hållbarhet och medvetenhet om resurser ..... 55
Personas som ett användarvänligt redskap vid vårdutveckling ..... 56
Personas Linda & Thomas – småbarnsfamiljen ..... 56
Persona Monika 50+ kvinnan i kläm mellan krav från yngre och äldre generationer ..... 57
Metoddiskussion kvalitativa intervjuer ..... 57
Delstudie 2, analys av kvantitativa registerdata ..... 59
Syfte och vetenskapliga frågeställningar ..... 59
Frågeställningar ..... 59
Population ..... 59
SCB:s sammanställning av data ..... 60
Variabler ..... 61
Beroende variabler – vårdkonsumtion och diagnoser ..... 61
Oberoende variabler—demografi och socioekonomi ..... 63
Beskrivning av övriga verksamheter som bidragit med aggregerade data om vårdkontakter ..... 64
Kvantitativa resultat ..... 65
Olika typer av primärvårdskontakter ..... 66
Förändring över tid i typ av primärvårdskontakter ..... 67
Typ av primärvårdskontakter i olika åldersgrupper ..... 68
Antal primärvårdskontakter per dag ..... 68
Antal primärvårdskontakter som ingick i ett kontaktmönster ..... 69
Brådskandegrad enligt 1177 sjukvårdsrådgivning i förhållande till akutbesök senast dagen efter, Region Jönköpings län ..... 71
Diagnoser ..... 71
Diagnoser i förhållande till antal kontakter per dag ..... 72
Diagnoser i förhållande till antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster ..... 72
Tabeller och figurer till den kvantitativa delen, delstudie 2 ..... 73
Tabell 1. Beskrivning av datamaterial och populationen januari 2020 – december 2022 ..... 73
Tabell 2. Antal dagar sedan förra primärvårdskontakten med samma diagnosgrupp ..... 74
Tabell 3. Beskrivning av studiepopulationerna januari 2020 – december 2022 ..... 75
Tabell 4. Olika typer av primärvårdskontakter januari 2020 – december 2022 ..... 76

Tabell 5. Distanskontakter registrerade hos Visiba Care, för Region Jönköpings län, januari 2020 – december 2022 ..... 77
Figur 3. Fördelning av olika typ av primärvårdskontakter i Region Jönköpings län, januari 2020 – december 2022 ..... 78
Figur 4. Fördelning av olika typ av primärvårdskontakter i Region Sörmland, januari 2020 – december 2022 ..... 79
Tabell 6. Fördelningen typ av primärvårdskontakter i olika åldersgrupper ..... 80
Tabell 7. Antal primärvårdskontakter per dag (inklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Jönköpings län ..... 81
Tabell 8. Antal primärvårdskontakter per dag (exklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Sörmland ..... 83
Figur 5. Färgkodning till tabell 9 och 10 ..... 85
Tabell 9. Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster (inklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Jönköpings län ..... 86
Tabell 10. Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster (exklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Sörmland ..... 88
Tabell 11. Brådskandegrad enlig 1177 sjukvårdsrådgivning i förhållande till akutbesök senast dagen efter, Region Jönköpings län ..... 90
Tabell 12. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter per dag, Region Jönköpings län ..... 91
Tabell 13. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter per dag, Region Sörmland ..... 92
Tabell 14. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster, Region Jönköpings län ..... 93
Tabell 15. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster, Region Sörmland ..... 94
Diskussion till delstudie 2, analys av kvantitativa registerdata ..... 95
Resultatdiskussion ..... 95
Primärvårdskontakternas fördelning i olika grupper ..... 95
Primärvårdskontakternas fördelning mellan olika kategorier av vårdgivare, kontaktformer och yrkeskategorier ..... 96
Förändring över tid i typ av primärvårdskontakter ..... 97
Typ av primärvårdskontakter i olika åldersgrupper ..... 98
Mer än tre primärvårdskontakter per dag ..... 98
Antal primärvårdskontakter som ingick i ett kontaktmönster ..... 99
Diagnoser ..... 101
Diagnoser i förhållande till antal kontakter per dag och per kontaktmönster ..... 101
Metoddiskussion kvantitativa resultat ..... 102
Del 3, processen att få access till valida kvantitativa data ..... 105
De privata vårdgivarnas roll i kunskapsutvecklingen ..... 106

Förbättringsförslag för att stärka kommande forskning ..... 107
Del 4, omvärldsspaning – digitalisering inom vården 2023 ..... 109
Hur har omvärldsspaningen gått till? ..... 109
Inspirerande verksamheter som infört digitaliserade arbetssätt ..... 109
”Mitt val - mitt stöd” – appen för dig som har behov av att bryta ett drogberoende ..... 110
Den digifysiska vårdcentralen Teleborg – från idé till lansering på 6 månader ..... 111
Dagkirurgi i Bollnäs informerar och ger patienter stöd via asynkron chatt ..... 112
Chatt med patienter under planering och förberedelse av operation ..... 113
Chatt som startar på operationsdagen som uppföljning och stöd efter operation ..... 113
Otänkbart är möjligt: från prat till chatt – om skillnaden mellan digital och digitaliserad vård ..... 113
Skillnaden mellan digital och digitaliserad vård ..... 114
Vårdcentralerna Bra Liv: Primärvården som samarbetar och tar hjälp av äldreambassadörer ..... 114
Folktandvården i Örebro som erbjuder barn och vuxna patienter digitala möten ..... 115
Kort om andra verksamheter och professioner som arbetar med digitala vårdtjänster ..... 115
Egenmonitorering med stöd av sjuksköterska eller läkare på distans ..... 116
Sammanfattning ..... 116
Drivkrafter och motiv till digitaliserade arbetssätt ..... 116
Kunskap om förändring ..... 116
Slutsatser ..... 118
Vilka är primärvårdens ”kunder”? ..... 118
Vilka förväntningar har patienterna på vården? ..... 118
Hur använder patienterna vården? ..... 119
Tankar om dataregistrering för patientens bästa och möjlighet till forskning ..... 120
Förslag på framtida forskning ..... 120
Referenser ..... 121
Bilagor ..... 127
Tabellbilaga ..... 127
Tabell 16, bilaga. Totala antalet kontakter januari 2020-december 2022 för helt privata digitala vårdgivare, sammanlagt för Region Jönköpings län och Region Sörmland sammanslaget ..... 127
Tabell 17, bilaga. Totala antalet kontakter 2020-2022 för olika vårdgivare, Region Jönköpings län ..... 128
Tabell 18, bilaga. Totala antalet kontakter 20202-2022 för olika vårdgivare, Region Sörmland ..... 129
Tabell 19, bilaga. Antal kontakter, jämförelse mellan nya data från Region Sörmlands register uthämtad 23-08-11 och kontakter från ”vår” data som lämnades tidigare från regionen ..... 130
Tabell 20, bilaga. Pearson korrelationer ($r_{xy}$) mellan fördelningen av olika typer av primärvårdskontakter (n=36) ..... 131
Tabell 21, bilaga. Pearson korrelationer ($r_{xy}$) mellan antalet primärvårdskontakter av olika slag (n=36) ..... 132
Figurbilaga ..... 133

Figur 6. Andel folkbokförda i Region Jönköpings län som haft en vårdkontakt med privata helt digitala vårdgivare 2019-01-01 – 2023-10-13 ..... 133
Figur 7. Andel folkbokförda i Region Sörmland som haft en vårdkontakt med privata helt digitala vårdgivare 2019-01-01 – 2023-08-25 ..... 134
Bilaga 1. Projektets uppdragsbeskrivning och referensgrupp ..... 135
Uppdragsgivare ..... 135
Utförare - forskningsprojektgrupp ..... 135
Forskargruppens kompetens och ansvarsområde ..... 135
Referensgruppens arbete ..... 135
Referensgruppen ..... 136
Rådgivande personer, SKR ..... 136
Rådgivande personer, vårdföretag ..... 136
Samarbetspartners/kompetens i Region Sörmland ..... 136
Samarbetspartners/kompetens i Region Jönköpings län ..... 136
Bilaga 2. Information från SCB:s leveransrapport ..... 137
Ändrade personnummer ..... 137
Återanvända personnummer ..... 137
Felaktiga personnummer ..... 137
Bilaga 3. Forskningsetisk information till intervjudeltagare ..... 138
Bilaga 4. Bakgrundsdata för intervjudeltagare ..... 139
Bilaga 5. Intervjuguide ..... 140

# Presentation av författarna

Forskargruppen är hemmavarande vid Hälsohögskolan, The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare (JA) och Institutet för gerontologi (IFG) vid Jönköping University.

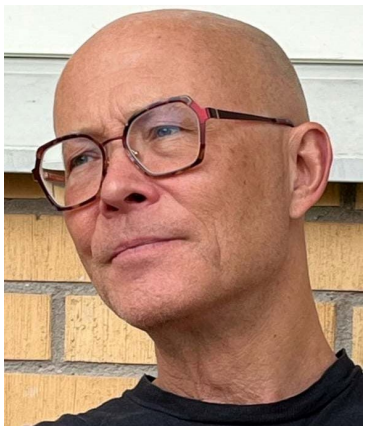
**Felicia Gabrielsson-Järhult (FG-J)** JA, projektledare, doktorand och universitetsadjunkt. Hon ingår i styrgruppen för Svenska forskarnätverket för digital vård. E-mail: gafe@ju.se

**Yashar Mahmud (YM)** JA, postdoktor, specialiserad i kvalitativ forskningsmetodik. Hans forskning handlar om organisering, meningsskapande, poesi och tvärvetenskap.

**Sofi Fristedt (SF)**, JA & IFG, docent i hälsa och vårdvetenskap och avdelningschef vid IFG. En stor del av hennes forskning berör digitalisering som medel för aktivt och hälsosamt åldrande.

**Sofia Kjellström (SK)** JA, professor i kvalitetsförbättring och ledarskap. Hennes tvärvetenskapliga forskning handlar om vuxenutveckling, ledarskapsutveckling och samskapande.

**Ingemar ”Pingo” Kåreholt (IK)**, professor i Gerontologi vid IFG. Hans forskning handlar bl.a. om vård för personer i olika åldrar och med olika behov. E-mail: ingemar.kareholt@ju.se



Forskargruppen står självständigt för resultat och slutsatser i rapporten. Under projekttiden har ett kontinuerligt samarbete skett med en referensgrupp. I denna har SKR representerats av experter på digitalisering, vårdutveckling, ersättningssystem och vårdval. Representanter från Region Sörmland, Region Jönköpings län, Vårdcentralerna Bra Liv, Vårdföretagarna, Min Doktor, KRY samt företaget Visiba Care har också ingått i referensgruppen.

En preliminär version av rapporten har granskats av två externa forskare; professor Anders Anell, Lunds universitet, samt professor Kristina Areskoug-Josefsson, Högskolan Väst.

# Tack alla för hjälpen!

Tack till alla er personer som ställt upp och delat era erfarenheter som patient i forskningsintervjuerna! Tack till alla er verksamhetsföreträdare som delat era erfarenheter och er professionella kunskap i intervjuer, mer informella samtal och i otaliga mail!

Tack till alla som gett oss återkoppling och förbättringsförslag på den populärvetenskapliga sammanfattningen!

**Referensgruppen**

*Ett stort tack till referensgruppen som gett oss fantastiskt stöd genom hela projekttiden och bidragit med ovärderliga råd och synpunkter på ett mycket konstruktivt och kompetent sätt.*

Gunilla Thörnwall Bergendahl, biträdande sektionschef, Senior Advisor, SKR
Lars Kolmodin, handläggare, Avdelningen Ekonomi och styrning, SKR
Olle Olsson, handläggare, Avdelningen för vård och omsorg, SKR
Karina Tellinger, digitaliseringsstrateg, Avdelningen för vård och omsorg, SKR
Jonas Beltrame-Linné, Head of Communications & Policy, KRY
Johan Assarsson, verksamhetsutvecklare Region Jönköpings län.
Kent Bobits, verksamhetscontroller, Hälsovalsstaben, Region Sörmland
Daniel Forslund, utvecklingsansvarig på Vårdföretagarna
Helena Hansson, controller, ekonomiavdelningen Region Jönköpings län
Eva Neidenström, verksamhetsutvecklare division Primärvård, Region Sörmland
Carina Nordqvist Falk, verksamhetschef för digital vård, Min Doktor
Anastacia Simonchik, Product Innovation Manager, Visiba Care
Sven-Åke Svensson, enhetschef, kommunikationsavdelningen Region Jönköpings län
Peter Tyreholt, Chief Product Officer – Product Development, Visiba Care
Ulf Österstad, verksamhetschef digital vård, Vårdcentralerna Bra Liv, Region Jönköpings län

**Övriga personer som bidragit under arbetet**

Emma Bergström, Forskningsdatacenter, Region Jönköpings län, tack för vägledning!
Josef Driving, Charlotte Pihl och Petra Zetterberg Ferngren vid Regeringskansliet som bidragit med konstruktiva diskussioner under arbetets gång.
Susanna Dybeck, Mikrodatahandläggare, Social statistik och analys, Mikrodatauppdrag, SCB, statistikmyndigheten var ytterst hjälp som vid leverans av data till och från SCB.
Ingrid Gustavsson som hjälp oss med alla transkriptioner på ett professionellt sätt.
Ulrika Gustavsson Systemutvecklare och Förvaltningsproduktledare IT på Region Sörmland har varit ansvarig för leverans av data från Region Sörmland.
Annika Moen, Kravledare/Testledare vid Tietoevry Care, Sweden hjälpte till med första leveransen av data från Region Sörmland.
Kristoffer Nilsson, Kommunikationsavdelningen, Högskoleservice, Jönköping University, har hjälpt oss att arbeta fram de grafiska bilderna i rapporten.
Lotta Sahlqvist vid Ekonomistaben, Enheten för Beslutsstöd, Region Sörmland, som bidragit till en konstruktiv diskussion om kvalitén på registrerade data.
Patrik Zander hjälpte oss med data från 1177 sjukvårdsrådgivning, Region Jönköpings län.
Till sist tack till våra duktiga kommunikatörer: Viktoria Blomén JU, Sophie Liljefall JU och Sofie Rotstedt JA.

# Populärvetenskaplig sammanfattning av rapporten

*Förklaring av begrepp som förekommer i rapporten, se sid 21 nedan*

## Rapporten i korthet

Patienter och professionella vårdaktörer är i en gemensam förändrings- och lärandeprocess, där vården parallellt med medborgarna och samhället lär sig hantera digitalisering. Under senare år, bl.a. pådrivet av covid-pandemin, har digitaliseringen och införande av nya arbetssätt gått så fort att utvärdering och forskning inte hunnit med i samma takt. Syftet med rapporten *”Hur klickar vi med vården?”* är att bidra med aktuell kunskap om patienters användarmönster och erfarenheter av digitala och fysiska kontakter med primärvården. Resultaten är tänkt att användas som faktaunderlag och stöd för vårdens utvecklingsarbete.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tog hösten 2022 initiativet till forskningsprojektet ”*Hur klickar vi med vården?”.* Uppdraget genomfördes under 2023 av en oberoende forskargrupp på Hälsohögskolan vid Jönköping University. Resultaten är presenterade i två delstudier baserade på registerdata från primärvården och intervjuer med patienter. All registrerad data från den regionala primärvården i Region Jönköpings län och Region Sörmland under perioden januari 2020 – december 2022 har ingått i undersökningen. Data från Region Jönköpings län omfattar ca 352.000 personer vilka sammanlagt hade haft kontakt med primärvården ca 4,2 miljoner gånger, motsvarande för Region Sörmland var ca 245.000 personer som hade haft ca 3,2 miljoner kontakter. I dessa data ingår kontakter med privata helt digitala vårdgivare och för Region Jönköpings län data från 1177 sjukvårdsrådgivning. I rapporten ingår även 35 kvalitativa intervjuer med ett nationellt urval av patienter. Resultatet av den kvalitativa studien är presenterat som sex teman som beskriver patienters erfarenheter av kontakt med vården.

## Sammanfattande slutsatser

### *Vilka är primärvårdens ”kunder”?*

- Den vanligaste typ av kontakt med den regionala primärvården är enstaka fysiska besök med läkare.
- Patienter som söker vård är inte lika otåliga som det påstås. De som samtidigt söker vård genom olika kanaler har diskuterats som ett problem inom primärvården. När vi analyserade detta studerade vi dagar med primärvård – en patient kan t.ex. haft kontakt med primärvården under 100 av dagarna 2020-2022. En av de dagarna kontaktade hen primärvården fyra gånger. Andelen patienter som samma dag hade mer än tre kontakter med den regionala primärvården var försvinnande liten. I Region Jönköpings län förekom detta under ca 1.000 av ca 4 miljoner dagar (0,03%) och i Region Sörmland under ca 1.700 av nästan 3 miljoner dagar (0,06%).
- Mycket få patienter tycks vara storkonsumenter i den regionala primärvården. Detta resultat baseras på analyser av antal kontakter med den regionala primärvården som förekommit per dag och per patientkontaktmönster.
- Sedan 40-taliserna för första gången kallades för ”köttberg” år 2004 har det diskuterats hur mycket ökande belastning de äldre innebär för regional primärvård och äldreomsorg.

Utifrån den diskussionen stod de äldre i denna studie för en lägre andel av kontakterna med den regionala primärvården än väntat. I vår data stod personer 80+ för drygt 1 av 10 kontakter i Region Jönköpings län, 1 av 7 i Region Sörmland.

- Resultaten visar att användandet av digitala vårdtjänster har ökat jämfört med tidigare studier. Under covid-pandemin hade den digitala vården en extrem topp vid pandemins början och följde sedan pandemins utveckling, så till vida att större andel av vårdkontakterna var digitala när smittspridningen var stor. Patienter har digitala kontakter med fler professioner än tidigare. Det är fortsatt vanligast med digitala kontakter bland unga vuxna 18-24 år.

## *Vilka förväntningar har patienterna på vården?*

- Tillgängligheten i vården upplevs vara mycket varierande. Detta beror exempelvis på var personen bor, om det är stad eller landsbygd, samt patientens egen kompetens och förutsättningar att använda digitala vårdtjänster.
- Patienter som bor utanför storstäderna påtalar brist på kompetens och att förekomsten av hyrläkare på vårdcentralerna inverkar negativt på kontinuiteten.
- Generellt var patienter mer positiva till digitala vårdtjänster jämfört med tidigare studier. Nu 2023 efter covid-pandemin beskriver fler medelålders och yngre äldre att de använder digitala kontakter som alternativ till telefon och fysiska besök. De äldre-äldre patienterna, 80 år och äldre, uttrycker mindre intresse än yngre och är mer skeptiska till att använda digitala vårdtjänster.
- Patienter förväntar sig att vården följer samhällets utveckling, erbjuder flexibilitet och är tillgänglig genom kombinationer av digitala vårdtjänster och fysiska besök när så behövs.
- Patienter vill ta ansvar för sin hälsa, men delar gärna detta ansvar med vården, exempelvis förväntar de att planerad uppföljning blir av i tid och att återkoppling på undersökningar och provsvar kommer utan att patienten själv ska behöva efterfråga denna information.
- Kontinuitet i vården prioriteras av de patienter som har kroniska sjukdomar eller långvariga funktionsnedsättningar. För patienter som har enstaka vårdkontakter prioriteras tillgänglighet högre än kontinuitet. Gemensamt för patienterna oavsett om deras vårdbehov är av kronisk eller akut karaktär så förväntas att personalen är påläst, att de har tagit del av information patienten lämnat avseende det aktuella ärendet och tidigare dokumentation i journalen.
- Patienterna har inte alltid möjlighet att anpassa sig till vårdens behov av när de ska vara tillgängliga (beroende på ansvar för arbete och familj). Detta medför att kontakten kan fördröjas på ett sätt som upplevs som frustrerande och mindre gynnsamt för hälsan.

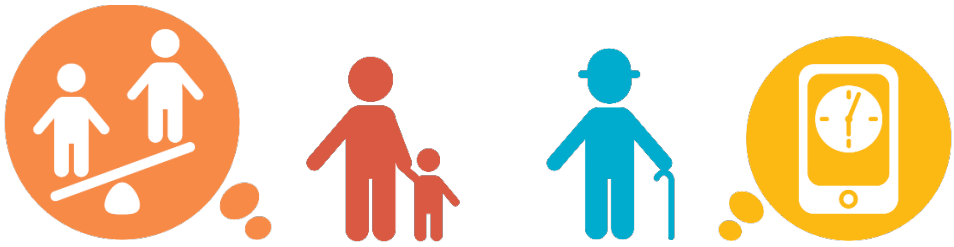
## *Hur använder patienterna vården?*

- Andelen av kontaktmönstren som bestod av mer än fyra kontakter var lågt, ca 39.000 av mer än 3 miljoner kontaktmönster (1,2%) i Region Jönköpings län, knappt 55.000 av mer än 2 miljoner (2,7%) i Region Sörmland. Ett kontaktmönster har vi definierat som en serie kontakter med primärvården som det var högst åtta dagar mellan varje kontakt och som avsåg samma grupp av diagnoser (när diagnos fanns registrerat).
- Variationen i antal kontakter per kontaktmönster var förhållandevis liten mellan kvinnor och män, åldersgrupper och grupper med olika socioekonomisk position. Variationen var större beroende på vilken yrkeskategori och vårdgivare som inledde kontakten och om den var digital eller fysisk.

- Kontakter med privata helt digitala vårdgivare var vanligare bland de patienter som var folkbokförda i Region Sörmland än för folkbokförda i Region Jönköpings län. Faktorer som påverkade detta kan t.ex. vara närheten till Stockholm och hur väl vårdcentralernas digitala kontakter fungerade.

### *Tankar om dataregistrering för patientens bästa och möjlighet till forskning*

- Registrering av primärvårdsdata har olika täckningsgrad i regionerna, d.v.s. i vilken utsträckning uppgifter om primärvården har registrerats. Detta visar sig bland annat genom skillnad i andel kontakter som saknade registrerade uppgifter om diagnos, 18,5% i Region Jönköpings län respektive 50,4% i Region Sörmland. Om diagnos inte registreras blir det svårt med uppföljning om patienten fått rätt behandling kopplat till orsaken för kontakten. Det bör poängteras att kontakter registrerades på olika sätt i de två regionerna. Andelen av kontakter som ”borde” ha en diagnos kan därför skilja sig åt. Andelen av kontakterna som har en diagnos i de två regioner kan även jämföras med motsvarande andel hos privata helt digitala vårdgivare, där 99,8% av kontakterna hade en diagnos.
- Processer att få tillgång till valida kvantitativa data behöver utvecklas för att forskare på ett mer tidseffektivt sätt ska kunna få fram data. I detta projekt tog det mer tid och kraft att få tillgång till data än att analysera dessa, d.v.s. fullfölja uppdraget för att bidra med kunskapsunderlag till vårdens beslutsfattare, vilket inte är rimligt ur resurssynpunkt. Problemet med att få tillgång till data är ett nationellt uppmärksammat dilemma bland forskare.



## Bakgrund och uppdrag

I Sverige har primärvården ansvaret för att tillgodose befolkningens grundläggande behov av hälso- och sjukvård. Vården skall vara lättillgänglig, ansvara för medicinsk bedömning, behandling och omvårdnad. Verksamheten ska även omfatta förebyggande insatser och rehabilitering. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och staten har en överenskommelse om en nationell strategi som kallas *Nära vård*. Målet är att genom en prioritering och resursförstärkning av primärvården säkerställa att patienten får en god, nära och samordnad vård.

Parallellt med omställningen av hälso- och sjukvården till en vidareutvecklad primärvård pågår en omfattande digitalisering i samhället vilket även driver på utvecklingen av digitalisering inom vården. Allt fler digitala vårdtjänster testas, införs och erbjuds av såväl offentliga som privata vårdgivare som komplement till traditionella fysiska besök. Fysiska och digitala kanaler och vårdtjänster kompletterar varandra (så kallad digifysisk vård) för att möjliggöra flexibilitet. Målet är att öka tillgängligheten och delaktigheten för medborgarna. Enligt Internetstiftelsen (2023) använder ca 8 av 10 personer någon typ av digitala

vårdtjänster. I primärvårdens uppdrag ingår att kvalitetssäkra verksamheten och möjliggöra forskning. Utvecklingen av den digifysiska vården, d.v.s. digitalisering och införande av nya arbetssätt, har under senare år gått så fort att utvärdering och forskning inte hunnit med i samma takt som.

Detta är bakgrunden till att SKR hösten 2022 tog initiativet till forskningsprojektet ”*Hur klickar vi med vården?”* Syftet är att bidra med aktuell kunskap om patienters användarmönster och erfarenheter av digitala och fysiska kontakter med primärvården. Uppdraget genomfördes under 2023 av en oberoende forskargrupp på Hälsohögskolan vid Jönköping University.

## Projektet ”Hur klickar vi med vården?”

I projektet har vi arbetat med fyra olika delar vilka kortfattat sammanfattas i denna text. I den fullständiga rapporten ”*Hur klickar vi med vården?”* ingår två vetenskapliga delstudier: *del 1*, en kvalitativ intervjustudie där det gjorts intervjuer med patienter och *del 2*, en kvantitativ delstudie där statistiska analyser har gjorts av hur och i vilken omfattning patienter har haft kontakt med regional primärvård. De kvantitativa analyserna är baserade på regionernas registerdata om de olika kontakter patienter haft med primärvården. Därefter följer *del 3*, ett kortare avsnitt där vi beskriver den process som har krävts för att få tillgång till data från primärvården. Fokus i denna del är att problematisera nuvarande organisation i primärvården relaterat till forskning och bidra med förbättringsförslag för hur forskning kan underlättas. *Del 4*, som avslutar rapporten, är en ”omvärldsspaning” där vi valt ut ett axplock av inspirerande exempel från olika hälso- och sjukvårdsverksamheter som arbetar med digitala eller digifysiska vårdtjänster i Sverige.

## Patienters användarmönster 2020-2022 – analys av registerdata

I rapporten ingår en kvantitativ delstudie baserad på all registrerad regional primärvård under perioden januari 2020 – december 2022 för Region Jönköpings län och Region Sörmland. I regionerna var ca 677.000 personer folkbokförda under tidsperioden, ca 93% hade någon kontakt med primärvården. I Sverige består primärvården av en kommunal del och en regional del. I denna rapport ingår endast data och analys från den regionala primärvården vilken omfattar knappt 2/3 av kostnaden för primärvårdsverksamhet i Sverige.

Data från Region Jönköpings län omfattar ca 352.000 patienter vilka sammanlagt haft ca 4,2 miljoner kontakter med primärvården och motsvarande för Region Sörmland med ca 245.000 patienter som hade ca 3,2 miljoner kontakter. I dessa data ingår kontakter med privata helt digitala vårdgivare och för Region Jönköpings län även data från 1177 sjukvårdsrådgivning.

### *Personer som söker vård är inte lika otåliga som det påstås*

Personer som samtidigt söker vård genom olika kanaler har diskuterats som ett problem inom primärvården. När vi analyserade detta studerade vi dagar med primärvård – en patient kan t.ex. haft kontakt med primärvården under 100 av dagarna under 2020-2022. En av de dagarna kontaktade hen primärvården fyra gånger. Andelen patienter som samma dag hade mer än tre kontakter med den regionala primärvården var försvinnande liten. I Region Jönköpings län förekom detta under ca 1.000 av ca 4 miljoner dagar (0,03%) och i Region

Sörmland under ca 1.700 av nästan 3 miljoner dagar (0,06%). Skillnaden mellan olika grupper (kön, ålder, socioekonomisk position) och olika typer av kontakter med primärvården var liten. I Region Jönköpings län var andelen något större, men fortfarande väldigt liten, om ett kontaktmönster (en serie kontakter med primärvården, oavsett typ av kontakt, med högst åtta dagar mellan) inleds med en kontakt med läkare (91 av ca 91.000 [0,10%]) eller sjuksköterska (20 av ca 26.000 [0,08%]) hos en privat helt digital vårdgivare.

## *Äldre är en mindre belastning än väntat i regional primärvård*

År 2020 var personer 80 år och äldre 5,2% av befolkningen i Sverige. Utifrån diskussionen om äldre som belastning för den regionala primärvården och beskrivningen av de åldrande 40-talisterna som ”köttberg” förväntade vi oss att de som var 80 år och äldre skulle svara för större andel av kontakterna med den regionala primärvården än vad de gjorde i vår data. Mer specifikt stod de äldre för lite mer än en av 10 (11,1%) av kontakterna i Region Jönköpings län och en av sju (14,3%) av kontakterna med primärvård i Region Sörmland. Det är lägre än vad vi förväntat oss. Detta påverkas dock av att den kommunala primärvården har ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda boenden och större delen av hemsjukvården (ej läkarvård).

## *Mycket få är storkonsumenter i den regionala primärvården*

Vi analyserade även hur många kontakter som ingick i en sammanhängande serie kontakter med primärvården, ett kontaktmönster. Det vanligaste var att ett kontaktmönster bestod av en enda kontakt, mer specifikt nästan 8 av 10 (78,6%) i Region Jönköpings län och lite mer än 7 av 10 (72,8%) i Region Sörmland. Den vanligaste typen av kontakt med den regional primärvården är enstaka fysiska besök med läkare.

Andelen av kontaktmönstren som bestod av mer än fyra kontakter var låg, ca 39.000 av mer än 3 miljoner kontaktmönster (1,2%) i Region Jönköpings län, ca 55.000 av 2 miljoner kontaktmönster (2,7%) i Region Sörmland. Utifrån detta, antal kontakter per dag och totalt antal kontakter per person under perioden, drar vi slutsatsen att andelen storkonsumenter var låg under perioden 2020-2022.

Antal kontakter per kontaktmönster varierar ganska lite mellan kvinnor och män, olika åldrar och personer med olika socioekonomisk position. I vår data fanns det något större variation beroende på vilken typ av kontakt med primärvården som inleder ett kontaktmönster. I förhållande till alla typer av primärvårdskontakter var antal kontakter per kontaktmönster högre om kontaktmönstren inleddes med en kontakt med fysioterapeut, psykolog/ psykoterapeut/ kurator eller ”övrig” hos en privat helt digital vårdgivare, men lägre om kontaktmönstret inleddes med en läkarkontakt hos en privat helt digital vårdgivare.

## *Regionerna har olika vårdmönster*

Kontakter med privata helt digitala vårdgivare var vanligare bland dem som var folkbokförda i Region Sörmland än för personer folkbokförda i Region Jönköpings län. Detta visar att de som bodde i Region Jönköpings län var mer ”trogna” sina vårdcentraler i Bra Liv. Detta kan bero på att det är förhållandevis vanligt att sörmlänningar jobbpendlar till Stockholmsregionen och därmed söker vård där eller på att distanskontakter exempelvis chatt eller videomöte med personalen på vårdcentralen fungerade bättre eller var mer tillgängliga i Region Jönköpings län. Det som eventuellt är ett stöd för den senare förklaringen var den större andelen distanskontakter och telefonkontakter med vårdcentraler i Region Jönköpings

län. I bägge regionerna var den vanligaste typen av kontakt med primärvården en fysisk kontakt med läkare.

### *Registrering av primärvårdsdata har olika täckningsgrad i regionerna*

För Region Jönköpings län saknades information om diagnos för 18,5% av kontakterna, för Region Sörmland saknades diagnoser för 50,4% av kontakterna. När det saknas uppgifter om vilken diagnos patienten har försvåras kontinuitet, uppföljning av om rätt behandling utförs och om resurserna ges till rätt vård. I data från privata helt digitala vårdgivare saknades uppgifter om diagnos nästan inte alls (834 av 341.000), sannolikt beroende på ekonomiska incitament – de privata helt digitala vårdgivarna skall ange diagnos vid fakturering för att få ersättning.

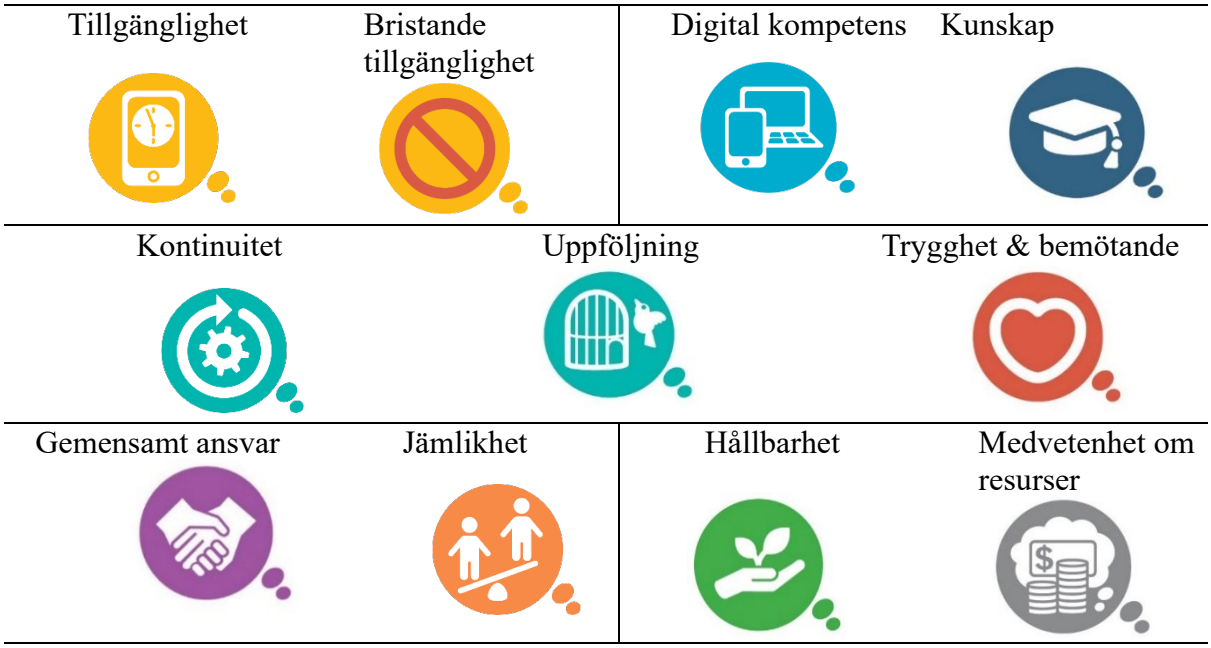
## Patienters erfarenheter av kontakt med primärvård – kvalitativa intervjuer

Ett ytterligare syfte för projektet är att bidra med aktuell kunskap om hur patienter upplevt kontakten med primärvården och vilka erfarenheter de har av att använda olika digitala och fysiska kontaktvägar för att nå vården. För att få svar på dessa frågor har vi genomfört intervjuer med patienter från hela Sverige. Intervjupersonerna är utvalda för att representera en bred variation av olika egenskaper såsom; ålder, boende i stad eller landsbygd, omfattningen på vårdbehov, akuta eller kroniska hälsoproblem, digital kompetens och erfarenhet av olika typer digitala tjänster och/eller fysiska besök i primärvården. En tematisk analys är genomförd av data från 35 intervjuer med patienter.

## *Resultat från kvalitativa intervjuer med patienter*

Resultatet av patienternas erfarenheter beskrivs i sex övergripande teman: 1) tillgänglighet, 2) digital kompetens 3) kontinuitet & uppföljning 4) trygghet & professionellt bemötande 5) gemensamt ansvar för hälsan & jämlikhet och 6) hållbarhet & medvetenhet om resurser.

**Grafiska symboler för teman**




Intervjupersonerna i denna studie beskrev betydelsen av att vården är tillgänglig när de behöver den. Där framhålls att digitaliseringen erbjuder flexibilitet, det vill säga möjliggör kontakter som enkelt kan lösa de ärenden som är lämpade att klara av utan fysiskt besök på vårdcentralen. Majoriteten av patienterna har under senare år, bland annat pådrivet av covid-pandemin, börjat använda digitala vårdtjänster. Detta lyfts fram som värdeskapande och i linje med samhällets utveckling, även om en del digitala vårdtjänster inte upplevs som fullt användarvänliga. De yngre äldre är mer positiva än tidigare och de äldre-äldre fortsatt skeptiska eller säger sig behöva stöd av andra för att hantera digitala tjänster. Kontinuitet är viktigt och framhålls framför allt av de patienter som har kroniska sjukdomar eller långvariga funktionsnedsättningar. Patienter som bor utanför storstäderna påtalar brist på kompetens och förekomsten av hyrläkare på sina vårdcentraler vilket uppfattas inverka negativt på kontinuiteten. När tillgänglighet och kontinuitet brister påverkar det patientens förtroende för den ordinarie primärvården och anges som motiv för att vända sig till andra vårdgivare och söka vård via andra digitala tjänster än de som vårdcentralen erbjuder. Patienterna ser sig som ansvariga för sin hälsa men önskar dela ansvaret med vården. De önskar att vården håller avtalade löften ex tid för uppföljning och återkoppling på resultat från genomförda undersökningar. I intervjuerna framkom medvetenhet om att vårdens resurser är begränsade och tankar om hur både egna och samhällets resurser bäst kan hushållas med.

## *Personas skapade av data från intervjuer med patienter*

Utifrån de teman som framkommit från intervjupersonernas berättelser om sina liv och sina behov av vård har vi skapat åtta olika ”personas”. Dessa är fiktiva personer skapade för att representera olika egenskaper och behov av vård som patienter kan ha.

Syftet med dessa är att förenkla och ge konkreta exempel på de olika aspekter/teman som har betydelse för olika grupper av patienter. Tanken är även att personal kan använda dessa vid utvecklingsarbete där arbetssätt ska designas för att möta patienters behov.

*Observera att dessa åtta personas inte representerar alla patienter som förekommer i primärvården. Personas här beskrivna är skapade utifrån de intervjudata som ingått i projektet, exempelvis är inte personer med kognitiva nedsättningar, grav missbruksproblematik, psykiatriska sjukdomar eller minderåriga barn inkluderade.*

### Multisjuk ”äldre-äldre” – Esther 87 år.

Esther är sedan flera år änka, bor i egen lägenhet med stöd av hemtjänst. Hon har flera olika läkemedelsbehandlade sjukdomar, svårigheter att förflytta sig och klarar inte längre av att själv sköta sin vardag. När hon vill ha kontakt med vården ringer hon sin vårdcentral och besöker den fysiskt. Hon har behov av kontinuitet, önskar få träffa samma läkare. Visst känner hon till att hon kan läsa sin Journal via appen 1177 och att det på något sätt går att boka tider där, men hon använder inte denna tjänst eller andra digitala kontakter utan stöd av andra, t.ex. barn eller något av barnbarnen.

### Kvinna i kläm mellan krav från äldre och yngre generationer – Monika 50+

Monika arbetar sedan många år i vården men är nu långtidssjukskriven p.g.a. utmattning. Har och tar ett stort socialt och praktiskt ansvar för sina gamla föräldrar vilka regelbundet har behov av stöd. Utöver dem har hon två vuxna barn som behöver hjälp med de fyra ännu små barnbarnen. Hon önskar ha en kontinuerlig läkarkontakt för sin rehabilitering men känner att hon får starta om sitt ärende om och om igen, p.g.a. bristande läkarkontinuitet. Hon har bl.a. träffat ett antal hyrläkare. Hon är samhällsintresserad, tar del av information via media och har insett att det pågår debatt om hur vården ska finansieras, därav är hon själv lojal med sin regions ”lokala” vårdcentral och använder både digitala tjänster och gör fysiska besök. Hon tänker på frågor om resursfördelning, vem som betalar för vården och är skeptisk till privata vårdaktörer.

### Ung student – Kim 22 år

Kim är en IT-kompetent student, använder sin mobil till allt. Kim chattar med vårdpersonal, söker information på nätet och tycker videomöten är smidiga när det fungerar, oftast går det att hitta en sådan tid relativt snabbt. Sedan 10-års åldern lever Kim med en kronisk sjukdom som följs upp på en specialistmottagning. Kim flyttade nyligen till en ny stad, har därmed fått byta vårdgivare och har både behov av kontinuitet för sin kroniska sjukdom och emellanåt akuta ärenden. Kim förstår att det är viktigt att följa sina värden

och sköta sin hälsa. Hon förväntar sig att få snabb respons från vården och tycker att det går lite väl sakta emellanåt.

### Småbarnsfamilj – Linda 32 år & Thomas 35 år, 2 barn: 1½ och 4 år.

Föräldrarna söker oftast vård för "akuta" ärenden, främst för att få sjukvårdsråd när barnen har symtom som föräldrarna är osäkra på hur de ska hantera. De använder digital teknik dagligen, exempelvis mobiltelefon, appar, chattar med personal. Vid behov kontaktar de 1177 sjukvårdsrådgivning och när så behövs har de digitala kontakter. Vilken aktör de kontaktar beror på när behovet uppstår, tid på dygnet och möjlighet att ta ledigt från jobbet, och vilken vård som då är tillgänglig. Tillgängligheten, att snabbt få kontakt med medicinskt kunnig personal är viktigt, lägre behov av kontinuitet.

### Pigg pensionär – Sven 72 år

Sven är digitalt kompetent, har tidigare använt dator i yrkeslivet, använder sjukvårdsregionens app, läser sin journal och bokar tider på 1177 via padda. Han är hälsomedveten, men har behov av kontinuerlig uppföljning av sitt blodtryck och önskar stöd gällande hälsofrämjande aktiviteter.

### Ung vuxen med psykisk ohälsa – Charlie 27 år

Charlie är mycket IT- kompetent och sedan en tid arbetssökande. Hen använder mobiltelefon, chattar via appar, söker information på 1177, föredrar videomöten, ej fysiska besök på VC om det inte är absolut nödvändigt. Önskar få kontinuerlig kontakt för sin psykiska problematik, har svårt börja om med nya kontakter, avstår då heller vård eller använder internetbaserade självhjälpsprogram. Det var väldigt långa väntetider på den ordinarie vårdcentralen där hen bor p.g.a. personalbrist. Under en period i väntan på att få komma till sin "egen" vårdcentral hade Charlie fått KBT och samtalsbehandling hos en privat vårdgivare.

### Invandrarkvinna med många vårdkontakter – Samira 48 år

Samira har ett antal olika hälsoproblem. Hon har en stor familj med många barn, talar svenska men förstår inte riktigt alla ord. När hon får kallelser eller brev från sjukvården får något av de äldre barnen läsa och översätta texten för henne. Likaså hjälper de henne när hon behöver ta digitala kontakter med sin vårdcentral. Hon har många olika kontakter i sjukvården både inom primärvården och specialistvården, utöver alla kontakter och möten för barnen hos tandhygienisten, barnhälsovården, barnens olika skolor och förskolor som behöver koordineras. Det viktiga för henne är att personalen har rätt kompetens och ger henne information, då blir hon trygg. Hon önskar att hon kunde ha en fast läkarkontakt som kunde hjälpa henne med alla mediciner. Utöver detta har hon ett stort bekymmer – hon behöver gå till tandläkaren men det har hon inte råd med.

### Yrkesverksam med krävande arbete – Kennet 48 år

Kennet drar sig för att kontakta vården men när han väl gör det så vill han att det ska gå undan, han använder gärna en digital tjänst som han med fördel kan klämma in mellan sina jobbmöten. Oftast är det för enklare ärenden, sist behövde han förnya sitt recept på allergimedicin. För några år sedan upptäckte företagshälsovården att han hade för högt blodtryck. Det har varit svårt att få till någon kontinuitet i uppföljningen på vårdcentralen så till slut ledsnade han på detta och vände sig till en privat aktör som specialiserat sig på den problematiken. Hans erfarenhet är att hans vårdcentral på orten har långa väntetider, det är svårt att få tid där, så han har numera övervägande digitala kontakter, främst då regelbundet för uppföljning av blodtrycket. Hans dotter som är 17 har haft en period av psykisk ohälsa och då har de använt sig av en app som erbjuder psykologsamtal via videomöten. Likaså har de via sin djurförsäkring konsulterat en veterinär för sin katt, vilket hade gått oväntat smidigt.

*Sammanfattningsvis – resultaten från projektet ”Hur klickar vi med vården?” avser att bidra med aktuell kunskap om patienters användarmönster och erfarenheter av digitala och fysiska kontakter med primärvården. Resultaten är tänkt att användas som faktaunderlag och stöd för vårdens utvecklingsarbete.*

*Förklaring av begrepp som förekommer i rapporten*

**Digifysisk vård:** En flexibilitet i hur vården tillhandahålls där fysiska och digitala kanaler kompletterar varandra. Avser att ge ökad tillgänglighet till vård och ökad delaktighet för invånarna. Det är vårdgivarens ansvar att besluta vilken kanal, fysisk eller digital, som är mest lämplig i varje situation. Bedömningen ska vid varje tillfälle utgå från det medicinska behovet, patientens önskemål och effektivt användande av vårdens resurser.

**Digitalisering**: Med begreppet digitalisering avses att tillämpa digitala lösningar, system, tjänster med målet att förbättra och effektivisera processer inom en verksamhet. Det kan handla om snabbare utveckling av befintlig verksamhet eller att uppfinna helt nya innovationer med hjälp av nya digitala lösningar.

**ICD-koder**: Den internationella klassifikationen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) är främst en sjukdomsklassifikation. ICD-10 är den senaste versionen som används i Sverige. Det främsta syftet är möjliggöra klassificering av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården. Förutom traditionella diagnoser innehåller klassifikationen även ett brett spektrum av symtom, onormala fynd, besvär och sociala förhållanden.

**Kontaktmönster**: Ett kontaktmönster har vi definierat som en serie primärvårdkontakter som det var högst åtta dagar mellan och som avsåg samma diagnosgrupp (när diagnos fanns registrerad). Det räknades som ett nytt kontaktmönster om det bara fanns nya diagnoser vid en kontakt. Individuppgifter om kontakter med 1177 sjukvårdsrådgivning fanns bara för Region Jönköpings län. Kontakt med 1177 räknades som en del i ett kontaktmönster om kontakten följdes av en annan primärvårdskontakt inom fem dagar.

**Kön** avser juridiskt kön.

**Personas**: ”Personas” är fiktiva personer som representerar de som intervjuats och deras svar. Det är en påhittad person som byggs upp med hjälp av information och data. Syftet med dessa är att förenkla och ge konkreta exempel på hur de olika aspekter/teman som framkommit i analysen har betydelse för olika grupper av patienter.

**Persondagar** med vård är det sammanlagda antal dagar när någon patient har någon primärvårdskontakt.

**Primärvård**: Kunskapsguiden.se beskriver primärvård som ”*Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Från och med den 1 juli 2021 har primärvården en ny definition. Den nya definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.*” I primärvårdens grunduppdrag ingår ansvaret för att möjliggöra genomförande av forskning (Socialstyrelsen, 2021a).

**Primärvårdskontakt**: Varje kontakt med regional primärvård oavsett profession – det kan vara ett fysiskt besök/kontakt, en digital kontakt, en chatt eller en telefonkontakt.

**Primärvård, regional vs kommunal:** Skillnaden mellan regional och kommunal primärvård beskrivs av Socialstyrelsen enligt följande: ”Regionerna har det grundläggande ansvaret att erbjuda en god hälso- och sjukvård och tandvård. Kommunerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård för vissa områden. Kommunal hälso- och sjukvård omfattar vård i form av allt från hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel till vård och omsorg för personer i vård- och omsorgsboenden. Även boende med särskild service, dagverksamhet, servicebostad samt ibland även vård för personer som har personlig assistans eller personer som får hjälp via socialpsykiatrin. Men regionen ansvarar alltid för den vård som läkare ger”. Det är estimerat att 37% av kostnaden för primärvården var för den kommunala, resten för den regionala primärvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a). Det är den regionala primärvården som har analyserats i denna rapport.

**Privata helt digitala vårdgivare** är privata vårdgivare som endast har digitala vårdkontakter, d.v.s. inte några fysiska kontakter med patienter. Dessa debiterades under undersökningsperioden genom Region Sörmland. Data är exporterade från Privera, systemet som användes för företagens fakturering. För en förteckning av dessa se vårdgivare se bilagor, Tabell 16.

**SKL**: Sveriges Kommuner och Landsting. SKR hette fram till 2016 SKL.

**SKR:** Sveriges Kommuner och Regioner, är en medlems- och arbetsgivarorganisation. Alla kommuner och regioner är medlemmar. SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet, samt fungerar även som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning.

**Triagering** eller triage är ett system eller sätt att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och ibland vitalparametrar såsom andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur. Ordet är bildat från franska trier, sortera. Syftet är att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först. Triagering används både på akutmottagningar och på katastrofplatser, samt inom sjukvårdens telefonrådgivande verksamheter, till exempel SOS Alarm, giftinformationscentralen, 1177 sjukvårdsrådgivning och vårdcentralernas telefonjourer. I en situation som karaktäriseras av begränsad information, det vill säga brist på synintryck, görs bedömningar tillståndet hos dem som kontaktat vården och fattar beslut om hur de ska hanteras.

**Vårdcentral (VC)**: Primärvård baserad på en vårdcentral där det traditionella arbetssättet huvudsakligen är telefonkontakter och fysiska besök men även kan vara digitalt. Verksamheten kan vara privat eller offentligt driven.

# ”Hur klickar vi med vården?”
# – VETENSKAPLIG RAPPORT, startar här

## Inledning

Hälso- och sjukvården ansvarar för att tillgodose befolkningens behov av vård. Den nationella strategin är att primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvården och vara den vårdnivå som ska vara tillgänglig och nära invånarna för att bidra till hälsa och trygghet. Regionerna och kommunerna bedriver ett högt prioriterat utvecklingsarbete med att ställa om resurser och arbetssätt för att skapa realistiska förutsättningar för att tillgodose *Nära vård* (SKR, 2023a; SOU 2020:19). I primärvården har utifrån denna målbild påbörjats en transformation där allt fler digitala vårdtjänster testas, implementeras och erbjuds av såväl offentliga som privata vårdgivare som komplement till traditionella fysiska besök (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020; SKR, 2023b). Ett annat incitament till digitalisering av vårdtjänster är att realisera *Vision e-hälsa* 2025 (Regeringskansliet och SKL, 2016; Regeringskansliet och SKR, 2020). Under senare år har ytterligare en utmaning behövt hanteras – covid-pandemin, som medförde akuta behov av en snabbare omställning till andra arbetssätt. En central förutsättning för att planera, leda och organisera en resurseffektiv, jämlik och patientsäker vård är tillgång på aktuella data och kompetens för analys av dessa data. Vetenskapligt underbyggd aktuell kunskap om hur och i vilken omfattning denna digitala omställning i vården har skett och vad primärvårdens patienter har för erfarenheter utifrån sina kontakter med primärvården är av olika orsaker begränsad och delvis fragmenterad.

Utifrån denna bakgrund skapades projektet ”*Hur klickar vi med vården?”* På uppdrag av SKR har en oberoende forskargrupp vid Jönköping University under år 2023 arbetat med denna rapport avseende regional primärvård. Inledningsvis utgick vi i projektet från följande frågeställningar:

- Av vilka orsaker kontaktar patienterna den regionala primärvården?
- Vilka erfarenheter och uppfattningar har patienter år 2023 utifrån sina fysiska och digitala kontakter?
- Hur ser patienternas sociodemografiska fördelning ut i förhållande till vårdutnyttjande och kontaktmönster?
- Hur fördelar sig kontakterna mellan vårdcentraler och privata helt digitala vårdgivare, mellan fysiska besök, telefon och digitala kontakter samt yrkeskategorier?
- Hur förändrades patienternas kontakter med primärvården under åren 2020-2022?

Under projektets gång har ytterligare två frågeställningar lagts till:

- En problematisering av förutsättningarna för att bedriva forskning i primärvården, föranlett av oväntade hinder för att få tillgång till kvantitativa registerdata.
- En omvärldsspaning för att hitta exempel på verksamheter som antagit utmaningen att testa och implementera nya digitaliserade arbetssätt och digitala vårdtjänster.

Avsikten är att ge dig som läsare en aktuell bild av läget i svensk primärvård utifrån ovanstående frågor. Rapportens innehåll och resultat kan tänkas likt en baslinje och ett faktabaserat underlag för vårdens aktörer och beslutsfattare som har ansvaret för att planera och tillgodose god vård utifrån befolkningens behov. Vi delar även våra nyvunna erfarenheter

av att forska i primärvården med särskild hänvisning till att det i primärvårdens grunduppdrag ingår att möjliggöra forskning (Socialstyrelsen, 2021a).

## Rapportens fyra delar

I rapporten ingår fyra delar, varav två är vetenskapliga delstudier, en av dem baserad på kvalitativa data från intervjuer med patienter och en på kvantitativa registerdata. Därefter följer en tredje kortare del om förutsättningar för forskning i primärvård. Slutligen i den fjärde delen redovisas en omvärldsspaning med inspirerande exempel på arbetssätt och verksamheter som runt om i landet arbetat på olika sätt med digitalisering. Rapporten avslutas med ett gemensamt avsnitt med slutsatser. Vi tänker att du som läsare kan ha olika intresse av vad du vill få mer kunskap om, därav denna korta introduktion. Metodbeskrivningen för de båda vetenskapliga delstudierna är tämligen omfattande och ingår i rapporten med avsikt att personer som är insatta i området och även forskande kollegor skall få tillgång till en fördjupning i hur vi arbetat med våra analyser av data.

**Del 1** består av en kvalitativ delstudie baserat på 35 intervjuer, sammanlagt 25 timmars intervjutid, med ett nationellt urval av patienter. Utifrån en tematisk analys beskriver vi patienters erfarenheter av kontakter med primärvård. Utifrån våra intervjudata har vi även skapat ett antal ”personas”, fiktiva personer som representerar dem som intervjuats och deras svar.

**Del 2** är en kvantitativ delstudie baserat på all registrerad regional primärvård i Region Jönköpings län och Region Sörmland under perioden 2020-01-01 till 2022-12-31 inklusive kontakter med privata helt digitala vårdgivare och inklusive 1177 sjukvårdsrådgivning för Region Jönköpings län. Data är baserat på ca 600.000 patienter med sammanlagt 7,4 miljoner primärvårdskontakter under nästan 7 miljoner dagar med primärvårdskontakter.

**Del 3** är en konkret beskrivning av den komplicerade process vi har gått igenom för att få tillgång till registerdata och en reflektion kring de erfarenheter vi i forskarteamet gjort under arbetet med projektet. Fokus i denna del är att problematisera nuvarande organisation i primärvården relaterat till forskning och bidra med förbättringsförslag för hur forskning kan underlättas.

**Del 4** innehåller en omvärldsspaning som genomförts parallellt med arbetet med de vetenskapliga delstudierna. Syftet med denna är att genom ett antal inspirerande exempel beskriva hur olika hälso- och sjukvårdsverksamheter använder digitala tjänster och hur trender inom digitaliseringen av vården förekommer runt om i landet.

## Avgränsningar för projektet

Utifrån uppdraget och avtalet med uppdragsgivaren SKR har forskargruppen i projektet ”*Hur klickar vi med vården?”* arbetat utifrån följande avgränsningar: vi har inte genomfört några hälsoekonomiska analyser och inte heller utifrån data ingående i projektet redovisat någon slutsats relaterat till frågor rörande ersättningsmodeller. I de fall intervjupersoner delat sin åsikt relaterat till detta är det presenterat som ett resultat i den kvalitativa delen av rapporten. Forskargruppen uppfattar sig inte ha vare sig mandat eller kompetens att kommentera dessa frågor.

# Bakgrund

Digitaliseringen i samhället har under senare år exploderat; majoriteten av befolkningen, 94%, använder digitala och tekniska lösningar i sin vardag. Under covid-pandemins första år talades om en ”chockdigitalisering” exempelvis har andelen svenskar som använder sig av BankID gått upp från 47% till 71%. Enligt Internetstiftelsens årliga rapport, Svenskarna och internet, 2023 använder ca 8 av 10 patienter någon typ av digitala vårdtjänster (Internetstiftelsen, 2023). Enligt Institutet för Samhälle Opinion Medier (SOM) hade 97% av svenskar år 2020 tillgång till internet, 96% en mobiltelefon varav 93% hade en smartphone (SOM-institutet, 2022).

En av de första digitala tjänster som började användas i vården (utöver 1177) var videomöten med läkare. För att förstå proportionen på utvecklingstakten så genomfördes år 2016 ca 20.150 digitala möten med en läkare, 2020 hade volymen ökat till ca 2.308.000 (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2022). Arbetssättet implementerades i svensk kontext och initialt fanns ett magert vetenskapligt underlag, genom åren har olika perspektiv på digital vård debatterats hett, exempelvis patientsäkerhet, kostnader etc. Emellanåt har denna debatt varit mindre seriös bl.a, beroende på avsaknaden av systematisk utvärdering och vetenskapliga studier (Blix och Jeansson, 2019; Olsson och Banegas, 2021).

Under 2018 påbörjades en diskussion inom SKR med utgångspunkt från att det nationellt påtalades total brist på fördjupad kunskap om detta nya fenomen, då benämnt ”nätläkare”. Begreppet ”digifysisk” vård var heller ännu inte på var persons agenda utan kom att bli mer etablerad något år därefter (SOU 2019:42). Detta resulterade i att SKR initierade forskningsprojektet *Digitala vårdmöten med läkare* vilket 2019 genomfördes av Jönköping Academy vid Jönköping University. I uppdraget ingick att studera patienters vård- och kontaktmönster (se t.ex. Harrold m.fl, 1999; Violan m.fl, 2014), d.v.s. i vilken omfattning hade digitala vårdmöten genomförts åren 2017–2019 och detta i relationen till andra fysiska besök i primärvård, jourverksamhet alternativt kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning (Gabrielsson-Järhult m.fl, 2019). Vidare genomfördes intervjuer för att beskriva patientens perspektiv utifrån de erfarenheter som fanns hos befolkningens ”early adopters” d.v.s. användare som varit först på banan och redan genomfört ett, eller flera, digitala vårdmöten, främst då med läkare. Volymen av digitala möten med andra professioner var då ännu mycket liten. Resulaten från studien har blivit omdebatterade och fått god spridning då denna studie var en av de första i Sverige som lyfte patientperspektivet inom digifysisk vård (Gabrielsson-Järhult m.fl, 2021).

Under de sista ca 5 åren har forskningsfältet, kopplat till tester och implementering av nya digitala tjänster i vården, successivt mognat och mer kunskap finns att tillgå. Exempelvis finns nu publicerade studier som belyser läkarnas arbetsmiljö (Fernemark m.fl, 2020), hälso-ekonomi och ersättningsfrågor (Ekman, 2018; Ekman m.fl, 2019; Blix och Jeansson, 2019; Glock m.fl 2021; Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2022), patientsäkerhet (Eriksson m.fl, 2022) och läkemedelsförskrivning (Entezarjou m.fl, 2021). Covid-pandemin har också bidragit till att nya digitala lösningar har implementerats, redan tidigare beprövade som ex 1177 har ökat i användning och vetenskapliga studier har publicerats även relaterat till detta (Bokolo, 2020; 2021; Johansson, 2020).

Denna utveckling av digitaliseringen medför förändrade krav men även nya möjligheter för hälso- och sjukvården (Anell, 2020; SOU 2019:42; Ekman och Ellegård, 2023). Vården är i

en intensiv lärande- och transformationsprocess med utmaningen att möta nuvarande och kommande befolknings behov. Utvecklingen av den digifysiska vården efterfrågas men implementering av nya arbetssätt har inom vården kommit olika långt och är ännu en förhållandevis liten andel av alla de aktiviteter som utförs inom första linjens vård d.v.s. primärvården (SOU 2019:42; SOU 2020:19; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017b, 2020, 2022). Likaså vet vi att yngre, småbarnsföräldrar, personer med hög utbildning, god ekonomi och företrädesvis bor i en storstad snabbare anpassat sig till att använda digitala tjänster. Detta jämfört med personer som har sämre socioekonomisk position med lägre inkomster, tillhörande åldersgruppen äldre 65+, bor på landsbygden, har en eller flera kroniska sjukdomar och/eller är utrikesfödda (SOU 2022:41; Ekman m.fl, 2019; Dahlgren m.fl, 2020; Dahlgren m.fl, 2021; Gabrielsson-Järhult m.fl, 2021; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2022, 2023; Socialstyrelsen, 2018). Hälso- och sjukvården i Sverige, ska enligt lag vara jämlik. Kön, ålder, bostadsort, funktionsförmåga, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning ska inte spela någon roll (SOU 2018:55; Hälso- och sjukvårdslag (SFS, 2017:30]).

Digitaliseringen av primärvården fortsätter och just nu pågår lanseringen av 1177 direkt i mer än 10 regioner i Sverige. Avsikten med tjänsten är att de personer som söker vård lämnar sin anamnes och automatiskt triageras till rätt vårdnivå och rätt profession. Den nya tjänsten innehåller även en möjlighet till chatt med vårdpersonal. Införandet av 1177 har lett till en debatt bland forskare och i Dagens Nyheter (2023-10-05 och 2023-10-14) med argumentation såsom att ”En trygg vård kräver människor – inte maskiner”. Bakgrunden till debatten är bland annat att en testkörning i Västra Götalandsregionen visat på brister i patientsäkerhet (tre av tio personer som kontaktat med hjälp av 1177 direkt har blivit felaktigt triagerade, antingen över- eller undertriagerade) och regionen har pausat tjänsten (Västra Götalandsregionen, 2023). Läkemedelsverket har av samma anledning startat en utredning av tjänsten. Landets regioner agerar dock olika, Region Jönköpings län går exempelvis till tjänstens försvar och påtalar dess säkerhet att invånarna kan vara trygga med att använda den[1]. Gävleborg är ett exempel på en region som har valt ett annat förhållningssätt och valde tidigt att inte acceptera tjänsten utan skapade ett eget beslutsstöd. Vi kan konstatera att digitalisering, så väl som andra förändringsprocesser, för med sig utmaningar och oro som inte alltid kan förutses och att det är ytterst viktigt med grundliga tester.

Inom vården pågår således ett intensivt utvecklingsarbete relaterat till digifysiska arbetssätt. Det innebär att vård genom fysiska och digitala kanaler ska komplettera varandra. En flexibilitet i hur vården tillhandahålls ska ge ökad tillgänglighet till vård och ökad delaktighet för invånarna. Idag innebär det att patienter på egen hand kan genomföra en rad aktiviteter exempelvis som att boka tider, beställa provtagning och söka information via internet. Kontakten med vården kan numera, utöver traditionella telefonsamtal via teleQ, ske via textmeddelanden s.k. chattar och/eller digitala kontakter med allt fler professioner och verksamheter. De senaste två åren har det vetenskapliga kunskapsunderlaget vuxit då några nya studier och rapporter med utgångspunkt från svenska förhållanden har publicerats (Eriksson m.fl, 2022; Ekman & Ellegård, 2023; Rockler Meurling m.fl, 2023; Solberg Carlsson m.fl, 2023). Forskningsfältet ”digital vård” är trots detta ännu i sin linda och mer kunskap efterfrågas ur flera perspektiv. Ett av dem är fortsatt hur patienter använder

[1] https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/nyheter//273516

digifysisk vård och hur de upplever att nya tjänster som implementeras i vården tillgodoser deras behov. Andra frågor som är under utredning är exempelvis ersättningsmodeller och principer för marknadsföring. Regeringen tillsatte i juni 2022 en bokstavsutredning under ledning av Björn Eriksson generaldirektör vid Läkemedelsverket (Regeringskansliet, 2022). Erikssons utredargrupp har därefter arbetat med uppdraget att ge förslag för hur digitala vårdgivare ska kunna bli en mer sammanhållen och kontinuitetsbaserad digifysisk primärvård. Utredningen skickades ut på remiss 2023-09-12 (Regeringskansliet 2023). Denna utredning har pågått parallellt med SKR:s aktiviteter kopplat till långsiktiga villkor för digitala vårdtjänster och att i samarbete med bl.a. Vårdföretagarna hitta rimliga och fungerande ersättningsprinciper.

Avdelningen för vård- och omsorg på SKR identifierade under 2022 ett behov av att ta fram ett vetenskapligt grundat kunskapsunderlag baserat på aktuella data från primärvården. I september 2022 kontaktades forskare vid The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare (JA) Jönköping University med en förfrågan om att åta sig uppdraget. I uppdraget skulle ingå att ge en aktuell bild av vårdkonsumtion och den utveckling som skett av digifysisk vård inom primärvården under och efter covid-pandemin. Likaså efterfrågades en analys av hur patienter upplever kontakten med primärvården nu efter att livet i samhället, och befolkningens vårdbehov åter börjat normaliseras igen. Utifrån avtalet med SKR bildades på JA ett nytt multidisciplinärt forskarteam med samma projektledare som för det tidigare projektet *Digitala vårdmöten med läkare*. I teamet ingår forskare med gedigen kvantitativ och kvalitativ kompetens, utöver andra stödfunktioner såsom hjälp med transkribering och grafiker För projektet bildades även en referensgrupp (se bilaga 1), i dialog med denna arbetades en forskningsplan fram och projektet har därefter i vardagligt tal kommit att kallas ”*Hur klickar vi med vården?*”.

## Definition av primärvård

Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Från och med den 1 juli 2021 har primärvården en ny definition. Primärvården ska ansvara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, men inte insatser av sådan karaktär som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens (Socialstyrelsen 2021a).

### *Primärvårdens grunduppdrag*

*”Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt”*:

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
- se till att vården är lätt tillgänglig,
- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
- samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
- möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete (Socialstyrelsen, 2021a).

”*Regionerna har det grundläggande ansvaret att erbjuda en god hälso- och sjukvård och tandvård. Kommunerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård för vissa*

*områden. Kommunal hälso- och sjukvård omfattar vård i form av allt från hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel till vård och omsorg för personer i vård- och omsorgsboenden. Även boende med särskild service, dagverksamhet, servicebostad samt ibland även vård för personer som har personlig assistans eller personer som får hjälp via socialpsykiatrin. Men regionen ansvarar alltid för den vård som läkare ger. Regioner och kommuner kan avtala med till exempel ett privat bolag att utföra hälso- och sjukvården eller tandvården.*" (Socialstyrelsen, 2021c).

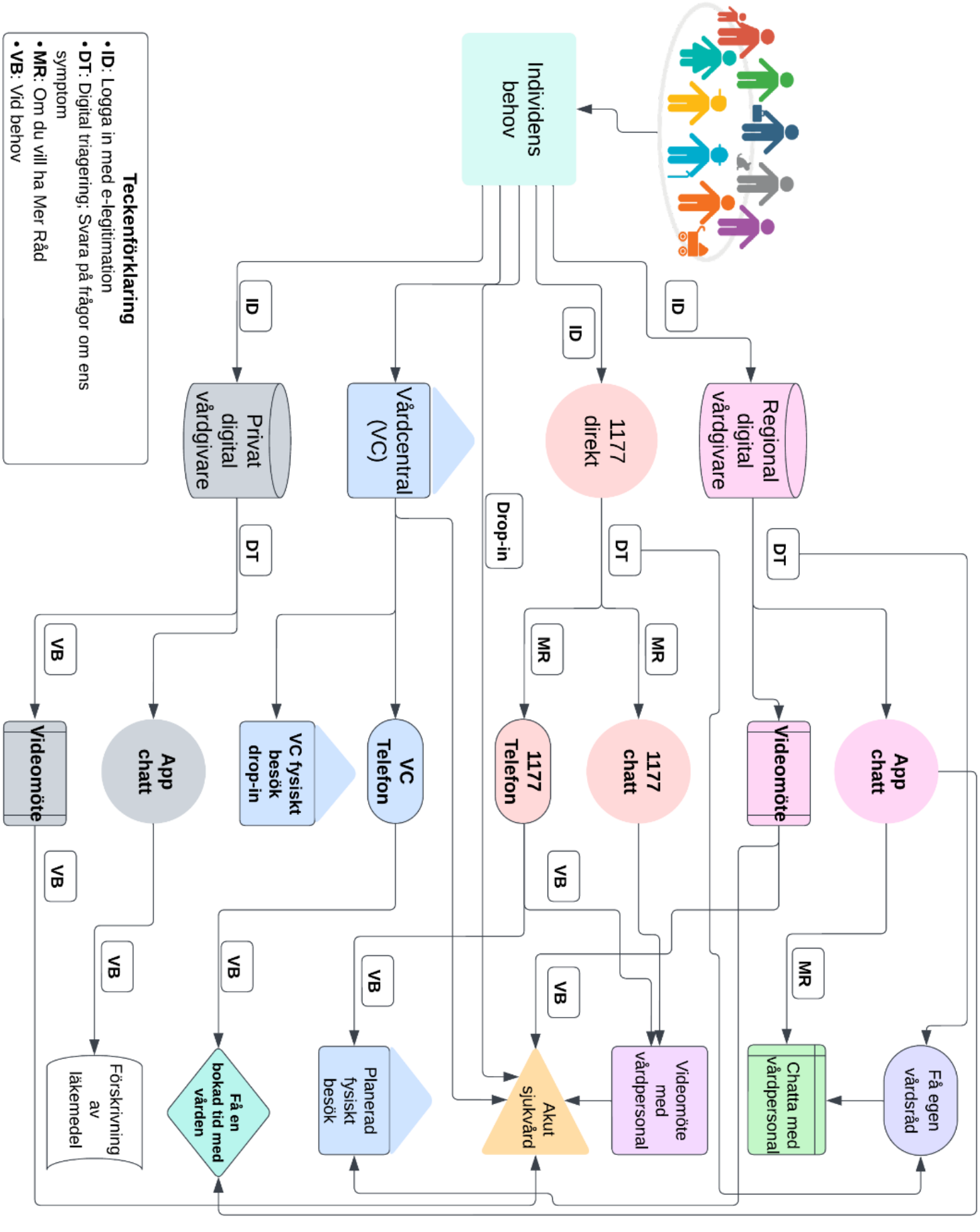
## *Vårdprocesser och kontaktvägar*

I Primärvården och första linjens vård finns idag en mängd olika kontaktvägar och kanaler för den patient som behöver söka vård. Vi har med en grafisk bild försökt demonstrera utbudet av kanaler som förekommer i den djungel som patienter och anhöriga har att välja utifrån, se figur 1. Vårdprocessen startar med individens eget vårdbehov (alternativt ett behov som ett barn eller annan anhörig har). Den första instansen patienter ofta vänder sig till är att de söker råd via nätet på 1177.se eller kontaktar 1177 sjukvårdsrådgivning för samtal och bedömning av en sjuksköterska.

Fortsatt söker majoriteten av befolkningen vård via sin vårdcentral där hen är listad. För att komma i kontakt med vården kan patienten antingen ringa sin vårdcentralens teleQ tjänst och blir då uppringd av en sjuksköterska på en angiven tid. På en del vårdcentraler finns även möjligheten att patienten kan inleda kontakten genom att lägga in sin fråga/ärende i regionens sjukvårds-app. I kontakten till majoriteten av vårdgivare eller för att få tillgång till en digital tjänst som ex 1177 Journalen via nätet ska du legitimera dig med ett digitalt BankID (eller motsvarande) för att få access. Många digitala kanaler går idag via en AI triageringsfunktion. Vårdföretagen har sina egna system exempelvis har Platform 24 och Visiba Care sina egen-designade system. 1177 arbetar med sina bedömningar utifrån ett nationellt beslutsstöd som sjuksköterskorna på 1177 är tränade att använda. (I en artikel som sammanfattar resultat från 19 andra artiklar, till stor del baserad på svenska data, beskrivs processen vid kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning och motsvarande system [Gustafsson & Wahlberg, 2023]).

Utfallet efter denna första bedömning kan antingen bli råd om egenvård, uppmaning att boka ett fysiskt besök på vårdcentral eller akutmottagning. Alternativt går det för patienten att få hjälp med sitt ärende via en digital kanal – en textchatt möjlig att komplettera med fotografier eller ett videomöte. Under senare år har även flera regioner påbörjat implementeringen av 1177 direkt som är en helt chatt-baserad tjänst. Vissa regioner arbetar med en central enhet som tar emot alla ärenden och gör en första prioritering. Om vårdbehovet inte kan lösas där flyttas ärendet vidare till patientens egen lokala vårdcentral alternativt hänvisas till akutmottagning.

**Figur 1. En översiktsbild över några möjliga vårdprocesser och kontaktvägar**



# Etik

Delar av forskningsprojektet ”*Hur klickar vi med vården?”* faller under lagen om etikprövning (SFS nr: 2003:460). Forskningsprojektet är därmed prövat och godkänt av Etikprövningsmyndigheten (EPM) 2022-12-07 (Dnr: 2022-06668-02), som en ändringsansökan relaterad till den etiska grundansökan för forskningsprojektet *Digitala vårdmöten med läkare* (Dnr: 2019-00291) beviljade 2019-01-29. Vi ansökte om ytterligare ändring till Etikprövningsmyndigheten 2023-04-28 som blev godkänd 2023-05-03. Av myndigheten begärd komplettering enligt beslut inkom 2023-05-11. Den senaste ändringen avsåg tillstånd från SCB att den löpnummernyckel som kopplar personnummer och SCB:s löpnummer sparas längre än tre månader samt att data kompletteras med läkemedelsförskrivning.

Patienter som inbjöds att delta som intervjupersoner i den kvalitativa delen av projektet informerades skriftligt via e-mail, eller via fysisk post, se bilaga 3 ”Forskningsetisk information till intervjudeltagare” om forskningsprojektet. Intervjupersonerna informerades om att medverkan i studien inte skulle komma att ha någon påverkan på den vård patienten hade vid tillfället eller i framtiden och att hen när som helst, utan att ange orsak kan avbryta sitt deltagande i studien. Vid intervjutillfället upprepade FG-J informationen muntligt och gav möjlighet till frågor innan informerat samtycke inhämtades och spelades in digitalt.

De kvalitativa data som insamlats genom intervjuer med patienter har hanterats konfidentiellt och avidentifierats av FG-J. Efter intervjun försåg hon ljudfilerna med en unik kod innan de via JU Sharefiles exporterades till en professionell transkriptör. Projektet har via Hälsohögskolan i Jönköping upprättat ett personbiträdesavtal (s.k. PUBA) med aktuell transkriptör. FG-J säkerställde även före analys av de transkriberade texterna att alla data som skulle kunna gjort intervjupersonen identifierbar var borttagen.

Forskargruppen har analyserat patienters kontaktmönster och erfarenheter relaterat till digifysisk vård. Vid analyser av registerdata från primärvård i Region Jönköpings län, Region Sörmland och SCB kopplat till individer har forskargruppen enbart hanterat känsliga personuppgifter i avidentifierad form. Respektive controller i Region Sörmland och Region Jönköpings län har för projektets räkning exporterat individdata till SCB. En behörig handläggare på SCB har pseudonymiserat data genom att ersätta alla personnummer med en forskningspersons id-kod. Detta innebär att all information som skulle kunna röja en personens identitet avkodades före export från SCB till JU Sharefiles (JU:s Citrix-baserade system för säker datalagring).

# Delstudie 1, kvalitativa intervjuer med patienter

## Syfte och vetenskapliga frågeställningar

Det övergripande syftet för denna delstudie är att utforska patienters erfarenheter av fysiska besök, digitala kontakter och vårdtjänster och kombinerad digifysisk regional primärvård.

I intervjuer ombads patienter att dela sina erfarenheter av olika tillvägagångssätt vid kontakter med vården: Har intervjupersonen erfarenhet av att använda digitala vårdtjänster, exempelvis 1177-appen för att läsa sin journal, boka tid eller läsa provsvar, eller varit i kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning? Har hen använt andra appar för sin regions primärvård, chattat med vårdpersonal eller genomfört videomöte? Utifrån denna bakgrund så beskriver resultatet vilka aspekter som patienterna anser angelägna utifrån sina behov av kontakt med vården. Erfarenheter. I diskussionen besvaras tre mer specificerade forskningsfrågor:

1. Utifrån sina erfarenheter hur resonerar patienten om sina val, vad har påverkat om hen valt att genomföra ett fysiskt möte eller tagit kontakt via en digital vårdtjänst?

2. Hur upplever patienten utvecklingen av digifysisk vård med nya arbetssätt/kontaktvägar? Är de värdeskapande? Medför de på något sätt hinder för att vården skall upplevas som trygg, tillgänglig och ha god kvalitet?

3. Hur upplever patienten att hens ärende/vårdbehov har blivit omhändertaget/tillgodosett via fysiskt besök, digitala kontakter eller kombinerad digifysisk vård?

## Kvalitativa intervjuer, metod och material

Resultaten om patienters erfarenheter av kontakter med primärvård är baserade på analys av data från individuella intervjuer (Guest m.fl, 2017). Patienter tillfrågades om deltagande utifrån att de hade haft en aktuell fysisk och/eller digital kontakt med primärvård. Inbjudan till deltagande, d.v.s. rekrytering av intervjupersoner, genomfördes via flera kanaler under tidsperioden februari – juni 2023. Målet var att inkludera ett nationellt urval av patienter, för att möjliggöra detta inleddes samarbeten via forskningsprojektets referensgrupp och även andra kontakter togs både inom offentlig primärvård och privata vårdbolag. Vi hade en intensiv dialog för att hitta en etiskt och juridiskt säker process för hur rekryteringen av patienter skulle gå till vilket resulterade i flera olika tillvägagångssätt (Patel m.fl, 2003).

### *Datainsamling*

All kvalitativ datainsamling är genomförd av FG-J. Med hjälp av Region Jönköpings läns primärvård (Vårdcentralerna Bra Liv) och deras leverantör Visiba Care[2] fick vi möjlighet att i februari 2023 via Visibas digitala vårdplattform informera om studien. När patienten genomfört ett vårdärende via appen Bra Liv nära tillfrågades hen digitalt om hen önskade mer

[2] Visiba Care är det företag som via sin digitala plattform administrerade vårdkontakter för den offentliga primärvården bl.a. i Region Jönköpings län. De arbetar med en digital plattform baserad på en molnbaserad mjukvara, för digifysisk vård inom offentliga och privata hälso- och sjukvårdsverksamheter. I plattformen kan videomöten genomföras, remisser och bokningar hanteras. Företaget har även ett AI triageringsverktyg benämnt Red Robin som är kopplat till ett säkert beslutsstöd.

information om pågående forskning. De patienter som önskade mer information accepterade att deras kontaktuppgifter delades genom att klicka i en ruta. Personal på Visiba Care sammanställde därefter deras kontaktuppgifter i en särskild datafil. I denna registrerades endast personens kontaktuppgifter, namn, telefonnummer samt e-post: FG-J fick därefter via BankID logga in och hämta filen från Visiba Care till JU Sharefile (JU:s Citrix-baserade system för säker datalagring). Ingen känslig information såsom personnummer eller data om personens hälsa eller diagnos delades.

Motsvarande dialog hade FG-J med vårdföretaget KRY vilket resulterade i en process där de via sitt nyhetsbrev i mars 2023 informerade om möjligheten att delta i ett forskningsprojekt. Patienter som visade intresse och önskade mer information fick via nyhetsbrevet en länk till en enkel Esmaker-enkät där hen enbart ombads lämna sina kontaktuppgifter. FG-J kunde då via JU:s Esmaker-konto hämta dessa data till JU Sharefiles för säker lagring.

Avsikten var även att fånga erfarenheter från patienter som företrädesvis använder sig av traditionell primärvård, d.v.s. ringer sin vårdcentral och besöker den fysiskt. För att nå denna grupp har vi haft hjälp av sjuksköterskor i primärvården och i några fall har en privat kontakt tillfrågat personen för att skapa en första kontakt. Därefter har FG-J haft samma informationsprocess som med de patienter som informerats om forskningsprojektet via digitala kanaler.

Så snart kontaktuppgifter blivit tillgängliga har FG-J kontaktat patienten via telefon för att informera om studien. Ett skriftligt informationsbrev skickades parallellt även via e-mail eller post. Patienterna som tackade ja till att delta valde därefter tillvägagångssätt (fysiskt eller digitalt) samt bokade en tid för intervjun som var lämplig för hen. Se bilaga 3, Forskningsetisk information till intervjudeltagare.

### *Urval av intervjupersoner*

I studien ingår intervjuer med 35 patienter (24 kvinnor och 11 män), 21–91 år (medel 54 år). Intervjupersonerna representerar ett nationellt urval; de bor på olika ställen i Sverige; i norr och söder, östkust och västkust, samt i storstäder såväl som i och glest befolkad landsbygd. Några av dem representerar även mer ovanliga livssituationer som en person som är nomad d.v.s. utan fast bostadsort och en annan som lever med skyddad identitet (se Bilaga 4).

Vi har eftersträvat att fånga en bred variation avseende erfarenheter och typer av kontakter med primärvård. Intervjupersonerna har eller hade nyligen haft kontakter med offentligt finansierad primärvård och/eller privat drivna vårdcentraler. I intervjun tillfrågades patienten om hen använder eller har använt digitala vårdtjänster. Majoriteten hade vid något eller flera tillfällen kontaktat 1177 sjukvårdsrådgivning och är användare av digitala vårdtjänster och olika appar (d.v.s. digitala program som tillhandahåller tjänster som är tillgängliga via telefoner, surfplattor eller datorer). De vanligaste apparna var 1177 och regionernas egna, exempelvis Vårdkontakt direkt (Region Sörmland) Närhälsan Online (Region Västra Götaland), Bra Liv nära (Region Jönköpings län), Alltid Öppet (Region Stockholm), Min vård Gävleborg (Region Gävleborg), Hälsodigitalen (Region Västerbotten), Digital Vårdcentral Halland, 1177 Skåne m.fl. Många av intervjupersonerna har/ eller har haft samtidiga kontakter med specialistvård.

Ett antal av dessa personer har även delat med sig av sina erfarenheter av vårdkontakter för andras räkning, såsom vårdnadshavare för minderåriga barn, äldre släktingar, vänner eller när

de gett stöd till andra patienter utifrån sin egen professionella roll i yrkeslivet. Tre av intervjupersonerna är utlandsfödda och en av dem hade svårighet att läsa svenska där visst stöd av tolkhjälp behövdes vid inhämtande av informerat samtycke för deltagande i studien. I intervjun har efterfrågats om personen vill dela information om vilken professionell tillhörighet hen har, eller har haft, och uppfattningen om sin IT/teknik förmåga. Syftet med detta var att få en variation av ”yrkesbakgrund” men även att få en uppfattning om personens erfarenhet och upplevelse av att hantera olika digitala tjänster.

Efter ca 20 intervjuer var genomförda började vi se återkommande teman framträda i intervjuerna (t.ex, tillgänglighet, ansvar, kontinuitet, trygghet). Många av intervjupersonerna vi inkluderat dittills var medelålders, boende i tätort och förhållandevis välutbildade. Vi beslöt att för att få en rikare variation i data att söka efter patienter som hade andra förutsättningar. Exempel på detta var boendeort, vi saknade patienter från norra delen av Sverige, unga patienter, småbarnsföräldrar och fler patienter med olika etnisk bakgrund. Varpå de 15 intervjuer som genomfördes därefter är med patienter vi fått kontakt med via andra kanaler än de första 20. Här fick vi hjälp att hitta patienter att tillfråga om deltagande via sjuksköterskor på en vårdcentral, privata kontakter och företaget Blodtrycksdoktorn.

### *Intervjuernas genomförande*

Under planeringen av projektet och till etikansökan utarbetade FG-J en tematisk intervjuguide vilken gemensamt diskuterades och modifierades av forskarteamet. Datainsamlingen inleddes med 3 testintervjuer. Dessa samtal med patienter gav ytterligare vägledning om hur frågorna bäst skulle formuleras och ordningen på dessa (i enlighet med Leon m.fl, 2011). Se bilaga 5, Intervjuguide. Intervjuerna genomfördes utifrån intervjupersonens preferens som videomöte i Zoom, ett telefonsamtal eller fysiskt med digital inspelning via iPhone som säkrades med dubbel autentisering. Samtalen inleddes med att intervjuaren FG-J muntligt upprepade syftet med intervjun då det i vissa fall gått några dagar sedan tiden bokades. Information delgavs om att inspelning av samtalet påbörjades samt att den information som intervjupersonen delade med sig av, som skulle kunna spåras till hen som person, skulle komma att avidentifierades före analys och resultatpresentation. Personen fick vidare information om att materialet skulle utgöra underlag för en forskningsrapport till uppdragsgivaren SKR och användas nationellt till fortsatt forskning och förbättringsarbete av vården. Därefter inhämtandes informerat samtycke vilket även detta spelades in digitalt och forskningsintervjun startade. Intervjuerna varade 21–83 minuter (medel 44 minuter, totalt består intervjumaterialet av ca 25 timmars inspelade data). De digitala ljudfilerna sparades av intervjuaren på JU Sharefiles med en intervjupersonkod. Via JU Sharefiles hämtade en professionell transkriptör ljudfilerna, skrev ut data till text och laddade upp dessa filer på samma plats för fortsatt analys.

### *Tematisk analys av intervjutext*

Analys av data påbörjades direkt vid första intervjun i februari och har därefter pågått parallellt med att nya patienter inkluderats och vi fått dessa intervjuer transkriberade till text. Huvudansvarig för analysen av de kvalitativa data var FG-J och YM. De tre testintervjuerna gav viktig information varpå vi beslöt att även inkludera dessa data i studien. Intervjudata består av 380 sidor text. Dessa är analyserade i enlighet med de sex stegen som ingår i en tematisk analys så som den är beskriven av Braun och Clarke (2006; 2022; 2023). Steg 1:

Inledningsvis gjorde vi en grundlig genomläsning av varje intervju för att bli bekant med data och få en känsla för helheten. I steg 2 genererades initiala koder på ett systematiskt sätt från data-materialet för att hitta intressanta citat i relation till varje kod. Vi såg då att urvalet av intervjupersoner behövde breddas för att göra materialet mer variationsrikt och bidra med ytterligare perspektiv. Detta medförde att vi efter den 20:e intervjun var noggranna med vårt strategiska urval för att hitta patienter att fråga om deltagande, så vi kunde inkludera patienter med annan bakgrund. Exempelvis sökte vi kontakt med fler yngre mycket digitalt vana patienter och ytterligare några äldre vars erfarenhet främst bestod av att använda mer traditionella tillvägagångssätt för att nå vården, såsom telefon med sjuksköterska och fysiska besök på vårdcentral. Detta resulterade i en större variation av utsagor. Därefter, i steg 3, slog vi samman koderna till 5 teman vilka framträtt under analysen. Dessa presenterades för projektets referensgrupp och diskuterades i forskarteamet. Under steg 4 sammanställde vi resultatet, granskade och modifierade teman. I arbetet inspirerades vi av en tidigare studie av patienters erfarenheter av digitala vårdmöten i vilken identifierade teman illustrerats med hjälp av grafiska bilder (Gabrielsson-Järhult m.fl, 2021).

Patienters erfarenheter kan definieras som patienters upplevelser av vården och som ‘feedback’ (återkoppling) från patienter om dessa upplevelser (Ahmed m.fl, 2014). Patienters erfarenheter är integrerat knutna till principerna och praktiken för patient- och familjecentrerad vård och därmed inbäddat i patienters erfarenheter är fokus på individualiserad vård och skräddarsydda tjänster för att möta patienternas behov och engagera dem som partners i deras vård (Wolf m.fl, 2014).

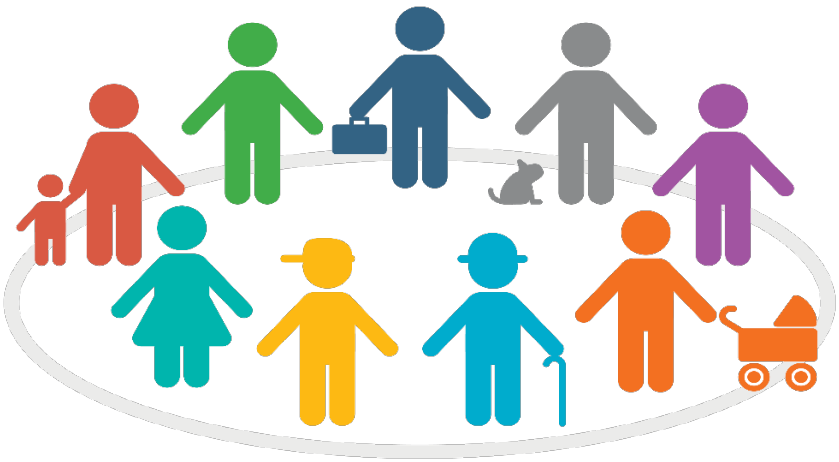
I denna studie inspirerades vi att skapa nya bilder för att gestalta de teman vi nu såg i analysen. I steg 5 definierade vi och namngav teman. I denna fas arbetade vi nära en grafiker som utifrån våra resultat skapade de bilder vi önskade och i denna analysprocess framkom ytterligare ett tema. Utifrån våra intervjudata data skapade vi i detta steg ett antal ”personas” (Bartels m.fl, 2023; Nielsen, 2019), d.v.s. fiktiva personer som representerar dem som intervjuats och deras svar. Det är alltså inte en riktig person utan en påhittad person som byggs upp med hjälp av information och data. I det 6:e steget skrevs resultaten samman och citat som kunde exemplifiera teman valdes ut. Slutligen diskuterade FG-J och YM dessa för validering och övriga i forskargruppen (SF, SK och IK) gav återkoppling på resultatet. Analysen var därmed avslutad.

# Resultat kvalitativa intervjuer med patienter

## Introduktion om hur intervjustudien med patienter är genomförd

Resultaten som presenteras här nedan är baserade på semistrukturerade kvalitativa intervjuer med 35 patienter runt om i Sverige vilka genomfördes februari-juni 2023. Syftet var att utforska patienternas erfarenheter och tankar om kontakt med den regionala primärvården.

*Vilka är de, intervjupersonerna, människorna som har kontakt med primärvården?*



Kort information till dig läsare som inte tagit del av den mer detaljerade metodbeskrivningen för den kvalitativa studien för att du ska förstå urvalet av ”vilka människorna är” som deltagit i intervjuerna. Patienter är inkluderade utifrån en så stor variation som möjligt avseende en rad olika faktorer: exempelvis orsaken, d.v.s. behovet som medfört att de kontaktat vården. De flesta av intervjupersonerna har någon gång sökt för akuta symtom eller skador. Andra har beskrivit sina erfarenheter av vården när de haft behov av kontinuitet p.g.a. mer komplexa eller kroniska fysiska och/eller psykiska hälsoproblem och sjukdomar. De beskriver erfarenheter av att söka vård vid olika tidpunkter på dygnet: kontorstid och jourtid, nätter och helgdagar. De har stor variation avseende ålder, kön och livssituation som människor: några är studenter, andra är medelålders, somliga av dem är sjukskrivna, andra mitt i en hektisk vardag med ansvar för småbarn eller tonåringar. De senare beskriver erfarenheter av ”sandwichproblematiken” (Brody, 1981; Miller, 1981; Ulmanen, 2016), d.v.s. att vara mitt i livet och behöva koordinera kontakter för både sina egna och barnens behov, ibland även i kombination av att ge stöd till äldre föräldrar eller släktingar.

Intervjupersonerna representerar livet i storstad/tätort, boende på landsbygden, och bor i landets alla väderstreck. Vi återkommer till deras upplevelser av hur detta påverkar deras tillgång till vård. En intervjuperson levde som nomad utan fast boendeort, en annan med skyddad identitet, detta ger annorlunda förutsättningar för hur deras kontakter med vården fungerar. De har olika yrkeslivserfarenhet, några är ännu precis i början av sin karriär, andra är pigga pensionärer. Några få intervjupersoner är ”äldre-äldre” med flera sjukdomar och funktionsnedsättningar som påverkar deras situation.

## Resultat från intervjuer

Analysen av intervjudata presenteras här som sex övergripande teman. Dessa teman är inte redovisade som strikt ”skilda” från varandra då flera av de aspekter som de speglar är beroende av varandra och därmed påverkar den erfarenhet som intervjupersonerna har beskrivit. Under respektive tema ges en sammanfattad beskrivning av patienternas erfarenheter av kontakter och besök med primärvården. Detta är exemplifierat med citat där vi har valt att presentera intervjupersonernas utsagor vid det tema som det främst belyser det sagda. Intervjupersonen representeras av ett IP-nr, kön och ålder.

*Teman:*

Tema 1. Tillgänglighet

Tema 2. Digital kompetens

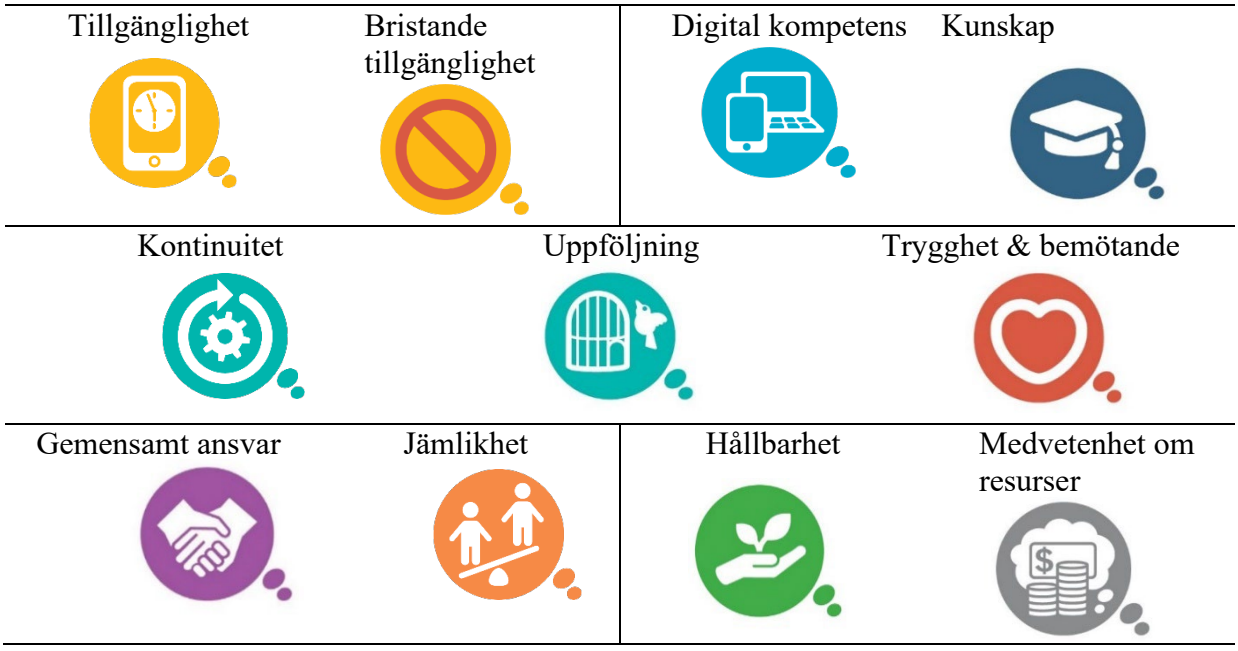
Tema 3. Kontinuitet & uppföljning

Tema 4. Trygghet & professionellt bemötande

Tema 5. Gemensamt ansvar för hälsan & jämlikhet

Tema 6. Hållbarhet & medvetenhet om resurser.

**Figur 2. Grafiska symboler för teman**




### *Tema 1. Tillgänglighet*

I detta tema presenteras resonemang om de olika faktorer (som t.ex. geografiskt läge, ‘särskilda omständigheter’, eller ‘vissa förutsättningar’) som påverkar tillgängligheten av och tillgången till sjukvård och vård.

Intervjupersonerna (IP) beskriver att deras behov av vård kan vara av väldigt olika karaktär. Det påverkas av om hälsoproblemet upplevs som akut, eller om det är något som inte upplevs så allvarligt eller brådskande. Exempelvis behov av ett förnyat recept eller ett sjukintyg. En del av patienterna har behov av en kontinuerlig kontakt för ett mer långvarigt eller kroniskt sjukdomstillstånd. Erfarenheterna av hur det är att som patient söka kontakt med vården är mycket varierande, numera finns det en djungel av olika kanaler och tillvägagångssätt. Här presenteras hur tillgänglig vården upplevs vara via traditionella kontaktvägar som telefon, jämfört med appar och digitala vårdtjänster. Intervjupersonerna delar även vad som påverkat deras val av tjänster de använder vid olika tidpunkter och av olika orsaker.

**Val av kontaktsätt utifrån tillgänglighet**

Patientens upplevelse av att använda digitala vårdtjänster påverkas av vilken tidigare vana hen har av att hantera tekniska lösningar. Den digitala kompetensen påverkar upplevelsen av om digitala tjänster bidrar till ökad tillgänglighet och huruvida de är värdeskapande eller inte. Majoriteten av intervjupersonerna beskriver sig som mycket eller relativt ”IT- teknik vana” och ser utvecklingen av olika digitala tjänster som ”förväntad” i och med att hela samhället blivit alltmer digitalt. Längre fram i resultatet kan du i tema 2. ”digital kompetens”, ta del av ytterligare aspekter som handlar mer specifikt om patienternas egen förtrogenhet, möjligheter och hinder för användandet av digital teknik. I intervjuerna framkommer att det inte är enbart de äldre-äldre utan även yngre patienter som fortsatt föredrar att använda vårdcentralernas traditionella kontaktvägar såsom telefon (för rådgivning av sjuksköterska) och fysiska besök.

*” Då ringer jag på morgonen och så får man en telefontid sen så att de ringer upp. Om man inte ringer på måndagar för då är alla tider slut på 5 sekunder så att jag håller mig till de andra dagarna.”* (IP5, kvinna, 61)

*”Hur jag kontaktar vården… beror lite på vad det är och lite när skulle jag också vilja säga. Är det på en vardag kanske det ibland är smidigare att ringa direkt, men det beror ju också på vad det är man söker för. Vissa saker kan kännas som att det är enklare att ta på telefon. Det blir väldigt omständligt att skriva, men om det är nåt enkelt så kan det vara smidigt att bara skriva, behöver vi söka kontakt för det här? Är det på helgen så kan det ju ibland vara smidigt att skriva i chatten. Om man ringer så får man ju oftast prata med en sjuksköterska så som det brukar vara. Så gör ju hon bedömningen om man behöver söka vård eller inte. Och om man kontaktar via chattfunktionen så brukar man få svar av sjuksköterska också som också talar om man behöver söka vård eller inte. I båda fallen så brukar man ju få kanske något råd. Kontaktar man på morgonen så får man ju oftast svar. Kontaktar man på eftermiddagen så kan man ju bli uppmanad av att söka kontakt igen dagen efter för det finns inga tider kvar och då finns ju möjligheten att jag skriver i chatten.”* (IP28, kvinna, 48 år)

En del patienter upplever att vårdcentralens tillgänglighet på telefon är begränsad och använder hellre de digitala tjänster som står till buds. Svårigheter att nå fram till vården uppfattas även bero på den egna livssituationen och på hur vården där personen bor är organiserad. Ett dilemma är att *vården har inte alltid tid* för patienten *när patienten har tid* att prata med vården. Det kan även vara svårt att avgöra vilken kontaktväg en ska välja som patient.

*”För det är svårt det här med att få läkarvård. Först ska du ringa upp till vårdcentralen. Sen ska de ringa tillbaka till dig. […] Har du jobb och så här vidare så vet du inte vilken tid du blir uppringd så du måste liksom inordna dig på ett sätt som är väldigt besvärligt.”* (IP10, kvinna, 55 år)

*”Så det kan bli väldigt jobbigt i det här ”kontakta mig formuläret” i 1177 upplever jag kan vara frustrerande ibland. […] jag som har två barn med diverse vårdbehov och jag själv har mycket vårdkontakter så jag kanske inte alltid har tid och ta ett samtal och framför allt inte på arbetstid den tiden jag är där eller så är jag och hämtar barn eller så är det nånting annat som pågår.”* (IP24, kvinna, 34 år)

Patienter som har frekventare kontakt med vården upplever sig ofta har god kunskap, de har lärt sig genom att pröva sig fram i olika kanaler hur de ska göra för att nå fram.

*“Just att det finns tid och ha onlinemöten så man känner att man får prata med nån på riktigt liksom och berätta lite mer om problemen för ofta när man chattar så är det väldigt korta och enkla svar* (IP32, kvinna, 22 år)

*“Idag har vi väldigt många vägar att välja på jämfört med tidigare och det är jag medveten om. […] det kan ju vara förvirrande med många vägar också.”* (IP6, kvinna, 41 år)

Andra har mer sporadiska kontakter och saknar rutin på vad som är bästa vägen för olika ärenden.

*”Jag är 63 år. Har inte haft så himla mycket kontakt med vården egentligen men de få gånger man har det så blir man alltid irriterad. […] Om det inte är akut går jag in på 1177 och begär en tid då, det funkar ju ganska bra.”* (IP29, kvinna, 63 år)

**Olika tillgänglighet i olika delar av landet**

Tillgängligheten upplevs vara ett bekymmer som även kan vara relaterat till var i landet patienten bor. Intervjupersonerna som bor ute på landsbygden alternativt i mindre tätbefolkade orter beskriver sig som att de är missgynnade när det gäller tillgång till fysisk vård. Det finns en besvikelse över att personens geografiska läge kan avgöra tillgången till hälso- och sjukvård”.

*"Vi som bor i periferin, vi vill bli lika behandlade som andra... bor jag i en utkant som det här så har man inte ens några fasta läkare.” [önskan om att ha kontakten med sin fysiska vårdcentral]* (IP1, kvinna, 73 år)

*”Just på landsbygden så tycker jag det [utbudet på vår vårdcentral] är lite smalare och det är liksom lite […]. Just det här att få en tid och få det att passa in så jag har tyckt att just online har varit väldigt smidigt.”* (IP4, kvinna, 30 år)

*”På vårdcentralen har de bara hyrläkare nu. Det finns ingen fast läkare kvar. Det blir ju fel behandling så för mig är det jätteviktigt att ha samma läkare.”* (IP10, kvinna, 55 år)

**Speciella förutsättningar vid kontakt med vården**

Primärvården har ett omfattande uppdrag och definieras som ”hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper”. Språkkunskaper är fråga som kan ha inverkan på patientens möjligheter och förmåga till att ha kontakt med vården.

*”Jo jag har haft tolk och så ibland mina barn följer med. Intervjuaren (I): När du får information på posten såna här brev? IP: Tar kort, skickar sen [foto med mobiltelefonen till något av barnen] förklarar de till mig.”* (IP33, kvinna utlandsfödd, 51 år)

I samhället finns patienter som lever under speciella omständigheter. Exempel på detta som är en intervjuperson som beskrev hur det är att kontakta vården när du lever med skyddad identitet.

*”I: Hur gör du då om du ska komma i kontakt med vården? IP: Jag måste ju ringa eftersom jag är skyddad. Jag kan inte göra nåt. Jag kommer inte åt min journal eller nånting. I: Du kan inte läsa den heller? IP: Nej. I: Men om du söker för henne [dotter på 1 år] skriver du in dig som kontaktperson då eller skriver du hennes personnummer. […] Det ser de direkt när jag har knappat in tecknen på [dotterns namn] personnummer. […]om man ringer ibland och behöver hjälp så kan det vara att de blir rädda och de vet inte hur de ska [agera] för de vet inte om det är jag som pratar eller det är nån annan. Så då brukar de säga, men vi återkommer. Hej då och så klickas det. De får lite panik. I: Men ringer de tillbaka till dig då eller? IP: Ja ibland. I: Men inte alltid? IP: Då ringer jag igen.”* (IP34, kvinna, 21 år, ensamstående mamma som lever med skyddad identitet)

En annan lite ovanligare situation för hur det går att lösa sina kontakter med vården beskrev en kvinna som inte hade någon fast bostadsort utan levde som nomad, hon och hennes pojkvän bodde i varsin husbil och åkte runt lite varstans i Sverige.

*”I: Har du nån fast vårdcentral eller hur funkar det när man bor så där som du gör? IP: Men jag bor ju i bilen så jag bor ju lite överallt för jag är nomad. [..]jag behöver ju väldigt sällan hjälp med nånting, men de få gånger jag gör det så det går att lösa där man är och framförallt nu när det finns privata alternativ.”* (IP21, kvinna, 51 år)

**Kontakt med vården under covid-pandemin**

Intervjupersonerna tillfrågades om hur deras kontakter med vården påverkats av covid-pandemin. Här framkom flera positiva effekter exempelvis att de upplevt en ökad tillgänglighet till fysiska besök på vårdcentralen. Annat som upplevts som positivt var att den offentliga primärvården vården snabbt ställde om till nya arbetssätt med digitala tjänster där patienterna själva kunnat boka tider för vaccination och provtagning. Likaså att genom att de ”tvingats” lära sig använda videomöten i andra sammanhang så blev det även något som de börjat använda för vårdkontakter. Möjligheten att se varandra under samtalet upplevs göra kommunikationen bättre. De digitala tjänsterna medförde även att patienterna inte behövde utsätta sig själv eller andra för smitta, extra viktigt för dem som redan innan sa sig ha ett nedsatt immunförsvar”.

*"Det som var bra var att det inte var så många på vårdcentralen då, utan man fick ju komma dit direkt. Många vågade ju inte ens gå till vårdcentralen så de stannade hemma då. Så det var ju mer tillgänglighet under covid skulle jag säga än det har varit tidigare och vi har ju inte varit oroliga liksom för att gå ut och sådär va."* (IP18 man, 66 år)

*”Sen kom ju också den här Bra Liv nära-appen ut under pandemin så det använder vi mycket. Alltså videosamtal då fast via regionen då istället."* (IP 24, kvinna, 34 år)

*"Man har lärt sig nu under den här Teams, Zoom och Skype-eran som vi har haft sen pandemin då. Att jag då i jobbet ringer ju hellre på Teams och pratar med folk än att ringa på telefonen för jag tycker det är mycket trevligare. Det blir en annan typ av samtal när man kan se varandra än när man bara kan höra varandra."* (IP20, man, 65 år)

*”Jag tycker det är ju fantastiskt nu när vi har haft pandemi och med alla smittor som har funnits här så är det ju så mycket bättre [med videomöte] än att man sitter däruppe i ett väntrum som är överfullt faktiskt och sprider smitta på det viset mot att sitta hemma som vi gör nu i mitt vardagsrum och dricker kaffe och så".* (IP10, kvinna, 56 år)

## *Tema 2. Digital kompetens*

I detta tema presenteras resonemang om vikten av IT-kompetens för att ge trygghet och förtroende för patienter att använda digitala sjukvårdstjänster.

### Motiv för valet att kontakta vården digitalt eller fysiskt

Intervjupersonerna beskrev olika motiv för att söka vård via digitala kanaler eller tjänster. I många fall handlade det om bristande tillgänglighet hos den ”ordinarie vårdcentralen” som patienten var listad hos alternativt att återkopplingen från denna tog för lång tid.

*”Kontaktade vårdcentralen [listad på en privat vårdcentral] och sa att jag skulle vilja komma och prata med er för jag behöver få hjälp att sova. Då så hänvisade de mig till nån annan som i sin tur hänvisade mig till en tredje och där nånstans tänkte jag nu skiter jag i det så ringde jag [namn på privat företag som erbjuder digital läkartjänst] istället och så var saken avklarad på 2 minuter.”* (IP17, man, 48 år)

### Teknisk kunskap möjliggör val av digitala tjänster

Av de yngre äldre intervjupersonerna har majoriteten använt datorer i sitt yrkesliv och denna patientgrupp har i allt ökande omfattning börjat använda digitala tjänster, de flesta använder BankID. De beskriver möjligheten att använda appar från olika vårdgivare, läsa journalen och annan information på 1177.se och använda videomöten när så behövs.

*”Annars så det är ju smidigt och enkelt. De gångerna jag har kommit i kontakt så tycker jag det är lätt... skickat bilder och fått tider den vägen så det har också varit smidigt när man har skickat iväg.”* (IP2, man, 70 år)

*”Det var ett videomöte, ja och hon [distriktsläkaren] var otroligt effektiv. Nu hade jag ju skrivit mycket om mina besvär så att säga redan i chatten innan jag kom fram ju och hon ställde frågor, adekvata frågor och jag svarade på ett adekvat sätt… Jag tycker appen var jättebra.”* (IP1, kvinna, 73 år)

### IT kompetens och teknik vana – en generationsfråga

Skepticism kvarstår hos en del äldre och äldre-äldre till digital teknik och de är fortsatt den patientgrupp som i väldigt liten omfattning ”drar nytta av” eller upplever sig ha möjlighet att använda digitala tjänster. De beskriver att när de behöver kontakt med vården så gör de som de alltid gjort de ringer sin vårdcentral och pratar med en sjuksköterska.

*”Jo men jag tror inte att det fungerar så bra i 77-årsåldern för det här med dator och det här vet du att man ska gå in i olika länkar och det. Det fungerar egentligen inte om du inte har rätt hjälp inom den familj eller inom de närmaste.”* (IP23, man, 77 år)

*” Jag ringer och sen motringer de och det brukar gå ganska snabbt eller väldigt snabbt ibland. Efter 10 minuter ringer nån sjuksköterska som undrar vad jag vill. I: Men skulle du*

*vilja att de hjälpte dig och förklara mer om det här hur det fungerar med de som använder appar och skriver in och sådär? IP: Nej, inte intresserad."* (IP12, kvinna, 91 år*)*

Trots att digitala alternativ har visat att de kan vara till hjälp i många fall och allt fler patienter uppskattar och använder dem till sin fördel så gäller det uppenbart ännu inte för alla. Och detta är inte bara relaterat till patienters vilja att använda dem. Det är en fråga om vem som kan och vem som inte kan använda sådana tjänster. Det finns många människor som inte har så stor vana eller erfarenhet av den snabbt utvecklande tekniken och inte kan dra fördel av sådana lösningar. Det är med andra ord inte alla som har behov av primärvård som kan använda de digitala lösningar som redan nu finns tillgängliga. Det gör att det är en del patientgrupper som riskerar att lämnas utanför systemet som går i riktning mot att allt blir mer digitaliserat. En kuggfråga för att patienter ska kunna använda digitala vårdtjänster är möjligheten att kunna identifiera sig med ett elektroniskt id/ BankID vilket det ibland finns motstånd mot, både hos patienten och ibland även hos anhöriga. Vice versa finns anhöriga som är frustrerade för att de inte kan hjälpa sina äldre anhöriga med praktiska ärenden som bara kan lösas om en har BankID.

### IT- säkerhet

Ibland, även om patienterna kan använda tekniken, litar inte alla på den; en rädsla när det gäller att använda digitala verktyg och tjänster – BankID och motsvarande E-legitimationer. Det finns en rädsla för att bli lurad på något sätt. Det finns alltså en viss grad av otrygghet när personer använder teknik. Detta framkom som en aspekt främst hos äldre patienter, flera av de yngre intervjupersonerna som hade äldre släktingar lyfte fram att denna otrygghet kunde medföra att personen inte söker vården trots behov.

*"Nej, ett av bekymren för en del äldre har ju inte ens ett BankID […] Man är rädd för att ha sån här BankID. […] det är heller inte första gången jag stöter på det att barnen är rädda att ge sina äldre föräldrar möjlighet att använda BankID utan då vill de hellre sköta om det där själva åt mamma."* (IP2, man, 70 år)

*"Jag tror att det funkar jättebra där du har med yngre människor men som t ex min mamma och sambo. [..] Det fungerar ju inte för den generationen skulle jag vilja säga eller den generationen som har valt att inte vilja engagera sig i tekniken... Ja och de är jättefrustrerade för att vissa saker t ex då när det var covid och vaccinering och så eller oavsett så allting ska ju göras via nätet och de kan inte. Så de är jättefrustrerade och så får man försöka hjälpa dem, men det går ju inte heller för de har inga BankID så du vet det blir ju."* (IP13, kvinna, 52 år)

### Utvecklingsmöjligheter för digitala tjänster

Även om många av intervjupersonerna var positiva till utveckling och införandet av digitala tjänster så framfördes en del kritiska synpunkter om att flera av de digitala tjänster de använt. Upplevelsen är att där finns en klar förbättringspotential utifrån hur användarvänliga alternativt komplicerade de är. Ett exempel är att en del appar inte tycks vara utvecklade för att använda i en vanlig mobiltelefon trots detta är det vanligaste alternativet för patienterna.

*"Telefonen har ju sin begränsning i att du ska swipa... orkar inte swipa hela vägen och längst ner så står det när jag ska vara där"* (IP2, man, 70 år)

*”De gör ju om hela tiden [i appen 1177] och det är svårt att hitta där fast man är en ganska van IT användare. [..]…jag har en granne. Hon fyller 80 här snart och hon har både liksom en iPhone och hon har en padda och hon har en Apple-dator och är väldigt ..tech för att vara så pass gammal ändå. Hon har också jättesvårt liksom att hitta svar där [i appen 1177] och så här. Så det skulle man verkligen kunna förenkla deras liksom hur man använder sig av deras hemsida.”* (IP29, kvinna, 63 år)

*”Ja, det enda sättet för mig att komma i kontakt med min diabetessköterska är ju att lägga ett ärende i 1177. Förr kunde jag maila henne […] Så nu måste jag lägga det här på 1177 och så blir det ibland att hon går in och svarar, men så kan jag typ inte svara i det fast hon kanske har ställt en fråga eller jag vill skriva nånting mer*. (IP24, kvinna, 34 år)

## *Tema 3. Kontinuitet & uppföljning*

I detta tema presenteras resonemang om vikten av kontinuitet och uppföljning för patientens upplevelse av trygghet och tillfredsställelse av vård och omsorg.

### God relation ger medicinsk trygghet

En förutsättning för att känna sig trygg är att det ges tid för att kunna skapa en relation till sin vårdgivare. Enklast är detta genom att ha kontinuitet i kontakterna, d.v.s. få möta samma vårdpersonal eller läkare. Om det inte går är minimikravet att de professionella har tillgång till patientens journal och har tagit sig tid att läsa den. Detta både för att patienten ska slippa upprepa sin sjukdomshistoria men även utifrån medicinsk säkerhet. D.v.s. att den nya ”kontakten” skall ge rätt behandling och känna till särskilda behov som patienten har. Exempel på detta kan vara läkemedelsallergier eller mer ovanliga sjukdomstillstånd.

*”Jag har haft mycket kontakt med vården jag är kroniskt sjuk sedan jag var 25. […] Nu har jag haft samma distriktsläkare i 15 år [jag har följt med när han har bytt arbetsplats]. Vi har digitala möten sedan 8-9 år. Jag är väldigt infektionskänslig har dåligt immunförsvar. Tidigare har jag alltid fått åka in till sjukhuset. Men nu är jag inte alls inlagd lika mycket. Alltså jag har flera sjukdomar och för mig att komma till en ny läkare varje gång det fungerar inte…jag har provat i omgångar om jag säger så. De har ju inte kunskapen. De vet inte vem du är. De ser bara mängder med mediciner och sjukdomar de inte ens vet vad det är för de hinner inte läsa det. Och det är så mycket information så du hinner själv inte ge det alltså det där med att hoppa från läkare till läkare det blir fel. ([...] Jag har en hel bok med mig, och om de* inte *hinner [ta del av journalen] så kan det i stället för behandling bli direkt farligt.”* (IP10, kvinna, 55 år)

Möjligheten till kontinuitet i vårdkontakter beskrivs skapa trygghet, allra bäst om patienten har möjlighet till kontakt med samma personal. Om detta inte är möjligt så är den skriftliga dokumentationen en viktig brygga för att patienten ska uppleva att hens behov tas om hand på ett säkert sätt. Det majoriteten av intervjupersonerna lyfter fram är när vårdpersonalen inte haft tid att sätta sig in i deras sjukdomshistoria utan att de ombeds att upprepa sådant de redan framfört i tidigare kontakter. Detta upplevs som resursineffektivt för båda parter och i vissa fall även en risk för att patienten ska få felaktig bedömning och behandling.

*”Det är nog [kontakten med vårdcentralen] både väldigt bra och mellanbra kanske. Jag har varit t ex hos en doktor och då har man haft ett bra besök. Fått bra kontakt, bra med tid. Sen är det som att det är, ja tack hej då. Sen kommer man inte igen. De vill inte så gärna att man ska komma tillbaka. Det är där att man ska träffa en ny läkare. Då får man dra allting en gång till. Det är ju så med många saker som en del hänger ihop med det andra och du känner att då ska man ta det igen.”* (IP22, kvinna, 74 år)

*”Jag har träffat tre olika läkare via videochatt. Alla tre var fantastiska tycker jag. Jag kände mig trygg. Jag kände mig bra. De var snälla. De bryr sig om mig. De var jättesnälla så jag var jättenöjd. [..]Det känns också fantastiskt att vi kan ha kontakt med läkare [via regionens online tjänst] lördag och söndag så det var jättebra.”* (IP9, kvinna, 58 år)

**Brist på kontinuitet leder till frustration och känsla av utsatthet**

Intervjupersonerna beskriver att bristande kontinuitet både är psykiskt påfrestande, irriterande och påverkar hälsan negativt. Önskan finns om att få ha kontakt och träffa personal som vet vem en är men många har erfarenheter av att det inte är så primärvården fungerar.

*”Man känner sig så utsatt. Jag hatar och dra det ordet, men ja man känner sig väldigt utsatt att hela tiden träffa nya läkare återigen bara berätta och berätta och ge av sig själv och vissa dagar orkar man egentligen inte det. [..] jag har ju haft en sjukskrivning sen 2 år snart tillbaka som blir förlängd då och jag träffade nyligen min nionde läkare... det har ju varit fruktansvärt jobbigt speciellt under en långtidssjukskrivning i utmattning då. Då ska man varje gång man träffar en ny läkare och ska göra liksom en bedömning eller jag vill ju att läkaren ska göra en bedömning hur vida jag kan börja jobba.”* (IP24, kvinna, 34 år*)*

*”Ja, det är en väldigt hög personalomsättning. Jag har besökt dem några ggr per år de här åren jag bott här och aldrig haft samma läkare.”* (IP19 kvinna, 70 år)

*”Och det spelar inte så stor roll om man är listad för man får aldrig komma till sin husläkare i alla fall. När jag kontaktar vårdcentralen bestämmer ju den som bokar tiden vem jag får träffa så är det något som ligger långt fram i tiden lite allmänna krämpor såhär. Då fick jag faktiskt träffa husläkaren för första gången sen jag blev listad hos henne för 10 år sedan, annars får man ju bara en tid liksom och […] då får man träffa nån random läkare som har lite akuttider.”* (IP29, kvinna, 63 år)

**Önskar uppföljning**

En annan aspekt av kontinuitet som intervjupersonerna resonerar om är behovet av uppföljning av kroniska sjukdomstillstånd. Ansvaret för att uppföljning blir av upplevs ofta hamna på patienten själv. Önskemålet är att en överenskommelse ska kunna höras med vården när och hur uppföljningen ska genomföras och att vården delar ansvaret både för att denna blir av och att återkoppling av resultaten sker till patienten utan påminnelser från hen.

*”Ja har väl haft högt blodtryck i alla fall 15 år och har väl inte riktigt fått nån uppföljning på vårdcentralen […] Så det var väl också en av anledningen till att man sökte [privat läkare] för att då vet jag. Jag kände att där får jag ändå den här kontinuiteten och nu känner jag mig ganska trygg med dem också. Jag skulle inte byta ut dem mot att börja på vårdcentralen igen. [..]den största fördelen är ju att jag ser att det blir en uppföljning. Att de kollar och följer upp. […] För jag menar på vårdcentralen så då var det ju jag som fick vara den drivande för att överhuvudtaget de skulle kolla det åt mig.”* (IP25, man, 57 år)

Andra beskriver erfarenheter av att sköta sin vård hemma med stöd av digitala tjänster och teknik som gör att de kan ha en kontinuerlig uppföljning av sitt hälsoproblem. Även här finns de patienter som är väldigt nöjda och har nytta av att sköta sin hälsa på ett ”nytt sätt” och andra som inte helt får det att fungera.

*”Ja att man kan göra det hemma då. Att du. Jag menar jag kan ju ha den här blodtrycksmanschetten liggandes på nattduksbordet så jag kan ju göra. Kan ju påminna mig själv varje morgon och göra det. Det är smidigt istället för boka en tid och åka upp på hälsocentralen då.”* (IP25, man, 57 år)

En kvinna som ordinerats en mätutrustning för sin lungsjukdom, beskriver att hon inte är så teknikvan och har haft svårt förstå hur det hela ska fungera. Patienten hade fått information av vårdpersonal och hjälp av andra som försökt förklara hur den nya tekniken fungerar, men ändå blivit så frustrerad att hon lagt utrustningen i byrålådan. Hon beskrev det som genant att hon inte förstod och ville inte besvära personalen ytterligare.

*”Jag är med i nåt projekt där man ska se och mäta och så här. […] Den här grejen när man ska slå upp det på sin telefon […] försöker och jag kommer ingen vart. […] det är väldigt bökigt att få till det som jag egentligen vill ha hjälp till med.”* (IP22, kvinna, 74 år)

## *Tema 4. Trygghet, tillit & professionellt bemötande*

I detta tema presenteras resonemang om vikten av trygghet, tillit och professionellt bemötande för patientens upplevelse av vård och omsorg.

### Trygghet och tillit

Hur, när och varför patienter kontaktat vården beskrivs på olika sätt. Det som däremot är gemensamt för *alla* intervjupersonerna är aspekten ”trygghet & tillit”. Upplevelsen av trygghet baseras på hur, och om den *förväntan* som patienten haft på vården har infriats. Intervjupersonerna lyfter fram hur viktigt det är för dem att vården tar sitt ansvar för tillgänglighet, kontinuitet och uppföljning, d.v.s. att vården finns där *när* de behöver den.

Förtroendet baseras även på kompetens av olika slag; att personalen är medicinskt kunnig och att de arbetar på ett för patienten säkert sätt. Annat som påverkar känslan av trygghet är om bemötandet av patienten är professionellt och empatiskt, oavsett om detta sker fysiskt eller digitalt. Det tar tid att bygga en förtroendefull relation, när den finns är den guld värd som skapar trygghet och upplevelse av att få en god vård. Extra viktigt är detta för patienter som lever med kroniska sjukdomar och ofta har ansvar för att hålla reda på många olika behandlingar, läkemedel och vårdenheter som kontakterna ska samordnas med.

*”det hänger väldigt mycket på mig själv och då tänker jag på en väninna jag har som är 96 nästa gång. Hon har fått ringa och böka med att hon ska få en undersökningstid och det känns lite det att man får själv ligga på. Nu kan hon sånt. […] Känns inte tryggt för det är så här att det är lite som man egentligen är i vägen. Nej nu har vi fått [nog av] dig. Nu räcker det, nu är det nästa. Det är inte det där[omhändertagandet]. Det är snabba ryck.”* (IP22, kvinna, 74 år)

*”Då uppskattar jag ändå att när det är sån kontinuitet […] relationen blir mycket bättre.”* (IP31, kvinna, 22 år)

**Delad information underlättar**

Information om patientens hälsa delas med personal både skriftligt och vid möten antingen fysiskt eller digitalt. Att ha tillgång till ”sina egna journaldata” uppfattas av många som positivt. Att kunna dela information med anhöriga när personen så önskar påverkar även det möjligheten att förstå och hantera sin situation.

*”Det har hjälpt mig att jag har kunnat gå in och läsa i journalerna bakåt [i tiden som stöd] liksom i det arbetet med att förstå min situation, men sen också alltså när vi är inne på akuten så går jag in och läser provsvaren innan läkaren kommer in liksom oftast. Likadant på vårdcentralen då sitter jag på 1177 i journalen och väntar på att provsvaren ska komma in liksom och … ja. Jag vill ha koll själv.”* (IP24, kvinna, 34 år)

*“så tycker jag ju att det är skönt att vi kan smälta informationen hemma [vid ett digitalt vårdmöte med läkare]. Vi kan vara tillsammans direkt efter ett möte med ganska tragiska besked. Vara hemma [med min man och familj]. Annars så skulle vi ha massvis med restid hem och skulle jag sitta ensam på tåget så är inte det nån gynnsam sits att ta hand om de här cancerdemonerna ensam. Så jag tycker att det är stor fördel att ha digitala vårdmöten och titta på det data vi har och jag kan tycka att det blir väl så bra.”* (IP27, kvinna, 50 år)

**När förtroendet brister**

Dessvärre beskriver några av intervjupersonerna även situationer som de upplevt som dåliga erfarenheter, extra känsligt har det varit när vårdkontakten gällt ett barns sjukvårdsbehov. I regel har händelsen medfört att förtroendet för verksamheten (och ibland tilliten till en specifik vårdpersonal) har rubbats för lång tid framöver. Efter sådana händelser har behovet ökat för att själv ta en större del av ”kontrollen och ansvaret” för hur, och av vem, den egna och/eller barnens hälsa ska skötas. Det har även resulterat i att när nya vårdbehov har uppstått har personen vänt sig till andra vårdgivare.

*”När sonen var liten så blev han felbehandlad i en lunginflammation och lite så. Så jag är ganska på. Jag lämnar inte över hela ansvaret till en annan person så jag vill ha fakta.”* (IP24, kvinna, 34 år)

*”Där är också dåligt när man får en typ fel diagnos och sen förstår man det var eftersom den personen [läkaren]inte kunde diagnosen faktiskt... man kan inte riktigt lita på dem, man måste själv tycka. Läsa mer, vara kritisk, fundera och inte bara lyssna på vad de säger.”* (IP3, kvinna, 38 år)

## *Tema 5. Gemensamt ansvar för hälsan & jämlikhet*

I detta tema presenteras resonemang om vem som bär ansvaret för ens hälsa och välbefinnande, samt om jämlikhet när det gäller vems röst som kan höras och vems tystas.

### Ansvar för sin hälsa i dialog med vården

En av de frågor som framkom i intervjuerna var tankar om vem som har ansvar för hälsan. Vid direkt fråga från intervjuaren så svarade intervjupersonerna att de såg det som att det var de själva som hade ansvaret för att sköta sin hälsa. För att kunna ta detta ansvar önskade många stöd och en tydligare och mer proaktiv dialog med vården om hur de bäst kan göra detta.

*”Ja precis, genom att* [vårdpersonalen] *ställer de där enkla frågorna till mig. Går du? Rör du på dig? Hur äter du? Dricker du läsk? Röker du? Hur mycket? Det verkar på nåt vis... det är väldigt få i vården som har ställt de frågorna till mig. Det är ju snarare som jag brukar själv säga. på nåt vis så känner jag att primärvården inte är intresserad av det. Jahopp säger de och sen går jag ut.”* (IP2, man, 70 år)

### Delat ansvar för uppföljning

Erfarenheter av att kontinuiteten i läkarkontakten har brister medför även att uppföljning av patienternas hälsa upplevs bli åsidosatt. Relaterat detta framförs önskemål om att vården skulle dela ansvaret och enligt överenskommelse kallar patienten med planerat tidsintervall. Då det fungerar väldigt olika med olika vårdgivare uppstår en osäkerhet och patienten upplever det som att hen måste ta hela ansvaret själv. Förståelse finns för att det kan förekomma fördröjning men när uppföljning eller planerade undersökningar inte alls blir av så påverkar det förtroendet och patienten får ta saken i egna händer för att driva på.

*”Det är inte så ofta att man kan gå tillbaka till samma läkare det brukade ändras ganska ofta och sen jag menar om man har nånting t ex nåt symptom så då är de bra att säga ok vi ska göra undersökning, men de är inte så mycket bra med t ex förebyggande t ex eller uppföljningen faktiskt. Så t ex om du har brist på nånting istället för att säga ok då ska du komma tillbaka efter 1 år då måste du lida igen med alla symptom igen innan de vill undersöka dig du vet.”* (IP3, kvinna, 38 år)

När patienten har flera olika sjukdomar som sköts av olika vårdgivare upplever patienten att det ställer krav på hen att koordinera information och insatser så att den medicinska behandlingen ex vilka läkemedel hen ska ta inte blir fel.

*”De [fasta vårdcentraler och flera specialistmottagningar] vet om varandra och behövs det [koordinering] så informerar jag dem, men ibland så frågar de om de får titta [i varandras journalsystem] och då säger jag oftast ja […] det är sällan de gör det. De som har kollat flest gånger på de övriga det är ju dit jag går för min ADHD-medicinering för de vill ju naturligtvis att jag inte ska äta Ritalin [läkemedel] om jag har hjärtproblem […] så de kollar upp liksom och ser. De övriga is not ”so interested”.”* (IP16, kvinna multisjuk, 55 år)

### Jämlikhet och jämställdhet utifrån att göra sin röst hörd

Erfarenheter fanns av att för att nå sjukvården måste en vara envis, fräck och pressa på. Sådana utmaningar skulle kunna gynna de som är mer förslagna att komma före i köerna och det kan skapa svårigheter för andra som inte så självsäkra eller inte har kunskap om hur de ska uttrycka sitt behov när de pratar med en vårdpersonal eller en receptionist / mottagningscenter.

*”Jag kan ha ett annat förslag som jag vet kan fungera va som jag har hört från någon annan. Då kan jag komma in [till sjukhus] snabbare, men den där som inte har den förmågan och inte har intresse av att armbåga sig framåt han tror jag lätt blir hemma... I: Så det du säger det är ju att vården fungerar inte jämlikt. IP: Nej, den gör inte det.”* (IP23, man, 77 år)

En annan aspekt handlar om hur ”digitalt etablerad” en person är. Saknar en som patient ett giltigt BankID eller en motsvarande möjlighet att identifiera sig elektroniskt så har en ingen möjlighet att använda majoriteten av alla digitala vårdtjänster som finns idag.

*”Men så bygger man ju system då där man inte ger alla tillgång och de här som inte har BankID då. De kommer inte in på det här. Man kan inte ringa vårdcentralen. [...] Däremot så hänvisas man ju nuförtiden till 1177 […] men det finns ju stor andel av befolkningen som inte har BankID idag och då kan ju inte de komma in där då överhuvudtaget. De som är funktionsnedsatta, invandrare, äldre och allt vad det är va de kommer ju inte in den vägen.”* (IP18, man, 66 år)

Om en person har funktionsnedsättningar som exempelvis påverkan på syn- och/eller hörsel krävs kunskap för hur hen ska få tillgång till stödresurser så att kommunikationen med vården fungerar.

*”Jag har erfarenhet av funktionsnedsättningar […] så har ni tänkt då på de som är synskadade och hörselskadade och sånt där då när de ska logga in? [...] men inget av det där finns ju på 1177.”* (IP18, man, 66 år)

### Språkkunskapers inverkan vid vårdkontakter

Bristande språkkunskaper påverkar utöver tillgängligheten även jämlikheten i vården. Språket upplevs som ett hinder när det gäller tillgången, att nå fram till vården, hitta rätt vårdinstans och att vårdinsatsen patienten har behov av blir rätt och medicinskt säker. Att inte kunna kommunicera på ett gemensamt språk kan förhindra förståelsen för vad vårdpersonalen försöker förklara för patienten. Det kan även bli problematiskt för patienten när hen önskar att berätta och förklara för vårdpersonalen om vad det aktuella problemet är. Sådana situationer upplevs vara frustrerande och kan till och med leda till att patienter känner bristande trygghet och tillit till vården och antingen inte söker medicinsk hjälp när de behöver den eller förstår hur de på rätt sätt ska följa de behandlingsråd som de får.

*”Ibland [när jag kontaktar vården] har jag väldigt svårt att liksom följa de där instruktionerna eller när, speciellt när de frågar säg vad du behöver så att vi kan hjälpa då måste jag berätta om mitt problem. […] och då är det min brytning, mitt uttal och då blir det jättejobbigt eller om jag vet inte jag har kanske inte ens de här orden. Hur ska de kunna söka den här hjälpen […] då blir det väldigt svårt att få rätt hjälp eller kunna berätta om vad man behöver och när jag liksom sitter där och i telefonsamtal med en läkare eller kris. Vården är byggd för svensktalande människor som förstår liksom, men vad händer med de andra 10*

*procenten som kanske belastar vården som 30 procent av resten befolkningen just på grund av språk."* (IP15, utlandsfödd man, 61 år)

## *Tema 6. Hållbarhet & medvetenhet om resurser*

I detta tema presenteras resonemang om vilka för- och nackdelar som intervjupersonerna ansåg att digitala vårdtjänster medför kopplat till aspekter såsom resurser och hållbarhet.

### Resursanvändning

Intervjupersonerna visade sig ha mycket varierande uppfattningar om värdet av digitaliserade vårdtjänster för egen del avseende exempelvis resurser som tid och önskad kvalitet på vården. Men de delade även tankar och åsikter på ett vidare plan om hur vårdens resurser används kopplat till samhällsekonomi och miljöaspekter.

*"Jag menar har du nån stor bukskada en kniv i buken säger vi då är det kanske dumt att ringa till [företagsnamn], men är det så där en unge har halsfluss. Du kan själv se att det är halsfluss eller behöver förnya ett recept eller allergitabletter. Då är de här jättebra och jag tror att den vanliga vården borde ju uppskatta den avlastningen de får."* (IP17, man, 48 år)

### Privata vårdgivare och digitala vårdtjänster

Intervjupersoner som framfört mer negativa åsikter rörande privatisering av vårdtjänster säger att ett motiv till detta är bl.a. att de vill vara lojala med sin traditionella offentligt verksamhetsstyrda primärvård. Det finns exempel på en sådan åsikt:

*"Nej, men en är ju präglad av den debatt som förs när det gäller ersättningsnivåer. [...] Att vad jag har förstått så finns det ju nån typ av sån här överkompensation för de digitala lösningarna kontra det normala om man säger analoga primärvården. […] det här handlar ju inte om antingen eller […] de här digitala lösningarna är ju väldigt bra för de här fallen där man vet om vad det är man behöver och det inte kräver några så omfattande undersökningar eller nånting annat."* (IP20, man, 65 år)

*"Idag har vi väldigt många vägar att välja på jämfört med tidigare och det är jag medveten om. Jag känner ju tacksamhet för det att det finns både chatt och online och man kan ringa och videosamtal och fysiska möten och ja många vägar... det kan ju vara förvirrande med många vägar också."* (IP6, kvinna, 41 år)

*"Men i och med att den* [digitala vården] *är så lättillgänglig så blir det ju litegrann att man tänker rent samhällsekonomiskt att man drar på sig väldigt mycket extra kostnader och nånstans att det blir en felprioritering av vårdens arbete. Att det blir alldeles för mycket arbetstid som läggs på för enkla saker och kanske då att vad ska vi säga. De här som har större behov inte kommer fram... Jag tror det är ett samhällsfenomen litegrann och då ihop med att det är så extremt lättillgängligt."* (IP20, man, 65 år)

# Personas

Utifrån intervjupersonernas berättelser om sina liv och sina behov av vård har vi skapat åtta olika "personas". Syftet med dessa är att förenkla och ge konkreta exempel på hur de olika aspekter/teman som framkommit i analysen har betydelse för olika grupper av patienter

(Salminen m.fl, 2018). En persona är en fiktiv person som representerar en målgrupp eller en del av en målgrupp (Bartels m.fl, 2023; Nielsen, 2019). Det är alltså inte en riktig person utan en påhittad person som byggs upp med hjälp av information och data. Till dessa personas har vi med hjälp av grafiska symboler (Figur 2) kopplat ihop de ”teman” som framkommit i analysen för att ge en bild av olika patienters syn på eget och vårdens ansvar, behov av tillgänglighet, kontinuitet, tankar om resurser, hållbarhet och jämlikhet i vården. Annat som framkommit i intervjuerna är tankar om hur den egna och vårdpersonalens kompetens och erfarenhet påverkar förmågan att hantera digital teknik, att vårdpersonalen är medicinskt kompetent och slutligen förmåga till ett professionellt bemötande som skapar upplevelse av trygghet, tillit i relationen. Observera att de personas som här ingår i resultatdelen *inte är representanter av alla patienter* som har kontakt med primärvården utan endast en beskrivning av dem vi har haft möjlighet att intervjua. Du som läsare kan känna igen dig själv och andra, i en eller flera personas. Personas används som ett verktyg för att anpassa vård och omsorg utifrån människors olikheter. Se avsnittet: metoddiskussion kvalitativa intervjuer där vi lyfter fram de patienter som har eller lever med förutsättningar som medfört att vi av olika skäl inte kunnat inkludera dem i studien. Detta gäller exempelvis personer med svårare missbruksproblematik, icke svensktalande, minderåriga barn eller personer boende i särskilt boende, bostadslösa etc.

**Multisjuk ”äldre-äldre” - Esther 87 år.**

Esther är sedan flera år änka, bor i egen lägenhet med stöd av hemtjänst. Hon har flera olika läkemedelsbehandlade sjukdomar, svårigheter att förflytta sig och klarar inte längre av att själv sköta sin vardag. När hon vill ha kontakt med vården ringer hon sin vårdcentral och besöker den fysiskt. Hon har behov av kontinuitet, önskar få träffa samma läkare. Visst känner hon till att hon kan läsa sin Journal via appen 1177.se och att det på något sätt går att boka tider där, men hon använder inte denna tjänst eller andra digitala kontakter utan stöd av andra, t.ex. barn eller något av barnbarnen.

**Kvinna i kläm mellan krav från äldre och yngre generationer - Monika 50+**

Monika arbetar sedan många år i vården men är nu långtidssjukskriven p.g.a. utmattning. Har och tar ett stort socialt och praktiskt ansvar för sina gamla föräldrar vilka regelbundet har behov av stöd. Utöver dem har hon två vuxna barn som behöver hjälp med de fyra ännu små barnbarnen. Hon önskar ha en kontinuerlig läkarkontakt för sin rehabilitering men känner att hon får starta om sitt ärende om och om igen, p.g.a. bristande läkarkontinuitet. Hon har bl.a. träffat ett antal hyrläkare. Hon är samhällsintresserad, tar del av information via media och har insett att det pågår debatt om hur vården ska finansieras, därav är hon själv lojal med sin regions ”lokala” vårdcentral och använder både digitala tjänster och gör fysiska

besök. Hon tänker på frågor om resursfördelning, vem som betalar för vården och är skeptisk till privata vårdaktörer.

**Ung student – Kim 22 år**

Kim är en IT kompetent student, använder självklart sin mobil till allt. Hen chattar med vårdpersonal, söker information på nätet och tycker videomöten är smidiga när det fungerar, oftast går det att hitta en sådan tid relativt snabbt. Sedan 10 års åldern lever hen med en kronisk sjukdom som följs upp på en specialistmottagning. Kim flyttade nyligen till en ny stad, har därmed fått byta vårdgivare och har både behov av kontinuitet för sin kroniska sjukdom och emellanåt akuta ärenden. Hon förstår att det är viktigt att följa sina värden och sköta sin hälsa. Hen förväntar sig att få snabb respons från vården och tycker det går lite väl sakta emellanåt.

**Småbarnsfamilj - Linda 32 år & Thomas 35 år, 2 barn: 1½ och 4 år**

Föräldrarna söker vård oftast för "akuta" ärenden, främst för att få sjukvårdsråd när barnen har symtom som de inte vet hur de ska hantera. De använder digital teknik dagligen: mobiltelefon, appar, chattar med personal, kontaktar vid behov 1177 sjukvårdsrådgivning, och om så behövs har de digitala kontakter. Vilken aktör de kontaktar beror på när behovet uppstår, tid på dygnet och möjlighet att ta ledigt från jobbet, och vilken vård som då är tillgänglig. Tillgängligheten, att snabbt få kontakt med medicinskt kunnig personal är viktigt, lägre behov av kontinuitet.

**Ung vuxen med psykisk ohälsa - Charlie 27 år**

Charlie är mycket IT kompetent och sedan en tid arbetssökande. Hen använder mobiltelefon, chattar via appar, söker information på 1177, föredrar videomöten, ej fysiska besök på VC om det inte är absolut nödvändigt. Önskar få kontinuerlig kontakt för sin psykiska problematik, svårt börja om med nya kontakter, avstår då heller vård eller använder internetbaserade självhjälpsprogram. Den ordinarie vårdcentralen där hen bor har väldigt långa väntetider p.g.a. personalbrist. Under en period i väntan på att få komma till sin "egen" vårdcentral hade fått KBT och samtalsbehandling hos en privat vårdgivare.

**Invandrarkvinna med många vårdkontakter – Samira 48 år**

Samira har ett antal olika hälsoproblem. Hon har en stor familj med många barn, talar svenska men förstår inte riktigt alla ord. När hon får kallelser eller brev från sjukvården får något av de äldre barnen läsa och översätta texten för henne. Likaså hjälper de henne när hon behöver ta digitala kontakter med sin vårdcentral. Hon har många olika kontakter i sjukvården både inom primärvården och specialistvården, utöver alla kontakter och möten för barnen hos tandhygienisten, barnhälsovården, barnens olika skolor och förskolan som behöver koordineras. Det viktiga för henne är att personalen har rätt kompetens och ger henne information, då blir hon trygg. Hon önskar att hon kunde ha en fast läkarkontakt som kunde hjälpa henne med alla mediciner. Utöver detta har hon ett stort bekymmer – hon behöver gå till tandläkaren men det har hon inte råd med.

**Pigg pensionär – Sven 72 år**

Sven är digitalt kompetent, tidigare använt dator i yrkeslivet, använder sjukvårdsregionens app, läser sin journal och bokar tider på 1177 via padda. Hen är hälsomedveten, men har behov av kontinuerlig uppföljning av sin astma och önskar stöd gällande hälsofrämjande aktiviteter.

**Yrkesverksam med krävande arbete – Kennet 48 år**

Kennet drar sig för att kontakta vården men när han väl gör det så vill han att det ska gå undan, han använder gärna en digital tjänst som han med fördel kan klämma in mellan sina jobbmöten. Oftast är det för enklare ärenden, sist behövde han förnya sitt recept på allergimedicin. För några år sedan upptäckte företagshälsovården att han hade för högt blodtryck. Det har varit svårt att få till någon kontinuitet i uppföljningen på vårdcentralen så till slut ledsnade han på detta och vände sig till en privat aktör som specialiserat sig på den problematiken. Hans erfarenhet är att hans vårdcentral på orten har långa väntetider, det är svårt att få tid där, så han har numera övervägande digitala kontakter, främst då regelbundet för uppföljning av blodtrycket. Hans dotter som är 17 har haft en period av psykisk ohälsa och då har de använt sig av en app som erbjuder psykologsamtal via videomöten. Likaså har de via sin djurförsäkring konsulterat en veterinär för sin katt, vilket gick oväntat smidigt.

# Diskussion till delstudie 1, kvalitativa intervjuer

Analysen av patienters erfarenheter och resonemang kring kontakter med vården har i resultatet presenterats i sex övergripande teman: 1) tillgänglighet, 2) digital kompetens, 3) kontinuitet & uppföljning 4) trygghet och professionellt bemötande, 5) gemensamt ansvar för hälsan & jämlikhet samt 6) hållbarhet & medvetenhet om resurser. Dessa olika teman bör inte ses som strikt ”skilda” från varandra då flera av dem är beroende av varandra och därmed påverkar den erfarenhet som intervjupersonerna beskriver. Vi inleder resultatdiskussionen utifrån olika tema och avslutar med att koppla dessa till de personas vi beskrivit i slutet i det kvalitativa resultatet.

## *Tillgänglighet*

När tillgängligheten till primärvården är god ökar förutsättningarna för att hen i första hand söker sig till sin lokala vårdcentral. Myndigheten för vård-och omsorgsanalys genomförde 2020 en befolkningsundersökning om patienters uppfattningar om digitala vårdkontakter, resultatet visar bl.a. att patienter föredrog fysiska vårdbesök framför digitala videomöte men att de patienter och de primärvårdsläkare som hade erfarenhet av att använda digitala kontakter ex videomöte var mer positiva till att använda sådana jämfört med dem som inte hade provat på detta själva (Myndigheten för vård-och omsorgsanalys, 2020). I analysen av registerdata i vår rapport visar vi att det vanligaste typen av kontakt för en patient i primärvården fram till december 2022 var enstaka fysiska besök hos läkare. Intervjupersonerna i vår studie beskriver att när primärvården har svårigheter att motsvara patientens behov och förväntan på tillgänglighet, d.v.s. när och hur de kan komma i kontakt för råd och bedömning av hälso-sjukvårdspersonal på den vårdcentral där hen är listad så ökar det motivet att söka vård via andra kanaler och andra vårdgivare. En förväntan finns från patienterna att primärvården ska följa samhällets utveckling och erbjuda olika alternativa kontaktvägar, såväl digitala som fysiska vilka patienten ska kunna ha tillgång till och kunna göra val av utifrån det aktuella behovet. Detta understöds även i Regeringens primärvårdsreform som har ett särskilt fokus på tillgänglighet och kontinuitet (Regeringens proposition, 2021/22:72). Bristande tillgänglighet kan enligt Abelsson m.fl. (2020) även ha emotionell påverkan och leda till känsla av vilsenhet och sårbarhet.

Covid-pandemin slog ned som en bomb i mars 2020, i intervjuerna frågade vi om hur patienternas kontakter med vården hade påverkats av denna för oss alla obekanta situation. En aning oväntat så var de svar vi fick i stor utsträckning positiva, exempelvis hade patienter som önskade besöka vårdcentralen fysiskt upplevt en högre tillgänglighet än normalt, denna effekt upplevs nu av naturliga skäl ha förvunnit när pandemin ebbat ut och fler patienter återgått till fysiska vårdbesök igen. Likaså upplevdes det ha varit till stor hjälp att flera digitala vårdtjänster öppnades upp. Detta möjliggjorde att patienterna själva kunde boka tider för exempelvis provtagning och vaccination. Denna ”push” att börja använda nya digitala tjänster, även inkluderande videomöten, har medfört att fler fortsatt att använda dessa kanaler eller mötesformer även efter pandemin.

## *Patienters upplevelser av information och marknadsföring om vårdtjänster*

Hur patienten fått information om vilka vårdtjänster som finns att tillgå såväl offentliga som privata varierar. En del beskrev att det under covid-pandemin blev en tydlig förbättring inom

den ordinarie primärvården för hur de informerade och vägledde användare av sina digitala tjänster. Våra intervjupersoner hade redan innan covid-pandemin uppfattat de privata vårdbolagen som mer synliga och framgångsrika med sin marknadsföring.

Positiva erfarenheter fanns även av att den regionala primärvården numera går att kontakta via digitala kanaler och då även i vissa regioner på obekväm tid som kväll och helg. Informationen om dessa möjligheter har dock uppfattats som något bristande och antingen har rekommendationen att söka digitalt kommit från en sjuksköterska via telefon eller någon bekant som testat detta. Enligt Patientlagen kapitel 2 skall Hälso- och sjukvård vara lättillgänglig och i kapitel 3 lyfts i 2§ att patienten ska få information om möjlighet att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad sjukvård (SR, 2014). Även SKR har varit aktiv i denna fråga och kommit med rekommendationer om riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård (SKR, 2019).

## *Nya arbetssätt – erfarenheter av att använda digitala tjänster*

De av patienterna i vår studie som hade egen erfarenhet av kontakter med privata vårdgivare via digitala kanaler (appar och/eller videomöten) beskrev dessa som användarvänliga, mycket tillgängliga och att de fått snabb respons efter att de påbörjat ett ärende. Detta överensstämmer med resultatet från en tidigare studie från 2019 där vi intervjuade patienter om deras erfarenheter av digitala vårdmöten med läkare (Gabrielsson-Järhult m.fl, 2019, 2021). Korta väntetider är den kvalitetsaspekt som patienterna värderar högst i digitala kontakter enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020).

Patienter beskrev olika erfarenheter och benägenhet till att via sjukvårds-appar chatta med vårdpersonal, somliga föredrog detta mer än videomöten då det kunde ske vid den tidpunkt som passade patienten. De patienter som intervjuats har erfarenhet av olika digitala plattformar, vilka använder olika system för triagering, olika gränssnitt, design och användarupplevelse. Detta kan ha medfört skillnader i patienters erfarenheter. I en studie av 286 patienters erfarenhet av chattkommunikation med läkare (där deltagarna rekryterats av sjuksköterskor vid 1177) rapporterar en positiv respons på detta nya sätt att kommunicera och att 81 % av deltagarna skulle rekommendera tjänsten till någon annan. Det fanns dock en tveksamhet hos patienterna om läkaren kunde få tillräckligt med information enbart via text om deras aktuella hälsoproblem för att göra en medicinsk säker bedömning (Johansson m.fl, 2020). I andra studier har denna fråga belysts utifrån professionella aktörers erfarenhet av textbaserad vård och där har bl.a. lyfts fram att digitala kontakter via chattar som föregåtts av AI triagering uppfattats av läkare att bidra till ökad patientsäkerhet. Att patienterna i lugn och ro fått möjlighet att beskriva sina hälsoproblem ansågs också bidra till en mer korrekt och fullständig bild. Detta sammantaget ansågs ge läkaren god och relevant information relaterat till orsaken till patientens kontakt med vården (Eriksson m.fl, 2022).

## *Digital kompetens*

Digital kompetens både hos patienten själv och upplevelsen av vilken vana personalen har av att arbeta med digitala lösningar sägs påverka motivationen för att använda digitala kanaler. Vissa grupper har varit ”early adopters” som användare exempelvis unga kvinnor och småbarnsföräldrar (Ekman m.fl, 2019). Andra, framför allt de allra äldsta, är fortsatt mer försiktiga till att övergå till digital vård, både beroende på behov av BankID, men även till osäkerhet att använda teknik. De yngre äldre beskriver däremot att de i ökad utsträckning

använder både 1177, regionernas appar, chattar och videomöten. Många av dem har redan under yrkeslivet använt datorer och smartphones (Lindberg m.fl, 2021; Internetstiftelsen, 2023). Viktigt att notera att detta inte gäller alla äldre och att även yngre äldre patienter kan behöva stöd och träna användandet av tekniska lösningar. I en svensk studie av äldres förväntningar på att lära sig hantera e-hälsa beskriver författarna att de äldre har en ambivalent inställning till digitaliseringen av vården, samtidigt som det har en motvillig nyfikenhet. De beskriver att de har en vilja att vara med i samhällsutvecklingen och därmed behov av information och lärandestöd (Nymberg m.fl, 2019). Digital vård verkar fungera för vissa, medan inte för andra. I vissa fall skapar det till och med ett beroende av släktingar, vänner eller andra som har lätt att hantera teknik. Vad händer när du inte har sådana människor omkring dig? Blir du utestängd och sårbar för att inte kunna använda sjukvården? De patienter som kan använda de digitala alternativen är nöjda med många av fördelarna det ger. Utmaningen nu är hur de som fortfarande inte kan dra nytta av sådana digitala tjänster kan hjälpas? Hur kan de få hjälp att lära sig använda sådana verktyg? Vilka åtgärder behöver vidtas för att de som blir utestängda också ska kunna dra nytta av de hjälp och tillgänglighet som finns? Ett lovvärt och inspirerande exempel är genomfört i Region Jönköpings län, där har Vårdcentralerna Bra Liv tagit hjälp av ett antal äldre-ambassadörer som på vaccinationscentraler och andra mötesplatser tagit kontakt med patienter, främst äldre patienter, för att ge stöd att komma igång att använda de nya digitala vårdkanalerna via primärvårdens egen app.

### *Gemensamt ansvar för hälsan & jämlikhet; vikten av kontinuitet & uppföljning*

Alla patienter vi intervjuat ansåg att det är de själva som individer har huvudansvaret för sin hälsa. Ideér om hur man bäst kan göra detta har förekommit i alla tider, redan under 1800-talet så var det ett centralt budskap i den medicinska rådgivningen att individen har ett ansvar för en hälsosam och balanserad livsstil (Kjellström, 2005). När vi resonerade om detta framfördes behovet av att vården delar ansvaret med patienten både genom att vara mer proaktiv med förebyggande insatser och genom att hålla avtalade ”löften”. Exempelvis att patienten blir kallad för uppföljning och att resultat av undersökningar och provtagningar återkopplas med automatik så patienten slipper kontakta vården i onödan. De patienter som lever med kroniska sjukdomstillstånd eller hade erfarenhet av långtidssjukrivning beskrev att kontinuitet och delat ansvar för uppföljning var mycket viktig för deras upplevelse av att få en god och trygg vård. Kontinuitet har i beskrivits i en ny taxonomi utvecklad för primärvård. Utifrån olika paradigm; psykodynamiskt, biomedicinskt, socio-tekniskt och organisatoriskt, politiskt och ekonomiskt definierar författarna olika typer av kontinuitet. I taxonomin presenteras flera exempel på hur kontinuitet kan skapas och upprätthållas: utifrån den terapeutiska rollen att möta ”samma personal” eller utifrån en sjukdomsepisod där kontinuiteten bärs upp av att en case manager eller ett vårdteam koordinerar vården (Ladds & Greenhalgh, 2023).

En av hälso- och sjukvårdens strategier för att möta dessa behov av kontinuitet och delat ansvarstagande (SKR 2023c) är överenskommelsen med patienten som kallas ”patientkontrakt” (Regeringskansliet, 2023). I Sverige lagstadgades år 2010 i HSL att patienter har rätt till en fast vårdkontakt och denna personal behöver inte vara läkare. Ett fåtal patienter med omfattande behov av hälso- och sjukvård har erbjudits en fast vårdkontakt, trots att rätten till en sådan infördes i hälso- och sjukvårdslagen för så många år sedan (SR, 2017). Lite liknande den problematiken som framkommit vid utvärdering av den nya

Patientlagen från 2015 som beskrivs i rapporten Lag utan genomslag (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017a).

Ingen intervjuperson i vår studie tog spontant upp frågan om patientkontrakt. Ett fåtal hade en fast vårdkontakt eller hade hört talas om patientkontrakt. I de fall de hade en specifik person utsedd (oftast en läkare) var det ändå sällsynt att besöken på vårdcentralen blev hos denna person. Nu år 2023 fastställdes i överenskommelse mellan staten och SKR att arbetet med patientkontrakt ska fortsätta. Tanken med detta är att medverka till personcentrerad vård och att understödja kontinuitet i patientens vårdkontakter (SOU 2018:39; Regeringskansliet, 2023). Enligt resultat publicerade från International Health Policy Survey har svenska patienter med kroniska sjukdomar i lägre grad än i de jämförda länderna fått olika typer av stöd från vården att ta hand om sin sjukdom. Resultat från denna undersökning visar även att svenska patienter i lägre grad än i andra länder fått någon skriftlig plan av vårdpersonalen som hjälp för att de själva ska kunna ta hand om sin ohälsa (International Health Policy Survey (IHP) 2020 [Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021b; The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, 2021]). Få av patienterna i vår studie uppgav att de hade någon fast vårdkontakt på sin vårdcentral. Förståelse för att det inte gick att träffa samma personal vid akuta besök fanns hos våra intervjupersoner, men de framförde en önskan om bättre kontinuitet. För vissa patienter med särskilda behov ex mer ovanliga sjukdomstillstånd eller speciella läkemedelsbehandlingar upplevdes det som otryggt och medicinskt osäkert att träffa vårdpersonal eller läkare som saknade kunskap om patientens status och behandlingar då detta medför risk för felbehandling. Solskenshistorier fanns också, exempelvis beskrev en kroniskt sjuk kvinna med nedsatt immunförsvar att hon under ca 15 års tid haft samma läkare. Att hon när hon har behov av läkarkontakt enkelt bokar detta i regionens sjukvårds-app. Detta har medfört minskade infektionsperioder och väsentligen mindre behov av sjukhusvård.

### *Hållbarhet och medvetenhet om resurser*

Andra patienter beskrev att de hade ett mindre eller inget behov av att ha direktkontakt ex via videomöte eller fysiskt besök utan föredrog att enkelt kunna få hjälp med sitt ärende ex ett recept via en digital kanal. Då prioriterades hög tillgänglighet före kontinuitet.

Som tidigare nämnts här i diskussionen så medförde covid-pandemin oväntat positiva effekter för patienters tillgänglighet till vården. I våra data har i patientintervjuerna inte framkommit att patienter upplevt att de inte fick tillgång till den vård de ansåg sig ha behov av. Vi har diskuterat vad detta kan bero på. I de kvantitativa data vi analyserat ser vi flera markanta toppar avseende digitala kontakter med privata vårdgivare som väl överensstämmer med de vågor av restriktioner för fysiska besök som pandemin medförde. I samtal med verksamhetsansvariga på några av de största privata vårdbolagen så ger de en annan bild än den som framkommit i våra intervjuer med patienter. De berättar om att vissa perioder var där en extrem belastning av patienter som var oroliga och önskade råd angående symtom och hur de skulle förhålla sig till läget. Detta kan tolkas som att vårdbehov som vanligen skulle tagits om hand i den vanliga primärvården nu kanaliserades om till dem som redan hade fungerande digitala vårdtjänster.

I flera intervjuer lyfte intervjupersonen spontant frågan om hur både hen själv och sjukvården kan hushålla med resurser. Dels handlade detta om att spara patientens egen tid, d.v.s. att det ska vara så enkelt som möjligt att komma i kontakt med vården. Det andra handlade om att

personen tagit del av samhällsdebatten bl.a. i media om hur vården finansieras och olika ersättningsmodeller. Åsikterna gick här isär, somliga ansåg att det är viktig att vara lojal med sin egen offentligt drivna primärvård/vårdcentral medan andra ansåg att primärvårdens ineffektivitet och bristande tillgänglighet legitimerar att patienter kontaktar privata vårdgivare istället. Medvetenheten varierade om hur det ekonomiska systemet för arvodering fungerar men upplevelsen var att det var svåröverskådligt för patienten. Här diskuterades även jämlikhet i vården där intervjupersoner som bodde på landsbygden hade erfarenhet av dålig kontinuitet och i många fall nya hyrläkare vid varje vårdkontakt.

## *Personas som ett användarvänligt redskap vid vårdutveckling*

I vår kvalitativa analys så konstruerade vi åtta olika personas utifrån våra teman och datamaterialet som helhet. Användningen av personas är en viktig del av en användarcentrerad forskning (Bhattacharyya m.fl, 2019; Ten Klooster m.fl, 2022). Beskrivningen av persons tydliggör att människor har olika behov och förväntningar på vården. De gör olika prioriteringar utifrån sina individuella förutsättningar och behov när de ska välja mellan fysiska och digitala kontaktvägar till vården.

Beskrivningen av olika personas gör det möjligt att känna igen olika sorters primärvårdsanvändare och skräddarsy olika lösningar, istället för att fokusera på lösningar som riktar sig till alla patienter i befolkningen (Alsaadi & Alahmadi, 2021). Styrkan med att använda personas är att det blir ett helhetsgrepp och mer strukturerat förhållningssätt för att presentera data (Ten Klooster m.fl, 2022). Vi hoppas att dessa personas kommer kunna vara ett underlag för professionella i primärvården och användas för samtal om hur vården kan anpassas efter olika behov.

I resultatet är de olika teman som framkom i analysen inte redovisade som strikt ”särskilda” från varandra. Detta beroende på att intervjupersonerna beskrev det som att de upplevt att flera av temana påverkade varandra. Här nedan ger vi två exempel som visar hur intervjupersoner resonerat när de sökt vård och hur vårdens och patientens/familjens egen tid, kompetens och vårdens tillgänglighet påverkar varandra.

**Personas Linda & Thomas – småbarnsfamiljen**

Föräldrarna i småbarnsfamiljen har ofta sökt vård akut för att få sjukvårdsråd för sina barn, främst deras minsta barn, 1½ åringen Moa som har astma. Utifrån deras behov av vårdkontakt prioriterar de främst hög tillgänglighet. De har god IT-kompetens. Hur de kontaktat vården har avgjorts utifrån den vård som varit tillgänglig utifrån *när* på dygnet/veckan de behövt råd och hjälp. Om den ordinarie vårdcentralen haft öppet har de provat att kontakta personalen där. Om det inte funnits någon tid tillgänglig eller om föräldrarna inte kommit fram via någon av vårdcentralens kanaler, d.v.s. telefon eller chatt, har de vänt sig till 1177 sjukvårdsrådgivning. Har sjuksköterskan där ansett att de behövt en akut läkarbedömning av barnet så har de antingen åkt in till jourmottagningen eller bokat en tid för ett digitalt vårdmöte online. Här har frågan om vårdens kompetens och patientens/föräldrarnas kompetens och erfarenhet påverkat. Familjen bor långt ifrån tätorten och flera gånger har de fått rådet att åka in, väl på jourcentralen så har läkaren ofta ordinerat en behandling som de hade kunnat genomföra hemma med instruktion och stöd av personalen. I dessa fall har det blivit en balansgång utifrån att sjuksköterskan som inte känner barnet utgår från en patientsäker rekommendation. Föräldrarna som känner barnet och varit i

liknande situation många gånger tidigare har övervägt hur de bäst kan hantera situationen så medicinskt, säkert och resurseffektivt som möjligt. För dem innebär det varje gång barnet blir försämrat att de får avsätta tid att komma i kontakt med vården för att få råd, oftast medför det oplanerad frånvaro från arbetet i kombination med långa resor (som de ibland upplever som onödiga och även medför att de måste ordna barnvakt eller någon som hämtar de andra barnen på skola och förskola. Genom personas småbarnsfamiljens erfarenheter och behov problematiseras flera av de teman vi presenterat och diskuterar i rapporten, såsom tillgänglighet, digital kompetens, kontinuitet, trygghet och professionellt bemötande samt gemensamt ansvar för hälsan.

**Persona Monika 50+ kvinnan i kläm mellan krav från yngre och äldre generationer**

Monika är en kvinna som beskriver att hon varit van att ta stort ansvar och har under lång tid varit mycket engagerad både i sitt arbete inom vården och i sin familj. Hon ingår i den s.k. sandwichgenerationen som arbetar heltid och samtidigt ger stöd till sina åldrande föräldrar, barn och barnbarn. Sedan en tid är hon långtidssjukskrivning pga. utmattning. I sin rehabilitering har hon behov av kontinuitet och uppföljning på sin vårdcentral, hon föredrar att få komma på fysiska besök. Tillgängligheten till läkare där hon bor är begränsad pga. resursbrist, oftast har vårdcentralen anlitat tillfälliga hyrläkare. Denna kontinuitetsbrist upplever hon påverkat det bemötande hon fått vilket resulterat i att hon känt sig otrygg och tilliten till att hon får rätt vård minskat. Hon har kunskap genom media om hur sjukvården fungerar och är skeptisk till privatisering, hon poängterar att hon vill vara lojal mot den lokala vårdcentralen trots bristerna i läkarkontinuiteten då det finns en oro för att den ska behöva stänga. Hon motiverar sitt val med att hon uppfattar det som sitt sätt att ta ansvar och hushålla med samhällets resurser. Genom personan Monikas erfarenheter och behov synliggörs flera av de teman vi presenterat och diskuterar i rapporten, såsom tillgänglighet, kontinuitet, hållbarhet och medvetenhet om resurser.

## Metoddiskussion kvalitativa intervjuer

I den kvalitativa intervjustudien med patienter var ett av kriterierna för deltagande att patienterna skulle ha haft en aktuell kontakt under 2023 med någon typ av primärvård, oavsett om denna varit fysisk eller digital. Inledningsvis fick vi hjälp från två företag ingående i referensgruppen för att hitta patienter att tillfråga om deltagande. Den ena kanalen var till patienter som varit i kontakt med offentliga vårdcentraler och den andra var via ett nyhetsbrev till patienter som varit i kontakt med ett av de större privata företagen (Junghans m.fl, 2005). Denna rekryteringsmetod bedömde vi vara för ”smal”. Vi såg behov av att hitta patienter med andra erfarenheter av kontakter med vården och andra karaktäristika såsom ”småbarnsförälder, äldre-äldre personer som inte använder digitala tjänster, patienter boende på landsbygden i norra delarna av Sverige. Kanalerna för att hitta dessa patienter gick dels via sjuksköterskor inom primärvården, men även i några fall via privata kontakter, exempelvis genom kollegor som hade äldre släktingar i Sveriges norra delar eller vänner som var småbarnsföräldrar med mycket vårdkontakter etc. Motivet för detta förfarande var att få en så stor variation som möjligt i de erfarenheter som patienter kan ha utifrån alla tänkbara olikheter avseende livsförutsättningar såsom ex. ålder, hälsosituation, digital kompetens (Webber-Ritchey m.fl, 2021). Mer detaljer angående detta finns beskrivet i avsnittet *kvalitativa intervjuer, metod och material*.

Trots dessa ansträngningar så har vi i studien inte lyckats inkludera patienter från patientgrupper som är erkänt svåra att nå exempelvis: patienter som är bostadslösa, har en kognitiv nedsättning eller en gravare missbruksproblematik. I intervjustudien finns inte heller inkluderat patienter som bor på särskilt boende eller som vi känner till finns inom kriminalvården.

I studien är fördelningen mellan män och kvinnor inte jämnt fördelad, männen är färre i antal (11 av de 35 intervjupersonerna är män). Kvinnor har visserligen något högre vårdkonsumtion avseende primärvård och vård generellt (Ballering m.fl, 2023; Carretero m.fl, 2014) men detta motiverar inte till fullo att inte fler män inkluderats. De män som tackade ja till deltagande bidrog rikligt med data och delade generöst sina erfarenheter så i analysen bedömer vi att denna patientgrupps perspektiv ändå tydligt finns med.

I denna studie har vi aktivt strävat efter att inkludera patienter som är utrikesfödda. Detta har lyckats i mindre omfattning och de som deltagit intervjuer har samtliga haft en relativt god kunskap i svenska. Parallellt med projektet ”*Hur klickar vi med vården?”* har Myndigheten för vård-och omsorgsanalys publicerat en rapport under år 2023 som haft fokus på utrikesfödda patienters erfarenheter av vården, för fördjupning hänvisar vi till denna.

# Delstudie 2, analys av kvantitativa registerdata

## Syfte och vetenskapliga frågeställningar

Den kvantitativa delen av forskningsprojektet ”*Hur klickar vi med vården?*” syftar till att kartlägga och analysera patienters kontaktmönster i den regionala primärvården avseende digitala och fysiska kontakter genomförda i Region Jönköpings län och Region Sörmland åren 2020–2022, en period till stor del påverkad av covid-pandemin.

### *Frågeställningar*

1. Med vilken frekvens har patienterna fysiska och/eller digitala kontakter i regional primärvård? Vilka professioner möter patienter vid kontakterna?
2. Hur ser fördelningen ut avseende kön, ålder, socioekonomisk position (utbildning och inkomst) diagnoser/och åtgärder ut för dessa kontakter/ärenden.
3. Hur ser kontaktmönster ut avseende kontakter med vårdcentraler, privata helt digitala vårdgivare och 1177 sjukvårdsrådgivning?

## Population

Datamaterialet är baserat på all registrerad regional primärvård[3] i Region Jönköpings län och Region Sörmland under perioden 2020-01-01 till 2022-12-31. Data innehåller alla registrerade primärvårdskontakter från regionerna inklusive kontakter med privata helt digitala vårdgivare (se tabell 16, tabellbilagan), **inklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning för Region Jönköpings län, **exklusive** 1177 för Region Sörmland[4]. Data har genom regionerna levererats från respektive regions controllers till SCB (Statistiska Centralbyrån). Från Region Jönköpings län mottogs 401.814 personnummer. Från Region Sörmland mottogs 321.975 personnummer. 46.337 personnummer fanns i data från både Region Jönköpings län och Region Sörmland. Vid kontroll mot SCB:s register visade sig den totala populationen i regionerna uppgå till 677.401 unika individer (personnummer (se tabell 1). Av personnumren i den totala populationen var 1,4% felaktiga. Andra potentiella felaktigheter när det gäller personnummer var 1) 1,6% av personerna hade mer än ett personnummer; 2) 0,1% av personnumren var återanvända (se Bilaga 2).

För Region Jönköpings län har vi data från alla primärvårdsenheter, 44 st. Förutom regionens 28 egna offentliga vårdcentraler, ingår 12 st privata vårdcentraler, tre närakuter (som ägs av regionen men bemannas av personal från regionens vårdcentraler och de privata vårdcentralerna), samt två offentliga barnhälsovårdsverksamheter. Av kontakterna var 2.870.815 med offentliga vårdgivare (73,4%), 1.042.430 (26,4%) med privata vårdgivare (Tabell 17, tabellbilagan). Av Region Sörmlands 30 vårdcentraler var 19 offentliga och 11 privata. Vi har data från samtliga offentliga och sex av de privata, information saknades för sex privata vårdcentraler (Tabell 18, tabellbilagan). För Region Jönköpings län ingick

[3] Det är estimerat att 37% av kostnaden för primärvård i Sverige är för kommunal primärvård (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a).
[4] Avsaknaden av 1177-data för Region Sörmland beror på regionens avtal med företaget som administrerade tjänsten inte innehöll att företaget ska lämna ut denna typ av rapport avseende tjänsten.

barnhälsovård, som svarar för 1,2% av kontakterna, för Region Sörmland saknades uppgifter om barnhälsovård.

SCB har kompletterat data med uppgifter om utbildning (egen högsta utbildning och föräldrars utbildning), familjeinkomst och familjesammansättning. Data har sedan levererats från SCB till forskargruppen. Patienter som sökt vård i regionerna men ej var folkbokförda där har tagits bort från datamaterialet (de som under delar av perioden var folkbokförda i den ena regionen och delar i den andra perioden, inkluderas i analyserna för den region de var folkbokförda i vid tillfället). Kvar i datamaterial blev 352.192 patienter med 4.218.909 primärvårdskontakter för Region Jönköpings län och 245.329 patienter med 3.157.728 primärvårdskontakter för Region Sörmland.

Det är viktigt att beakta att data från de två regionerna har begränsad jämförbarhet eftersom data kom från olika källor, registreringen har gjorts på olika sätt, variablerna innehåller olika typer av information och täckningsgraden var olika. I Region Sörmland fanns det även ett bortfall bestående av sex privata vårdcentraler. Det som var helt jämförbart var data från SCB och från de privata helt digitala vårdgivarna då de kom från samma källa för de två regionerna. De privata helt digitala vårdgivarna debiterade under undersökningsperioden genom Region Sörmland. Dessa data exporterades från Privera, systemet som användes för företagens fakturering. De kontakter med privata helt digitala vårdgivare som ingick i den här studien var för dem som var folkbokförda i Region Jönköpings län och Region Sörmland.

Jämförelse mellan regionerna påverkades även av det som i kvantitativa sammanhang kallas censurering, d.v.s. det faktum att alla personer inte var folkbokförda i samma region hela undersökningstiden. Hur mycket varje person bidrog till resultaten påverkades av in- och utflyttning från regionerna samt dödlighet – vi har inte uppgifter om dödlighet eller när personer var folkbokförda i respektive region. När vi analyserade kontaktmönster (se beskrivning nedan av hur vi definierar kontaktmönster) hade vi p.g.a. censurering (att vi inte vet hur kontakter såg ut före 1/1 2020 och efter 31/12 2022) lägre sannolikhet att ”fånga” kontaktmönster med många kontakter, i början och slutet av studieperioden.

Vår data visar att 46.337 personer hade primärvård i bägge regionerna (11,5% av dem som hade primärvård i Region Jönköpings län, 14.4% i Region Sörmland). Det som också påverkar resultaten var i vilken utsträckning patienter sökt primärvård på vårdcentraler i andra regioner. Från vår data kan vi se att det påverkade vilka patienter som sökte vård i regionerna. Av dem som fick primärvård i Region Jönköpings län var 12,3% folkbokförda i en annan region. Motsvarande andel var 23,8% i Region Sörmland. Kontakter med privata helt digitala vårdgivare påverkades inte av detta eftersom de alltid debiterades den region där personen var folkbokförd vid tillfället för vårdkontakten.

## SCB:s sammanställning av data

Sektionen för mikrodatauppdrag vid SCB har sammanställt mikrodata för forskningsändamål på uppdrag av projektet. En kodnyckel mellan löpnummer och personnummer sparas hos SCB till och med 2027-12-31 för att möjliggöra framtida uppdatering/komplettering av uppgifter. Resultat i form av datafiler i STATA [5]-format har levererats från SCB.

[5] STATA 15.0 är den programvara som använts för analyserna.

# Variabler

## *Beroende variabler – vårdkonsumtion och diagnoser*

I de första beskrivande analyserna presenteras data avseende totalt *antal kontakter*, *antal patienter* med någon primärvårdskontakt och *antal kontakter per person* i olika grupper (kön, ålder, socioekonomisk position och typ av primärvårdskontakt).

*Antal kontakter per dag* baserades på alla typer av primärvårdskontakter per dag och person, **inklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning för Region Jönköpings län, **exklusive** 1177 för Region Sörmland.

*Diagnos*: För Region Jönköpings län var inte diagnos registrerat för 752.000 primärvårdskontakter (18,5%). Diagnoser ställs inte vid kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning (n=159.598). Det motsvarar 3,8% av alla kontakter. För Region Sörmland saknades diagnos för 1.058.138 kontakter (50,4%)[6], för privata helt digitala vårdgivare nästan inte alls (0,2%) (ej redovisat i tabell). För varje primärvårdskontakt förekom det upp till 12 olika diagnoser. En primärvårdskontakt där mer än tre diagnoser angetts har definierats som en multisjuk-kontakt[7]. Upp till tre diagnoser har sedan delats in i grupper enligt ICD-10 (se begreppsförklaringen i rapportens inledning):

- AB, Infektions- och parasitsjukdomar
- C-D48, Tumörer
- D50-D89, Blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet
- E, Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar
- F, Psykiska sjukdomar och syndrom
- G, Nervsystemet
- H00-H59, Ögat och närliggande organ
- H60-H95, Örat och mastoidutskottet
- I, Cirkulationsorganen
- J, Andningsorganen
- K, Matsmältningsorganen
- L, Hudens och underhuden
- M: muskuloskeletala systemet och bindväven
- M00-M25, Ledsjukdomar

---

[6] I Region Sörmland delas telefonkontakter och digitala kontakter in i kvalificerade, d.v.s. diagnossatta och andra (som kan vara rådgivande). För att bli klassade som kvalificerade, krävs att de registreras, vilket är omständligt. Det är känt det fanns brister i registreringen. Sjuksköterskor började diagnoskoda 2018, så även i det avseendet fanns det brister. Sammantaget innebär det att det är svårt att få fram helt korrekta uppgifter (Eva Neidenström, mail 2023-08-18).
Av de primärvårdskontakter där det ”borde” ha funnits en diagnos saknades detta för 10,2% av de registrerade kontakterna, enligt Kent Bobits (email 2023-12-11), verksamhetscontroller vid Hälsovalsstaben, Region Sörmland. Vid dessa beräkningar har besök vid BVC, indirekta kontakter som inte klassificerats som kvalificerade, kontakt med undersköterskor och laboratoriebesök inte räknats med.

[7] Begreppet multisjuk-*kontakt* har använts eftersom vi inte har tagit hänsyn till hur många diagnoser personen hade över tid. Det innebär exempelvis att en person vid en primärvårdskontakt kan ha haft sju diagnoser och vid nästa kontakt endast två diagnoser.

- M30-M36, Inflammatoriska systemsjukdomar
- M40-M54, Ryggsjukdomar
- M60-M79, Mjukvävnader
- M80-M94, benvävnad och broskvävnad
- M95-M99, Andra sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
- N, Urin- och könsorganen
- O, Graviditet, förlossning och barnsängstid
- P, Vissa perinatala tillstånd
- Q, Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
- R, Ej klassificerat på annan plats
- ST, Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
- U, Koder för särskilda ändamål
- Covid och vaccination mot covid hör till grupp U, men redovisas separat
- VY, Yttre orsaker
- Z, Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (innefattar kontakt med hälso- och sjukvården: för undersökning och utredning; smittsamma sjukdomar; i samband med fortplantning; för speciella åtgärder och vård; potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden; ”i andra situationer”; potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan).

*Kontaktmönster*: Vi har definierat ett kontaktmönster som en serie primärvårdskontakter som hänger samman. Vår definition på kontaktmönster var avsedd att fånga patienter med pågående behandling, inte sådana som har regelbunden uppföljning, exempelvis årskontroller p.g.a. kronisk sjukdom. För att kontakter ska räknas som tillhörande samma mönster skall det vara högst åtta dagar mellan kontakterna. Denna definition var baserad på att det var förhållandevis vanligt med veckovisa kontakter, samt för att definitionen på kontaktmönster inte i större utsträckning ska påverkas av långhelger eller dylikt. För Region Jönköpings län räknades kontakter med 1177 sjukvårdsrådgivning med i ett kontaktmönster om det föregicks eller följdes av en ytterligare primärvårdskontakt inom fem dagar – denna definition baseras på brådskandegraderna ”avvakta” och ”vardag närmaste tid” som var relativt vanliga för 1177 (45% respektive 26% av kontakterna som inte ledde till en akut primärvårdskontakt). När diagnos fanns registrerat och det fanns tidigare diagnos registrerat inom åtta dagar, jämfördes (upp till) tre diagnosgrupper med tidigare kontakts diagnosgrupper. För att en viss primärvårdskontakt skulle räknas till samma kontaktmönster skulle någon diagnosgrupp vara densamma eller kontakten definierad som en multisjuk-kontakt. Det vill säga, om ingen av diagnosgrupperna var densamma räknades det som inledningen av ett nytt kontaktmönster. Om diagnos saknades räknades det som samma diagnos som den som kom efter eller den som var innan. Detta förfarande var för att inte förlora många observationer: Diagnoser ställs inte vid 1177 sjukvårdsrådgivning. Därför saknades diagnoskod för dessa 159.598 kontakter i Region Jönköpings län. För regionen saknades även diagnoskod för ytterligare 752.000 (18,5%) primärvårdskontakter. För Region Sörmland saknades diagnoskoder för 1.590.256 (50,4%) primärvårdskontakter, för privata helt digitala vårdgivare för 834 kontakter (0,2%).

Fördelningen tid sedan föregående primärvårdskontakt med samma diagnos (om diagnos fanns registrerad eller om diagnos fattas) presenteras i Tabell 2. I Region Jönköpings län var 4,9% av kontakterna samma dag som kontakten innan, i Region Sörmland 8,2%. Det var

vanligt med 0-8 dagar sedan kontakten innan, 38,9% för Region Jönköpings län, 38,4% för Region Sörmland. (OBS, dessa siffror påverkades av den större andelen kontakter utan diagnos i Region Sörmland.)

*Akutbesök efter kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning* var baserat på att nästa kontakt med primärvård (förutom 1177 sjukvårdsrådgivning) var ett besök på akut vårdenhet senast dagen efter.

## *Oberoende variabler—demografi och socioekonomi*

*Ålder* var indelat i kategorierna 0-7, 8-17, 18-24, 25-64, 65-79, 80+ år.

*Socioekonomisk position* baserades på utbildning och familjeinkomst. För barn var *utbildning* i första hand baserad på pappans utbildning, i andra hand mammans. Det har tidigare visats att mäns socioekonomiska position har större betydelse än kvinnors socioekonomiska position för familjens situation (Zipp & Plutzer, 1996) och för studieresultat hos svenska ungdomar (Marks, 2008). För unga vuxna, 19-24 år, var utbildning baserat på föräldrarnas utbildning om föräldrars utbildning var högre än egen utbildning. Utbildning var indelat i sju kategorier:

- Förgymnasial utbildning kortare än 9 år
- Förgymnasial utbildning 9 år
- Gymnasial utbildning högst 2-årig
- Gymnasial utbildning, 3 år
- Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år
- Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre
- Forskarutbildning.

*Familjeinkomst* var familjens totala inkomst (inklusive bidrag och transfereringar) delat med kvadratroten på antal personer som ingick i familjen (den typ av ekvivalering OECD [8] rekommenderar [OECD 2020]). Familjeinkomst delades sedan in i sju lika stora grupper. Det mått på socioekonomisk position som används var skapat som ett summerat index, delat med två, baserat utbildning och inkomst. Indexet har avrundats (uppåt vid 1,5 osv) till att ha sju kategorier.

*Typ av primärvårdskontakt* är indelat i:

- kontakter med privata helt digitala vårdgivare
    - läkare
    - sjuksköterska
    - fysioterapeut
    - psykolog, psykoterapeut, kurator
    - övrig
- fysiska kontakter med traditionell primärvård på vårdcentral,
    - läkare
    - sjuksköterska

[8] OECD: The Organization for Economic Cooperation and Development – Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling är en internationell organisation för utbyte av idéer och erfarenheter inom områden som påverkar den ekonomiska utvecklingen mellan industriella länder med demokrati och marknadsekonomi, främst i de 38 medlemsländerna.

    - fysioterapeut eller arbetsterapeut
    - psykolog, psykoterapeut, kurator
    - övrig
- telefonkontakter vårdcentral
    - läkare
    - sjuksköterska
    - fysioterapeut eller arbetsterapeut
    - psykolog, psykoterapeut, kurator
    - övrig
- distanskontakter vårdcentral
    - läkare
    - sjuksköterska
    - fysioterapeut eller arbetsterapeut
    - psykolog, psykoterapeut, kurator
    - övrig
- 1177 sjukvårdsrådgivning (för Region Jönköpings län).

*Typ av primärvårdskontakt som inledde ett kontaktmönster* baserades på den kontakttyp som var för den första kontakten i kontaktmönstret för Region Sörmland och för Region Jönköpings län, om första kontakten var annan än 1177 sjukvårdsrådgivning. Om första primärvårdskontakten var 1177 avsågs den första följande kontakten med annan kontaktyp inom samma kontaktmönster. Bara om ett kontaktmönster endast innehöll kontakter med 1177, räknades 1177 som den primärvårdskontakt som inledde ett kontaktmönster.

**Beskrivning av övriga verksamheter som bidragit med aggregerade data om vårdkontakter**

I sammanställning av olika typer av primärvårdskontakter ingår även data från 1177 i Region Sörmland. I Region Sörmland har 1177 erbjudit en egen digital kontaktväg sedan 14/6 2021 och kopplades sedan till tjänsten Vårdkontakt Direkt vid starten 12/1 2022.

Visiba Care är det företag som via sin digitala plattform administrerade vårdkontakter för den offentliga primärvården i Region Jönköpings län. De arbetar med en digital plattform baserad på en molnbaserad mjukvara, för digifysisk vård inom offentliga och privata hälso- och sjukvårdsverksamheter. I plattformen kan videomöten genomföras, remisser och bokningar hanteras. Företaget har även ett AI triageringsverktyg benämnt Red Robin som är kopplat till ett säkert beslutsstöd.[9]

För Region Sörmland ingick även digitala ärenden via Vårdkontakt Direkt i sammanställningen över olika typer av primärvårdskontakter. Vårdkontakt Direkt är en digital tjänst för första linjens vård. En kontakt med Vårdkontakt Direkt inleddes med en automatisk triagering till rätt vårdnivå (1177, vårdcentral, 112). Formulär etc. som användes av Vårdkontakt Direkt var detsamma som användes vid traditionell manuell triagering. Under pilottiden november 2019 till dec 2021 hade Region Sörmland inte upplägget med sammankoppling av 1177 och vårdcentralerna, som senare ingick i tjänsten, utan då hade de ingående enheterna egna ingångar. Vårdkontakt Direkt startade enligt det nya upplägget i stor

[9] Peter Tyreholt och Anastacia Simonchik. Visiba Care, har varit behjälpliga och försett oss med information och statistik.

skala kopplat till 1177 och 22 vårdcentraler den 12 januari 2022 (Neidenström, Eva [10], email 2023-08-09). Under 2020 var 4.248 vårdkontakter registrerade i Vårdkontakt Direkt, 3.809 st år 2021 och 51.030 st för år 2022 [11]. Vi har inte fått tillgång till individdata för Vårdkontakt direkt. Därför ingick inte Vårdkontakt Direkt och 1177 för Region Sörmland i vidare analyser utom i de fall ärenden hamnade på vårdcentral och genererade ett ”kvalificerat” medicinskt digital kontakt. Då ingick ärendet i statistiken om registreringen var riktig, då dessa även registrerades i journalsystemet. Dock vet vi inte hur god täckningsgraden det var för registreringen av dessa kontakter.

## Kvantitativa resultat

Beskrivande statistik om studiepopulationerna presenteras i Tabell 3. Från Region Jönköpings län ingick 352.192 patienter med sammanlagt 4.218.909 primärvårdskontakter – 12,0 kontakter per person i genomsnitt (**inklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning). Motsvarande för Region Sörmland var 245.329 patienter med 3.157.728 kontakter – 12,9 kontakter per person (**exklusive** 1177) [12]. Det visar alltså att patienterna i Region Sörmland under perioden 2020-01-01 – 2022-12-31 i genomsnitt hade något fler primärvårdskontakter. En jämförelse mellan regionerna visar att antal primärvårdkontakter per person var större i Region Jönköpings län i åldersgrupperna 8-17, 18-24 och 25-64 år och bland dem med lägst socioekonomisk position. Region Sörmland hade fler kontakter år 2021 än övriga år, bland barn 0-7 år, i de två äldsta åldersgrupperna (66-79 år och 80+ år) och bland dem med högst socioekonomisk position.

Kvinnor hade något oftare kontakt med primärvården än män och något fler kontakter per person – andelen kvinnor som hade kontakt med primärvården var 50,6% i Region Jönköpings län och 52,1% i Region Sörmland. I Region Jönköpings län var 57,6% av kontakterna med kvinnor. I åldersgruppen 18-24 år var 60,1% av kontakterna med kvinnor, en skillnad på 2,5%-enheter (60,1%-57,6%) mellan hela gruppen kvinnor och kvinnor 18-24 år. Motsvarande skillnad var något större i Region Sörmland, 6,8%-enheter. I åldersgruppen 18-24 år var 63,5% av kontakterna med kvinnor 18-24 år, jämfört med 56,7% i hela gruppen kvinnor (resultat ej presenterade i tabell). Resultaten visar att kvinnor i åldern 18-24 år hade förhållandevis många kontakter med primärvården i Region Sörmland.

Av primärvårdskontakterna i Region Jönköpings län var 5,0% för barn 0-7 år, i Region Sörmland större andel, 8,9%. I Region Jönköpings län stod patienter 65+ för 32,9% av kontakterna och i Region Sörmland för 43,2%. De äldre står alltså för betydligt högre andel av primärvårdskontakterna i Region Sörmland. Dessa andelar var dock lägre än förväntat utifrån debatten om hur stor belastning de äldre är för den regionala primärvården. Det är tänkbart att en stor del av primärvården bland äldre utfördes av andra yrkeskategorier än läkare inom kommunernas primärvård (läkare anställs inte inom den kommunala primärvården).

---

[10] Eva Neidenström, projektledare/verksamhetsutvecklare division Primärvård, Region Sörmland.
[11] Eva Neidenström, projektledare/verksamhetsutvecklare division Primärvård, Region Sörmland, gav oss tillgång till information 2023-08-10.
[12] Antal kontakter per person, Jönköping: Max 468; medel 12,0; SD (standardavvikelse) 14,7; md (median) 7; Q1 (25e percentilen [det värde som den 25e procenten har om värden rangordnas]) = 3; Q3 (75e percentilen) = 418.
Sörmland: Max 767; medel 12,9; SD 16,7; md 7; Q1 = 3; Q3 = 400.

De patienter med lägst socioekonomisk position hade betydligt fler kontakter med primärvården i Region Jönköpings län (i genomsnitt 24,0 kontakter per person) än i Region Sörmland (13,0 kontakter p/p). I Region Jönköpings län, men inte i Region Sörmland, var det patienter med lägst socioekonomisk position som hade störst antal primärvårdskontakter. I bägge regioner fanns det en svag trend av färre primärvårdskontakter bland dem med högre socioekonomisk position.

### *Olika typer av primärvårdskontakter*[13]

Den i särklass vanligaste typen av primärvårdskontakt var fysiska kontakter med läkare på vårdcentraler både i Region Jönköpings län (27,8%) och i Region Sörmland (30,0%) om inte data avseende Vårdkontakt Direkt och 1177 sjukvårdsrådgivning räknades med för Region Sörmland (29,3% om de sistnämnda räknades) (Tabell 4). Andelen fysiska kontakter med vårdcentral (i genomsnitt över alla professioner) var lägre i Region Jönköpings län (58,8%) än i Region Sörmland (79,2% exklusive / 77,5% inklusive vårdkontakt direkt). Detta berodde till stor del på en stor andel kontakter med sjuksköterskor i Region Sörmland. Andelen telefonkontakter med sjuksköterskor var mer än fem gånger större i Region Jönköpings län (15,3%) än i Region Sörmland (2,9% exklusive /2,8% inklusive vårdkontakt direkt). Den låga andelen i Sörmland berodde till stor del på brister i registreringen under perioden med covid-pandemi (muntlig kommunikation via zoom med Eva Neidenström och Lotta Sahlqvist[14], 2023-08-10). Sammantaget innebär det att andelen telefonkontakter med vårdcentral var mer än dubbelt så hög i Region Jönköpings län jämfört med i Region Sörmland (31,8% mot 14,3%). Den totala andelen kontakter med sjuksköterska på vårdcentral skiljde sig dock förhållandevis lite mellan regionerna, 29,5% (14,2 [fysisk kontakt] +15,3 [telefonkontakt]) i Region Jönköpings län respektive 27,5% (24,6+2,9) i Region Sörmland.

Andelen av primärvårdskontakterna som var kontakter med privata helt digitala vårdgivare var högre i Region Sörmland (6,2%) jämfört med i Region Jönköpings län (3,5%) (Tabell 4). Även andelen av befolkningen som någon gång fr.o.m. 2019-01-01[15] haft kontakt med en privat helt digital vårdgivare var avsevärt högre i Region Sörmland (Figur 7, figurbilaga) än i Region Jönköpings län (Figur 6, figurbilaga). Även skillnaderna mellan kommunerna var avsevärt större i Region Sörmland 17.4%-35,8% (18,4%-enheters skillnad) än i Region Jönköpings län, 12,1%-19,3% (7,2%-enheters skillnad).

Antal distanskontakter inom offentlig primärvård i Region Jönköpings län, registrerade hos Visiba Care[16] för perioden januari 2020 – december 2022 är presenterade i Tabell 5. Den yrkeskategori som hade största andel videomöten var läkare (62,5%), följt av psykolog/psykoterapeut/kurator (22,1%). Sjuksköterskor hade störst andelen kontakter genom textmeddelande (chatt), 66,5%. Läkarna stod för 27,5% av text-kontakterna. Totala antalet distanskontakter hos Visiba Care inom Region Jönköpings län var 134.237 st. Antalet distanskontakter med en offentlig vårdcentral i samma region i vårt material var avsevärt

[13] Se avsnitt om oberoende variabler, ovan.
[14] Eva Neidenström, projektledare/verksamhetsutvecklare division Primärvård, Region Sörmland; Lottas Sahlqvist vid Ekonomistaben, Enheten för Beslutsstöd, Region Sörmland.
[15] Till 2023-10-13 för Region Jönköpings län, till 2023-08-25 för Region Sörmland.
[16] Visiba Care är det företag som via sin digitala plattform administrerade vårdkontakter för den offentliga primärvården i Region Jönköpings län.

lägre, 86.162 st (ej redovisat i tabell)[17]. Det är alltså 35,8% av kontakterna som inte registreras. Diskrepansen mellan 134.000 och 86.000 visar troligen att det fanns brister i den rapportering som ligger till grund för vår data. Det är troligt att bristerna i rapporteringen berodde på att vårdcentraler registrerar sina vårdkontakter manuellt och inte är direkt ekonomiskt beroende av rapporteringen. Det är även troligt att inte alla kontakter som registreras hos Visiba Care ska registreras. De digitala helt privata vårdgivarna är direkt beroende av rapporteringen för sin ekonomi. Även hos dem uppfyller inte alla kontakter kriterierna för ersättning. Hos de helt digitala privata vårdgivarna KRY har ca 10% av kontakterna de senaste åren inte varit berättiga de till ersättning (Beltrame-Linné[18], 2023-09-21, email). Motsvarande andel var ca 15% hos Min Doktor (Nordqvist Falk[19], vid referensgruppsmöte 2021-09-14).

Nya uppgifter från Region Sörmland (framtagen 2023-08-11 av Lotta Sahlqvist[20]) visar att antalet kontakter även skiljde sig beroende på när data tagits från registren (Tabell 19, tabellbilagan). Detta var ytterligare en tänkbar felkälla. Antalet kontakter skiljde sig något åt mellan ”vår” data och nya uppgifter från 2023-08-11. Förhållandet mellan de olika grupperna hade dock förändrats ytterst lite, som mest 0,4%-enheter för telefonkontakter bland sjuksköterskor.

Endast data från Region Jönköpings län innehåller uppgifter om 1177 sjukvårdsrådgivning för hela perioden januari 2020-december 2022. Av primärvårdskontakterna i Region Jönköpings län var 3,78% med 1177.

### *Förändring över tid i typ av primärvårdskontakter*

Fördelningen av olika typer av primärvårdskontakter för januari 2020-december 2022 presenteras i Figur 3 för Region Jönköpings län och Figur 4 för Region Sörmland. Observera att figurerna är avdelade horisontellt och att det är olika skalor i de olika delarna. Figur 3 är delad i två delar, Figur 4 i tre delar. Detta gjordes för att en ska kunna få en tydligare bild av förändringen i tid på de typer av primärvårdskontakter som var mindre vanliga.

Både i Region Jönköpings län och Region Sörmland gick andelen fysiska besök på vårdcentral ner kraftigt från mars 2020, en tydlig effekt av covid-pandemins frammarsch. Lika tydligt var en ökning av alla typer primärvårdskontakter som inte innebär ett fysiskt möte (kontakter med privata helt digitala vårdgivare, telefon- och distanskontakter med vårdcentraler samt 1177 sjukvårdsrådgivning). På motsatt sätt gick fysiska kontakter upp och andra kontakter ner när trycket från pandemin lättade något sommaren och hösten 2020. Mönstret var inte lika tydlig under resten av perioden, utom att kontakter med privata helt digitala vårdgivarna ökade kraftigt under juli månad 2021 och 2022 – troligen en effekt av att digitala kontakter var mer lättillgängliga under semestern. Det var även förhållandevis tydligt att fysiska besök var lägre och olika typer av distans- och digitala kontakter högre runt nyår 2020/2021 och 2021/2022, troligen för att smittspridningen då var hög.

[17] Antalet, 93.602, som redovisas i Tabell 4 innefattar även privata vårdcentraler med 7.440 distanskontakter.
[18] Jonas Beltrame-Linné, kommunikations- & Policychef, KRY.
[19] Carina Nordqvist Falk, verksamhetschef för digital vård, Min Doktor.
[20] Lotta Sahlqvist vid Ekonomistaben, Enheten för Beslutsstöd, Region Sörmland.

Eftersom fysiska kontakter stod för stor del av kontakterna, 58,8% i Region Jönköpings län och 79,2% av kontakterna i Region Sörmland var det naturligt att fördelningen av de olika typerna av primärvård korrelerade över tid – vi har dock valt att presentera storleken av korrelationerna i (Tabell 20, tabellbilagan). För bägge regionerna var det tydliga negativa samband mellan *andel* fysiska kontakter och övriga typer av primärvårdskontakter (som förväntat från figurerna). Sambandet mellan andel kontakter av samma typ mellan de två regionerna var tydligt, d.v.s. det fanns t.ex. en tydlig korrelation mellan antal fysiska kontakter i Region Jönköpings län och Region Sörmland – detta var tydlig även för privata kontakter och distanskontakter med vårdcentral, men inte för telefonkontakter med vårdcentral.

När vi studerar *antal* primärvårdskontakter per månad (Tabell 21, tabellbilagan) var det tydligt att antalet av olika typer av kontakter följde likartade mönster över tid – när *antalet* fysiska kontakter var lägre var även antal kontakter av andra slag lägre, d.v.s. det fanns positiva samband mellan fysiska kontakter och övriga typer av kontakter. Att antal kontakter följdes åt över tid var troligen relaterat till den vanliga årstidsvariationer. Det innebär eventuellt även att totala antal kontakter över tid var mindre relaterat till covid-pandemin än till vanliga årstidsvariationer.

## *Typ av primärvårdskontakter i olika åldersgrupper*

Distanskontakter var vanligast bland unga vuxna (18-24 år), mindre vanligt bland yngre äldre (65-79 år) och minst förkommande bland äldre-äldre (80+) (Tabell 6). Av alla kontakter i primärvården var andelen kontakter med privata helt digitala vårdgivare 3,6% i Jönköping, 6,2% i Sörmland. Bland unga vuxna i Region Jönköpings län var 12,9% av kontakterna med privata helt digitala vårdgivare, i Region Sörmland 28,9%. Bland både yngre äldre och äldre-äldre var andelen betydligt lägre, 1,5% respektive 0,2% i Region Jönköpings län och 2,4% respektive 0,4% i Region Sörmland. Av kontakterna var andelen distanskontakter med vårdcentral 2,3% i Region Jönköpings län respektive 0,3% i Region Sörmland. Andel distanskontakter med vårdcentral var lägst bland de äldre-äldre, 0,7% i Region Jönköpings län respektive 0,03% (157 av ca 450.000).

## *Antal primärvårdskontakter per dag*

I Region Jönköpings län hade 352.192 patienter sammanlagt 4.218.909 primärvårdskontakter. Dessa kontakter skedde under sammanlagt 3.979.686 persondagar, d.v.s. sammanlagt antal dagar med någon primärvårdskontakter för alla patienter (Tabell 1). I Region Sörmland hade 245.329 patienter 3.157.728 primärvårdskontakter fördelade på 2.910.595 persondagar (Tabell 1). Något större andel av persondagarna innehöll en kontakt i Region Jönköpings län (Tabell 7), 94,3% mot 92,2% i Region Sörmland (Tabell 8). I bägge regionerna var det största antalet kontakter per dag 9 st[21] och antalet kontakter per dag per person för perioden 2020-01-01 – 2022-12-31 var i genomsnitt 1,1. I detta avsnitt var dagar analysenheten.

[21] Avseende antal kontakter per dag, Jönköping: Medel 1,1; spann: 1-9; SD (standardavvikelse) 0,3; md (median] 1; Q1 (25e percentilen [det värde som den 25e procenten har om värden rangordnas]) = 1; Q3 (75e percentilen) = 6). Fördelningen av antal kontakter per persondag i Sörmland var mycket lik den i Jönköping: medel 1,1; spann 1-9; SD 0,3; md 1; Q1 = 1; Q3 = 8 (Q3 var alltså det enda som skiljde sig).

Det har diskuterats av verksamhetsledare och personal inom vården [22], som ett problem att vissa patienter kontaktar flera vårdgivare samtidigt eller samma vårdgivare om-och-om igen etc. I vår data var det dock en försvinnande liten andel av persondagarna som innehöll mer än tre olika primärvårdskontakter, 0,03% (1.022 av 3.979.686 persondagar) för Region Jönköpings län och 0,06% (1.731 av 2.910.595 persondagar) för Region Sörmland.

Även om det var en försvinnande liten andel av persondagarna som innehöll mer än tre olika primärvårdskontakter fanns det ett par mindre skillnader mellan grupper i Region Jönköpings län. Där var det något större andel persondagar med mer än tre primärvårdskontakter för barn 0-7 år (0,12%). Det fanns inga skillnader mellan patienter med olika socioekonomisk position när det gäller andel persondagar med mer än tre kontakter och ytterst små skillnader avseende andelen med endast en kontakt per dag.

Data om kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning fanns bara för Region Jönköpings län. 1177 räknades bara som inledningen av ett kontaktmönster om kontaktmönstret endast innehöll kontakter med 1177. Andelen persondagar med mer än tre kontakter, bara med 1177, var 0,05%.

I Region Jönköpings län var det marginellt vanligare med persondagar med mer än tre primärvårdskontakter när kontaktmönstret inleddes med en läkarkontakt (0,10%) hos en privat helt digital vårdgivare. I Region Sörmland var det något vanligare med persondagar med mer än tre kontakter när kontaktmönstret inleddes med en telefonkontakt med sjuksköterska (0,20%), fysioterapeut/arbetsterapeut (0,11%) eller ”övrig” (0,11%) på vårdcentral.

### *Antal primärvårdskontakter som ingick i ett kontaktmönster*

Ett kontaktmönster har vi definierat som primärvårdkontakter som det var högst åtta dagar mellan och som avsåg samma diagnosgrupp (när diagnos fanns registrerat). Individuppgifter om kontakter med 1177 sjukvårdsrådgivning fanns bara för Region Jönköpings län. Kontakt med 1177 räknades som en del i ett kontaktmönster om kontakten följdes av en annan primärvårdskontakt inom fem dagar. I detta avsnitt är kontaktmönster analysenheten.

Figur 5 innehåller schema för den färgkodning som används i tabell 9 och 10. Röda värden är kopplade till att det ingick fler primärvårdskontakter i ett kontakmönster, blå värden med ram runt , till färre kontakter. Starkare färger indikerar större skillnader från totalen. Gränsvärden för höga resp. låga andelar är olika för de två regionerna. Anledningen är att den totala andelen kontaktmönster med mer än fyra respektive bara en kontakt varierade mellan regionerna och avsikten med färgkodningen var inte att jämföra mellan regionerna utan inom dem.

I Region Jönköpings Län hade 352.192 patienter sammanlagt 4.218.909 primärvårdskontakter. Dessa kontakter bildade sammanlagt 3.156.171 kontaktmönster, d.v.s. sammanhängande primärvårdskontakter (Tabell 9). I Region Sörmland hade 245.329 patienter 3.157.728 primärvårdskontakter som sammanlagt bildade 2.044.973 kontaktmönster (Tabell 10).

[22] Workshop SKR, 23-03-29. Workshop om långsiktiga villkor för digitala vårdtjänster.

För Region Jönköpings län var antal primärvårdskontakter per kontaktmönster i genomsnitt 1,3 st, för Region Sörmland 1,5[23]. Det vanligaste var att ett kontaktmönster bestod av en enda kontakt. Andelen kontaktmönster som bestod av en enda kontakt var 78,6% i Region Jönköpings län, 72,8% i Region Sörmland. Andelen av kontaktmönstren som bestod av mer än fyra kontakter var 1,2% i Region Jönköpings län och 2,7% i Region Sörmland – i Region Jönköpings län var alltså genomsnittligt antal kontakter per kontaktmönster lägre, större andel bestod av en enda kontakt och en lägre andel av mönstren hade fem eller fler kontakter. Sammantaget visar detta att Region Sörmland hade fler kontakter per kontaktmönster – det är dock inte lämpligt att dra för långtgående slutsatser av detta eftersom data hade olika struktur, olika registreringsförfaranden och kom från olika källor.

Ålders och könsskillnader i antal kontakter per kontaktmönster var relativt små. I Region Sörmland var andelen kontaktmönster med mer än fyra kontakter något lägre bland män än bland kvinnor. Både i Region Jönköpings län och i Region Sörmland innehöll förhållandevis liten andel av kontaktmönstren över fyra primärvårdskontakter bland barn 0-7 år (0,8% i Region Jönköpings län respektive 1,5% i Region Sörmland), bland barn 8-17 år (0,5% respektive 0,6%) och unga vuxna (18-24 år) (0,9% respektive 1,7%). I Region Jönköpings län innehöll även en liten del av kontaktmönstren en enda kontakt bland barn 0-7 år, vilket följaktligen innebär att en förhållandevis stor andel av kontaktmönstren innehöll 2-4 kontakter. I Region Jönköpings län var andelen kontaktmönster med fler än fyra kontakter något högre bland dem som var 80 år och äldre. I Region Sörmland var antalet kontakter per kontaktmönster något högre i de två äldsta åldersgrupperna (65-79 år och 80+ år).

Skillnaderna mellan patienter med olika socioekonomisk position var liten både i Region Jönköpings län och i Region Sörmland. I bägge regionerna fanns en svag trend att andelen kontakmönster med fler än fyra kontakter var något lägre bland dem med hög socioekonomisk position.

Skillnader mellan vilken typ av primärvårdskontakt som inledde ett kontaktmönster var större i Region Sörmland än i Region Jönköping. Den största skillnaden mellan typ av kontakt var att i Region Sörmland var det många kontakter per kontaktmönster om mönstret inleddes med en kontakt med fysioterapeut, psykolog/psykoterapeut/kurator eller ”övrig” hos en privat helt digital vårdgivare och få kontakter per mönster om den första kontakten var med läkare eller sjuksköterska hos en privat helt digital vårdgivare.

Även i Region Jönköpings län var den största skillnaden att antal kontakter per mönster var stort när mönstret inleddes med en kontakt med psykolog/psykoterapeut/kurator hos privat helt digital vårdgivare. I Region Jönköpings län var andel mönster bestående av en enda primärvårdskontakt relativt liten om mönstret inleddes med en kontakt med sjuksköterska eller psykolog/psykoterapeut/kurator hos en privat helt digital vårdgivare, telefonkontakt med sjuksköterska eller psykolog/psykoterapeut/kurator på vårdcentral samt om det var en distanskontakt med läkare på vårdcentral. Andel kontaktmönster med en kontakt var relativt högt om mönstret inleddes med ett fysiskt möte med sjuksköterska, fysio-/arbetsterapeut psykolog/psykoterapeut/kurator eller ”övrig”.

[23] För Jönköping var antal primärvårdskontakter per kontaktmönster var i genomsnitt 1,3 st; spann: 1-228; SD (standardavvikelse) 1,2; md (median) 1; Q1 (25e percentilen) = 1; Q3 (75e percentilen) = 187). För Sörmland var antal primärvårdskontakter per kontaktmönster var i genomsnitt 1,5; spann: 1-726; SD 2,1; md 1; Q1 = 1; Q3 = 315.

I Region Sörmland var antal kontakter per kontaktmönster lågt om mönstret inleddes med en kontakt med läkare eller sjuksköterska hos en privat helt digital vårdgivare och högt om det inleddes med en kontakt med fysioterapeut, psykolog/psykoterapeut/kurator eller övrig hos en privat helt digital vårdgivare (nämns även ovan). Antal kontakter per kontaktmönster var relativt lågt om kontaktmönstret inleddes med en fysisk kontakt med läkare eller sjuksköterska och högt om det inleddes med en kontakt med fysioterapeut/arbetsterapeut, psykolog/psykoterapeut/kurator eller ”övrig” på vårdcentral, oavsett om det var ett fysiskt besök, telefonkontakt eller digital kontakt. Antal kontakter per kontaktmönster var även förhållandevis högt om kontaktmönstret inleddes med en telefonkontakt eller distanskontakt med sjuksköterska på en vårdcentral eller en distanskontakt med läkare på vårdcentral.

### *Brådskandegrad enligt 1177 sjukvårdsrådgivning i förhållande till akutbesök senast dagen efter, Region Jönköpings län*

Data om kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning fanns endast för Region Jönköpings län. Av 159.596 kontakter med 1177 var 33,1% av kontakterna följda av ett akutbesök senast dagen efter (Tabell 11). Som väntat var denna andel hög när 1177 bedömt brådskandegraden som omgående” och ”skyndsamt”. Även när 1177 bedömt brådskandegraden som lägre följdes en del av 1177-kontakterna med ett akutbesök, 5,6% vid brådskandegrad ”avvakta” och 4,8% vid brådskandegrad ”vardag närmaste tiden”.

### *Diagnoser*

Diagnoskoder saknades för 18,5% (752.000) av kontakterna i Region Jönköpings län (Tabell 12), för 50,4% (1.590.256) av kontakterna i Region Sörmland (Tabell 13) och för 0,2% av kontakterna med privata helt digitala vårdgivare. Diagnoser ställs inte kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning. Därför fattades det diagnoser för ytterligare 159,598 kontakter i Region Jönköpings län (vi hade inte data för 1177 från Sörmland). I denna sammanställning var upp till tre diagnoser vid samma primärvårdskontakt med i analyserna. Vid mer än tre diagnoser vid en kontakt bedöms kontakten som en multisjuk-kontakt. Vid registrering av diagnoserna har ICD-10 använts (se begreppsförklaring).

Vanligaste diagnosgrupperna både i Region Jönköpings län och Region Sörmland innefattade det muskuloskeletala systemet (ICD10: M), psykiska sjukdomar och syndrom (ICD10: F) samt ”faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården” (ICD10: Z)[24]. En stor skillnad mellan regionerna var andelen av kontakterna som kategoriserats som en multisjuk-kontakt (mer än tre diagnoser vid samma kontakt), 3,7% i Region Jönköpings län och 11,7% i Region Sörmland. En annan skillnad var att andelen kontakter som klassificerats som ”faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården” (ICD10: Z) var större i Region Sörmland.

I Region Jönköpings län var covid som separat diagnos satt vid 73.198 kontakter (1,7% av kontakterna). I Region Sörmland var covid satt vid 6.656 kontakter (0,3%). I Region

[24] Innefattar kontakt med hälso- och sjukvården: för undersökning och utredning; smittsamma sjukdomar; i samband med fortplantning; för speciella åtgärder och vård; potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden; ”i andra situationer”; potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan.

Jönköpings län var vaccination mot covid angivet vid två av kontakterna (vid 9.127 kontakter i data från Visiba Care), i Region Sörmland vid 162.376 kontakter. Dessa siffror är självklart en underskattning – covid doldes troligen i (ICD10: J) andningsorganens sjukdomar och (ICD10: R05-R07) sjukdomstecken som ej klassificerats på annan plats. Vaccinationer mot covid bör ha registrerats i vaccinationsregister som inte ingick i de data som projektet har tillgång till.

### Diagnoser i förhållande till antal kontakter per dag

Sambandet mellan antal kontakter per persondag (kontakter per dag, per person – analysenheten var dagar, inte personer) och diagnosgrupp var relativt svagt. I bägge regionerna var ”Psykiska sjukdomar och syndrom” (ICD10: F) och sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (ICD10: M) något vanligare bland dagar med få kontakter, framför allt dagar med en enda kontakt.

I Region Jönköpings län, men inte i Region Sörmland, var diagnoser relaterade till ”andningsorganen” (ICD10: J), ”Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats” (ICD10: R) och covid (som separat diagnos) vanligare bland dagar med många kontakter och endokrina sjukdomar (ICD10: E) mindre vanligt. I Region Sörmland var ”faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården” (ICD10: Z) mycket vanligare bland persondagar med många kontakter per dag.

### Diagnoser i förhållande till antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster

Även sambandet mellan antal kontakter per kontaktmönster (analysenheten var kontaktmönster, inte personer) och diagnosgrupp var förhållandevis svagt (Tabell 14, Region Jönköpings län; Tabell 15, Region Sörmland). Diagnosgrupperna ”Psykiska sjukdomar och syndrom” (ICD10: F), ”Huden och underhuden” (ICD10: L) var vanligare vid kontakmönster som innehöll många dagar.

”Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker” (ICD10: ST) var vanligare vid kontakmönster som innehöll många dagar i Region Jönköpings län och mindre vanligt i Region Sörmland. I Region Sörmland var multisjuk-kontakter (kontakter med fler än tre diagnosgrupper vid samma kontakt) mycket vanligare vid kontakmönster som innehöll många dagar, i Region Jönköpings län mindre vanligt.

# Tabeller och figurer till den kvantitativa delen, delstudie 2

**Tabell 1. Beskrivning av datamaterial och populationen januari 2020 – december 2022**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Befolkning, **Region Jönköpings län + Region Sörmland**[a] | 677.401 | | | |
| Hade kontakt med primärvård i regionerna[a] | 631.115 | | | |
| Bland dem som hade kontakt med primärvård | | | | |
| Hade mer än ett personnummer | 10.881 (1,6%) | | | |
| Återanvända personnummer | 629 (0.1%) | | | |
| Felaktiga personnummer | 9.515 (1,4%) | | | |
| | **Jönköping** | | **Sörmland** | |
| | Antal | % | Antal | % |
| Antal patienter som hade en primärvårdskontakt (i vår data)[b] | 401.814 | 100 % | 321.975[b] | 100 % |
| Fick vård och var folkbokförda i bägge regionerna någon del av perioden som studeras[c] | 46.337 | 11,5% | 46.337 | 14,4% |
| Inte folkbokförd i regionerna någon del av perioden 2020-2022[d] | 49.622 | 12,3% | 76.646 | 23,8% |
| Kvar i analyserna (401.814-49.622 & 321.975-76.646) | 352.192 | 87,7% | 245.329 | 76,2% |
| Antal kontakter | 4.218.909 | | 3.157.728 | |
| Genomsnittligt antal kontakter per person 2020-2022 | 12,0 | | 12,9 | |
| Antal persondagar[e] med kontakter | 3.979.686 | | 2.910.595 | |
| Genomsnittligt antal kontakter per person och dag | 1,1 | | 1,1 | |
| Antal kontaktmönster[f] | 3.156.171 | | 2.044.973 | |
| Genomsnittligt antal kontakter per kontaktmönster | 1,3 | | 1,5 | |

[a] Dessa uppgifter har levererats av SCB och fanns inte uppdelat per region.
[b] För Region Sörmland fanns att visst bortfall av privata vårdcentraler (se Tabell 17, tabellbilagan).
[c] Inkluderade i analyserna för den period de var folkbokförda i respektive region.
[d] Exkluderade ur analyserna.
[e] Antal personer * antal dagar. Både i Jönköping och i Sörmland var antal kontakter per person och dag 1,1 st. Region Jönköpings län: 4.218.909 personer dividerat med 3.979.686 dagar.
Region Sörmland: 3.157.728/2.910.595.
[f] Ett kontaktmönster har vi definierat som en serie primärvårdkontakter som det var högst åtta dagar mellan och som avsåg samma diagnosgrupp (när diagnos fanns registrerat). Individuppgifter om kontakter med 1177 sjukvårdsrådgivning fanns bara för Region Jönköpings län. Kontakt med 1177 räknades som en del i ett kontaktmönster om kontakten följdes av en annan primärvårdskontakt inom fem dagar.

**Tabell 2. Antal dagar sedan förra primärvårdskontakten med samma diagnosgrupp**

| | Region Jönköpings län | | Region Sörmland | |
|---|---|---|---|---|
| dagar | Antal kontakter | % | Antal kontakter | % |
| 0 | 179.548 | 4,9 | 237.677 | 8,2 |
| 1-3 | 531.296 | 14,6 | 345.982 | 11,9 |
| 4-8 | 699.646 | 19,3 | 530.204 | 18,3 |
| 9-10 | 121.683 | 3,4 | 92.459 | 3,2 |
| 11-15 | 335.979 | 9,3 | 263.203 | 9,1 |
| 16-31 | 521.134 | 14,4 | 452.060 | 15,6 |
| 32-1091[a] | 1.239.349 | 34,2 | 975.875 | 33,7 |
| Total | 3.628.635 | 100 | 2.897.460 | 100 |
| Antal kontakter som inte föregicks av en kontakt med samma diagnos | | | | |
| Patienter med endast en kontakt | 33.273 | | 32.262 | |
| Annan diagnos[b] | 557.001[b] | | 228.006 | |
| Totalt antal kontakter | 4.218.909 | | 3.157.728 | |

Analysenheten var kontakter. Inkluderade kontakter var när en patient har en tidigare kontakt inom samma diagnosgrupp. Observera att när det saknades diagnoskod räknades det som samma diagnos som den primärvårskontakt som kom efter eller den som var innan. För Region Sörmlands län saknades diagnoskod för 752.000 (18,5%) av primärvårdskontakter. För Region Sörmland saknades diagnoskoder för 1.590.256 (50,4%) primärvårdskontakter.

[a] Max antal dagar var 1.091 för Region Jönköpings län, 1.086 dagar för region Sörmland.

[b] En betydligt större andel av kontakterna följde en kontakt med annan diagnos i Region Jönköpings län än i Region Sörmland. Detta beror på den lägre andelen kontakter med diagnos i Region Sörmland.

**Tabell 3. Beskrivning av studiepopulationerna januari 2020 – december 2022**

| | Jönköping | | | Sörmland | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal patienter (%) | Antal kontakter[a] (%) | Kontakter per person[b] | Antal patienter (%) | Antal kontakter[c] (%) | Kontakter per person[d] |
| **Ingick i analyserna** | 352.192 (100%) | 4.218.909 (100%) | 12,0 | 245.329 (100%) | 3.157.728 (100%) | 12,9 |
| År 2020[e] | 261.597[e] | 1.388.799 (32,9%) | 5,3 | 173.710 | 994.912 (31,5%) | 5,7 |
| År 2021 | 264.915[e] | 1.442.926 (34,2%) | 5,4 | 183.818 | 1.144.227 (36,2%) | 6,2 |
| År 2022 | 262.630[e] | 1.387,184 (32,9%) | 5,3 | 180.740 | 1.018.589 (32,3%) | 5,6 |
| Kvinnor | 178.384 (50,6%) | 2.428.341 (57,6%) | 13,6 | 127.932 (52,1%) | 1.791.532 (56,7%) | 14,0 |
| Män | 173,808 (49,4) | 1.790.568 (42,4%) | 10,3 | 117.397 (47,9%) | 1.366.196 (43,3%) | 11,6 |
| **Ålder**, år, spann | | 0-110 | | | 0-107 | |
| medel (SD) | | 50 (24,1) | | | 54 (25,6) | |
| 0-7 år | 36.874 (10,5%) | 212.671 (5,0%) | 5,8 | 30.115 (12,9%) | 280.504 (8,9%) | 9,6 |
| 8-17 år | 40.441 (11,5%) | 272.736 (6,5%) | 6,7 | 24.853 (10,1%) | 108.462 (3,4%) | 4,6 |
| 18-24 år | 29.990 (8,5%) | 273.100 (6,5%) | 9,1 | 17.011 (6,9%) | 117.904 (3,7%) | 7.1 |
| 25-64 år | 169.048 (48,0%) | 2.076.128 (49,2%) | 12,3 | 113.951 (46,4%) | 1.287.289 (40,8%) | 11,7 |
| 65-79 år | 54.173 (15.4%) | 917.555 (21,8%) | 16,9 | 43.853 (17,9%) | 911.189 (28,9%) | 21,0 |
| 80+ | 21.666 (6.2%) | 466.719 (11,1%) | 21,5 | 15.546 (6,3%) | 452.380 (14,3%) | 24,5 |
| **Socioekonomisk position[f]** | | n=347.068 | | | n = 239.687 | |
| 1 = lägsta[f] | 18.375 (5,3%) | 441.350 (10,5%) | 24,0 | 15.234 (6,4%) | 349.732 (11,2%) | 13,0 |
| 2 | 50.228 (14,5%) | 854.262 (20,4%) | 17,0 | 41.163 (17,2%) | 755.939 (24,3%) | 17,4 |
| 3 | 61.911 (17,8%) | 803.231 (19,2%) | 13,0 | 45.916 (19,2%) | 601.077 (19,3%) | 13,5 |
| 4 | 79.677 (23,0%) | 705.600 (16,8%) | 8,9 | 50.874 (21,2%) | 484.903 (15,6%) | 12,9 |
| 5 | 70.952 (20,4%) | 700.787 (16,7%) | 9,9 | 43.590 (18,2%) | 463.173 (14,9%) | 11,3 |
| 6 | 50.941 (14,7%) | 578.088 (13,8%) | 11,3 | 32.648 (13,6%) | 374.741 (12,1%) | 9,7 |
| 7 = högsta | 14.984 (4,3%) | 112.138 (2,7%) | 7,5 | 10.262 (4,3%) | 80.037 (2,6%) | 10,8 |

[a] **Inklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning – 159.598 av kontakterna var 1177.
[b] Max 468; medel 12,0; SD (standardavvikelse) 14,7; md (median) 7; Q1 (25e percentilen) = 3; Q3 (75e percentilen) = 418.
[c] **Exklusive** 1177.
[d] Max 767; medel 12,9; SD 16,7; md 7; Q1 = 3; Q3 = 400.
[e] Summan av antal patienter per år var större än total antal patienter eftersom patienter fanns med i data mer än ett år.
[f] Sammanslaget mått (summerat index/2) av 7-delad utbildning och 7-delad inkomst.

**Tabell 4. Olika typer av primärvårdskontakter januari 2020 – december 2022**

| | Region Jönköpings län | | Region Sörmland | | Sörmland inklusive Vårdkontakt Direkt[a] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| **Totalt antal kontakter** | **4.218.909** | **100%** | **3.157.728** | **100%** | **3.204.232** | **100%** |
| **Kontakt med en privat helt digital vårdgivare**, totalt | **146.066** | **3,5** | **194.593** | **6,2** | **194.593** | **6,0** |
| läkare | 85.177 | 2,0 | 108.043 | 3,4 | 108.043 | 3,3 |
| sjuksköterska | 26.884 | 0,6 | 34.545 | 1,1 | 34.545 | 1,1 |
| fysioterapeut | 24.021 | 0,6 | 34.239 | 1,1 | 34.239 | 1,1 |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 9.871 | 0,2 | 17.651 | 0,6 | 17.651 | 0,6 |
| övrig | 113 | 0,00 | 115 | 0,00 | 115 | 0,00 |
| **Fysisk kontakt vårdcentral**, totalt | **2.480.094** | **58,8** | **2.501.433** | **79,2** | **2.501.433** | **77,5** |
| läkare | 1.172.182 | 27,8 | 946.814 | 30,0 | 946.814 | 29,3 |
| sjuksköterska | 599.680 | 14,2 | 775.336 | 24,6 | 775.336 | 24,0 |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 438.438 | 10,4 | 202.421 | 6,4 | 202.421 | 6,3 |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 116.406 | 2,8 | 91.350 | 2,9 | 91.350 | 2,9 |
| övrig | 153.388 | 3,6 | 485.512 | 15,4 | 485.512 | 15,2 |
| **Telefonkontakt vårdcentral**, totalt | **1.339.549** | **31,8** | **451.155** | **14,3** | **451.155** | **14,0** |
| läkare | 505.695 | 12,0 | 303.499 | 9,6 | 303.499 | 9,4 |
| sjuksköterska | 646.790 | 15,3 | 90.542 | 2,9 | 90.542 | 2,8 |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 122.812 | 2,9 | 40.348 | 1,3 | 40.348 | 1,2 |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 50.704 | 1,2 | 11.478 | 0,4 | 11.478 | 0,4 |
| övrig | 13.548 | 0,3 | 5.288 | 0,2 | 5.288 | 0,2 |
| **Distanskontakt med vårdcentral**, totalt | **93.602** | **2,22** | **10.547** | **0,33** | **10.547** | **0,33** |
| läkare | 51.755 | 1,23 | 3.639 | 0,12 | 3.639 | 0,11 |
| sjuksköterska | 8.694 | 0,21 | 1.758 | 0,06 | 1.758 | 0,05 |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 6.241 | 0,15 | 1.165 | 0,04 | 1.165 | 0,04 |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 25.931 | 0,61 | 3.312 | 0,10 | 3.312 | 0,10 |
| övrig | 981 | 0,02 | 673 | 0,02 | 673 | 0,02 |
| **1177 sjukvårdsrådgivning** | 159.598 | 3,78 | --- | --- | 11.629[a,b] | 0,36 |
| **Vårdkontakt Direkt**[b], totalt | --- | --- | --- | --- | **59.087** | **1,83** |
| läkare | --- | --- | --- | --- | 2.717 | 0,08 |
| sjuksköterska | --- | --- | --- | --- | 39.421 | 1,22 |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut & rehab-koordinator | --- | --- | --- | --- | 1.486 | 0,05 |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | --- | --- | --- | --- | 1.481 | 0,05 |
| övrig | --- | --- | --- | --- | 13.982 | 0,44 |
| **Totalt digitala kontakter** (ej telefon och Vårdkontakt Direkt) | **239.668** | **5,7** | **205.140** | **6,5** | | **6,4** |

[a] 1177 sjukvårdsrådgivning genom Vårdkontakt Direkt implementerades 14/6 2021.

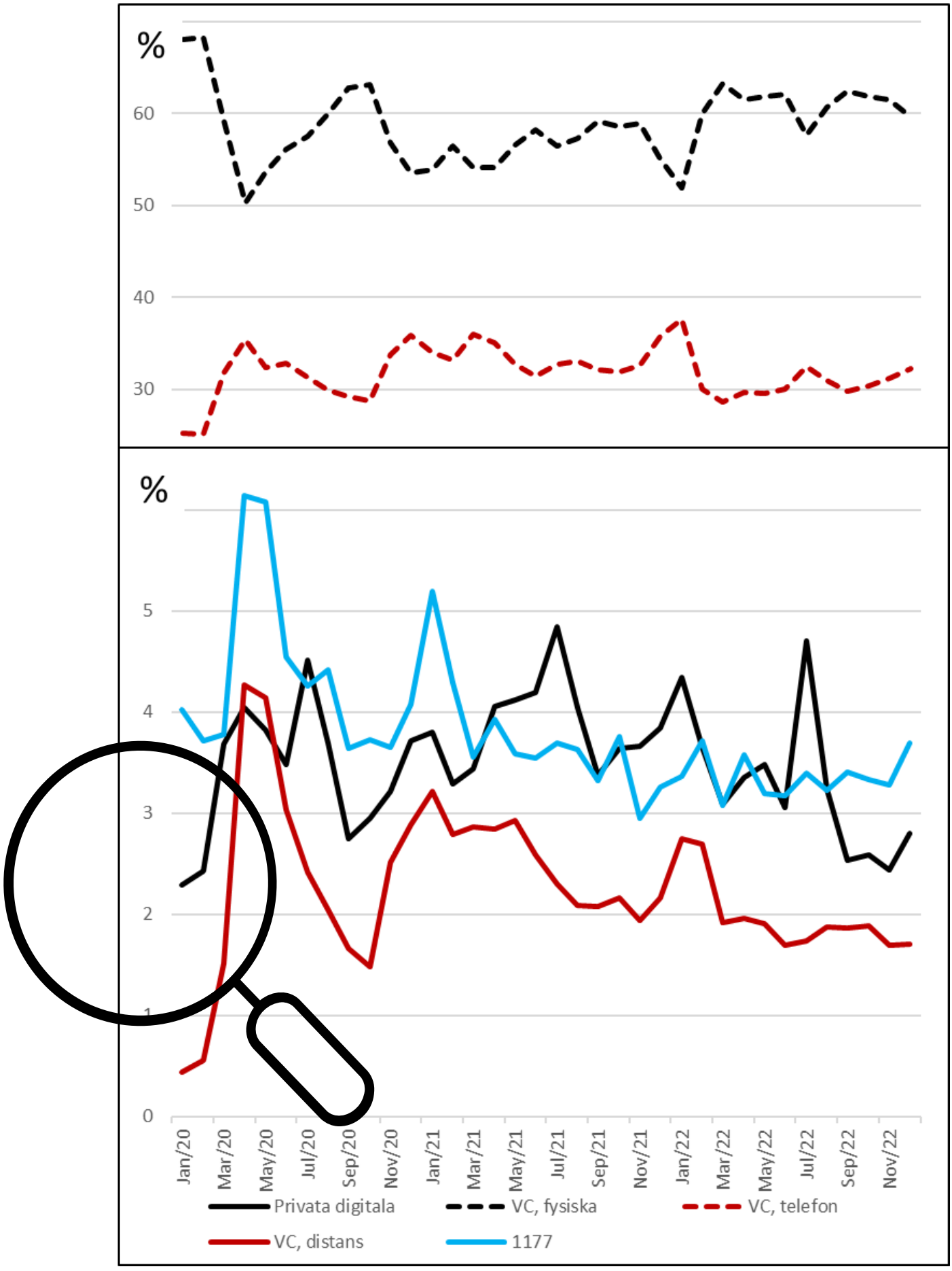
[b] Vårdkontakt Direkt är Region Sörmlands system för att ta kontakt med primärvården. Vi har inte tillgång till individdata för Vårdkontakt Direkt. Därför ingick inte Vårdkontakt Direkt och 1177 genom Vårdkontakt Direkt i ytterligare analyser. Vårdkontakt direkt var initialt infört som pilot och infördes fullskaligt med sammankoppling av 1177 och 22 vårdcentraler 2022-01-12.

**Tabell 5. Distanskontakter registrerade hos Visiba Care, för Region Jönköpings län, januari 2020 – december 2022**

| Yrkeskategori | Video | | Textmeddelanden (chatt) | |
|---|---|---|---|---|
| | Antal | % | Antal | % |
| läkare | 51.158 | 62,5 | 14.385 | 27,5 |
| sjuksköterska | 4.584 | 5,6 | 34.827 | 66,5 |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut & rehab-koordinator | 5.171 | 6,3 | 392 | 0,7 |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 18.118 | 22,1 | 898 | 1,7 |
| administrativ personal | 466 | 0,6 | 620 | 1,2 |
| övrig | 943 | 1,2 | 36 | 0,1 |
| ej angivet | 1.449 | 1,8 | 1.190 | 2,3 |
| summa | 81.889 | 100 | 52.348 | 100 |

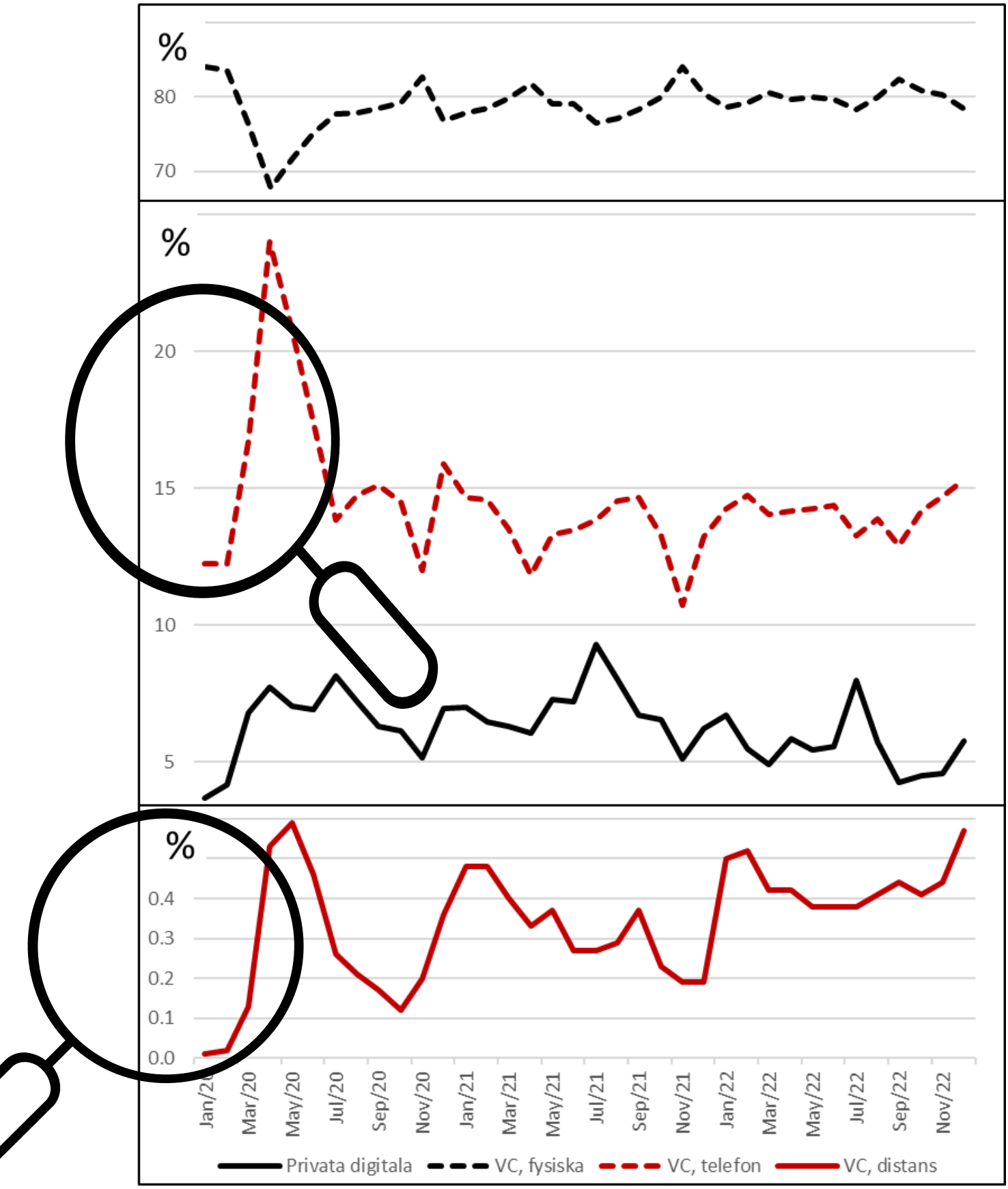
Visiba Care är det företag som via sin digitala plattform administrerade vårdkontakter för den offentliga primärvården i Region Jönköpings län.

**Figur 3. Fördelning av olika typ av primärvårdskontakter i Region Jönköpings län, januari 2020 – december 2022**




Obs, skalorna är olika i den övre och nedre delen av grafen

**Figur 4. Fördelning av olika typ av primärvårdskontakter i Region Sörmland, januari 2020 – december 2022**




Obs, skalorna är olika i de tre delarna av grafen

**Tabell 6. Fördelningen typ av primärvårdskontakter i olika åldersgrupper**

| Typ av primär-vårdskontakt | | Region Jönköpings län | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ålder | | | | | | |
| | | 0-7 | 8-17 | 18-24 | 25-64 | 65-79 | 80+ | Total |
| Privat helt digital vårdgivare | Antal | 13.208 | 8.451 | 33.227 | 76.130 | 14.015 | 1.035 | 146.066 |
| | % | 7,4 | 3,3 | 12,9 | 3,8 | 1,5 | 0,2 | 3,6 |
| Fysisk kontakt vårdcentral | Antal | 98.068 | 155.384 | 135.540 | 1.199.087 | 597.907 | 294.108 | 2.480.094 |
| | % | 55,2 | 60,7 | 52,7 | 59,8 | 66,3 | 63,9 | 61,1 |
| Telefonkontakt vårdcentral | Antal | 58.137 | 84.297 | 78.834 | 671.760 | 284.904 | 161.617 | 1.339.549 |
| | % | 32,7 | 32,9 | 30,7 | 33,5 | 31,6 | 35,1 | 33,0 |
| Distanskontakt vårdcentral | Antal | 8.163 | 8.005 | 9.556 | 59.504 | 5.078 | 3.296 | 93.602 |
| | % | 4,6 | 3,1 | 3,7 | 3,0 | 0,6 | 0,7 | 2,3 |
| Totalt Region Jönköpings län\| | Antal | 177.576 | 256.137 | 257.157 | 2.006.481 | 901.904 | 460.056 | 4.059.311 |
| | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | **Region Sörmland** | | | | | | |
| Privat helt digital vårdgivare | Antal | 17.972 | 11.761 | 34.069 | 106.976 | 21.982 | 1.833 | 194.593 |
| | % | 6,4 | 10,8 | 28,9 | 8,3 | 2,4 | 0,4 | 6,2 |
| Fysisk kontakt vårdcentral | Antal | 250.681 | 87.101 | 70.422 | 968.304 | 750.123 | 374.802 | 2.501.433 |
| | % | 89,4 | 80,3 | 59,7 | 75,2 | 82,3 | 82.9 | 79,2 |
| Telefonkontakt vårdcentral | Antal | 11.460 | 9.281 | 12.510 | 204.083 | 138.233 | 75.588 | 451.155 |
| | % | 4,1 | 8,6 | 10,6 | 15,9 | 15,2 | 16,7 | 14,3 |
| Distanskontakt vårdcentral | Antal | 391 | 319 | 903 | 7.926 | 851 | 157 | 10.547 |
| | % | 0,1 | 0,3 | 0,8 | 0,6 | 0,1 | 0,03 | 0,3 |
| Total Region Sörmland\| | Antal | 280.504 | 108.462 | 117.904 | 1.287.289 | 911.189 | 452.380 | 3.157.728 |
| | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Obs, siffrorna för Region Jönköpings län skiljer sig något från motsvarande i tabell 4. Detta beror på att 1177 sjukvårdsrådgivning inte är medräknade här.

**Tabell 7. Antal primärvårdskontakter per dag (inklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Jönköpings län[a]**

| | Antal kontakter per dag[a] | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Totalt** | 3.754.222 (94,3%) | 212.868 (5,3%) | 11.574 (0,3%) | 1.022 (0,03%) | 3.979.686 (100%) |
| Kvinnor | 2.159.867 (94,3%) | 122.801 (5,4%) | 6.817 (0,3%) | 582 (0,03%) | 2.290.067 (100%) |
| Män | 1.594.355 (94,4%) | 90.067 (5,3%) | 4.757 (0,3%) | 440 (0,03%) | 1.689.619 (100%) |
| **Ålder**, 0-7 år | 168.116 (88,8%) | 19.229 (10,2%) | 1.721 (0,91%) | 225 (0,12%) | 189.291 (100%) |
| 8-17 år | 235.996 (93,0%) | 16.728 (6,6%) | 981 (0,4%) | 84 (0,03%) | 253.789 (100%) |
| 18-24 år | 239.004 (83,6%) | 15.180 (5,9%) | 1.082 (0,4%) | 119 (0,05%) | 255.385 (100%) |
| 25-64 år | 1.847.648 (94,3%) | 104.913 (5,4%) | 5.539 (0,3%) | 490 (0,03%) | 1.958.590 (100%) |
| 65-79 år | 837.921 (95,6%) | 37.361 (4,3%) | 1.522 (0,2%) | 85 (0,01%) | 876.889 (100%) |
| 80+ | 425.537 (95,5%) | 19.457 (4,4%) | 729 (0,2%) | 19 (0,00%) | 445.742 (100%) |
| **Socioekonomisk position**[b] (n= 3.957.426) | | | | | |
| 1 = lägsta[b] | 396.693 (94,7%) | 20.697 (4,9%) | 977 (0,2%) | 79 (0,02%) | 418.446 (100%) |
| 2 | 767.374 (94,8%) | 40.249 (5,0%) | 1.952 (0,2%) | 129 (0,02%) | 809.704 (100%) |
| 3 | 712.548 (94,2%) | 41.501 (5,5%) | 2.256 (0,3%) | 221 (0,03%) | 756.526 (100%) |
| 4 | 623.403 (94,0%) | 37.365 (5,6%) | 2.192 (0,3%) | 215 (0,03%) | 663.175 (100%) |
| 5 | 620.487 (94,1%) | 36.599 (5,6%) | 2.124 (0,3%) | 177 (0,03%) | 659.387 (100%) |
| 6 | 511.645 (94,1%) | 30.202 (5,6%) | 1.770 (0,3%) | 177 (0,03%) | 543.794 (100%) |
| 7 = högsta | 100.963 (94,9%) | 5.143 (4,8%) | 267 (0,3%) | 21 (0,02%) | 106.394 (100%) |

**Tabellen fortsätter på nästa sida**

[a] Analysenheten var dagar. I datamaterialet ingick 3.979.686 dagar med primärvårdskontakter, **inklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning. Antal kontakter per dag per person för perioden var i genomsnitt 1,1; spann 1-9; SD [standardavvikelse] 0,3; md [median] 1; Q1 [25e percentilen] = 1; Q3 [75e percentilen] = 6).
[b] Sammanslaget mått (summerat index/2) av 7-delad utbildning och 7-delad inkomst.

| Fortsättning tabell 7 (Region Jönköpings län) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Antal kontakter per dag[a] | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Typ av primärvårdskontakter**, för första kontakten inom det kontaktmönster som dagen är en del av. | | | | | |
| **Kontakt med en privat helt digital vårdgivare**, läkare | 81.255 (89,7%) | 8.440 (9,3%) | 842 (0,9%) | 91 (0,10%) | 90.628 (100%) |
| sjuksköterska | 23.648 (90,9%) | 2.096 (8,1%) | 248 (1,0%) | 20 (0,08%) | 26.012 (100%) |
| fysioterapeut | 23.984 (97,7%) | 548 (2,2%) | 26 (0,1%) | 2 (0,01%) | 24.560 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 9.303 (96,5%) | 311 (3,2%) | 24 (0,2%) | 2 (0,02%) | 9.640 (100%) |
| övrig | 61 (93,8%) | 4 (6,2%) | 0 | 0 | 65 (100%) |
| **Fysisk kontakt vårdcentral**, läkare | 1.062.281 (91,4%) | 95.334 (8,2%) | 4.572 (0,4%) | 353 (0,03%) | 1.162.540 (100%) |
| sjuksköterska | 535.909 (96,3%) | 19.700 (3,5%) | 928 (0,2%) | 86 (0,02%) | 556.623 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 402.810 (97,6%) | 9.523 (2,31%) | 532 (0,13%) | 47 (0,01%) | 412.912 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 108.794 (97,7%) | 2.384 (2,1%) | 161 (0,1%) | 14 (0,01%) | 111.353 (100%) |
| övrig | 134.904 (97,8%) | 2.799 (2,0%) | 215 (0,2%) | 22 (0,02%) | 137.940 (100%) |
| **Telefonkontakt vårdcentral**, läkare | 425.595 (94,7%) | 22.739 (5,1%) | 1.113 (0,2%) | 85 (0,02%) | 449.532 (100%) |
| sjuksköterska | 632.000 (94,8%) | 32.459 (4,9%) | 1.819 (0,3 | 180 (0,03%) | 666.458 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 108.173 (96,3%) | 3.971 (3,5%) | 200 (0,2%) | 25 (0,02%) | 112.369 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 43.392 (96,2%) | 1.578 (3,5%) | 113 (0,3%) | 9 (0,02%) | 45.092 (100%) |
| övrig | 12.495 (96,6%) | 420 (3,2%) | 18 (0,1%) | 2 (0,02%) | 12.935 (100%) |
| **Distanskontakt vårdcentral**, läkare | 42.419 (83,9%) | 7.601 (15,0%) | 504 (1,0%) | 40 (0,08%) | 50.564 (100%) |
| sjuksköterska | 7.531 (96,4%) | 267 (3,4%) | 15 (0,2%) | 3 (0,04%) | 7.816 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 5.548 (96,2%) | 208 (3,6%) | 12 (0,2%) | 0 | 5.768 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 24.028 (97,6%) | 548 (2,2%) | 43 (0,2%) | 4 (0,02%) | 24.623 (100%) |
| övrig | 827 (98,7%) | 10 (1,2%) | 1 (0,1%) | 0 | 838 (100%) |
| **1177 sjukvårdsrådgivning**[c] | 69.265 (97,0%) | 1.928 (2,7%) | 188 (0,3%) | 37 (0,05%) | 71.418 (100%) |

[a] Analysenheten var dagar. I datamaterialet ingick 3.979.686 dagar med primärvårdskontakter, **inklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning.

[c] I första hand räknades inte kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning som början på ett flöde, Kontakter med 1177 sjukvårdsrådgivning räknades som första kontakt om det inom fem dagar inte följdes av annan typ av primärvård (inom samma kontaktmönster). Det största antalet kontakter med bara 1177 i samma kontaktmönster (i rad med högst fem dagar mellan) var 24 st.

**Tabell 8. Antal primärvårdskontakter per dag (exklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Sörmland[a]**

| | Antal kontakter per dag[a] | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Totalt** | 2.684.982 (92,2%) | 206.147 (7,1%) | 17.735 (0,6%) | 1.731 (0,06%) | 2.910.595 (100%) |
| Kvinnor | 1.528.578 (92,4%) | 115.058 (7,0%) | 9.667 (0,6%) | 919 (0,06%) | 1.654.222 (100%) |
| Män | 1.156.404 (92,0%) | 91.089 (7,3%) | 8.068 (0,6%) | 812 (0,06%) | 1.256.373 (100%) |
| **Ålder**, 0-7 år | 210.764 (86,5%) | 29.040 (11,9%) | 3.741 (1,5%) | 108 (0,04%) | 243.653 (100%) |
| 8-17 år | 94.799 (93,5%) | 6.246 (6,2%) | 363 (0,4%) | 20 (0,02%) | 101.428 (100%) |
| 18-24 år | 104.187 (94,0%) | 6.234 (5,6%) | 378 (0,3%) | 28 (0,03%) | 110.827 (100%) |
| 25-64 år | 1.118.183 (93,2%) | 75.410 (6,3%) | 5.415 (0,5%) | 494 (0,04%) | 1.199.502 (100%) |
| 65-79 år | 776.957 (92,4%) | 58.391 (6,9%) | 4.899 (0,6%) | 651 (0,08%) | 840.898 (100%) |
| 80+ | 380.092 (91,8%) | 30.826 (7,4%) | 2.939 (0,7%) | 430 (0,10%) | 414.287 (100%) |
| **Socioekonomisk position** (n= 2.869.357) | | | | | |
| 1 = lägsta[b] | 299.336 (92,5%) | 22.293 (6,9%) | 1.687 (0,5%) | 178 (0,06%) | 323.494 (100%) |
| 2 | 642.827 (92,3%) | 49.424 (7,1%) | 4.164 (0,6%) | 429 (0,06%) | 696.844 (100%) |
| 3 | 513.113 (92,4%) | 38.518 (6,9%) | 3.188 (0,6%) | 325 (0,06%) | 555.144 (100%) |
| 4 | 410.031 (92,0%) | 32.408 (7,3%) | 3.020 (0,7%) | 239 (0,05%) | 445.698 (100%) |
| 5 | 395.024 (92,4%) | 29.752 (7,0%) | 2.609 (0,6%) | 198 (0,05%) | 427.583 (100%) |
| 6 | 320.204 (92,5%) | 23.993 (6,9%) | 1.922 (0,6%) | 189 (0,05%) | 346.308 (100%) |
| 7 = högsta | 68.972 (92,9%) | 4.917 (6,6%) | 361 (0,5%) | 36 (0,05%) | 74.286 (100%) |

**Tabellen fortsätter på nästa sida**

[a] Analysenheten var dagar, I datamaterialet ingick 2,910,595 dagar med primärvårdskontakter, **exklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning. Antal kontakter per dag per person för perioden var i genomsnitt 1,1; spann 1-9; SD [standardavvikelse] 0,3; md [median] 1; Q1 [25e percentilen] = 1; Q3 [75e percentilen] = 8).
[b] Sammanslaget mått (summerat index/2) av 7-delad utbildning och 7-delad inkomst.

| Fortsättning tabell 8 (Region Sörmland) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Antal kontakter per dag[a] | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Olika typer av primärvårdskontakter**, för den första kontakten som ingick i det kontaktmönster som dagen ingick i | | | | | |
| **Kontakt med en privat helt digital vårdgivare**, läkare | 103.916 (92,9%) | 7.403 (6,6%) | 469 (0,4%) | 35 (0,03%) | 111.823 (100%) |
| Sjuksköterska | 31.735 (94,4%) | 1.703 (5,1%) | 157 (0,5%) | 7 (0,02%) | 33.602 (100%) |
| fysioterapeut | 32.915 (97,9%) | 670 (2,0%) | 43 (0,1%) | 4 (0,01%) | 33.632 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 16.267 (97,6%) | 376 (2,3%) | 18 (0,1%) | 0 | 16.661 (100%) |
| Övrig | 67 (100%) | 0 | 0 | 0 | 67 (100%) |
| **Fysisk kontakt vårdcentral**, läkare | 818.053 (90,3%) | 81.185 (9,0%) | 6.660 (0,7%) | 509 (0,06%) | 906.407 (100%) |
| sjuksköterska | 648.370 (92,0%) | 51.160 (7,3%) | 5.009 (0,7%) | 465 (0,07%) | 705.004 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 172.793 (93,3%) | 11.554 (6,2%) | 704 (0,4%) | 84 (0,05%) | 185.135 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 83.730 (95,2%) | 3.961 (4,5%) | 264 (0,3%) | 33 (0,04%) | 87.988 (100%) |
| övrig | 388.368 (93,7%) | 23.764 (5,7%) | 2.067 (0,5%) | 239 (0,06%) | 414.438 (100%) |
| **Telefonkontakt vårdcentral**, läkare | 254.918 (94,2%) | 14.223 (5,3%) | 1.258 (0,5%) | 134 (0,05%) | 270.533 (100%) |
| sjuksköterska | 75.564 (91,2%) | 6.353 (7,7%) | 743 (0,9%) | 167 (0,20%) | 82.827 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 34.449 (93,7%) | 2.041 (5,6%) | 216 (0,6%) | 40 (0,11%) | 36.746 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 10.705 (94,7%) | 552 (4,9%) | 48 (0,4%) | 5 (0,04%) | 11.310 (100%) |
| övrig | 3.501 (92,0%) | 270 (7,1%) | 30 (0,8%) | 4 (0,11%) | 3.805 (100%) |
| **Distanskontakt vårdcentral**, läkare | 3.629 (87,4%) | 489 (11,8%) | 31 (0,7%) | 3 (0,07%) | 4.152 (100%) |
| sjuksköterska | 1.609 (93,5%) | 105 (6,1%) | 6 (0,3%) | 1 (0,06%) | 1.721 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 996 (95,2%) | 47 (4,5%) | 3 (0,3%) | 0 | 1.046 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 2.878 (92,1%) | 234 (7,5%) | 12 (0,4%) | 1 (0,03%) | 3.125 (100%) |
| övrig | 519 (95,8%) | 22 (4,1%) | 1 (0,2%) | 0 | 542 (100%) |

[a] Analysenheten var dagar, I datamaterialet ingick 2,910,595 dagar med primärvårdskontakter, **exklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning. Antal kontakter per dag per person för perioden var i genomsnitt 1,1; spann 1-9; SD [standardavvikelse] 0,3; md [median] 1; Q1 [25e percentilen] = 1; Q3 [75e percentilen] = 8).

**Figur 5. Färgkodning till tabell 9 och 10**

| Region Jönköpings län | | | Region Sörmland | |
|---|---|---|---|---|
| Antal kontakter per kontaktmönster | | | | |
| 1 kontakt | 5+ kontakter | | 1 kontakt | 5+ kontakter |
| | > 9,0% | | | > 10,0% |
| | > 7,0% | | | > 8,0% |
| | > 5,0% | | | > 7,0% |
| | > 4,0% | | | > 6,0% |
| < 60,65 | > 3,0% | | < 54,%8 | > 5,0% |
| < 65,6% | > 2,5% | | < 59,8% | > 4,0% |
| < 70,6% | > 2,0% | | < 64,8% | > 3,5% |
| < 75,6% | > 1,5% | | < 69,8% | > 2,5% |
| Totalt 78,6%<br>75,6-81,6% | Totalt 1,2%<br>1,0-1,5% | | Totalt 72,8%<br>69,8-75,8% | Totalt 2,7%<br>2,5-3,0% |
| > 81,6 | < 1,0% | | > 75,8% | < 2,5 |
| > 86,6 | < 0,8% | | > 80,8% | < 2,2 |
| > 91,6 | < 0,6% | | | < 1,9 |
| > 94,6 | < 0,4% | | | < 1,6 |
| | < 0,3% | | | < 1,3 |
| | < 0,2% | | | < 1,0 |
| | < 0,15% | | | < 0,7 |
| | < 0,1% | | | |

Schema för den färgkodning som används i tabell 8 och 9. Röda värden är kopplade till att det ingick fler primärvårdskontakter i ett kontakmönster, blå värden, värden med ram runt, är kopplat till färre kontakter. Starkare färger indikerar större skillnader från totalen. Gränsvärden för höga resp. låga andelar var olika för de två regionerna. Anledningen var att totala andelen kontaktmönster med mer än fyra respektive bara en kontakt varierade mellan regionerna och avsikten med färgkodningen var inte att jämföra mellan regionerna utan inom dem.

**Tabell 9. Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster (inklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Jönköpings län[a]**

| | Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster[a] | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2-4 | 5-228 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Totalt** | 2.479.212 (78,6%) | 687.359 (20,3%) | 39.100 (1,2%) | 3.156.171 (100%) |
| Kvinnor | 1.410.600 (78,0%) | 375.164 (20,8%) | 21.685 (1,2%) | 1.807.449 (100%) |
| Män | 1.068.612 (79,2%) | 264.703 (19,6%) | 15.407 (1,1%) | 1.348.722 (100%) |
| **Ålder**, 0-7 år | 119.153 (74,5%) | 39.416 (24,7%) | 1.271 (0,8%) | 159.840 (100%) |
| 8-17 år | 172.874 (79,7%) | 42.841 (19,8%) | 1.090 (0,5%) | 216.805 (100%) |
| 18-24 år | 160.204 (77,6%) | 44.244 (21,4%) | 1.882 (0,9%) | 206.330 (100%) |
| 25-64 år | 1.209.225 (78,1%) | 319.905 (20,7%) | 18.535 (1,2%) | 1.547.665 (100%) |
| 65-79 år | 547.941 (80,1%) | 127.436 (18,6%) | 9.011 (1,3%) | 684.388 (100%) |
| 80+ | 269.815 (79,1%) | 66.025 (19,4%) | 5.303 (1,6%) | 341.143 (100%) |
| **Socioekonomisk position** (n= 3.139.536) | | | | |
| 1 = lägsta[b] | 255.620 (78,6%) | 65.112 (20,0%) | 4.327 (1,3%) | 325.059 (100%) |
| 2 | 488.235 (78,3%) | 126.402 (20,3%) | 8.990 (1,4%) | 623.627 (100%) |
| 3 | 464.708 (77,9%) | 124.215 (20,8%) | 7.354 (1,2%) | 596.277 (100%) |
| 4 | 414.263 (78,2%) | 109.216 (20,6%) | 6.017 (1,1%) | 529.496 (100%) |
| 5 | 419.859 (78,8%) | 107.760 (20,2%) | 5.354 (1,0%) | 532.973 (100%) |
| 6 | 353.456 (79,5%) | 87.251 (19,6%) | 3.985 (0,9%) | 444.692 (100%) |
| 7 = högsta | 70.334 (80,5%) | 16.326 (18,7%) | 752 (0,9%) | 87.412 (100%) |

**Tabellen fortsätter på nästa sida**

Figur 5 (ovan) innehåller schema för den färgkodning som används i tabell 9 och 10. Röda värden är kopplade till att det ingick fler primärvårdskontakter i ett kontakmönster, blå värden med ram runt, till färre kontakter. Starkare färger indikerar större skillnader från totalen.

[a] Analysenheten var kontaktmönster. Ett kontaktmönster har vi definierat som en serie primärvårdkontakter som det var högst åtta dagar mellan och som avsåg samma diagnosgrupp. Kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning räknades som en del i ett kontaktmönster om kontakten följdes av en annan primärvårdskontakt inom fem dagar.

[b] Sammanslaget mått (summerat index/2) av 7-delad utbildning och 7-delad inkomst.

| Fortsättning tabell 9 (Region Jönköpings län) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster**[a] | 1 | 2-4 | 5-228 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Vilken **typ av primärvårdskontakt** som inledde ett kontaktmönster[c] | | | | |
| **Kontakt med en privat helt digital vårdgivare**, läkare | 56.642 (76,5%) | 16.726 (22,6%) | 716 (1,0%) | 74.084 (100%) |
| sjuksköterska | 14.778 (73,3%) | 5.109 (25,3%) | 267 (1,3%) | 20.154 (100%) |
| fysioterapeut | 14.161 (79,4%) | 3.280 (18,4%) | 391 (2,2%) | 17.832 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 2.625 (58,2%) | 1.478 (32,7%) | 410 (9,1%) | 4.513 (100%) |
| övrig | 37 (77,1%) | 10 (20,8%) | 1 (2,1%) | 48 (100%) |
| **Fysisk kontakt vårdcentral**, läkare | 726.984 (77,0%) | 208.690 (22,1%) | 8.980 (1,0%) | 944.654 (100%) |
| sjuksköterska | 345.063 (82,4%) | 66.237 (15,8%) | 7.701 (1,8%) | 419.001 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 272.206 (84,0%) | 46.782 (14,4%) | 5.030 (1,6%) | 324.018 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 78.626 (84,8%) | 13.460 (14,5%) | 620 (0,7%) | 92.706 (100%) |
| övrig | 92.072 (84,5%) | 15.519 (14,2%) | 1.409 (1,3%) | 109.000 (100%) |
| **Telefonkontakt vårdcentral**, läkare | 296.775 (80,4%) | 69.616 (18,9%) | 2.883 (0,8%) | 369.274 (100%) |
| sjuksköterska | 336.841 (69,7%) | 140.604 (29,1%) | 6.160 (1,3%) | 483.605 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 66.050 (76,8%) | 18.964 (22,0%) | 997 (1,2%) | 86.011 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 23.414 (72,0%) | 8.572 (26,4%) | 523 (1,6%) | 32.509 (100%) |
| övrig | 7.495 (76,2%) | 2.229 (22,7%) | 106 (1,1%) | 9.830 (100%) |
| **Distanskontakt vårdcentral**, läkare | 27.218 (67,9%) | 12.302 (30,7%) | 537 (1,3%) | 40.057 (100%) |
| sjuksköterska | 5.005 (79,9%) | 1.210 (19,3%) | 53 (0,8%) | 6.268 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 3.477 (78,7%) | 874 (19,8%) | 67 (1,5%) | 4.418 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 16.556 (83,1%) | 3.189 (16,0%) | 185 (0,9%) | 19.930 (100%) |
| övrig | 624 (88,1%) | 78 (11,0%) | 6 (0,8%) | 708 (100%) |
| **1177 sjukvårdsrådgivning** | 92.563 (94,9%) | 4.938 (5,1%) | 50 (0,1%) | 97.551 (100%) |

[a] Analysenheten var kontaktmönster. Kontaktmönster beskrivs i begreppsförklaringen och ovan.

**Tabell 10. Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster (exklusive 1177 sjukvårdsrådgivning), per kön, ålder och socioekonomisk position samt typ av kontakt, i Region Sörmland[a]**

| | Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster[a] | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2-4 | 5-726 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Totalt** | 1.489.711 (72,8%) | 500.530 (24,5%) | 54.732 (2,7%) | 2.044.973 (100%) |
| Kvinnor | 832.342 (72,3%) | 286.634 (24,9%) | 32.478 (2,8%) | 1.151.454 (100%) |
| Män | 657.369 (73,6%) | 213.896 (23,9%) | 22.254 (2,5%) | 893.519 (100%) |
| **Ålder**, 0-7 år | 156.129 (76,1%) | 45.873 (22,4%) | 3.061 (1,5%) | 205.063 (100%) |
| 8-17 år | 72.981 (83,5%) | 13.910 (15,9%) | 504 (0,6%) | 87.395 (100%) |
| 18-24 år | 66.053 (77,8%) | 17.344 (20,4%) | 1.455 (1,7%) | 84.852 (100%) |
| 25-64 år | 620.060 (73,3%) | 203.346 (24,1%) | 22.101 (2,6%) | 845.507 (100%) |
| 65-79 år | 392.361 (70,4%) | 147.099 (26,4%) | 17.619 (3,2%) | 557.079 (100%) |
| 80+ | 182.127 (68,7%) | 72.958 (27,5%) | 9.992 (3,8%) | 265.077 (100%) |
| Socioekonomisk position (n= 2.018.868) | | | | |
| 1 = lägsta[b] | 160.508 (71,9%) | 56.591 (25,4%) | 6.009 (2,7%) | 223.108 (100%) |
| 2 | 332.891 (70,8%) | 123.033 (26,2%) | 14.227 (3,0%) | 470.151 (100%) |
| 3 | 284.697 (72,9%) | 95.700 (24,5%) | 10.401 (2,7%) | 390.798 (100%) |
| 4 | 236.449 (73,7%) | 76.501 (23,8%) | 7.936 (2,5%) | 320.886 (100%) |
| 5 | 227.666 (74,0%) | 72.447 (23,5%) | 7.629 (2,5%) | 307.742 (100%) |
| 6 | 189.446 (75,1%) | 57.054 (22,6%) | 5.831 (2,3%) | 252.331 (100%) |
| 7 = högsta | 40.597 (75,4%) | 11.959 (22,2%) | 1.296 (2,4%) | 53.852 (100%) |

**Tabellen fortsätter på nästa sida**

Figur 5 (ovan) innehåller schema för den färgkodning som används i tabell 9 och 10. Röda värden är kopplade till att det ingick fler primärvårdskontakter i ett kontakmönster, blå värden med ram runt, till färre kontakter. Starkare färger indikerar större skillnader från totalen.

[a] Analysenheten var kontaktmönster. Kontaktmönster beskrivs i begreppsförklaringen och ovan.

[b] Sammanslaget mått (summerat index/2) av 7-delad utbildning och 7-delad inkomst.

| Fortsättning tabell 10 (Region Sörmland) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster[a] | | | |
| | 1 | 2-4 | 5-726 | Totalt[a] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Vilken **typ av primär**vårdskontakt som inledde ett kontaktmönster | | | | |
| **Kontakt med en privat helt digital vårdgivare**, läkare | 71.754 (79,8%) | 17.280 (19,2%) | 896 (1,0%) | 89.930 (100%) |
| sjuksköterska | 21.252 (77,3%) | 5.920 (21,5%) | 321 (1,2%) | 27.493 (100%) |
| fysioterapeut | 5.391 (56,6%) | 2.149 (22,6%) | 1.978 (20,8%) | 9.518 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 3.601 (53,7%) | 2.265 (33,8%) | 844 (12,6%) | 6.710 (100%) |
| övrig | 19 (67,9%) | 6 (21,4%) | 3 (10,7%) | 28 (100%) |
| **Fysisk kontakt vårdcentral**, läkare | 498.917 (73,8%) | 165.256 (24,4%) | 11.787 (1,7%) | 675.960 (100%) |
| sjuksköterska | 406.623 (77,9%) | 103.542 (19,8%) | 12.139 (2,3%) | 522.304 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 77.299 (69,6%) | 27.704 (25,0%) | 6.035 (5,4%) | 111.038 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 34.762 (68,2%) | 13.061 (25,6%) | 3.111 (6,1%) | 50.934 (100%) |
| övrig | 178.488 (65,9%) | 84.004 (31,0%) | 8.482 (3,1%) | 34.762 (68,2%) |
| **Telefonkontakt vårdcentral**, läkare | 140.316 (73,4%) | 46.847 (24,5%) | 4.128 (2,2%) | 191.291 (100%) |
| sjuksköterska | 26.270 (58,2%) | 15.959 (35,4%) | 2.876 (6,4%) | 45.105 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 15.472 (66,7%) | 6.768 (29,2%) | 956 (4,1%) | 23.196 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 4.020 (63,5%) | 1.909 (30,2%) | 399 (6,3%) | 6.328 (100%) |
| övrig | 1.478 (63,1%) | 738 (31,5%) | 125 (5,3%) | 2.341 (100%) |
| **Distanskontakt vårdcentral**, läkare | 1.434 (54,9%) | 1.082 (41,5%) | 94 (3,6%) | 2.610 (100%) |
| sjuksköterska | 868 (67,0%) | 392 (30,2%) | 36 (2,8%) | 1.296 (100%) |
| fysioterapeut/ arbetsterapeut | 393 (67,0%) | 159 (27,1%) | 35 (6,0%) | 587 (100%) |
| psykolog, psykoterapeut, kurator | 1.128 (66,2%) | 443 (26,0%) | 134 (7,9%) | 1.705 (100%) |
| övrig | 226 (64,9%) | 108 (31,0%) | 14 (4,0%) | 348 (100%) |

[a] Analysenheten var kontaktmönster. Kontaktmönster beskrivs i begreppsförklaringen och ovan.

**Tabell 11. Brådskandegrad enlig 1177 sjukvårdsrådgivning i förhållande till akutbesök senast dagen efter, Region Jönköpings län**

| | Akutbesök | | |
|---|---|---|---|
| | Nej | Ja | Totalt |
| Brådskandegrad enligt 1177 | n (%) | n (%) | n (%) |
| Avvakta | 40.563 (94,4%) | 2.427 (5,6%) | 42.990 (100%) |
| Vardag närmaste tid | 24.452 (95,2%) | 1.228 (4,8%) | 25.680 (100%) |
| Närmaste dygnet | 23.972 (60,0%) | 15.965 (39,0%) | 39.937 (100%) |
| Omgående | 7.767 (29,7%) | 18.419 (70,3%) | 26.186 (100%) |
| Skyndsamt | 10.072 (40,6%) | 14.731 (59,4%) | 24.803 (100%) |
| Totalt | 106.826 (66,9%) | 52.770 (33,1%) | 159.596 (100%) |

Data från 1177 sjukvårdsrådgivning har inte varit tillgängligt för oss från Region Sörmland. Observera att siffrorna är en underskattning av akutbesöken då akutbesök utanför Region Jönköpings län inte finns med i data.

**Tabell 12. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter per dag, Region Jönköpings län**

| | Antal kontakter per dag | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Totalt |
| **Diagnosgrupper**[a] | % | % | % | % | % |
| AB, Infektions- och parasitsjukdomar | 2,3 | 3,8 | 4,5 | 5,7 | 2,4 |
| C-D48, Tumörer | 1,5 | 0,8 | 0,5 | 0,2 | 1,5 |
| D50-D89, Blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet | 0,8 | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,7 |
| E, Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar | 5,6 | 3,3 | 2,4 | 1,5 | 5,4 |
| F, Psykiska sjukdomar och syndrom | 10,0 | 8,8 | 8,3 | 6,6 | 9,9 |
| G, Nervsystemet | 2,7 | 2,2 | 1,8 | 1,2 | 2,6 |
| H00-H59, Ögat och närliggande organ | 0,8 | 1,2 | 1,1 | 2,3 | 0,8 |
| H60-H95, Örat och mastoidutskottet | 2,2 | 3,6 | 3,7 | 3,5 | 2,4 |
| I, Cirkulationsorganen | 7,6 | 5,5 | 3,8 | 1,7 | 7,4 |
| J, Andningsorganen | 6,9 | 10,7 | 13,1 | 18,6 | 7,3 |
| K, Matsmältningsorganen | 4,1 | 4,5 | 5,1 | 4,9 | 4,1 |
| L, Hudens och underhuden | 7,0 | 7,8 | 8,1 | 8,5 | 7,1 |
| M: muskuloskeletala systemet och bindväven | | | | | |
| M00-M25, Ledsjukdomar | 5,5 | 3,6 | 2,7 | 1,2 | 5,3 |
| M30-M36, Inflammatoriska systemsjukdomar | 0,4 | 0,2 | 0,2 | --- | 0,4 |
| M40-M54, Ryggsjukdomar | 5,1 | 4,4 | 3,9 | 2,6 | 5,1 |
| M60-M79, Mjukvävnader | 6,7 | 5,8 | 5,2 | 4,1 | 6,7 |
| M80-M94, ben- och broskvävnad | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,5 |
| M95-M99, Andra sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven | 0,0 | 0,0 | 0,0 | --- | 0,0 |
| N, Urin- och könsorganen | 3,5 | 4,3 | 4,8 | 5,6 | 3,6 |
| O, Graviditet, förlossning och barnsängstid | 0,1 | 0,1 | 0,1 | --- | 0,1 |
| P, Vissa perinatala tillstånd | 0,0 | 0,0 | --- | --- | 0,0 |
| Q, Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| R, Ej klassificerat på annan plats[b] | 5,1 | 7,8 | 9,5 | 11,8 | 5,3 |
| ST, Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker | 5,2 | 6,9 | 7,7 | 6,7 | 5,3 |
| U (exklusive covid) Koder för särskilda ändamål (varav 2 st vaccination mot covid) | 0,0 | 0,1 | 0,0 | --- | 0,0 |
| Covid[c] | 1,7 | 1,7 | 1,8 | 3,2 | 1,7[c] |
| VY, Yttre orsaker | 1,8 | 1,7 | 1,7 | 1,2 | 1,8 |
| Z, Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården[d] | 8,9 | 7,5 | 7,1 | 6,2 | 8,8 |
| Multisjuk-kontakt, fler än tre diagnosgrupper vid samma kontakt | 3,8 | 2,7 | 2,2 | 1,5 | 3,7 |
| Totalt antal diagnoser | 3.964.151 | 358.375 | 23.921 | 2.114 | 4.348.561 |

[a] Diagnoser ställs inte vid 1177 sjukvårdsrådgivning (n = 159.598). För ytterligare 752.000 (18,5%) primärvårdskontakter saknades diagnoskod.
[b] Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats.
[c] Vid 73.198 av kontakterna var covid satt som diagnos.
[d] Innefattar kontakt med hälso- och sjukvården: för undersökning och utredning; smittsamma sjukdomar; i samband med fortplantning; för speciella åtgärder och vård; potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden; ”i andra situationer”; potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan.

**Tabell 13. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter per dag, Region Sörmland**

| | Antal kontakter per dag | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Totalt |
| **Diagnosgrupper**[a] | % | % | % | % | % |
| AB, Infektions- och parasitsjukdomar | 2,0 | 2,3 | 2,0 | 0,9 | 2,0 |
| C-D48, Tumörer | 0,8 | 2,2 | 6,4 | 24,0[b] | 1,1 |
| D50-D89, Blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet | 0,5 | 0,7 | 1,3 | 1,0 | 0,5 |
| E, Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar | 3,4 | 4,6 | 3,7 | 1,7 | 3,5 |
| F, Psykiska sjukdomar och syndrom | 8,2 | 5,9 | 4,4 | 3,2 | 7,8 |
| G, Nervsystemet | 1,6 | 1,6 | 1,2 | 0,9 | 1,6 |
| H00-H59, Ögat och närliggande organ | 0,7 | 0,6 | 0,3 | 0,2 | 0,7 |
| H60-H95, Örat och mastoidutskottet | 2,7 | 3,9 | 3,7 | 1,3 | 2,9 |
| I, Cirkulationsorganen | 4,1 | 4,7 | 3,9 | 2,3 | 4,2 |
| J, Andningsorganen | 6,0 | 6,6 | 7,4 | 3,6 | 6,1 |
| K, Matsmältningsorganen | 2,7 | 3,9 | 7,5 | 4,7 | 3,0 |
| L, Hudens och underhuden | 8,6 | 10,9 | 9,9 | 5,8 | 8,9 |
| M: muskuloskeletala systemet och bindväven | | | | | |
| M00-M25, Ledsjukdomar | 5,2 | 2,6 | 1,9 | 0,8 | 4,8 |
| M30-M36, Inflammatoriska systemsjukdomar | 0,1 | 0,1 | 0,1 | --- | 0,1 |
| M40-M54, Ryggsjukdomar | 3,3 | 1,9 | 1,1 | 0,4 | 3,1 |
| M60-M79, Mjukvävnader | 5,4 | 4,1 | 2,8 | 0,9 | 5,2 |
| M80-M94, ben- och broskvävnad | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 |
| M95-M99, Andra sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| N, Urin- och könsorganen | 2,4 | 3,6 | 4,3 | 2,9 | 2,6 |
| O, Graviditet, förlossning och barnsängstid | 0,1 | 0,1 | 0,0 | --- | 0,1 |
| P, Vissa perinatala tillstånd | 0,0 | 0,0 | --- | --- | 0,0 |
| Q, Medfödda missbildningar och kromosomavvikelser | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| R, Ej klassificerat på annan plats[c] | 3,1 | 3,3 | 2,7 | 1,8 | 3,1 |
| ST, Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker | 2,0 | 1,8 | 1,0 | 0,5 | 1,9 |
| U (exklusive covid) Koder för särskilda ändamål | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| Covid[d] | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,3 |
| Vaccination covid[d] | 9,3 | 3,9 | 2,5 | 1,8 | 8,5 |
| VY, Yttre orsaker | 1,6 | 1,6 | 0,9 | 0,4 | 1,6 |
| Z, Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården[e] | 14,0 | 13,7 | 16,6 | 30,4 | 14,0 |
| Multisjuk-kontakt, fler än tre diagnosgrupper vid samma kontakt | 11,3 | 14,3 | 13,6 | 10,0 | 11,7 |
| Totalt antal diagnoser | 1.627.846 | 255.794 | 31.962 | 6.001 | 1.921.603 |

[a] För 1.590.256 (50,4%) primärvårdskontakter saknades diagnoskod. För 501 primärvårdskontakter var felaktiga diagnoskoder angivna. Dessa var till stor del åtgärdskoder.
[b] 1.271 av 1.438 kontakter var hembesök. Den vanligaste diagnosen var malign tumör i prostata.
[c] Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska- och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats.
[d] Vid 6.656 av kontakterna var covid satt som diagnos, vid 162.376 vaccination mot covid.
[e] Innefattar kontakt med hälso- och sjukvården: för undersökning och utredning; smittsamma sjukdomar; i samband med fortplantning; för speciella åtgärder och vård; potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden; ”i andra situationer”; potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan.

**Tabell 14. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster, Region Jönköpings län**

| | Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2-4 | 5-228 | Totalt[a] |
| **Diagnosgrupper[a]** | % | % | % | % |
| AB, Infektions- och parasitsjukdomar | 2,3 | 2,7 | 1,8 | 2,4 |
| C-D48, Tumörer | 1,6 | 1,1 | 2,5 | 1,5 |
| D50-D89, Blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet | 0,8 | 0,7 | 0,6 | 0,7 |
| E, Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar | 5,9 | 4,4 | 5,3 | 5,4 |
| F, Psykiska sjukdomar och syndrom | 9,6 | 10,3 | 11,3 | 9,9 |
| G, Nervsystemet | 2,7 | 2,5 | 2,4 | 2,6 |
| H00-H59, Ögat och närliggande organ | 0,8 | 0,8 | 0,3 | 0,8 |
| H60-H95, Örat och mastoidutskottet | 2,1 | 3,0 | 1,4 | 2,4 |
| I, Cirkulationsorganen | 8,1 | 6,3 | 6,3 | 7,4 |
| J, Andningsorganen | 7,1 | 8,2 | 4,2 | 7,3 |
| K, Matsmältningsorganen | 4,0 | 4,5 | 2,8 | 4,1 |
| L, Hudens och underhuden | 6,5 | 6,8 | 13,3 | 7,1 |
| M: muskuloskeletala systemet och bindväven | | | | |
| M00-M25, Ledsjukdomar | 5,5 | 4,9 | 5,9 | 5,3 |
| M30-M36, Inflammatoriska systemsjukdomar | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,4 |
| M40-M54, Ryggsjukdomar | 4,8 | 5,3 | 6,0 | 5,1 |
| M60-M79, Mjukvävnader | 6,8 | 6,6 | 5,4 | 6,7 |
| M80-M94, benvävnad och broskvävnad | 0,6 | 0,4 | 0,4 | 0,5 |
| M95-M99, Andra sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| N, Urin- och könsorganen | 3,4 | 4,0 | 2,8 | 3,6 |
| O, Graviditet, förlossning och barnsängstid | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| P, Vissa perinatala tillstånd | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Q, Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 |
| R, Ej klassificerat på annan plats[b] | 4,7 | 6,6 | 5,2 | 5,3 |
| ST, Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker | 5,0 | 5,3 | 8,6 | 5,3 |
| U (exklusive covid) Koder för särskilda ändamål (varav 2 st vaccination mot covid) | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Covid[c] | 1,5 | 2,0 | 2,1 | 1,7[c] |
| VY, Yttre orsaker | 1,8 | 1,5 | 2,2 | 1,8 |
| Z, Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården[d] | | | | |
| | 9,4 | 8,3 | 5,6 | 8,8 |
| Multisjuk-kontakt, fler än tre diagnosgrupper vid samma kontakt | 4,1 | 3,1 | 3,0 | 3,7 |
| Antal diagnoser | 2.613.400 | 1.435.908 | 299.253 | 4.348.561 |

[a] Diagnoser ställs inte vid 1177 sjukvårdsrådgivning (n = 159.598). För ytterligare 752.000 (18,5%) primärvårdskontakter saknades diagnoskod.
[b] Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats.
[c] Vid 73.198 av kontakterna var covid satt som diagnos.
[d] Innefattar kontakt med hälso- och sjukvården: för undersökning och utredning; smittsamma sjukdomar; i samband med fortplantning; för speciella åtgärder och vård; potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden; ”i andra situationer”; potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan

**Tabell 15. Diagnosgrupper i förhållande till antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster, Region Sörmland**

| | Antal kontakter som ingick i ett kontaktmönster | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2-4 | 5-403 | Totalt[a] |
| **Diagnosgrupper[a]** | % | % | % | % |
| AB, Infektions- och parasitsjukdomar | 2,6 | 1,9 | 0,6 | 2,0 |
| C-D48, Tumörer | 0,6 | 0,6 | 3,9 | 1,1 |
| D50-D89, Blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet | 0,4 | 0,6 | 0,7 | 0,5 |
| E, Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar | 2,8 | 4,6 | 3,3 | 3,5 |
| F, Psykiska sjukdomar och syndrom | 6,4 | 8,1 | 11,1 | 7,8 |
| G, Nervsystemet | 1,7 | 1,7 | 1,4 | 1,6 |
| H00-H59, Ögat och närliggande organ | 0,9 | 0,6 | 0,1 | 0,7 |
| H60-H95, Örat och mastoidutskottet | 2,8 | 3,7 | 1,3 | 2,9 |
| I, Cirkulationsorganen | 3,7 | 5,3 | 3,1 | 4,2 |
| J, Andningsorganen | 6,9 | 6,7 | 2,4 | 6,1 |
| K, Matsmältningsorganen | 3,2 | 3,4 | 1,4 | 3,0 |
| L, Hudens och underhuden | 7,5 | 7,1 | 17,1 | 8,9 |
| M: muskuloskeletala systemet och bindväven | | | | |
| M00-M25, Ledsjukdomar | 3,7 | 3,8 | 10,4 | 4,8 |
| M30-M36, Inflammatoriska systemsjukdomar | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| M40-M54, Ryggsjukdomar | 2,8 | 3,1 | 4,1 | 3,1 |
| M60-M79, Mjukvävnader | 5,4 | 5,2 | 4,6 | 5,2 |
| M80-M94, ben- och broskvävnad | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| M95-M99, Andra sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| N, Urin- och könsorganen | 2,8 | 2,8 | 1,2 | 2,6 |
| O, Graviditet, förlossning och barnsängstid | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| P, Vissa perinatala tillstånd | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Q, Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,1 |
| R, Ej klassificerat på annan plats[b] | 3,0 | 3,4 | 2,9 | 3,1 |
| ST, Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker | 2,4 | 1,7 | 1,3 | 1,9 |
| U (exklusive covid) Koder för särskilda ändamål | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| Covid[c] | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,3 |
| Vaccination covid[c] | 12,9 | 5,4 | 1,8 | 8,5 |
| VY, Yttre orsaker | 1,9 | 1,4 | 1,2 | 1,6 |
| Z, Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården[d] | | | | |
| | 14,6 | 14,7 | 15,0 | 14,0 |
| Multisjuk-kontakt, fler än tre diagnosgrupper vid samma kontakt | 11,7 | 19,1 | 23,4 | 17,3 |
| Antal diagnoser | 925.084 | 682.700 | 313.819 | 1.921.603 |

[a] För 1.590.256 (50,4%) primärvårdskontakter saknades diagnoskod. För 501 primärvårdskontakter var felaktiga diagnoskoder angivna. Dessa var till stor del åtgärdskoder.
[b] Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska- och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats.
[c] Vid 6.656 av kontakterna var covid satt som diagnos, vid 162.376 vaccination mot covid.
[d] Innefattar kontakt med hälso- och sjukvården: för undersökning och utredning; smittsamma sjukdomar; i samband med fortplantning; för speciella åtgärder och vård; potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden; ”i andra situationer”; potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan

# Diskussion till delstudie 2, analys av kvantitativa registerdata

## Resultatdiskussion

Diskussionen börjar med en kort förklaring av de olika analysenheter som ingick i studien. Grunden var alla *patienter* som hade någon regional *primärvårdskontakt* januari 2020-december 2022. Dessa kontakter skedde under ett antal olika *persondagar* (sammanlagda antal dagar när någon patient har någon primärvårdskontakt). Kontakterna ”användes” för att skapa *kontaktmönster* d.v.s. mönster av primärvårdskontakter (Harrold m.fl, 1999; Violan m.fl, 2014). De olika analysenheterna var primärvårdskontakter, patienter (med primärvård), dagar (persondagar) och kontaktmönster. Studiepopulationen består av alla patienter som haft någon primärvårdskontakt i Region Jönköpings län och Region Sörmland under perioden 2020-01-01 till 2022-12-31. Data innehåller alla primärvårdskontakter från regionerna inklusive kontakter med privata helt digitala vårdgivare (se Tabell 16, tabellbilagan) och **inklusive** 1177 sjukvårdsrådgivning för Region Jönköpings län, **exklusive** 1177 för Region Sörmland. I Region Sörmlands fanns ett visst bortfall av privata vårdcentraler (se Tabell 18, tabellbilagan).

I Region Jönköpings län hade ca 352.000 patienter genomfört sammanlagt ca 4,2 miljoner primärvårdskontakter. Dessa kontakter skedde under sammanlagt ca 4 miljoner persondagar (patienter * dagar). Dessa kontakter utgjorde basen för lite mer än 3 miljoner kontaktmönster. Data från Region Sörmland bestod av ca 245.000 patienter som genomfört ca 3,2 miljoner primärvårdskontakter fördelade på nästan 3 miljoner persondagar och lite mer än 2 miljoner kontaktmönster. Ett kontaktmönster har vi definierat som en serie primärvårdkontakter som det var högst åtta dagar mellan och som avsåg samma diagnosgrupp (när diagnos fanns registrerat). Individuppgifter om kontakter med 1177 sjukvårdsrådgivning fanns bara för Region Jönköpings län. Kontakt med 1177 räknades som en del i ett kontaktmönster om kontakten följdes av en annan primärvårdskontakt inom fem dagar (se variabelsbeskrivningen).

### *Primärvårdskontakternas fördelning i olika grupper*

Som väntat hade kvinnor i förhållande till män större antal primärvårdskontakter och fler kontakter per person i linje med (Ballering m.fl, 2023; Bertakis m.fl, 2000; Carretero m.fl, 2014), men inte fler kontakter per dag. Även skillnaden i antal kontakter per kontaktmönster var liten.

Sedan år 2004 då Pär Nuder kallade 40-taliserna för ”köttberg[25]” har det diskuterats hur mycket ökande belastning de äldre innebär för sjukvård och äldreomsorg. Det har ofta diskuterats att de äldre-äldre är en stor belastning för den regionala primärvården (se t.ex. Spak, 2022). Patienter över 80 år hade fler primärvårdskontakter per person än yngre. Eftersom de över 80 år hade ett större antal vårdkontakter per person leder den demografiska utvecklingen med ökande andel äldre till högre belastning för primärvården. Aktuell forskning från bland annat Sverige visar att äldre patienters komplexa behov kräver ytterligare insatser och en koordinering av regional och kommunal primärvård såväl som

[25] https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/EoQ615/nuder-kallade-40-talister-for-kottberg

socialtjänst (Tynkkynen m.fl, 2022). Personer 80 år och äldre var 5,2% av Sveriges befolkning år 2020 [26]. Utifrån den tidigare debatten hade vi väntat att de som var 80 år och äldre skulle svara för en större andel av de regionala primärvårdskontakterna än vad de gjorde i vår data. De svarade för lite mer än en av fem (21,5%) i Region Jönköpings län och nästan en av fyra (24,5%) i Region Sörmland. Det var estimerat att den kommunala primärvården står för 37% av den totala kostnaden för primärvård (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a). Patienter 80+ svarar för en förhållandevis stor del av den kommunala primärvården, speciellt då den sjukvård som utför inom särskilda boende och majoriteten av hemsjukvården hör till den kommunala primärvården. Det bör även beaktas att den kommunala primärvården inte omfattar läkare, men övriga kategorier av vårdgivare. Över 40% av de regionala primärvårdskontakterna (i vår data) var med läkare.

I Region Jönköpings län, men svagare så i Region Sörmland, fanns en trend till färre kontakter per person bland dem med hög socioekonomisk position. Även antal kontakter per kontaktmönster var något lägre bland dem med hög socioekonomisk position. Detta var väntat eftersom det finns en koppling mellan socioekonomisk position och hälsa – de med hög socioekonomisk position har i genomsnitt bättre hälsa (Harber-Aschan m.fl, 2020). En rapport av E-hälsomyndigheten (2022) har visat att det finns ett tydligt samband mellan socioekonomisk position och användning av digitala tjänster för att söka information om sjukdom eller behandling. Med andra ord, patienter med högre utbildning, framför allt eftergymnasial utbildning och de med hög inkomst använde oftare digitala tjänster.

### *Primärvårdskontakternas fördelning mellan olika kategorier av vårdgivare, kontaktformer och yrkeskategorier*

I bägge regionerna var den vanligaste typen av primärvårdskontakt fysisk kontakt med läkare ca 30%. När det gäller andra typer av registrerade primärvårdskontakter skiljde det sig mellan regionerna – kraftigt när det gäller vissa typer av kontakter, t.ex. andel kontakter med sjuksköterskor. Det kan tyda på att rapportering och registrering av primärvårdskontakter skiljde sig mellan regioner.

Privat helt digital vårdgivare debiterades under undersökningsperioden genom Region Sörmland. Data exporterades från Privera, systemet som användes för företagens fakturering. Eftersom företagens intäkter är beroende av rapporteringen är sannolikheten hög för att data var nära komplett. De kontakter med privata helt digitala vårdgivare som ingick i den här studien var för dem som var folkbokförda i Region Jönköpings län och Region Sörmland. Kontakter med privata helt digitala vårdgivare var vanligare bland dem som var folkbokförda i Region Sörmland än för folkbokförda i Region Jönköpings län. Detta visar att de som bodde i Region Jönköpings län var mer ”trogna” sin traditionella primärvård – detta kan bero på att det var förhållandevis vanligt att sörmlänningar jobbpendlade till Stockholmsregionen eller på att distanskontakter med den traditionella primärvården fungerade bättre i Region Jönköpings län. Det som eventuellt är ett stöd för den senare förklaringen var den större andelen distanskontakter och telefonkontakter med traditionell primärvård i Region Jönköpings län (se diskussion nedan om tänkbara felkällor vid rapportering). Av de 15 vårdföretag som äger privata helt digitala verksamheter, driver tre av företagen även fysiska vårdcentraler i Region Sörmland. I Vingåkers kommun ägs den enda fysiska vårdcentralen av

[26] https://www.scb.se/pressmeddelande/sa-vantas-sveriges-befolkning-vaxa-till-2070/

ett vårdföretag som även erbjuder privata helt digitala vårdtjänster. I Vingåker hade 35,8% av befolkningen haft någon vårdkontakt med en privat helt digital vårdgivare under perioden 2019-01-01 till 2023-08-25. I Region Sörmlands övriga kommuner varierade motsvarande andel från 17,4% till 26,4% (Figur 7, figurbilaga) (Bobits, email 2023-10-04[27]). Skillnaden mellan Vingåker och övriga kommuner kan indikera att vårdcentralen i Vingåker marknadsför de privata helt digitala vårdtjänsterna från samma företag. Detta i sin tur tyder på att den större andelen privata helt digitala vårdkontakter i Region Sörmland troligen påverkats av de fysiska vårdcentraler som drevs av företag som även erbjuder privata helt digitala vårdtjänster. Andelen av befolkningen som någon gång haft kontakt med en privat helt digital vårdgivare sedan 2019-01-01 var avsevärt lägre i Region Jönköpings län (12,1%-19,3%) (Figur 6, figurbilaga) (Bobits, email 2023-10-04) än i Region Sörmland (17.4%-35,8%). Även skillnaderna mellan kommunerna var avsevärt större i Region Sörmland (18,4%-enheter) än i Region Jönköpings län (7,2%-enheter).

Fördelningen av primärvårdskontakter mellan privata helt digitala vårdgivare och vårdcentraler påverkades säkerligen även av den egna kunskapen om vård – personen väljer inte att kontakta en privat helt digital vårdgivare när hen vet (eller tror) att hen behöver vård som kräver en fysisk kontakt. I de kvalitativa intervjuerna har det framkommit att det fanns en förväntan från patienterna att primärvården ska följa samhällets utveckling och erbjuda olika alternativa kontaktvägar, såväl digitala som fysiska, vilka patienten ska ha tillgång till för att kunna göra val utifrån det aktuella behovet.

### *Förändring över tid i typ av primärvårdskontakter*

Förändring över tid i typ av primärvårdskontakter januari 2020-december 2022 följde tydligt covid-pandemins utveckling – vid covid-pandemins början ökade andelen distanskontakter och fysiska besök minskade. Det var även ganska tydligt att andelen fysiska kontakter minskade och distanskontakter ökade runt nyår 2020/2021 och 2021/2022, troligen för att smittspridningen var högre. På motsatt sätt ökade andelen fysiska kontakter och distanskontakter minskade när trycket från pandemin minskade något sommaren och hösten 2020. (För en beskrivning av covid-pandemins utveckling, se t.ex. Folkhälsomyndigheten[28].) På Socialstyrelsens hemsida[29] finns en serie publikationer om hur covid-pandemin påverkat i vilken utsträckning som patienter sökt vård, samt kring pandemins effekter på vården för åren 2020-2021. Här beskriv även pandemins påverkan utifrån ålder. I en review-studie av Verma och Kerrison (2022) redovisas patienters och läkares syn på distanskontakter under covid-pandemin. I en annan review-studie diskuterar Vodiča och Zelko (2022) fördelarna med distanskontakter vid en situation som covid-pandemin, men påpekar även att digitala kontakter inte helt kan ersätta fysiska besök.

I våra data ser även vad vi tolkar som en tydlig semester-effekt – det vill säga att kontakter med privata helt digitala vårdgivare ökade kraftigt under juli månad 2021 och 2022 – det är troligt att lätt tillgänglig vård efterfrågas mer under semester. Brukarnöjdhet kan också ha påverkat den långsiktiga förändringen i typ av primärvårdskontakter. En studie baserad på en

[27] Email 2023-10-04 från Kent Bobits, Verksamhetscontroller vid Hälsovalsstaben, Region Sörmland. Under åren 2020-2023 administrerades privata helt digitala primärvårdskontakter genom Region Sörmland.
[28] https://www.folkhalsomyndigheten.se/faktablad/fall-covid-19/
[29] https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/publikationer/

survey i Region Skåne visar att privata och offentliga vårdgivare var mer lika varandra vad gäller brukarnöjdhet 2019 än 2010. År 2010 var helhetsintrycket signifikant bättre för privata vårdgivare, år 2019 var skillnaden inte längre signifikant (Glenngård, 2023).

Åren 2020-2022 var antalet regionala primärvårdskontakter lågt jämfört med tidigare år. Antalet var som högst år 2011 1.566 kontakter per 1000 personer. Det skedde därefter en minskning till år 2019, 1.183 kontakter per 1000 personer. Därefter skedde det ytterligare en minskning till första covid-året, 2020, då antalet kontakter var som lägst 1023 kontakter per 1000 personer. Sedan har antalet ökat något till 2022 då det var 1.076 kontakter per 1000 personer. (Uppgifter från SKR:s ekonomi- och verksamhetsstatistik[30].)

## *Typ av primärvårdskontakter i olika åldersgrupper*

I bägge regionerna var distanskontakter vanligast bland unga vuxna, 18-24 år gamla, mindre vanligt än genomsnittet bland yngre äldre och ovanligt bland äldre-äldre. Dessa resultat stämmer med andelen av befolkningen i Region Stockholm som hade läkarkontakt med en privat helt digital vårdgivare åren 2016-2018. Där fanns en tydlig topp av användare bland unga vuxna och en minskande andel från ungefär 30-årsålder och uppåt (Dahlgren m.fl, 2020; 2021). Även resultat från 2021 (E-hälsomyndigheten, 2022) ligger i linje med våra resultat. Yngre vuxna, i deras fall personer 16-49 år, använde digitala tjänster mer och de över 75 år använde dessa tjänster i mindre utsträckning. De över 75 år riskerar därmed att drabbas av digitalt utanförskap (E-hälsomyndigheten, 2022). Andelen patienter med digitala vårdkontakter 2017-2018 var också färre med stigande ålder. Patienter över 60 år hade lägst andel digitala kontakter och var mindre positiva till distanskontakter jämfört med de som var yngre. De äldsta var även mer nöjda med sitt senaste primärvårdsbesök än yngre (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020). Även möjligheten att ge god vård på distans bland de allra yngsta har diskuterats (Läkartidningen, 2019). På Socialstyrelsens hemsida[31] beskrivs covid-pandemins effekter på vården år 2020-2021 utifrån ålder. Till exempel minskade specialiserad öppenvård för alla åldersgrupper under pandemins första och andra våg, men minskningen var starkast för åldersgruppen 70 år och äldre. I linje med våra resultat redovisar Parker m.fl, 2021 i en review-studie att digitala vårdkontakter var vanligare bland yngre. Deras resultat tyder även på att patienter med låg socioekonomisk position mindre ofta har digitala vårdkontakter. Deras slutsats är att utbredd användning av digitala konsultationer bör implementeras med försiktighet tills ojämlikhetens påverkan på kliniska resultat och vårdens kvalitet är känd.

## *Mer än tre primärvårdskontakter per dag*

Patienter som samtidigt söker vård genom olika kanaler har diskuterats som ett problem inom primärvården[32]. I vår data visar resultaten att andelen patienter som samma dag hade mer än tre primärvårdskontakter var mycket liten. Av de persondagar som ingick i analyserna innehöll ca 1.000 av ca 4 miljoner dagar (0,03%) mer än tre kontakter per dag i Region Jönköpings län och ca 1.700 av knappt 3 miljoner persondagar (0,06%) i Region Sörmland.

---

[30] https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html
[31] https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/analys-uppdamda-vardbehov-efter-pandemin/
[32] Workshop SKR, 23-03-29. Workshop om långsiktiga villkor för digitala vårdtjänster.

Även om vårdpersonalens upplevelse är viktig tyder våra data på att den typen av kontaktmönster var minimalt. Att patienter söker vård vid tätt upprepade tillfällen kan vara ett problem för vården även om kontakterna inte sker samma dag.

Även om det var mycket liten andel av persondagarna som innehöll mer än tre kontakter kan det vara viktigt för vården att veta om det var några specifika grupper av patienter som oftare hade mer än tre kontakter per dag. Resultaten visar att det var liten skillnaden mellan kvinnor och män, olika åldrar och mellan patienter med olika socioekonomisk position. Även skillnader mellan olika typer av primärvårdskontakter var liten, men vissa små skillnader fanns. I Region Jönköpings län var andelen med mer än tre primärvårdskontakter per dag något större, men fortfarande väldigt liten, om ett kontaktmönster inleddes med en kontakt med läkare (91 av nästan 91.000 [0,10%]) eller sjuksköterska (20 av ca 26.000 [0,08%]) hos en privat helt digital vårdgivare eller som en distanskontakt hos en läkare på vårdcentral (40 av 51.000 [0,08%]). I Region Sörmland var andelen med mer än tre primärvårdskontakter något högre när kontaktmönster inleddes med en telefonkontakt med sjuksköterska på vårdcentral (167 av ca 83.000 [0,20%]).

Projektet hade bara tillgång till data från 1177 sjukvårdsrådgivning för Region Jönköpings län. Antal dagar som bara innehöll kontakt med 1177 sjukvårdsrådgivning var 71.418 st. Av dessa dagar innehöll 37 st. (0,05%) mer än tre kontakter. Enligt Skogevall (2023) och (Skogevall m.fl,, 2020) var ångest den vanligaste anledningen till att ofta kontakta 1177 sjukvårdsrådgivning, De som ofta kontaktade tenderade att ha mångfasetterade problem som dålig hälsa, kroniska sjukdomar, ångest och en kaotisk livssituation.

### *Antal primärvårdskontakter som ingick i ett kontaktmönster*

Ett kontaktmönster har vi definierat som en serie primärvårdskontakter som det var högst åtta dagar mellan och som avsåg samma diagnosgrupp (när diagnos fanns registrerat). Individuppgifter om kontakter med 1177 sjukvårdsrådgivning fanns bara för Region Jönköpings län. Kontakt med 1177 räknades som en del i ett kontaktmönster om kontakten följdes av en annan primärvårdskontakt inom fem dagar. Vi analyserade hur många kontakter som ingick i ett kontaktmönster.

Den vanligaste typen av kontaktmönster bestod av en enda kontakt, vilket gällde nästan 8 av 10 (78,6%) i Region Jönköpings län och lite mer än 7 av 10 kontaktmönster (72,8%) i Region Sörmland. Andelen av kontaktmönstren som bestod av mer än fyra kontakter var lågt, ca 39.000 av mer än 3 miljoner kontaktmönster (1,2%) i Region Jönköpings län, ca 55.000 av 2 miljoner kontaktmönster (2,7%) i Region Sörmland. Utifrån detta, antal kontakter per dag och totalt antal kontakter per person under perioden, drar vi slutsatsen att andelen storkonsumenter var låg. I föregående avsnitt diskuterades patienter som söker kontakt med vården flera gånger per dag. Förekomsten av patienter som söker vård vid tätt upprepade tillfällen kan vara ett problem för vården även om kontakterna inte sker samma dag. Den typen av vårdbeteende ”fångas” i våra kontaktmönster. Andelen kontaktmönster som bestod av mer än fyra primärvårdskontakter var liten. Detta tyder på att problemet med patienter som söker vård ofta är litet. Uppgifter för hela Sverige visar att 754.217 patienter hade kontakt

privata helt digitala vårdgivare 2022 (Bobits 2023-10-12[33]). Av dessa hade 606 patienter (0,08%) 25 vårdkontakter eller mer med privata helt digitala vårdgivare under 2022 – 0,24% hade 20 eller fler kontakter och 0,55% hade 15 kontakter eller mer. De låga andelarna visar att andelen storkonsumenter är låg när det gäller privata helt digitala vårdkontakter, detta trots att våra data visar att kontaktmönster som inleds med en kontakt med fysioterapeut eller psykolog/psykoterapeut/kurator hos en privat helt digital vårdgivare i genomsnitt bestod av många vårdkontakter.

Antal kontakter per kontaktmönster varierade ganska lite mellan kvinnor och män, olika åldrar och personer med olika socioekonomisk position. Det fanns en svag tendens att antal kontakter per kontaktmönster var något lägre bland dem som har högre socioekonomisk position. Det diskuteras ovan att det även fanns en trend till färre kontakter per person bland dem med hög socioekonomisk position. Eftersom personer med hög socioekonomisk position ofta har bättre hälsa är resultat väntat (Harber-Aschan m.fl, 2020).

I vår data fanns det något större variation beroende på vilken typ av primärvårdskontakt som inledde ett kontaktmönster. Variationen var dessutom något större i Region Sörmland and i Region Jönköpings län. Antal kontakter per kontaktmönster var högre (markerat med rött i Tabell 9 och Tabell 10 – mörka färger indikerar större skillnad) om kontaktmönstren inleddes med en kontakt med fysioterapeut, psykolog/psykoterapeut/kurator eller ”övrig” hos en privat helt digital vårdgivare, men lägre (markerat med blått inom ram) om kontaktmönstret inleddes med en läkarkontakt hos en privat helt digital vårdgivare.

Att antal primärvårdskontakter per kontaktmönster varierade beroende på vilken typ av primärvårdskontakt som inledde ett kontaktmönster kan antas ha berott på sammansättningen hos de patienter som sökt och fått vård, d.v.s. på t.ex. ålder och hälsoproblem. Ett stort antal kontakter per kontaktmönster förelåg om kontaktmönstren inleddes med en kontakt med fysioterapeut eller psykolog/psykoterapeut/kurator hos en privat helt digital vårdgivare berodde troligen på att de patienter som fått vård oftare hade behov kontinuerlig uppföljning, t.ex. regelbunden psykologkontakt eller hjälp med träning. I Region Sörmland var antal kontakter per kontaktmönster högt, men inte lika högt, när mönstret inleddes med kontakt med samma yrkeskategorier, d.v.s. fysioterapeut/arbetsterapeut eller psykolog/psykoterapeut/kurator hos en vårdcentral. Skillnaden mellan de privata helt digitala vårdgivarna och vårdcentralerna var större i Region Jönköpings län än i Region Sörmland. Skillnaden mellan vårdcentraler och de privata helt digitala vårdgivarna kan dels ha berott på att de senare har varit bättre på att locka till sig patienter som behövde regelbunden uppföljning av psykolog eller dylik alternativ fysioterapeut. Det kan också ha berott på att vårdcentralerna inte har varit lika framgångsrika med kontinuiteten och att de privata helt digitala vårdgivarna varit mer ”generösa” med uppföljning.

Antalet primärvårdskontakter per kontaktmönster var också lägre om mönstret inleddes med en telefonkontakt eller fysisk kontakt med läkare inom den traditionella primärvården. Mönstren var svagare i Region Jönköpings län än i Region Sörmland, men antal kontakter per kontaktmönster var något större även när kontaktmönstret inleddes med en telefonkontakt med sjuksköterska eller psykolog/psykoterapeut/kurator eller en distanskontakt med en läkare

[33] Email 2023-10-12 från Kent Bobits, Verksamhetscontroller vid Hälsovalsstaben, Region Sörmland. Under åren 2020-2022 administrerades privata helt digitala primärvårdskontakter genom Region Sörmland.

på en vårdcentral. Slutsatsen var att det inte fanns några generella mönster utan varierade både mellan typ av kontakt (kontakt med privat helt digital vårdgivare, fysisk kontakt, telefonkontakt eller distanskontakt med traditionella primärvården) och profession som kontakten var med.

## *Diagnoser*

Data för upp till tre diagnoser per primärvårdskontakt analyserades. Vid mer än tre diagnoser vid en kontakt bedöms kontakten som en multisjuk-kontakt. För Region Jönköpings län saknades diagnos för 18,5% av kontakterna, för Region Sörmland saknades diagnoser för 50,4% av kontakterna. Avsaknad av diagnoskoder innebär svårigheter att följa upp om rätt behandlingar utförs och om resurserna ges till rätt typ av vård. Det kan även försvåra kontinuitet och uppföljning av den enskilda patientens vård. I data från privata helt digitala vårdgivare saknades diagnoskoder för 0,2% av kontakterna (834 av 341.000). Den låga andelen berodde på ekonomiskt incitament – för att få ersättning vid fakturering var de privata helt digitala vårdgivarna tvungna att ange diagnos för att få ersättning för vårdkontakten. Konsekvensen av en striktare ekonomisk styrning av den regionala primärvården skulle kunna leda till att större del av kontakterna ges en diagnoskod vilket vore värdefullt för kvalitetsarbete och forskning.

### Diagnoser i förhållande till antal kontakter per dag och per kontaktmönster

Diagnosgrupp varierade förhållandevis lite mellan persondagar med olika många kontakter och kontaktmönster med olika många kontakter. Andelen psykiska sjukdomar och syndrom (ICD10: F) var mindre vanligt vid många kontakter per dag, men vanligare vid kontaktmönster med många kontakter. Detta visar att psykiska sjukdomar oftare var kopplat till långa kedjor av primärvård. Endokrina sjukdomar (ICD10: E) samt sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (ICD10: M) var mindre vanligt dagar med många kontakter, men det fanns inget tydligt mönster när det gällde antal kontakter per kontaktmönster.

Andelen sjukdomar i andningsorganen (ICD10: J) var lägre vid kontaktmönster bestående av många kontakter. Det indikerar förvånansvärt nog att dessa sjukdomar i lägre utsträckning var kopplat till långa kedjor av regelbunden vård med kort tid mellan vårdtillfällena. Detta kan även ha påverkats av vår definition på kontaktmönster. Hudens och underhudens sjukdomar (L) var vanligare vid kontaktmönster med många kontakter. Det visar att hudsjukdomar förhållandevis ofta leder till många primärvårdskontakter över tid.

I Region Sörmland var ”Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker” (ICD10: ST) mindre vanligt både vid dagar med många kontakttillfällen och vid vårdkedjor med många kontakter. Andelen multisjuk-kontakter och ”faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården”[34] (ICD10: Z) var större i Region Sörmland än i Region Jönköpings län. De redovisade skillnaderna mellan regionerna

[34] Innefattar kontakt med hälso- och sjukvården: för undersökning och utredning; smittsamma sjukdomar; i samband med fortplantning; för speciella åtgärder och vård; potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden; ”i andra situationer”; potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan.

och skillnader i andel kontakter utan en diagnos visar att registreringen av diagnoser fungerade olika i de två regionerna.

## Metoddiskussion kvantitativa resultat

När data bearbetades togs dubbletter bort. I mesta möjliga mån har variabler och kodningar gjorts på det sätt som var lämpligast utifrån studiens målsättning och på samma sätt i data från de två regionerna. Faktorer som kan ha påverkat resultaten var registreringsgrad, procedurer kring registreringen, när uttag av data görs och att variabler från de olika källorna hade olika betydelse och innehåll.

Det är viktigt att beakta att data från de två regionerna har begränsad jämförbarhet beroende på att de data vi fått tillgång till kom från olika källor, registreringen har gjorts på olika sätt, variablerna innehåller olika typer av information och täckningsgraden var olika. I Region Sörmland fanns det även ett bortfall bestående av sex privata vårdcentraler. Det som var helt jämförbart mellan regionerna var data från SCB och kontakter med privata helt digitala vårdgivare eftersom de kom från samma källa för de två regionerna. Den sistnämnda typen av data var exporterade från Privera, systemet som användes för företagens fakturering via Region Sörmland. Ekonomiska incitament gör att vi antar att data från de privata helt digitala vårdgivarna var nära fullständig när det gäller kontakter som uppfyller kriterierna för ersättning. En måste då även beakta att det finns ett antal kontakter som inte uppfyller kriterierna – hos den helt digitala privata vårdgivaren KRY har ca 10% av kontakterna de senaste åren inte varit berättiga de till ersättning (Beltrame-Linné[35], 2023-09-21, email), hos Min Doktor ca 15% (Nordqvist Falk[36], vid referensgruppsmöte 2021-09-14). Skillnader i hur stor del av primärvårskontakterna som var med privata helt digital vårdgivare påverkade också jämförbarheten mellan regionerna.

Resultaten var baserat på den region där personen var folkbokförd. Resultaten påverkades av patienter som sökt sin vård i en annan region än där de var folkbokförda. Vi kan från vår data se att det påverkade vilka patienter som ingick i datamaterialet. Av dem som fick primärvård i Region Jönköpings län var 12,3% folkbokförda i en annan region. Motsvarande andel var betydligt högre i Region Sörmland, 23,8%. Detta kan bero att det var vanligt att patienter som bodde i Region Stockholm hade fritidsboenden i Region Sörmland. Det var även tänkbart att det var vanligare att söka vård i en annan region när personen var folkbokförd i Sörmland eftersom det var förhållandevis vanligt med sörmlänningar som jobbpendlade till Stockholmsregionen. Kontakter med privata helt digitala vårdgivare påverkades inte av detta eftersom de alltid debiterades den region där personen är folkbokförd.

Jämförelse mellan regionerna påverkades även av två former av censurering, d.v.s. det faktum att alla patienter inte sökte vård i samma region hela undersökningstiden. Den ena formen av censurering beror på att antalet patienter i regionerna varierar. Hur mycket varje person hade bidragit till resultaten påverkades av in- och utflyttning från regionerna samt dödlighet – vi har inte uppgifter om dödlighet eller när personer var folkbokförda i respektive region. Den andra formen beror på att analysen begränsas av ett start- och slutdatum. När vi analyserade kontaktmönster (se beskrivning ovan av hur vi definierar kontaktmönster) hade vi lägre sannolikhet att ”fånga” kontaktmönster med många kontakter i början och slutet av

[35] Jonas Beltrame-Linné, kommunikations- & Policychef, KRY.
[36] Carina Nordqvist Falk, verksamhetschef för digital vård, Min Doktor.

studieperioden. Censureringen skapas av det faktum att vi inte vet hur kontaktmönster såg ut före 2020-01-01 och efter 2022-12-31.

Andel telefonkontakter med sjuksköterska på vårdcentral skiljde sig markant mellan regionerna – 15,3% av primärvårdskontakterna i Region Jönköpings län, 2,9% av kontakterna i Region Sörmland (Tabell 3). Eva Neidenström och Lotta Sahlqvist[37] vid Region Sörmland angav 2023-08-10 att den låga andelen till stor del berodde på brister i registreringen under perioden med covid-pandemi. Även andra aspekter av registrering kan ha skiljt sig åt mellan regionerna. Det som borde vara korrekt var rapporteringen av kontakter med privata helt digitala vårdgivare, eftersom de privata bolagens ekonomi är beroende av att rapporteringen till regionerna fungerar korrekt.

Uppgifter från Region Sörmland, framtagen 2023-08-11 av Lotta Sahlqvist visar att antalet kontakter även skiljde sig något beroende på när data tagits från registren (Tabell 19, tabellbilagan). Detta var ytterligare en tänkbar felkälla. Antalet kontakter skilde sig något åt mellan ”vår” data och nya uppgifter från 23-08-11. Förhållandet mellan de olika grupperna hade dock förändrats ytterst lite, som mest 0,4%-enheter för telefonkontakter bland sjuksköterskor.

Visiba Care är det företag som via sin digitala plattform administrerade vårdkontakter för den offentliga primärvården i Region Jönköpings län. Aggregerad data från Visiba Care innehöll ca 48.000 fler distanskontakter än vad som fanns i vår data, ca 36% av kontakterna som registrerats i Visiba Care har inte registrerats i regionens primärvård. Det fanns alltså ett stort antal distanskontakter som inte registrerat på ett sådant sätt att vi fått dem i vår data från regionen. Den sortens bortfall och andra typer av bortfall kan ha påverkat resultaten. Registrering av diagnoskoder hade olika täckningsgrad i regionerna. I Region Jönköpings län saknades diagnoskod för 752.000 (18,5%) av primärvårdskontakterna. Motsvarande siffra i Region Sörmland visar att det saknades diagnoskod för 1,6 miljoner (50,4%) primärvårdskontakter[38]. Den förhållandevis stora skillnaden kan ha påverkat resultaten. Det fanns ett visst bortfall när det gäller socioekonomisk position: I Region Jönköpings län saknades information om socioekonomisk position för 0,6% av primärvårdskontakterna, 1,5% i Region Sörmland – att andelen skiljde sig mellan regionerna var troligen helt slumpmässig eftersom informationen kom från samma källa. Ett så lågt bortfall borde inte ha påverkat resultat och generaliserbarhet.

Ytterligare en liten felkälla var hanteringen av personnummer. Av de personer som regionerna levererade data för hade 1,4% felaktiga personnummer. En tänkbar felkälla var 0,1% återanvända personnummer och att 1,6% av personnumren kom från personer som bytt personnummer – se bilaga 2, med information från SCB:s leveransrapport, för SCB:s beskrivning för ändrade och återanvända personnummer.

I kvantitativa studier efterfrågas ofta p-värden för att kunna bedöma om skillnader är statistiskt säkerställda. Det finns dels en diskussion generellt om användandet av p-värden (se t.ex. Cohen 1994; Trafimow, 2015), dels anses det ofta irrelevant att använda p-värden vid en

[37] Neidenström, Eva, projektledare/verksamhetsutvecklare division Primärvård, Region Sörmland; Sahlqvist, Lotta vid Ekonomistaben, Enheten för Beslutsstöd, Region Sörmland.
[38] För privata helt digitala vårdgivare saknades diagnos för 0,2% av kontakterna.

totalundersökning eftersom p-värden handlar om inferens [39] – men den motsatta åsikten är att det inte är en totalundersökning om det som analyseras är alla förekommande fall av ett fenomen sen tidernas begynnelse i hela universum. Oavsett den diskussionen, med ett datamaterial av den här storleken så blir praktiskt taget alla skillnader signifikanta. Detta gäller även när skillnader är så små att de inte är relevanta – se t.ex. könsskillnaden i Tabell 4. Den största skillnaden mellan kvinnor och män var 0,1%-enheter. Skillnaden var ändå signifikant med P-värdet 0,012. Vi redovisar dock p-värden för sambandet mellan hur olika typer av primärvårdskontakter varierade över de 36 månader som vi har data för (januari 2020-december 2022). Anledningen var det låga antalet observationer, 36 st.

[39] Statistisk inferens innebär att man vill dra en slutsats under osäkerhet. Hur god är överförbarheten av resultaten till populationen som helhet? Det kan handla om resultat från en urvalsundersökning, där det bland annat finns en osäkerhet på grund av att endast ett urval undersöks.

# Del 3, processen att få access till valida kvantitativa data

Här delar vi några av de erfarenheter och reflektioner som forskarteamet gjort under processen att få tillgång till valida kvantitativa data från regioner och SCB (Statistiska Centralbyrån). Projektet startade i november 2022. Regionerna visade tydligt intresse för projektet och det första steget att etablera kontakt med regionerna som ”äger” data gick smidigt. Redan den *7 december 2022* meddelade Etikprövningsmyndigheten (EPM) att vår etiska ansökan för att genomföra projektet var godkänd. Trots den inledande framgången, så följde en lång process för att få ut data och det dröjde ända till 11 juli innan vi fick *de sista datafilerna från SCB.* Vad hände tiden däremellan?

Vi vill betona att det vi härefter skriver på inget sätt avser att kritisera någon enskild medarbetare i systemet. ALLA vi haft kontakt med har varit hjälpsamma och på sitt sätt försökt att bidra till målet att vi skulle få tillgång till data. Likväl insåg vi raskt att organisationen för hur det går till att beställa data ser väldigt olika ut i olika regioner. Regionernas processer för att hantera förfrågningar om att lämna ut data för forskning är omogna och ännu under utveckling. I Region Sörmland fanns en nystartad grupp som tog emot beställningen. Initialt fick vi informationen *”vi har möten i vår bedömargrupp varje vecka”*. Detta ändrades till att *”nu har vi jul och nyårsstängt”* vilket innebar ca 7 veckors väntan på detta sammanträde. Vårt ärende behövde även kommuniceras i flera led och på olika nivåer då regionerna hade lokala regler/ förutsättningar. Chefer/beslutsfattare på många nivåer behövde involveras. Fotfolket som ska göra det praktiska jobbet att ta ut data ur systemet behöver tidigt få information om att en beställning är på väg och vad den ska användas till. Fullt förståeligt hade personal annat att prioritera än att ta ut data för forskning. När vi kom med vår beställning hade Region Sörmland uppbackning av inhyrda konsulter vilka inte hade samma förutsättningar att förstå hur data skulle tas ut för forskning. Resultatet blev att i slutet av mars hade vi datafiler för Region Sörmlands patienter klara för export. En lärdom är därmed betydelsen av att beakta dessa processer och den tid de kan ta i anspråk vid planering och genomförande av motsvarande projekt.

I Region Jönköpings län hade vi tidigt kontakt med de controllers som senare tog ut data. I samarbete med dem försökte vi ta beslut om vilka ”variabler” i data som vi skulle beställa utifrån att benämningen /definitionen på olika uppgifter är olika i olika regioners system. Utan dessa lokala ”tolkar” (varmt tack till er, ni vet vilka ni är – i båda regionerna!) hade vi aldrig lyckats med att förstå vad vi skulle beställa. Det har ändå krävts många timmar för att säkerställa vad som avsågs med olika benämningar så vi inte jämför ”äpplen” med ”päron”. I januari var vi klara med det arbetet. Vi väntade på besked om att data kunde exporteras. Det visade sig att Region Jönköpings län hade startat ett Forskningsdatacenter som hade skapat en ny rutin som forskare som önskar ta ut data ska gå genom. Att förfrågningar om tillgång till data skulle processas via detta center hade inte meddelats de som skulle göra det praktiska arbetet, så det blev som en överraskning även för dem. Vi hade tidigare informerat om att projektet var godkänt av Etikprövningsmyndigheten, vilket tidigare var tillräckligt enligt den då gällande rutinen. Då började vi om processen igen. Det krävdes en ny lokal granskning ur etiskt och juridiskt perspektiv. Efter sammanträde i den konstellationen fick vi godkänt av Region Jönköpings län för uttag av alla väsentliga data men ombads göra en kompletterande ansökan till EPM avseende sparande av kodnyckel för framtida forskning (vilket vi gjorde och fick godkänd). När Forskningsdatacenter meddelat sitt beslut fick Primärvårdens högsta

chef lämna sitt godkännande av export av data vilket därefter genomfördes av regionens controllers.

När data fanns färdig för export från båda regioner *skickade vi skyndsamt (den 13 mars) in vår beställning till SCB* som har behörighet att ta emot de sekretesskyddade filerna med personnummer (vilket inte vi forskare har tillgång till). SCB:s handläggare ansvarade för att slå ihop data från regionerna med information om bl.a. socioekonomisk position. Enligt SCB:s hemsida, hanterade de vid aktuell tidpunkt (mars 2023) ärenden inskickade i november 2022 och att vi behövde vänta på att tilldelas en handläggare. Med den handläggningstiden insåg vi att rapporten inte skulle bli klar som utlovat under 2023. Vi hade lovat att den nationella utredningen ”Effektiv och behovsbaserad digital vård” (Socialdepartementet, 2023) skulle få uppgifter från vår rapport. Vi kontaktade Regeringskansliet och informerade utredargruppen att vi inte skulle hinna leverera några resultat till den nationella utredningen utan data. Efter personligt möte med SCB och ett skriftligt intyg från Socialdepartementet om att vårt datauttag var angeläget, så återkom SCB efter bara några veckor med information om att nu hade vi tilldelats en handläggare. Trots att vår handläggare på SCB, precis som alla andra i den här processen, var tillmötesgående och hjälpsam, följde ytterligare turer med dokumenthantering. Exporterade filer från regionerna visade sig exempelvis vara felaktiga så SCB inte kunde bearbeta dem. *Den 30 maj fick vi slutligen tillgång till de datafiler som vi sökt tillgång till sedan i december och analysarbetet kunde påbörjas. Dock behövde data kompletteras, och sista leveransen kom den 11 juli!*

De erfarenheter som beskrivs ovan delas av forskare från andra projekt och lärosäten (enligt muntlig kommunikation med Pär Eriksson & Evalill Nilsson, Linnéuniversitetet, Maria Hägglund Uppsala universitet och Nasim Farrokhnia Karolinska Institutet.

Sammanfattningsvis har det varit en långdragen och komplicerad process att få tillgång till valida kvantitativa data. Det tog nästan åtta månader att få fram valida data. Detta förefaller inte rimligt. Man kan reflektera över hur lång tid det tagit att få fram data om vi hade beställt data från fler regioner. Digitalisering av vård och omsorg sker snabbt. I linje med kunskapsstyrning (kunskapsstyrningvard.se) så är det av yttersta vikt att kunna belysa denna utveckling med aktuell forskning, exempelvis med fokus på oväntade aspekter och kunskapsluckor som uppstår kring dess effekter och hur medborgarna uppfattar den etc. Vår förhoppning är att denna beskrivning av erfarenheter ska bana väg för en diskussion kring och framtagande av en mer lättnavigerad och homogen process med färre beslutsinstanser som förenklar tillgång till data för forskning.

## De privata vårdgivarnas roll i kunskapsutvecklingen

I projektets referensgrupp har det ingått representanter från flera privata vårdgivare som har bred erfarenhet av att erbjuda både digital och fysisk vård. Forskarteamet har haft kontinuerlig dialog med flera av dem för att förstå vilken typ av data de har som beslutsunderlag för utveckling och kvalitetsuppföljning av sina tjänster.

Vid samtal med Daniel Forslund, utvecklingsansvarig på Vårdföretagarna[40] framkommer att många privata vårdgivare som han har haft kontakt med visat ett stort intresse av att bidra till

[40] Vårdföretagarna, som är bransch- och arbetsgivarorganisation för lite mer än 2.000 privata vård- och omsorgsföretag som arbetar på uppdrag av kommuner och regioner över hela landet.

kunskaps- och kvalitetsutveckling. Många privata vårdgivare arbetar med avancerade analysverktyg för löpande verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdkvalitet, kontaktmönster och resursplanering. De större vårdgivare som bedriver sjukvård i flera eller alla regioner har dessutom statistik för vårdkontakter inom den egna vårdorganisationen på nationell nivå.

Problemet är att varken beställarsidan, d.v.s. regionerna, eller sektorsansvariga myndigheter efterfrågar mer än en begränsad del av denna data. Trots att det idag finns snart 10 år av statistik och kvalitetsdata kring användningen av digitala vårdtjänster har kunskapen i mångt och mycket stannat hos vårdgivarna. En enhetlig modell för kvalitetsuppföljning har inte skapats varken av regionerna eller staten. Bristen i datainsamling blir särskilt tydlig i de nationellt tillgängliga digitala vårdtjänsterna där det enbart är den region som står för huvudavtalet får tillgång till vårdgivarens kvalitetsdata, trots att de är verksam i samtliga regioner. Vårdföretagarna efterfrågar här en ny nationell avtalsstruktur och ersättningsmodell som en förtroendefull och nära utvecklingsdialog mellan beställare och utförare över hela landet.

Den data som regionerna i sin roll som beställare kräver in från sina utförare är dessutom ofta fokuserade på underlag för debitering och kostnadsersättning, snarare än kvalitetsdata kring medicinska utfall, kontaktmönster osv. Vårdavtal som fokuserar mer på att mäta utfall utifrån skarpt ställda kvalitetskrav i stället för att detaljstyra hur vården bedrivs skulle ha potential att förbättra kunskapsunderlaget samtidigt som det frigör utvecklingsmöjligheter för vårdgivarna att införa nya metoder och tekniker som stärker tillgänglighet och vårdkvalitet.

## Förbättringsförslag för att stärka kommande forskning

Vi vill betona behovet av att skapa resurser för en nationell databas där regionerna och de privata vårdgivarna kontinuerligt kan dela sina data för kvalitetsutveckling och uppföljning (Socialstyrelsen, 2021b). Dessvärre finns det ännu inte lagstöd för vårdgivare att dela data direkt till forskare för s.k. sekundära ändamål såsom forskning, men en statlig utredning (Hälsodata som nationell resurs för framtidens hälso- och sjukvård, SOU 2022:41) gör för närvarande en översyn av denna möjlighet. Beställning av data skulle då bli möjlig för forskning utan att varje region och varje beslutsfattare behöver besväras för beslut vid varje enskilt tillfälle. Givet är att samma procedur för att säkerställa god forskningsetik och säker datahantering efterföljs.

Det krävs också nationellt enhetliga rutiner och riktlinjer för hur både privata och offentliga vårdgivare ska lämna ut hälsodata för forskning och andra sekundära ändamål på ett säkert, effektivt och mer ändamålsenligt sätt. Dagens oklara och skiftande rutiner skapar onödigt merarbete för både vården och akademin, och försenar och försvårar forskning och kunskapsutveckling i hälso- och sjukvården.

I det Svenska forskarnätverket för digital vård (https://digitalcareresearch.se/) pågår kontinuerligt en diskussion om vilken forskningsmetodik och studiedesign som bäst kan besvara de forskningsfrågor vi arbetar med. Erfarenheter från projektet ”*Hur klickar vi med vården?”* kommer att tas tillvara och spridas bl.a. via nätverkets forskande kollegor, så att det vi lärt oss kan beaktas vid planering av nya forskningsstudier.

*Processer att få tillgång till valida kvantitativa data behöver utvecklas för att forskare på ett mer tidseffektivt sätt ska kunna få fram data. I detta projekt tog det mer tid och kraft att få*

*tillgång till data än att analysera dessa, d.v.s. fullfölja uppdraget för att bidra med kunskapsunderlag till vårdens beslutsfattare, vilket inte är rimligt ur resurssynpunkt. Problemet med att få tillgång till data är ett nationellt uppmärksammat dilemma bland forskare.*

# Del 4, omvärldsspaning – digitalisering inom vården 2023

I projektet *”Hur klickar vi med vården?”* har vi utöver de vetenskapliga delstudierna genomfört en omvärldsspaning. I denna del beskriver vi kortfattat några inspirerande exempel från olika verksamhetsområden och några av de arbetssätt som nu 2023 är aktuella kopplat till digitala tjänster inom vårdsektorn. Syftet är att ge en inblick i hur ett axplock av verksamheter antagit utmaningen med digitalisering och införande av nya arbetssätt.

## Hur har omvärldsspaningen gått till?

Utifrån samtal med ett stort antal professionella aktörer inom hälsa, vård och socialtjänst har vi utifrån ett bredare perspektiv försökt fånga och få inblick i vad som pågår kopplat till digitalisering. Exempel på verksamheter vi spanat på är ”pionjärer” inom primärvården och motsvarande verksamheter inom specialistvården på sjukhus, tandvård, nischad allmän medicin med målgruppen patienter med kroniska sjukdomar, bedömning och behandling av psykologer, fysioterapeuter, dietister, veterinärer och optiker. Vi har även spanat på socialtjänstens och skolhälsovårdens utvecklingsarbete. De personer som bidragit med information inom området är chefer och yrkesföreträdare för hälso-sjukvårdsverksamheter, socialtjänst och representanter från organisationer såsom SKR och Vårdföretagarna. Vi har inkluderat exempel från både offentlig verksamhet och privata vårdföretag. Denna text är baserad på intervjuer, informella samtal, officiell text ifrån verksamheters hemsidor, information och avstämningar med olika verksamhetsansvariga personer kommunicerad via e-post. Efter detta spaningsarbete kan vi bara dra slutsatsen att för att mer rättvist beskriva det imponerande utvecklingsarbete som pågår inom området skulle det krävas en egen rapport.

## Inspirerande verksamheter som infört digitaliserade arbetssätt

1) *”Mitt val - mitt stöd”* – appen för dig som har behov av att bryta ett drogberoende -
2) Den digifysiska vårdcentralen Teleborg – från idé till lansering på 6 månader
3) Dagkirurgi i Bollnäs informerar och ger patienter stöd via asynkron chatt
4) Otänkbart är möjligt: från prat till chatt – om skillnaden mellan digital och digitaliserad vård
5) Vårdcentralerna Bra Liv: Primärvården som samarbetar och tar hjälp av äldreambassadörer
6) Folktandvården i Örebro som erbjuder barn och vuxna patienter digitala möten
7) Kort om andra verksamheter och professioner som arbetar med digitala vårdtjänster

## *”Mitt val - mitt stöd” – appen för dig som har behov av att bryta ett drogberoende*

I Östersunds kommun har öppenvårdens verksamhet *Nexus* utvecklat en app för digital behandling vid alkohol, drog eller spelberoende. Appen *”Mitt val- mitt stöd”* har utvecklats i samskapande med brukarföreträdare vilka bl.a. gett appen dess namn. I början av hösten 2023 har de första testerna med appen gjorts i praktiken. För att öka tillgängligheten kan personen som söker stöd vara helt anonym (om hen så önskar). Den som söker kontakt med vården kan få tillgång till appen utan att behöva gå via kundcenter. Den vårdsökande kan själv bestämma när hen vill

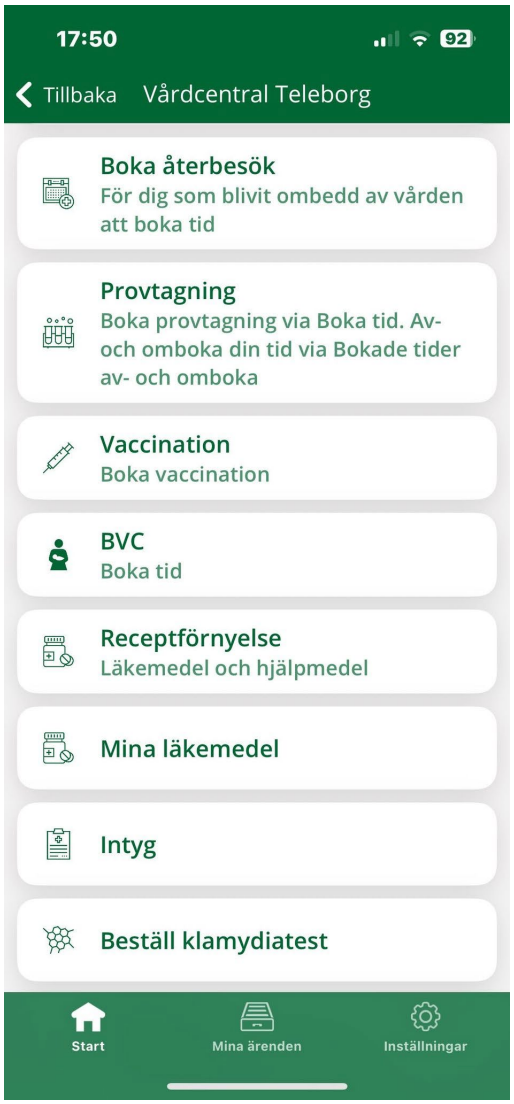
logga in och hur ofta behandlingen genomförs. Behandlingen kan genomföras oberoende på var hen bor och i appen finns även stöd till anhöriga. Appen har utvecklats i syfte att erbjuda ett mer flexibelt stöd som passar fler medborgare oberoende av livssituation. Ytterligare drivkraft till förändring av arbetssätt är att personalresurserna inte räckt till att möta behovet av stöd och behandling. Senaste året har verksamheten haft stora påfrestningar med frekvent byte av personal samt en större efterfrågan på serviceinsatser. Genom appen hoppas verksamheten på ett resurseffektivt sätt ge stöd till dem som har mindre allvarliga beroendeproblem och därmed kunna disponera resurser till de som har behov av individuell behandling med mer resurskrävande fysiska besök på mottagningen.

Enligt ansvarig projektledare Caroline Larsson, utvecklingsledare Östersunds kommun har appen fått positiv respons från användare men verksamhetens skulle gärna se att forskning kopplades på för att följa effekterna av att erbjuda stöd och behandling digitalt via appen.

https://www.ostersund.se/om-webbplatsen/nyhetsarkiv/nyhetsarkiv/2023-09-12-ny-app-ska-ge-stod-for-att-bryta-alkoholvanor.html

## *Den digifysiska vårdcentralen Teleborg – från idé till lansering på 6 månader*

Vårdcentralen Teleborg i Växjö, Region Kronoberg har 12.500 listade personer. Patienterna har väldigt olika behov: studenter, småbarnsfamiljer, många med behov av tolk och personer på äldreboenden som behöver kontinuerligt stöd av medicinsk kompetens. År 2021 brottades verksamheten med bristande tillgänglighet på telefon, bara 60 % av patienterna som kontaktade vårdcentralen kom fram. Detta var långt ifrån målbilden på 90%. Arbetsmiljön var problematisk med hög personalomsättning och behov av att ta in hyrpersonal, både läkare och sjuksköterskor. Ledningen på vårdcentralen insåg att en radikal förändring i arbetssättet behövde göras för att kunna tillgodose patienternas behov och skapa en hållbar arbetsmiljö för personalen.




En genomlysning av vårdcentralens arbetssätt gjordes och i mars 2022 startades en lokal arbetsgrupp på vårdcentralen för att få med personalen. Arbetsgruppen genomförde ett studiebesök hos *Vårdcentralerna Bra Liv* i Region Jönköpings län som tidigare hade påbörjat en omställning till digitalisering. De blev inspirerade av det nya arbetssätt som personalen utvecklat. Därefter arbetade de intensivt, både med att besluta om nya arbetssätt och att få de tekniska lösningarna på plats och de skapade vårdcentralens egna app ”*Min vård Region Kronoberg”*. Mycket tid avsattes till att utbilda personalen och därefter även patienterna. Vid patienters fysiska besök på vårdcentralen informerade personalen om vad vårdcentralens nya arbetssätt skulle innebära för patienten. De arbetade fram ett omfattande informationsmaterial som skickades ut till alla patienter som var listade på vårdcentralen. De arbetade även med patientrepresentanter som fick testa den digitala ingången för att säkerställa att den fungerade korrekt.

I augusti 2022, d.v.s. inom 6 månader från projektstart så öppnades den nyutvecklade digitala kanalen upp. Det innebär att alla patienter som söker vård på Teleborgs vårdcentral har tre ingångar att välja på: telefon, den digitala mottagningen via appen *”Min vård Region Kronoberg”* eller 1177. De patienter som går via appen har då alternativet: rådgivning och tidsbokning. Därefter triageras ärendet automatiskt via *Red Robin* - ett digitalt verktyg som stöds av AI. Genom den anamnes och kontaktorsak som patienten anger styrs ärendet till rätt yrkesgrupp, om den fortsatta kontakten skall ske fysiskt eller digitalt eller utifrån lägre brådskandegrad hamna i meddelande funktionen. Ärenden som inleds via telefonrådgivning kan även de flyttas över till den digitala mottagningen för att patienten snabbt ska få tillgång till de resurser som finns där. Både fysiska och digitala kontakter, provtagning, återbesök etc. bokas via appen. Söker patienten för ett administrativt ärende ex receptförnyelse finns en separat funktion för detta. Likaså för att boka tid för uppföljning eller provtagning. Visa funktioner som finns i 1177finns länkar till från appen så patienten enbart har en ingång att hålla reda på. Detta upplevs underlätta personalens arbete såväl internt som kontakten med patienten.

Lärdomar som vårdcentralen gjort under sin förändring och gemensamma läroprocess: att våga utmana gamla sanningar om ”vad är viktigt på riktigt”, vilka gamla arbetssätt som kan lämnas samt att det är viktigt att alla hjälps åt, rätt kompetens ska ta hand om rätt problem. Resultatet av det nya digitaliserade arbetssättet visade sig direkt. Efter två veckor hade vårdcentralen ca 1200 genomförda ärenden och därefter har de lyckats hålla målet 90% tillgänglighet. Ett annat oväntat resultat är att det inte är bara unga och friska som kan och vill söka vård digitalt, ca 26% av användarna är över 60 år. Nu väljer ca 55 % av patienterna som söker kontakt den digitala ingången. När många söker digitalt så ger det utrymme för dem som söker via telefon. Idag har vårdcentralen en telefontillgänglighet på 95%, med andra ord, ytterst få patienter möts av en fylld kö. En annan framgång med det nya arbetssättet är att vårdcentralens patientärenden hanteras inom 24 timmar. Antalet patienter som söker vård hos vårdgivare utanför regionen har minskat. Antalet patientärenden som vårdcentralen hanterar har ökat något, vilket bland annat bedöms bero på att fler patienter nu kommer fram i de kanaler som erbjuds, digitalt eller via telefonrådgivningen.

https://www.visibacare.com/sv/video/teleborgs-digifysiska-vardcentral

## *Dagkirurgi i Bollnäs informerar och ger patienter stöd via asynkron chatt*

I Region Gävleborg har operationsavdelningen på sjukhuset i Bollnäs tagit steget att via appen *”Min vård Gävleborg”* använda sig av asynkrona chattar i kommunikation med sina patienter. Verksamheten har strax under 10.000 mottagningsbesök/år och opererar ca 2.700 patienter/år. Inom verksamheten genomförs många höft- och knäprotesoperationer (ca 800 per år), många ryggoperationer och utöver det operationer av korsband, axlar, fötter, mjukdelar i knän, händer, gallblåsor, bråck samt urologiska ingrepp som prostataoperationer med mera.

Verksamhetschef Lena Pettersson beskriver att personalen arbetat med processkartläggning av patientens väg från mottagningsbesök till genomförd operation och uppföljning. I det följande förbättringsarbetet identifierades var i vårdkedjan patientens behov av information och stöd kan finnas. De kom fram till att patienterna bör erbjudas möjlighet till digital kontakt både före och efter operation. Verksamheten har nu igång två spår för digitala kontakter:

**Chatt med patienter under planering och förberedelse av operation**

Patientens operation anmäls av kirurg/ortoped och en operationsplanerare ringer upp patienten för att kontrollera att all information nått fram. Då bokas en preliminär tid för den förberedelse som sker i anknytning till när operationen kan bli aktuell. Vid detta samtal erbjuds hen också att starta en asynkron chatt med personalen. Denna kommunikationskanal ligger sedan öppen fram till operationsdagen och har resulterat i att operationsplanerare någon gång per vecka är aktiv gång per vecka och besvarar frågor från patienten. Denna del av chatten har inte använts så mycket, men tillräckligt mycket för att det skall vara befogat att ha den i funktion.

**Chatt som startar på operationsdagen som uppföljning och stöd efter operation**

På dagen för operation omstartas patientens chatt med en mottagningssjuksköterska som mottagare. Där kan patienten skriva frågor efter ingreppet, skicka bild på förband/sår etc. och höra av sig om något är oklart. Denna chatt har haft större genomslag och används mer frekvent och sjuksköterskorna på mottagningen kommunicerar flera gånger per dag med någon patient på detta sätt.

Inledningsvis var det inte helt klart för specialistsjukvården hur de skulle kunna ha nytta av att komplettera verksamheten med en digital tjänst. Under förbättringsarbete på avdelningen kom idén upp att det skulle vara möjligt att testa en digital tjänst för att förbättra kommunikationen med patienterna. Idén var att sjuksköterskorna genom en chatt på ett enkelt och effektivt sätt skulle kunna ge information och stöd i samband med operation. Införandet av chatten har medfört ett gemensamt lärande för personal och patienter. Genom att testa i praktiken har anställda på avdelningen för dagkirurgi nu fått erfarenhet av hur de kan använda en digital vårdtjänst. Fortsatt behövs tester av hur och när asynkrona chattar bäst kan tillgodose patienters behov och användas även inom andra delar av specialistvården. Region Gävleborg har sedan 2019 arbetat med appen *”Min vård Gävleborg”*. Bakom det tekniska systemet står Platform24, det medicinska innehållet/beslutsstödet har regionen vidareutvecklat och fortsatt utvärdera avseende patientsäkerhetsaspekter. Regionen har sedan implementeringen av *”Min vård i Gävleborg”* samlat mängder av data främst från primärvården. Ledningen har identifierat behov av att gå från utvärdering och verksamhetsutveckling till att även hitta finansiering för forskning.

## *Otänkbart är möjligt: från prat till chatt – om skillnaden mellan digital och digitaliserad vård*

En trend inom digitaliseringen av vårdtjänster är övergången från prat mellan patient och profession till skriven text i en chatt. Ett av de företag som tidigt valde väg och skapade en i huvudsak textbaserad vårdtjänst är *Min Doktor*. När patienten söker vård ombeds hen att i fritext beskriva sitt ärende och historik så långt eller kort som hen önskar. Utöver detta får patienten svara på ett antal standardiserade frågor för att viktig information inte ska missas i den medicinska bedömningen och läkaren/professionen som patienten sedan möter är förberedd och behöver inte ta onödig tid för detta. Kontakten fortsätter efter den inledande triageringen i ca 95% av kontakterna med en textbaserad chatt. Vid behov kan texten kompletteras med bilder, korta videos eller styras över till ett videomöte. Verksamheten har en egen plattform som ger utrymme för maskininlärning baserad på stora mängder data från vårdkontakterna. Personalen arbetar i så kallade effektiva/standardiserade vårdflöden som är

utvecklade utifrån gällande kunskapsstöd (SKR, 2023), vårdprogram och riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning. I dessa vårdflöden har manuellt administrativt arbete kunnat effektiviseras bort genom bl. a. olika förifyllda material till journaltexter och recept. Ambitionen är att läkarna, när de gjort sin medicinska bedömning, ska avsätta minsta möjliga tid för administrativt arbete såsom att skriva omfattande journaler eller recept.

**Skillnaden mellan digital och digitaliserad vård**

Carina Nordqvist Falk, verksamhetschef beskriver *Min Doktors* affärsidé utifrån skillnaden mellan digital vård och digitaliserad vård. Hon exemplifierar digital vård med bedömning via video som är mycket likt så som vi arbetar fysiskt i vården. Patient och profession ses ”face to face” i realtid och data dokumenteras manuellt i journalen. Detta är effektivisering genom ”mer av samma sort”. *Min Doktor* har istället fokuserat på att göra på ett helt nytt sätt. Verksamheten försöker på riktigt digitalisera sina vårdtjänster – inte bara flytta över fysiska möten till chatt.

Inom specialistsjukvården används AI och maskininlärning inom exempelvis röntgendiagnostik där studier visat att genom möjligheten att analysera stora datamängder så ökar kvaliteten på bedömningen. Inom primärvården har denna utveckling – samskapande människa - teknik inte utnyttjats i samma omfattning. Digitalisering av vården innebär att teknik och vårdpersonal samspelar på ett helt nytt sätt för att effektivisera delar av vården där det går att standardisera/effektivisera. En av vårdens utmaningar är bristen på kompetent personal i relation till behovet i befolkningen. Detta digitaliserade arbetssätt kan avlasta genom att effektivt ta hand om den typ av vårdärenden som är vanligt förekommande, exempelvis lättare infektioner, hosta, allergier, akne, underfunktion i sköldkörteln, preventivmedel, receptförnyelse osv. Andra hälsoproblem som patienter kan söka för är så kallade ”skämssjukdomar ”där den textbaserade kommunikationen underlättar för patienten att söka vård exempelvis för t.ex. inkontinens- eller erektionsproblem, håravfall eller alkoholberoende.

Fortsatt kommer det vara så att patienter som har mer komplexa behov och där fysisk undersökning är nödvändig kommer omhändertas på vårdcentraler. Likaså är det inte alla patienter som av olika skäl har möjlighet att söka vård digitalt och helt textbaserat p.g.a. svårigheter att uttrycka sig i text, språkkunskaper eller tillgång till BankID. Detta medför att detta arbetssätt passar för många, men inte för alla.

## *Vårdcentralerna Bra Liv: Primärvården som samarbetar och tar hjälp av äldreambassadörer*

*Vårdcentralerna Bra Liv* i Region Jönköpings län har sedan fler år arbetat med att ändra gamla traditionella arbetssätt; telefonkö och ensamma sköterskor i första linjen har ersatts av ökat teamarbete. En viktig drivkraft i detta har varit att skapa en bättre arbetsmiljö och minska personalomsättningen. Genom ett närmare samarbete mellan olika professioner så har kompetensutveckling och ökad förståelse kommit som en positiv effekt. När den gemensamma digitala vårdcentralen *Bra Liv nära* lanserades i Jönköpings län 2015 var den Sveriges, och kanske till och med Europas, första offentligt finansierade primärvårdsaktör som började erbjuda digitala kontakter. Idag har cirka 40% av befolkningen i Jönköpings län laddat ner appen *Bra Liv nära*, som idag även är digital entré för de 33 lokala vårdcentralerna. I sitt utvecklingsarbete har både personal och patienter och medborgare

involverats. På Vårdcentralen Hälsan I i centrala Jönköping tog personalen hjälp av äldreambassadörer som efter introduktion haft en informationsverksamhet riktad till äldre personer som kanske inte alltid känt sig trygga att på egen hand prova digitala vårdtjänster. Äldreambassadörerna har varit aktiva på vaccinationsmottagningar, i väntrum på vårdcentralen och vid sociala sammankomster som pensionärsorganisationer arrangerat. Utifrån ambassadörernas och andra patientföreträdares återkoppling har appen *Bra Liv nära* vidareutvecklas och informationsmaterial arbetas fram.

### *Folktandvården i Örebro som erbjuder barn och vuxna patienter digitala möten*

Folktandvården i Örebro har sedan 2019 arbetat med att utveckla digitala tjänster. De har under åren prövat sig fram till två typer av digitala kontakter: en mottagning där mötet är initierade av patienten själv och en mottagning för återbesök som personalen bokar. Verksamheten har successivt vuxit till att den digitala mottagningen nu bemannas av sex tandläkare, 4 dagar i veckan där det finns ca 6 tider att boka per tillfälle. Möten brukar vara ca 10–15 minuter långa och mottagningen är väl utnyttjad ca 85-100% av tiderna är bokade. På mottagningen arbetar även en munhälsocoach samt tre behandlare för digitala tandhälsokontroller. En av de målgrupper som mottagningen riktat sig till är föräldrarna till barn som ska komma på 2 års kontroll. Dessa erbjuds att genomföra mötet digitalt vilket visats sig fungera mycket väl och är uppskattat av både barn och föräldrar. Utöver detta används de digitala mötena numera för väldigt olika aktiviteter exempelvis för handledning inom utbildning, konsultationer med olika tandvårdsenheter, protetik och tandreglering, folkhälsoavdelningen och bettfysiologiska kontroller. Patienterna beskriver att de upplever de digitala möten som smidiga, tidsbesparande och en bra lösning för rådgivning. Extra bra om barnet eller även den vuxne patienten varit infekterad och då för att slippa sprida smitta och ändå inte behövt boka av mötet. Mottagningen öppnades upp innan covid-pandemin men blev under den tiden extra uppskattad. Patienterna har gett återkoppling att de upplevt det varit enkelt att koppla upp sig och att ljud och bildkvalitén varit så pass bra att mötet känts som ett "vanligt" tandläkarbesök.

### *Kort om andra verksamheter och professioner som arbetar med digitala vårdtjänster*

Vår omvärldsspaning har visat att digitala vårdtjänster utvecklats inom en rad områden. Utöver dem vi tidigare beskrivit vill vi för att visa på bredden nämna några andra av de mest framträdande är aktörerna. Ett område som ökat kraftigt under senare år är verksamheter inriktade på psykisk hälsa. Psykolog (eller motsvarande profession) erbjuder via videomöten stöd eller mer omfattande behandlingsprogram. Dessa kan även innehålla material för självstudier, textbaserade asynkrona chattar som ibland kombineras med möten i realtid. En annan inriktning är behandling för artros eller ledsmärta, som ett exempel där fysioterapeuter i ökande omfattning börjat använda digitala kanaler för att via textbaserade chattar ge stöd till patienter vid självträning. Videomöten används även av dietister som digitalt utför både bedömning och behandling individuellt och i grupp. Andra verksamheter i samhället är exempelvis: skolhälsovården som har team-möten där barnets vårdnadshavare kan delta digitalt från sin arbetsplats. Även optiker har börjat genomföra synundersökningar via videomöten, vilket är extra värdefullt på de orter där tillgången till optiker är begränsad. En annan del är djursjukvården där veterinärer ofta kopplat till försäkringsbolag erbjuder digitala tjänster och videomöten.

**Egenmonitorering med stöd av sjuksköterska eller läkare på distans**

Egenmonitorering är ytterligare ett verksamhetsområde som är under stark expansion. Inom denna del av hälso-sjukvården finns goda exempel på hur företag utvecklat tekniker eller arbetssätt riktade till olika kronikergrupper. En del av dem används i samarbete med andra vårdverksamheter både privata och offentliga. Ett exempel är *AsthmaTuner* som är ett stöd vid utredning och behandling av astma. Via en enkel mätutrustning (så kallad spirometer) kan patienten själv följa sin lungfunktion. Mätvärden rapporteras digitalt ex via en smartphone till sjuksköterska som kontinuerligt utifrån patientens status har uppföljning av aktuell läkemedelsordination och annan behandling. Verksamheten håller på att vidareutvecklas till att även ge stöd vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som är en stor och vårdkrävande patientgrupp. *Blodtrycksdoktorn.se* är ett annat exempel på ett företag som utvecklat en digital vårdtjänst mot en nischad patientgrupp. Inledningsvis tog de enbart emot patienter med diagnostiserad sjukdom men genomför nu även utredning. I konceptet ingår att patienten själv kontrollerar blodtrycket i lugn och ro hemma och rapporterar in dessa värden för avstämning kring sin läkemedelsbehandling eller andra livsstilsrelaterade åtgärder som kan vara aktuella.

# Sammanfattning

## *Drivkrafter och motiv till digitaliserade arbetssätt*

En drivkraft som visat sig gemensam för många av de verksamheter som vågat (eller kanske ibland även tvingats) anta utmaningen att utveckla nya digitala arbetssätt är **bristen på personal.** Detta kan vara beroende av att det inte funnits tillgång till **rätt kompetens** att rekrytera. Det kan även vara orsakat av arbetsmiljöproblem som får till följd att erfaren personal slutar och nya personer behöver skolas in. Detta i sin tur medför hög belastning både på chefer och den personal som lojalt stannar kvar i verksamheten. Frågan är kan digitala tjänster bidra till förbättrad tillgänglighet och bidra till ett ökat samarbete mellan professioner så att ärenden löses ut snabbare. Om patientärenden hanteras av rätt kompetens från början så minskar det antalet personer som engageras vilket borde bidra till att resurserna bättre räcker till. Kunskap finns idag om hur det går att förenkla och standardisera exempelvis dokumentation och receptförskrivning. Nästa fråga är då när frågan om resursbrist påtalas om och om igen varför sker kunskapsutvecklingen mellan och t.o.m. inom verksamheter så långsamt, intresset för förbättringsarbete borde vara stor.

## *Kunskap om förändring*

Numera lyfts digitaliseringen i samhället som ett mantra, lösningen på många av våra problem med exempelvis resursbrist. Bara vi inför digitala vårdtjänster så blir vården effektivare Forskare trodde på 90 talet att år 2020 skulle ca 30% av all vård genomföras digitalt. En del regioner arbetar numera utifrån mottot *” digitalt först och fysisk när det behövs”*. Men vad är det som gör att det går så trögt? Inom förändringsteori finns begreppen första och andra ordningens förändring. Första ordningen är när du ökar takten, producerar mer av samma vara eller tjänst men fortsatt på snarlikt sätt som tidigare.

Exemplet som vi utgick från tidigare är videomöten, de är resurseffektiva såtillvida att patient, ibland personal spar restid, ofta är de något mer fokuserade än ett fysiskt möte så de är kortare men i stort så är de väldigt lika det tidigare mottagningsbesöket. Med beaktande då att allt inte kan genomföras vid ett digitalt möte ex vissa fysiska undersökningar, så de kan bara användas för viss typ av bedömning och behandling.

Männen som fraktar bort telefonkiosker är tagen 2019 i Kroatien. Här får den symbolisera händelsen att gammal teknik ersätts av ny. Enligt årsrapporten *Svenskarna och internet* (Internetstiftelsen 2022) hade 96 % av Sveriges befolkning år 2022 en mobiltelefon. Av dessa var 93% en smartphone. FOTO: privat bild.

Ska en förändring genomföras radikalt, dvs det som benämns som andra ordningens förändring då kräver det att resurser och kompetens används på ett helt nytt sätt. Ett exempel är distriktsläkaren som har en öppen chatt med majoriteten av sina patienter med kroniska sjukdomar. Istället för att boka telefontider eller diktera brev som tar många dagar i administration kan patienten få svar inom några timmar, ofta samma arbetsdag. Genom att vara tillgänglig och skapa trygghet och kontinuitet i relationen minskar behovet av akuta insatser. Återigen detta är inte en kontaktväg som passar alla och definitivt inte för alla ärenden. Men genom att ändra arbetssätt kring vissa vardagsrutiner som upprepas ofta kan tid och resurser överföras till andra mer värdeskapande arbetsuppgifter. Att genomföra den typen av genomgående förändringar kräver både kunskap och mod. Mod att välja bort gamla mindre effektiva arbetssätt, att ta hjälp av nya kompetenser exempelvis verksamhetsutvecklare med annan yrkesbakgrund än enbart medicinska professioner. Att ändra beteenden och ändra kultur på en arbetsplats kräver tydligt och målinriktat förbättringsledarskap. En förändring kan börja i det lilla genom en successiv acceptans hos en själv och i omgivningen av att det inte går att fortsätta agera som tidigare. Under senare år har majoriteten av människor lärt sig att snabbt hantera nya situationer allt ifrån hur de ska agera under en pandemi till hur de via sin smartphone genomför ekonomiska transaktioner och nu även hanterar sina vårdärenden. Denna erfarenhet medför att patienter och medborgare nu har kunskap och därmed blir förändringsagenter som kan ställa krav på vården att den behöver följa med i samma takt som utvecklingen i resten av samhället.

# Slutsatser

## *Vilka är primärvårdens ”kunder”?*

- Den vanligaste typ av kontakt med den regionala primärvården är enstaka fysiska besök med läkare.
- Patienter som söker vård är inte lika otåliga som det påstås. De som samtidigt söker vård genom olika kanaler har diskuterats som ett problem inom primärvården. När vi analyserade detta studerade vi dagar med primärvård – en patient kan t.ex. haft kontakt med primärvården under 100 av dagarna 2020-2022. En av de dagarna kontaktade hen primärvården fyra gånger. Andelen patienter som samma dag hade mer än tre kontakter med den regionala primärvården var försvinnande liten. I Region Jönköpings län förekom detta under ca 1.000 av ca 4 miljoner dagar (0,03%) och i Region Sörmland under ca 1.700 av nästan 3 miljoner dagar (0,06%).
- Mycket få patienter tycks vara storkonsumenter i den regionala primärvården. Detta resultat baseras på analyser av antal kontakter med den regionala primärvården som förekommit per dag och per patients kontaktmönster.
- Sedan år 2004 då Pär Nuder kallade 40-taliserna för ”köttberg” har det diskuterats hur mycket ökande belastning de äldre innebär för regional primärvård och äldreomsorg. Utifrån den diskussionen stod de äldre i denna studie för en lägre andel av kontakterna med den regionala primärvården än väntat. I vår data stod personer 80+ för drygt 1 av 10 kontakter i Region Jönköpings län, 1 av 7 i Region Sörmland. Detta påverkades av att vi endast har data för regional primärvård. Hälso- och sjukvård inom särskilda boenden ingår i den kommunala primärvården. Den kommunala primärvården innefattar inte vård av läkare, men övriga yrkeskategorier.
- Resultaten visar att användandet av digitala vårdtjänster har ökat jämfört med tidigare studier. Under covid-pandemin hade den digitala vården en extrem topp vid pandemins början och följde sedan pandemins utveckling, så till vida att större andel av vårdkontakterna var digitala när smittspridningen var stor. Patienter har digitala kontakter med fler professioner än tidigare. Det är fortsatt vanligast med digitala kontakter bland unga vuxna 18-24 år.

## *Vilka förväntningar har patienterna på vården?*

- Tillgängligheten i vården upplevs vara mycket varierande. Detta beror exempelvis på var personen bor, om det är stad eller landsbygd, samt patientens egen kompetens och förutsättningar att använda digitala vårdtjänster.
- Patienter som bor utanför storstäderna påtalar brist på kompetens och att förekomsten av hyrläkare på vårdcentralerna inverkar negativt på kontinuiteten.
- Generellt var patienter mer positiva till digitala vårdtjänster jämfört med tidigare forskning, nu 2023 efter covid-pandemin beskriver fler medelålders och yngre äldre att de använder digitala kontakter som alternativ till telefon och fysiska besök. De äldre-äldre patienterna, 80 år och äldre, uttrycker mindre intresse och är mer skeptiska till att använda digitala vårdtjänster.
- Patienter förväntar sig att vården följer samhällets utveckling, erbjuder flexibilitet och är tillgänglig genom kombinationer av digitala vårdtjänster och fysiska besök när så behövs.

- Patienter vill ta ansvar för sin hälsa, men delar gärna detta ansvar med vården, exempelvis förväntar de att planerad uppföljning blir av i tid och att återkoppling på undersökningar och provsvar kommer utan att patienten själv ska behöva efterfråga denna information.
- Kontinuitet i vården prioriteras av de patienter som har kroniska sjukdomar eller långvariga funktionsnedsättningar. För patienter som har enstaka vårdkontakter prioriteras tillgänglighet högre än kontinuitet. Gemensamt för patienterna oavsett om deras vårdbehov är av kronisk eller akut karaktär så förväntas att personalen är påläst, att de har tagit del av information patienten lämnat avseende det aktuella ärendet och tidigare dokumentation i journalen.
- Patienterna har inte alltid möjlighet att anpassa sig till vårdens behov av när de ska vara tillgängliga (beroende på ansvar för arbete och familj). Detta medför att kontakten kan fördröjas på ett sätt som är frustrerande och mindre gynnsamt för hälsan.
- Medvetenhet och reflektioner om hur samhällets resurser för vården påverkas av olika vårdalternativ tas upp i intervjuerna.
- Patienterna påtalar att de upplever förbättringspotential avseende användarvänligheten av de digitala vårdtjänster de har använt.
- Gott bemötande och kontinuitet stöder upplevelsen av trygghet och förtroende för vården. Negativa erfarenheter kan leda till byte av vårdgivare och påverka förtroendet för vården under lång tid framöver.

### *Hur använder patienterna vården?*

- Antalet primärvårdskontakter i ett kontaktmönster skiljer sig inte mellan om digitala- eller fysiska kontakter med läkare inleder mönstret
- Andelen av kontaktmönstren som bestod av mer än fyra kontakter var lågt, ca 39.000 av mer än 3 miljoner kontaktmönster (1,2%) i Region Jönköpings län, knappt 55.000 av mer än 2 miljoner (2,7%) i Region Sörmland. Ett kontaktmönster har vi definierat som en serie kontakter med primärvården som det var högst åtta dagar mellan varje kontakt och som avsåg samma grupp av diagnoser (när diagnos fanns registrerat).
- Variationen i antal kontakter per kontaktmönster var förhållandevis liten mellan kvinnor och män, åldersgrupper och grupper med olika socioekonomisk position. Variationen var större beroende på vilken yrkeskategori och vårdgivare som inledde kontakten och om den var digital eller fysisk.
- Antalet primärvårdskontakter per kontaktmönster var högt när ett kontaktmönster inleddes med en kontakt med fysioterapeut, psykolog/psykoterapeut/kurator eller ”övrig” hos en privat helt digital vårdgivare, men lägre om kontaktmönstret inleddes med en läkarkontakt hos en privat helt digital vårdgivare.
- Kontakter med privata helt digitala vårdgivare var vanligare bland de patienter som var folkbokförda i Region Sörmland än för folkbokförda i Region Jönköpings län. Faktorer som påverkade detta kan t.ex. vara närheten till Stockholm och hur väl vårdcentralernas digitala kontakter fungerade.
- Fördelning av typ av primärvårdskontakter skiljde sig mellan regionerna – kraftigt när det gäller vissa typer av kontakter, t.ex. andel kontakter med sjuksköterskor. Det tyder på att rapportering och registrering av primärvårdskontakter skiljde sig mellan regioner.
- Andelen ”psykiska sjukdomar och syndrom” (ICD10: F) var mindre vanligt vid många kontakter per dag, men vanligare vid kontaktmönster med många kontakter.

- Andelen sjukdomar i andningsorganen (ICD10: J) var lägre, hudens och underhudens sjukdomar (ICD10: L) vanligare vid kontaktmönster med många kontakter.

### *Tankar om dataregistrering för patientens bästa och möjlighet till forskning*

- Registrering av primärvårdsdata har olika täckningsgrad i regionerna, d.v.s. i vilken utsträckning uppgifter om primärvården har registrerats. Detta visar sig bland annat genom skillnad i andel kontakter som saknade registrerade uppgifter om diagnos, 18,5% i Region Jönköpings län respektive 50,4% i Region Sörmland. Kontakter registrerades på olika sätt i de två regionerna, därför kan andelen av kontakter som ”borde” ha en diagnos skilja sig åt. Hos privata helt digitala vårdgivare hade 99,8% av kontakterna en diagnos.
- Processer att få tillgång till valida kvantitativa data behöver utvecklas för att forskare på ett mer tidseffektivt sätt ska kunna få fram data. I detta projekt tog det mer tid och kraft att få tillgång till data än att analysera dessa, d.v.s. fullfölja uppdraget för att bidra med kunskapsunderlag till vårdens beslutsfattare, vilket inte är rimligt ur resurssynpunkt. Problemet med att få tillgång till data är ett nationellt uppmärksammat dilemma bland forskare.

## Förslag på framtida forskning

Det är viktigt att förstå att den här typen av forskning är en aktuell nulägesbeskrivning – om t.ex. fem år kan kontaktmönster, digitala tjänster som används etc. se helt annorlunda ut. Därför bör den här typen av projekt upprepas med regelbundenhet. Det finns även ett antal intressanta forskningsfrågor som är kopplade till den regionala primärvården i nutid. Några av dessa är:

- Våra kvalitativa resultat visar att yngre äldre har blivit mer positiva till digital vård, men att äldre-äldre fortfarande är mer skeptiska. Det vore därför intressant att studera förändring över tid i åldersskillnader i fördelningen kontakter med privata helt digitala vårdgivare, fysiska kontakter med vårdcentral och distanskontakter med vårdcentral.
- Det vore även intressant att studera åldersskillnader i hur kontaktmönster ser ut samt om åldersskillnader ser lika ut oavsett socioekonomisk position.
- Ytterligare ett intressant område att studera är en grundligare beskrivning av kontaktmönster, t.ex. vad som kommer som den andra kontakten i ett kontakmönster beroende på vilken typ av primärvårdskontakt som inleder ett kontaktmönster.
- Det har debatterats om läkare vid digitala vårdkontakter har en högre förskrivning av antibiotika än vid fysiska besök på vårdcentral – även det vore intressant att studera.
- Det är möjligt att patienter med ”skämssjukdomar”, t.ex. erektionsproblem och inkontinens, könssjukdomar och psykisk ohälsa hellre söker digital vård (oavsett om det är privata vårdgivare eller distanskontakter med vårdcentral) för att slippa träffa vårdpersonal fysiskt. Därför vore det intressant att studera patientgruppers upplevelser av att ha kontakt med vården och om andelen med dessa sjukdomsgrupper varierar mellan distanskontakter och fysiska kontakter.
- Det vore även intressant att mer generellt studera fördelningen av sjukdomsgrupper mellan olika typer av vårdgivare/professioner.
- Vi ser även behov av forskningsprojekt där interventioner utvecklas tillsammans med patienter och personal för att ge stöd i användandet av digitala vårdtjänster, särskilt viktigt för exempelvis patienter med kroniska sjukdomar och de äldre-äldre som inte tillhör ”IT-generationen”.

# Referenser


Abelsson, T., Morténius, H., Bergman, S., & Karlsson, A-K. (2020). Quality and availability of information in primary healthcare: The patient perspective. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 38*(1), 33–41.

Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research, 7*, 235–241.

Alsaadi, B., & Alahmadi, D. (2021). The Use of Persona Towards Human-Centered Design in Health Field: Review of Types and Technologies. *2021 International Conference on e-Health and Bioengineering (EHB)*, 1–4.

Anell, A. (2020). Vården är värd en bättre styrning. Forskningsrapport. SNS Förlag.

Ballering, A.V., Olde Hartman, T.C., Verheij, R., Rosmalen, J.G.M. (2023) Sex and gender differences in primary care help-seeking for common somatic symptoms: a longitudinal study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41:2, 132-139, DOI: 10.1080/02813432.2023.2191653

Bartels, S.L., Taygar, A.S., Johnsson, S.I., Petersson, S., Flink, I., Boersma, K., McCracken, L.M., & Wicksell, R.K. (2023). Using Personas in the development of eHealth interventions for chronic pain: A scoping review and narrative synthesis. *Internet Interventions, 32*, 100619. doi: 10.1016/j.invent.2023.100619.

Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice, 49*(2), 147–152

Bhattacharyya, O., Mossman, K., Gustafsson, L., & Schneider, E. (2019). Using Human-Centered Design to Build a Digital Health Advisor for Patients with Complex Needs: Persona and Prototype Development. *Journal of Medical Internet Research, 21*(5), DOI:10.2196/10318

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.

Bokolo, A.J. (2020). Implications of Telehealth and Digital Care Solutions During COVID-19 Pandemic: A Qualitative Literature Review. *Informatics for Health and Social Care, 46*(1), 68–83. doi: 10.1080/17538157.2020.1839467

Bokolo, A.J. (2021). Application of telemedicine and eHealth technology for clinical services in response to COVID-19 pandemic. *Health Technology*, 11(2), 359–366. https://doi.org/10.1007/s12553-020-00516-4Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. https://doi.org/10.1037/qup0000196.

Braun, V., & Clarke, V. (2023) Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher, *International Journal of Transgender Health*, 24:1, 1-6, DOI: 10.1080/26895269.2022.2129597

Brody, E.M. (1981). "Women in the Middle and Family Help to Older People". *Gerontologist*. 21 (5): 471–480. doi:10.1093/geront/21.5.471

Carretero, M.T., Calderón-Larrañaga, A., Poblador-Plou, B., Prados-Torres, A. (2014) Primary health care use from the perspective of gender and morbidity burden. *BMC Women's Health* 14, 145. https://doi.org/10.1186/s12905-014-0145-2

Cohen, J. (1994). The earth is round (p < .05). *American Psychologist, 49*(12), 997–1003. https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.12.997

Dahlgren, C., Dackehag, M., Wändell, P., & Rehnberg, C. (2021). Determinants for use of direct-to-consumer telemedicine consultations in primary healthcare—a registry based total population study from Stockholm, Sweden. *BMC Fam Practice*, 22, 133. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01481-1

Dahlgren C, Hagman M, Sveréus S, Rehnberg C. (2020) *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; Rapport 2020:3.

Dagens Nyheter 2023-10-05, uppdaterad 2023-10-10 https://www.dn.se/sverige/chattbot-infors-pa-1177-trots-kanda-risker-for-patienter/

Dagens Nyheter 2023-10-14, uppdaterad 2023-10-15. https://www.dn.se/debatt/en-trygg-vard-kraver-manniskor-inte-maskiner/

E-hälsomyndigheten (2022) *Invånarundersökningen 2021*. Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dnr: 2021/00922.

Ekman, B-O. (2018). Cost analysis of a digital health care model in Sweden. *Pharmacoecon Open, 2*(3), 347–354.

Ekman, B., & Ellegård, LM. (2023). Digitaliseringen av svensk vård och omsorg. Forskningsrapport. SNS Förlag, Stockholm.

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, 127*, 134–140.

Entezarjou, A., Calling, S., Bhattacharyya, T., Milos Nymberg, V., Vigren, L., Labaf, A., Jakobsson, U., & Midlöv, P. (2021). Antibiotic Prescription Rates After eVisits Versus Office Visits in Primary Care: Observational Study. *JMIR Med Informatics, 9*(3), doi: 10.2196/25473

Eriksson, P., Hammar, T., Lagrosen, S., Nilsson E. (2022). Digital consultation in primary healthcare: The effects on access, efficiency and patient safety based on provider experience; a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 40*(4), 498–506.

Fernemark, H., Skagerström, J., Seing, I., Ericsson, C., & Nilsen, P. (2020). Digital consultations in Swedish primary health care: a qualitative study of physicians' job control, demand and support. *BMC Family Practcice, 21*(1), 241.

Gabrielsson-Järhult, F., Areskoug-Josefsson, K., Kjellström, S., & Kammerlind P. (2019). Digitala vårdmöten med läkare. Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie. Jönköping Academy, School of Health and Welfare, Jönköping University.

Gabrielsson-Järhult, F., Kjellström, S., Josefsson, KA. (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, 39*(2), 204–213.

Glenngård, A. (2023). Exploring differences between public and private providers in primary care: Findings from a large Swedish region. *Health Economics, Policy and Law, 18*(3), 219-233. doi:10.1017/S1744133122000251

Glock, H., Milos Nymberg, V., Borgström Bolmsjö, B., Holm, J., Calling, S., Wolff, M., & Pikkemaat, M. (2021). Attitudes, Barriers, and Concerns Regarding Telemedicine Among

Swedish Primary Care Physicians: A Qualitative Study. *International Journal of General Medicine, 14*, 9237–9246. doi: 10.2147/IJGM.S334782
Guest, G., Namey, E., Taylor, J., Eley, N., & McKenna, K. (2017). Comparing focus groups and individual interviews: Findings from a randomized study. *International Journal of Social Research Methodology, 20*(6), 693–708.
Gustafsson, S.R., Wahlberg, A.C. (2023) The telephone nursing dialogue process: an integrative review. *BMC Nursing* 22, 349-0.
Harber-Aschan, L., Calderón-Larrañaga, A., Darin-Mattson, A., Hu, X., Fratiglioni, L., & Dekhtyar, S. (2020). Beyond the social gradient: The role of lifelong socioeconomic status in older adults' health trajectories. *Aging, 12*(24), 24693–24708.
Harrold, L. R., Field, T. S., & Gurwitz, J. H. (1999). Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *Journal of General Internal Medicine, 14*(8), 499–511.
Internetstiftelsen (2023). Årsrapport: Svenskarna och internet, 2023 https://svenskarnaochinternet.se/
Johansson, A., Larsson, M., & Ivarsson, B. (2020). Patients' Experiences with a Digital Primary Health Care Concept Using Written Dialogues: A Pilot Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11. doi: 10.1177/2150132720910564
Junghans, C., Feder, G., Hemingway, H., Timmis, A., & Jones, M. (2005). Recruiting patients to medical research: Double blind randomised trial of "opt-in" versus "opt-out" strategies. *BMJ, 331*(7522), 940–942.
Kjellström, S. (2005). *Ansvar, hälsa och människa: En studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa*. Linköping: Linköpings universitet.
Ladds, E., & Greenhalgh, T. (2023). Modernising continuity: A new conceptual framework. *British Journal of General Practice, 73*(731), 246–248.
Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatric Research, 45*(5), 626–629.
Lindberg, J., Bhatt, R., & Ferm, A. (2021). Older people and rural eHealth: Perceptions of caring relations and their effects on engagement in digital primary health care. *Scandinavian Journal Caring Science, 35*(4), 1322–1331. doi: 10.1111/scs.12953
Läkartidningen. (2019). (Av Jesper Cederberg.) Olika syn på åldersgräns för digital vård för barn. *Läkartidningen*, 116: FR9I, Lakartidningen.se 2019-07-02.
Marks, G. N. (2008). Are Father's or Mother's Socioeconomic Characteristics More Important Influences on Student Performance? Recent International Evidence. *Social Indicators Research*, 85(2), 293–309. https://doi.org/10.1007/s11205-007-9132-4
Miller, D. (1981). "The 'Sandwich' Generation: Adult Children of the Aging." *Social Work* 26:419–423.
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Lag utan genomslag. Utvärdering av Patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Visa vägen i vården: Ledarskap för stärkt utvecklingskraft*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017:7
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*. Rapport 2020:1.
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021a). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. Vård- och omsorgsanalys, rapport 2021:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021b). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Vård- och omsorgsanalys, rapport 2021:4.
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2022), *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*. Vård- och omsorgsanalys, rapport 2022:1.
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, vård- och omsorgsanalys. (2023) *Utrikes födda patienters erfarenheter av vården: en intervjustudie*. PM 2023:1. https://www.vardanalys.se/digital-publikation/utrikes-fodda-patienters-erfarenheter-av-varden-en-intervjustudie/
Nielsen, L. (2019). *Personas - User Focused Design*. 2nd ed. Human–Computer Interaction Series. Springer.
Nymberg, V.M., Bolmsjö, B.B., Wolff, M., Calling, S., Gerward, S., & Sandberg, M. (2019). 'Having to learn this so late in our lives…' Swedish elderly patients' beliefs, experiences, attitudes and expectations of e-health in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 37*, 41–52.
OECD (2020). Compare your income – Methodology and conceptual issues. https://www.oecd.org/statistics/Compare-your-income-methodology.pdf
Olsson, C., & Banegas, C. (2021). Debattartikel. Praktikertjänst: Dags för krav på digifysisk vård. *Dagens Samhälle*.
Patel, M.X., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(3), 229–238.
Parker, R.F., Figures EL, Paddison CA, Matheson JI, Blane DN, Ford JA. (2021) Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review. *BJGP Open*. 30;5(3): BJGPO.2021.0040. doi: 10.3399/BJGPO.2021.0040. PMID: 33712502; PMCID: PMC8278507.
Regeringens proposition (2021/22:72). Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform. Socialdepartementet
Regeringskansliet (2022). Uppdrag om digitala vårdgivare inom primärvården. Socialdepartementet.
Regeringskansliet (2023) Remiss 2023-09-12, S2023/02604. *Effektiv och behovsbaserad digital vård*. Ds 2023:27. Socialdepartementet.
Regeringskansliet och SKL (2016). Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Regeringskansliet, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner.
Regeringskansliet och SKR (2020). e-hälsa 2025 – En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020–2022. Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner.
Rockler Meurling, C., Adell, E., Wolff, M., Calling, S., Milos Nymberg, V., & Borgström Bolmsjö, B. (2023). Telemedicine in Swedish primary health care - a web-based survey exploring patient satisfaction. *BMC Health Services Research, 23*(1), 129. doi: 10.1186/s12913-023-09133-z.
Salminen, J., Jansen, B., An, J., Kwak, H., & Jung, S-G. (2018). Are personas done?: Evaluating the usefulness of personas in the age of online analytics. *Persona Studies, 4*(2), 47–65.
SFS (2003:460). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
SFS (2017:30). Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Skogevall, S. (2023) *Telephone nurses' work with persons calling healthcare services frequently*. Doktorsavhandling. Mälardalen University Doctoral Dissertation 377.
Skogevall, S., Holmström, I. K., Kaminsky, E., & Håkansson Eklund, J. (2020). A survey of telephone nurses' experiences in their encounters with frequent callers. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 1019-1026. https://doi.org/10.1111/jan.14308
SKR (2019). Meddelande från styrelsen – marknadsföring av hälso- och sjukvård. Ärendenr: 19/01120. Sveriges Kommuner och Regioner.
SKR (2023a). God och nära vård 2023: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Regeringskansliet, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner.
SKR (2023b). Digitalisering ett viktigt verktyg för ökad tillgänglighet. https://rapporter.skr.se/nasta-steg-i-omstallningen-till-nara-vard.html
SKR (2023c) Hälso- och sjukvårdsbarometern 2022 Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.
Socialdepartementet (2023). Effektiv och behovsbaserad digital vård. Ds 2023:27.
Socialstyrelsen (2018). Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Kartläggning och uppföljning. Socialstyrelsen 2018-6-15.
Socialstyrelsen (2021a). Ny definition av primärvården. https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-vard/kommunal-halso--och-sjukvard/ny-definition-av-primarvarden/#:~:text=Fr%C3%A5n%20och%20med%20den%20I,resurser%20eller%20annan%20s%C3%A4rskild%20kompetens
Socialstyrelsen (2021b). Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.
Socialstyrelsen (2021c). Regioner och kommuner. https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/styrning-och-arbetsfordelning/regioner-och-kommuner/
Solberg Carlsson, K., Øvretveit, J., & Ohrling, M. (2023). Rapid implementation of remote digital primary care in Stockholm and implications for further system-wide implementation: Practitioner's and manager's experience of the Always Open mobile application. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 41*(3), 232–246. doi: 10.1080/02813432.2023.2229387.
SOM-institutet (2022). Svenska Trender 1986–2022. Göteborgs Universitet.
SOU (2018:39). *God och nära vård – En primärvårdsreform*. Socialdepartementet.
SOU (2018:55). *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*. Socialdepartementet.
SOU (2019:42). *Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Socialdepartementet.
SOU (2020:19). *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Socialdepartementet.
SOU (2022:41). *Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer*. Socialdepartementet.
Spak, E. (2022). Vi måste förhålla oss till demografins verklighet. *Vårdbloggen, SKR*. Publicerad 2022-04-25. https://skr.se/skr/tjanster/bloggarfranskr/vardbloggen/artiklar/vimasteforhallaosstilldemografinsverklighet.63353.html

SR (2014). Patientlag (2014:821). SFS nr: 2014:821.
SR (2017). Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Socialdepartementet.
Ten Klooster, I., Wentzel, J., Sieverink, F., Linssen, G., Wesselink, R., & van Gemert-Pijnen, L. (2022). Personas for Better Targeted eHealth Technologies: User-Centered Design Approach. *JMIR Hum Factors, 9*(1). DOI:10.2196/24172
The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis. (2021) Summary of the Swedish IHP 2020 report.
Trafimow, D., & Marks, M. (2015). Editorial. *Basic and Applied Social Psychology*, 37(1), 1–2. doi: https://doi.org/10.1080/01973533.2015.1012991
Tynkkynen LK, Pulkki J, Tervonen-Gonçalves L, Schön P, Burström B, Keskimäki I. (2022) Health system reforms and the needs of the ageing population-an analysis of recent policy paths and reform trends in Finland and Sweden. *European Journal of Ageing*. 15;19(2):221-232. doi: 10.1007/s10433-022-00699-x.
Ulmanen, P. (2016) Childcare and eldercare policies in Sweden. In: The sandwich generation: caring for onself and others at home and at work / [ed] Ronald J. Burke, Lisa M. Calvano, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2016, p. 242-261
Verma, P., Kerrison, R. (2022) Patients' and physicians' experiences with remote consultations in primary care during the COVID-19 pandemic: a multi-method rapid review of the literature. *BJGP Open*; 6(2): BJGPO.2021.0192. DOI: 10.3399/BJGPO.2021.0192
Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom, J., Freitag, M., Glynn, L., Muth, C., & Valderas, J. M. (2014). Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS ONE*, 9(7): e102149. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149
Vodiča, S., & Zelko, E. (2022) Remote consultations in general practice – A systematic review. *Slovenian Journal of Public Health*. 61(4), pp 224-230. DOI: https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0030
Västra Götalandsregionen (2023) Rapport Sök Vård – VGR. *Utvärdering och validering av automatiserad triagelösning under pionjärfasen 2023-02-08 till 2023-05-31*. Rapport: 2023-10-05, Dnr: 2023-05118.
Webber-Ritchey, K., Aquino, E., Ponder, T., Lattner, C., Soco, C., Spurlark, R., & Simonovich, S. (2021). Recruitment Strategies to Optimize Participation by Diverse Populations. *Nursing Science Quarterly, 34*(3), 235–243.
Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal, 1*(1), 7–19. doi: 10.35680/2372-0247.1004
Zipp, J. F., & Plutzer, E. (1996). Wives and Husbands: Social Class, Gender, and Class Identification in the U.S. *Sociology*, *30*(2), 235–252. https://doi.org/10.1177/0038038596030002003

# Bilagor

## Tabellbilaga

**Tabell 16, bilaga. Totala antalet kontakter januari 2020-december 2022 för helt privata digitala vårdgivare, sammanlagt för Region Jönköpings län och Region Sörmland sammanslaget**

| Vårdgivare | Antal | % |
|---|---|---|
| Ally | 1.262 | 0,4 |
| Blodtrycksdoktorn | 4.166 | 1,2 |
| Capio Go | 174 | 0,1 |
| Din Psykolog | 304 | 0,2 |
| Doktor 24 | 35.313 | 8,5 |
| Doktor.se | 65.094 | 19,1 |
| Joint Academy | 57.256 | 11,5 |
| KRY | 113.512 | 33,3 |
| Mendly | 9.644 | 2,8 |
| Min Doktor | 48.358 | 14,2 |
| Multirehab | 26 | 0,01 |
| Pratamera | 5.538 | 1,6 |
| Vårdhjälpen | 12 | 0,00 |
| Totalt | 340.659 | 100 |

**Tabell 17, bilaga. Totala antalet kontakter 2020-2022 för olika vårdgivare, Region Jönköpings län**

| Offentliga vårdgivare | Offentliga | Privata | % | Kommentar |
|---|---|---|---|---|
| Bankeryd VC Bra Liv | 114.284 | | 2,9 | |
| Barn- och ungdomshälsan RJL | 27.737 | | 0,7 | Barnhälsovård |
| Barnhälsovården Jönköping | 20.181 | | 0,5 | Barnhälsovård |
| Bodafors VC Bra Liv | 37.203 | | 1,0 | |
| Eksjö VC Bra Liv | 169.219 | | 4,3 | |
| Gislaved VC Bra Liv | 144.525 | | 3,7 | |
| Gnosjö VC Bra Liv | 98.065 | | 2,5 | |
| Gränna VC Bra Liv | 69.907 | | 1,8 | |
| Habo VC Bra Liv | 109.269 | | 2,8 | |
| Hälsan 1 VC Jkp Bra Liv | 100.703 | | 2,6 | |
| Hälsan 2 VC Jkp Bra Liv | 147.801 | | 3,8 | |
| Kungshälsan VC Hva Bra Liv | 134.643 | | 3,4 | |
| Landsbro VC Bra Liv | 22.488 | | 0,6 | |
| Mullsjö VC Bra Liv | 72.297 | | 1,8 | |
| Närakuten Eksjö | 26.887 | | 0,7 | Närakut, jour 17-22 |
| Närakuten Jönköping | 39.169 | | 1,0 | Närakut, jour 17-22 |
| Närakuten Värnamo | 21.725 | | 0,6 | Närakut, jour 17-22 |
| Nässjö VC Bra Liv | 141.189 | | 3,6 | |
| Norrahammar VC Bra Liv | 123.080 | | 3,1 | |
| Råslätt VC Jkp Bra Liv | 121.976 | | 3,1 | |
| Rosenhälsan VC Hva Bra Liv | 112.118 | | 2,9 | |
| Rosenlund VC Jkp Bra Liv | 110.145 | | 2,8 | |
| Rydaholm VC Bra Liv | 26.609 | | 0,7 | |
| Sävsjö VC Bra Liv | 105.237 | | 2,7 | |
| Skillingaryd VC Bra Liv | 57.127 | | 1,5 | |
| Smålandsstenar VC Bra Liv | 92.429 | | 2,4 | |
| Tenhult VC Bra Liv | 27.065 | | 0,7 | |
| Tranås VC Bra Liv | 198.887 | | 5,1 | |
| Vaggeryd VC Bra Liv | 80.811 | | 2,1 | |
| Väster VC Värnamo Bra Liv | 102.235 | | 2,6 | |
| Vetlanda VC Bra Liv | 102.790 | | 2,6 | |
| Vråen VC Värnamo Bra Liv | 126.689 | | 3,2 | |
| Öxnehaga VC Hva Bra Liv | 74.106 | | 1,9 | |
| **Totalt offentliga** | 2.958.596 | | 75,6 | |
| **Privata vårdgivare** | | | | |
| Aneby vårdcentral | | 55.354 | 1,4 | |
| Apladalen vårdcentral Värnamo | | 90.751 | 2,3 | |
| Bräcke Diakoni VC Lokstallarna | | 80.972 | 2,1 | |
| Bräcke Diakoni VC Nyhälsan | | 74.813 | 1,9 | |
| Gislehälsan | | 23.554 | 0,6 | |
| Läkarhuset Öster VC Jönköping | | 153.317 | 3,9 | |
| Nässjö Läkarhus | | 29.401 | 0,8 | |
| Vårdcentralen Aroma | | 116.762 | 3,0 | |
| Vårdcentralen Tranan Tranås | | 36.939 | 0,9 | |
| Vitala vårdcentral Vetlanda | | 65.487 | 1,7 | |
| Wasa vårdcentral Jönköping | | 43.990 | 1,1 | |
| Wetterhälsan | | 183.309 | 4,7 | |
| **Totalt privata** | | 954.649 | 24,4 | |
| **Totalt** | **3.913.245** | | **100%** | |

**Tabell 18, bilaga. Totala antalet kontakter 20202-2022 för olika vårdgivare, Region Sörmland**

| Offentliga vårdgivare | Offentliga | Privata | % | Kommentar |
|---|---|---|---|---|
| Bagaregatan Nyköping | 155.837 | | 2,9 | |
| City Eskilstuna | 159.891 | | 0,7 | Inklusive jourmottagning |
| Ekensberg Nyköping | 138.562 | | 0,5 | |
| Flen | 103.162 | | 1,0 | |
| Fröslunda Eskilstuna | 145.130 | | 4,3 | |
| Gallerian Eskilstuna | 46.834 | | 3,7 | |
| Gnesta | 141.967 | | 2,5 | |
| Linden Katrineholm | 165.087 | | 3,4 | Inklusive jourmottagning |
| Malmköping | 74.234 | | 2,8 | |
| Mariefred | 142.665 | | 2,6 | |
| Mäster Olof Strängnäs | 81.006 | | 0,6 | |
| Nävertorp Katrineholm | 124.513 | | 3,8 | |
| Oxelösund | 142.639 | | 1,8 | |
| Skiftinge Eskilstuna | 166.643 | | 3,6 | |
| Strängnäs | 238.220 | | 3,1 | Inklusive jourmottagning |
| Torshälla | 106.769 | | 3,1 | |
| Tunafors Eskilstuna | 187.775 | | 2,8 | |
| Vårdcentral Trosa | 181.768 | | 2,9 | |
| Åsidan Nyköping | 143.856 | | 1,8 | Inklusive jourmottagning |
| **Totalt offentliga** | 2.646.558 | | 89,3 | |
| **Privata vårdgivare** | | | | |
| Achima Care Eskilstuna | | | | Ej med |
| Achima Care Fristaden Eskilstuna | | 90.941 | 0,7 | |
| Centrum Flen | | 77.760 | 1,5 | |
| Doktor.se Vingåker | | | | Ej med |
| Frösjön Gnesta | | 40.439 | 0,7 | |
| KRY Nyköping | | 4.387 | 5,1 | |
| Min Doktor Nyköping | | 31.023 | 2,4 | |
| Mälarlunden Strängnäs | | 72.027 | 2,7 | |
| Smeden Eskilstuna | | | | Ej med |
| Snabbdoktor | | | | Ej med |
| Stadsfjärden Nyköping | | | | Ej med |
| Vår Vårdcentral Katrineholm | | | | Ej med |
| **Totalt privata** | | 316.577 | 10,7 | |
| **Totalt** | **2.963.135** | | **100%** | |

**Tabell 19, bilaga. Antal kontakter, jämförelse mellan nya data från Region Sörmlands register uthämtad 23-08-11 och kontakter från ”vår” data som lämnades tidigare från regionen**

| | Sjuksköterskor | | | Övrig personal | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nya uppgifter antal (%) | Vår data antal (%) | Diff, antal (%enheter) | Nya uppgifter antal (%) | Vår data antal (%) | Diff, antal (%enheter) |
| Övrigt | 776.749 (26,2%) | 775.336 (26,2%) | 1.413 (0,0) | 1.721.906 (58,0%) | 1.726.097 (58,3%) | -4.191 (-0,3) |
| Telefon | 101.941 (3,4%) | 90.542 (3,1%) | 11.399 (0,4) | 357.570 (12,0%) | 360.613 (12,2%) | -3.043 (-0,1) |
| Distans-kontakter | 1.862 (0,1%) | 1.758 (0,1%) | 104 (0,0) | 9.222 (0,3%) | 8.789 (0,3%) | 433 (0,0) |
| Totalt | 880.552 | 867.636 | 12.916 | 2.089.069 | 2.095.499 | -6.430 |

Samma urval av vårdenheter och tid har använts.

**Tabell 20, bilaga. Pearson korrelationer ($r_{xy}$) mellan fördelningen av olika typer av primärvårdskontakter (n=36)**

| **Region Jönköpings län** | **Region Jönköpings län** | | | | | **Region Sörmland** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Korrelation (p-värde) | | | | | | | |
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1: Privata digitala | 1 | | | | | | | |
| 2: VC fysisk | **-0,71 (<0,001)** | 1 | | | | | | |
| 3: VC telefon | **0,60 (<0,001)** | **-0,94 (<0,001)** | 1 | | | | | |
| 4: VC distans | **0,55 (<0,001)** | **-0,87 (<0,001)** | **0,71 (<0,001)** | 1 | | | | |
| 5: 1177 Telefon-rådgivning | 0,22 (0,202) | **-0,47 (0,004)** | 0,20 (0,250) | **0,66 (<0,001)** | 1 | | | |

| **Region Sörmland** | **Region Jönköpings län** | | | | | **Region Sörmland** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6: Privata digitala | **0,86 (<0,001)** | **-0,65 (<0,001)** | **0,52 (0,001)** | **0,53 (<0,001)** | **0,38 (0,024)** | 1 | | |
| 7: VC fysisk | **-0,46 (0,005)** | **0,61 (<0,001)** | **-0,40 (0,010)** | **-0,70 (<0,001)** | **-0,74 (<0,001)** | **-0,69 (<0,001)** | 1 | |
| 8: VC telefon | 0,14 (0,412) | **-0,43 (0,010)** | 0,23 (0,18) | **0,60 (<0,001)** | **0,76 (<0,001)** | **0,37 (0,028)** | **-0,93 (<0,001)** | 1 |
| 9: VC distans | 0,16 (0,354) | **-0,49 (0,002)** | **0,43 (0,008** | **0,64 (<0,001)** | 0,29 (0,090) | 0,16 (0,360) | **-0,47 (0,004)** | **0,48 (0,003)** |

VC = Vårdcentral

Fet-markerade korrelationer är statistiskt signifikanta (p<0,05). Gul markering är korrelationen mellan samma typ av primärvårdskontakt för de två regionerna, t.ex. sambandet mellan andel kontakter med privata helt digitala vårdgivare i Region Jönköpings län och Region Sörmland.

**Tabell 21, bilaga. Pearson korrelationer ($r_{xy}$) mellan antalet primärvårdskontakter av olika slag (n=36)**

| **Region Jönköpings län** | **Region Jönköpings län** | | | | | **Region Sörmland** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Korrelation (p-värde) | | | | | | | |
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1: Privata digitala | 1 | | | | | | | |
| 2: VC fysisk | -0,22 (0,207) | 1 | | | | | | |
| 3: VC telefon | **0,54 (0,001)** | **0,42 (0,012)** | 1 | | | | | |
| 4: VC distans | **0,61 (<0,001)** | -0,29 (0,091) | **0,56 (<0,001)** | 1 | | | | |
| 5: 1177 Telefon-rådgivning | 0,05 (0,759) | 0,07 (0,665) | 0,31 (0,065) | **0,58 (<0,001)** | 1 | | | |

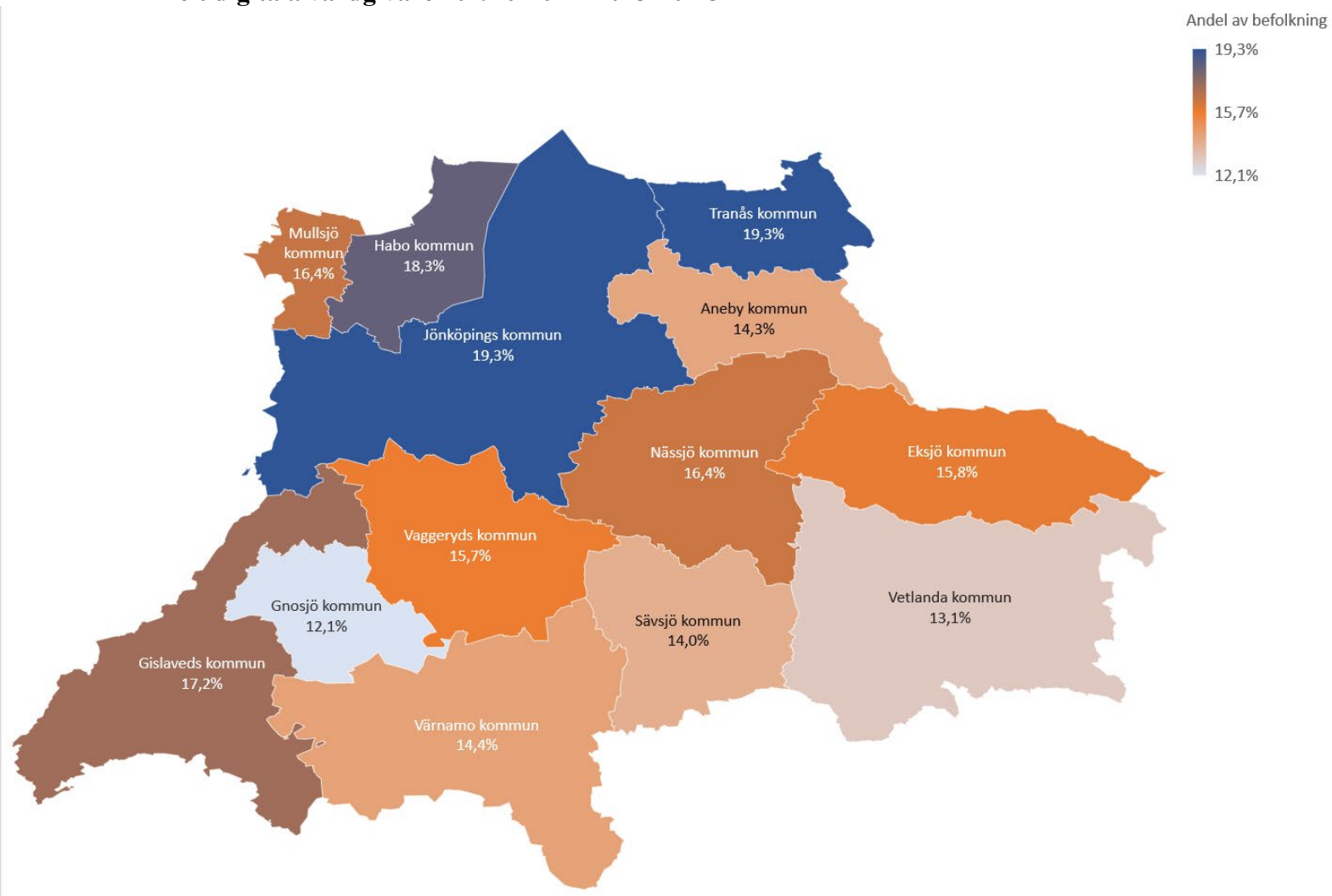
| **Region Sörmland** | **Region Jönköpings län** | | | | | **Region Sörmland** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6: Privata digitala | **0,94 (<0,001)** | -0,17 (0,320) | **0,57 (<0,001)** | **0,64 (<0,001)** | 0,18 (0,298) | 1 | | |
| 7: VC fysisk | 0,33 (0,053) | **0,68 (<0,001)** | **0,69 (<0,001)** | 0,13 (0,444) | 0,04 (0,813) | 0,32 (0,056) | 1 | |
| 8: VC telefon | 0,33 (0,053) | 0,27 (0,108) | **0,65 (<0,001)** | **0,68 (<0,001)** | **0,67 (<0,001)** | **0,37 (0,028)** | **0,38 (0,022)** | 1 |
| 9: VC distans | 0,19 (0,264) | -0,16 (0,360) | **0,37 (0,027)** | **0,67 (<0,001)** | 0,16 (0,352) | 0,16 (0,361) | 0,08 (0,663) | **0,44 (0,008)** |

VC = Vårdcentral

Fet-markerade korrelationer är statistiskt signifikanta (p<0,05). Gul markering är korrelationen mellan samma typ av primärvårdskontakt för de två regionerna, t.ex. sambandet mellan antal kontakter med privata helt digitala vårdgivare i Region Jönköpings län och Region Sörmland.

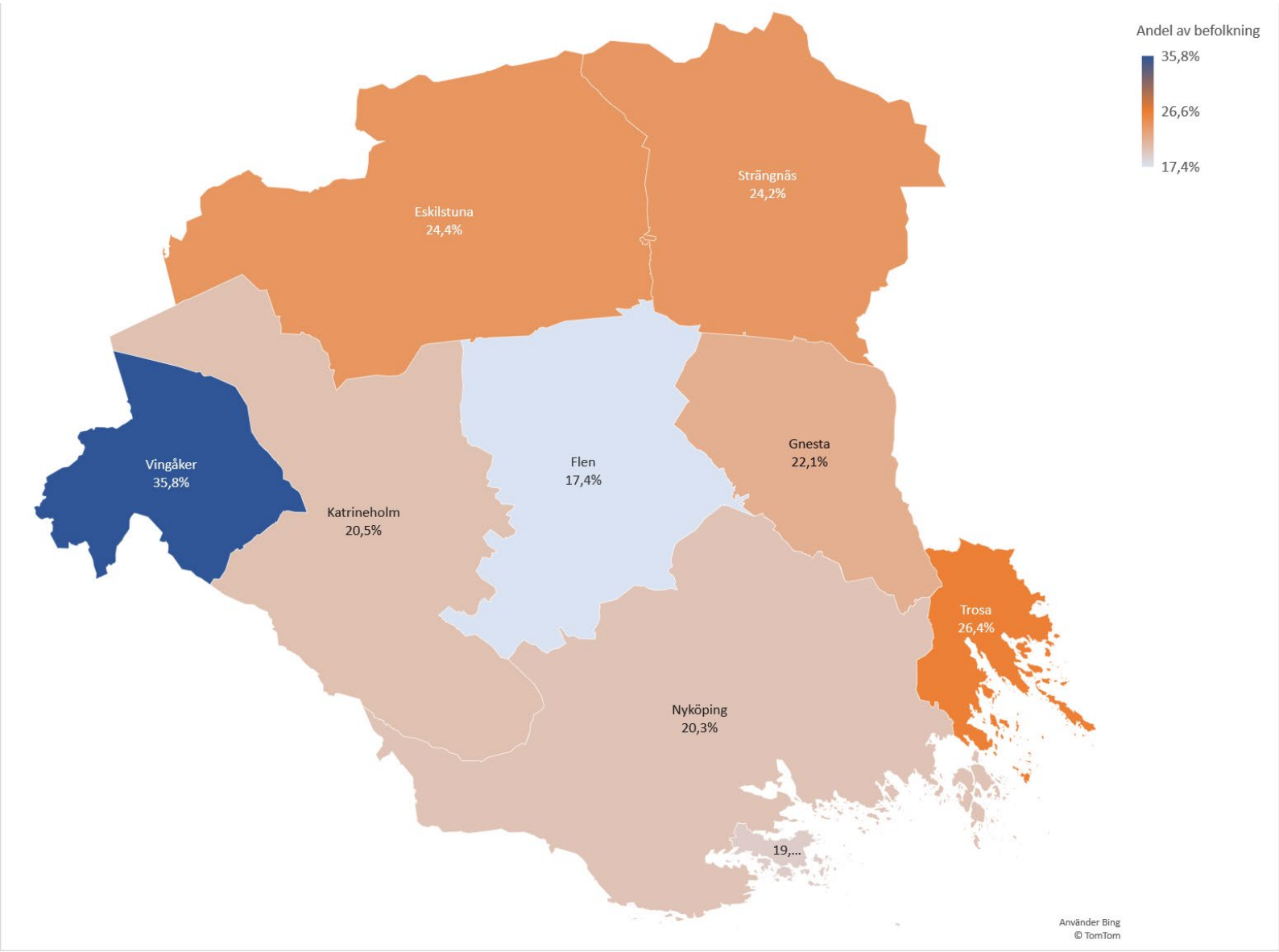
# Figurbilaga

**Figur 6. Andel folkbokförda i Region Jönköpings län som haft en vårdkontakt med privata helt digitala vårdgivare 2019-01-01 – 2023-10-13**




Under åren 2020-2023 administrerades privata helt digitala primärvårdskontakter genom Region Sörmland. Figuren är gjord av Kent Bobits, verksamhetscontroller vid Hälsovalsstaben, Region Sörmland. Vi fick tillgång till figuren per email 2023-10-18.
Privat helt digital vård i förhållande till befolkning per 2022-12-31.

**Figur 7. Andel folkbokförda i Region Sörmland som haft en vårdkontakt med privata helt digitala vårdgivare 2019-01-01 – 2023-08-25**




Under åren 2020-2023 administrerades privata helt digitala primärvårdskontakter genom Region Sörmland. Figuren är gjord av Kent Bobits, verksamhetscontroller vid Hälsovalsstaben, Region Sörmland. Vi fick tillgång till figuren per email 2023-10-04.
Privat helt digital vård i förhållande till befolkning per 2022-12-31.

# Bilaga 1. Projektets uppdragsbeskrivning och referensgrupp

## *Uppdragsgivare*

Inledningsvis representerades SKR av Emma Spak som vid projektets start var chef för sektionen för hälso- och sjukvård, avdelningen vård och omsorg. Därefter fr.o.m. december 2022 har Gunilla Thörnwall Bergendahl, övertagit ansvaret som SKR:s uppdragsgivare där hon är verksam som Projektledare, Senior Advicer, Avdelningen för vård och omsorg.

## *Utförare - forskningsprojektgrupp*

Projektet genomförs av en för avtalet bildad forskargrupp vid Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare (JA) och Institutet för gerontologi (IFG) vid Hälsohögskolan, Jönköping University.

## *Forskargruppens kompetens och ansvarsområde*

Felicia Gabrielsson-Järhult, JA, projektledare, doktorand. Ansvarat för projektledning, kommunikation med referensgrupp och samarbetspartners för uthämtande och insamling av data. Hon har även ansvarat för framskrivande av forskningsplan och beslut om studiens design i samråd med forskargruppen och referensgrupp. Även ansvarat för omvärldsanalys, planering och genomförande av intervjuer, analys av studiens kvalitativa data och rapportskrivning samt delat ansvar för analys av kvantitativa data.

Yashar Mahmud, JA, postdoc. Kvalitativa analyser av patientintervjuer och rapportskrivande.

Sofi Fristedt, docent, föreståndare JA och avdelningschef för IFG. Delaktig tillsammans med projektledaren för planering av projektet i stort, studiens design, stöd i analys och bearbetning av insamlade data. Stöd under rapportskrivning och resultatredovisning.

Sofia Kjellström, JA, professor. Rådgivande angående studiens design och etisk ansökan, analys och rapportskrivande.

Ingemar Kåreholt, IFG, professor. Statistisk rådgivare och ansvarig för bearbetning, analys och resultatpresentation av kvantitativa data och rapportskrivning.

## *Referensgruppens arbete*

Referensgruppen för projektet ”*Hur klickar vi med vården?*” sammankallades oktober 2022 som stöd till forskarteamet under framskrivning av forskningsplanen. Därefter har projektledaren sammankallat referensgruppen vid åtta tillfällen fram till att rapporten var klar för publicering oktober 2023. Samtliga möten har genomförts digitalt med syftet att göra avstämningar i projektets olika genomförandefaser. Referensgruppen har kontinuerligt haft möjlighet, vid möten och via mail och telefon ge råd och vägledning till forskargruppen under processen av datainsamling, dataanalys och rapportskrivning.

*Referensgruppen*

**Rådgivande personer, SKR**

Gunilla Thörnwall Bergendahl, biträdande sektionschef, Senior Advisor, Avdelningen för vård och omsorg, SKR

Lars Kolmodin, handläggare, Avdelningen Ekonomi och styrning, SKR

Olle Olsson, handläggare, Avdelningen för vård och omsorg, SKR

Karina Tellinger, digitaliseringsstrateg, Avdelningen för vård och omsorg, SKR

**Rådgivande personer, vårdföretag**

Jonas Beltrame-Linné, Head of Communications & Policy, KRY

Daniel Forslund, utvecklingsansvarig på Vårdföretagarna

Carina Nordqvist Falk, verksamhetschef för digital vård, Min Doktor

Anastacia Simonchik, Product Innovation Manager, Visiba Care

Peter Tyreholt, Chief Product Officer –Product, Visiba Care

**Samarbetspartners/kompetens i Region Sörmland**

Kent Bobits, verksamhetscontroller, Hälsovalsstaben, Region Sörmland

Eva Neidenström, projektledare/verksamhetsutvecklare division Primärvård, Region Sörmland

**Samarbetspartners/kompetens i Region Jönköpings län**

Johan Assarsson, verksamhetsutvecklare Region Jönköpings län.

Helena Hansson, controller, ekonomiavdelningen Region Jönköpings län

Sven-Åke Svensson, enhetschef, kommunikationsavdelningen Region Jönköpings län

Ulf Österstad, verksamhetschef digital vård, Vårdcentralerna Bra Liv, Region Jönköpings län

# Bilaga 2. Information från SCB:s leveransrapport

## *Ändrade personnummer*

Hänsyn har tagits till personer som ändrat personnummer. Uppgifter som härleds från personnummer avser senast kända personnummer. 10.881 personer (1,6%) har haft mer än ett personnummer. En personnummerändring görs för att någon del av personnumret är felaktig. Det är Skatteverket som beslutar att ett personnummer ska ändras och sedan aviseras detta till vissa andra personregister i samhället (se Tabell 1).

De vanligaste orsakerna är:

- Registrering av felaktig födelsetid i samband med invandring eller födelse.
- Registrering av felaktigt kön i samband med invandring eller födelse.
- Könsbyte (liten omfattning).
- Två personer har samma personnummer (liten omfattning).
- En person har dubbla personnummer (liten omfattning).

## *Återanvända personnummer*

Återanvända personnummer är personnummer som, med hjälp av information som finns i SCB:s register, ser ut att ha tillhört fler än en individ. 629 personer (0,1%) hade personnummer som bedömdes som återanvända.

## *Felaktiga personnummer*

I materialet från regionerna fanns 9.515 stycken (1,4%) ofullständiga eller felaktiga personnummer.

# Bilaga 3. Forskningsetisk information till intervjudeltagare

JÖNKÖPING UNIVERSITY
*School of Health and Welfare*

## Information om ett nytt forskningsprojekt: patienters erfarenheter och användande av digitala kontakter och fysiska besök i primärvården

Vården utvecklar nya former för att möta medborgares/patienters behov av rätt vård med god tillgänglighet och hög kvalitet. Ett nytt arbetssätt är att primärvården utöver fysiska besök erbjuder en variation av nya digitala lösningar för kontakter gällande din hälsa. De flesta vårdcentraler/primärvårdsaktörer erbjuder numera olika former av digitala tjänster utöver att du som tidigare kan kontakta dem via telefonen. Patienter erbjuds att göra vissa sjukvårdsärenden på egen hand ex boka tider eller beställa recept via en App i mobiltelefonen. Likaså erbjuder allt fler professioner möjligheten att ersätta ett fysiskt besök med ett videomöte via dator eller mobiltelefon. I den offentliga primärvården kan detta ske via 1177 sjukvårds rådgivning alternativt Vårdkontakt Direkt (om du bor i region Sörmland) eller Appen Bra liv nära (om du bor i region Jönköping).

Digitala tjänster har blivit allt populärare och privata vårdverksamheter/bolag som exempelvis Min doktor, Doktor.se, Kry och Visiba Care arbetar och utvecklar liknande digitala och fysiska möjligheter för kontakt. Under senare år har värdet av dessa nya sätt att kommunicera med vården diskuterats ur flera perspektiv. Ger den digifysiska vården den trygghet, tillgänglighet och kontinuitet som patienter har behov av? Andra frågor som flitigt debatterats är kostnader - vilka ersättningsnivåer ska gälla och hur påverkas personalens arbetsmiljö och kompetens? Få vetenskapliga undersökningar har genomförts som ger kunskap om vad patienter/användare har för erfarenheter av att använda digi/fysisk vård och hur de upplever att deras vårdbehov numera tillgodoses i primärvården.

All vårdverksamhet har krav på sig att kontinuerligt följa upp och utvärdera sina insatser och arbetssätt för att säkerställa att verksamheten har god kvalitet och tillgodoser behov som är viktiga för patienter och användare relaterat till deras hälsa. Projektet som du här inbjuds att delta i genomförs våren 2023. Ansvariga för genomförandet är en grupp forskare vid Hälsohögskolan i Jönköping som gör detta på uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Projektet är döpt till: *Hur klickar vi med vården? En vetenskaplig studie av den digi/fysiska utvecklingen inom svensk primärvård 2020–2022.*

**Vem kan delta?** Vi i forskargruppen söker nu dig som är, eller varit patient, oavsett ålder eller orsak, som någon gång under det senaste året har haft ett fysiskt besök i primärvården och/eller genomfört ett vårdärende digitalt (ex via chatt, 1177 eller videomöte). Vi söker deltagare som har erfarenheter av kontakter inom offentlig och/eller privat organiserad vård. Du får gärna vara en äldre person, vi söker även dig som har frekventa kontakter med vården ex p.g.a. en kronisk sjukdom, eller att du kanske har flera hälsoproblem samtidigt. Vi vet att det ännu är främst yngre personer som använder digitala lösningar och behöver mer kunskap om äldre och multisjuka personers erfarenheter av att kommunicera digitalt.

# Bilaga 4. Bakgrundsdata för intervjudeltagare

| IP nr | kön | ålder | arbete | Region folkbokförd | stad/landsbygd |
|---|---|---|---|---|---|
| **IP1** | man | 70 | pensionär | Jönköping | stad |
| **IP2** | kvinna | 73 | pensionär | Jönköping | landsbygd |
| **IP3** | kvinna | 38 | arbetar | Stockholm | stad |
| **IP4** | kvinna | 30 | arbetar | Västra Götaland | landsbygd |
| **IP5** | kvinna | 55 | sjukskriven | Västra Götaland | förort |
| **IP6** | kvinna | 41 | arbetar | Västra Götaland | tätort |
| **IP7** | man | 54 | sjukpensionär | Västra Götaland | tätort |
| **IP8** | kvinna | 56 | arbete | Jönköping | landsbygd |
| **IP9** | kvinna | 58 | arbete | Jönköping | stad |
| **IP10** | kvinna | 56 | sjukpensionär | Jönköping | tätort |
| **IP11** | man | 33 | studerar | Jönköping | tätort |
| **IP12** | kvinna | 91 | pensionär | Stockholm | tätort |
| **IP13** | kvinna | 52 | arbete | Västra Götaland | landsbygd |
| **IP14** | man | 67 | pensionär | Jönköping | tätort |
| **IP15** | man | 61 | arbetar | Blekinge | stad |
| **IP16** | kvinna | 55 | långtidssjukskriven | Stockholm | stad |
| **IP17** | man | 45 | arbetar | Blekinge | stad |
| **IP18** | man | 66 | pensionär | Stockholm | stad |
| **IP19** | kvinna | 70 | pensionär | Södermanland | landsbygd |
| **IP20** | man | 65 | arbetar | Stockholm | tätort |
| **IP 21** | kvinna | 52 | studerar | Skåne | nomad |
| **IP 22** | kvinna | 74 | pensionär | Jönköping | stad |
| **IP 23** | man | 77 | pensionär | Västerbotten | landsbygd |
| **IP24** | kvinna | 34 | sjukskriven | Jönköping | landsbygd |
| **IP25** | man | 57 | arbetar | Gävleborg | tätort |
| **IP26** | man | 66 | arbetar | Dalarna | tätort |
| **IP27** | kvinna | 49 | deltidssjukskriven | Västerbotten | stad |
| **IP28** | kvinna | 48 | arbetar | Västra Götaland | stad |
| **IP29** | kvinna | 63 | arbetar | Stockholm | tätort |
| **IP30** | kvinna | 50 | arbetar | Västerbotten | stad |
| **IP 31** | kvinna | 22 | studerar | Västra Götaland | stad |
| **IP32** | kvinna | 22 | studerar | Skåne | stad |
| **IP33** | kvinna | 51 | sjukpensionär | Jönköping | stad |
| **IP34** | kvinna | 21 | studerar | Östergötland | tätort |
| **IP35** | kvinna | 54 | arbetar | Halland | tätort |

# Bilaga 5. Intervjuguide

**Inhämtande av informerat samtycke**

**Bakgrundsdata:**

Kön
Ålder
Bostadsort: stad/landsbygd
När hade personen sin senaste kontakt med primärvård
Intervjudatum

**Frågor & teman för intervju:**

1. Du har erfarenhet av att vara i kontakt med primärvården: fysiskt eller digitalt, kan du berätta vad det varit/är för vårdbehov som varit/är aktuella för dig då (ex orsak/besvär) som medfört kontakt?
2. Vården har utvecklats under de senaste åren så att du som patient/medborgare kan ha olika kontaktvägar, via telefon, via en app/textchattar, 1177 sjukvårdsrådgivning, fysiska och digitala vårdmöten med olika professioner. Utifrån de nu möjliga/erbjudna kontaktvägarna: hur upplever du då att primärvårdens arbetssätt tillgodoser dina behov?
3. Kan du beskriva och ge exempel på hur du hanterat ditt behov av kontakter med vården under de senaste åren?

3 Om du haft/tagit initiativ till digitala kontakter eller digitala vårdmöten hur har du fått kännedom om denna möjlighet? Hur har du upplevt att möta vårdens personal på detta sätt?

4 Har dina kontakter varit för ett behov du själv har, eller har du även sökt kontakt för ett barn eller annan anhörig?

5 Har du erfarenheter av kontakter som varit föranledda av akuta behov/frågor?

6 Har du erfarenheter av kontakter som varit/är kontinuerliga för någon typ av kronisk åkomma/sjukdom?

   a. Vad har fungerat bra
   b. och vad har eventuellt fungerat sämre enligt din erfarenhet?
   c. Om ja… vad var det som var bra?
   d. Om nej kan du beskriva vad var det som inte var bra?

7 Har dina kontakter/vårdmöten resulterat i en lösning på de problem du sökt hjälp med?

8 Är det planerat att du ska ha ytterligare kontakter med primärvården framöver? Hur tror du/önskar du att dessa ska gå till? Digitalt, fysiskt, kombinationer?

9 Är det något annat angående din erfarenhet av primärvård som du vill dela med dig som jag kanske inte frågat om eller som du vill berätta mer om?

10 Om du jämför digitala kontakter med traditionella fysiska besök eller telefonsamtal vad skulle du då säga är för och nackdelar?

11 Har du förändrat ditt sätt att ha kontakt med primärvården under covid-pandemin? Hur fungerar det för dig nu när vården öppnat upp och arbetar mer traditionellt igen?