

Hur används videobesök av personer med psykiatriska tillstånd?

2022: 5


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

Referera till rapporten enligt: Kinza Degerlund Maldi, Cecilia Dahlgren, Matilda Hagman, Gunnar Ljunggren, Camilla Nystrand, Clas Rehnberg, Johan Åhlén, Mimmi Åström. Hur används videobesök av personer med psykiatriska tillstånd? Stockholm centrum för hälsoekonomi. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:5.

Stockholms centrum för hälsoekonomi ansvarar för rapportens innehåll, och arbetet har även byggt på samarbete med Enheten för psykisk hälsa, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLSO. Vi som författare vill rikta ett stort tack till medlemmarna i rapportens referensgrupp: Maria Andersson, Gergö Hadlaczky, Anna Jernberg Sørensen, Kyriaki Kosidou, Magnus Pettersson och Olof Molander.

 Stockholm centrum för hälsoekonomi

 [Stockholm centrum för hälsoekonomi](#)

 ISBN 978-91-987967-0-4

 Författare: Kinza Degerlund Maldi, Cecilia Dahlgren, Matilda Hagman, Gunnar Ljunggren, Camilla Nystrand, Clas Rehnberg, Johan Åhlén, Mimmi Åström

Innehållsförteckning

Ordlista	3
Sammanfattning.....	4
Introduktion	5
Syfte	7
Bakgrund	8
Metod.....	13
Fördelningen av diagnoser i populationen	17
Videobesök inom primärvården	18
Videobesök inom specialiserad psykiatrisk öppenvård.....	33
Diskussion	47
Slutsatser	54
Referenser.....	55
Bilaga 1. Uppdragstyper inom ekonomisk vårdgren primärvård och psykiatri.....	59
Bilaga 2. Videobesök inom primärvården för somatiska tillstånd.....	61
Bilaga 3. Andel videobesök per patients boendeområde.....	66

Ordlista

Befolkningen	Befolkningen avser personer utan psykiatriska tillstånd folkbokförda i Region Stockholm.
Besök alla kontaktorsaker	Besök inom primärvården oavsett huvuddiagnos vid besöket.
Besök för somatisk vård	Besök inom primärvården där huvuddiagnosen vid besöket var en somatisk diagnos. Besök där huvuddiagnosen var F00-F99 psykiatriska tillstånd och beteendestörningar ingår alltså inte i kategorin besök för somatisk vård.
Digifysiskt vårdutbud	Ett digifysiskt vårdutbud innebär att vårdgivaren tillhandahåller vård genom både fysiska och digitala kanaler.
Fysiska besök	Fysiska besök avser vårdkontakter mellan patient och läkare, sjuksköterska, psykolog, psykoterapeut eller kurator som sker genom ett fysiskt möte inom primärvården eller inom den specialiserade psykiatriska öppenvården i Region Stockholm.
Videobesök	Videobesök avser distanskontakter i form av videobesök hos läkare, sjuksköterska, psykolog, psykoterapeut eller kurator inom primärvården eller den specialiserade psykiatriska öppenvården i Region Stockholm.

Sammanfattning

Denna rapport kartlägger hur personer med psykiatriska tillstånd använder videobesök inom primärvården och inom den specialiserade psykiatriska öppenvården. I redogörelse beskrivs och jämförs videobesöken även med de fysiska besöken för grupperna. Patientpopulationen med psykiatriska tillstånd delas in i diagnosgrupper enligt följande:

- allvarliga psykiatriska tillstånd (F20-F24, F30-F31, F32.3-F33.3)
- missbruk (F10.1-F19)
- ADHD/autism (F84.0-F84.9, F90.0-F.90.9)
- depression/ångest (F32-34 (exkluderat F32.3 and F33.3), F38-39, F40-45, F48)

Kartläggningen för användning av videobesök för personer med psykiatriska tillstånd baseras på VAL-databaserna vid Region Stockholm. I VAL-databaserna registreras alla vårdkontakter för all hälso- och sjukvård med avtal och ersättning från Region Stockholm, såväl offentliga som privata vårdgivare. I kartläggningen ingår alla individer som var folkbokförda i Region Stockholm under hela år 2021. Data från VAL-databaserna från år 2020 har använts för att definiera grupper med psykiatriska tillstånd och data från år 2021 har använts för att analysera konsumtionsmönster av fysisk vård och videobesök.

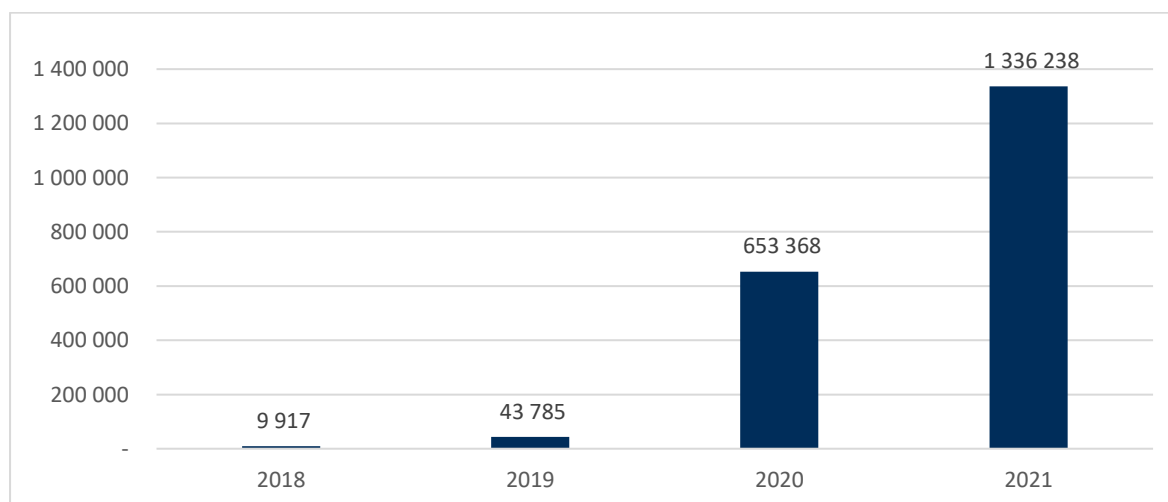
Resultaten visar att personer med psykiatriska tillstånd generellt nyttjar fysisk vård och videobesök i större utsträckning än genomsnittsbefolkningen, vilket är förväntat mot bakgrund av skillnader i hälsotillstånd. Det är dock svårt att avgöra om meranvändningen speglar det större vårdbehov som finns för denna grupp. Det finns emellertid vissa grupper som potentiellt underanvänder vård. Sammantaget visar resultaten att:

- Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har lägst antal videobesök hos läkare inom primärvården, men de har flest videobesök inom psykiatrin, jämfört med de andra diagnosgrupperna.
- Gruppen 0–17 år och 65 år och äldre med psykiatriska tillstånd har videobesök i låg utsträckning både inom primärvården och psykiatrin jämfört med de andra åldersgrupperna.
- Kvinnor med psykiatriska tillstånd har fler psykologbesök (video och fysiska) och har högre andel videobesök både inom primärvården och psykiatrin jämfört med män.
- Män 30 år och äldre med psykiatriska tillstånd har fler läkarbesök (fysiska och totalt) inom psykiatrin, men kvinnor fler och högre andel videobesök.
- Det finns skillnader i andel och antal videobesök hos psykolog och läkare inom psykiatrin beroende på patientens boendeområde.
- Det är större skillnad i andelen videobesök hos psykolog inom psykiatrin mellan diagnosgrupperna jämfört med primärvården.
- Mönstret för meranvändning av fysiska besök och videobesök inom primärvården såg generellt lika ut vid besök för somatisk vård och besök oavsett huvuddiagnos vid besöket (alla kontaktorsaker).

Introduktion

Den digitala vården har kraftigt expanderat under senare år inom både primärvården och den specialiserade öppenvården (Trolle Lagerros, Söderberg et al. 2019). En övergång mot ett digifysiskt arbetssätt, där vård genom digitala kanaler kombineras med fysiska besök, kan öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Digitala kanaler kan emellertid slå olika i olika grupper. En förutsättning för att kunna utveckla den fysiska och digitala vården är att ha kännedom om hur digitala alternativ används av olika delar i befolkningen för att identifiera grupper som kan stå utanför den digitala vården, och för att kunna identifiera utvecklingsområden i det digifysiska arbetssättet.

Region Stockholm har en uttalad ambition om att vården ska ske digifysiskt och antalet digitala besök har ökat kraftigt de senaste åren. I alla reviderade vårdval ingår krav om att erbjuda digifysisk vård. Det innebär att digitala och fysiska kanaler ska komplettera varandra. Avgörandet om vården ska äga rum fysiskt eller digitalt ska utgå ifrån patientens medicinska behov och huruvida det aktuella tillståndet kan handläggas utan ett fysiskt möte (Socialstyrelsen 2018). Antalet digitala besök i Region Stockholm har utvecklats från en nivå på nästan 10 000 besök 2018 till över 1,3 miljoner besök 2021 (Figur 1). Förklaringsfaktorer till den snabba ökningen är både omställningen till det digifysiska arbetssättet, en effekt av Covid-19-pandemin och att besök hos aktörer som tidigare ägde rum inom den så kallade utomlänstaxan numera registreras som regionens eget vårdutbud.



Figur 1. Antal videobesök inom hela Region Stockholms primärvård och specialiserad öppenvård år 2018–2021, alla vårdgivarkategorier

I denna rapport kartläggs i vilken utsträckning personer med psykiatriska tillstånd använder videobesök inom primärvården och inom den specialiserade psykiatriska öppenvården i Region Stockholm. I tidigare rapporter har Stockholm centrum för hälsoekonomi (StoCHE) visat på en ojämn fördelning när det kommer till vilka grupper som använder digitala respektive fysiska besök inom primärvården (Dahlgren C, Hagman M et al. 2020). Att vara född i Sverige, ha en hög utbildningsnivå och

inkomst ökade sannolikheten för att ha gjort ett digitalt besök samtidigt som dessa faktorer minskade sannolikheten för att ha använt fysiska besök i primärvården. Att vara yngre var också förknippat med en högre sannolikhet att nyttja digitala besök och lägre sannolikhet att ha gjort ett fysiskt besök. Tidigare resultat visade även att personer med depression var mer benägna än personer utan depression att ha gjort minst ett digitalt besök i primärvården. Det saknas emellertid kunskap om hur andra grupper med psykiatriska tillstånd konsumerar digital vård. Tidigare studier tyder på att personer med vissa psykiatriska tillstånd även har färre fysiska besök inom primärvården än befolkningen i stort (Chwastiak, Rosenheck et al. 2008). Utöver färre besök var det även lägre kvalitet på besöken, färre registrerade diagnoser och underbehandling (Björkenstam, Ljung et al. 2012, Crump, Winkleby et al. 2013, Smith, Langan et al. 2013, Laursen, Mortensen et al. 2014, Woodhead, Ashworth et al. 2016).

I denna rapport kartläggs också hur digitala besök används inom den specialiserade psykiatriska öppenvården. Att digitala kanaler kan vara en lämplig form för psykiatrisk vård visar erfarenheter från bland annat internetbaserade KBT-program (Andersson, Cuijpers et al. 2014). Att erbjuda vård genom videosamtal eller chatt kan också underlätta för vissa patientgrupper samtidigt som det kan vara mindre lämpligt för andra.

Syfte

Syftet med projektet är att kartlägga i vilken utsträckning patienter med psykiatriska tillstånd av olika svårighetsgrad använder videobesök i Region Stockholm. Rapporten utgår från följande frågeställningar:

1. I vilken utsträckning har patienter med psykiatriska tillstånd använt videobesök inom primärvården i jämförelse med invånare i Region Stockholm som inte har något psykiatriskt tillstånd?
2. I vilken utsträckning används videobesök av patienter med psykiatriska tillstånd inom specialiserad psykiatrisk öppenvård?

Bakgrund

Benägenhet att konsumera primärvård oavsett kontaktorsak skiljer sig mellan grupper med olika psykiatriska tillstånd

De studier som undersökt besök i primärvården oavsett kontaktorsak, det vill säga, besök i primärvården som både kan innefatta somatisk vård och psykiatrisk vård visar att benägenhet att konsumera primärvård skiljer sig mellan grupper med olika psykiatriska tillstånd. En amerikansk enkätstudie med nästan 560 000 deltagare visade att personer med schizofreni, drogmissbruk, bipolär sjukdom och depression var mindre benägna att ha gjort besök i primärvården jämfört med personer utan psykiatriska tillstånd (Chwastiak, Rosenheck et al. 2008). Personer med ihållande depression hade emellertid större sannolikhet att ha gjort ett besök. Resultaten kontrollerades för samsjuklighet och när resultaten även kontrollerades för vårdcentralens storlek, geografiskt läge, budget som spenderades på behandling av psykisk ohälsa, forskning och utbildning inom psykisk ohälsa ändrades resultaten för personer med depression till en högre benägenhet att ha använt primärvård. Bland de som haft minst ett besök i primärvården hade de med psykiatriska tillstånd (schizofreni, alkoholmissbruk, drogmissbruk, posttraumatiskt stressyndrom, bipolär sjukdom och depression) färre besök jämfört med de utan psykiatriskt tillstånd. Gruppen med ihållande depression hade fler besök jämfört med de utan psykiatriskt tillstånd.

En tysk studie med drygt 1 200 personer 75 år och äldre fann att personer med depression hade fler besök (5,63 besök i genomsnitt) på vårdcentral jämfört med de utan depression (4,08 besök i genomsnitt) under sex månader och att besöken ökade desto mer deprimerad personen var (Buczak-Stec, Löbner et al. 2022). Resultaten kontrollerades för ålder, kön, civilstånd, utbildningsnivå, typ av boende, typ av sjukvårdsförsäkring, socialt stöd och hälsostatus.

En annan tysk studie fann dock att personer som hade slutenvårdats för depression och även hade smärta sökte vård för smärtan i mindre utsträckning jämfört med patienter med smärta och ett annat psykiatriskt tillstånd (affektiva tillstånd utom depression, schizofreni, personlighetssyndrom, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom) (Alvarenga, Caniato et al. 2009). Resultaten visade att patienter med depression hade smärta i högre utsträckning men var mindre benägna att söka vård för smärta, jämfört med patienterna med smärta och ett annat psykiatriskt tillstånd. Patienter med depression och smärta hade både färre besök på vårdcentral (2,9 i genomsnitt) och färre läkarbesök (2,3 i genomsnitt) för smärta, jämfört med patienter utan depression men med ett annat psykiatriskt tillstånd, vilka hade 4,9 besök i genomsnitt på vårdcentral och 3,8 besök i genomsnitt hos läkare. Samtidigt som de med depression hade fler slutenvårdsbesök för smärta 2,0 jämfört med 1,7 bland patienter utan depression men med ett annat psykiatriskt tillstånd.

Personer med psykiatriska tillstånd har en underkonsumtion av somatisk primärvård

Studier som fokuserat på vård inom primärvården kopplat till somatiska tillstånd visar emellertid att personer med psykiatriska tillstånd använder primärvård i lägre utsträckning och av lägre kvalitet än personer utan psykiatriska tillstånd.

Personer med psykiatriska tillstånd har besök av lägre kvalitet

En engelsk tvärsnittsstudie baserad på drygt 7 400 individer visade att personer med vanliga psykiatriska tillstånd, såsom depression och ångesttillstånd, var mer benägna att ha kontaktat sin vårdcentral för somatiska tillstånd det senaste året i jämförelse med personer utan psykiatriska tillstånd (Buhagiar, Templeton et al. 2020). Resultaten kontrollerades för sociodemografiska variabler, obesitas, rökning och missbruk (alkohol och droger). Dock fann en svensk registerstudie baserad på data för över sex miljoner individer att personer med psykiatriska tillstånd (schizofreni och psykostillstånd, ångesttillstånd, affektiva tillstånd, missbruk och övriga tillstånd) hade fler undvikbara slutenvårdstillfällen för somatiska tillstånd i jämförelse med personer utan psykiatriska tillstånd (Björkenstam, Ljung et al. 2012). Kvalitetsindikatorn undvikbar slutenvård baseras på antagandet att om patienterna hade fått adekvat vård i primärvården hade dessa slutenvårdstillfällen kunnat undvikas och enligt författarna tyder resultaten på brister i omhändertagandet eller lägre kvalitet vid behandling av somatiska sjukdomar hos patienter med psykiatriska tillstånd.

Somatiska diagnoser hos personer med psykiatriska tillstånd underdiagnosticeras och underbehandlas

Det finns även ett antal studier som visar att personer med psykiatriska tillstånd får färre diagnoser registrerade för somatiska tillstånd såsom hjärt-kärlsjukdomar i jämförelse med personer utan psykiatriska tillstånd. En annan svensk registerstudie baserad på fler än sex miljoner personer visade att personer med schizofreni avled i högre utsträckning av kranskärlssjukdomar och cancer trots att de inte haft en diagnos av dessa sjukdomar, jämfört med personer utan schizofreni (Crump, Winkleby et al. 2013). Det innebär att de i lägre utsträckning diagnostiserats i tid för behandling av dessa sjukdomar. Liknande resultat har även setts i Skottland där en tvärsnittsstudie av samsjuklighet och registrerade diagnoser i primärvården fann att samsjuklighet var vanligare bland personer med schizofreni jämfört med personer utan schizofreni (Smith, Langan et al. 2013). Patienterna med schizofreni hade emellertid färre registrerade diagnoser av hjärt-kärlsjukdomar och enligt författarna är en möjlig förklaring att dessa patienter är mindre benägna att berätta om symptom kopplade till hjärt-kärlsjukdom för sin vårdcentral eller att de är mindre benägna att få dessa områden undersökta, diagnostiserade och övervakade.

Studier visar också på en underbehandling av läkemedel för personer med psykiatriska tillstånd rörande deras somatiska tillstånd. Den tidigare refererade studien av Björkenstam et al. visade att personer med psykiatriska tillstånd hade lägre

användning av lipidsänkande läkemedel vid diabetes jämfört med personer utan psykiatriska tillstånd (Björkenstam, Ljung et al. 2012). Detta var mest påtagligt hos patienter med schizofreni. En registerstudie i sydöstra London av nästan 300 000 personer fann att patienter med allvarliga psykiatriska tillstånd var mindre benägna att ha betablockerare jämfört med personer utan allvarliga psykiatriska tillstånd (Woodhead, Ashworth et al. 2016). En registerstudie i Danmark med över en miljon personer visade att patienter med schizofreni och bipolär sjukdom hade signifikant lägre användning av läkemedel för hjärt-kärlsjukdomar jämfört med personer som inte haft någon psykiatrisk kontakt (Laursen, Mortensen et al. 2014). Enligt författarna finns det en underbehandling av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar bland patienter med schizofreni, bipolär sjukdom och patienter med en historia av psykiatrisk slutenvård.

Sammantaget tyder dessa studier på att patienter med psykiatriska tillstånd, främst allvarliga psykiatriska tillstånd såsom schizofreni och bipolär sjukdom, har ett stort vårdbehov och underkonsumerar primärvård i jämförelse med personer utan psykiatriska tillstånd. Digital vård har föreslagits som ett medel för att öka tillgängligheten till vård, minska barriärer för att söka vård och minska geografiska avstånd (Fletcher, Hogan et al. 2018, BearingPoint 2020).

Möjligheter och hinder med digital vård för personer med psykiatriska tillstånd

Patienter med olika typer av psykiatriska tillstånd kan använda digital vård. Digital vård och videobesök kan användas både inom somatisk och psykiatrisk vård, men eftersom psykiatriska bedömningar till stor del baseras på intervjuer med patienterna, till skillnad från somatiska bedömningar som baseras på fysisk undersökning, finns det stor potential för användning av videobesök inom psykiatrin (Kannarkat, Smith et al. 2020). Detta har varit tydligt under Covid-19-pandemin. Enligt Socialstyrelsen har den psykiatriska öppenvården haft färre fysiska patientkontakter under pandemin medan digitala kontakter och telefonkontakter har fördubblats (Socialstyrelsen 2020).

Digital vård lämpar sig bland annat för patienter som har svårt att ta sig fysiskt till en vårdgivare, de som upplever stigma eller är oroade över sin integritet vid klinikbesök, patienter med sjukdomar som begränsar deras förmåga att delta i fysisk behandling, beteendeproblem som utgör en risk för vårdgivare eller andra och de som behöver vård som inte finns tillgänglig lokalt (Lindsay, Hudson et al. 2017). Men videobesök skulle även kunna erbjudas rutinmässigt till patienter som ett val genom att inkludera videobesök i rutinvård (Fletcher, Hogan et al. 2018).

Patienterna behöver ofta själva ha tillgång till digital utrustning och internet, men eftersom mobiltelefoner och surfplattor kan användas är tillgång till teknik inte en lika signifikant barriär som det tidigare var (Fletcher, Hogan et al. 2018). Studier har även visat att tekniktillgång hos patienter med psykiatriska tillstånd generellt är hög och att dessa patienter är positiva till digitala lösningar (Thomas, Foley et al. 2017, Abu Rahal,

Vadas et al. 2018, Fletcher, Hogan et al. 2018, Beard, Silverman et al. 2019, Naslund and Aschbrenner 2021).

Det finns flertalet studier som indikerar att digital vård kan användas av patienter med olika typer av psykiatriska tillstånd. Systematiska översikter som inkluderar patienter med ångestsjukdomar, paniksjukdomar, fobi, schizofreni och bipolär sjukdom visar på lika effekt mellan fysisk kognitiv beteendeterapi (KBT) och internet-KBT och att digital vård kan leda till förbättrade patientutfall, såsom ökad följsamhet till läkemedel, minskad stress, ökat upplevt stöd och färre akutbesök (Andersson, Cuijpers et al. 2014, Kasckow, Felmet et al. 2014, Basit, Mathews et al. 2020). En dansk randomiserad kontrollerad studie med 71 personer med missbruk visade att statistiskt signifikant färre patienter avslutade behandling i förtid bland de som fick välja digitala besök eller fysiska besök jämfört med de som endast var hänvisade till fysiska besök (Tarp, Bojesen et al. 2017). En amerikansk randomiserad kontrollerad studie med 158 äldre personer med depression som var bundna till hemmet visade att både digital och fysisk behandling var effektiv i att minska depressiva symptom och funktionsnedsättning, men att effekten av den digitala behandlingen varade längre än effekten av den fysiska behandlingen (Choi, Marti et al. 2014).

Personer med psykiatriska tillstånd och vårdgivare är generellt positiva till digital vård

Flertalet kvalitativa studier tyder på att personer med psykiatriska tillstånd och vårdgivare är positiva till digital vård. En amerikansk studie baserad på kvalitativa intervjuer med 20 personer inlagda på sjukhus med allvarliga psykiatriska tillstånd undersökte övergången till digital psykiatrisk vård under Covid-19-pandemin (Benjenk, Saliba et al. 2021). De flesta deltagare rapporterade inga svårigheter att övergå till digital vård, men sex deltagare rapporterade att de upplevde svårigheter varav två av dessa saknade tillgång till mobiltelefoner. Deltagarna beskrev effekter såsom besök av lägre kvalitet, mindre personliga besök och mindre produktiva besök på grund av distraktioner.

I en amerikansk studie med äldre personer med depression som var bundna till hemmet rapporterade flertalet patienter (20 av 24 patienter, 83,3%) att de var nöjda med de digitala besöken. Deltagarna i studien såg fördelar med videobesök såsom bekvämlighet, möjlighet att se sin vårdgivare och en stark känsla av integritet (Choi, Wilson et al. 2014). Två deltagare (8,3%) rapporterade att de digitala besöken inte var till hjälp.

En kvalitativt baserad studie från Australien, som omfattande 20 patienter med måttliga till allvarliga psykiatriska tillstånd och 8 vårdgivare, undersökte övergången till digital vård inom den psykiatriska öppenvården under Covid-19-pandemin (Venville, O'Connor et al. 2021). De flesta patienter upplevde digital vård som positiv så länge de fick det stöd de behövde. De flesta deltagarna ansåg att digital vård kunde bidra till en flexibel vård men önskade att besök återgick till fysiska besök eller digifysiska.

Intervju- och enkätstudier med vårdgivare visar på liknande resultat. I en amerikansk enkätstudie med 819 vårdgivare inom psykiatri (psykiatriker, psykologer, sjuksköterskor, socionomer, terapeuter) som använde digital vård under Covid-19-pandemin rapporterade 73% att de hade en utmärkt eller bra upplevelse av digital vård (Guinart, Marcy et al. 2021). De utmaningar som nämnades mest frekvent var svårigheter för patienterna att använda teknologi, avsaknad av personlig kontakt med patienterna och problem med teknik. De fördelar med digital vård som nämnades var flexibel schemaläggning, att besök startade i tid och att patienterna missade färre besök. Vårdgivarna i studien rapporterade att patienter med psykotiska tillstånd var minst lämpliga för digital vård, medan patienter med ångestsjukdom ansågs vara mest lämpliga. Enligt vårdgivarna var patienternas preferens och svårighetsgrad på symptom avgörande för om framtida besök skulle komma att äga rum fysiskt eller digitalt.

I en amerikansk studie med 31 vårdgivare som arbetade med psykiatriska tillstånd (socionomer, peer support specialister, psykologer, licenserad rådgivare, sjuksköterskor) under Covid-19-pandemin rapporterade 28 deltagare att digital vård ledde till ökad tillgång till vård men vissa uttryckte oro för äldre patienter, patienter med låg socioekonomisk status och de utan stabilt internet (Schoebel, Wayment et al. 2021). Arton deltagare upplevde att kvaliteten på digitala besök var lika eller bättre än fysiska besök. Vårdgivarna upplevde emellertid lägre kvalitet på vården vid digitala besök för vissa grupper, dessa var unga barn, personer med allvarliga psykiatriska tillstånd, personer med missbruk, äldre, personer med språkbarriärer och barn med autism. Hälften av deltagarna rapporterade minimala integritetsproblem. Alla beskrev att övergången till digital vård var plötslig och utmanande, men att när de var bekväma med teknologin upplevde alla nöjdhet med jobbet. Dock rapporterade 18 deltagare att deras patienter med låg teknisk kunskap var mindre nöjda med digital vård.

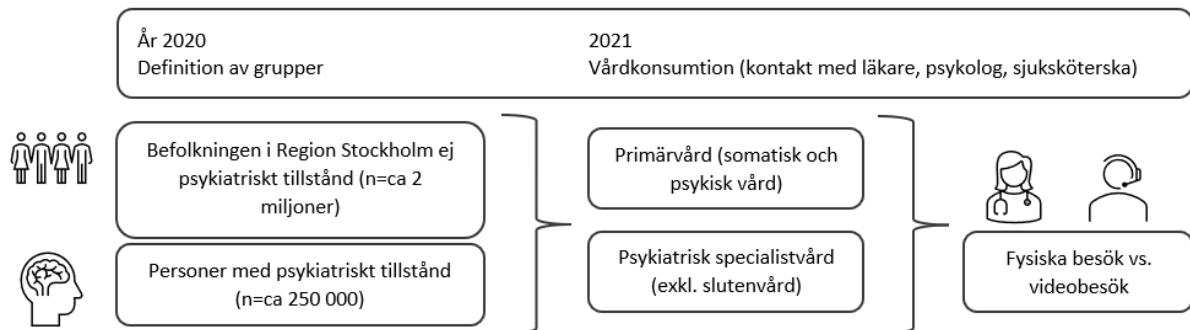
En svensk enkätstudie från 2019 med nästan 200 primärvårdsläkare visade emellertid på låg användning av digital vård och 78% av läkarna rapporterade att de aldrig använde videobesök (Pikkemaat, Thulesius et al. 2021). Trots en lågt rapporterad faktisk användning av digitala besök bland de svenska primärvårdsläkarna beskrev de en hög intention att använda digitala besök i patientvården. Forskarna gjorde även en kvalitativ studie som visade att vissa primärvårdsläkare var skeptiska till digital vård, men att de generellt hade en positiv inställning och att digital vård kunde öka patienternas egenmakt, förenkla arbetet och förbättra vården (Glock, Milos Nymberg et al. 2021). Primärvårdsläkarna ansåg att digital vård var passande för vissa patienter och vissa besök, till exempel uppföljning av psykiatriska tillstånd, och några såg det som en förutsättning att läkaren hade kunskap om patienten från tidigare. Utmaningar som nämnades med digital vård var avsaknad av personlig kontakt med patienter och bristfällig teknologi. De största farhågorna var att dessa faktorer skulle leda till patientskador, ökad arbetsbelastning och ojämlik tillgång till sjukvård.

Metod

Kartläggningen baseras på data från Region Stockholms VAL-databaser

För att kartlägga användningen av videobesök för personer med psykiatriska tillstånd användes data från regionens VAL-databaser. VAL-databaserna omfattar cirka 10 olika databaser med vårdstatistik. I VAL-databaserna finns alla vårdkontakter för all hälso- och sjukvård med avtal och ersättning från Region Stockholm, såväl offentliga som privata vårdgivare. Information omfattar varje vårdkontakt, vårdgivare och avidentifierade uppgifter om varje patient. Även privata vårdgivare som har slutit avtal med Region Stockholm ska tillhandahålla data i elektronisk form till regionen. Från år 2021 finns således även data för digitala vårdtjänster från några av de stora vårdgivarna för digital vård registrerat i VAL.

I denna kartläggning ingick alla individer som var folkbokförda i Region Stockholm under hela år 2021. För att identifiera personer med psykiatriska tillstånd användes data från VAL-databaserna från år 2020. Vidare användes data från år 2021 för att analysera mönster av användningen gällande fysisk vård och videobesök för dessa grupper, samt i jämförelse med personer utan psykiatriskt tillstånd i Region Stockholm, (benämns befolkningen), se Figur 2.



Figur 2. Flödesschema över definition av grupper och vårdkonsumtion, samt antal personer med psykiatriska tillstånd och befolkningen utan psykiatriska tillstånd folkbokförda i Region Stockholm. Psykologbesök innefattar besök hos psykolog, kurator och psykoterapeut.

Definition och klassificering av psykiatriska tillstånd

I rapporten har personer med psykiatriska tillstånd identifierats och grupperats med hjälp av definitioner som har tagits fram i samarbete med Enheten för psykisk hälsa vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (Sörberg Wallin, Ohlis et al. 2022). Alla individer med minst en kontakt inom slutenvård, specialiserad öppenvård eller primärvård i Region Stockholm under 2020, som fått någon av följande diagnoser ingick i urvalet:

- allvarliga psykiatriska tillstånd (F20-F24, F30-F31, F32.3-F33.3)
- missbruk (F10.1-F19)

- ADHD/autism (F84.0-F84.9, F90.0-F.90.9)
- depression/ångest (F32-34 (exkluderat F32.3 and F33.3), F38-39, F40-45, F48)
- övriga psykiatriska tillstånd (personlighetsstörningar (F60-63, F68-69) ätstörningar (F50))

Varje patient kunde endast ingå i en grupp. Gruppen allvarliga psykiatriska tillstånd inkluderade alla individer med icke-affektiva psykotiska tillstånd och affektiva psykotiska tillstånd, inklusive bipolär sjukdom och möjlig samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd. Gruppen missbruk inkluderade alla individer med alkoholmissbruk och narkotikamissbruk med möjlig samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, förutom icke-affektiva psykotiska tillstånd och affektiva psykotiska tillstånd. ADHD/autism inkluderade individer med ADHD eller autism och möjlig samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd med undantag för icke-affektiva psykotiska tillstånd, affektiva psykotiska tillstånd, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk. Gruppen depression/ångest inkluderade alla individer med depressiv sjukdom, ångest och stressrelaterad sjukdom utan någon samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd. Individer som hade depressiv sjukdom eller ångest och stressrelaterad sjukdom i kombination med ätstörningar eller personlighetsstörningar hamnade således inte i någon subgrupp. Dessa individer har vi i stället valt att gruppera i en grupp vi kallar övriga psykiatriska tillstånd. Antalet individer i den gruppen var få (nästan 6000) och vi valde att inte redovisa resultat för den gruppen.

Definition av vårdkonsumtion och vårdnivå

I rapporten definierar vi vårdkonsumtion som fysiska besök eller videobesök hos läkare, sjuksköterska eller psykolog/kurator/psykoterapeut. Gruppen psykolog/kurator/psykoterapeut benämns genomgående i rapporten som psykolog.

Med fysiska besök avses besök på mottagning hos läkare, psykolog eller sjuksköterska inom primärvården¹ och hos läkare eller psykolog inom den specialiserade psykiatriska öppenvården² i Region Stockholm. Vårdtillfällen och vård dagar inom slutenvården inkluderades inte i sammanställningen. Fysiska besök har fångats med olika besökstyper för fysiska besök³.

Med videobesök avses besök via video hos läkare, psykolog eller sjuksköterska inom primärvården och hos läkare eller psykolog inom den specialiserade psykiatriska öppenvården i Region Stockholm. Besöken produceras av enheter i regionens egen regi samt av de enheter som har avtal med regionen för både fysiska besök och

¹ Besök inom primärvården har tagits fram utifrån ekonomisk vårdgren Primärvård. Se Bilaga 1 för vilka uppdragstyper som ingår i vårdgrenen.

² Besök inom den specialiserade psykiatriska öppenvården har tagits fram utifrån ekonomisk vårdgren Psykiatri. Se Bilaga 1 för vilka uppdragstyper som ingår i vårdgrenen.

³ Besökstyper som använts för att fånga fysiska besök är: nybesök (0), mottagningsbesök (1), gruppbesök (8), teambesök (A), gruppteambesök (B).

videobesök. Videobesöken fångas med en kombination av åtgärds-koden för videobesök⁴ och besökstypen distansbesök⁵ i VAL-databasen.

För att öka jämförbarheten i vårdkonsumtion mellan individer med psykiatriska tillstånd och befolkningen inkluderade vi också läkarbesök där kontaktorsak⁶ var en somatisk diagnos. Detta gjordes genom att exkludera besök där kontaktorsaken var F00-F99, d.v.s. psykiatriska tillstånd och beteendestörningar. Detta gjordes endast för läkarbesök. Sjuksköterskebesök där kontaktorsaken var somatisk vård inkluderades inte i rapporten på grund av låg diagnosregistrering. För fysiska sjuksköterskebesök saknar drygt 50% av besöken en diagnos jämfört med 3% för läkarbesöken.

För samtliga besökstyper inkluderade vi endast besök där patienten hade varit bosatt i Region Stockholm under samtliga månader år 2021.

Avgränsningar

Rapportens resultat är avgränsade till vårdanvändning inom primärvården och den psykiatriska specialiserade öppenvården. Inom akutsomatisk vård, geriatrik och övriga vårdformer är andelen digitala besök fortfarande förhållandevis liten och därför svår att dra slutsatser ifrån (Tabell 1).

En ytterligare avgränsning är att vi endast inkluderat videobesök och fysiska besök, men inte chattbesök eller telefonkontakter. Skälet till avgränsningen är att chattbesök och telefonkontakter registreras i bristfällig utsträckning i VAL-databaserna. En orsak till detta skulle kunna vara att ingen extra ersättning för dessa registreringar ges. När det gäller vårdgivarkategorier är resultaten begränsade till besök hos läkare, sjuksköterska och psykolog. Detta då andelen videobesök i övriga yrkeskategorier är låg. För sjuksköterskebesök redovisas endast besök oavsett kontaktorsak då både diagnosregistreringen vid sjuksköterskebesök är låg och antalet videobesök hos sjuksköterska är få. För diagnosgrupperna missbruk och allvarliga psykiatriska tillstånd redovisas inte resultaten för personer under 18 år, och för ADHD/autism redovisas inte resultaten för personer 65 år och äldre då dessa grupper innehöll få individer (<250 individer), se Tabell 2.

⁴ Åtgärds-koden för videobesök är UX007.

⁵ Besökstyp distansbesök är distansbesök (9).

⁶ Med kontaktorsak menas diagnoskod 1 vid besöket, vilket är vårdtillfällets huvuddiagnos.

Tabell 1. Fördelning av digitala och fysiska besök inom olika vårdformer år 2021 i Region Stockholm

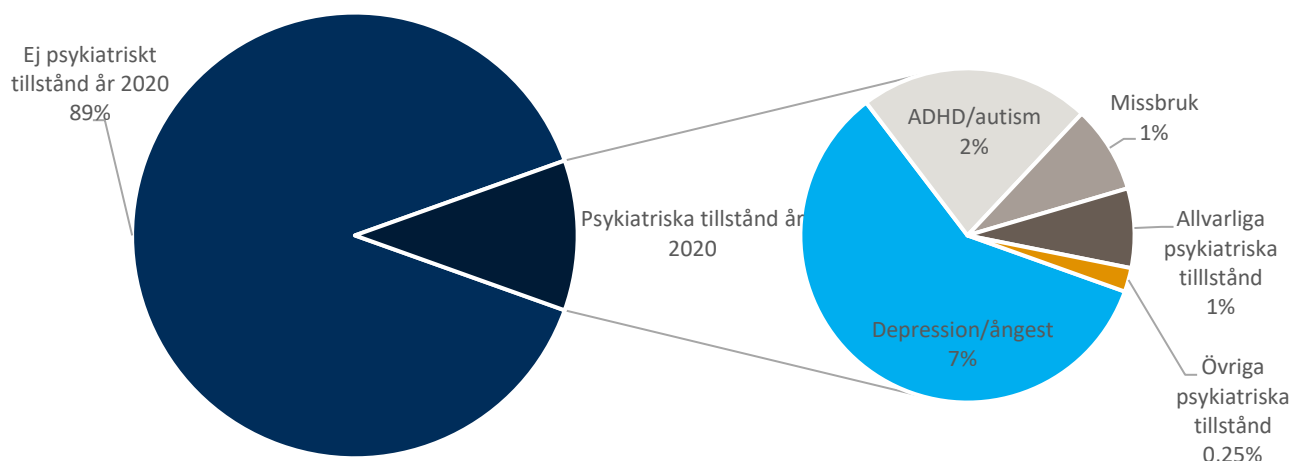
		Primärvård	Akutsomatik	Geriatrisk	Psykiatri	Övrigt
Läkare	Antal fysiska besök	2 792 029	2 718 510	15 119	262 222	125 079
	Antal digitala besök	564 639	16 847	25	43 070	164
	Andel digitala	17%	1%	0%	14%	0%
Psykolog	Antal fysiska besök	408 473	31 224	4 171	299 583	38 113
	Antal digitala besök	287 879	6 861	7	86 121	10 960
	Andel digitala	41%	18%	0%	22%	22%
Sjuksköterska	Antal fysiska besök	1 075 781	482 043	4 123	476 010	18 463
	Antal digitala besök	133 224	6 858	0	17 931	832
	Andel digitala	11%	1%	0%	4%	4%
Totalt	Antal fysiska besök	4 276 283	3 231 777	23 413	1 037 815	181 655
	Antal digitala besök	985 742	30 566	32	147 122	11 956
	Andel digitala	19%	1%	0%	12%	6%

Meranvändning

Mot bakgrund av att personer med psykiatriska tillstånd har större vårdbehov så använder de sannolikt mer vård än genomsnittsbefolkningen som till stor del består av friska individer. För att kunna analysera i vilken utsträckning olika grupper hade anammat videobesök jämförde vi därför **meranvändningen** av videobesök i relation till meranvändningen av fysiska besök. Meranvändningen redovisas som den procentuella skillnaden mellan det genomsnittliga antalet besök för en person i en viss diagnosgrupp med psykiatriskt tillstånd i jämförelse med motsvarande ålders- och könsuppdelad grupp i befolkningen. Användningen kan också vara negativ. I de fallen använder personerna i diagnosgruppen mindre primärvård än motsvarande grupp i befolkningen.

Fördelningen av diagnoser i populationen

Av de 11 procent av totalbefolkningen i Region Stockholm år 2020 som har ett psykiatriskt tillstånd, har en majoritet depression/ångest, följt av ADHD/autism, missbruk och allvarliga psykiatriska tillstånd, se Figur 3.



Figur 3. Andel av befolkningen i olika diagnosgrupper år 2020 i Region Stockholm

Tabell 2 anger hur många individer som ingår i respektive grupp, uppdelat på kön och ålder. Bland både kvinnor och män var det störst andel med en depression/ångestdiagnos och med allvarliga psykiatriska tillstånd i åldersgruppen 30-49 år. ADHD/autism var vanligast i de yngre åldersgrupperna.

Tabell 2. Antal och andel individer med ett psykiatriskt tillstånd inom respektive diagnosgrupp samt befolkningen utan psykiatriska tillstånd under år 2020 i Region Stockholm, uppdelat på kön och ålder

Antal individer (andel i %)							
Ålder	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression/ångest	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/Autism	Övriga psykiatriska tillstånd	
Kvinnor	0-17	225 457 (10,8)	3 715 (2,5)	35 (0,2)	204 (0,9)	7 399 (12,9)	841 (14,2)
	18-29	131 038 (6,3)	17 364 (11,5)	1 168 (5,9)	1 128 (5,2)	8 298 (14,5)	1 762 (29,8)
	30-49	286 372 (13,7)	42 792 (28,3)	4 044 (20,6)	2 132 (9,9)	7 044 (12,3)	1 609 (27,2)
	50-64	181 667 (8,7)	23 927 (15,8)	3 288 (16,7)	2 233 (10,3)	1 985 (3,5)	499 (8,4)
	65+	191 766 (9,2)	17 218 (11,4)	2 489 (12,7)	2 027 (9,4)	239 (0,4)	121 (2,0)
Män	0-17	234 171 (11,2)	1 642 (1,1)	29 (0,1)	217 (1,0)	15 741 (27,5)	160 (2,7)
	18-29	149 437 (7,2)	8 178 (5,4)	964 (4,9)	2 003 (9,3)	8 023 (14,0)	213 (3,6)
	30-49	323 155 (15,5)	19 184 (12,7)	3 415 (17,4)	4 302 (19,9)	6 305 (11,0)	441 (7,5)
	50-64	196 491 (9,4)	10 682 (7,1)	2 702 (13,7)	4 065 (18,8)	1 862 (3,3)	218 (3,7)
	65+	167 359 (8,0)	6 563 (4,3)	1 533 (7,8)	3 314 (15,3)	248 (0,4)	50 (0,8)
Totalt	2 086 913 (100,0)	151 265 (100,0)	19 667 (100,0)	21 625 (100,0)	57 144 (100,0)	5 914 (100,0)	

Videobesök inom primärvården

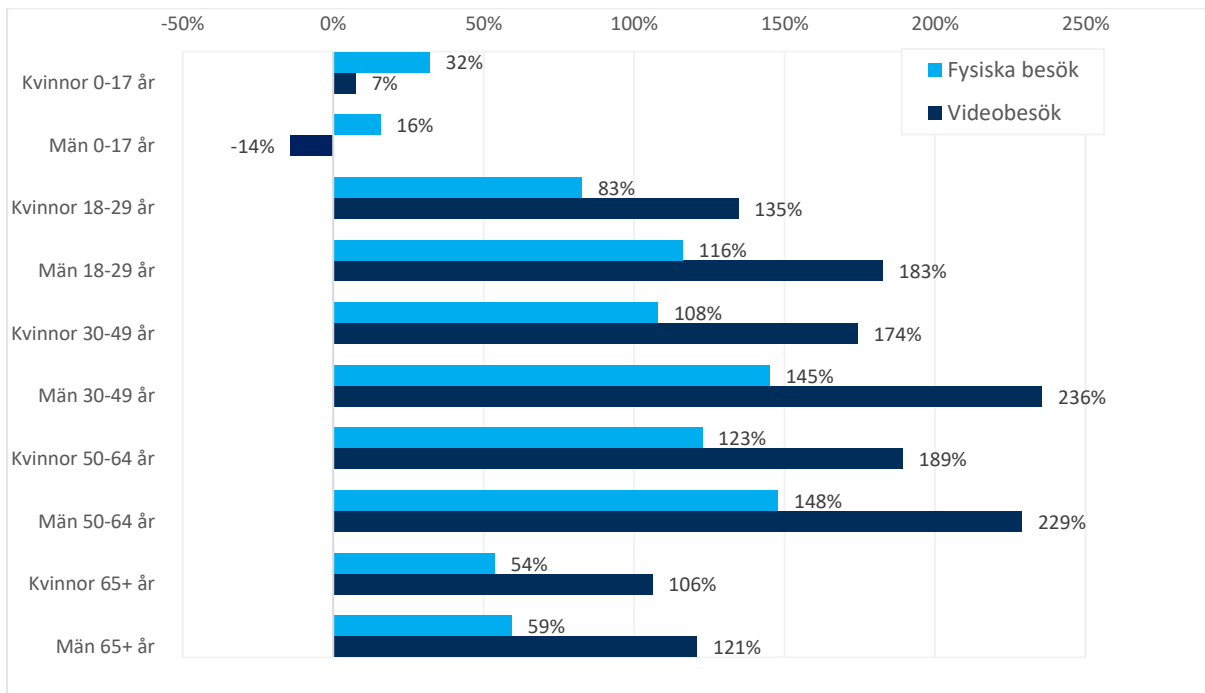
Den första frågeställningen i kartläggningen var i vilken utsträckning som olika patientgrupper med psykiatriska tillstånd hade använt videobesök inom primärvården i jämförelse med personer utan psykiatriskt tillstånd i Region Stockholm (benämns i fortsättningen befolkningen).

Resultaten presenteras efter diagnosgrupp, där depression/ångest presenteras först följt av allvarliga psykiatriska tillstånd, missbruk och slutligen ADHD/autism. Inom varje diagnosgrupp presenteras läkarbesök följt av sjuksköterskebesök. Slutligen presenteras psykologbesök uppdelat på diagnosgrupp, kön och ålder. I Bilaga 2 presenteras läkarbesök för somatisk vård.

Meranvändningen redovisas som den procentuella skillnaden mellan det genomsnittliga antalet besök för en person i en viss diagnosgrupp med ett psykiatriskt tillstånd i jämförelse med motsvarande ålders- och könsuppdelad grupp i befolkningen. Exempelvis innebär värdet på 135% för kvinnor 18–29 år med depression/ångest att kvinnor i denna grupp i genomsnitt gjorde 35% fler videobesök per person än motsvarande grupp i befolkningen utan psykiatriskt tillstånd. Kvinnor 18-29 år i befolkningen gjorde 0,33 videobesök per person, medan kvinnor med depression/ångest gjorde 0,78 videobesök per person.

Personer med depression/ångest har högre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos läkare

För alla åldersgrupper 18 år och äldre med depression/ångest var meranvändningen av videobesök större än meranvändning av fysiska läkarbesök, i relation till befolkningen (Tabell 3 och Figur 4). Exempelvis hade män i åldersgruppen 30-49 år i genomsnitt 236% fler videobesök per person om de hade depression/ångest än befolkningen, medan de hade 145% mer fysiska besök än befolkningen. Med andra ord så använder de som är 18 år och äldre mer videobesök jämfört med fysiska besök, i förhållande till befolkningen. Andelen som gjort minst ett besök, oavsett fysiskt besök eller videobesök, var också högre för åldersgrupperna 18 år och äldre i relation till befolkningen i stort (Tabell 3). Endast män 0–17 år hade färre antal videobesök per person (0,21 besök) samt lägre andel som gjort minst ett videobesök (14%) hos läkare, jämfört med personer utan psykiatriskt tillstånd (0,24 besök respektive 15,6% som gjort minst ett videobesök). Samma mönster sågs för somatiska läkarbesök, vilket redovisas mer i detalj i Bilaga 2.



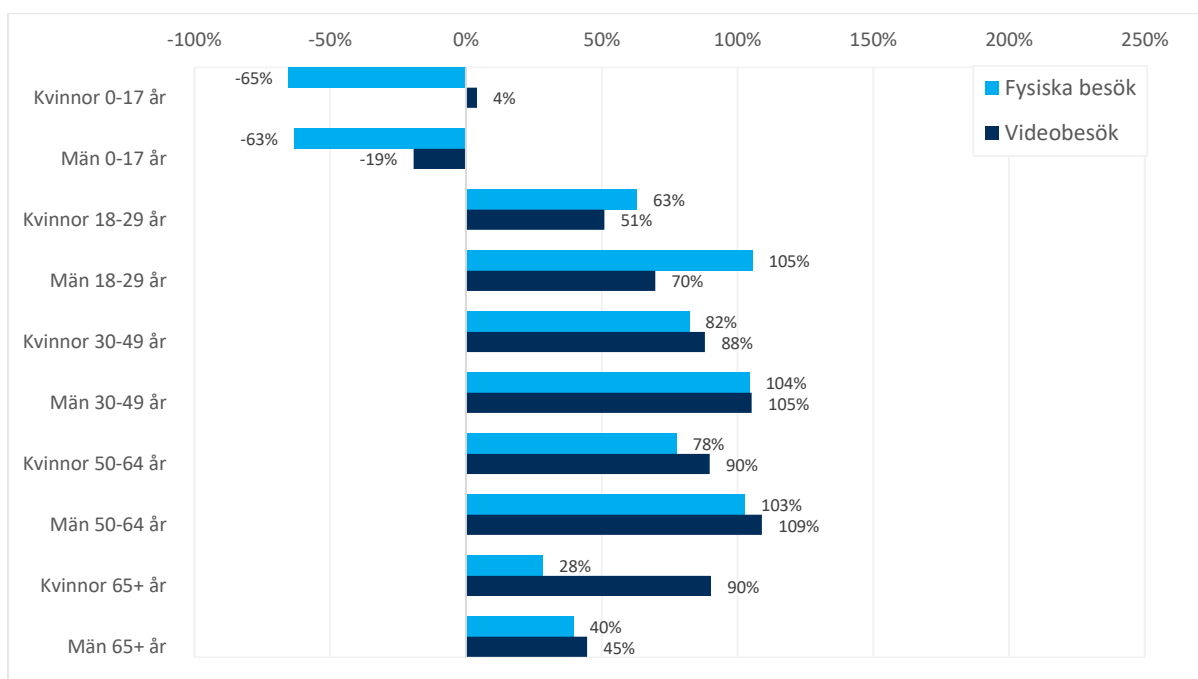
Figur 4. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med depression/ångest jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

Tabell 3. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare (%)		Antal fysiska besök hos läkare per invånare		Antal videobesök hos läkare per invånare	
		Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	0-17	60,38	49,52	17,58	16,59	1,43	1,08	0,28	0,26
	18-29	63,83	43,95	38,46	20,95	1,60	0,87	0,78	0,33
	30-49	70,00	47,55	38,03	18,68	2,21	1,06	0,83	0,30
	50-64	79,50	54,74	31,24	14,99	2,98	1,34	0,69	0,24
	65+	78,02	68,92	11,70	6,96	2,89	1,88	0,23	0,11
Män	0-17	57,43	49,66	14,01	15,61	1,27	1,10	0,21	0,24
	18-29	52,04	31,97	26,00	12,03	1,19	0,55	0,49	0,17
	30-49	57,98	33,25	28,67	11,68	1,54	0,63	0,58	0,17
	50-64	73,40	45,57	23,95	9,99	2,45	0,99	0,49	0,15
	65+	77,63	66,24	11,14	6,26	2,68	1,68	0,21	0,09

Personer 30 år och äldre med depression/ångest har högre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos sjuksköterska

Resultaten för besök hos sjuksköterska skiljer sig från besöken hos läkare (Figur 5 och Tabell 4). De som är 18 år och äldre med depression/ångest har en meranvändning av besök jämfört med befolkningen och de som är 30 år och äldre har en högre meranvändning av videobesök jämfört med fysiska besök. Det som sticker ut är både andelen som gjort minst ett besök och antalet besök per person i åldersgruppen 0–17 år. Här har en lägre andel både män och kvinnor gjort minst ett fysiskt sjuksköterskebesök (14,3% respektive 13,9%), jämfört med befolkningen (34,8% respektive 34,3%) och antal fysiska besök per person är lägre för både män och kvinnor (0,25 respektive 0,23) jämfört med befolkningen (0,69 respektive 0,67) (Tabell 4). För män var även andelen som gjort minst ett videobesök och antalet videobesök per person lägre jämfört med befolkningen.



Figur 5. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos sjuksköterska inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med depression/ångest jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

Tabell 4. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos sjuksköterska inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

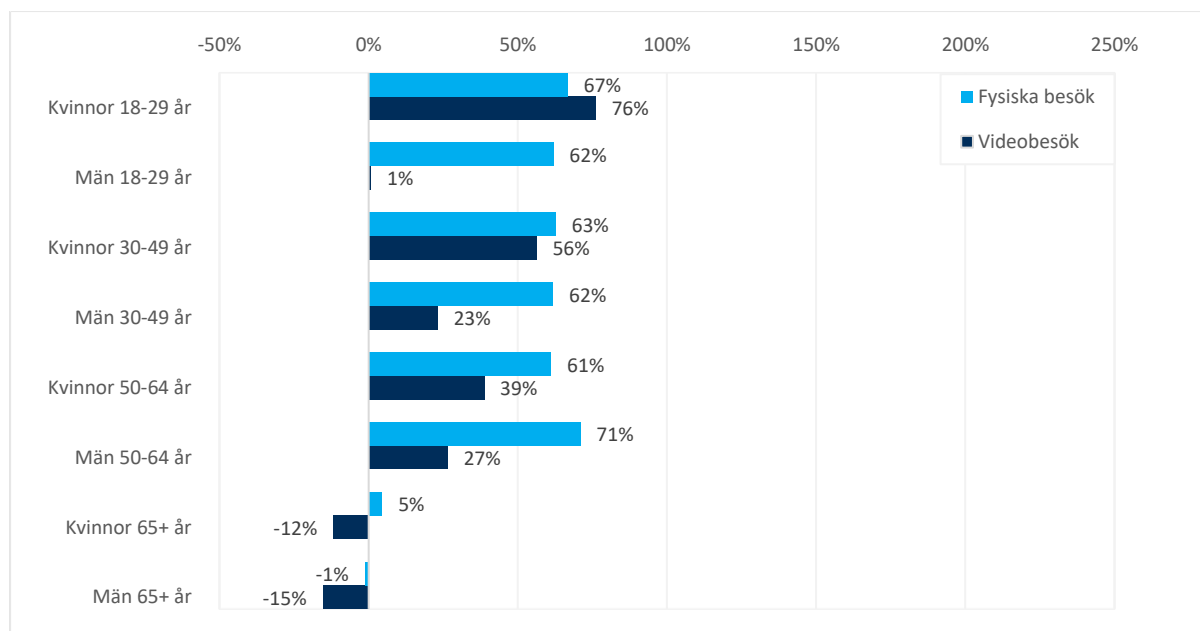
	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos sjuksköterska (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos sjuksköterska (%)		Antal fysiska besök hos sjuksköterska per invånare		Antal videobesök hos sjuksköterska per invånare	
		Depression /ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression /ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression /ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression /ångest	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	0-17	13,9	34,3	6,0	5,9	0,23	0,67	0,08	0,07
	18-29	11,3	7,6	13,6	9,8	0,18	0,11	0,19	0,13
	30-49	15,9	9,8	8,9	5,4	0,31	0,17	0,12	0,07
	50-64	27,8	17,6	5,4	3,2	0,65	0,36	0,07	0,04
	65+	42,6	36,1	2,1	1,3	1,24	0,96	0,03	0,02
Män	0-17	14,3	34,8	5,0	5,7	0,25	0,69	0,06	0,07
	18-29	11,4	6,6	8,3	5,4	0,21	0,10	0,11	0,06
	30-49	13,7	7,7	6,7	3,8	0,27	0,13	0,09	0,04
	50-64	28,9	16,7	4,2	2,4	0,74	0,37	0,06	0,03
	65+	43,6	35,4	1,8	1,3	1,46	1,05	0,03	0,02

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har lägre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos läkare

I motsats till gruppen med depression/ångest var meranvändningen av fysiska besök högre än meranvändningen av videobesök för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd (med undantag för kvinnor 18–29 år) (Tabell 5 och Figur 6). För män i åldersgruppen 65+ år använde gruppen med allvarliga psykiatriska tillstånd främst

videobesök (-15%), men också fysiska besök (-1%), i lägre utsträckning än befolkningen i stort.

Ett liknande mönster syntes för somatiska läkarbesök. Det som skiljer sig åt är den lägre användningen av vård för åldersgruppen 65+ år med allvarliga psykiatriska tillstånd, där inte bara män utan också kvinnor använde både fysiska besök och videobesök hos läkare i lägre utsträckning än befolkningen. Även män 18-29 år använder färre videobesök för somatisk vård än befolkningen. Mer detaljerad information finns i Bilaga 2.



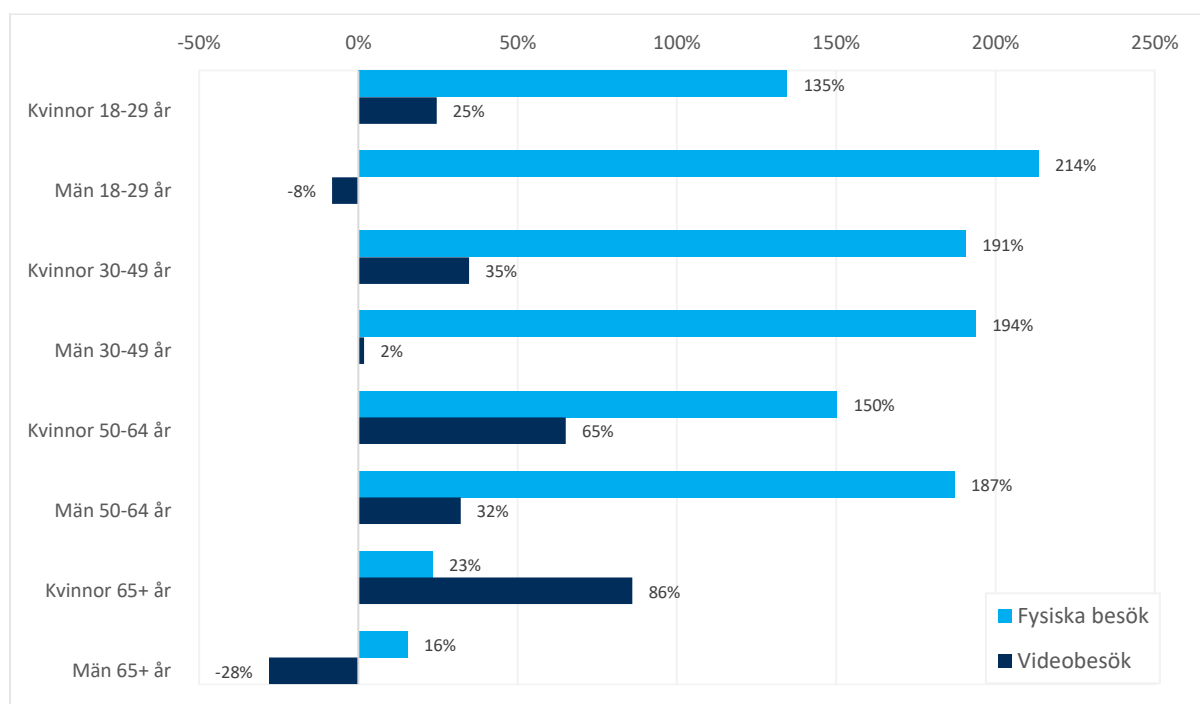
Figur 6. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

Tabell 5. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare (%)		Antal fysiska besök hos läkare per invånare		Antal videobesök hos läkare per invånare		
	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	
Kvinnor	18-29	59,76	43,95	29,11	20,95	1,46	0,87	0,59	0,33
	30-49	61,47	47,55	23,79	18,68	1,73	1,06	0,47	0,30
	50-64	69,50	54,74	16,39	14,99	2,16	1,34	0,33	0,24
	65+	61,31	68,92	5,87	6,96	1,97	1,88	0,10	0,11
Män	18-29	41,08	31,97	11,20	12,03	0,89	0,55	0,18	0,17
	30-49	46,47	33,25	12,18	11,68	1,01	0,63	0,21	0,17
	50-64	61,07	45,57	9,51	9,99	1,69	0,99	0,19	0,15
	65+	58,97	66,24	5,22	6,26	1,66	1,68	0,08	0,09

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har lägre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos sjuksköterska

I gruppen med allvarliga psykiatriska tillstånd syns samma mönster för vård hos sjuksköterska som för vård hos läkare, d.v.s. att meranvändningen av videobesök var lägre i relation till fysiska besök, med undantag för kvinnor 65 år och äldre (Tabell 6 och Figur 7). För åldersgruppen 18–64 år är det dock en betydligt högre meranvändning av fysiska besök hos sjuksköterskor, till skillnad från besök hos läkare. Exempelvis hade män i åldersgruppen 18-29 år 214% fler fysiska besök hos sjuksköterska om de hade ett allvarligt psykiatriskt tillstånd, i relation till befolkningen utan ett psykiatriskt tillstånd (Figur 7). Motsvarande meranvändning av fysiska besök hos läkare var 62% (Figur 6).



Figur 7. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos sjuksköterska inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

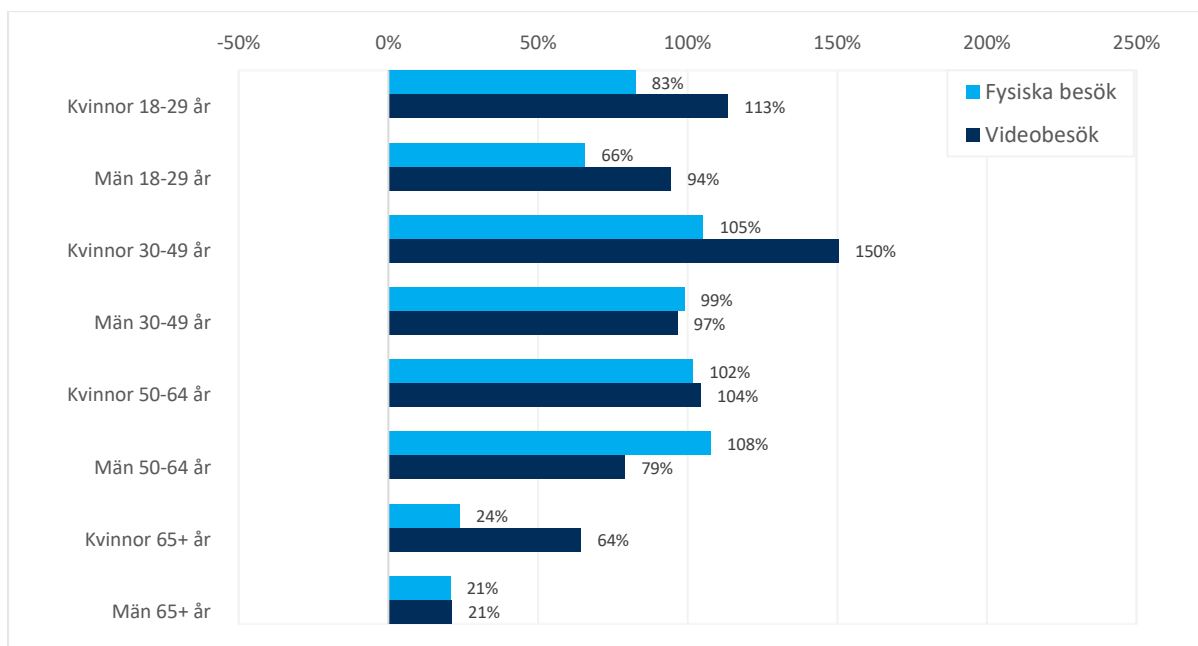
Tabell 6. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos sjuksköterska inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos sjuksköterska (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos sjuksköterska (%)		Antal fysiska besök hos sjuksköterska per invånare		Antal videobesök hos sjuksköterska per invånare	
		Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	18-29	13,0	7,6	11,6	9,8	0,26	0,11	0,16	0,13
	30-49	18,6	9,8	6,7	5,4	0,49	0,17	0,09	0,07
	50-64	32,7	17,6	4,2	3,2	0,91	0,36	0,06	0,04
	65+	34,2	36,1	1,6	1,3	1,19	0,96	0,03	0,02
Män	18-29	13,5	6,6	4,8	5,4	0,31	0,10	0,06	0,06
	30-49	16,6	7,7	3,5	3,8	0,39	0,13	0,04	0,04
	50-64	31,3	16,7	2,5	2,4	1,05	0,37	0,04	0,03
	65+	34,2	35,4	0,9	1,3	1,21	1,05	0,01	0,02

Inget tydligt mönster för videobesök i relation till fysiska besök hos läkare bland personer med missbruk

För gruppen med missbruk fanns det inte ett lika tydligt mönster som hos de två föregående grupperna (Tabell 7 och Figur 8). Dock är det som väntat en högre meranvändning av vård för gruppen med missbruk i jämförelse med befolkningen. Exempelvis hade kvinnor i åldersgruppen 30-49 år i genomsnitt 105% respektive 150% fler fysiska besök respektive videobesök per person om de hade en missbruksdiagnos, i relation till befolkningen i stort. Det är både en högre andel som har gjort minst ett videobesök hos läkare och fler videobesök i alla åldersgrupper jämfört med befolkningen (Tabell 7).

Gällande somatiska läkarbesök använde kvinnor i åldersgruppen 18-49 år samt 65+ år och män i åldersgruppen 18-29 år främst videobesök, men också fysiska besök, i högre utsträckning än befolkningen i stort. I övrigt dominerades meranvändningen av fysiska besök. Ingen åldersgrupp hade färre antal somatiska läkarbesök än befolkningen i stort. Mer detaljerad information finns i Bilaga 2.



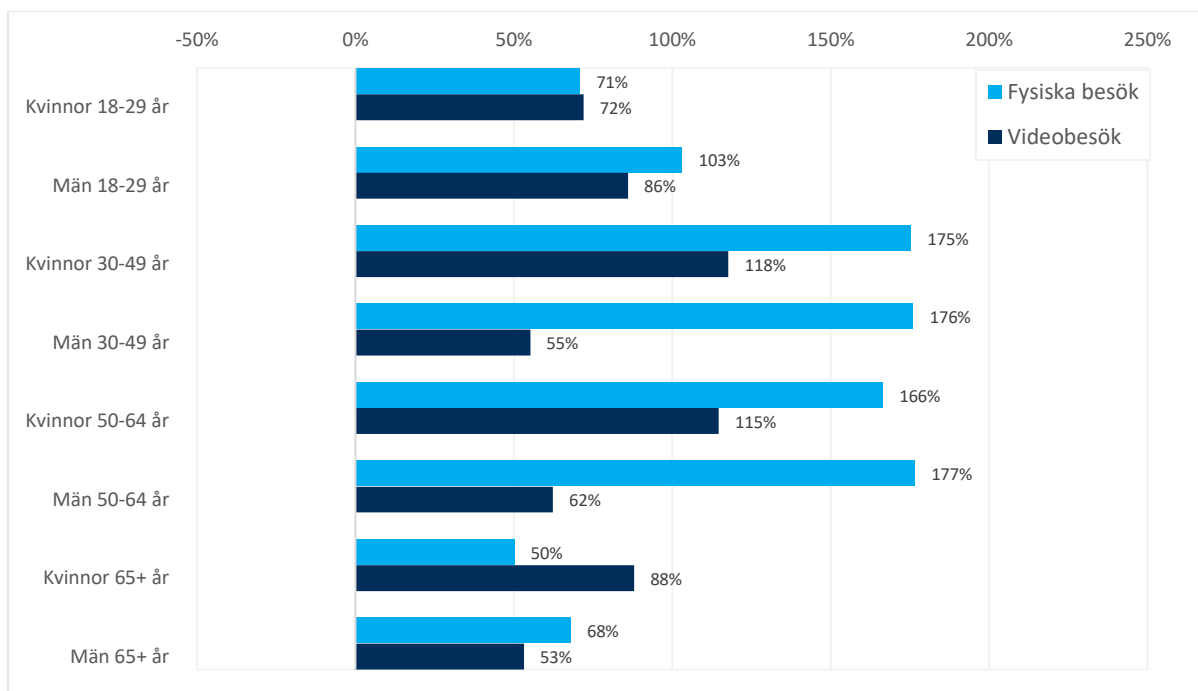
Figur 8. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med missbruk jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

Tabell 7. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare (%)		Antal fysiska besök hos läkare per invånare		Antal videobesök hos läkare per invånare	
		Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	18-29	60,1	43,9	31,8	20,9	1,60	0,87	0,71	0,33
	30-49	67,0	47,5	32,5	18,7	2,18	1,06	0,76	0,30
	50-64	73,5	54,7	23,4	15,0	2,70	1,34	0,49	0,24
	65+	69,7	68,9	8,9	7,0	2,33	1,88	0,18	0,11
Män	18-29	45,1	32,0	18,0	12,0	0,91	0,55	0,34	0,17
	30-49	49,7	33,3	17,3	11,7	1,25	0,63	0,34	0,17
	50-64	66,7	45,6	13,8	10,0	2,05	0,99	0,27	0,15
	65+	66,2	66,2	6,7	6,3	2,03	1,68	0,11	0,09

Personer med missbruk har lägre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos sjuksköterska

För nästan samtliga åldersgrupper av individer med missbruksdiagnos, var meranvändningen av fysiska sjuksköterskebesök högre än meranvändningen av videobesök (Tabell 8 och Figur 9). Detta mönster skiljer sig något från besök hos läkare, där det varierade mellan åldersgrupperna. Exempelvis hade kvinnor 30-49 år en högre meranvändning av videobesök hos läkare i relation till fysiska besök, jämfört med befolkningen i stort, medan fysiska besök användes i högre utsträckning hos sjuksköterskor för samma grupp.



Figur 9. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos sjuksköterska inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med missbruk jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

Tabell 8. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos sjuksköterska inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

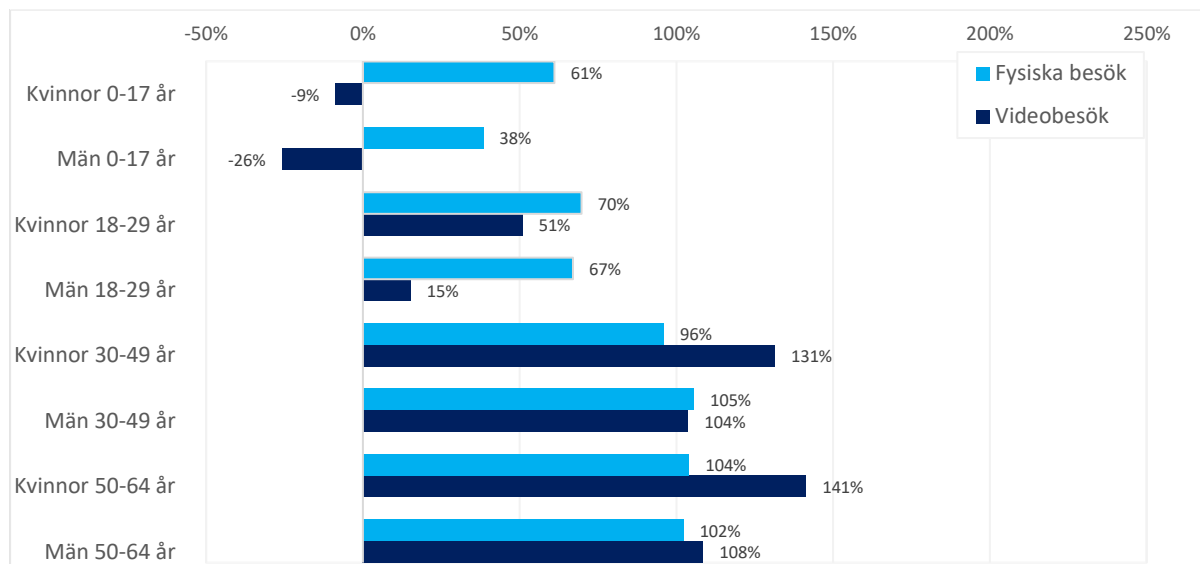
	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos sjuksköterska (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos sjuksköterska (%)		Antal fysiska besök hos sjuksköterska per invånare		Antal videobesök hos sjuksköterska per invånare	
		Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	18-29	12,9	7,6	15,9	9,8	0,19	0,11	0,22	0,13
	30-49	18,9	9,8	10,2	5,4	0,46	0,17	0,14	0,07
	50-64	31,0	17,6	5,9	3,2	0,97	0,36	0,08	0,04
	65+	41,4	36,1	2,4	1,3	1,45	0,96	0,03	0,02
Män	18-29	10,4	6,6	8,4	5,4	0,20	0,10	0,12	0,06
	30-49	15,6	7,7	5,5	3,8	0,37	0,13	0,07	0,04
	50-64	30,5	16,7	3,5	2,4	1,01	0,37	0,05	0,03
	65+	40,4	35,4	2,1	1,3	1,76	1,05	0,03	0,02

Högre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos läkare bland äldre med ADHD/autism och lägre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök bland yngre med ADHD/autism

För personer med ADHD/autism var meranvändningen av fysiska läkarbesök högre än meranvändningen av videobesök för de yngre åldersgrupperna medan förhållandet var det omvända för den äldre åldersgruppen, i relation till befolkningen i stort (Tabell 9 och Figur 10). För den yngsta åldersgruppen 0-17 år gjordes exempelvis 61% respektive 38% fler besök per person för kvinnor respektive män med en

ADHD/autism-diagnos i relation till befolkningen i stort. För videobesök var motsvarande användning -9% och -26%.

Ett liknande mönster syntes för somatiska läkarbesök. Det som skiljer sig från ovan nämnda resultat är dock att både andelen som gjort minst ett besök, och antal besök per person är lägre för åldersgruppen 0–17 år gällande både fysiska besök och videobesök. Mer detaljerad information finns i Bilaga 2.



Figur 10. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med ADHD/autism jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

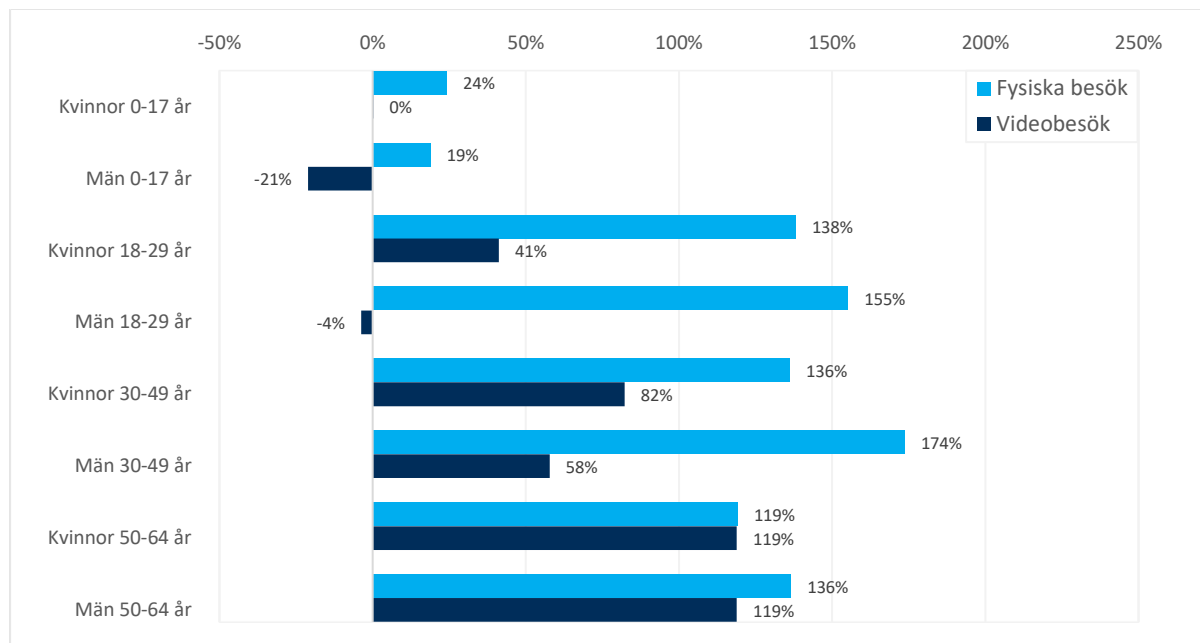
Tabell 9. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare (%)		Antal fysiska besök hos läkare per invånare		Antal videobesök hos läkare per invånare	
		ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	0-17	69,6	49,5	15,8	16,6	1,74	1,08	0,23	0,26
	18-29	61,7	43,9	27,2	20,9	1,48	0,87	0,50	0,33
	30-49	67,6	47,5	32,3	18,7	2,08	1,06	0,70	0,30
	50-64	77,3	54,7	27,3	15,0	2,73	1,34	0,57	0,24
Män	0-17	65,1	49,7	12,7	15,6	1,52	1,10	0,18	0,24
	18-29	46,4	32,0	12,8	12,0	0,92	0,55	0,20	0,17
	30-49	53,7	33,3	19,5	11,7	1,29	0,63	0,35	0,17
	50-64	68,5	45,6	17,6	10,0	2,00	0,99	0,31	0,15

Personer med ADHD/autism har lägre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos sjuksköterska

Antalet sjuksköterskebesök för individer med ADHD/autism var generellt högre än för befolkningen, och det var vanligare med fysiska besök än med videobesök (Tabell 10 och Figur 11). Meranvändningen av fysiska besök hos sjuksköterska var högre i

åldersgrupperna 18-64 år i relation till meranvändningen av läkarbesök. Exempelvis gjorde kvinnor i åldersgruppen 18-29 år i genomsnitt 138% fler besök hos sjuksköterska per person om de hade en ADHD/autism-diagnos i relation till övriga befolkningen (Figur 11). För läkarbesök var motsvarande meranvändning 70% (Figur 10).



Figur 11. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök hos sjuksköterska inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med ADHD/autism jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

Tabell 10. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos sjuksköterska inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos sjuksköterska (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos sjuksköterska (%)		Antal fysiska besök hos sjuksköterska per invånare		Antal videobesök hos sjuksköterska per invånare	
		ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	0-17	36,6	34,3	5,6	5,9	0,83	0,67	0,07	0,07
	18-29	15,1	7,6	12,9	9,8	0,27	0,11	0,18	0,13
	30-49	18,8	9,8	8,6	5,4	0,40	0,17	0,12	0,07
	50-64	30,9	17,6	6,2	3,2	0,80	0,36	0,08	0,04
Män	0-17	38,1	34,8	4,8	5,7	0,81	0,69	0,06	0,07
	18-29	13,3	6,6	5,0	5,4	0,26	0,10	0,06	0,06
	30-49	16,7	7,7	5,1	3,8	0,37	0,13	0,07	0,04
	50-64	31,5	16,7	3,9	2,4	0,87	0,37	0,06	0,03

Personer med depression/ångest har högst användning av videobesök hos psykolog, men relativt lika andel videobesök bland diagnosgrupperna

I analyserna för psykologbesök finns ingen jämförelse med befolkningen då de ej har psykologbesök i någon betydande utsträckning. Således presenteras resultaten endast för de fyra diagnosgrupperna.

Resultaten visade att personer med depression/ångest använder psykologbesök i primärvården i högre utsträckning än övriga diagnosgrupper (Tabell 11 och 12, Figur 12). I tabell 11 kan man exempelvis se att andelen kvinnor med depression/ångest som gjort minst ett fysiskt besök eller videobesök i åldersgruppen 0-64 år ligger på cirka 15-20%, medan andelen för övriga diagnosgrupper uppgår till drygt 10% som högst. Andelen videobesök utifrån alla psykologbesök skiljer sig emellertid inte mellan diagnosgrupperna i någon högre utsträckning (Tabell 13).

Tabell 11. Genomsnittlig andel av respektive diagnosgrupp som har gjort minst ett besök hos psykolog inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på kön och ålder

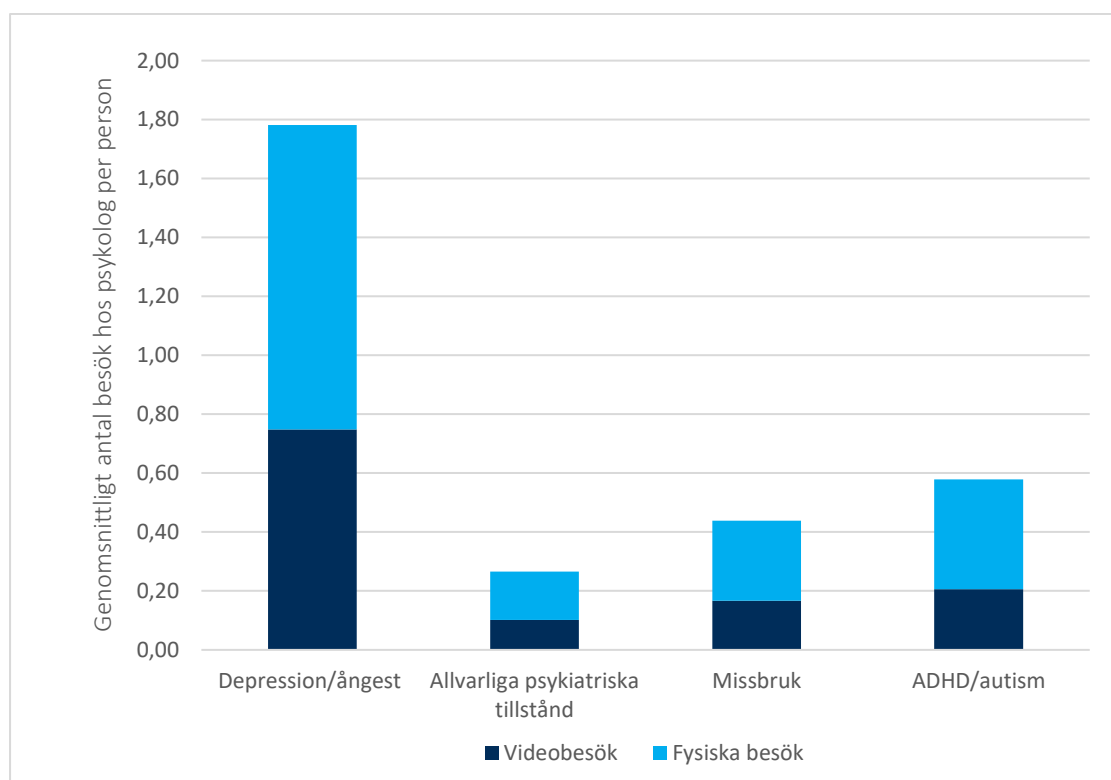
	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos psykolog (%)				Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos psykolog (%)			
		Depression/ ångest	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/ autism	Depression/ ångest	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/ autism
Kvinnor	0-17	21,2	-	-	11,6	14,6	-	-	6,1
	18-29	19,6	4,5	8,4	7,1	23,6	6,5	9,2	7,7
	30-49	20,8	5,0	9,6	11,2	21,7	5,4	9,3	10,6
	50-64	19,9	4,1	9,8	12,0	14,5	3,3	6,1	8,4
	65+	12,3	2,4	6,7	-	4,9	0,7	1,9	-
Män	0-17	18,7	-	-	6,7	11,4	-	-	3,5
	18-29	17,0	2,2	4,8	4,2	17,0	2,7	5,7	3,6
	30-49	16,7	2,6	5,5	6,0	15,8	2,4	5,0	6,0
	50-64	15,4	1,9	5,1	6,1	9,7	1,0	2,8	3,8
	65+	10,2	1,3	3,3	-	3,7	0,5	1,0	-

Kommentar: Andelen som gjort minst ett besök bland de med allvarliga psykiatriska tillstånd och missbruk i åldersgruppen 0-17 år samt ADHD/autism i åldersgruppen 65+år redovisas inte på grund av liten population.

Tabell 12. Genomsnittligt antal besök av respektive diagnosgrupp hos psykolog inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på kön och ålder

		Antal fysiska besök hos psykolog per invånare				Antal videobesök hos psykolog per invånare			
Kön	Ålder	Depression/ ångest	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/ autism	Depression/ ångest	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/ autism
		Kvinnor	0-17	1,25	-	-	0,51	0,49	-
18-29	0,98		0,26	0,28	0,31	1,15	0,23	0,27	0,27
30-49	1,29		0,26	0,49	0,72	1,06	0,19	0,36	0,46
50-64	1,28		0,26	0,48	0,86	0,71	0,14	0,29	0,35
65+	0,59		0,10	0,27	-	0,23	0,02	0,08	-
Män	0-17	0,97	-	-	0,24	0,43	-	-	0,09
	18-29	0,81	0,11	0,16	0,17	0,71	0,08	0,15	0,12
	30-49	0,91	0,11	0,24	0,34	0,69	0,08	0,18	0,24
	50-64	0,88	0,07	0,22	0,39	0,43	0,03	0,12	0,17
	65+	0,48	0,06	0,13	-	0,16	0,01	0,03	-

Kommentar: Antal besök av personer med allvarliga psykiatriska tillstånd och missbruk i åldersgruppen 0–17 år samt ADHD/autism i åldersgruppen 65+år redovisas inte på grund av liten population.



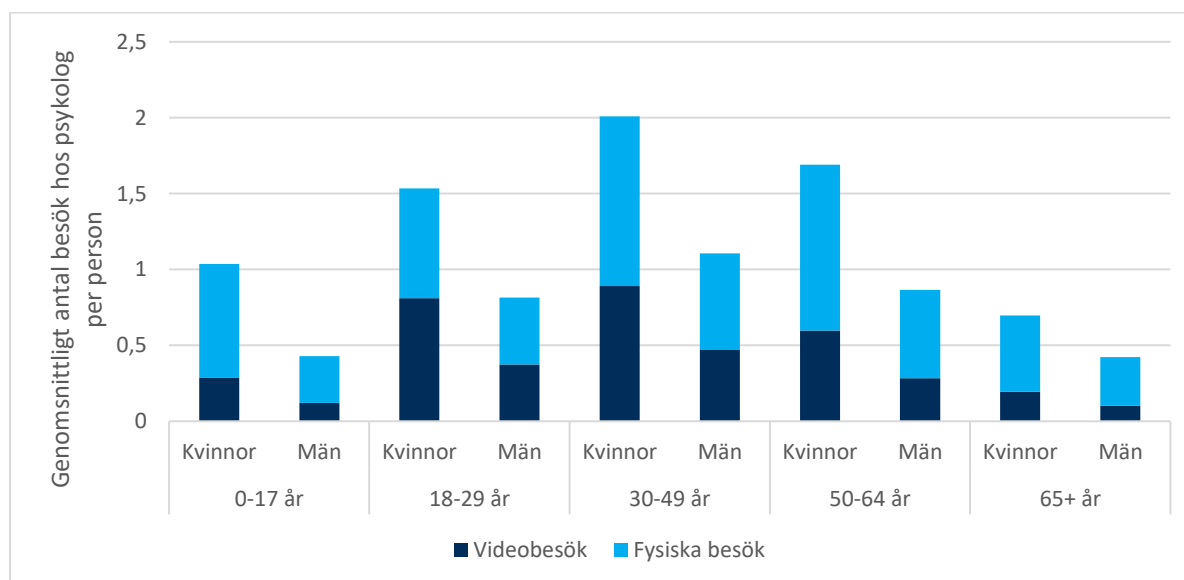
Figur 12. Genomsnittligt antal besök hos psykolog inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på diagnosgrupp

Tabell 13. Andel videobesök hos psykolog av alla psykologbesök inom primärvården i Region Stockholm år 2021, uppdelat på diagnosgrupp

Diagnosgrupp	Andel videobesök hos psykolog av alla psykologbesök
Depression/ångest	42,0%
Allvarliga psykiatriska tillstånd	38,2%
Missbruk	38,1%
ADHD/autism	35,6%

Kvinnor använde videobesök hos psykolog i primärvården i störst utsträckning

Kvinnor använde mer fysiska besök och videobesök hos psykolog i alla åldersgrupper (Figur 13), och högre andel videobesök utom i åldersgruppen 0–17 år (Tabell 14). Exempelvis har kvinnor i åldersgruppen 30-49 år i genomsnitt två psykologbesök, där drygt 44% av dessa är videobesök. Bland män i samma åldersgrupp är motsvarande antal strax över ett besök och andelen är cirka 43%.



Figur 13. Genomsnittligt antal besök per person hos psykolog inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på kön och ålder

Tabell 14. Andel videobesök hos psykolog av alla psykologbesök inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på kön och ålder

Åldersgrupp	Kvinnor	Män
0–17 år	27,5%	28,2%
18–29 år	52,8%	45,8%
30–49 år	44,4%	42,9%
50–64 år	35,4%	32,7%
65+ år	27,9%	24,1%

Sammanfattning av resultat

Sammanfattningsvis visar resultaten att andelen individer med ett psykiatriskt tillstånd som gjort minst ett videobesök hos läkare eller sjuksköterska inom primärvården är i nivå med befolkningen eller högre. Personer 18–64 år med psykiatriska tillstånd nyttjar vård i form av både fysiska besök och videobesök och de har en meranvändning av videobesök och fysiska besök hos läkare och sjuksköterska, jämfört med befolkningen. Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd använder videobesök hos sjuksköterska eller läkare inom primärvården i låg utsträckning. Detta gäller även för somatisk vård. Mönstret för meranvändning av fysiska besök och

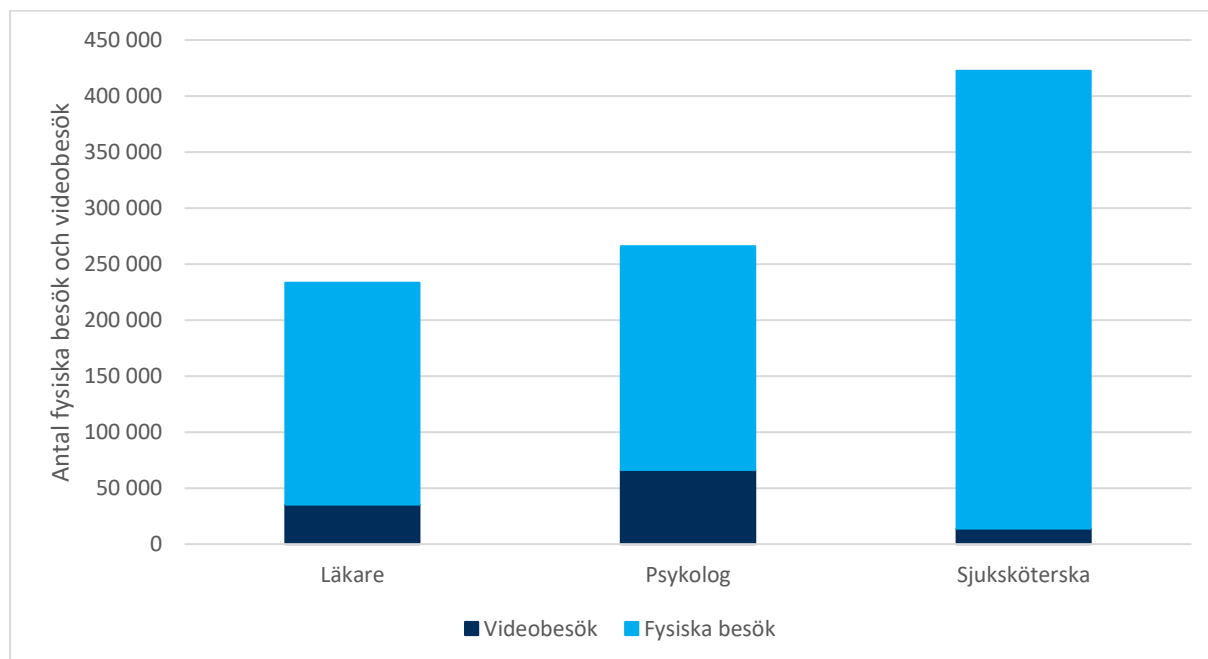
videobesök inom primärvården såg generellt lika ut vid besök för somatisk vård och besök oavsett huvuddiagnos vid besöket (alla kontaktorsaker), utom för män 18-29 år och kvinnor 65+ år med allvarliga psykiatriska tillstånd samt för personer 0–17 år med ADHD/autism där det var en lägre användning av somatisk vård i relation till befolkningen i stort. Inom primärvården var användningen av både fysiska besök och videobesök hos psykolog högst hos gruppen med depression/ångest, men andelen videobesök var relativt lika bland diagnosgrupperna. Kvinnor hade fler fysiska besök och videobesök hos psykolog inom primärvården och högre andel videobesök jämfört med män.

Videobesök inom specialiserad psykiatrisk öppenvård

I detta avsnitt presenteras vårdanvändning inom specialiserad psykiatrisk öppenvård, fortsättningsvis benämns som psykiatrin. I detta avsnitt finns ingen jämförelse med befolkningen då de inte använder specialiserad psykiatrisk öppenvård i någon betydande utsträckning, utan analyserna fokuserar uteslutande på hur konsumtionsmönstret ser ut för de olika diagnosgrupperna. Först presenteras användning av fysiska besök och videobesök per vårdgivarkategori följt av tabeller över andelen som gjort minst ett besök hos läkare eller psykolog uppdelat på diagnosgrupp, kön och ålder. Vidare presenteras läkarbesök och psykologbesök per diagnosgrupp följt av läkarbesök och psykologbesök uppdelat på kön och ålder. Slutligen presenteras läkarbesök och psykologbesök uppdelat på patientens boendeområden.

Videobesök vanligast vid besök hos psykolog

Det genomfördes flest sjuksköterskebesök under år 2021 (Figur 14), men videobesöken ägde i högst utsträckning rum hos psykologer (Tabell 15). Eftersom det var förhållandevis få digitala besök bland sjuksköterskebesöken redovisas i kommande figurer enbart besök hos läkare och psykolog.



Figur 14. Antal fysiska besök respektive videobesök hos läkare, psykolog och sjuksköterska inom psykiatrin i Region Stockholm år 2021

Tabell 15. Andel videobesök inom psykiatrin hos läkare, psykolog och sjuksköterska i Region Stockholm, år 2021

Typ av besök	Andel videobesök av alla besök
Läkare	15,1%
Psykolog	24,8%
Sjuksköterska	3,3 %

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har använt videobesök hos läkare och psykolog i hög utsträckning

Andelen personer som gjort minst ett fysiskt besök eller videobesök hos läkare eller psykolog redovisas i Tabell 16 och 17 nedan. Det framgår att personer med allvarliga psykiatriska tillstånd använt både fysiska besök och videobesök i högst utsträckning. Exempelvis är andelen kvinnor i åldersgruppen 18-29 år med ett allvarligt psykiatriskt tillstånd som gjort minst ett fysiskt läkarbesök 77% och minst ett videobesök hos läkare 31% (Tabell 16). För övriga diagnosgrupper ligger andelen för kvinnor i samma åldersgrupp mellan 19-62% för fysiska läkarbesök och 9-17% för videobesök hos läkare.

Tabell 16. Genomsnittlig andel av respektive diagnosgrupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom psykiatrin i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare (%)					Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare (%)				
	Ålder	Depression /ångest	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/autism	Depression /ångest	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/autism	
Kvinnor	0-17	39	-	-	34,6	5	-	-	2,8	
	18-29	18,9	76,5	62	56,7	9	30,6	14,5	17,4	
	30-49	11,4	72,6	57,3	56,1	5,9	26,2	12,9	22,2	
	50-64	10	72,1	42,6	54,4	3,7	15,5	6,9	18	
	65+	6,1	49,7	17	-	0,7	3	1,7	-	
Män	0-17	28	-	-	27	3,7	-	-	1,4	
	18-29	18,6	80,1	48,4	49,1	7,1	16,6	5	11,2	
	30-49	13,4	76,9	53,6	52,3	5,3	15,4	8	13,8	
	50-64	13,2	73,5	48,1	54,6	3,9	10,1	4,9	11,9	
	65+	9,2	54,1	22,1	-	1,2	3,9	1,2	-	

Kommentar: Andelen som gjort minst ett besök bland de med allvarliga psykiatriska tillstånd och missbruk i åldersgruppen 0-17 år och ADHD/autism i åldersgruppen 65+år redovisas inte på grund av liten population.

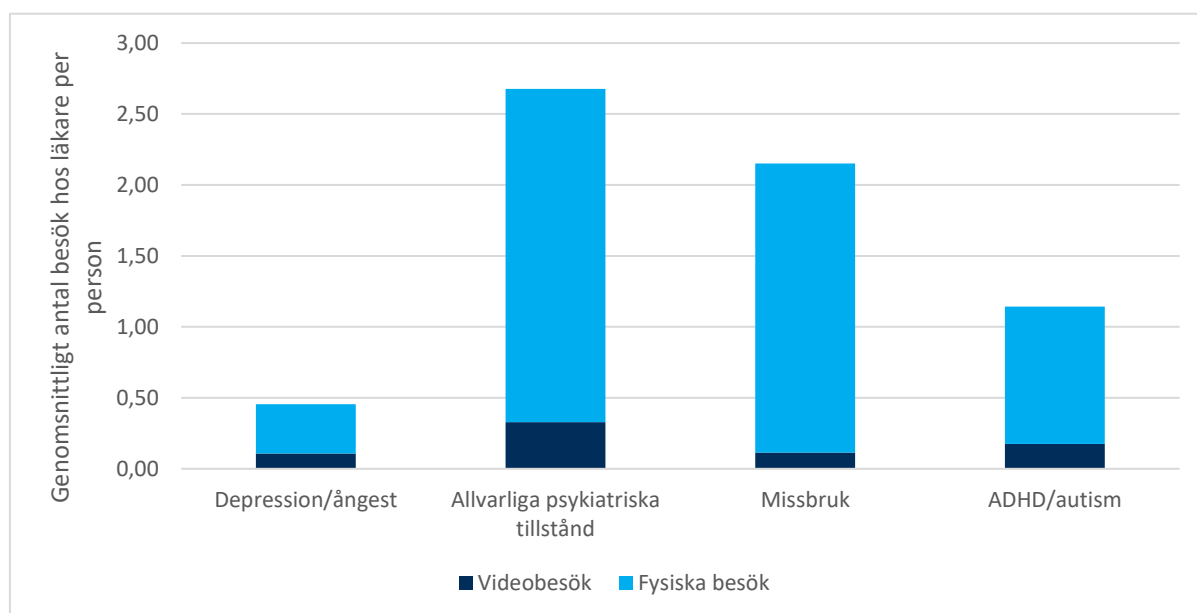
Tabell 17. Genomsnittlig andel av respektive diagnosgrupp som har gjort minst ett besök hos psykolog inom psykiatrin i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

		Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos psykolog (%)				Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos psykolog (%)			
		Allvarliga				Allvarliga			
		Depression /ångest	psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/autism	Depression /ångest	psykiatriska tillstånd	Missbruk	ADHD/autism
Ålder									
Kvinnor	0–17	44,4	-	-	21,7	15,2	-	-	5,6
	18–29	15	39,2	38,6	24,8	10,5	22	12,9	13,1
	30–49	7,2	29,1	23,8	23,2	5,2	13,2	7,8	11,6
	50–64	4,6	19,5	11,5	17	2,6	5	3	6,8
	65+	1,2	5,4	2,9	-	0,4	0,5	0,5	-
Män	0–17	32,2	-	-	9,9	12	-	-	2,5
	18–29	12	35,2	20,6	13,1	7,3	9,5	3,5	6,1
	30–49	7,3	24,2	15,4	15,7	4,3	6,9	3,2	5,9
	50–64	5,7	17,8	9,2	15,1	2,5	2,8	1,8	4,5
	65+	1,4	6,6	2,2	-	0,5	0,5	0,5	-

Kommentar: Andelen som gjort minst ett besök bland de med allvarliga psykiatriska tillstånd och missbruk i åldersgruppen 0–17 år och ADHD/autism i åldersgruppen 65+år redovisas inte på grund av liten population.

Personer med depression/ångest hade högst andel videobesök hos läkare och psykolog

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd hade flest fysiska besök och videobesök hos läkare inom psykiatrin (Figur 15). Gruppen med depression/ångest hade högst andel videobesök (23,5%) hos läkare inom psykiatrin och personer med missbruk hade lägst andel videobesök (5,4%) (Tabell 18).

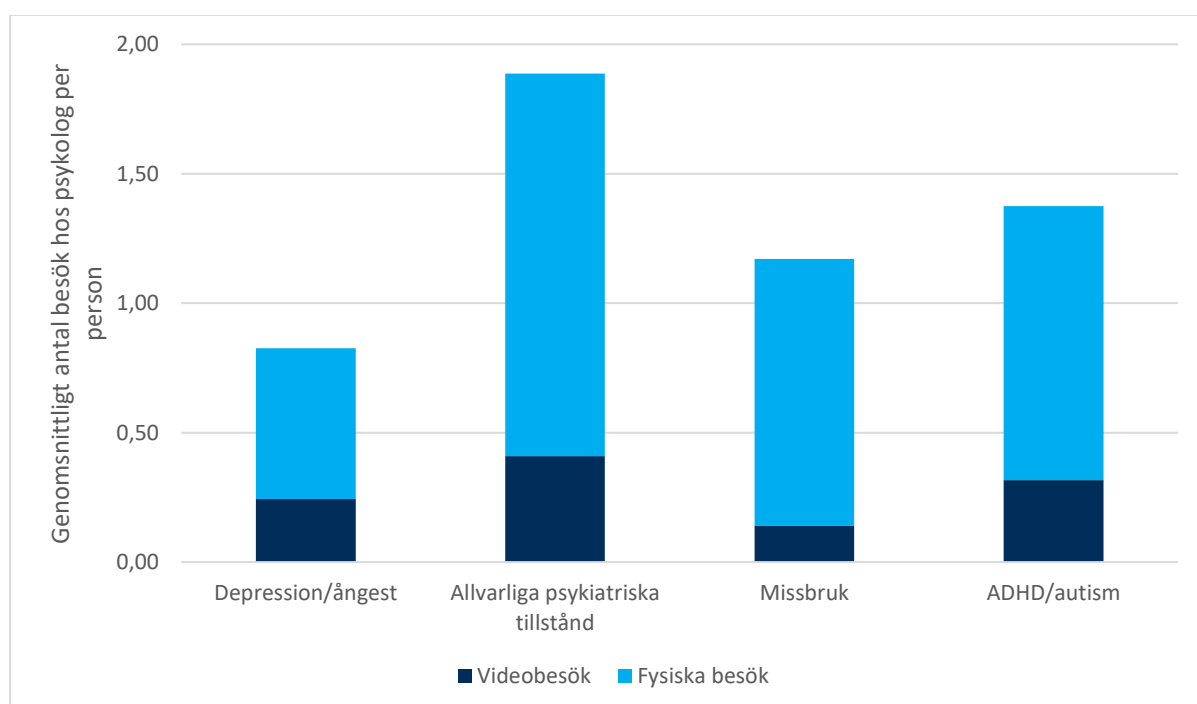


Figur 15. Genomsnittligt antal videobesök och fysiska besök hos läkare inom psykiatrin, per person år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på diagnosgrupp

Tabell 18. Andel videobesök hos läkare inom psykiatrin i Region Stockholm år 2021, uppdelat på diagnosgrupp

Diagnosgrupp	Andel videobesök hos läkare av alla läkarbesök
Depression/ångest	23,5%
Allvarliga psykiatriska tillstånd	12,3%
Missbruk	5,4%
ADHD/autism	15,4%

Även för besöken hos psykolog var antalet besök högst hos gruppen med allvarliga psykiatriska tillstånd (Figur 16). Andelen videobesök hos psykolog var högst hos gruppen med depression/ångest (29,5%) och lägst hos gruppen med missbruk (11,9%) (Tabell 19).



Figur 16. Genomsnittligt antal videobesök och fysiska besök hos psykolog inom psykiatrin, per person år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på diagnosgrupp

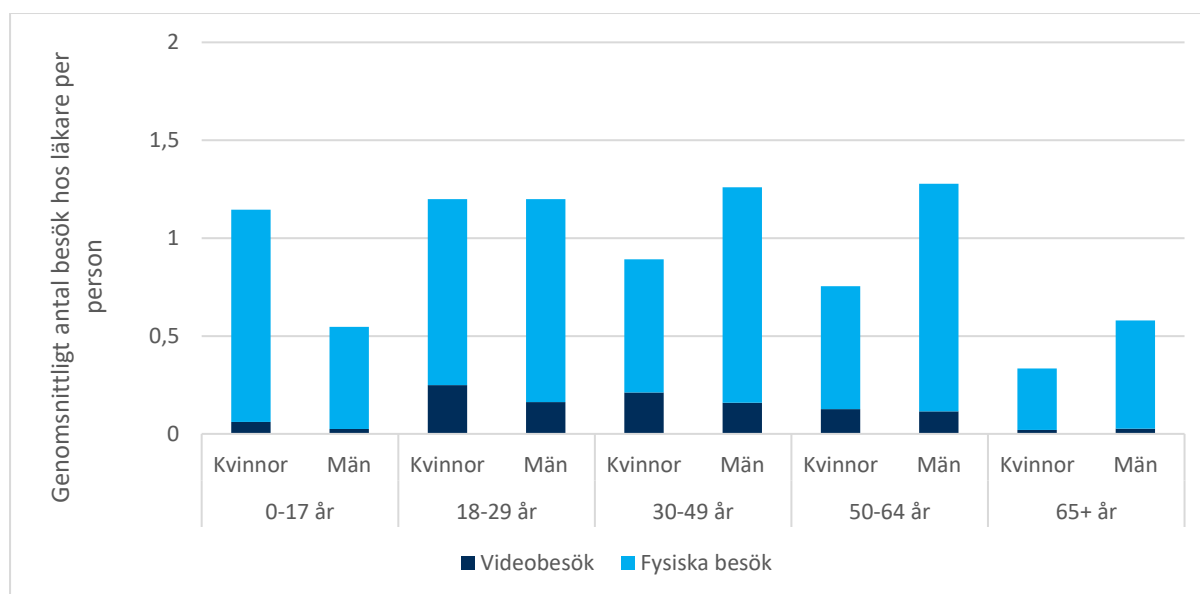
Tabell 19. Andel videobesök hos psykolog inom psykiatrin i Region Stockholm år 2021, uppdelat på diagnosgrupp

Diagnosgrupp	Andel videobesök hos psykolog av alla psykologbesök
Depression/ångest	29,5%
Allvarliga psykiatriska tillstånd	21,7%
Missbruk	11,9%
ADHD/autism	23,1%

Andel videobesök var högre bland kvinnor hos både läkare och psykolog

För läkarbesök inom psykiatrin var antalet besök (fysiska och totalt) högre bland män 30 år och äldre (Figur 17). Kvinnor hade emellertid fler videobesök i alla åldersgrupper utom 65 år och äldre och andelen videobesök var högre hos kvinnor i alla åldersgrupper och högst i åldersgrupperna 18–64 år. Exempelvis var andelen videobesök hos läkare bland kvinnor 30-49 år cirka 24%, medan motsvarande andel för män var cirka 13% (Tabell 20).

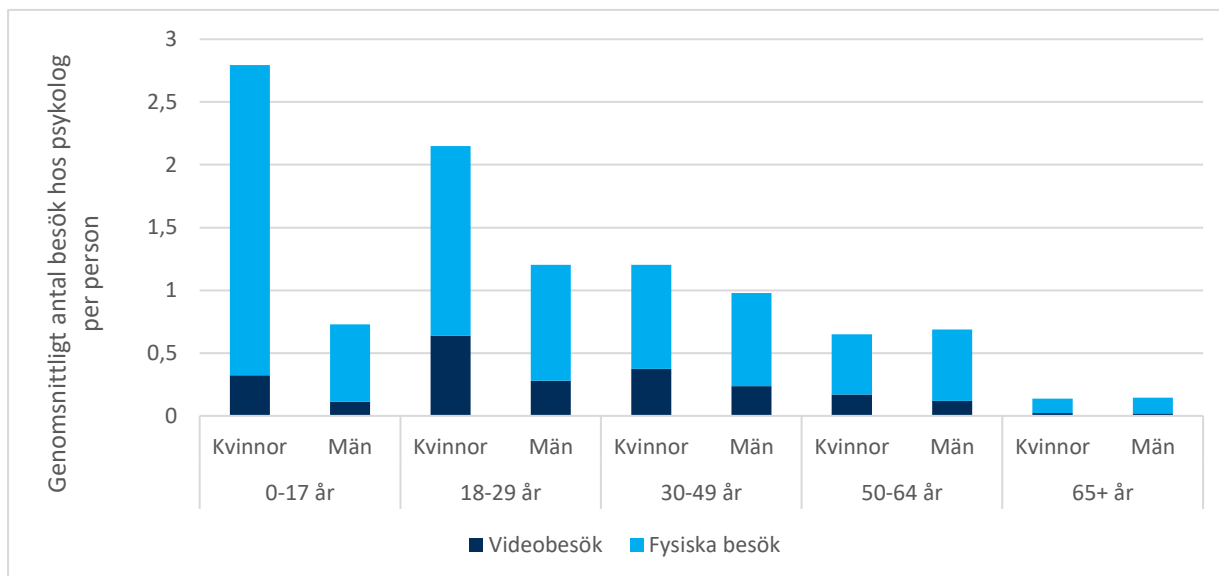
För besök hos psykolog inom psykiatrin var antalet videobesök högre bland kvinnor i alla åldersgrupper och kvinnor hade fler totalt antal besök i åldern 0-49 år jämfört med män (Figur 18). Andelen videobesök var högre hos kvinnor i alla åldersgrupper utom för åldersgruppen 0–17 år, där videobesöken bland män motsvarande 15% av alla besök, och cirka 12% för kvinnor (Tabell 21). Andelen videobesök hos psykolog var högst i åldersgrupperna 18–64 år.



Figur 17. Genomsnittligt antal videobesök och fysiska besök hos läkare inom psykiatrin, per person år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på kön och ålder

Tabell 20. Andel videobesök av alla läkarbesök inom psykiatrin i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

Åldersgrupp	Andel videobesök hos läkare av alla läkarbesök	
	Kvinnor	Män
0–17 år	5,3%	4,6%
18–29 år	20,7%	13,6%
30–49 år	23,7%	12,6%
50–64 år	16,7%	9,0%
65+ år	5,9%	4,6%



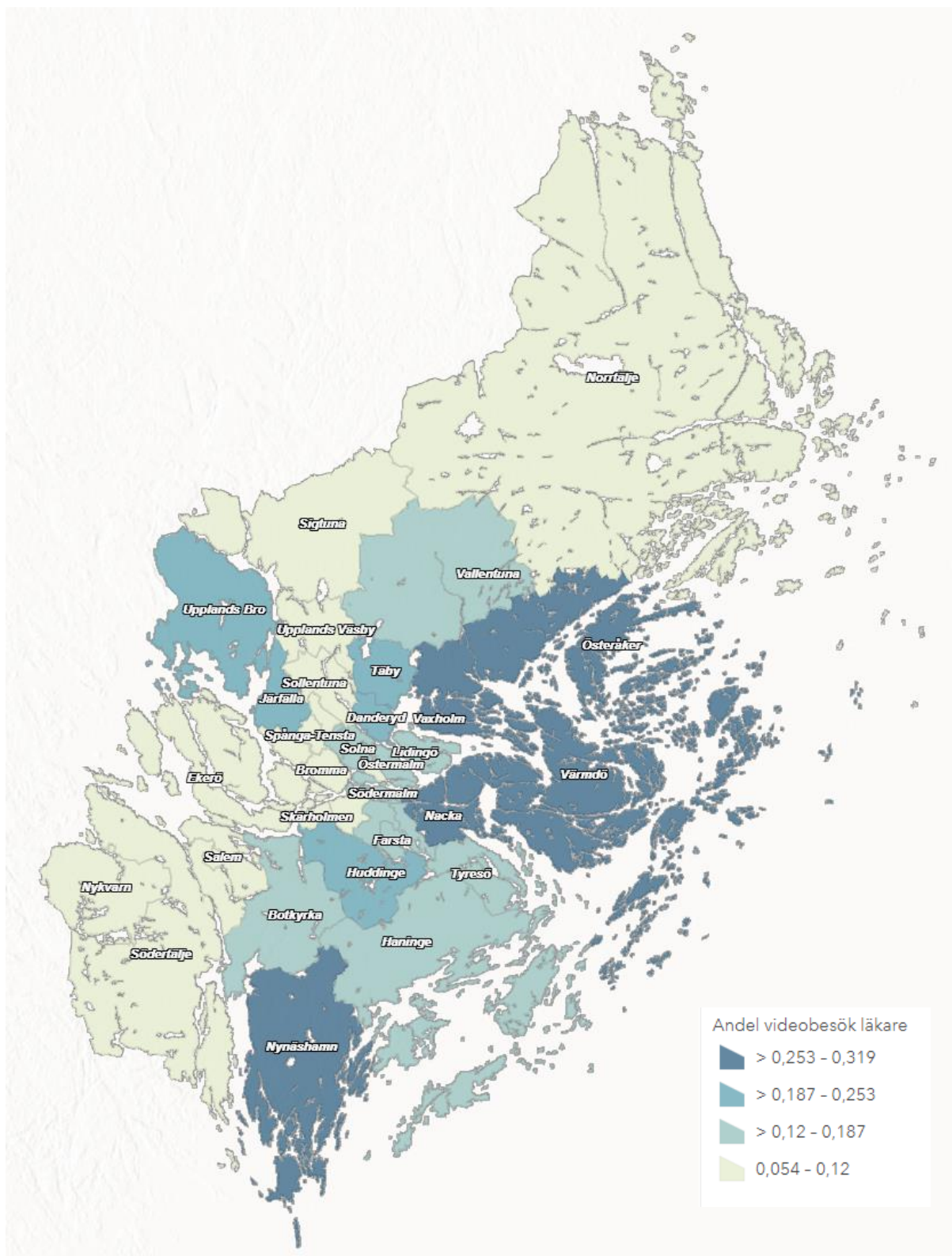
Figur 18. Genomsnittligt antal videobesök och fysiska besök hos psykolog inom psykiatrin, per person år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på kön och ålder

Tabell 21. Andel videobesök av besök hos psykolog inom psykiatrin i Region Stockholm år 2021, uppdelat på kön och ålder

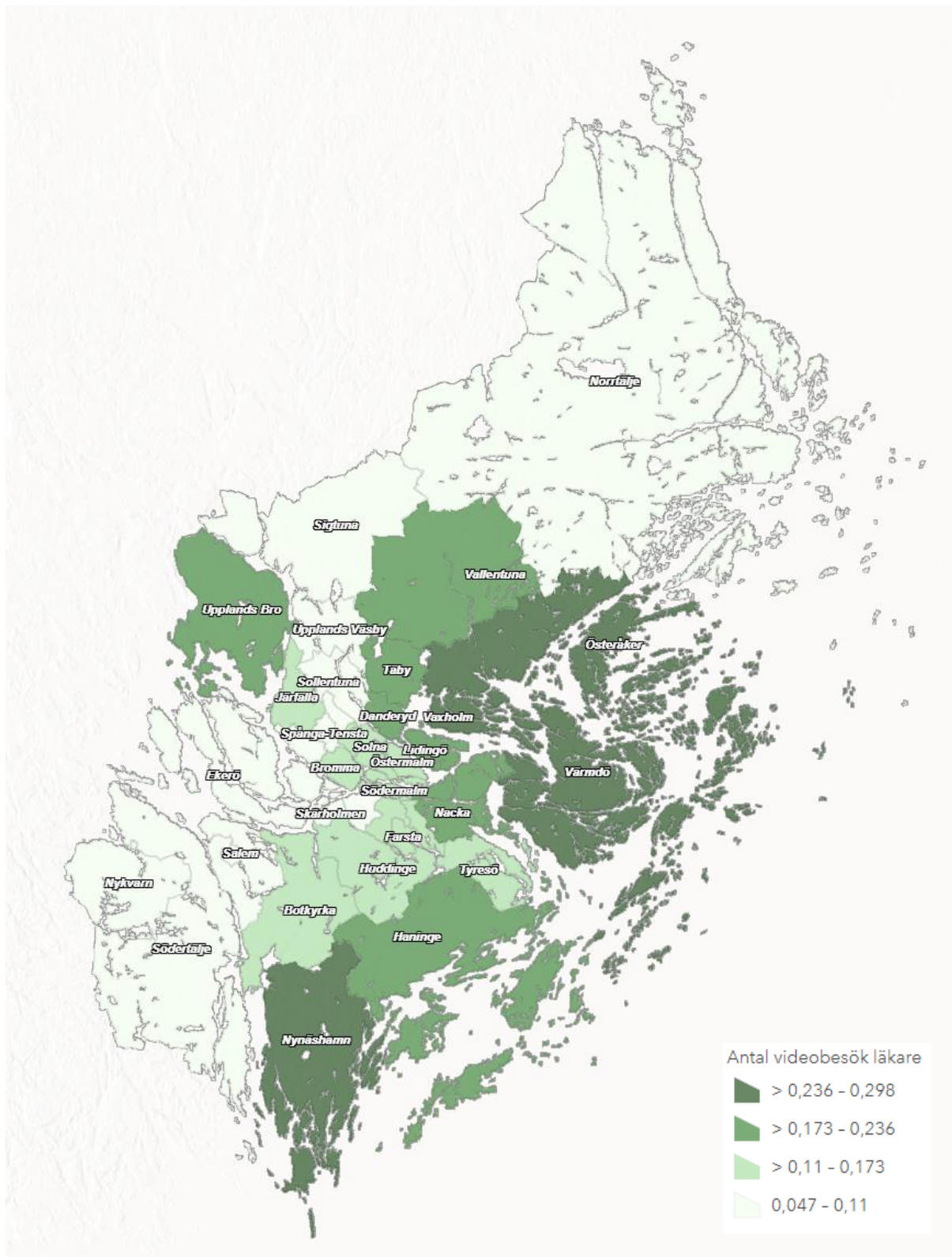
Åldersgrupp	Andel videobesök hos psykolog av alla psykologbesök	
	Kvinnor	Män
0–17 år	11,6%	15,2%
18–29 år	29,8%	23,3%
30–49 år	31,1%	24,2%
50–64 år	26,2%	17,4%
65+ år	16,9%	13,2%

Betydande spridning i antal och andel videobesök inom psykiatrin mellan kommuner/stadsdelar i Region Stockholm

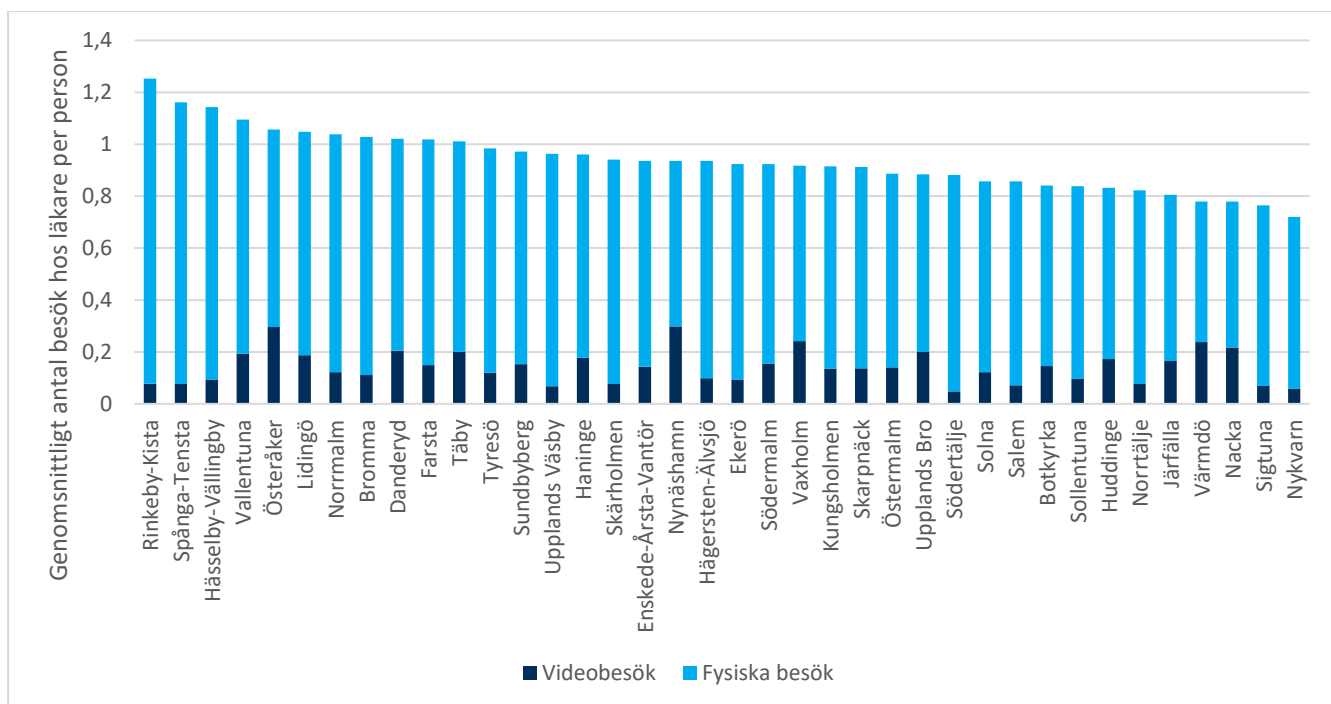
Andelen läkarbesök som är videobesök skiljer sig mellan kommuner och stadsdelar (Figur 19). Spridningen i genomsnittligt antal läkarbesök per kommun/stadsdel skiljer sig emellertid inte lika påtagligt och kommunerna/stadsdelarna som har högst respektive lägst andel videobesök har inte högst eller lägst antal läkarbesök (Figur 20 och 21). Exempelvis har Rinkeby-Kista bland den lägsta andelen videobesök men har högst antal läkarbesök.



Figur 19. Karta över andelen videobesök av besöken hos läkare inom psykiatrin år 2021 i Region Stockholm, per patients boendeområde. Färgskalan är indelad i fyra lika stora kategorier



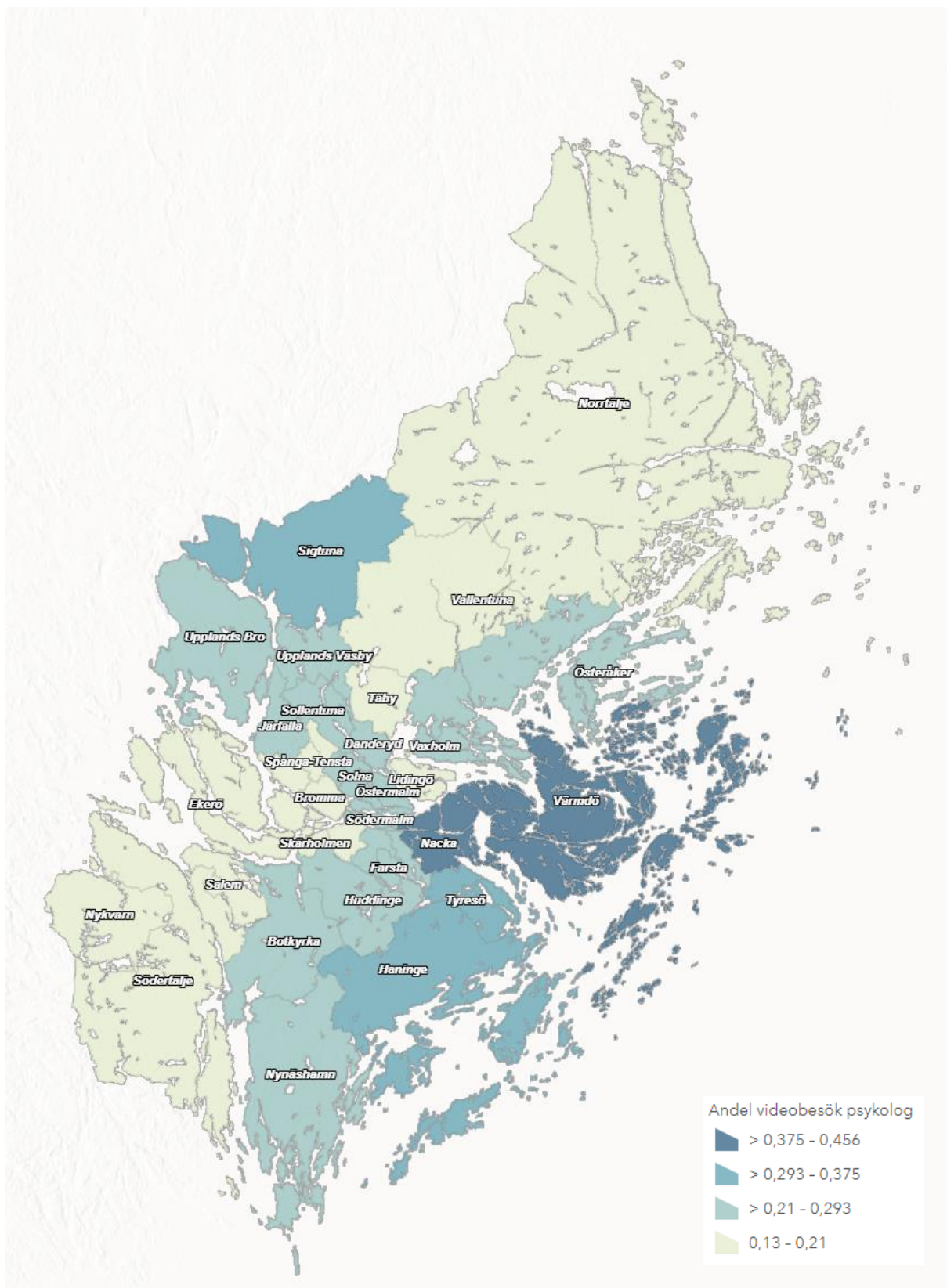
Figur 20. Karta över antal videobesök hos läkare inom psykiatrin år 2021 i Region Stockholm, per patient i boendområdet. Färgskalan är indelad i fyra lika stora kategorier



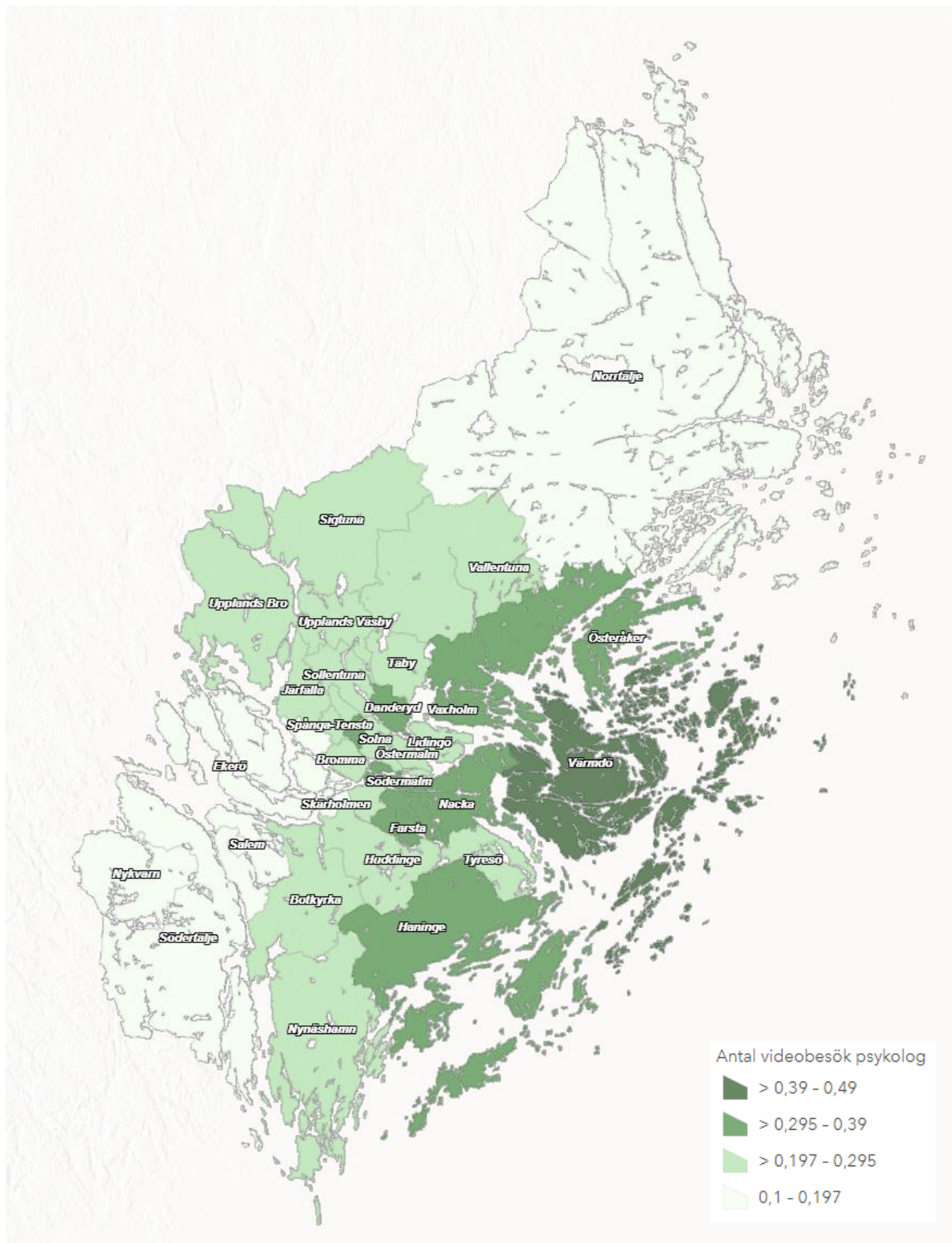
Figur 21. Antal videobesök och fysiska läkarbesök inom psykiatrin år 2021 i Region Stockholm, per patient i boendeområdet, sorterat efter kommun/stadsdel med högst antal besök till kommun/stadsdel med lägst antal besök

Även för psykologbesök finns skillnader mellan kommuner och stadsdelar. Figur 22 visar andel psykologbesök som är videobesök, Figur 23 visar antal videobesök och Figur 24 antal besök hos psykolog, alla per patient i boendeområdet och inom psykiatrins öppenvård. Även här finns det en stor spridning i andelen psykologbesök som är videobesök och till skillnad från läkarbesöken är vissa av stadsdelarna och kommunerna med lägst andel videobesök även de med lägst antal besök.

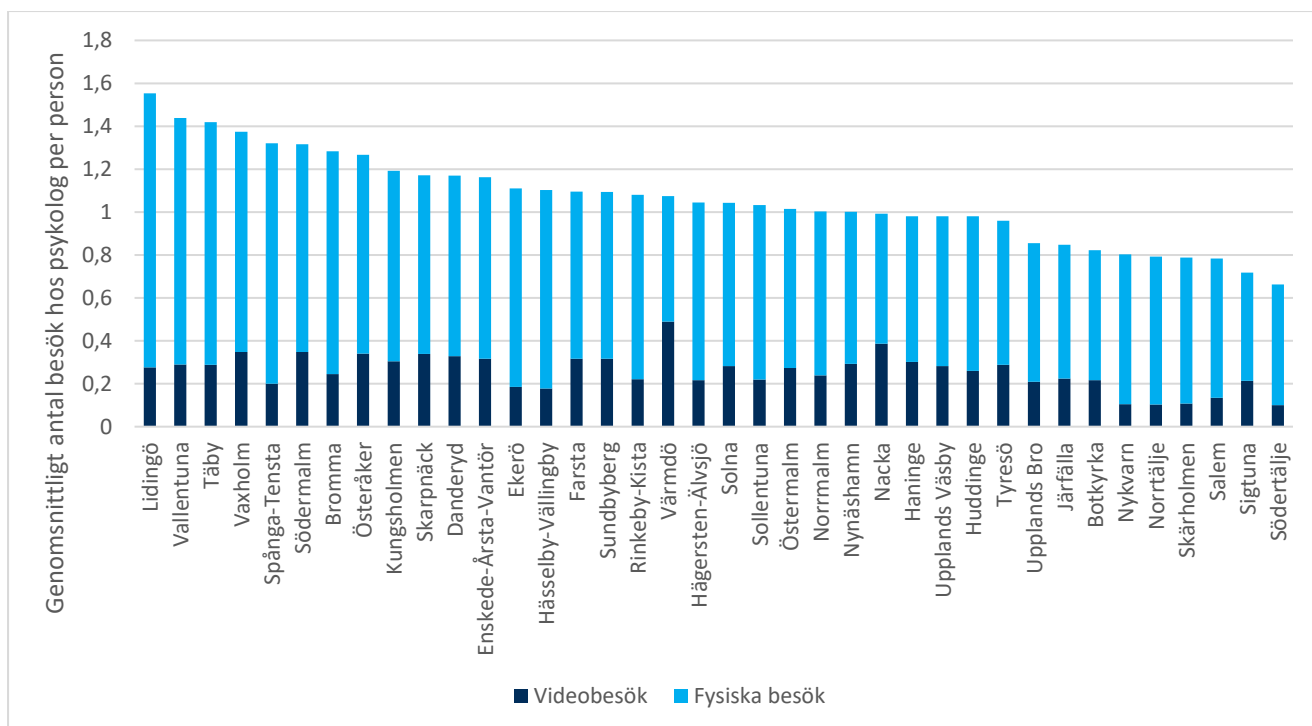
Se Bilaga 3 för figur över andelen videobesök för varje kommun/stadsdel.



Figur 22. Karta över andelen videobesök av besöken hos psykolog inom psykiatrin år 2021 i Region Stockholm, per patients boendeområde. Färgskalan är indelad i fyra lika stora kategorier

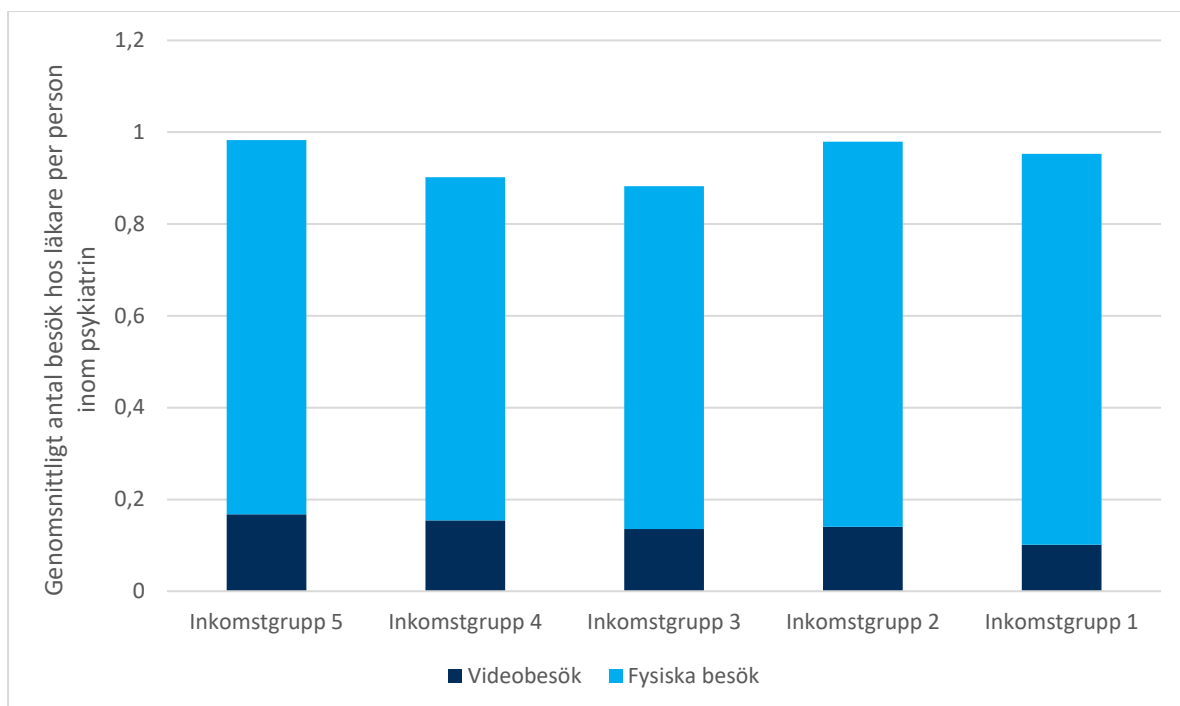


Figur 23. Karta över antalet videobesök av besöken hos psykolog inom psykiatrin år 2021 i Region Stockholm, per patient i boendeområdet. Färgskalan är indelad i fyra lika stora kategorier

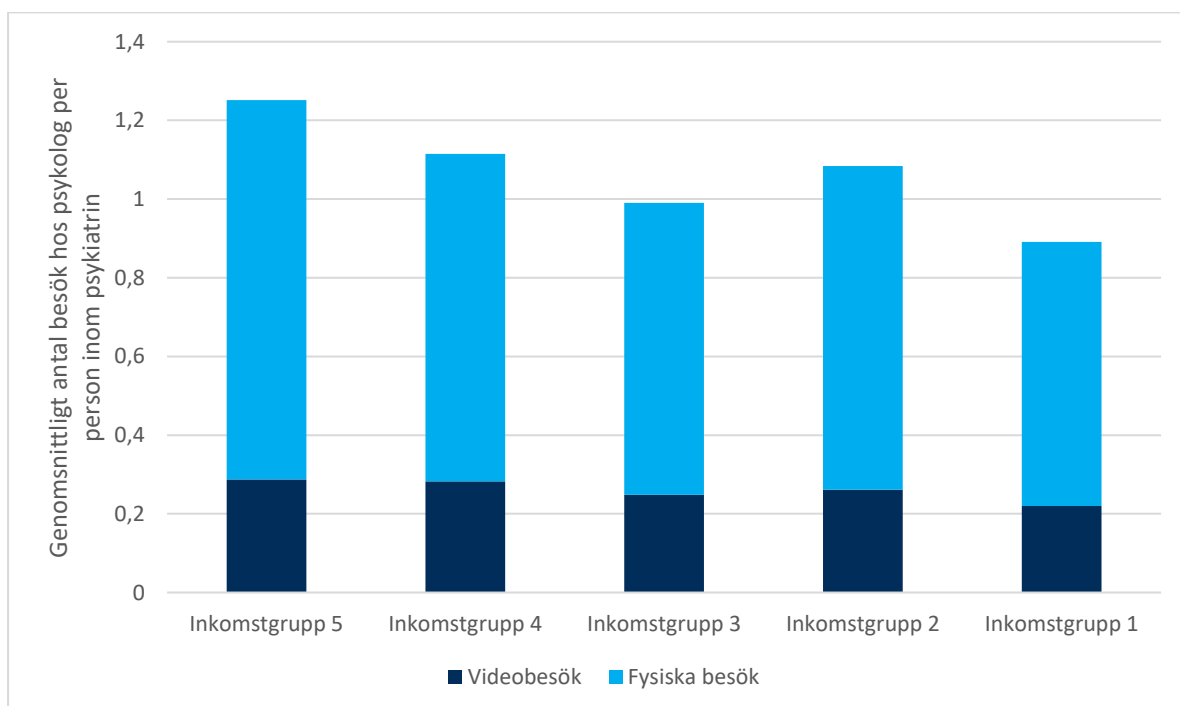


Figur 24. Antal videobesök och fysiska besök hos psykolog inom psykiatrin år 2021 i Region Stockholm, per patient i boendeområdet, sorterat efter kommun/stadsdel med högst antal besök till kommun/stadsdel med lägst antal besök

Figur 25 och 26 visar genomsnittligt antal fysiska besök och videobesök hos läkare respektive psykolog per patient, uppdelat på inkomst i kommun/stadsdel. Inkomstgrupp 1 är kommunerna/stadsdelarna med lägst inkomst och inkomstgrupp 5 är de med högst inkomst. För psykologbesöken syns ett tydligare mönster där kommunerna/stadsdelarna med lägre inkomst har färre psykologbesök, jämfört med läkarbesöken.



Figur 25. Genomsnittligt antal besök hos läkare inom psykiatrin per patient år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på inkomst i kommun/stadsdel. Inkomstgrupp 1 är kommunerna/stadsdelarna med lägst inkomst och inkomstgrupp 5 är de med högst inkomst.



Figur 26. Genomsnittligt antal besök hos psykolog inom psykiatrin per patient år 2021 i Region Stockholm, uppdelat på inkomst i kommun/stadsdel. Inkomstgrupp 1 är kommunerna/stadsdelarna med lägst inkomst och inkomstgrupp 5 är de med högst inkomst.

Sammanfattning av resultat

Sammanfattningsvis visar resultaten för vårdanvändning inom psykiatrin att diagnosgruppen allvarliga psykiatriska tillstånd har flest besök inom psykiatrin, hos både läkare och psykolog, men gruppen med depression/ångest har högst andel videobesök. Män 30 år och äldre hade fler läkarbesök (fysiskt och totalt) jämfört med kvinnor. Kvinnor hade emellertid fler videobesök hos läkare i alla åldersgrupper upp till 65 år och andelen videobesök var högre hos kvinnor i alla åldersgrupper. Gällande psykologbesök hade kvinnor fler videobesök i alla åldersgrupper och fler totalt antal besök i åldern 0-49 år jämfört med män. Kvinnor hade högre andel videobesök i alla åldersgrupper utom 0-17 år, jämfört med män. Det finns även skillnader i antal besök och andel videobesök hos psykolog och läkare beroende på patientens boendeområde. För besök hos psykolog finns ett tydligare mönster där kommunerna/stadsdelarna med lägre inkomst har färre besök hos psykolog, jämfört med läkarbesöken.

Diskussion

Sammanfattning av resultat och jämförelse med tidigare studier

I vår rapport framkom det att personer med psykiatriska tillstånd generellt nyttjar såväl fysisk vård som videobesök. Andelen personer med psykiatriska tillstånd som gjort minst ett videobesök hos läkare eller sjuksköterska inom primärvården är i nivå med befolkningen och oftare högre. Vidare har personer med psykiatriska tillstånd fler läkar- och sjuksköterskebesök inom primärvården jämfört med befolkningen, vilket är förväntat mot bakgrund av skillnader i hälsotillstånd. Det finns emellertid skillnader i vårdanvändning där vissa diagnosgrupper och åldersgrupper har en högre och andra en lägre användning.

I diagnosgruppen missbruk har en högre andel personer gjort videobesök hos läkare eller sjuksköterska i alla åldersgrupper jämfört med befolkningen. I de övriga diagnosgrupperna är det främst i åldersgrupperna 18-64 år som en högre andel har gjort videobesök jämfört med befolkningen. Generellt har diagnosgrupperna en meranvändning av läkarbesök i primärvården jämfört med befolkningen, men det finns grupper som har färre läkarbesök än befolkningen; män 0-17 år med depression/ångest (videobesök), kvinnor 65 år och äldre (videobesök) och män 65 år och äldre (videobesök och fysiska besök) med allvarliga psykiatriska tillstånd och kvinnor och män 0-17 år med ADHD/autism (videobesök). Inom den specialiserade psykiatriska öppenvården har personer med allvarliga psykiatriska tillstånd flest antal besök hos både läkare och psykolog, men det är gruppen med depression/ångest som har högst andel videobesök. Vi fann också en skillnad i vårdkonsumtion mellan män och kvinnor inom psykiatrin, beroende på ålder samt boendeområden.

Andelen och antalet besök är inte behovsjusterade genomgående i rapporten, vilket gör det svårt att dra slutsatser om vårdnyttjandet är tillräcklig för att tillgodose behoven hos personer med psykiatriska tillstånd. Vi har emellertid identifierat grupper som kan ha en underkonsumtion av vård vilka kommer diskuteras i mer detalj nedan.

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har den lägsta meranvändning av läkarbesök inom primärvården bland diagnosgrupperna

Våra resultat visade att personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har en meranvändning av läkarbesök inom primärvården jämfört med befolkningen, men att de samtidigt har den lägsta vårdkonsumtionen bland de psykiatriska diagnosgrupperna, vilket är samstämmigt med andra studier. En nederländsk studie undersökte primärvårdskonsumtion bland patienter med psykotiska tillstånd jämfört med två kontrollgrupper; en med personer utan psykiatriska tillstånd och en med personer med andra psykiatriska tillstånd som exkluderade psykotiska tillstånd, matchade utifrån ålder och kön (Oud, Schuling et al. 2010). Studien visade att personer med psykotiska tillstånd oftare kontaktade vårdcentralen jämfört med

kontrollgrupperna och det var i synnerhet åldersgruppen 16-65 år som fick mer vård i jämförelse med kontrollgruppen. Även i en fransk studie hade personer med allvarliga psykiatriska tillstånd fler besök på vårdcentral jämfört med personer utan allvarliga psykiatriska tillstånd som matchats utifrån ålder, kön, boendeort, och socioekonomisk status (Gandré and Coldefy 2020). En norsk studie visade att personer med schizofreni hade fler besök på vårdcentral och att en högre andel av dessa personer hade gjort minst ett besök jämfört med befolkningen (Hetlevik, Solheim et al. 2015). En nederländsk studie visade att lika stor andel personer med icke-affektiva psykotiska tillstånd och matchade kontroller (ålder, kön, etnicitet) haft kontakt med sin vårdcentral senaste året, medan för patienter med bipolär sjukdom, depression eller ångest hade en högre andel varit i kontakt med vårdcentral jämfört med matchade kontroller (Swildens, Termorshuizen et al. 2016). Skillnaden i besök ökade med stigande ålder och med tid sedan diagnos. Det finns även tidigare studier (Björkenstam, Ljung et al. 2012, Crump, Winkleby et al. 2013, Smith, Langan et al. 2013, Buhagiar, Templeton et al. 2020) som tyder på att patienter med främst allvarliga psykiatriska tillstånd underanvänder primärvård. Dessa studier har dock kontrollerat för bland annat sociodemografiska variabler och samsjuklighet vilket denna rapport och de förstnämnda studierna inte har gjort.

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har mer fysiska besök än videobesök inom primärvården

Gruppen med allvarliga psykiatriska tillstånd har en högre användning av läkar- och sjuksköterskebesök i primärvården jämfört med övriga befolkningen. Den procentuella skillnaden var dock större när det gällde fysiska besök än för videobesök, vilket visar att gruppen med allvarliga psykiatriska tillstånd använder fysiska besök i större utsträckning än videobesök, i relation till befolkningen i stort. Å andra sidan hade de fler besök (fysiska och videobesök) hos läkare och psykolog i genomsnitt inom psykiatrin än de andra diagnosgrupperna, men de hade fortsatt en relativt låg andel videobesök. En nederländsk studie som undersökte vårdkonsumtion inom psykiatrin under Covid-19-pandemin fann liknande skillnader i användning av videobesök beroende på diagnos (Chow, Noorthoorn et al. 2021). Studien fann att alla diagnosgrupper minskade sina fysiska besök, men att minskningen av fysiska besök var minst bland de med psykotiska tillstånd jämfört med övriga diagnosgrupper. Alla diagnosgrupper ökade sina digitala besök och även här var ökningen minst för de med psykotiska tillstånd, jämfört med övriga diagnosgrupper.

Kvinnor har mer besök och en högre andel videobesök jämfört med män, och personer 18-64 år har mer videobesök jämfört med övriga åldersgrupper

Vidare visade denna rapport även skillnader beroende på ålder och kön. Personer med psykiatriska tillstånd under 18 år och 65 år och äldre hade färre videobesök per person i genomsnitt jämfört med de andra åldersgrupperna. Detta gällde både inom primärvården och psykiatrin för läkarbesök, sjuksköterskebesök och psykologbesök. Inom primärvården hade kvinnor fler psykologbesök (videobesök och fysiska besök) i alla åldersgrupper och högre andel videobesök i alla åldersgrupper utom 0-17 år

jämfört med män. Inom psykiatrin hade kvinnor fler psykologbesök (videobesök och fysiska besök) fram till 50 års ålder och kvinnor hade högre andel videobesök i alla åldersgrupper utom 0–17 år jämfört med män.

Män 30 år och äldre hade, å andra sidan, fler läkarbesök (fysiskt och totalt) i genomsnitt inom psykiatrin jämfört med kvinnor, men kvinnor hade fler videobesök i alla åldersgrupper upp till 65 år, och högre andel videobesök i alla åldersgrupper. Liknande mönster har identifierats i andra studier. En systematisk litteraturöversikt fann att kvinnor med schizofreni och bipolär sjukdom använde mer digital vård jämfört med män och att personer under 30 år använde mindre digital vård jämfört med de som var äldre (Aref-Adib, McCloud et al. 2019). En tidigare rapport från Region Stockholm visade att kvinnor konsumerade mer vård och mer videobesök och att videobesök användes i låg utsträckning av de som var 65 år och äldre (Dahlgren C, Hagman M et al. 2020).

Skillnad i andel videobesök beroende på patientens boendeområden

Vi identifierade också skillnader i andel videobesök hos psykolog och läkare beroende på patientens boendeområde. För psykologbesöken fanns även ett tydligare mönster där kommunerna/stadsdelarna med lägre inkomst hade färre psykologbesök, jämfört med läkarbesöken. Liknande resultat återfinns i en svensk studie som såg ett samband mellan användning av digital vård och inkomst på kommunnivå (Ekman, Thulesius et al. 2019).

Lägre andel videobesök hos psykolog inom psykiatrin

Vidare fann vi skillnader i antal och andel videobesök inom psykiatrin jämfört med primärvården för diagnosgrupperna. Inom primärvården var genomsnittligt antal psykologbesök högst hos gruppen med depression/ångest, men andelen videobesök var relativt lika bland diagnosgrupperna. Inom psykiatrin var emellertid genomsnittligt antal psykologbesök högst hos gruppen med allvarliga psykiatriska tillstånd och lägst hos gruppen med depression/ångest, men andelen videobesök skilde sig mellan diagnosgrupperna. Högst andel videobesök fanns i gruppen med depression/ångest och lägst bland missbruk.

Lika mönster för besök för somatisk vård och besök oavsett huvuddiagnos

Slutligen fann vi att mönstret för meranvändning av fysiska besök och videobesök hos läkare inom primärvården generellt var lika vid besök för somatisk vård och besök oavsett huvuddiagnos vid besöket (alla kontaktorsaker). För tre grupper ändrades dock mönstret. Hos män 18-29 år med allvarliga psykiatriska tillstånd var meranvändningen för videobesök +1% oavsett kontaktorsak, vilket minskade till -1% när endast somatiska besök inkluderades. Hos kvinnor 65+ år med allvarliga psykiatriska tillstånd var meranvändningen för fysiska besök oavsett kontaktorsak +5%, vilket reducerades till -2% när endast somatiska besök inkluderades. Slutligen, hos personer 0–17 år med ADHD/autism var det både en lägre andel personer som gjort minst ett besök, och lägre antal besök per person, både gällande fysiska besök och videobesök för somatisk vård.

Möjliga förklaringsfaktorer

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd använder videobesök hos läkare och sjuksköterska i primärvården i lägre utsträckning jämfört med fysiska besök. Möjliga förklaring till detta mönster kan vara att de själva inte efterfrågar videobesök, att de inte erbjuds videobesök i samma utsträckning som fysiska besök, att de själva har ett större behov av fysiska besök eller att vården de erhåller lämpar sig bäst för fysiska besök. Chow et al. föreslår att det kan bero på att patienter med psykotiska sjukdomar kan ha ett större behov av fysiska besök på grund av kognitiva störningar som är associerade med dessa sjukdomar samt att symptom såsom paranoia kan påverka benägenheten att använda digitala lösningar (Chow, Noorthoorn et al. 2021). En annan möjlig förklaring enligt Chow et al. är att vårdpersonal själva föredrar fysiska besök över videobesök eller att de uppfattar att vissa patienter har svårigheter med videobesök. I en studie nämnde vårdpersonal inom psykiatri att de grupper som fick vård av lägre kvalitet när den levererades digitalt var individer med allvarliga psykiatriska tillstånd, personer med missbruk, äldre, och barn med autism (Schoebel, Wayment et al. 2021). I en annan studie rapporterade personer med allvarliga psykiatriska tillstånd att de inte erbjudits videobesök trots att de hade förmåga att ha videobesök (Benjenk, Saliba et al. 2021). Samtidigt kan Covid-19-pandemin ha haft en inverkan, då social isolering kan ha bidragit oproportionerligt till fysiska besök kontra videobesök i olika grupper (Chow, Noorthoorn et al. 2021). Andelen personer med allvarliga psykiatriska tillstånd som gjort videobesök hos psykolog inom psykiatri är också lägre i relation till depression/ångest. Detta skulle kunna förklaras av samma anledningar som ovan.

Samtidigt är meranvändningen av vård liten eller negativ när det kommer till fysiska läkarbesök för åldersgruppen 65 år och äldre med allvarliga psykiatriska tillstånd, i relation till befolkningen i stort. Det kan tala för ett underutnyttjande av läkarbesök inom primärvård generellt för äldre personer med allvarliga psykiatriska tillstånd. De har dock högst andel läkarbesök inom den specialiserade psykiatriska öppenvården av samtliga diagnosgrupper, vilket tyder på att dessa patienter kanske främst hanteras av specialistvården (både psykiatrisk och somatisk vård) snarare än primärvården, eller att de har mer slutenvård.

Det är generellt en lägre andel videobesök inom psykiatri jämfört med primärvården. En möjlig förklaring är att patienternas tillstånd är av en svårare karaktär som kan utgöra ett hinder för videobesök eller att videobesök erbjuds i lägre utsträckning inom psykiatri. Det finns ett antal digitala vårdgivare som endast erbjuder videobesök och de finns uteslutande inom primärvården. Vidare kan en förklaring vara att primärvården har kommit längre i att erbjuda videobesök och att besöken således fungerar bättre inom primärvården än psykiatri. I en kvalitativ studie rapporterade personer med allvarliga psykiatriska tillstånd vissa problem med videobesök inom psykiatri men att videobesök inom primärvården fungerade utan tekniska svårigheter (Benjenk, Saliba et al. 2021). Både inom primärvården och inom psykiatri hade gruppen med depression/ångest högst andel videobesök hos psykolog, vilket kan

förklaras av vilken vård som ges till denna patientgrupp. Ett intressant fynd var att patienterna med allvarliga psykiatriska tillstånd och missbruk hade relativt hög andel videobesök hos psykolog inom primärvården. En förklaring kan vara att dessa patienter söker vård inom primärvården för besvär som har med lättare psykisk ohälsa att göra såsom stress eller nedstämdhet. Alternativt är tillgängligheten inom primärvården bättre varför patienterna vänder sig dit i stället för till psykiatrin.

Både inom primärvården och psykiatrin använder de med psykiatriska tillstånd i åldrarna 0–17 år och 65 år och äldre videobesök hos läkare, sjuksköterska och psykolog i lägre utsträckning jämfört med övriga åldersgrupper. En möjlig förklaring kan vara att vården inte upplevs som, eller är, lika tillgänglig för dessa grupper. För personerna 0-17 år kan föräldrarnas tillgång till och användning av digital teknik ha en inverkan. Samtidigt hämtades data för år 2021, där Covid-19-pandemin kan ha haft en inverkan på andelen och antalet besök inom vården för gruppen 65+ år.

Inom primärvården och psykiatrin använde kvinnor till större utsträckning både fysiska besök och videobesök hos psykolog än män. Andelen och antalet besök är inte behovsjusterade, men kan signalera ett underutnyttjande bland män. Skillnaden i antalet besök kan även bero på diagnosmönster mellan könen där fler kvinnor har depression/ångest än män. Därtill kan en möjlig förklaring vara att män i stället nyttjar besök hos läkare, vilket även det kan förklaras av skillnader i diagnosmönster mellan könen.

Andelen och antalet videobesök hos läkare och psykolog skiljer sig mellan boendeområden. I en svensk studie som såg liknande resultat är en möjlig förklaring enligt författarna att personer med högre inkomst har bättre tillgång till internet och digital teknologi (Ekman, Thulesius et al. 2019). Siffrorna i denna rapport är däremot varken behovsjusterade eller kontrollerade för utbudet av fysiska mottagningar i närområdet, varför det är svårt att dra slutsatser kring anledningen till spridningen.

Gällande somatiska besök inom primärvården hos läkare för individer 0–17 år med ADHD/autism gjordes färre antal besök per person och en lägre andel gjorde minst ett besök i relation till befolkningen i stort. En möjlig förklaring kan vara otillfredsställda behov, både utifrån vad primärvården erbjuder och vad individerna efterfrågar. Det är också möjligt att dessa individer besöker den somatiska specialistvården i större utsträckning eller får vård genom den kommunala elevhälsan, vilket inte ingår i vår data.

Potentiella områden där vårdutbud eller vårdutnyttjande kan förbättras

Potentiella gap när det gäller skillnader i användning av videobesök kan ses både inom primärvården och psykiatrin för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd. Detta kan möjligen förklaras av patienternas vårdbehov då patienter med allvarliga psykiatriska tillstånd bedöms behöva komma till mottagning för behandling såsom injektion eller uppföljning av läkemedel. Samtidigt är det generellt lägre användning

av videobesök inom psykiatrin, i relation till primärvården. Det är möjligt att det finns potential att utveckla utbudet av videobesök inom psykiatrin.

Potentiellt underutnyttjande av vård syns för personer i åldersgruppen 65 år och äldre och för den yngsta åldersgruppen med psykiatriska tillstånd, både gällande läkarbesök (för samtliga orsaker eller bara somatiska besök) och sjuksköterskebesök inom primärvården. Detta sågs främst för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd (för den äldsta åldersgruppen) och för depression/ångest och ADHD/autism (för den yngsta åldersgruppen) inom primärvården.

Metoddiskussion

I den här rapporten ingår besök gjorda i Region Stockholm eller besök gjorda hos nationella nätaktörer som hade avtal med Region Stockholm under år 2021. Vi inkluderar därmed inte digitala utomlänsbesök som ersätts enligt utomlänstaxa gjorda hos aktörer som inte hade avtal med Region Stockholm. Vidare har vi inte inkluderat fysiska besök hos vårdgivare som inte har avtal med Region Stockholm, till exempel privata psykologer, där besök finansieras privat med försäkring eller egenbetaling. Det har i och med det inte varit möjligt att fånga hela bilden av användningen av digitala eller fysiska besök. I rapporten fokuserar vi på fysiska besök och videobesök, vilket innebär att vi exkluderar telefonkontakter och chattbesök. Vi har inte haft möjlighet att inkludera information om dessa digitala kontakter eftersom registreringen i VAL-databaserna är bristfällig. Telefonkontakter och chattbesök kommer troligtvis öka i betydelse i takt med fortsatt digitalisering och ökade krav på patientcentrerade lösningar, men i dagsläget saknas möjlighet att följa upp dem med registerdata.

I rapporten har populationen definierats för år 2020 och vårdanvändning analyserats för år 2021. Anledningen är att användningen av vård ska kunna beräknas för ett helt år. Däremot är det möjligt att de individer som initialt inleder sin kontakt med vården med videobesök också fortsätter att använda videobesök som primär kontaktform. Då videobesök erbjuds i större utsträckning idag än tidigare är det troligt att nydiagnostiserade individer också använder videobesök i större utsträckning.

De besök som inkluderas i rapporten fångar endast en delmängd av den totala användningen av vård. Rapporten fokuserar enbart på öppenvård och exkluderar därmed både somatisk och psykiatrisk slutenvård. Vår bedömning är att videobesök främst är ett alternativ för öppenvård och inte slutenvård. I urvalet av besök fokuserar vi på besök gjorda i primärvård eller inom den psykiatriska specialiserade öppenvården och inkluderar därmed inte besök gjorda inom vårdgrenarna akutsomatisk vård eller geriatrik. Urvalet är också begränsat till att endast inkludera besök hos läkare, sjuksköterska och psykolog.

I ett avsnitt fokuserar vi på läkarbesök där kontaktorsaken varit somatisk. Det innebär att den primära diagnosen för besöket inte varit en psykiatrisk diagnos. Däremot bör man i tolkning av resultaten ha med sig att somatiska besvär kan vara kopplade till

psykiatriska tillstånd, exempelvis psykosomatiska besvär såsom sömnsvårigheter. Dessa typer av somatiska besvär har vi inte tagit hänsyn till vid uttag av data från VAL-databaserna.

Det är också av vikt att ta hänsyn till resultaten utifrån inverkan av Covid-19-pandemin, då data är hämtad utifrån år 2021. Gällande vissa diagnosgrupper har exempelvis den äldsta populationen (65+ år) ett underutnyttjande av fysiska besök och videobesök. En potentiell anledning till detta kan vara just Covid-19-pandemin. Samtidigt kan den generella användningen av vård påverkats under år 2021, vilket bör tas i beaktning vid tolkning av resultat.

Därtill är det viktigt att ta hänsyn till att resultaten av meranvändning bör tolkas med försiktighet, då de presenterar en relativ skillnad mellan grupper och därför kan små siffror (lågt användande) ha en stor inverkan på resultaten.

Framtida frågeställningar

Denna rapport har kartlagt användning av videobesök och fysiska besök och vi har identifierat grupper och frågeställningar för framtida studier av digitaliseringens inverkan, exempelvis grupperna som konsumerar mindre läkarbesök jämfört med befolkningen: män 0-17 år med depression/ångest, kvinnor och män 65 år och äldre med allvarliga psykiatriska tillstånd och kvinnor och män 0-17 år med ADHD/autism. I rapporten har skillnad i vårdkonsumtion beroende på ålder och kön identifierats och framtida rapporter kan undersöka varför kvinnor har mer videobesök jämfört med män och varför de äldre och yngre åldersgrupperna använder mindre videobesök.

Rapporten har inkluderat besök från år 2021, och en fråga för framtida studier kan vara att utforska hur skillnaden mellan videobesök och fysiska besök utvecklats för grupper med psykiatriska tillstånd över tid. Därtill kan det vara intressant att se om det finns en skillnad i användning av videobesök mellan nydiagnostiserade individer och individer som haft ett psykiatriskt tillstånd en längre tid.

Vidare kan framtida studier undersöka vad skillnaden i andel och antal videobesök beroende på patientens boendeområde inom psykiatrin kan bero på. Vi fann även att andelen videobesök hos psykolog var lägre inom psykiatrin än primärvården och framtida frågeställningar kan undersöka om primärvården fångar upp de som inte får besök tillräckligt snabbt inom psykiatrin. Slutligen har denna rapport inkluderat psykologbesök men inte internet-KBT. Moduler inom psykiatriska behandlingar och hur internet-KBT används kan vara av intresse för framtida studier.

Slutsatser

- Personer 18–64 år med psykiatriska tillstånd nyttjar fysisk vård och videobesök i större utsträckning än genomsnittsbefolkningen, vilket är förväntat mot bakgrund av skillnader i hälsotillstånd. Det är dock svårt att avgöra om meranvändningen tillgodoser det större vårdbehov som finns för denna grupp.
- Det är främst personer med psykiatriska tillstånd i åldersgrupperna 0–17 år och 65 år och äldre samt personer med allvarliga psykiatriska tillstånd som använder videobesök i låg utsträckning. Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har dock ett högt vårdutnyttjande av specialiserad psykiatrisk öppenvård.
- Kvinnor med psykiatriska tillstånd använder mer vård och har en högre andel videobesök jämfört med män.
- Det är lägre andel videobesök inom psykiatrin jämfört med primärvården.
- Det är skillnad i antal och andel videobesök hos läkare och psykolog inom psykiatrin baserat på patienternas boendeområde.
- I denna rapport har vi följt videobesök och därmed bara en begränsad del av de digitala kanaler som finns tillgängliga för vårdanvändning. Telefonkontakter och chattbesök kommer troligtvis öka i betydelse i takt med fortsatt digitalisering. Möjlighet att följa telefonkontakter och chattbesök i framtida studier skulle göra det möjligt att fånga en större del av den digitala vården.

Referenser

Abu Rahal, Z., L. Vadas, I. Manor, B. Bloch and A. Avital (2018). "Use of information and communication technologies among individuals with and without serious mental illness." Psychiatry Res **266**: 160-167.

Alvarenga, M. E., R. N. Caniato, A. Mauritz, A. Braun, Y. Aljeesh and B. T. Baune (2009). "Health service utilization in patients with major depression and co-morbid pain." Psychiatry Clin Neurosci **63**(1): 101-106.

Andersson, G., P. Cuijpers, P. Carlbring, H. Riper and E. Hedman (2014). "Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis." World Psychiatry **13**(3): 288-295.

Aref-Adib, G., T. McCloud, J. Ross, P. O'Hanlon, V. Appleton, S. Rowe, E. Murray, S. Johnson and F. Lobban (2019). "Factors affecting implementation of digital health interventions for people with psychosis or bipolar disorder, and their family and friends: a systematic review." Lancet Psychiatry **6**(3): 257-266.

Basit, S. A., N. Mathews and M. E. Kunik (2020). "Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review." Gen Hosp Psychiatry **62**: 28-36.

Beard, C., A. L. Silverman, M. Forgeard, M. T. Wilmer, J. Torous and T. s. Björgvinsson (2019). "Smartphone, Social Media, and Mental Health App Use in an Acute Transdiagnostic Psychiatric Sample." JMIR Mhealth Uhealth **7**(6): e13364.

BearingPoint (2020). Digital Psykisk Hälsa.

Benjenk, I., Z. Saliba, N. Duggal, A. Albaroudi, J. Posada and J. Chen (2021). "Impact of COVID-19 Mitigation Efforts on Adults With Serious Mental Illness: A Patient-Centered Perspective." J Nerv Ment Dis **209**(12): 892-898.

Björkenstam, E., R. Ljung, B. Burström, E. Mittendorfer-Rutz, J. Hallqvist and G. R. Weitoft (2012). "Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients-- a nationwide register-based study in Sweden." BMJ Open **2**(1): e000778.

Buczak-Stec, E. W., M. Löbner, J. Stein, A. Stark, H. Kaduszkiewicz, J. Werle, K. Hesper, B. Wiese, S. Weyerer, M. Wagner, M. Scherer, S. G. Riedel-Heller, H. H. König and A. Hajek (2022). "Depressive Symptoms and Healthcare Utilization in Late Life. Longitudinal Evidence From the AgeMooDe Study." Front Med (Lausanne) **9**: 924309.

Buhagiar, K., G. Templeton and D. P. J. Osborn (2020). "Recent physical conditions and health service utilization in people with common mental disorders and severe mental illness in England: Comparative cross-sectional data from a nationally representative sample." Eur Psychiatry **63**(1): e19.

Choi, N. G., C. N. Marti, M. L. Bruce, M. T. Hegel, N. L. Wilson and M. E. Kunik (2014). "Six-month postintervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults." Depress Anxiety **31**(8): 653-661.

- Choi, N. G., N. L. Wilson, L. Sirrianni, M. L. Marinucci and M. T. Hegel (2014). "Acceptance of home-based telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults: qualitative interviews with the participants and aging-service case managers." Gerontologist **54**(4): 704-713.
- Chow, M. W., E. O. Noorthoorn, A. I. Wierdsma, M. van der Horst, N. de Boer, S. Guloksuz and J. J. Luykx (2021). "Impact of the first COVID-19 outbreak on mental health service utilisation at a Dutch mental health centre: retrospective observational study." BJPsych Open **7**(6): e213.
- Chwastiak, L. A., R. A. Rosenheck and L. E. Kazis (2008). "Utilization of primary care by veterans with psychiatric illness in the National Department of Veterans Affairs Health Care System." J Gen Intern Med **23**(11): 1835-1840.
- Crump, C., M. A. Winkleby, K. Sundquist and J. Sundquist (2013). "Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study." Am J Psychiatry **170**(3): 324-333.
- Dahlgren C, Hagman M, Sveréus S and R. C (2020). Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018. Stockholm.
- Ekman, B., H. Thulesius, J. Wilkens, A. Lindgren, O. Cronberg and E. Arvidsson (2019). "Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomic, and diagnoses." Int J Med Inform **127**: 134-140.
- Fletcher, T. L., J. B. Hogan, F. Keegan, M. L. Davis, M. Wassef, S. Day and J. A. Lindsay (2018). "Recent Advances in Delivering Mental Health Treatment via Video to Home." Curr Psychiatry Rep **20**(8): 56.
- Gandr e, C. and M. Coldefy (2020). "Disparities in the Use of General Somatic Care among Individuals Treated for Severe Mental Disorders and the General Population in France." Int J Environ Res Public Health **17**(10).
- Glock, H., V. Milos Nymberg, B. Borgstr m Bolmsj , J. Holm, S. Calling, M. Wolff and M. Pikkemaat (2021). "Attitudes, Barriers, and Concerns Regarding Telemedicine Among Swedish Primary Care Physicians: A Qualitative Study." Int J Gen Med **14**: 9237-9246.
- Guinart, D., P. Marcy, M. Hauser, M. Dwyer and J. M. Kane (2021). "Mental Health Care Providers' Attitudes Toward Telepsychiatry: A Systemwide, Multisite Survey During the COVID-19 Pandemic." Psychiatr Serv **72**(6): 704-707.
- Hetlevik,  ., M. Solheim and S. Gjesdal (2015). "Use of GP services by patients with schizophrenia: a national cross-sectional register-based study." BMC Health Serv Res **15**: 66.
- Kannarkat, J. T., N. N. Smith and S. A. McLeod-Bryant (2020). "Mobilization of Telepsychiatry in Response to COVID-19-Moving Toward 21(st) Century Access to Care." Adm Policy Ment Health **47**(4): 489-491.

- Kasckow, J., K. Felmet, C. Appelt, R. Thompson, A. Rotondi and G. Haas (2014). "Telepsychiatry in the assessment and treatment of schizophrenia." Clin Schizophr Relat Psychoses **8**(1): 21-27a.
- Laursen, T. M., P. B. Mortensen, J. H. MacCabe, D. Cohen and C. Gasse (2014). "Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a Danish population-based study." Psychol Med **44**(8): 1625-1637.
- Lindsay, J. A., S. Hudson, L. Martin, J. B. Hogan, M. Nessim, L. Graves, J. Gabriele and D. White (2017). "Implementing Video to Home to Increase Access to Evidence-Based Psychotherapy for Rural Veterans." J Technol Behav Sci **2**(3-4): 140-148.
- Naslund, J. A. and K. A. Aschbrenner (2021). "Technology use and interest in digital apps for mental health promotion and lifestyle intervention among young adults with serious mental illness." Journal of Affective Disorders Reports **6**: 100227.
- Oud, M. J., J. Schuling, K. H. Groenier, P. F. Verhaak, C. J. Slooff, J. H. Dekker and B. Meyboom-de Jong (2010). "Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study." BMC Fam Pract **11**: 92.
- Pikkemaat, M., H. Thulesius and V. Milos Nymberg (2021). "Swedish Primary Care Physicians' Intentions to Use Telemedicine: A Survey Using a New Questionnaire - Physician Attitudes and Intentions to Use Telemedicine (PAIT)." Int J Gen Med **14**: 3445-3455.
- Schoebel, V., C. Wayment, M. Gaiser, C. Page, J. Buche and A. J. Beck (2021). "Telebehavioral Health During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of Provider Experiences and Perspectives." Telemed J E Health **27**(8): 947-954.
- Smith, D. J., J. Langan, G. McLean, B. Guthrie and S. W. Mercer (2013). "Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study." BMJ Open **3**(4).
- Socialstyrelsen (2018). Digitala vårdtjänster - Övergripande principer för vård och behandling. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2020). Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin.
- Swildens, W., F. Termorshuizen, A. de Ridder, H. Smeets and I. M. Engelhard (2016). "Somatic Care with a Psychotic Disorder. Lower Somatic Health Care Utilization of Patients with a Psychotic Disorder Compared to Other Patient Groups and to Controls Without a Psychiatric Diagnosis." Adm Policy Ment Health **43**(5): 650-662.
- Sörberg Wallin, A., A. Ohlis, C. Dalman and J. Ahlen (2022). "Risk of severe COVID-19 infection in individuals with severe mental disorders, substance use disorders, and common mental disorders." Gen Hosp Psychiatry **75**: 75-82.
- Tarp, K., A. B. Bojesen, A. Mejldal and A. S. Nielsen (2017). "Effectiveness of Optional Videoconferencing-Based Treatment of Alcohol Use Disorders: Randomized Controlled Trial." JMIR Ment Health **4**(3): e38.

Thomas, N., F. Foley, K. Lindblom and S. Lee (2017). "Are people with severe mental illness ready for online interventions? Access and use of the Internet in Australian mental health service users." Australas Psychiatry **25**(3): 257-261.

Trolle Lagerros, Y., D. Söderberg, P. Dannapfel, M. Taloyan, N. Bergman Farrokhnia, I. Amer-Wåhlin, H. Hvitfeldt Forsberg and M. Hägglund (2019). Effekter av införandet av digitala vårdmöten: Delrapport av forskningsuppdrag från Region Stockholm. Stockholm.

Venville, A., S. O'Connor, H. Roeschlein, P. Ennals, G. McLoughlan and N. Thomas (2021). "Mental Health Service User and Worker Experiences of Psychosocial Support Via Telehealth Through the COVID-19 Pandemic: Qualitative Study." JMIR Ment Health **8**(8): e29671.

Woodhead, C., M. Ashworth, M. Broadbent, F. Callard, M. Hotopf, P. Schofield, M. Soncul, R. J. Stewart and M. J. Henderson (2016). "Cardiovascular disease treatment among patients with severe mental illness: a data linkage study between primary and secondary care." Br J Gen Pract **66**(647): e374-381.

Bilaga 1. Uppdragstyper inom ekonomisk vårdgren primärvård och psykiatri

Uppdragstyp inom primärvården	Antal besök år 2021
000 Inget uppdrag	20
110 Barn-och ungdomsmedicinsk mottagning	15 554
157 Tortyrskadevård	8 638
158 Ungdomsmottagning	8 959
160 Ätstörningsvård	1 275
204 Övrig öppenvårdsrehab	365
245 Synrehabilitering	1 477
246 Mansmottagning	4 093
249 Närakut	327 122
300 Husläkarverksamhet	3 587 910
301 Insatser för psykisk hälsa	483 634
302 Basal hemsjukvård vid husläkarverksamhet	3 318
303 Barnvårdscentral	298 028
304 Fotsjukvård	71
305 Graviditetsövervakning och eftervård	36 047
307 Läkarens särs boende - Auktoriserad	21
308 Husläkarjour	11 454
309 Obstetriska ultraljud	6 500
310 Primär hörselrehabilitering	558
311 Primärvårdsrehabilitering	120
312 Vårdval Neuroteam	1 263
313 Fysioterapi, specialiserad	3
314 Sexuell och reproduktiv hälsa	210
320 Psykisk hälsa hos barn och unga	81 847
321 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning	196 452
322 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, barnfetma	1 577
323 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, ADHD	24 097
325 Multimodal rehab vid långvarig smärta/utmattning	142 597
328 Specialistläkarmottagning vid ME/CFS	7 579
629 Vårdval Sexuell hälsa	11 261

Uppdragstyp inom psykiatrin	Antal besök år 2021
-----------------------------	---------------------

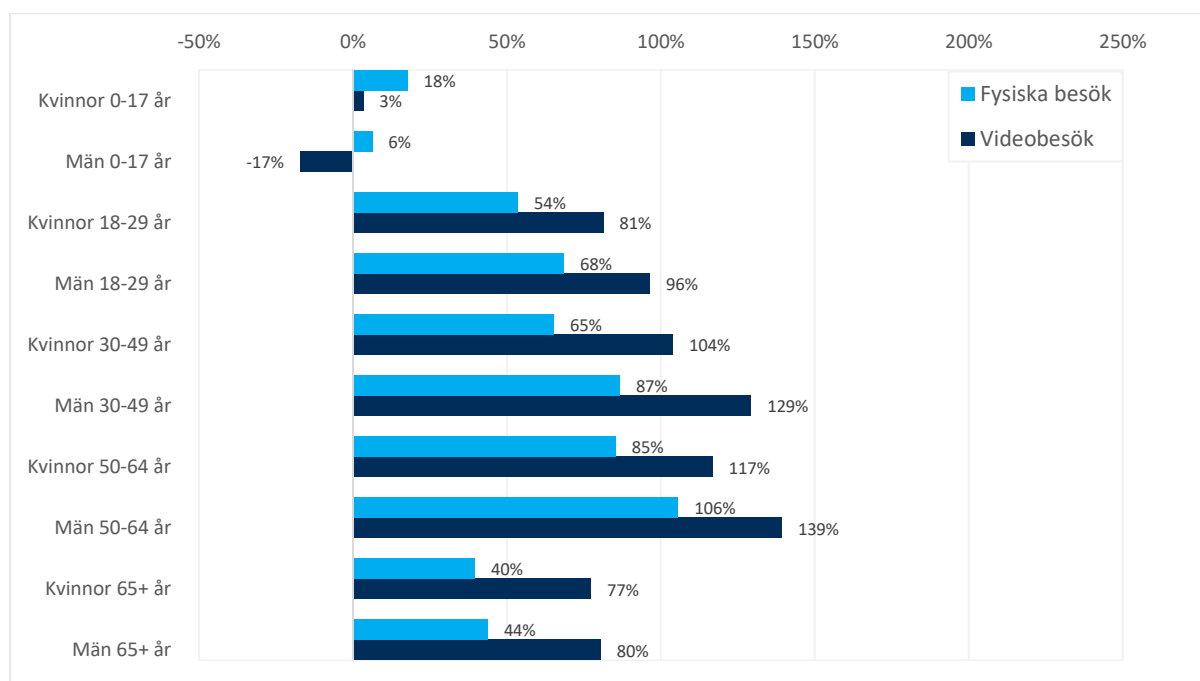
104 Allmänpsykiatri	11 273
111 Beroendevård barn och ungdom	24 484
112 Beroendevård vuxna	216 729
151 Rättspsykiatrisk vård	8 149
157 Tortyrskadevård	729
160 Ätstörningsvård	19 415
400 Psykiatrisk specialistvård för vuxna	595 512
405 LG klinikvård BUP	4 662
406 LG öppenvård BUP	17 973
407 LG Mellanvård BUP	6 195
408 Barn- o ungdomspsykiatri, lokal	140 472
412 Lokal integrerad beroendevård	133 258
413 Sexualmedicin, specialiserad	6 086

Bilaga 2. Videobesök inom primärvården för somatiska tillstånd

Personer med depression/ångest har högre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos läkare

Personer 18 år och äldre med depression/ångest använder fler videobesök och fler fysiska besök i relation till befolkningen i stort (Figur 1). För dessa åldersgrupper var den procentuella meranvändningen högre för videobesök än för fysiska besök. Kvinnor under 18 år med depression/ångest har också en högre meranvändning för samtliga typer av besök i relation till befolkningen i stort, men meranvändningen var högre för fysiska besök än för videobesök. Män under 18 år med depression/ångest använder videobesök i lägre utsträckning än befolkningen i stort, men har en högre meranvändning av fysiska besök.

Tabell 1 visar att andelen av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök eller videobesök hos läkare för somatisk vård är högre bland personer med depression/ångest, i relation till befolkningen i stort.



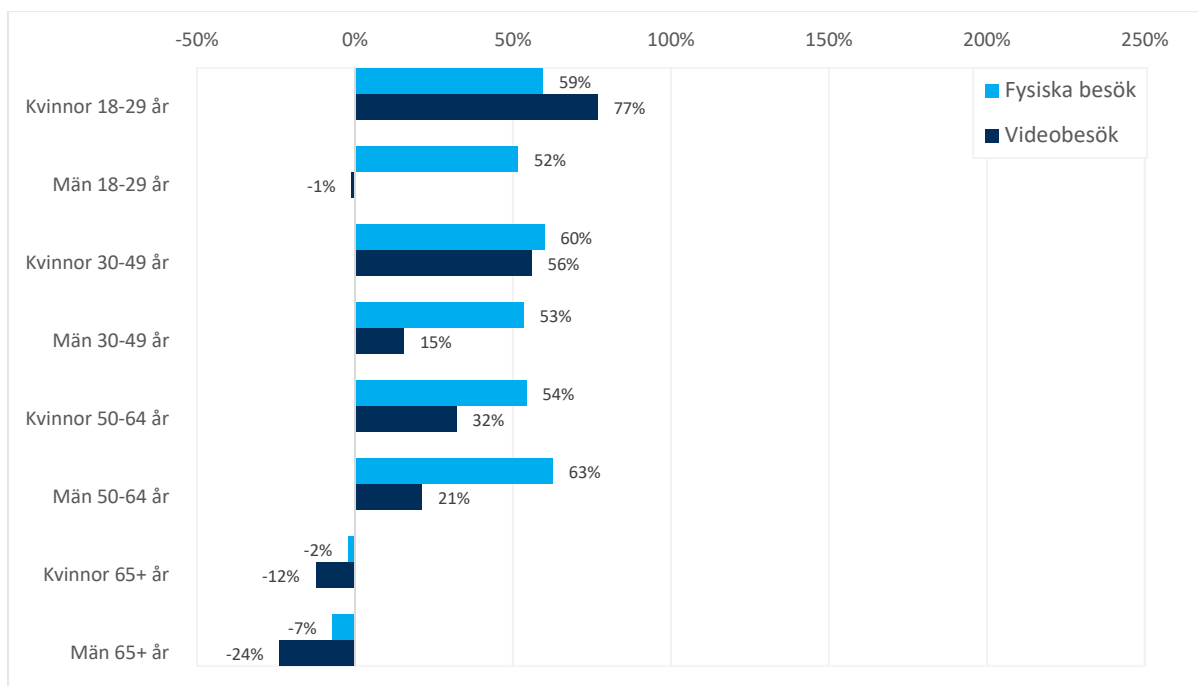
Bilaga figur 1. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök för somatisk vård hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med depression/ångest jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

Bilaga tabell 1. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården i Region Stockholm år 2021 för somatisk vård

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare för somatisk vård (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare för somatisk vård (%)		Antal fysiska besök hos läkare för somatisk vård per invånare		Antal videobesök hos läkare för somatisk vård per invånare	
		Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd	Depression/ ångest	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	0-17	57,2	49,0	17,0	16,5	1,24	1,06	0,26	0,26
	18-29	55,8	42,1	31,1	19,8	1,23	0,80	0,55	0,30
	30-49	61,9	46,0	29,6	17,5	1,61	0,97	0,55	0,27
	50-64	73,2	53,8	25,3	14,3	2,35	1,27	0,48	0,22
	65+	74,9	68,4	10,3	6,8	2,58	1,85	0,19	0,11
Män	0-17	55,0	49,0	13,4	15,5	1,14	1,07	0,20	0,24
	18-29	43,0	30,7	19,0	11,4	0,87	0,51	0,31	0,16
	30-49	48,7	32,2	20,7	10,9	1,10	0,59	0,35	0,15
	50-64	67,4	44,9	18,9	9,6	1,96	0,96	0,33	0,14
	65+	73,9	65,8	9,4	6,1	2,39	1,66	0,17	0,09

Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd har lägre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos läkare

Enbart kvinnor i åldersgruppen 18–29 år med allvarliga psykiatriska tillstånd hade en högre meranvändning av videobesök jämfört med fysiska besök, i relation till befolkningen i stort (Figur 2). För övriga ålders- och könsgupperingar i åldersgrupperna 18-64 år var det en lägre meranvändning av videobesök jämfört med fysiska besök för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd. För den äldsta åldersgruppen använde man både fysiska besök och videobesök i lägre utsträckning än befolkningen i stort. I Tabell 2 redovisas bland annat andelen som gjort minst ett fysiskt besök eller videobesök hos läkare för somatisk vård. Gällande fysiska besök var det en lägre andel män och kvinnor 65 år och äldre som gjort minst ett fysiskt besök jämfört med befolkning. För videobesök var det en lägre andel kvinnor 65 år och äldre och män i alla åldersgrupper utom 30-49 år som gjort minst ett videobesök jämfört med befolkningen.



Bilaga figur 2. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök för somatisk vård hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

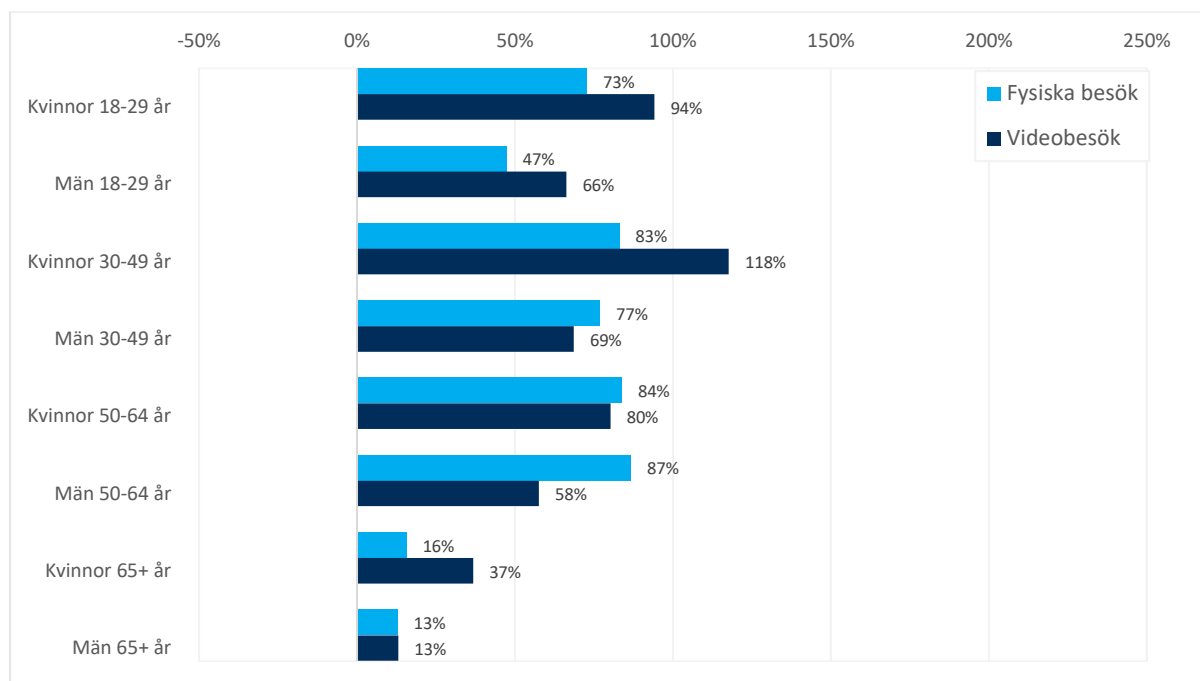
Bilaga tabell 2. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården år 2021 Region Stockholm för somatisk vård

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare för somatisk vård (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare för somatisk vård (%)		Antal fysiska besök hos läkare för somatisk vård per invånare		Antal videobesök hos läkare för somatisk vård per invånare	
		Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd	Allvarliga psykiatriska tillstånd	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	18-29	56,6	42,1	27,4	19,8	1,28	0,80	0,53	0,30
	30-49	59,1	46,0	22,2	17,5	1,56	0,97	0,42	0,27
	50-64	66,7	53,8	15,5	14,3	1,96	1,27	0,29	0,22
	65+	58,9	68,4	5,7	6,8	1,81	1,85	0,09	0,11
Män	18-29	39,0	30,7	10,3	11,4	0,78	0,51	0,16	0,16
	30-49	43,0	32,2	11,1	10,9	0,90	0,59	0,18	0,15
	50-64	58,0	44,9	8,8	9,6	1,55	0,96	0,17	0,14
	65+	57,0	65,8	4,8	6,1	1,54	1,66	0,07	0,09

De yngsta och äldsta med missbruk har högre meranvändning av videobesök i relation till fysiska besök hos läkare

Kvinnor (förutom i åldern 50–64) år och män 18–29 år med missbruk har en högre meranvändning av videobesök än av fysiska besök, i relation till befolkningen i stort (Figur 3). Vidare var det genomsnittliga antalet besök hos läkare för somatiska tillstånd högre för samtliga personer med missbruk, oavsett kontaktform och ålder, än för befolkningen i stort (Tabell 3). I samma tabell kan man också utläsa att andelen som gjort minst ett videobesök hos läkare för somatisk vård är högre för personer med missbruk, än för befolkningen i stort. Även andelen som gjort minst ett fysiskt besök

var högre för personer med missbruk jämfört med befolkningen, med undantag för män och kvinnor 65 år och äldre.



Bilaga figur 3. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök för somatisk vård hos läkare i primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med missbruk jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

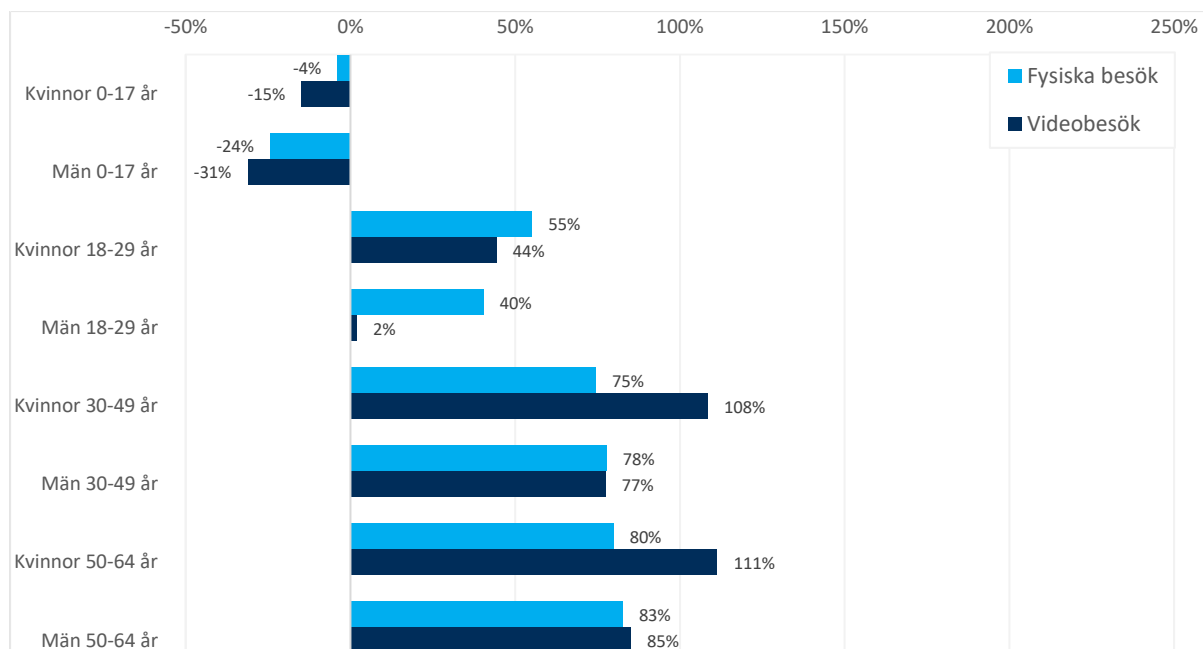
Bilaga tabell 3. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm för somatisk vård

	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare för somatisk vård (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare för somatisk vård (%)		Antal fysiska besök hos läkare för somatisk vård per invånare		Antal videobesök hos läkare för somatisk vård per invånare		
	Ålder	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd	Missbruk	Ej psykiatriskt tillstånd
Kvinnor	18-29	56,0	42,1	28,2	19,8	1,39	0,80	0,59	0,30
	30-49	61,4	46,0	27,9	17,5	1,78	0,97	0,58	0,27
	50-64	70,0	53,8	20,9	14,3	2,33	1,27	0,40	0,22
	65+	68,0	68,4	8,1	6,8	2,14	1,85	0,15	0,11
Män	18-29	40,8	30,7	15,3	11,4	0,76	0,51	0,27	0,16
	30-49	44,8	32,2	14,3	10,9	1,04	0,59	0,26	0,15
	50-64	62,8	44,9	12,2	9,6	1,78	0,96	0,22	0,14
	65+	64,1	65,8	6,2	6,1	1,87	1,66	0,10	0,09

De yngsta med ADHD/autism underanvänder videobesök i relation till befolkningen i stort

Personer i åldern 0–17 år har i genomsnitt lägre antal besök hos läkare för somatiska besvär, än befolkningen i stort (Figur 4). Det gäller både för videobesök och för fysiska besök, vilket också redovisas i Tabell 4. Samtidigt är det en lägre andel som gjort minst ett videobesök hos läkare för somatisk vård bland personer 0–17 år med ADHD/autism, än för befolkningen i stort. För män med ADHD/autism i samma ålder är det också en lägre andel som gjort ett fysiskt läkarbesök för somatisk vård, än vad

befolkningen i stort gjort. Personer mellan 18–29 år med ADHD/autism har en lägre meranvändning av videobesök än av fysiska besök. För de äldre åldersgrupperna (30 år och äldre) är det liknande eller en högre meranvändning av videobesök än av fysiska besök i gruppen med ADHD/autism, än för befolkningen i stort.

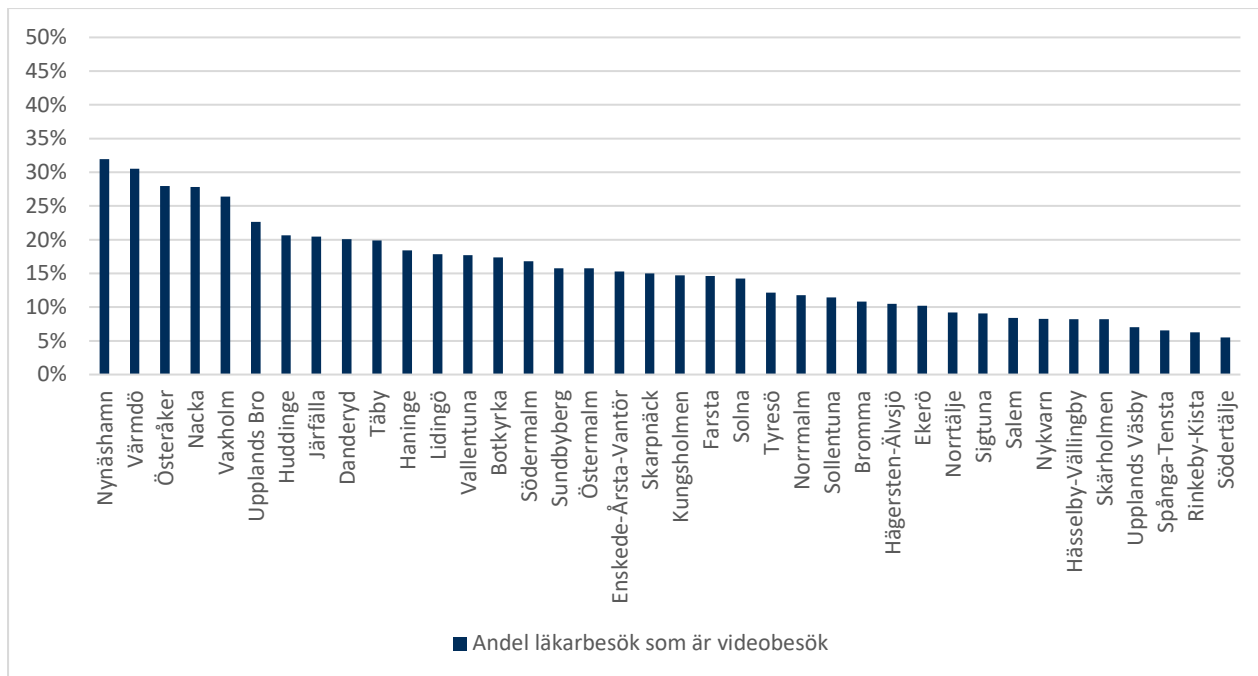


Bilaga figur 4. Procentuell skillnad i antal videobesök och fysiska besök för somatisk vård hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm, för personer med ADHD/autism jämfört med individer utan psykiatriskt tillstånd

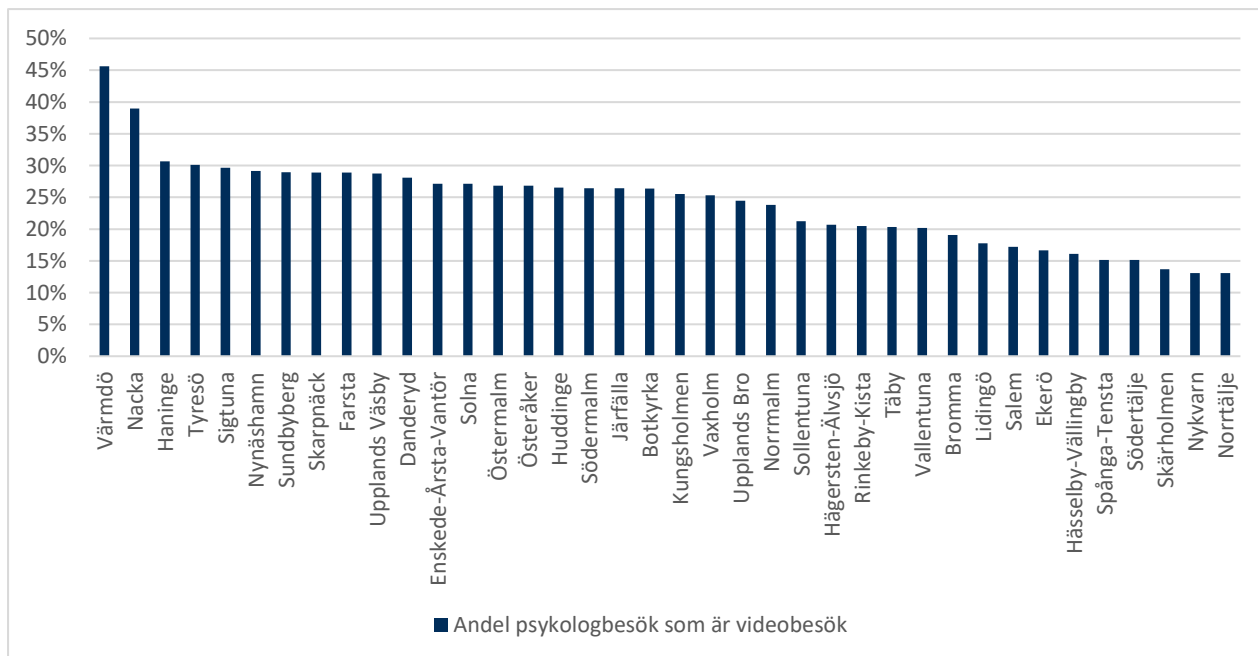
Bilaga tabell 4. Genomsnittligt antal besök per person samt hur stor andel av respektive grupp som har gjort minst ett besök hos läkare inom primärvården år 2021 i Region Stockholm för somatisk vård

	Ålder	Andel av befolkningen som gjort minst ett fysiskt besök hos läkare för somatisk vård (%)		Andel av befolkningen som gjort minst ett videobesök hos läkare för somatisk vård (%)		Antal fysiska besök hos läkare för somatisk vård per invånare		Antal videobesök hos läkare för somatisk vård per invånare	
		ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriskt tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriska tillstånd	ADHD/autism	Ej psykiatriska tillstånd
Kvinnor	0-17	51,3	49,0	14,8	16,5	1,01	1,06	0,22	0,26
	18-29	56,1	42,1	24,6	19,8	1,25	0,80	0,44	0,30
	30-49	62,7	46,0	28,6	17,5	1,70	0,97	0,56	0,27
	50-64	72,6	53,8	23,5	14,3	2,28	1,27	0,47	0,22
Män	0-17	43,6	49,0	11,7	15,5	0,81	1,07	0,17	0,24
	18-29	38,9	30,7	10,9	11,4	0,72	0,51	0,16	0,16
	30-49	48,3	32,2	16,3	10,9	1,04	0,59	0,27	0,15
	50-64	64,9	44,9	15,8	9,6	1,75	0,96	0,26	0,14

Bilaga 3. Andel videobesök per patients boendeområde



Bilaga figur 5. Andel videobesök av läkarbesöken inom psykiatrin 2021, per patients boendeområde



Bilaga figur 6. Andel videobesök av besöken hos psykolog inom psykiatrin 2021, per patients boendeområde

