

Nätläkare i primärvården – lindring eller lidande?

MÅRTEN BLIX OCH JOHANNA JEANSSON

Mårten Blix är verksam vid Institutet för Näringslivsforskning (IFN).
marten.blix@ifn.se

Johanna Jeansson är fristående omvärldsanalytiker och krönikör i *Dagens Industri*.
johanna@jeansson.se

Vårdkontakt via internet är en positiv innovation som förbättrar bristande tillgänglighet i primärvården. Den kritik som riktats mot att digitala vårdtjänster uppmuntrar till överutnyttjande är delvis missriktad, och kraften bör i stället ägnas åt att anpassa systemet som alla vårdgivare verkar i. Avgörande för att få ta del av fördelarna med digital vård utan att kostnaderna skenar är att den offentligfinansierade vårdens grindvaktsfunktion förstärks samt att innovationerna används för att förbättra samarbetet över hela vårdkedjan.

Utän rätt reformer av pris- och ersättningssystem riskerar i stället innovationskraften att bromsas precis när vårdsektorn behöver den som bäst, i takt med en åldrande befolkning.

Beskrivningen av svensk offentligfinansierad sjukvård har länge sett liknande ut. Vården hamnar ofta högt i internationella rankingar som mäter klinisk kvalitet.¹ Däremot är det sämre ställt när det gäller vårdens tillgänglighet och vårdkontinuitet.² En nyhet sedan 2016 är tillkomsten av privata digitala vårdtjänstbolag. Företag som Kry, Min Doktor och Doktor.se har utvecklat tjänster som gör det enkelt att nå sjukvården via en smart telefon eller en dator. Precis lika lätt som vi kan köpa varor och tjänster online, lika lätt har det blivit att kontakta den offentligfinansierade vården.

Förändringen borde vara en radikal förbättring inte minst för dem med många vårdkontakter – som småbarnsföräldrar eller kroniskt sjuka – samt för dem som har svårt eller lång väg att resa – som äldre eller boende i glesbygd med långt till närmaste vårdcentral. Mindre restid och väntetid vid vårdcentraler innebär mindre frånvaro från arbete, vilket gynnar både den enskilde och arbetsgivaren. Minskad smittorisk när patienter inte behöver besöka en vårdcentral är också av betydelse. Dessutom innebär digitala vårdkontakter att läkarnas arbetstid kan utnyttjas bättre. Framöver lär vi även se tjänster som underlättar för patienter att vara mer aktiva i sin egen hälsa eller verktyg som kan underlätta förebyggande vård.

Nätläkarbolagen har emellertid mötts av kritik från olika håll, främst från läkarkåren (Andersson m fl 2017). Innebörden i kritiken är bl a att de privata vårdtjänstbolagen dränerar andra, mer behövande vårdområden på resurser, att antibiotika skrivs ut i onödan samt att starka socioekonomiska

Vi vill särskilt tacka följande personer för synpunkter: Peter Frykblom, Anna Häger Glenngård och Charlotta Levay. Vi är även tacksamma för bakgrundsmaterial från Agneta Rönn och Jonatan Vincent samt för intervjuer med Livia Holm, Martin Lindman och Daniel Persson. Alla åsikter som uttrycks är författarnas egna. Vi är också tacksamma för forskningsassistans från Charlotta Olofsson.

¹ Sverige har t ex låg dödlighet i cancer och utskrivning av antibiotika (OECD 2017, s 57, s 103).

² Bristande tillgänglighet och kontinuitet beskrivs av t ex Vårdanalys (2014).

grupper överkonsumerar vård. Det finns en slående likhet mellan kritiken mot privata nätläkare och den mot effekterna av det fria vårdvalssystemet (LOV).

En förklaring till kritiken mot nätläkarna är att digitaliseringen krockar med etablerade rutiner och hierarkier i sjukvården och därmed skakar om en bransch med starka traditioner och värderingar. Inte all kritik, men stora delar av den, är dock missriktad. Digitaliseringen av vården, precis som all utveckling, kommer med barnsjukdomar. Problemen beror inte främst på tekniken och nätläkarna i sig utan snarare på att landstingens pris- och ersättningsmodeller är i otakt med utvecklingen. Det lär snart bli ekonomiskt ohållbart med låga eller inga avgifter i den skattefinansierade vården när det är så enkelt att nå läkare via appar.

Det mest överraskande med de nya kontaktvägarna inom vården är att det tagit så lång tid innan tekniken kommit till användning. Videosamtal via internet har funnits åtminstone sedan Skype lanserades 2003, och i USA har digitala läkare verkat nästan sedan de smarta telefonerna introducerades. Några svenska landsting använder sig i viss mån av videosamtal, men det har tagit lång tid och har inte riktigt slagit igenom. I stället är det de privata aktörerna som tagit det avgörande steget när det gäller att utveckla en smidig och enkel tjänst via smarta telefoner.

Vårt huvudbudskap är att digitaliseringen i bred bemärkelse bör kunna tillgodose *mer* sjukvård. De privata nätläkarna kan komma att spela en viktig roll i att avlasta primärvården och förbättra individens vårdupplevelse, men de positiva effekterna sker inte med automatik. För att undvika skenande kostnader och felallokering av resurser krävs reformer för en mer välutvecklad grindvaktfunktion utan avgiftsfria besök i primärvården men med en bättre ansvarsfördelning över hela vårdkedjan, vare sig det gäller fysisk eller digital vård.

När det gäller sjukvården är det också centralt att all vård, även den som sker i landstingens regi, kontrolleras med *samma* måttstock. Det finns exempel där privata aktörer hålls till en högre standard än motsvarande verksamhet i offentlig regi.³ Omfattande snedvridning av konkurrens förekommer genom att offentlig verksamhet tilldelar verksamhet i egen regi mer ekonomiska medel än vad privata aktörer får i ersättning enligt LOV (Konkurrensverket 2014). Ändå går mer än hälften av vårdcentralerna i landstingens regi med förlust.

Det är värt att ha i åtanke att det inte är första gången som nya aktörer utsätter Sveriges regionala självstyre och det nationella välfärdssystemet för ett omvandlingstryck. När den privata förskolan Pysslingen skulle erbjudas skattefinansierad barnomsorg i mitten av 1980-talet uppstod en hätsk politisk konflikt. Likaså möttes privata alternativ inom äldreomsorgen i Danderyd 1989 av politiskt – och senare juridiskt – motstånd. Sedan dess

³ Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har först nekat privata aktörer att ta över driften av äldreboenden med hänvisning till för låg nattbemanning trots att den skulle varit oförändrad jämfört med i kommunal regi (Carlbom 2017). Efter kritik har IVO senare reverserat det ställningstagandet.

har lagstiftningen anpassats, och privata aktörer inom både förskolan och äldreomsorgen är legio i dag.

Lärdomen från dessa tidigare perioder är att inte försöka hindra utvecklingen utan att i stället ägna kraften åt att anpassa regler, ersättningsystem och rutiner för kvalitetsgranskning så att de bättre passar den nya verkligheten.

1. Kostnad, tillgänglighet och nya aktörer

Nya aktörer och digitala tjänster

Digitaliseringen påverkar många branscher, och även om sjukvården är speciell finns fler likheter än skillnader när det gäller effekter av de digitala nätverken. Den amerikanske läkaren Eric Topol har i en uppmärksammad bok argumenterat att makten över vården i allt högre grad kommer att flyttas till patienten och att branschen står inför samma omvälvande effekter som påverkat andra tjänster (Topol 2015). För Sverige som har byggt sitt system kring en *behovsstyrd* vård har det betydelse att patienterna nu ges möjlighet att *efterfråga* mer vård. Det finns redan en mängd olika sjukvårdstjänster via webben och via appar (se tabell 1).

Tabell 1
Exempel på sjukvårdstjänster via appar i Sverige, Storbritannien och USA

Sverige	Storbritannien	USA
Kry, Min Doktor, Doktor.se, Doktor24, A & O i Vården, Min Vård, Medichack, Närhälsan online, Videmöte SLL, First Derm, iDoc24, Medicoo	Babylon Health, Push Doctor, Dr Now, Vitality GP, Ada Personal Health Companion	Doctor on demand, LiveHealth Online, Teladoc, Amwell, HealthTap, MDLive, American Well, StatDoctors, MeMD

Anm: Vissa appar har begränsad funktionalitet utanför respektive land.

Källa: Egna uppgifter.

Den svenska varianten av nationella privata företag i skattefinansierad vård bygger på patientlagen, som möjliggör för patienter att söka vård var som helst i landet, samt lagen om valfrihet (LOV), som sedan 2009 ger fri etableringsrätt för privata aktörer. Utan LOV hade ingen skattefinansierad nätläkare kunnat verka utanför patientens hemlandsting. När en patient i dag kontaktar en nätläkare syns på ytan ingen större skillnad jämfört med digital vård i andra länder. Bakom skärmen döljer sig emellertid en väsentlig olikhet.

Alla nätläkarbolag är på något sätt kopplade till ett visst landsting, medan patienterna återfinns över hela landet. Inte heller läkarna är platsbundna. I denna enkla konstruktion finns således ett embryo till en nationell digital vård trots att landstingen är självständiga. Det betyder att Sverige har fått ett slags hybrid i sjukvården – en nationell digital primärvård som är ställd under ett regionalt fysiskt tillsynsansvar hos respektive landsting.

Kry och Min Doktor, som etablerade sig först, gjorde det via Region

Jönköpings lön (RJL). De saknar dock en direkt relation till RJL och är i stället underleverantörer till två privata vårdcentraler som är kontrakterade av RJL inom ramen för vårdvalet i primärvård (LOV). Med Kry och Min Doktor blev det i ett slag möjligt för RJL att förmedla digital vård till patienter i hela Sverige. Besöken för de patienter som inte hör till nätläkarens landsting räknas dock formellt som ett utomlänbesök med en annan taxa och administration.

Av de större digitala aktörerna har Min Doktor vuxit sig störst i termer av omsättning, följt av Kry (se tabell 2). När det gäller antal digitala vårdbesök har däremot Kry registrerat mer än dubbelt så många som Min Doktor under perioden juni 2016 till december 2017. Det senaste året har fler landsting inlett samarbeten med en växande skara digitala vårdgivare. Vårdbolaget Doktor.se har valt en delvis annan lösning genom att köpa en vårdcentral i Sörmland som bedriver såväl vanlig fysisk som digital vård över nätet. Sörmland har som enda landsting i Sverige avgiftsfri primärvård även för vuxna. Det innebar en möjlighet för alla i Sverige att från början av 2018 få tillgång till avgiftsfri primärvård via Doktor.se. Denna möjlighet upphörde efter endast cirka 2,5 månader, då Sveriges Kommuner och Landsting enades om att införa en lägsta rekommenderad avgift för digital vård över hela landet.

	Start	Länder	Antal anställda + läkare knutna till tjänsten	Antal besök t o m december 2017	Omsättning mnkr 2016
Min Doktor	2013	Sverige	185	77 465	33
Kry	2014	Sverige, Norge, Spanien	285	155 304	14,5
Doktor.se	2016	Sverige	130	–	–

Tabell 2
De största svenska digitala vårdaktörerna

Anm: Samtliga går med förlust år 2016. Antal vårdbesök är summan av besök från juni 2016 till december 2017. Doktor.se startade 2016 och därför finns inte jämförbara siffror för det året.

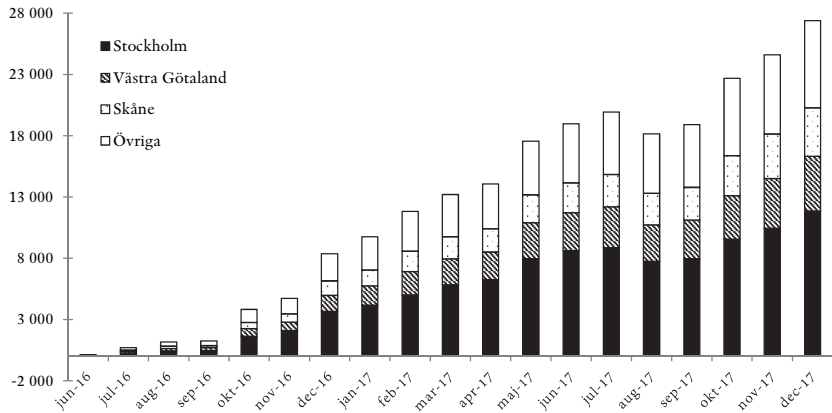
Källa: Intervjuer med bolagen, nyhetssajten Breakit (2017) och RJL (2018).

Vem efterfrågar digitala läkare?

Digitala vårdbesök betyder att tillgängligheten till primärvården har revolutionerats. Om det finns tillgängliga läkare i större städer, men inte i glesbygden, kan digital vård då tillgodose efterfrågan över hela landet. Som framgår av figur 1 ökar antalet digitala vårdbesök kraftigt, och i december 2017 uppgick de till ca 27 000. Under 2017 (december–december) är det en ökning med nästan 230 procent.

Det framgår även från figur 1 att det föga överraskande är de regioner med störst befolkning – Stockholm, Västra Götaland och Skåne – som står för merparten av alla digitala vårdbesök under perioden juni 2016 till december 2017. Mer oväntat är att Stockholm, som står för 43 procent av alla besök, är nästan dubbelt överrepresenterat i förhållande till sin andel av

Figur 1
Antal digitala vård-
besök vid Region
Jönköpings län juni
2016–december 2017



Källa: RJL (2018).

befolkningen på ca 23 procent 2017.⁴ Skåne och Västra Götaland konsumerar däremot digital vård nästan i paritet med sina befolkningsandelar.

De som hävdar att nätläkarna gör höginkomsttagare i Stockholm till de stora vinnarna bortser från att den digitala vården är tillgänglig på lika villkor till *alla* – låg- som höginkomsttagare. En så bred tillgänglighet är inte på något sätt självklar. Kry och Min Doktor hade kunnat skapa en åtkomst med enbart privata betal- eller försäkringskunder, som t ex skett i USA. I stället riktar de sig till allmänheten och det med en högre bemanning på kvällar och helger när primärvården till stora delar är stängd. Studier visar att digital vård har ökat kraftigt och uppskattas av patienterna (Madan 2014; Pearl 2014; Ashwood m fl 2017). Det enda som krävs är en internetuppkoppling, vilket förvisso fortfarande kan vara ett hinder i delar av landet. Men samtidigt som den ökade tillgängligheten borde underlätta för äldre, för dem med funktionshinder eller kroniskt sjuka på landsbygden – som i enkäter också har uppgett problem med tillgänglighet – talar de svenska siffrorna än så länge för att det ändå är andra grupper som är de största användarna. Ska den digitala vården på allvar förbättra för fler gäller därför att arbeta för att underlätta för patienter som saknar internetuppkoppling eller vana att använda ny teknik.

Från figur 2 framgår att åldersfördelningen för digital vård är särartad. Inte helt överraskande gäller besöken främst små barn i åldern 0–4 år. De representerar knappt sex procent av befolkningen, men står för nästan 20 procent av alla digitala vårdbesök. Det är värt att notera att åldersfördelningen stämmer överens med vad man borde vänta sig från småbarnsperioden, medan gruppen 65+ har ett mycket litet nyttjande av digital vård i relation till sin befolkningsandel. Att det är så hänger troligtvis ihop med en lägre grad av digital mognad. I takt med att dagens användare av smarta

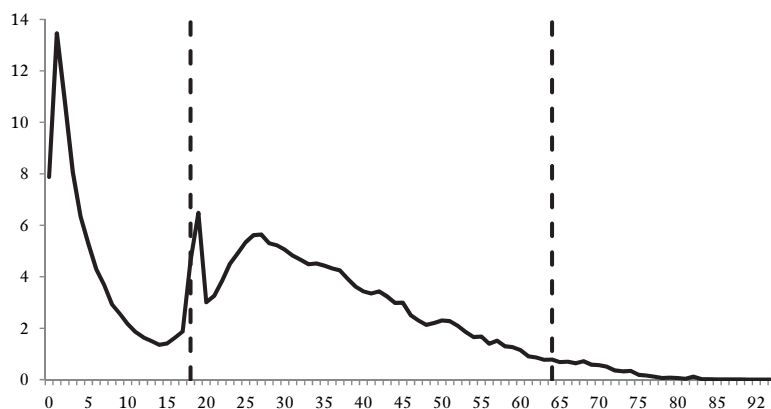
⁴ Vi har inte överblick över vilken reklam för nätläkare som förekommer i övriga delar av landet, men det finns däremot ganska mycket reklam för nätläkare i Stockholm.

Åldersgrupp	0–19	20–64	65+
Digital vård	37,8	59,5	2,7
Totalt i befolkningen	22,9	57,3	19,8

Tabell 3
Andel digitala vårdbesök jämfört med befolkningen i olika åldersspann

Anm: Befolkningsandelar är från november 2017 och digital vård från december 2017.

Källa: RJL (2018) och SCB (2018).



Figur 2
Antal digitala besök fördelade på ålder vid Region Jönköpings län juni 2016 till december 2017

Källa: RJL (2018).

telefoner åldras är det rimligt att anta att nyttjandegraden för digital vård ökar även för de äldre åldersgrupperna och att åldersfördelningen gradvis går från allt likna ett "L" till ett "U".

2. Prissättning, efterfrågan och kvalitet på digital läkarvård via appar

Svensk sjukvård har länge brottats med att nå det politiska målet om en högkvalitativ sjukvård som ska vara tillgänglig för alla samtidigt som den ska vara kostnadseffektiv. Ett ledord har varit att vården ska vara behovsstyrd i stället för efterfrågestyrd.

Att ta ut en avgift för vård är en typ av grindvaktsfunktion som i viss mån kan bromsa efterfrågan. Samtidigt visar studier att priskänsligheten för sjukvård i Sverige inte är särskilt hög, vilket innebär att antalet vårdbesök inte ändras mycket när priset ändras (Jakobsson och Svensson 2016). Till det kommer att högkostnadsskyddet för medicin och sjukvård minskar plånbokens betydelse för efterfrågan. I dag sker ransoneringen av vården därför mest genom kötider, vilket troligen är en förklaring till missnöjet med primärvårdens tillgänglighet.

Ökade spänningar i ersättningsystemen

Med den digitala vården försvagas grindvaktfunktionen kraftigt. För barn upp till 19 års ålder är primärvården avgiftsfri i nästan alla landsting och då saknas kostnadsspärren. Som framgick i figur 1 ovan är det också små barn som mest tar del av den digitala primärvården. På ett sätt är detta bra. Små barn i dagisålder är ofta sjuka och med digitala besök slipper både de och deras föräldrar resan till vårdcentralen med ökad smittorisk. Dessutom kan tidsvinsten med digitala besök underlätta för barnens föräldrar, deras arbetsgivare och därmed i förlängningen även de offentliga finanserna. År 2016 ansökte totalt ca 870 000 individer om ersättning för tillfällig föräldrapenning hos Försäkringskassan och ca 7,2 miljarder kr betalades ut för vård av sjukt barn (VAB). Med så stora belopp kan det ge betydande kostnadsbesparingar om barnen bara är lite friskare och föräldrarna lite mer på jobbet.

Att barnsjukvården är avgiftsfri samtidigt som ransoneringen försvagas är dock problematiskt. Primärvård, akutmottagningar och digital vård bör ses som en helhet med kommunicerande kärn som ska täcka in olika vårdbehov samt stå för förebyggande åtgärder. Inom akutvården finns indikationer på att behandling av svårt sjuka barn blir eftersatt när föräldrar och barn söker vård för åkommor som hade kunnat behandlas i primärvården eller i hemmet (Ludvigsson 2017). Nätläkarna erbjuder ett alternativ till besök på akuten, men om användandet och därmed kostnaderna för digital vård ökar för mycket riskerar det ändå att tränga ut finansieringen av den övriga vården. En sådan felprioritering är emellertid inte nätläkarnas fel. De erbjuder en sjukvårdstjänst som befolkningen uppenbarligen efterfrågar.

Det finns förstås en insikt om detta hos landstingen, men lite har hänt. I dag ser processen för ersättning av digital vård ut på följande sätt. Patienten betalar en del av kostnaden i form av patientavgiften på runt 200 kr, men som lägst 100 kr efter en rekommendation från Sveriges Kommuner och Landsting den 16 mars 2018.⁵ Därefter överförs ärendet till den fysiska vårdcentralen i exempelvis RJL, som tar emot ersättning av regionen, en ersättning som den digitala vårdcentralen sedan får del av. Regionen debiterar i sin tur patientens hemlandsting, förut enligt taxan för utomlänbesök och numera enligt taxan för digitala besök, samt tar en administrationsavgift av vårdcentralerna. Vissa landsting kräver sedan tillbaka ersättning från sina vårdcentraler, vilket inte alltid uppskattas av berörda läkare.

Under 2016 var utomlänserättningen till RJL 2 195 kr per vårdbesök, vilket minus patient- och administrationsavgifter gav den fysiska och den digitala vårdcentralen ca 1 700 kr att dela på. Sedan dess har ersättningen i rask takt sänkts i två omgångar. Vid årsskiftet 2016/2017 införde RJL en

⁵ I andra länder finansieras sjukvård med olika kombinationer av egenavgifter, skattesubventioner och försäkringar. I Storbritannien är primärvårdsbesök ofta avgiftsfria (Vårdanalys 2017). I Sverige är den vanligaste patientavgiften i primärvården 200 kr 2018, men den varierar från noll i Sörmland till 300 kr i Jämtland. Den vanligaste avgiften för akutvården är 400 kr, men även här är variationerna stora mellan olika landsting. Äldre över 85 år betalar ingen avgift i öppenvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 3 §).

särskild taxa för webbaserade läkarbesök på 1 200 kr, som sedan sänktes till 650 kr, inklusive eventuell patientavgift (SKL 2017).

I den fysiska primärvården sker ersättningen huvudsakligen genom skapitation på basis av hur många som listar sig hos en vårdcentral, där bl a ålder eller socioekonomiska faktorer vägs in. Det som sker när fler patienter använder nätläkare via andra landsting är att en viss administrativ rundgång skapas. Principiellt går det att följa de flöden som uppstår. Däremot är de kvantitativa budgeteffekterna svårare att överblicka – även för experterna. Landstingen är själva ansvariga för sina egna system, och oss veterligen finns ännu ingen samlad analys av hur kostnads- och ersättningssystem påverkas av de förändringar som inleddes 2016.

Digitala aktörer och innovationer inom sjukvården

I takt med att användandet av nätläkare ökar talar det mesta för att ersättningssystemet utsätts för allt större slitningar. I dag går de stora digitala aktörerna med förlust, vilket i och för sig inte är ovanligt för nya företag, men förr eller senare behöver de uppvisa vinst för sina ägare. Vinstfrågan för digital vård är svårare än för andra välfärdstjänster i privat regi eftersom sjukvård i landstingens regi och kommunal skolpeng sätter en norm för ersättningsnivån. Därmed finns en relevant jämförelsebas för vad som är en rimlig ersättning, men så är ännu inte fallet med digital nätläkare. Värt att notera är att ersättningen för ett digitalt besök nu är mindre än hälften av vad ett genomsnittligt besök i primärvården uppskattas kosta.⁶ Det gör ersättningsfrågan svår, vilket inte minst landstingens snabba sänkning av ersättningen visade (SKL 2017).

Digital vård kan förstärka den pågående politiska tvisten om vinster i välfärden i och kring Reepaluutredningen. Stora vinster kan skapa irritation i läkarkåren, medan små vinster riskerar att få innovationen inom den digitala vården att stanna av. En annan risk är att landstingen förändrar villkoren till den grad att nätläkarna ändrar sin affärsmodell och fokuserar på enbart privata kunder via försäkringar eller avgifter, vilket i så fall skulle stänga ute socioekonomiskt svagare grupper. Innovationen med nätläkare för alla hänger således på en *skör* tråd och det är viktigt att landstingen beaktar konsekvenser av ändrade villkor.

I dag motsvarar de digitala vårdbesöken knappt två procent av de fysiska primärvårdsbesöken, men det behöver inte ta många år innan andelen är uppe i 10 procent. Vad händer med ersättningssystemet då eller om de digitala besöken blir 20, 50 eller 90 procent av primärvårdsbesöken?

Ökad tillgänglighet eller överanvändning?

När det gäller frågan om digitala vårdgivare i dag mest uppmuntrar till överanvändande eller faktiskt kan avlasta befintlig vård visar internationella studier att resultaten i hög grad påverkas av *hur* den digitala vården

⁶ Landstingens kostnad per viktad vårdkontakt i primärvården var drygt 1 700 kr 2016 enligt Vården i siffror (2018).

utformas. En amerikansk studie med 300 000 patienter under 2011–13 fann en volymökning med 88 procent och endast 12 procent avlastning av primärvården (Ashwood m fl 2017). Men i ett sex månader långt pilotförsök hos Hurley Group, en grupp vårdcentraler inom den brittiska nationella vården, fick digitala kontakter nästan en femtedel av patienterna att inte känna behov av ett fysiskt besök (Madan 2014). Den totala tiden för läkarbesök gick också ner.

Patienterna i den brittiska studien fick tillgång till digitala lösningar som självhjälpsguider, telefonrådgivning dygnet runt samt e-konsultation hos sin husläkare som komplement till den kontakt de redan hade med sin vårdcentral. Resultatet blev nöjdare läkare och nöjdare patienter, där ca 80 procent av läkarna ville implementera lösningen själva och ca 80 procent av patienterna skulle rekommendera andra att få rådgivning över nätet. Resultaten indikerar att samordning och kontinuitet är en viktig del för att förbättra sjukvårdens kvalitet och kostnadseffektivitet. I dag riskerar de digitala tjänsterna dock att splittra vårdkedjan. Det eftersom patienter inte kan lista sig hos digitala vårdgivare utan bara hos fysiska vårdcentraler, som därmed behåller ansvaret för förebyggande och sammanhållande vård.

Kritiker pekar på att det finns begränsningar i vilka medicinska bedömning som går att genomföra vid ett digitalt besök (Andersson m fl 2017), vilket bl a är en faktor som talar emot att digitala vårdgivare skulle få lista patienter. Representanter för Kry invänder dock att mycket information om patientens hälsotillstånd går att utläsa från ett videosamtal via ansiktssuttryck, kroppshållning och annan visuell information (Schildt m fl 2017). Även om digital vård än så länge passar bäst för enklare diagnoser är det en begränsning som lär avta. Inom t ex mental ohälsa finns goda erfarenheter av att använda videosamtal, och en litteraturgenomgång (Hilty m fl 2013) visar att det inte finns någon väsentlig skillnad i diagnos jämfört med fysiska besök. Nya digitala verktyg utvecklas hela tiden och allt eftersom fler medicinska mätinstrument kan kopplas till smarta telefoner förbättras möjligheterna för distansvård. Kanske blir det i framtiden lika ovanligt att besöka en fysisk vårdcentral som att i dag gå till banken?

Incitament och regelverk avgör kvaliteten

Kritik har även riktats mot kvaliteten på digital vård. För att starta verksamhet krävs ett medicinskt tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), men det är landstinget där nätläkarna är registrerade som ansvarar för tillsynen.

Ett område som särskilt följs i tillsynssammanhang är hantering av antibiotika.⁷ Här visade en granskning av RJL 2016–17 brister i hur de digi-

⁷ Det är väl känt att antibiotikaresistens har ökat runt om i världen som en följd av alltför lättvindig hantering. I USA har exempelvis *Center for Disease Control* funnit att *en av tre* antibiotikaföreskrivningar gjorts i onödan. När digitala vårdbesök inleddes i USA fanns tecken på överutskrivning av antibiotika (Mehrotra m fl 2013).

tala vårdgivarna ställt diagnoser för lunginflammation och halsfluss. I en majoritet av fallen uppfylldes inte regionens kriterier för att ställa diagnos, ändå skrev läkarna ut antibiotika i flera fall (RJL 2017). Sedan dess har RJL flaggat för strängare regler. Till exempel ska det införas begränsningar när det gäller vilka diagnoser som får ställas digitalt, samtidigt som nätläkarna måste lämna ifrån sig mer information om patientbesöken.

Det är problematiskt om riktlinjer inte följs. Att nätläkare i allmänhet skulle vara mer benägna att överförskriva läkemedel eller ställa fel diagnoser syns dock inte i en mindre amerikansk studie som jämfört digitala och fysiska besök (Schoenfeld m fl 2016), även om det fanns stora skillnader mellan vårdgivare. Forskning på svenska data visar att viss kalibrering i ersättningssystemen minskar utskrivningen av antibiotika (Ellegård m fl 2018).

Lika förståeligt som det är att problem uppstår i inledningsfasen av digital vård, lika centralt är att tillsynen drar lärdomar av det. Här är viktigt att kunskapen om *best practice* för digital vård inte stannar i enskilda landsting utan kommer hela landet tillgodo. Bättre och samlad statistik över digital vård är därför angeläget.

Ett problem är att bristen på nationell samordning mellan olika landsting skapar hinder för digital vård. Till exempel varierar kraven på hur laboratorieprover ska märkas och det finns inget tillgängligt nationellt patientregister. Kombinationen av företag som har incitament att på kort tid få så många nöjda kunder som möjligt, samtidigt som det finns svårigheter att skicka prover för analys kan mycket väl leda till underanvändning av diagnostik men en överförskrivning av medicin.

3. Avslutande diskussion

Digital vård har potential att lindra primärvårdens bristande tillgänglighet. Videosamtal sparar tid för patienter, minskar risken för smitta vid fysiska besök och ökar läkarnas flexibilitet. Köer kan kortas om digitala vårdgivare till en början avlastar den fysiska primär- och sjukhusvården vad gäller enkla diagnoser, receptföreskrifter och remisser. Digitala lösningar kan också användas i förebyggande syfte, för att snabbare slussa patienter rätt, koordinera patientinformation eller för att hjälpa vårdgivare att ställa säkrare diagnoser. Slutligen möjliggör digitaliseringen att mer vård kan ske på distans i hemmet, vilket minskar kostnaderna för den slutna sjukhusvården och har potential att förbättra tillgången på vård i hela landet. Än så länge är det mest barn och storstadsbor som utnyttjar tjänsterna, men rätt använd borde äldre, kroniskt sjuka och boende i glesbygd kunna dra mer nytta av digital vård.

Samtidigt finns en påtaglig risk att digitaliseringen i stället ger ökat lidande. Dels för de offentliga finanserna, eftersom grindvaktfunktionen nästan blir obefintlig och notan skickas till skattebetalarna. Dels för vården, eftersom digitala aktörer riskerar att splittra vårdkedjan så länge de inte tillåts lista egna patienter och därmed bli fullt ut ansvariga för dem.

Den dramatiska ökningen av digital vård sedan starten 2016 visar tydligt vilka krafter som är i rullning. För att bättre anpassa dagens system till en ny verklighet vill vi peka på tre centrala frågor:

- 1) *Det måste finnas incitament för vårdgivarna att ge en sammanhållen och förebyggande vård och inte uppmuntra till överutnyttjande.* För att undvika överutnyttjande och få vården så kostnadseffektiv som möjligt gäller att utforma ersättningssystemen så att vårdgivarna får ett större sammanhållet ansvar för patienten. En given rekommendation är att befintliga fysiska vårdgivare drar bättre nytta av de digitala innovationer som skett och integrerar dem i sin egen vård. Det kan ske antingen genom ett förbättrat samarbete mellan befintliga fysiska och digitala vårdgivare eller genom att fysiska vårdgivare utvecklar egna digitala tjänster. Att tillåta att patienter listar sig hos en nätläkare kan vara ett sätt att öka incitamenten för dem att ge en sammanhållen vård. Denna möjlighet bör utredas.
- 2) *Primärvården bör inte längre vara avgiftsfri, varken för barn eller andra. Socioekonomiskt svaga grupper kan stödjas genom ett mer träffsäkert högkostnadsskydd.* Ökad digital tillgänglighet förvärrar redan nu de ekonomiska konsekvenserna av bristande helhetssyn i landstingens system. Offentliga finanser kanske inte förblöder i närtid, men utvecklingen riskerar i alla fall att tvinga fram tveksamma prioriteringar. Med en låg avgift för barnsjukvård återupprättas en symbolisk grindvaktfunktion utan att tillgängligheten försämras. Huruvida nätläkare och besök vid vårdcentral ska ta ut en och samma avgift är en svår fråga. En högre avgift för nätläkare skulle kunna motiveras för att förstärka grindvaktsskyddet. Förutom i Sörmland finns i skrivande stund ingen skillnad i patientavgift mellan digital vård och vanliga besök i primärvården. Det är bra. Vi ser annars en risk för att innovationsviljan i vårdsektorn kan kvävas, om det blir ytterligare avgiftsskillnader. Avgifter för barnsjukvård bör kombineras med ett mer träffsäkert högkostnadsskydd. Ersättningssystemet mellan landstingen och nätläkarna måste också ses över på ett sätt som inte bromsar utvecklingen.
- 3) *Mer kraft bör satsas på att utveckla best practice för digital vård.* Kunskapen om vilken vård som lämpar sig för digitala kontakter bör öka och göras mer systematisk. Ett exempel på urvalsfunktion finns hos Min Doktor, som använder sig av ett antal kontrollfrågor för att urskilja vilka patienter som borde vända sig till andra delar i vården. Det är sunt. En sådan funktionalitet bör utvecklas och bli mer sofistikerad för att göra vården bättre på att kanalisera resurser. Här finns förhoppningar om att ny teknik ska kunna stärka vårdkedjan och hjälpa patienter rätt. På så sätt borde patienter kunna få mer vård utan betydande kostnadsökningar. Erfarenheten från andra områden visar att digitaliseringens vinster blir större genom storskalighet och nätverkseffekter. Det kommer också att behövas förstärkta rutiner för tillsyn och nya former av datainsamling

för den digitala vården. Datainsamling bör inte bara ha som syfte att leda till bättre digitala vårdtjänster utan också underbygga forskning om medicinering och andra effekter för bättre hälsa och förebyggande åtgärder.

En del kritiska röster lär pejorativt benämna en ökning av den digitala vården som ”lyxkonsumtion”. Det vore olyckligt om ett sådant epitet fastnar eftersom det innebär en slags värdering om vad som är ”rätt” omfattning på vården, som dessutom antyder att nuvarande vårdkonsumtion är den korrekta. Nätläkarna kan lindra en del av den dåliga tillgängligheten och förbättra uppföljningen inom svensk vård i dag. Däremot ska inte fördelarna tas för givna eftersom de också kräver att systemet anpassas. Utan förändringar kommer kostnaderna att öka och prioriteringen i vården kommer att få allt mer kännbara konsekvenser för vårdtunga patienter. Det är ersättningssystem och tillsyn som ska reformeras, inte patienternas efterfrågan på sjukvård.

Andersson, O, J Sjögren och H Åsberg (2017), ”Nätläkarbolagen dränerar en underfinansierad primärvård”, *Dagens Nyheter*, 2 mars 2017.

Ashwood, J S, A Mehrotra, D Cowling och L Uscher-Pines (2017), ”Direct-to-Consumer Telehealth May Increase Access to Care but Does Not Decrease Spending”, *Health Affairs*, vol 36, s 485–491.

Breakit nyhetsajt (2017), ”Min doktor dubbelt så stor som konkurrenten Kry”, nyhetsartikel, 28 juli 2017, www.breakit.se/artikel/8359/min-doktor-dubbelt-sa-stor-som-konkurrenten-kry.

Carlbon, T (2017), ”Privata boenden får rött ljus av Ivo”, *Dagens Samhälle*, 21 december 2017.

Ellegård, L M, J Dietrichson och A Anell (2018), ”Can Pay-for-Performance to Primary Care Providers Stimulate Appropriate Use of Antibiotics?”, *Health Economics*, vol 27, s e39–e54.

Hilty, D M m fl (2013), ”The Effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review”, *Telemedicine Journal and E-Health*, vol 19, s 444–454.

Jakobsson, N och M Svensson (2016), ”The Effect of Copayments on Primary Care Utilization: Results from a Quasi-Experiment”, *Applied Economics*, vol 48, s 1–11.

Konkurrensverket (2014), ”Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor”, rapport 2014:2, Konkurrensverket, Stockholm.

Ludvigsson, J (2017), ”Barnläkare – ta betalt för barns besök på akuten”, *Svenska Dag-*

bladet, 6 december 2017.

Madan, A (2014), ”WebGP: The Virtual General Practice: Pilot Report”, rapport, GP Access, Cossington, Storbritannien, gpaccess.uk/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/e-consult-pilot-report-2014.pdf.

Mehrotra, A, S Paone, G D Martich, S M Albert och G J Shevchik (2013), ”A Comparison of Care at E-Visits and Physician Office Visits for Sinusitis and Urinary Tract Infection”, *JAMA Internal Medicine*, vol 173, s 72–74.

OECD (2017), *Health at a Glance*, OECD Publishing, Paris.

Pearl, R (2014), ”Kaiser Permanente Northern California: Current Experiences with Internet, Mobile and Video Technologies”, *Health Affairs*, vol 33, s 251–257.

RJL (2017), ”Bedömning av Wetterhälsan/Min Doktors följsamhet till fakta avseende handläggning av pneumoni respektive tonsillit vid ’digitala besök’ under perioden 160701–170228”, promemoria, Region Jönköpings län, Jönköping.

RJL (2018), opublicerad statistik, Region Jönköpings län, Jönköping.

SCB (2018), ”Befolkning efter ålder och kön, år 1860–2017”, databas, www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningR1860/?rxid=f45f90b6-7345-4877-ba25-9b43e6c6e299.

Schildt, J, J Flodin, M Nilsson, A Rodhe och R Stolt (2017), ”Videobesök spelar viktig roll i framtidens vård”, *Dagens Nyheter*, 3 mars 2017.

Schoenfeld, A J m fl (2016), ”Variation in

REFERENSER

Quality of Urgent Care Provided during Commercial Virtual Visits”, *JAMA Internal Medicine*, vol 176, s 635–642.

SKL (2017), ”Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården”, bilaga 1 till Sammanträde 12 maj 2017 för Sveriges Kommuner och Landstings styrelse, Dnr 17/02367.

Topol, E (2015), *The Patient Will See You Now*, Basic Books, New York.

Vårdanalys (2014), ”Låt den rätte komma in”, rapport 2014:3, Vårdanalys, Stockholm.

Vårdanalys (2017), ”Primärvården i Europa”, PM 2017:4, Vårdanalys, Stockholm.

Vården i siffror (2018), ”Kostnad per vårdkontakt i primärvården”, databas, vardeni-siffror.se/category/tematiskaindikatorgrupper/kostnader-och-produktivit.