



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska regionala
utvecklingsfonden

Vårderbjudanden med digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering

Nulägesbeskrivning och analys av läget i Sverige

Rapport från projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster



Innehåll

1	Inledning	5
2	Nulägesbeskrivning	6
2.1	Begreppen ordinerad egenvård, hemmonitorering och breddinförande	6
2.2	Kartläggning av regionernas planer	7
2.3	Exempel på vårderbjudanden från offentliga respektive privata vårdgivare	9
3	Analys	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3.1	Offentliga och privata vårdgivares roller och vägval.....	16
3.2	Den växande privata marknaden och frågan om jämlik vård	19
4	Bilagor	21
4.1	Bilaga 1: Exempel på vårderbjudanden med digitala tjänster från privata vårdgivare på den svenska marknaden	21
4.2	Bilaga 2 Intervjufrågor till kontaktpersoner inom regionerna	26

Förord

Föreliggande rapport utgör den tredje i raden av publicerade rapporter inom ramen för projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster.

Rapporten är framtagen i samarbete mellan projektgruppens fyra parter; Stockholm Science City Foundation, Uppsala Bio, Region Norrbotten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Rapportens arbete är delfinansierat av EU:s nationella regionalfondsprogram genom Tillväxtverket.

I rapporten hänvisas på ett flertal ställen till situationen ”idag”. Eftersom utvecklingen av digitala produkter och tjänster för vård och omsorg är snabb, och betalningsmodeller förändras är det viktigt att påpeka att detta är just en nulägesbild som bygger på situationen i Sverige hösten 2019. I rapporten beskrivs endast ett axplock av dagens vårderbjudande eftersom syftet inte är att ge en heltäckande kartläggning utan snarare att beskriva dagens utveckling av vårderbjudanden och erbjuda ett underlag för fortsatt diskussion.

Vidare vill vi tydliggöra att de analyser och reflektioner som presenteras i rapporten är projektets, ingen annans. De har stämts av med styrgruppen, men ska dock inte ses som parternas gemensamma ståndpunkter.

Det är viktigt att läsaren tar hänsyn till det ovanstående vid läsning eller annan användning av innehållet i rapporten.

Stockholm den 21 oktober 2019

För projektgruppen Ordnat införande av digitala produkter och tjänster,
Karina Tellinger McNeil, projektledare.

Sammanfattning

Digitala produkter och tjänster har allt större påverkan på hur svensk hälso- och sjukvård bedrivs. Detta trots att det ännu saknas heltäckande processer för att granska dem och införa dem i vården. Antalet digitala tjänster ökar och erbjuds till patienter både av vårdgivare med och utan offentlig finansiering. Nu ökar trycket på hälso- och sjukvården att införa nya arbetssätt och digitala tjänster.

I denna rapport görs en nulägesbeskrivning och en analys av ett antal tillgängliga vårderbjudanden med digitala tjänster. Fokus ligger på hemmonitorering och ordinerad egenvård för personer med kroniska sjukdomar. Syftet är att bidra med aktuell information och underlag till alla som har ett intresse av området, men framförallt till tjänstepersoner på ledande befattningar inom hälso- och sjukvården. Nulägesbeskrivningen består av exempel på tjänster som finns att tillgå från offentliga och privata vårdgivare idag samt en kartläggning av regionernas planer för införande av digitala vårdtjänster.

Slutsatserna är att samtidigt som utbudet av nya digitala vårderbjudanden ökar så saknas en tydlighet i hur nya lösningar ska integreras i den offentligfinansierade sjukvården på ett hållbart sätt. Vilket bland annat gör att de privata aktörerna prövar olika affärsmodeller och testar betalningsviljan hos patienter i egenskap av konsumenter. Samtidigt har regionerna utmaningar när det gäller att breddinföra digitala vårdtjänster, även i fall då pilotprojekt pekar på att effektivitets- och kvalitetsvinster finns att hämta. I intervjuer med regionerna lyfts behov av stöd som regionerna anser bör adresseras på nationell nivå.

Trycket på att etablera och samordna rutiner och regelverk för att kunna dra nytta av de nya digitala möjligheterna både regionalt och nationellt ökar snabbt.

I analysen diskuteras olika vägval som patienter, företag och offentliga aktörer inom hälso- och sjukvården nu ställs inför. Avsikten är att belysa frågor och vägval kring digitala tjänster som rapportförfattarna menar att offentliga och privata aktörer behöver ta ställning till.

1 Inledning

Digitala produkter och tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering anses av många vara ett av e-hälsans mest lovande områden. Nya vårderbjudanden med digitala tjänster som vänder sig till olika patientgrupper tas nu fram. Erbjudanden kommer från flera olika aktörer, och det är tydligt att det inte längre är endast den traditionella offentligt drivna vården som kan erbjuda längre relationer med patienter med till exempel kroniska tillstånd. Trots att det påvisas nyttoeffekter och kostnadsbesparingar är implementeringstakten av digitala tjänster inom den offentliga vården fortfarande långsam.

De privata digitala vårdgivarna nyttjar den gränslöshet som de digitala tjänsterna erbjuder. Eftersom det står Sveriges invånare fritt att söka öppenvård var som helst i landet, är det möjligt för de privata vårdgivarna att utforma sina erbjudanden för en nationell marknad. Det här innebär att trycket på att etablera och samordna rutiner och regelverk både regionalt och nationellt ökar snabbt.

I denna rapport görs en nulägesbeskrivning som består av exempel på vårderbjudanden med digitala tjänster från både offentliga och privata vårdgivare, samt en kartläggning av regionernas planer för införande av digitala vårdtjänster. I den efterföljande analysen diskuteras olika vägval som patienter, företag och offentliga aktörer inom hälso- och sjukvården nu ställs inför.

Syftet med rapporten är att bidra med aktuell information och underlag till alla som har ett intresse av området, men framförallt till tjänstepersoner på ledande befattningar inom hälso- och sjukvården.

Projektgruppen som utarbetat föreliggande rapport har bestått av:
Karina Tellinger McNeil, projektledare, Sveriges kommuner och Landsting,
Andreas Namslauer, Stockholm Science City Foundation,
Erik Olaisson, Uppsala BIO,
Lisa Lundgren, Region Norrbotten,
Carolina Jansson, Sveriges kommuner och Landsting,
Marianne Norelius, utvärderare.

2 Nulägesbeskrivning

Syftet med nulägesbeskrivningen är att genom exempel beskriva hur några vårderbjudanden med digitala tjänster är utformade idag. De vårderbjudanden som valts ut innehåller digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering, som framförallt riktar sig till patienter med kroniska sjukdomar. Exempel från både offentligt driven vård och från privata vårdgivare, både med och utan offentlig finansiering, lyfts fram. Vidare redovisas en kartläggning av regionernas planer för breddinförande av denna typ av tjänster.

Socialstyrelsen gjorde under 2018, på uppdrag av regeringen, en kartläggning av omfattningen av och inriktningen på digitala vårdtjänster som riktar sig till patienter. Arbetet redovisades i två rapporter som bland annat innehåller sammanställningar av digitala tjänster på marknaden och i vilken omfattning de används (eller testas i pilotprojekt) av olika regioner¹. Fokus för kartläggningen låg på digitala primärvårdstjänster, i första hand genom videomöten med läkare. Föreliggande rapport kompletterar Socialstyrelsens rapporter genom att även beskriva hur olika vårderbjudanden för patienter med kroniska sjukdomar har utformats.

2.1 Begreppen ordinerad egenvård, hemmonitorering och breddinförande

Definitionerna av ordinerad egenvård, hemmonitorering och breddinförande är inte entydiga, här beskrivs hur termerna används i rapporten.

*Egenvård*² är de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid sjukdomar och skador. Begreppet egenvård används ibland för att åsyfta friskvård, som är en samlingsbenämning på sådana åtgärder som stimulerar individen till egna aktiva insatser i hälsofrämjande syfte.

I rapporten används begreppet *ordinerad egenvård* och då åsyftas hälso- och sjukvårdsåtgärder som vårdpersonal har bedömt att patienten kan göra utanför en vårdinrättning, antingen själv eller med hjälp av till exempel en närstående eller en personlig assistent. När det gäller patienter med kroniska sjukdomar handlar det ofta om delar av specialistvård som kan utföras av patienten själv utanför sjukhuset, så kallad *specialiserad egenvård*. Exempel på digitala tjänster för ordinerad egenvård kan vara en:

- våg med kopplad programvara som hjälper hjärtsviktpatienter till rätt läkemedelsdosering
- digital tjänst för astmapatienter för att mäta lungfunktion med syfte att förbättra astmakontroll, lungfunktion och medicinering, eller
- digital glukosmätare som hjälper diabetespatienter till korrekt medicinering.

Socialstyrelsens föreskrifter³ reglerar om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård eller inte. *Egenvård* räknas inte som hälso- och sjukvård och därför gäller inte hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-6-15.pdf>

² <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/egenvard>

³ <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>

Hemmonitorering (eller distans-/telemonitorering) är en term som avser mätning av hälsodata utanför en vårdinrättning. Hemmonitorering kan ske på olika sätt. Till exempel kan mätningarna och eventuell delning av data med vårdpersonal, eller andra relevanta personer såsom anhöriga, genomföras av patienten själv (och kallas då ibland för egenmätning eller egenmonitorering). Tjänster där mätning och överföring till vårdgivare sker automatiskt förekommer också.

Med *breddinförande* avses i denna rapport ett regionbeslut för införande av digital tjänst för ordinerad egenvård/hemmonitorering till definierad patientgrupp inom regionen. I regionbeslutet ska en införandeplan ingå som innehåller bemanning och andra resurser samt en tidplan.

2.2 Kartläggning av regionernas planer

För att få en översikt av regionernas planer för införande av digitala produkter och tjänster har intervjuer genomförts med personer som arbetar med digitaliseringsfrågor inom hälso- och sjukvård i samtliga 21 regioner. Intervjuerna har också berört vilka förutsättningar de anser att de nationella aktörerna behöver bistå regionerna med. Intervjufrågorna har utformats för att ge svar på var respektive region befinner sig på en utvecklingstrappa (se bild 1). Se frågorna i bilaga 2.

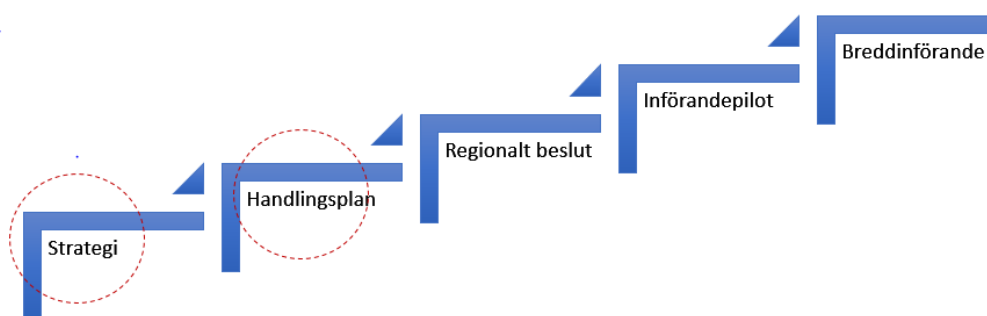


Bild 1. Införandesteg för digitala tjänster inom regionerna. Cirklarna visar hur långt regionerna nått i trappan.

2.2.1 Resultat

Samtliga regioner har någon form av *digitaliseringsstrategi* (steg 1 i trappan) som övergripande beskriver digitalisering inom hälso- och sjukvård, där digitala tjänster och produkter till patienter med kroniska sjukdomar ingår. Ungefär en tredjedel av regionerna har beslutade *handlingsplaner* (steg 2 i trappan) vilka innefattar införande av digitala produkter och tjänster till patienter med kroniska sjukdomar, men utan att specificera vilka tjänster som avses.

Flera regioner planerar för eller har pågående pilotprojekt för att testa digitala produkter eller tjänster för patienter med kroniska sjukdomar såsom exempelvis kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt. Denna typ av tjänster har även införts i begränsad omfattning i vissa regioner. Många pilotprojekt har initierats av "eldsjälar" som driver på arbetet inom vården.

2.2.2 Pilotprojekt men inte alltid införande

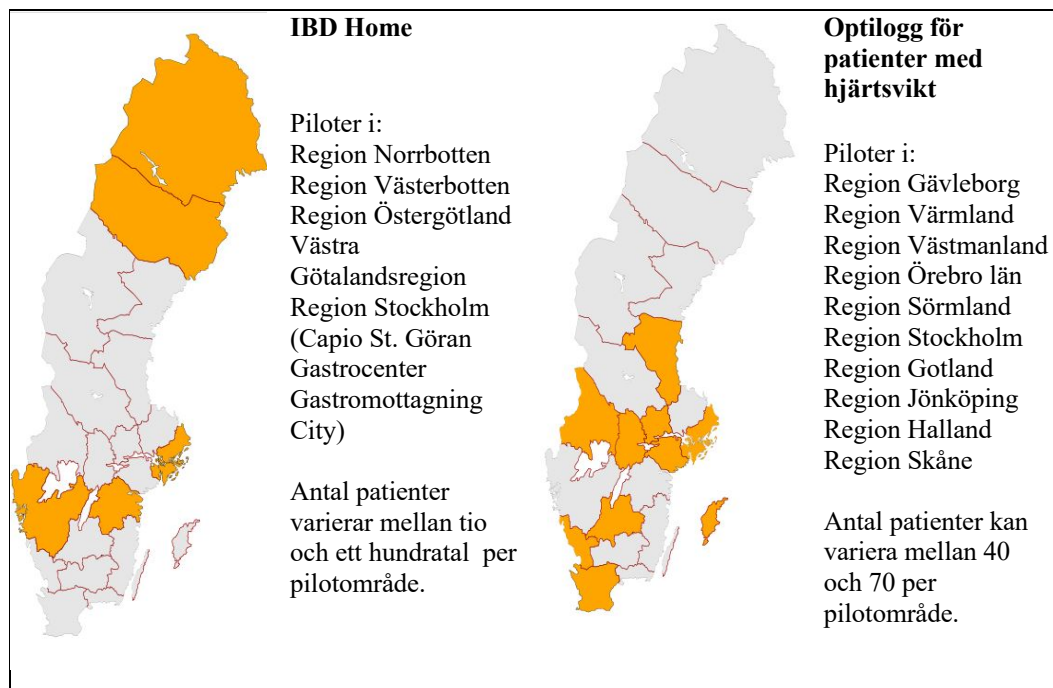


Bild 2 visar exempel på digitala tjänster som har utvärderats, utvärderas för närvarande eller används inom vården i Sverige.

Bild 2 visar exempel på digitala tjänster där vårdgivare genomför, eller har genomfört, pilotprojekt.

IBD Home erbjuds till patienter med inflammatorisk tarmsjukdom. Enligt Telia som är leverantör genomförs IBD Home-piloter inom fem regioner. Samtliga dessa pilotprojekt är finansierade via projektmedel (gäller för såväl offentliga som privata vårdgivare). Mellan de fem regionerna sker liten eller ingen samverkan kring utvärdering. För de pilotprojekt som avslutats saknas beslut om breddinförande eller införande till flera patienter/vårdenheter. Tröskeln för breddinförande efter pilot verkar främst hänga samman med att det inte innan start klargjorts hur finansiering, drift och förvaltning ska hanteras i ordinarie verksamhet.

Optilogg erbjuds till hjärtsviktpatienter. Enligt leverantören CareLigo genomförs/har genomförts pilotprojekt i tio regioner. Pilotprojekten pågår mellan sex och åtta månader beroende på hur avtalet med respektive region ser ut. Behandlingsprogram och vårdflöden för hjärtsviktsbehandling ser olika ut i de olika regionerna. Samtliga tio regioner har därför valt att genomföra egna pilotprojekt för att kunna utvärdera hur tjänsten passar in i respektive verksamheter. Leverantören har utvecklat ett utvärderingspaket som innebär att man innan projektet startar enas om utvärderingsparametrar och vilka indikatorer som ska uppnås för att pilotprojektet ska anses vara en framgång. Enligt leverantören minskar det risken för att piloten blir en isolerad företeelse utan koppling till verksamheten i övrigt. Optilogg är upphandlad i Region Sörmland och Värmland. Graden av användning varierar mellan olika vårdenheter inom regionerna.

2.2.3 Behov av nationellt stöd

Några regioner arbetar med att identifiera vilka förutsättningar som måste finnas på plats innan man kan erbjuda digitala tjänster för hemmonitorering till patienter. Utmaningarna för att påbörja ett breddinförande innefattar ofta juridiska, ekonomiska, organisatoriska och tekniska aspekter.

Alla som intervjuats i regionerna påtalar behovet av stöd från de nationella aktörerna för att skapa förutsättningar för regionerna för införande av digitala tjänster och produkter.

De behov som regionerna anser bör adresseras på nationell nivå innefattar:

- Rekommendationer kring ersättningsmodeller som underlättar användandet av digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering.
- Klargörande av juridiska förutsättningar och lagtolkningar, bland annat med avseende på informationssäkerhet
- Nationell infrastruktur och tekniska förutsättningar för att utbyta data mellan vårdgivares kärnsystem och digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering.
- Upphandling av vissa funktioner nationellt som kan nyttjas regionalt för ökad kostnadseffektivitet och nytta för regionerna.
- Gemensamma checklistor för införande av digitala tjänster för att få samstämmighet inom regionerna och för bättre resursutnyttjande.
- Tydliggörande av de nationella aktörernas (till exempel myndigheters) roller, ansvar och hur de ska samverka.

Det efterfrågas även ökad samverkan mellan regionerna, bland annat kring metoder för förändringsledning och beräkning av nyttoeffekter vid införande av ny teknik och vid förändring av arbetssätt. De intervjuade påpekar att det saknas ett samlat grepp både inom och mellan regionerna vid tester av olika tjänster för att skapa kvalitativa utvärderingar och mer kunskap för att påvisa evidens. Ibland saknas även kunskap om funktioner kopplade till de digitala tjänster som redan används inom regionerna, vilket kan begränsa nyttoeffekten.

Utmaningar för införande har även beskrivits i en tidigare rapport från projektet Ordnat införande av digitala produkter och tjänster⁴.

2.3 Exempel på vårderbjudanden med digitala tjänster från offentliga respektive privata vårdgivare

2.3.1 Vårderbjudanden inom den offentligt drivna vården

I detta avsnitt beskrivs exempel på vårderbjudanden från den offentligt drivna (regiondrivna) hälso- och sjukvården.

Inom vården används olika plattformar för att möjliggöra koppling till digitala tjänster och produkter. Plattformarna kan erbjudas av privata leverantörer. För den offentligt drivna vården erbjuder Inera den så kallade ”Stöd och behandlingsplattformen”, en av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Tjänsten möjliggör för regioner, kommuner och privata vårdgivare med vårdavtal att erbjuda invånare stöd- och behandlingsprogram på nätet. Idag handlar det i första hand om behandlingsprogram vid psykisk ohälsa såsom ångest och depression, men även vid till exempel smärta. I tjänsten finns också ett digitalt

⁴ <https://csp.screen9.com/preview/b8cEW3i4xMkfXPPVIgFvb18dw7R81XsArFZFoQyPhmCXoJyRv1U-Pav1NQ6hHTYT>

verktyg för att designa olika typer av stöd- och behandlingsprogram utifrån de behov som olika målgrupper har.

Astmakollen i Region Dalarna

Astmakollen⁵ är en relativt ny tjänst inom Stöd och behandlingsplattformen som utvecklats i Region Dalarna. Det är ett digitalt stöd för astmapatienter med syfte att förbättra astmakontroll och lungfunktion. Genom att ge patienterna ökad kunskap om deras sjukdom ska behandlingen förbättras och astmapatienter ska kunna må bättre. I Astmakollen kan patienten bland annat ta del av sin personliga behandlingsplan, behandlingsmål och strategier, inhalationsinstruktioner via video och text, SMS-påminnelser om att ta läkemedel samt nyttja en meddelandefunktion till vårdgivare.

Patienter som får tillgång till Astmakollen uppger att de får bättre förståelse för sin behandling och att de motiveras till att ta initiativ till egenvårdsaktiviteter. Genom ständig tillgång till evidensbaserad information och egenvårdsverktyg ges patienterna ökad möjlighet till egenvård. Ett 50-tal sjuksköterskor som arbetar på astma- och KOL-mottagningar inom primärvården har utbildats i Astmakollen. Beslut är taget inom primärvården i Region Dalarna att bredda användningen av Astmakollen. Region Dalarna har även för avsikt att sprida tjänsten till andra regioner.

Hemmonitorering i Region Jämtland/Härjedalen inom projektet VälTel – en primärvårdssatsning för digitalt stöd till patienter med kroniska sjukdomar

VälTel är ett projekt som drivits inom Region Jämtland/Härjedalen. Bakgrunden är att regionen har stora utmaningar inte bara med en stor geografisk yta som innebär långa transporter, utan även med en stor andel äldre, och därmed också en hög andel kroniska sjukdomar. Behovet av sjukvård ökar samtidigt som det är utmanande att bemanna fysisk vård. Sammantaget visar det på ett tydligt behov av riktade åtgärder för att förebygga men också av att reformera vården för patienter med kronisk sjukdom.

Syftet med projektet var att utarbeta en vårdmodell med arbetssätt som underlättar egenvården för patienter med kronisk sjukdom med hjälp av distansoberoende teknik. Initialt har projektet inkluderat patienter med diagnosen högt blodtryck, för att sedan utöka med patienter med andra kroniska sjukdomar. Projektet skulle även generera lärdomar till sjukvårdssystemet kring hur organisationen av egen-, primär- och sekundärvård kan utvecklas. Projektet startade våren 2017 och en slutrapport presenterades i början av 2019⁶.

Patienterna identifierades av hälsocentralen och fick tillgång till blodtrycksmätare och en våg. De har också fått tillgång till ett aktivitetsarmband som en ren friskvårdsåtgärd. De digitala tjänsterna och utrustningen levererades av Imaginicare. Patienten fick stöd av vårdpersonal när de behövde, på det sätt som passade dem bäst - via text eller video. Sammanfattningsvis visar de kvalitativa kommentarerna att patienternas kompetens, engagemang och även tilltro till sin förmåga ökade med den nya vårdmodellen. Patienterna sa sig ha upplevt kontakten med vårdpersonalen som personlig och förtroendeskapande. Flera beskrev också minskad oro och ökad trygghet. Antal patienter som ingick var 2018 cirka 120. Blodtrycket kontrollerades av patienten två till fyra gånger per vecka, jämfört med tidigare då trycket bara mättes vid årskontrollen. Ju längre tid som patienten använde den digitala tjänsten desto mer normalt blev blodtrycket. Detta skulle kunna betyda att medvetenheten om blodtrycket ledde till att patienten ändrade livsstil, exempelvis mer motion, slutade röka eller ändrade kosten.

⁵ <http://du.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1288066&dswid=616>

⁶ http://valtel.eu/download/18_36f213cd1699236f3d91d3/1553090887772/Utveckling%20av%20den%20n%203%A4ra%20v%C3%A5rden%20med%20egenv%C3%A5rdsst%C3%B6d%20s%C3%A4lvm%C3%A4tning%20och%20digital%20kommunikation%20f%C3%B6r%20personer%20med%20kronisk%20sjukdom%20-%20slutrapport%20f%C3%B6r%20pilotprojekt%20190218.pdf

En utmaning för projektet har varit legala och regulatoriska aspekter, då arbetsmodellen berör flera lagrum och praxis i stort saknas. En annan utmaning är att utveckling av nya vårdmodeller kräver en initial investering. Ekonomiskt och budgettekniskt finns utmaningar då kostnaden för kronisk sjukdom är fördelad på många olika aktörer –inom sjukvårdssystemet men också i samhället i stort.

Målsättningen är ändå att utöka med fler patientgrupper samt att ta fram en införandeplan inom primärvården. Upphandling av de digitala tjänsterna för ett bredare införande pågår sommaren 2019.

Digitala tjänster för egenvård och egenmonitorering, IBD Home i Västra Götalandsregionen (VGR)

IBD Home är en mobilapp- och internetbaserad tjänst som ska underlätta vardagen för patienter som lever med inflammatorisk tarmsjukdom (Inflammatory Bowel Diseases, IBD). Tjänsten har utvecklats i samarbete mellan svenska specialister på mag- och tarmsjukdomar, Mag- och tarmförbundet, det nationella kvalitetsregistret SWIBREG, Telia, läkemedelsföretaget AbbVie och Bühlmann (företaget bakom det hembaserade testet av inflammationsmarkören). Projektet startade hösten 2017 i VGR och pågår till hösten 2019. Målet har varit att införa IBD Home hos 500 - 1000 patienter.

Patienterna tar prover och rapporterar direkt till sjukhuset hemifrån. Med hjälp av tekniken kan patienterna själva utföra både mätning och skattning av symtom via ett testkit och ett digitalt frågeformulär. Resultatet visas i applikationen IBD Home i mobiltelefonen och skickas av patienten till det nationella kvalitetsregistret SWIBREG. På så vis kan vårdpersonalen följa patientens tillstånd på distans och kalla till besök vid behov.

Utvärderingar⁷ visar att sjukhusbesöken blev färre vilket sparat tid för både patient och vårdgivare. Samtidigt uppgav patienterna att de upplever en större trygghet när de får resultat på provet direkt. Försämringar i patientens tillstånd upptäcktes i tid så att rätt resurser snabbt kunde sättas in varvid patienten uppgav sig må bättre. När patienten själv får tillgång till informationen kan hen också lära sig mer om sin sjukdom och hur den kan hanteras.

Trots påtalade nyttoeffekter finns det en svårighet i att ta ett helhetsgrepp för breddinförande i Västra Götalandsregionen, eftersom det saknas ett regionalt beslut. Här används tjänsten idag av cirka 250 patienter. Tjänsten testas nu även i andra regioner (se avsnitt 2.2.2).

Optilogg från CareLigo

OPTILOGG har utvecklats i samarbete med kardiologer, patientföreningar och äldreboenden. Med hjälp av en pekskärm och våg som installeras i hemmet kan hjärtsviktpatienter enkelt bedriva egenvård i hemmet. OPTILOGG håller koll på faktorer som vikt och symtom samt coachar patienten med bland annat kostråd och tips om motion. Det finns även en patenterad algoritm som dagligen justerar patientens mediciner. Nyttan för patienten är en högre livskvalitet och minskar risken för att akut behöva åka in till sjukhuset. Användningen bygger på att regionerna tecknar avtal med leverantören. Pilotprojekt med Optilogg har genomförts eller genomförs i ett flertal regioner (se avsnitt 2.2.2), och tjänsten är upphandlad i Region Sörmland och Värmland.

KOL-centrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg

Många patienter med KOL är svårt sjuka och har behov av kontakt med flera olika vårdprofessioner. KOL-centrum startade sin verksamhet i april 2016. Målet är att

⁷ <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/wardskiftet/utvecklingsarbete/ibd-home/>

förbättra omhändertagandet och vården av patienter med KOL, att säkerställa moment och kvalitet i forskningen samt att utveckla vården till att bli mer kostnadseffektiv. På mottagningen finns ett team av olika professioner som arbetar tillsammans med patienten. Den interprofessionella processen runt patienten ger patienten en individualiserad behandlingsplan, baserad på teamets samlade bedömning. Behandlingsplaner och uppföljning tillgängliggörs patienter och berörd vårdpersonal genom en digital tjänst utvecklad av Frisq.

För vissa av KOL-centrums patienter ingår hemmonitorering av allmäntillståndet med digitala verktyg kopplade till instrument som bland annat mäter blodtryck, blodets syresättning och fysisk aktivitet hos patienten. Varje dag fyller patienten i en livskvalitetsuppfattning som ger vårdteamet en systematisk och aktuell bild av det upplevda allmäntillståndet. Möjlighet finns för rådgivning och stöd via videosamtal. Patienterna uppger sig uppleva mindre oro. Utvärdering görs av hela hemmonitoreringsprojektet i en pågående kontrollerad klinisk studie. KOL-centrum har ambitionen att vara Sverigeledande på detta område.

2.3.2 Vårderbjudanden inom den privatdrivna vården

Privata vårdgivares erbjudanden till patienter med kroniska sjukdomar

Just nu sker en utveckling där även privata vårdgivare erbjuder digitala vårdtjänster som riktar sig till patienter med kroniska sjukdomar. Ofta erbjuds dessa tjänster av privata vårdgivare som på olika sätt erbjuder hälso- och sjukvård via digitala kanaler och som oftast har avtal med regioner, vilket möjliggör en offentlig finansiering av tjänsterna. Dessa erbjudanden innefattar idag allt från diagnostjänster och digitala läkarmöten till specialiserade vårdtjänster för patienter med kroniska sjukdomar. De kan innefatta paket av både digitala vårdbesök och digitala produkter (ofta någon form av sensor kombinerad med mjukvara t ex i form av en mobilapp). Sådana vårdtjänster, liksom i viss mån även psykologiska behandlingsprogram, ger digitala vårdgivare möjligheter att skapa långa relationer med sina patienter.

Dessa vårdgivare kan ha valt att ha teknik-/tjänsteutvecklingen i egen regi eller samarbeta med leverantörer. Affärsmodellerna varierar, men bygger på två huvudsakliga modeller:

- Privata (digitala) vårdgivare **med** regionavtal och därmed rätt till besöksersättning erbjuder patienter paket med en digital produkt i kombination med ett antal (oftast digitala) vårdbesök med läkare, sjuksköterska eller annan profession. Betalning sker med patientavgift samt debitering av besöksersättning till användarens hemregion.
- Privata (digitala) vårdgivare **utan** regionavtal erbjuder patienter paket med en digital produkt i kombination med ett antal (oftast digitala) vårdbesök med läkare, sjuksköterska eller annan profession. Patienten/användaren betalar kostnaden själv (ofta genom månatlig abonnemangavgift) eller genom en sjukvårdsförsäkring.

I bild 3 visas ett par exempel på erbjudanden från privata vårdgivare som finns att tillgå idag. I bilaga 1 beskrivs ytterligare några erbjudanden som riktar sig till patienter med olika diagnoser, vilka innefattar psykisk ohälsa, artros, astma, hypertoni och hjärtarytmi. Ofta har företagen som erbjuder tjänsterna specialiserat sig på en diagnos-/patientgrupp.

	Privat digital vårdgivare med regionavtal		Privat digital vårdgivare utan regionavtal
Exempel	Min Doktor med Astmatuner	Astmakliniken. Mediceck med Astmatuner	Hjärtupplysningen™: Medhelp med Coala Heart Monitor
Typ av tjänst	Behandlingsstöd, egenmonitorering och vårdmöten för personer med astma: digitala läkarmöten samt lungfunktionsmätare med app.	Behandlingsstöd, egenmonitorering och vårdmöten för personer med astma: digitala läkarmöten (samt valfritt abonnemang av lungfunktionsmätare med app).	Behandlingsstöd, egenmonitorering och vårdmöten för personer med hjärtarytmier: hjärtmonitor från Coala Life samt sjukvårdsrådgivning via telefon av sjuksköterskor.
Kostnad för användaren	0 kr/möte. Min Doktor har vårdcentral i Region Sörmland, som i dagsläget inte tar ut patientavgifter vid vissa typer av läkarbesök.	250 kr/möte (tre möten per år). Valfritt: 160 kr/månad i abonnemangsavgift för lungfunktionsmätare med app	379 kr/månad under de 12 första månaderna då Coala Heartmonitor betalas av. Därefter 299 kr/månad.
Ersättning från regioner	Kapitering. Utomlännersättning från användarens hemmaregion.	Kapitering. Utomlännersättning från användarens hemmaregion.	Användaren betalar. Ingen ersättning betalas från regioner.

Bild 3. En jämförelse av några olika vårderbjudanden från privata vårdgivare (september 2019). Fler exempel finns i bilaga 1. Värt att notera är att betalningsmodellen för flera av dessa erbjudanden ändrades under de tre månader som arbetet med rapporten pågick, vilket tyder på att marknaden befinner sig i snabb förändring och företagen experimenterar med olika affärsmodeller.

Patienter är idag fria att söka vård på valfri vårdcentral i Sverige, inom eller utanför den region där de är bosatta. För öppen specialistvård (specialistvård utan behov av inläggning på sjukhus) varierar kravet på remiss mellan olika regioner och diagnoser. Flera av de digitala vårdtjänsterna från privata vårdgivare innehåller idag diagnos som ett första steg. Här bedömer vårdpersonal om det är lämpligt för patienten att gå vidare med det behandlings- eller egenvårdsprogram som erbjuds. Innevånare i hela Sverige kan ta del av dessa vårderbjudanden, som ofta bekostas genom utomlännsfakturerings från den region där patienten är skriven. Nedan beskrivs hur marknaden för dessa tjänster utvecklats de senaste åren.

Digitala vårdmöten – idag en naturlig del av det svenska vårdssystemet

Planerade läkarmöten på distans har i vissa regioner förekommit för specifika patientgrupper i mer än tio år, men det var först 2016 som marknaden för ”spontana” digitala primärvårdsbesök tog fart. När de första så kallade digitala vårdgivarna (även kallade ”nätläkare”) som erbjöd videomöten med läkare gjorde entré i hälso- och sjukvården för cirka fyra år sedan handlade det om att ersätta, eller vara ett komplement till, fysiska läkarbesök på vårdcentraler med motsvarande möte över en videolänk eller chatt. Fokus låg, och ligger även idag, på enklare åkommor där samtal, chatt och visuell bedömning räcker för att ställa diagnos. När digitala vårdgivare tecknade sina första underleverantörsavtal med redan regionsanslutna vårdgivare i Region Jönköping 2016 innebar det att hela Sveriges befolkning fick möjlighet att söka vård hos dem. Den finansiella ersättningen för vårdmötet sker med utomlännersättning från den region där den vårdsökande är skriven. Över en natt hade digitaliseringen och en modell för finansiering av vårdtjänsterna möjliggjort ett helt nytt sätt att leverera vård med en tillgänglighet som är i det närmaste obegränsad.

Successivt har erbjudandena från digitala vårdgivare utökats. Genom avtal med provtagningslabb kan olika typer av prover tas för att fastställa fler diagnoser.

Efter lanseringen av digitala vårdmöten från renodlade digitala vårdgivare har etablerade privata vårdkoncerner såsom Aleris och Capio utvecklat sina egna digitala tjänster och efter det har även offentligt driven vård följt efter. Idag erbjuder flera regioner och deras vårdcentraler som drivs i egen regi tjänster för digitala vårdmöten. Antalet digitala vårdmöten har ökat kraftigt sedan introduktionen – från ca 200 000 under 2017 till fler än 550 000 digitala vårdmöten i primärvården år 2018. Det motsvarade 4,6% av det totala antalet läkarbesök i primärvården i Sverige. Intressant att notera är att det totala antalet (fysiska och digitala) läkarbesök i primärvården under samma period inte har ökat⁸. Det synes alltså ännu inte finnas några tydliga indikationer på att introduktionen av lättillgängliga digitala vårdmöten, åtminstone fram till och med 2018, skulle ha ökat den totala vårdkonsumtionen i primärvården, vilket många kritiker hävdar. Dock lämpar sig digitala vårdmöten idag i första hand för enklare åkommor medan de mer komplicerade bedömningarna ofta behöver göras på fysiska vårdcentraler.

Idag är digitala vårdmöten för många en självklar del av Sveriges vårdssystem, både med privata och offentliga utförare. Med lämpliga ersättningsmodeller och nivåer bör digitala vårdmöten både kunna effektivisera primärvården och underlätta livet för medborgarna.

Digitala tjänster för psykologbesök och behandlingsprogram

En variant av digitala vårdtjänster som vuxit kraftigt det senaste året, åtminstone sett till antalet erbjudanden, är digitala psykologmöten och digitala psykologiska behandlingar. Internetbaserade behandlingsprogram, framförallt med hjälp av kognitiv beteendeterapi (KBT), har använts inom den offentligt drivna vården under en längre tid. Det finns evidens för programmets effektivitet vid vissa typer av psykisk ohälsa⁹. I Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångest nämns internetföremiddad psykologisk behandling, men där ges inte rekommendationer kring specifika förmedlingssätt. Tillgången till evidens och en stor efterfrågan som den traditionella vården inte klarar att möta upp är troliga orsaker till den starka tillväxten. På detta område finns idag en bred flora av olika erbjudanden; från enskilda digitala möten med samtalsterapeut, kurator eller psykolog till internetbaserade behandlingsprogram som sträcker sig över åtta till tio veckor.

Även finansieringen och kostnaden för patienten varierar. I de fall ett företag har avtal med en region betalar användarna patientavgifter på 0 - 250 kronor per besök (beroende på med vilken region företaget har skrivit avtal). Utöver detta sker finansieringen med utomlänsfakturerings. Det finns även erbjudanden med exempelvis behandlingsprogram som inte har offentlig finansiering, där användaren betalar hela kostnaden själv. Priset för dessa varierar stort och sträcker sig från cirka 550 kronor för en online-kurs utan direktkommunikation med psykolog till cirka 7 000 kronor för ett tio veckors behandlingsprogram med stöd av psykolog via online-möten (se bilaga 1 för en översikt av erbjudanden på marknaden).

En parallell privat finansierad vårdmarknad

Vi kan se att de privata digitala vårdgivarna med regionavtal blir allt fler, men även att utbudet för olika privata vård- och hälsotjänster som betalas direkt (eller indirekt via privata sjukförsäkringar) av privatpersoner växer i Sverige. Förutom erbjudanden till personer med kroniska sjukdomar eller psykiska åkommor finns idag företag som

⁸ <https://vardenisiffror.se/>

⁹ <https://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Vardutveckling/2017/01/Internet-KBT-ger-effektiv-behandling/>

erbjuder olika typer av provtagning och diagnostik. Det kan till exempel handla om blodprover, gentester eller hemdiagnostik av allt från hjärtarytmier till hud- eller könssjukdomar. De företag som erbjuder dessa tjänster har ibland kritiserats för att testerna kan vara opålitliga, genererar onödiga vårdbesök (som behöver finansieras med offentliga medel) eller i vissa fall för att patienten kan få samma tjänst genom den offentligt finansierade vården. Det finns även företag som erbjuder mer eller mindre heltäckande hälso- och sjukvård med mycket avancerade hälsokontroller mot en årsavgift. Det växer alltså fram en privatfinansierad hälso- och sjukvård som erbjuder tjänster som oftast inte finns att tillgå i den offentligt finansierade vården.

Konsumentteknikjättar erbjuder medicinteknik och digitala tjänster

I och med att Apple fått EKG-mätningen i Apple Watch certifierad som en medicinteknisk produkt på den amerikanska (FDA godkännande) och den europeiska marknaden (CE-certifiering) ser vi på allvar hur en konsumentteknikjätte skapar nya förutsättningar för ordinerad egenvård och hemmonitorering. En styrka hos denna typ av stora teknikföretag är förmågan att skapa ekosystem (som inkluderar den tekniska plattformen och betalningsmodeller) för olika typer av tjänster och på så vis skapa nya marknadsförutsättningar. Vid publiceringen av denna rapport (oktober 2019) fanns ännu inga exempel på vårderbjudanden från privata eller offentliga vårdgivare i Sverige som använder sig av EKG-mätningen i Apple Watch. Däremot har media rapporterat om fall där personer sökt vård efter att deras Apple Watch varnat för hjärtflimmer, vilket senare kunnat bekräftas av vården. I USA används Appleprodukter som verktyg för egenvård av vissa vårdgivare.

2.3.3 Summering

Idag finns det flera olika aktörer som erbjuder digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering. En patientgrupp kan finna möjligheter att få stöd i sin egenvård eller hemmonitoreringstjänster från offentligt driven primärvård, sjukhusvård eller från privata vårdgivare. Det är tydligt att det inte längre endast är den traditionella offentligt drivna vården som kan erbjuda längre relationer med patienter med långvariga eller kroniska tillstånd.

Men hur skiljer sig de erbjudanden som studerats? Är de tillgängliga för hela eller delar av Sveriges befolkning? Hur betalas de och hur påverkar de strävan efter att erbjuda en jämlik vård i Sverige? Bild 4 visar exempel som riktar sig till patienter med astma och KOL där likheter och skillnader belyses.

En tydlig skillnad handlar om geografiska gränser och olika erbjudandens räckvidd. Sveriges offentliga hälso- och sjukvårdssystem är organiserade i regioner, och vid regiongränsen går oftast den yttre gränsen för offentliga aktörers digitala vårderbjudanden. De tjänster som tagits upp här erbjuds idag från en eller ett mindre antal vårdenheter (till exempel vårdcentraler eller kliniker) men beslut om breddinförande från regionledning har ännu inte fattats. Därför är räckvidden oftast ännu mindre.

De privata digitala vårdgivarna nyttjar istället just gränslösheten hos digitala tjänster, i kombination med det faktum att det står fritt för Sveriges invånare att söka öppenvård var som helst i Sverige. För företag är det självklart att erbjuda sina tjänster på en så stor marknad som möjligt.

Offentliga vårdgivare kan ha olika drivkrafter för att införa digitala tjänster. Det kan handla om att ge patienter bättre möjligheter att hantera sin sjukdom, underlätta för personalen eller att dra ner på kostnader. Men ramarna sätts av de etablerade organisationsgränserna som finns i det offentliga vårdssystemet.

Vårdnivå/-aktör	Sjukhus	Primärvård	Privat digital vårdgivare
Exempel	KOL-centrum Sahlgrenska	Astmakollen Dalarna	Min Doktor & Mediceck (med Asthmatuner)
Finansiering	Anslag, projektfinansiering	Besöksersättning, kapitation	Besöksersättning (utomlänsfakturerings)
Räckvidd	VGR, Patienter med remiss	Region Dalarna	Hela Sverige
Marknadsföring	Lokal	Regional	Nationell

Bild 4. Jämförelse olika vårderbjudanden inom astma/KOL. Som framgår av tabell 1 erbjuds tjänster idag från flera olika aktörer. Erbjudanden där en privat vårdgivare paketerar en digital produkt med ett antal videomöten (liknande Min Doktors och MediChecks erbjudande till personer med astma) finns idag även för exempelvis artros och högt blodtryck. Dessa paket betalas genom patientavgifter och en besöksersättning per vårdmöte. Modeller där patienten tecknar ett abonnemang och själv betalar finns idag för bland annat hjärtarytmier och psykisk ohälsa (se bilaga 1 för fler exempel).

3 Analys

3.1 Offentliga och privata vårdgivares roller och vägval

Den här rapportens nulägesbeskrivning visar en situation där nya vårderbjudanden är under utveckling. Detta i ett läge med en växande andel äldre, ökade kostnader inom vården och invånare som ställer ökade krav på regionerna att ta tillvara och nyttja digitaliseringens möjligheter. Rapporten har beskrivit digitala produkter och tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering som påverkar vårdens arbetssätt, processer och hur hälso- och sjukvården i en region är organiserad. Tidigare kapitel nedslag visar att mycket händer inom området, framförallt avseende erbjudanden som riktar sig till personer med kroniska sjukdomar.

I det här kapitlet diskuteras olika vägval som patienter, företag och offentliga aktörer inom hälso- och sjukvården nu ställs inför. Avsikten är att belysa frågor som rapportförfattarna menar att offentliga och privata aktörer behöver ta ställning till. Frågeställningarna har grupperats utifrån olika aktörers perspektiv.

3.1.1 Patienters valmöjligheter och makt

En marknad med ett stort utbud av tjänster ger konsumenten makt att välja det som passar den enskilde bäst. Även om offentligfinansierad hälso- och sjukvård inte är en marknad i strikt bemärkelse, gör den generella konsumentdrivna utvecklingen i samhället att marknadslika inslag uppstår. Frågan är vad en person med till exempel astma ska välja i ett läge där offentliga och privata vårdgivare har olika erbjudanden och olika villkor. Kan en patient skriven i Stockholm välja att söka vård hos en vårdcentral i Region Dalarna för att få tillgång till Astmakollen? Kommer läkaren på den lokala vårdcentralen att tipsa om Min Doktors erbjudande där en trådlös lungfunktionsmätare med mobiltelefon-app ingår? Kommer vissa patienter att betala ur egen ficka för att det är enklast och för att det är tydligt vad erbjudandet innefattar?

De digitala tjänster som beskrivs i bilaga 1 erbjuds som regel från företag som klassas som vårdgivare, som ofta är specialiserade på endast en patientgrupp och som enbart erbjuder kommunikation genom digitala kanaler eller telefon. Patienter behöver förstå innehållet i olika erbjudanden för att kunna ta ställning till vad som är viktigt för dem. Hur viktigt är till exempel möjligheten till uppföljande fysiska vårdbesök? Kanske är den bästa lösningen för en patient att kunna välja helheten som kan fås hos en lokal vårdcentral i kombination med enkelheten som de specialiserade vårdgivarna ger?

3.1.2 Strategiska vägval hos det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet

När digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering utvecklas och behovet av fysiska besök i vården minskar så kommer också betydelsen av geografiska gränser såsom regiongränser med stor sannolikhet att minska. Patienter kan mer eller mindre fritt välja de erbjudanden, från privata eller offentliga vårdgivare, som passar dem bäst. Intressant att notera är att även om regionernas beslutsfattare väljer att avvakta med att själva införa digitala vårdtjänster så kommer vårderbjudanden med digitala tjänster att fortsätta att utvecklas. Utvecklingen kommer troligtvis att drivas av privata digitala vårdgivare samtidigt som regionerna kan komma att stå för en stor del av notan genom de system för utomlänsersättning som finns i Sverige idag.

Beslutsfattare på strategisk nivå inom hälso- och sjukvården behöver ställa sig frågor som rör regionens roll på en alltmer gränslös marknad av digitala vårdtjänster. Flera regioner har nu utvecklat egna tjänster för digitala vårdmöten som i realiteten gör deras vårdcentraler tillgängliga för hela Sveriges befolkning, förutsatt att patienten nöjer sig med ett digitalt möte. Vilka typer av digitala tjänster är det rimligt att varje region erbjuder sina egna invånare? Ska regionen utveckla egna tjänster eller kan vårderbjudanden köpas in av privata aktörer? När bör regioner samarbeta kring teknikplattformar eller tjänster för egenvård och hemmonitorering?

En viktig faktor som bör driva på utvecklingen av dessa tjänster inom den offentligt drivna vården är de kostnader i vården som är förknippade med en ökning av andelen äldre, och därmed också en hög andel kroniska sjukdomar. Behovet av sjukvård ökar samtidigt som det är utmanande att bedriva och bemanna fysisk vård. Om patienterna kan sköta sin egenvård bättre med hjälp av digitala tjänster skulle detta kunna avlasta vården och även ge en bättre följsamhet till behandlingar. Det i sin tur skulle kunna minska behovet av dyr sjukhusvård¹⁰. Flera pilotprojekt visar också på positiva effekter, men representanter från regionerna pekar på flera hinder för breddinförande som till exempel ersättningsmodeller, juridiska förutsättningar och infrastruktur.

En intressant fråga är hur regioner kan använda digitala tjänsters möjligheter för att samarbeta i större utsträckning för att exempelvis nyttja specialistkompetens bättre. Redan idag används kompetenser över regiongränser för att hjälpa till vid till exempel ovanliga sjukdomstillstånd. Ibland skickas också patienter till andra regioner där exempelvis operationsköerna är kortare. Kan det i vissa fall vara lämpligt att monitorering och andra delar av vården av patienter med kroniska tillstånd sköts av specialiserade offentliga eller privata aktörer i en annan region med hjälp av digitala tjänster?

Nulägesbeskrivningen visar på ambitiösa visioner men ännu så länge få strategiska beslut om breddinförande i regionerna. Användning av digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering bedrivs ofta i projektform eller i begränsade implementeringar. Intervjuer med regionrepresentanter tyder på att användningen av digitala tjänster oftast inte grundas på regionala prioriteringar utan drivs i många fall av eldsjälarna vid specifika kliniker och vårdcentraler. Ett rimligt antagande är att strategiska prioriteringar och beslut

¹⁰ http://dagenspatient.ringla.nu/uploads/ckeditor/attachments/189/Bok_DP_150x225_Web.pdf

på regional nivå skulle leda till ett mer effektivt införande. Nulägesanalysen visar också att många regioner brottas med samma utmaningar. Det handlar om:

- juridiska aspekter, till exempel datasäkerhet och var gränsen går mellan egenvård och sjukvård, för vilka olika lagrum gäller
- organisatoriska frågor; vilken vårdnivå ska erbjuda digitala tjänster, hur skapas sömlösa övergångar mellan primärvård och sjukhusvård, hur ska kostnader och vinster hanteras, samt
- förvaltning och vidareutveckling av digitala tjänster.

Sammantaget är det rimligt att anta att mer samarbete mellan regioner, och även styrning och vägledning från nationell nivå, skulle underlätta införandet av digitala tjänster.

Den rådande utvecklingen reser även behov av att fundera över hur vård med digitala tjänster bör ersättas. Privata vårdgivare med vårdavtal ersätts vanligen med ett paket av kapitering- och besöksersättningar (baserat på ersättningsystemet för utomlänsfaktureringar) för sina digitala vårderbjudanden till patienter med kroniska sjukdomar. Är detta den bästa modellen, eller bör man hitta ett annat sätt att ersätta detta än genom det rådande Riksavtalet och utomlänsersättningar?

Befintliga ersättningsmodeller beskrivs ofta som ett reellt hinder för införande av digitala tjänster. Incitament för att införa digitala tjänster eller andra typer av innovationer i vården kan i viss mån styras med val av ersättningsmodell, vilket kartlagts i en rapport utgiven av SNS 2019¹¹. I den rapporten påpekas dock att det inte enbart är ekonomistyrningen som påverkar införandet av digitala tjänster samt att mycket av den empiriska forskningen kommer från USA där förutsättningarna är annorlunda. Generellt ger den teoretiska analysen vid handen att i vissa ersättningsmodeller finns incitament att arbeta så effektivt som möjligt inom det ersatta området. Dessa modeller bör därför ge goda förutsättningar för införande av digitala tjänster och annan effektivitetshöjande innovation i vården. Exempel på sådana är:

- kapitationsersättning där vårdgivaren ersätts baserat på hur många patienter denne ansvarar för, samt
- produktgruppsbaserad ersättning där vårdgivaren erhåller ett i förväg bestämt belopp för en grupp aktiviteter, till exempel en vårdkedja eller alla insatser under en sjukhusinläggning.

Vidare bör modellerna inte vara detaljstyrande utan snarare premiera effektiviteten och kvalitén inom hela det objekt som ersätts.

3.1.3 Teknikutvecklare, tjänsteleverantör eller vårdgivare? Företagens olika alternativ.

För företag som vill erbjuda digitala tjänster för egenvård och hemmonitorering finns flera vägval. De kan ta fram teknik och digitala tjänster som andra vårdgivare kan inkludera i sina erbjudanden. Gränsen mellan teknikutvecklare och tjänsteutvecklare är här flytande. Kunden kan sedan paketera tjänsten på olika sätt. Ett exempel är Medituner som erbjuder hårdvara (en lungfunktionsmätare) som kombineras med en mjukvara (mobilapp) till en digital tjänst som underlättar medicinering och egenvård för personer med astma. Denna tjänst paketeras sedan i vårderbjudanden från Min Doktor, MediCheck eller offentligt drivna vårdgivare. Andra företag väljer att vara vårdgivare själva och ha egen teknik- och/eller tjänsteutveckling såsom Joint Academy och Accumbo (se bilaga 1). På så vis kan de ha större kontroll över hela erbjudandet.

¹¹ <https://www.sns.se/aktuellt/ersattningen-och-e-halsan/>

Privata vårdgivare som erbjuder digitala tjänster ser möjligheter att genom erbjudanden till patienter med kroniska sjukdomar skapa längre relationer. En utmaning för de privata aktörerna är dock att kunna erbjuda helhetslösningar. De exempel från privata aktörer som beskrivits ovan och i bilaga 1 är ofta begränsade till ett sjukdomstillstånd. Hos patienter med kroniska sjukdomar är det vanligt med multisjukdomstillstånd där en sammanhållen vård och en kombination av fysiska och digitala vårdmöten samt dokumentation är viktig.

De privata vårdgivarna prövar nu olika innehåll och affärsmodeller för sina erbjudanden. Om vi jämför med digitala vårdmöten ("nätläkarna") så kom det stora genombrottet när de vårdföretag som utvecklade tjänsterna hittade sätt att ta del av offentlig finansiering samtidigt som de kunde erbjuda sina tjänster i hela landet. Det är rimligt att anta att när leverantörerna av den typ av vårderbjudanden med digitala tjänster som beskrivits här tagit fram tjänster som är attraktiva för patienter med kroniska sjukdomar, och hittar fungerande finansieringsmodeller, så kommer marknaden att växa starkt. Utvecklingen kan komma att likna den för digitala vårdmöten.

3.2 Den växande privata marknaden och frågan om jämlik vård

Som tidigare nämnts har under de senaste åren även marknaden för olika privata vård- och hälsotjänster som betalas direkt (eller indirekt via privata sjukförsäkringar) av privatpersoner vuxit i Sverige. Det har debatterats hur denna utveckling av ett parallellt vårdssystem som finansieras utanför det skattefinansierade vårdsystemet kan påverka den offentligfinansierade vården t ex genom en minskad tillit till den offentligfinansierade vården och minskad vilja att betala skatt hos de med en privat sjukvårdsförsäkring.¹²¹³¹⁴ Om delar av befolkningen väljer att betala för vårderbjudanden ur egen ficka eller via försäkringar finns en risk att viljan att betala skatt minskar. Detta kan komma att ha konsekvenser för den offentligfinansierade vården.

Vi är i en brytningstid då vi under ett antal år kan komma att se en allt mer icke jämlik utveckling av digitala erbjudanden i olika delar av landet. Ersättningssystem, varierande strategier i olika regioner och olika drivkrafter i den offentligt respektive den privat drivna vården kommer att medföra olika takt i implementeringen av nya vårdtjänster i olika vårdorganisationer. De organisatoriska gränserna mellan olika vårdenheter såsom sjukhusvård och primärvård skapar också utmaningar när nya digitala vårdtjänster ska erbjudas. Frågor uppstår kring vem som ska erbjuda tjänsten och vad som händer när patienter flyttas mellan olika vårdnivåer. För patienten kan det vara svårt att förstå de organisatoriska uppdelningarna och varför exempelvis olika vårdorganisationer inte har tillgång till samma information rörande varje patient.

Klart är att digitaliseringen av vården kommer att kräva mer, och nya typer av, samverkan. Offentliga beslutsfattare och strateger behöver agera, då detta är en utveckling som, även om den befinner sig i sin startfas, utmanar det rådande hälso- och sjukvårdssystemet.

¹² <https://www.dn.se/debatt/valbargades-gomda-valfard-raserar-den-offentliga-varden/>

¹³ <https://www.dn.se/debatt/replikor/dalig-tillganglighet-till-var-driver-efterfragan-pa-privata-sjukvardsforsakringar/>

¹⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851017300325?via%3Dihub>

4 Reflektioner

I Sverige finns det ett brett stöd för en offentligt finansierad välfärd som ska komma alla till del oavsett sociala eller ekonomiska förutsättningar. Försörjningsbördan ökar i takt med allt fler äldre som lever längre och är i behov av vård och omsorg samtidigt som andelen i yrkesverksam ålder minskar. Samtidigt innebär den tekniska utvecklingen att nya vårderbjudanden kan skapas.

Det vi ser när nya vårderbjudanden för hemmonitorering och ordinerad egenvård lanseras är att de kan finansieras på många olika sätt och med olika konsekvenser för dem som betalar. I grunden finns det fyra olika finansieringsalternativ: Skatt, avgift, försäkring eller direkt ur egen ficka. I vilken utsträckning som olika vårderbjudanden ska finansieras via skatten behöver diskuteras av regionerna.

Viktiga frågeställningar inkluderar:

- Bör hemmonitorering och ordinerad egenvård med digitalt stöd ingå i det offentligt finansierade vården? I så fall hur?
- Hur kan hemmonitorering och ordinerad egenvård utvärderas? Hur ska patienter identifieras för vilka digitala tjänster har bäst nytta och effekt?

För att både patienter, offentliga och privata vårdgivare samt teknik-/tjänsteleverantörerna ska kunna dra nytta av digitaliseringens möjligheter på bästa sätt inom en snar framtid krävs handling på flera håll.

Inom arbetet med att förverkliga Sveriges vision för e-hälsa 2025 diskuterar staten (myndigheter och nationella aktörer) och huvudmännen behovet av ett nationellt initiativ för ordnat införande av digitala produkter och tjänster. Ett ordnat införande med ett nationellt ramverk där roller och samverkan för nationella aktörer är tydligt. Bland annat så behöver juridiska och infrastrukturella lösningar med koppling till informationssäkerhet tydliggöras.

Vidare skulle regionerna sinsemellan behöva utöka sin samverkan för att effektivisera med avseende på resurser, bättre möjligheter till utvärderingar och med avseende på tempo. Detta skulle också underlätta för de små och medelstora företag som utvecklar digitala produkter och tjänster för vården.

4 Bilagor

4.1 Bilaga 1: Exempel på vårderbjudanden med digitala tjänster från privata vårdaktörer på den svenska marknaden

Exempel på digitala psykologmöten och psykologiska behandlingsprogram

Informationen har hämtats från respektive företags webbsidor i juni-september 2019.

Digitala psykologmöten

Flera företag erbjuder digitala psykologmöten där användaren betalar per möte. Möten kan ske genom chatt och videomöten. Psykiska åkommor som anses lämpliga att behandla genom digitala psykologmöten är bland annat oro, nedstämdhet, depression, ångest, sömnbesvär och stress.

Exempel på företag som erbjuder digitala psykologmöten:

- Kry, Min Doktor, Doktor 24 (0 kronor), Doktor.se, Capio Go, Mindler, Pratamera, Dialog 24

Kostnad för användaren

- Patientavgift per möte, 0 – 250 kr

Digitala psykologiska behandlingsprogram

Internetbaserade program för självhjälp eller psykologledd behandling. Uppläggen varierar, men grunden är online-kurser där användaren får arbeta med olika verktyg och metoder. Graden av kontakt med psykologer (till exempel via chatt, telefon eller online-möten) varierar och tillägg kan hos vissa köpas till av användaren. Ofta erbjuder dessa företag liknande program i vissa regioner där de är upphandlade. Exempel på program: Oro & ångest, Nedstämdhet & depression, Stresshantering, Sömnproblem, Kost och motion, Alkoholvanor, Sluta röka, Hantera smärta, Spelberoende

Exempel på företag som erbjuder digitala psykologiska behandlingsprogram direkt till konsument:

- Livanda, Psykologpartners/KBTonline, Learning to Sleep (endast sömnsvårigheter)

Kostnad som betalas av användaren

- Kostnaden varierar stort. Från ca 550 kronor för en online-kurs utan stöd av psykolog till ca 7000 kronor för ett tioveckors behandlingsprogram med stöd av psykolog. Extra videosamtal med psykolog kan ofta köpas till.

Exempel på vårderbjudanden från privata aktörer till personer med kroniska sjukdomar

Informationen har hämtats från respektive företags webbsidor i juni-september 2019.

Artros

Joint Academy

Arthro Therapeutics är ett vårdföretag som erbjuder det digitala programmet Joint Academy för behandling av artros genom att kombinera fysisk aktivitet, utbildning och tillgång till sjukvårdspersonal. Behandlingsinstruktioner och konsultationer med programmets vårdpersonal förmedlas genom en mobilapp.

I erbjudandet ingår

- Underlag för diagnos: användaren svarar på frågor inför diagnos.
- Digitalt/telefonmöte med specialist som ställer diagnos.
- Användaren får ett skräddarsytt sex veckors behandlingsprogram som innehåller fysiska övningar och utbildning om artros genom interaktiva lektioner.
- Användaren får fortgående feedback och obegränsad tillgång till fysioterapeut under behandlingsprogrammet.
- Användaren håller koll på patientens framsteg med hjälp av mätverktyg i appen.
- Uppföljningsmöte (digitalt eller telefon) efter 6 veckor.

Kostnad som betalas av användaren

Uppstartsvgift 100 kronor plus 100 kronor per vecka under de sex första veckorna. Från och med vecka sju betalar användaren istället 100 kronor per månad. Prenumerationen kan avslutas när som helst. Högkostnadsskydd gäller.

Joint Academy samarbetar med Läkarhuset i Karlshamn och Region Blekinge, användarens kostnader motsvarar regionens patientavgift.

Astma

Astmakliniken hos MediCheck

Medicheck är ett företag som erbjuder digitala vårdmöten med specialistläkare utan remisser. Betalning sker oftast per besök. För personer med astma, både barn och vuxna, finns ett erbjudande som kallas *Astmakliniken* där en specialistläkare tar fram en individuell behandlingsplan. Till stöd i behandlingen får användaren tillgång till tjänsten AsthmaTuner som levereras av företaget Medituner. AsthmaTuner består av en trådlös spirometer som mäter lungfunktion och en mobilapp som analyserar mätvärden och ger stöd i läkemedelsbehandling.

I erbjudandet ingår

- Trådlös lungfunktionsmätare.
- AsthmaTuner-appen där medicinska värden delas med specialistläkare.
- Startmöte: Videomöte med specialistläkare.
- Dagliga rekommendationer om behandlingsdos genom appen, baserad på lungfunktionsmätningar.
- Uppföljningsmöte fyra - sex veckor: Videomöte med specialistläkare.
- Uppföljningsmöte efter sex månader: Videomöte med astmasköterska.
- Årligt möte med specialistläkare var 12:e månad.
- Varje månad kontrollerar specialister varje användares värden. Kontakt vid behov.

Kostnad som betalas av användaren

250 kronor per möte (3 möten per år). Lungfunktionsmätare med app: 160 kronor per månad.

Astmabehandling hos Min Doktor

Min Doktor är registrerad vårdgivare som erbjuder läkarbesök över nätet, dygnet runt.

Min Doktor genomför nu ett pilotprojekt för digital uppföljning av astma tillsammans med AsthmaTuner. Liksom i Astmakliniken hos Medicheck bygger erbjudandet på individuella behandlingsrekommendationer baserat på dagliga mätningar.

I erbjudandet ingår

- Trådlös lungfunktionsmätare.
- AsthmaTuner-appen där medicinska värden delas med specialistläkare.
- Startmöte: Videomöte med specialistläkare.
- Dagliga rekommendationer om behandlingsdos genom appen, baserad på lungfunktionsmätningar.
- Uppföljningsmöte efter tre veckor: Videomöte med specialistläkare.
- Uppföljningsmöte efter tre månader: Videomöte med specialistläkare. Användaren bestämmer om hen vill fortsätta behandla sin astma hos Min Doktor.
- Ytterligare möten vid behov.

Kostnad som betalas av användaren

0 kronor per besök.

Hypertoni

Blodtrycksdoktorn Accumbo

Accumbo AB är en registrerad vårdgivare som erbjuder en digital vårdtjänst för patienter med högt blodtryck.

I erbjudandet ingår

- Provtagning (blod och urin) vid start av programmet.
- En blodtrycksmätare.
- Kontakt med läkare genom chatt.
- Anpassning av medicinering utifrån mätvärden.
- Råd, utbildning och rekommendationer om livsstilsförändringar för att nå målblodtryck.
- En mobilapp där registrering av blodtryck och kommunikation mellan användare och specialistläkare sker. I appen samlas information om mediciner (scanningsfunktion), blodtrycksvärden och provsvar från blod- och urinprov. Appen används för kontinuerlig övervakning av värden av en specialistläkare, kommunikation med vårdpersonal och läkare, hälsoutbildning för att lära patienten allt om hur man tar hand om sig och sitt höga blodtryck, målsättningar som användare och läkare gemensamt sätter upp, individuella livsstilsråd, receptförskrivning samt större kvartalsvisa uppföljningar av användarens hälsosituation och blodtryck.

Kostnad som betalas av användaren

Patientavgiften är för närvarande 0 kronor men efter nytt politiskt beslut kommer patientavgiften från den 1 juli 2019 att höjas till 100 kronor, som betalas fyra gånger per år.

Antalet patientavgiftsbetalningar per år grundar sig på de större digitala tre-månaders-avstämningarna med uppföljning av användarens måluppfyllnad, hälsotillstånd och medicinering. Dessa avstämningar motsvarar ett traditionellt ”besök” och för detta utgår en patientavgift. I normalfallet betalas alltså patientavgift fyra gånger per år. Däremellan har användaren kontinuerligt stöd, hälsocoachning och möjlighet att chatta med läkare via appen, utan tillkommande kostnader.

Hjärtarytmier

Hjärtupplysningen med Coala Heart Monitor

Genom ett samarbete mellan MedHelp och Coala Life erbjuds Hjärtupplysningen, en vårdgivare som ger användare av Coala Heart Monitor specialiserad sjukvårdsrådgivning via telefon.

Användare med ett Coala Premiumabonnemang har tillgång till sjuksköterskor som svarar inom ett par minuter och som ger råd utifrån hälsotillstånd och EKG-mätningar som gjorts med Coala Heart Monitor.

I erbjudandet ingår

- Coala Heart Monitor, som består av en sensor som registrerar EKG och hjärtljud samt en app som presenterar mätdata och analyser.
- Obegränsat antal analyser. Tillgång till avancerade algoritmer som finns i molnet som utvecklats för att analysera mätvärden från Coala Health Monitor och återkoppla resultat direkt i appen. Användare kan enkelt dela mätdata med vårdgivare eller läkare.
- Säker lagring i Coala Journal.
- Personlig sjukvårdsrådgivning via telefon genom Hjärtupplysningen där sjuksköterskor har tillgång till mätdata. I erbjudandet ingår 12 telefonrådgivningar per 12 månader.

Kostnad som betalas av användaren

379 kronor per månad under de första 12 månaderna då Coala Heart Monitor avbetalas, därefter 299 kronor per månad för att få tillgång till analystjänster, lagring av data och rådgivning genom Hjärtupplysningen.

4.2 Bilaga 2 Intervjufrågor till kontaktpersoner inom regionerna

1. Finns det någon beslutad digitaliseringsstrategi som inkluderar breddinförande av digitala produkter och tjänster för ordinerad egenvård/hemmonitorering?
2. Finns någon beslutad handlingsplan för breddinförande av digitala produkter och tjänster för ordinerad egenvård/hemmonitorering?
3. Finns beslut om breddinförande av digital tjänst för ordinerad egenvård/hemmonitorering till definierad patientgrupp?
4. Finns det något regionalt införandeplan beslutad med definierad patientgrupp och vårderbjudande?
5. Finns det projekt (pilot-/utvecklingsprojekt eller forskningsstudier) som pågår i regionen för digitala tjänster för hemmonitorering/egenvård till patienter?
6. Om ja, hur många projekt och till vilka diagnosgrupper?
7. Vilka förutsättningar ser du att de nationella aktörerna kan bistå regionerna med?
8. Övriga frågor.