

## Är Sverige på väg att missa e-hälsotåget?

BJÖRN EKMAN

### INLÄGG

Införandet av nya digitala teknologier inom hälso- och sjukvården framhålls ofta som lösningen på många av de utmaningar som vården står inför. Men förhoppningarna är orealistiska och bygger på felaktiga premisser och bristande förståelse för vården och dess förutsättningar. Digitalisering är inte en lösning på ett enskilt problem, den innebär nya förutsättningar för hela vårdssystemet. Svensk vård riskerar att gå miste om de möjligheter som digitala teknologier erbjuder samtidigt som riskerna med ny teknik inte kan hanteras. Problemen är delvis strukturella och i grunden politiska. Digitaliseringen måste ses som en del i en sammanhållen och genomtänkt politik för hela sjukvården i ett nationellt perspektiv.

### *Hälso- och sjukvårdens utmaningar*

Att påstå att svensk hälso- och sjukvård står inför vissa utmaningar framstår i dag som en truism. Om vi för stunden bortser från låg tillgänglighet, bristande kontinuitet och sviktande förtroende så pekar den ekonomiska utvecklingen på ökade utgifter för de ansvariga regionerna samtidigt som intäktssidan försvagas. I sin senaste Ekonomirapport beskriver SKL hur sex av 21 regioner uppvisade underskott 2018 och endast en region nådde upp i önskvärd budgetbalans (SKL 2019). Mätt i kronor per invånare försämrades det finansiella läget i 16 av 21 regioner. Frågan om finansiering av hälso- och sjukvården är ingen liten fråga. Ingen annan enskild sektor ”kostar” lika mycket och ytterligare skattehöj-

ningar är att vänta samtidigt som vi tycks vara på väg in i en dämpad ekonomisk konjunktur.

Sverige spenderar ungefär 11 procent av BNP på hälso- och sjukvård, en andel som ligger över snittet för OECD-länderna (OECD/EU 2018). Jämfört med den här gruppen av länder har Sverige klart lägst antal besök per invånare och läkare.<sup>1</sup> Mot bakgrund av de problem med tillgänglighet som det ofta rapporteras om i svensk vård, kan det finnas anledning att ifrågasätta effektiviteten i sektorn.

Hälso- och sjukvård är en jämförelsevis personalintensiv sektor och bristen på kompetent personal utgör nog vårdens svåraste utmaning. Inom primärvården nämns ofta att en allmänläkare bör ansvara för runt 1 500 patienter (SOU 2018:39). Allmänläkarnas förbund har t o m nämnt att med tanke på vad dessa läkare ska utföra i takt med att allt mer vård ges i öppenvården så borde andelen snarare vara 800. Det är oklart hur många aktiva allmänspecialister det kommer att finnas om några år med tanke på nytillskott och pensioneringar, men klart är att antalet specialister inom primärvården måste öka kraftigt för att nå upp i de satta målen (Sveriges läkarförbund 2013). Bristen på sjuksköterskor är minst lika allvarlig och det finns i dag inga tydliga tecken på att vården kommer att kunna säkerställa tillräckligt med kompetent personal, men det är heller inte uppenbart att digitala teknologier kommer att kunna utgöra effektiva och lämpliga substitut.

Om ökade utgifter, minskande intäktsunderlag och arbetskraftsbrist är tydliga utmaningar, så finns det samtidigt en rad långsiktiga trender som förändrar förutsättningarna för vården. Dit hör den digitala tekniken, men den är en del av och samvarierar med utvecklingen inom en rad andra områden, såsom be-

*Björn Ekman är docent i hälsoekonomi vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö vid Lunds universitet. Hans forskning är framför allt inriktad på ekonomiska aspekter av hälso- och sjukvårdssystem, hälsofinansiering och folkhälsa. Han leder bl a ett forskningsprojekt om digitala vårdbesök finansierat av Forte.*

bjorn.ekman@med.lu.se

<sup>1</sup> Se OECD/EU (2018).

folkningsstrukturen, sjukdomsmönster, livsstilsförändringar och teknologiska framsteg inom andra områden. Dessa processer och samvariationer är mycket svåra att förutse, men är inte sällan kostnadsdrivande i sig. Till exempel så leder biomedicinska framsteg ofta till nya behandlingar och läkemedel som är dyrare än befintliga. Generellt kan man säga att i takt med att den medicinska vården ökar i omfattning och blir alltmer komplicerad och individanpassad så ökar också kostnaderna.

### *Svensk hälso- och sjukvård – ett ransoneringsystem i mellanläge*

Ansvar för huvuddelen av hälso- och sjukvården i Sverige ligger på de 21 regionerna. Kostnadsläget och utfallen varierar visserligen mellan regionerna, ibland påfallande mycket, men ingen enskild eller grupp av regioner uppvisar goda resultat över hela linjen medan de övriga underpresterar.<sup>2</sup> Tvärtom så brottas alla regioner med liknande problem. Det tyder på att orsakerna är att finna i mer bakomliggande faktorer som påverkar hela vårdsystemets funktioner och prestationer.

En viktig grundläggande faktor är att vården utgör ett ransoneringsystem där utgifter endast delvis och retroaktivt styrs av behoven. Det i sin tur hänger samman med hur vården finansieras. Det finns uppenbara och viktiga fördelar med offentlig finansiering av sjukvård (bl a en stark "försäkringsfunktion"), men det skapar samtidigt ett underliggande och permanent utgiftstryck när vårdbehoven förändras. Detta tryck kan endast lättas på genom ökade intäkter (skattehöjningar eller ökade statsbidrag), besparingar eller effektivitetshöjande åtgärder. Det är av flera orsaker betydligt lättare att öka skatterna eller genomföra

besparingar än att öka effektiviteten i sjukvården (Barkman m fl 2016).

Ytterligare en grundläggande faktor är hur vården är organiserad. Genom den regionaliserade vårdmodellen så har Sverige i praktiken tjugo olika hälso- och sjukvårdssystem, alla med sina egna skiftande politiska majoriteter, administrationer och fysiska infrastruktur. I ett land av Sveriges storlek är denna grad av decentralisering mycket svårförståelig om man för stunden bortser från de historiska och politiska orsakerna till denna grundstruktur (Nilsson and Forsell 2013). Genom att dela upp vårdansvaret på flera regionala system förlorar Sverige potentiella skalfördelar och kostnaderna drivs därmed upp högre än vad de skulle kunna vara i ett mer enhetligt system.<sup>3</sup>

Ett tydligt exempel på detta resurslöseri är journal- och kommunikationssystem för hälso- och sjukvård; en viktig del av sektorns digitalisering. Just nu köper många regioner in nya sådana system. De direkta kostnaderna för dessa kan uppgå till en dryg miljard för en enskild region. Poängen med moderna IT-system är att de kan hantera väldigt stora mängder data. Kostnaden för att gå från t ex 200 000 kronobergare till tio miljoner svenskar i ett nationellt system är mycket låg. Det är alltså ett omfattande slöseri med skattemedel som just nu pågår när varje enskild region köper in sitt eget system.

Som det ser ut nu så kommer det i framtiden troligen att röra sig om två till fyra olika leverantörer av journalssystem till svensk vård. Men även om många regioner köper in system från samma leverantör så är det inte säkert att de blir tillräckligt kompatibla för att kunna samköras på ett effektivt sätt, åtminstone inte utan stort stöd från leverantören. Vi

<sup>2</sup> Se t ex relevanta indikatorer i databasen Vården i siffror; <https://vardenisiffror.se/>.

<sup>3</sup> Ur ett hälsofinansieringsperspektiv gör regionaliseringen dessutom att den ovan nämnda försäkringsfunktionen försvagas. När t ex Danmark 2007 gick från regional till statlig finansiering av vården maximerades denna funktion.

ser alltså en fortsatt och fördjupad fragmentering av den svenska vården med stora effektivitetsförluster som följd.

Sammantaget ser det ut som om svensk hälso- och sjukvård hamnat i något av ett ”mellanläge” där alltför lite sker på övergripande, nationell nivå samtidigt som inte vården når de som behövs den på ett jämlikt och effektivt sätt.<sup>4</sup>

Det är alltså i det här ljuset man bör se införandet av digitala tekniker för att försöka lösa några av de utmaningar som vården står inför och för att öka effektiviteten i hälso- och sjukvården. Men att digitalisera ett i grunden felstrukturerat ransoneringssystem med förlegade arbetssätt och lednings- och styrsystem kommer bara delvis att möjliggöra ett tillvaratagande av de tänkbara möjligheter som digitaliseringen medför, samtidigt som riskerna med ett sådant införande inte kan hanteras på ett effektivt sätt.

#### *Digitalisering – möjligheter och risker*

Med reservation för det som diskuterats ovan så finns det fog för att tro att införandet av digitala teknologier, system och innovationer i hälso- och sjukvården torde ha stora möjligheter att bidra till ökad effektivitet. Det finns ett stort antal sådana teknologier och specifika lösningar inom de flesta sjukvårdsområden, men generellt kan man säga att om patienter kan diagnosticeras snabbare och säkrare, behandlas mer kostnadseffektivt och följas upp kontinuerligt och noggrannare så kommer tillgängligheten att öka, kostnaderna minska och utfallen förbättras, allt annat lika (se t ex McKinsey & Company 2016 för några uppskattningar).

De politiska förhoppningarna kring digitalisering är så högt ställda att regeringen och SKL har satt som mål att Sverige ska vara bäst i världen på e-hälsa senast år 2025 (Socialdepartementet och SKL 2016; <https://ehalsa2025.se/>). Men det finns i dag inte mycket som tyder på att det målet kommer att nås. Tvärtom så går digitaliseringen av vården långsamt delvis i fel riktning. Regeringens portalprojekt, *Hälsa för mig*, en nationell plattform som skulle samla alla medborgares hälsodata på ett ställe och utgöra grunden i digitaliseringen av vården har fått avslutas då det visade sig vara regelvidrigt.<sup>5</sup>

Förutom de politiska riskerna med digitalisering så finns mer direkta risker. Det är t ex osannolikt att digitala teknologier på kort eller ens medellång sikt kan ersätta läkemedelsbehandlingar. Förutom personalkostnaderna så utgör läkemedel en av de största utgiftsposterna för sjukvården. Vissa innovationer kan förhoppningsvis öka följsamheten i läkemedelsbehandlingar och minska behovet av läkemedel (t ex genom positiv påverkan på blodtrycket), men det är inte troligt att läkemedelskostnaderna kommer att kunna minskas nämnvärt genom ökad digitalisering.

För att digitala innovationer ska kunna minska personalbehoven under överskådlig tid krävs genomgripande förändringar i arbetssätt och vårdprocesser, vilket i sig är en utmaning för vården. Andra mer generella risker som digitalisering innebär är förhöjd komplexitet och sårbarhet, ökad risk för dataintrång och svåra etiska avvägningar (Wachter 2017).<sup>6</sup>

En särskild utmaning för innovation

<sup>4</sup> Av utrymmesskäl går jag här inte in på andra ineffektiviteter inom vården, såsom över- och underutbud av vård; icke-evidensbaserade behandlingar och låg följsamhet till läkemedels- och andra behandlingar.

<sup>5</sup> Se <https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/#halsa-for-mig>.

<sup>6</sup> Samtliga dessa är generella risker vid digitalisering, men man kan konstatera att hälso- och sjukvården är den sektor som är allra mest utsatt för dataintrång och att dessa ökar i takt med digitalisering. <https://www.idtheftcenter.org/2019-data-breaches/>.

inom svensk hälso- och sjukvård är att privata företag och innovatörer har att förhålla sig till 21 olika regioner som inte alltid vet vad de behöver, vilken teknologi som är relevant eller vad som gäller kring datahantering och säkerhet. Trots dessa förhållanden så finns det givetvis många exempel på intressanta digitala innovationer inom särskilda sjukdomsområden. Det kanske tydligaste exemplet är nog det som i vardagstal kallas 'nätläkare' (Blix and Jeansson 2018) och som till stora delar går på tvärs mot det regionalt baserade systemet. Nätbaserad vård är en form av telehälsa där primärvård erbjuds via en digital plattform, såsom en dator, läsplatta eller mobiltelefon. Det finns olika typer av digital vård, men i korthet innebär den att primärvård nu kan levereras på ett nytt sätt och i dag finns en handfull privata leverantörer av digital primärvård, troligen fler än i något annat europeiskt land.

De studier som hittills gjorts pekar på flera relevanta fördelar. Baserat på de analyser och data som i dag finns tillgängliga så har digital primärvård i Sverige gett upphov till ca 1,2 miljarder i bruttobesparingar (drygt hälften för vården/regionerna och knappt hälften för patienterna, främst i form av tidskostnader).<sup>7</sup> I vilken utsträckning det också uppstått nettobesparingar (dvs att digital vård faktiskt substituerat för traditionell vård) är en relevant forskningsfråga av stor vikt.

Den digitala vården är också uppskattad av patienterna och även om det är svårt att jämföra så tycks de positiva omdömena för den här typen av vård ligga högre än för den traditionella primärvården.<sup>8</sup> När det gäller de anställdas omdömen så är det ingen tvekan om att

de är mer positiva än för den befintliga vården. De studier som gjorts ger heller inget tydligt stöd för att digital vård leder till ökad risk för oönskade effekter, såsom överdriven antibiotikaförskrivning (SBU 2017).

Digital vård torde alltså vara något som regionerna borde ta till sig på ett konstruktivt sätt, t ex genom att integrera informations- och ersättningssystem eller tillåta folk att lista sig hos en digital vårdgivare (såsom man prövar för en digital vårdgivare i England (Iacobucci 2018)). På så sätt skapas en formell och tydlig struktur för den här typen av vård och möjligheter uppstår för att bemöta vissa typer av vårdbehov hos en stor andel patienter på ett kostnadseffektivt sätt. Samtidigt ges den traditionella vården utrymme för att ta hand om dem som inte kan eller vill använda sig av digital vård.

#### *Ett nationellt vårdssystem som bygger på en gemensam digital infrastruktur*

Digitalisering av svensk sjukvård innebär både möjligheter och risker. Jag har i denna artikel argumenterat för att dessa bäst kan hanteras inom ramen för en förändrad grundstruktur av vården i riktning mot ett nationellt vårdssystem. En sådan utveckling är förenlig med det kommunala självstyret då innehållet i detta inte är hugget i sten. I lagstiftande förarbeten sägs det uttryckligen att det är "[...] varken lämpligt eller möjligt att en gång för alla dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsektor. Arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun måste i stället i ganska vid omfattning kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen".<sup>9</sup> Samhäl-

<sup>7</sup> Beräkningar baserade på Ekman (2017) och uppdaterade kontaktdata från Region Jönköpings län.

<sup>8</sup> Resultaten kommer från olika undersökningar (Nationell patientenkät respektive egna uppföljningar av leverantörerna) och de två vårdmodellerna har också relativt olika patientgrupper att hantera.

<sup>9</sup> Se SOU 2007:93, (s 24 från Regeringens proposition 1973:90, s 190f).

let har nu alltså utvecklats i en sådan omfattning att behovet av ett nationellt sjukvårdssystem framstår som allt tydligare.

Det är dock viktigt att poängtera att ett nationellt vårdssystem inte innebär vare sig förstatligande eller centralisering av all vård. Tvärtom är det så att delar av vården bör "föras upp" till nationell nivå (t ex högspecialiserad vård och dyra behandlingar) och andra delar (den primära vården) bör "föras ner" till lokal nivå, närmare brukarna. Systemet bör vila på ett modernt, nationellt informationssystem som kan hantera alla medborgare för att underlätta en kontinuerlig och sammanhållen vård. I en sådan modell ligger stora kliniska, vårdpraktiska och ekonomiska fördelar jämfört med dagens osammanhängande och ineffektiva system.

Digitaliseringen av hälso- och sjukvården måste alltså ses som en del av utvecklingen av hela vården och inte som ett särskilt område där någon enskild myndighet får ansvaret. Med tanke på de varierande behov, preferenser och möjligheter vi har som patienter så bör den primära vården utvecklas mot fler modeller som kan svara mot dessa behov. Digital primärvård och olika typer av distansvård visar att digitala teknologier här kan spela en viktig roll, men endast under förutsättning att vården som helhet kan utvecklas mot mer effektiva strukturer och arbetssätt. Det förefaller osannolikt att den politiska viljan att åstadkomma sådana reformprocesser ska komma från regionerna själva. Hur svensk hälso- och sjukvård ska utvecklas är i slutändan en riksdagsfråga.

## REFERENSER

Barkman, C m fl (2016), *Granskning av effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården*, Capire, Malmö.

Blix, M och J Jeansson (2018), "Nätläkare i primärvården – lindring eller lidande?", *Ekonomisk Debatt*, vol 46, nr 3, s 66–78.

Ekman, B (2017), "Cost Analysis of a Digital Health Care Model in Sweden", *PharmacoEconomics Open*, doi: 10.1007/s41669-017-0059-7.

Iacobucci, G (2018), "GP at Hand: Where Have the New Patients Come from?", *British Medical Journal*, vol 361, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2227>.

McKinsey & Company (2016), *Värdet av digital teknik i den svenska vården*, McKinsey & Company, Stockholm.

Nilsson, L och H Forsell (2013), *150 år av självstyrelse – kommuner och landsting i förändring*, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing. Paris, OECD and the European Union.

SBU (2017), *Antibiotikaförskrivning vid digitala vårdmöten*, SBU:s Upplysningstjänst, Stockholm.

SKL (2019), *Ekonomirapporten maj 2019 – om kommunernas och regionernas ekonomi*, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

Socialdepartementet och SKL (2016), *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänsten och hälso- och sjukvård*, Socialdepartementet och SKL, Stockholm.

SOU 2007:93, *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd*, Grundlagsutredningens rapport nr IX.

SOU 2018:39, *God och nära vård – en primärvårdsreform*, Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Sveriges läkarförbund (2013), *Primärvårdens läkarbemanning – öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialisläkare 2012*, Sveriges läkarförbund, Stockholm.

Wachter, R (2017), *The Digital Doctor: Hope, Hype, and Harm at the Dawn of Medicine's Computer Age*, New York, McGraw-Hill.